

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE
AİLE ODAKLI PSİKOSOSYAL SAĞALTIM
UYGULAMALARI; AİLE ODAKLI TERAPİNİN
ERKEN DÖNEMDE HASTALIK BELİRTİLERİ
VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Dilay Karaarslan**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
Doç. Dr. Neslihan İ. Emiroğlu**

İZMİR-2014

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE
AİLE ODAKLI PSİKOSOSYAL SAĞALTIM
UYGULAMALARI; AİLE ODAKLI TERAPİNİN
ERKEN DÖNEMDE HASTALIK BELİRTİLERİ
VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Dilay Karaarslan**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
Doç. Dr. Neslihan İ. Emiroğlu**

İZMİR-2014

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Duygudurum Bozuklukları Terminoloji ve Tanımı	8
2.2.Tarihçe	9
2.3. Epidemiyoloji	10
2.4. Klinik Özellikler ve Sınıflama	11
2.4.1. Major Depresif Atak için DSM 5 Tanı Ölçütleri	12
2.4.2.ManikAtak için DSM 5 Tanı Ölçütleri.....	13
2.4.3.Hipomanik Atak için DSM 5 Tanı Ölçütleri.....	14
2.5.Etiyoloji	16
2.5.1. Genetik Faktörler.....	16
2.5.2.Kindling (Tutuşma) Teorisi.....	17
2.5.3.Nörotransmitter Kuramları	19
2.5.4. Nöroanatomik Çalışmalar	20
2.5.5. Psikososyal Kuramlar	21
2.1.6. Psikodinamik Etkenler	22
2.6. Klinik Görünüm	23
2.7. Gidiş ve Sonlanım	25
2.8. Yüksek Risk Grubu Çalışmaları.....	27
2.9. Tedavi.....	29
2.9.1. Duygudurum Düzenleyiciler	29
2.9.2.AtipikAntipsikotikler	32
2.9.3. Antidepresanlar	35
2.9.4. Benzodiyazepinler	35
2.9.5. EKT	35
2.9.6. Psikososyal Tedaviler.....	36
2.9.6.1. Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi	37

2.9.6.2. Çoklu Aile Psikoeğitim Grupları ve Bireysel Aile Psikoeğitimi	38
2.9.6.3. Diyalektiksel Davranışçı Terapi	39
2.9.6.4. Bilişsel Davranışçı Terapi	40
2.9.6.5. Çocuk ve Aile Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi	40
2.9.6.6. Aile Odaklı Terapi	40
2.10. Aile Odaklı Terapi- Yüksek Risk Grubu Uygulaması	42
2.10.1. Giriş	42
2.10.2. Yüksek Risk Grubundaki Gençlerin Ebeveynleri	43
2.10.3. Yüksek Risk Grubundaki Gençler.....	45
2.10.4. Görüşmelerin Düzenlenmesi ve Esnekliği	46
2.10.5. Terapinin Duygusal Tonu.....	46
2.10.6. Bilgilendirilmiş Oluru Destekleyen Tedavi Öncesi Görüşmeler	47
2.10.7. Tedaviye Kimler Katılabilir	48
2.10.8. İlk Modül: Psikoeğitim Görüşmeleri.....	48
2.10.8.1. 1. Görüşme: Amaçların Belirlenmesi, Tedaviye Genel Bakış	49
2.10.8.2.2. Görüşme: Belirtiler ve Stres-Yatkınlık Modelini Konuşma	50
2.10.8.3.3. ve 4. Görüşme: Stres ve Başetme Stratejileri, Erken Önlem Planı Geliştirme	52
2.10.9. İletişim Becerilerini Geliştirme Eğitimi	55
2.10.9.1. Olumlu Duyguların İfade Edilmesi	55
2.10.9.2. Aktif Dinleme.....	55
2.10.9.3. Değişim için Pozitif Taleplerde Bulunma ve İletişim Açıklığı.....	55
2.10.9.4. Olumsuz Duyguların İfade Edilmesi	56
2.10.10. Problem Çözme Eğitimi	56
2.10.11. Sonlandırma	57
3. GEREÇ VE YÖNTEM	58
3.1. Araştırma Yeri ve Zamanı	58
3.2. Araştırma Örnekleme	58
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	59
3.4. Araştırmanın Tipi	59
3.5. Uygulama	59
3.6. Aile Odaklı Terapi Uygulaması	60

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	60
3.7.1. Sosyodemografik Veri Kayıt Formu	60
3.7.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşmesi çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu	61
3.7.3.Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği- gözden geçirilmiş Formu	61
3.7.4.Young Mani Derecelendirme Ölçeği	62
3.7.5. Duygurudum Şiddet İndeksi.....	62
3.7.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti.....	62
3.7.7.Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği.....	63
3.7.8. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği.....	63
3.7.9.Aile Değerlendirme Ölçeği	64
3.7.10. Beck Depresyon Ölçeği.....	65
3.8. İstatiksel Değerlendirme	65
4. BULGULAR	67
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	67
4.1.1. Yaş.....	67
4.1.2. Cinsiyet.....	67
4.1.3. Eğitim Durumu.....	68
4.1.4. Anne ve Babaların Eğitim Durumu.....	68
4.1.5. Anne ve Babaların İş Durumu.....	69
4.1.6. Çocukların Kardeş Sayısı	70
4.1.7. Ailede Duygudurum Bozukluğu	71
4.2. Hastalık ve Komorbidite	71
4.2.1. Psikiyatrik Komorbidite	71
4.2.2. Olgularda Psikiyatri Servisi Yatışı.....	72
4.2.3. Hastalık Yaşı ve Remisyon Süresi	72
4.2.4. İlk Atak Özellikleri.....	73
4.2.5. Son Atak Özellikleri.....	74
4.3. Klinik Değerlendirme Ölçekleri.....	75
4.3.1. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği	75
4.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti.....	76

4.3.3.Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği- gözden geçirilmiş Formu	77
4.3.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	78
4.3.5. Duygurudum Şiddet İndeksi	79
4.3.6. Aile Değerlendirme Ölçeği	80
4.3.6.1. Problem Çözme Alt Skorlarının Karşılaştırılması	80
4.2.6.2. İletişim Alt Skorlarının Karşılaştırılması	80
4.3.6.3. Roller Alt Skorlarının Karşılaştırılması	80
4.3.6.4. Affektif Duyarlılık Alt Skorlarının Karşılaştırılması	81
4.3.6.5. Affektif Bağlılık Alt Skorlarının Karşılaştırılması	81
4.3.6.6. Davranış Kontrolü Alt Skorlarının Karşılaştırılması	81
4.3.6.7. Genel İşlevsellik Alt Skorlarının Karşılaştırılması	82
4.3.7.Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği	84
4.3.7.1. Ergene Göre Ergenin Yaşam Kalitesi	86
4.3.7.1.1. Fiziksel Sağlık Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	86
4.3.7.1.2. Duygusal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması	87
4.3.7.1.4. Sosyal işlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması	87
4.3.7.1.5. Okul İşlevselliği Puanlarının Karşılaştırılması	87
4.3.7.1.6. Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	88
4.3.7.1.7. Psikososyal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması	88
4.3.7.2. Ebeveyne Göre Ergenin Yaşam Kalitesi	90
4.3.7.2.1. Fiziksel Sağlık Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	90
4.3.7.2.2. Duygusal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması	90
4.3.7.2.4. Sosyal işlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması	90
4.3.7.2.5. Okul İşlevselliği Puanlarının Karşılaştırılması	91
4.3.7.2.6. Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	91
4.3.7.2.6. Psikososyal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması	91
4.3.8. Beck Depresyon Ölçeği	93
5. TARTIŞMA	94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	101
7. KAYNAKLAR	103
8. EKLER	117

TABLO LİSTESİ

Tablo-1: Sosyodemografik veriler

Tablo-2: Anne ve Babaların eğitim durumları

Tablo-3: Anne ve Babaların iş durumları

Tablo-4: Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kardeş Sayısı

Tablo-5: Olgu ve Kontrol Grubunda Ailede Duygudurum Bozukluğu

Tablo-6: Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Ergenlerin Psikiyatrik Komorbiditeleri

Tablo-7: Hastalık Yaşı ve Remisyon Süresi

Tablo-8: İlk atak özellikleri

Tablo-9: Son atak özellikleri

Tablo-10: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo-11: Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo-12: Çocuklar için Depresyon Değerlendirme ölçeği- gözden geçirilmiş formu
Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo-13: Young Mani Derecelendirme Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo-14: Duygudurum Şiddet İndeksi verilerinin karşılaştırılması

Tablo-15: Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Testleri Skor Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo-16: Başlangıçtaki ÇİYKO ölçek verilerinin ergen ve ebeveynleri arasında
karşılaştırılması

Tablo-17: Tedavi sonrası ÇİYKO ölçek verilerinin ergen ve ebeveynleri arasında
karşılaştırılması

Tablo-18: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen formu verilerinin

karşılaştırılması **Tablo-19:** Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn formu verilerinin
karşılaştırılması

Tablo-20: Annelerde Depresif Belirtilerin Şiddetinin Karşılaştırılması

KISALTMALAR

BB: Bipolar Bozukluk

BB-I:Bipolar Bozukluk-I

BB-II:Bipolar Bozukluk-II

BB-BTA:Bipolar Bozukluk- Başka Türlü Adlandırılmayan

AOT: Aile Odaklı Terapi

AOT-E: Aile Odaklı Terapi-Ergen Modeli

AOT-YRG: Aile Odaklı Terapi- Yüksek Risk Grubu Modeli

EKT: Elektro Konvulsiv Tedavi

NIMH:Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü

COBY:Course andOutcome of BipolarDisorders (Pediatrik bipolar spektrum bozuklukların klinik görünümü ve gidişi)

LAMSS:LongitudinalAssesment of Manic Symptoms (Manik belirtilerin uzlamsal değerlendirilmesi çalışması)

BIOS:BipolarOffspringStudy (Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynlerin çocuklarının değerlendirilmesi çalışması)

CBCL:Child BehaviorChecklist (Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği)

DEHB:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÇDDÖ: Çocuklar için Depresyon Derecelendirme Ölçeği

YMDÖ:Young Mani Derecelendirme Ölçeği

KGİÖ: Klinik Global İzlenim Ölçeği

KGİÖ-HŞ: Klinik Global İzlenim Ölçeği- Hastalık Şiddeti

KGİÖ-BP: Klinik Global İzlenim Ölçeği- Bipolar Bozukluk

ÇAPG: Çoklu Aile Psikoeğitim Grupları

ÇAO-BDT: Çocuk ve Aile Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi

DDT:Diyalektiksel Davranışçı Terapi

KSRT:Kişilerarası Sosyal Ritm Terapisi

BDÖ:BeckDepresyon Ölçeği

ÇGDÖ:Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

MDB: Depresif Bozukluk

DŞİ:Duygudurum Şiddet İndeksi

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

ÇİYKO: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÇİYKO-FSTP: ÇİYKO Fiziksel Sağlık Toplam Puanı
ÇİYKO-DİP: ÇİYKO Duygusal İşlevsellik Puanı
ÇİYKO-SİP: ÇİYKO Sosyal İşlevsellik Puanı
ÇİYKO-OİP: ÇİYKO Okul İşlevselliği Puanı
ÇİYKO-ÖTP: ÇİYKO Ölçek Toplam Puanı
ÇİYKO- PSTP: ÇİYKO Psikososyal İşlevsellik Toplam Puanı

TEŞEKKÜR

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim süresince, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Aynur Akay ve Prof. Dr. Süha Miral'e ve bölümümüzün kurucusu değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Bölümde bana her zaman örnek ve destek olan, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, tez çalışmam sırasında tüm aşamalarda gösterdiği yoğun destek ve yardımları için tez danışmanım Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu'na çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime çok önemli katkılarda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Fatma Varol Taş ve Doç. Dr. Burak Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp her zaman desteklerini aldığım değerli meslektaşlarım Nagihan, Enis, Onur Burak, Caner, Burcu, Sibel, Handan, Fatma, Ceren, Canem, Damla, Gonca, Yusuf, Eyaz, Enver, Mustafa Can, Murat K., Murat E., Ferhat, Deniz, Barış, Gözde, Önder, Merve, Pelin, Ayça, Didem, Mert, Aybüke, Begüm ve diğer asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam süresince desteğini eksik etmeyen Psk. Ayşe Er'e ve istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Hülya Ellidokuz'a ve Dr. Ü. Utku Karaarslan'a çok teşekkür ederim.

Çalışmanın gelişiminde bize destek olan ve uygulama süresince süpervizyonları ile büyük katkı sağlayan Prof. David Miklowitz'e çok teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında ve bu çalışmanın gelişiminde desteğini ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Ayşegül Özerdem'e ve eğitimime çok değerli katkılarda bulunan hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Doç. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr. Halis Ulaş'a ve tüm psikiyatri asistanlarına teşekkür ederim.

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'ave ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Uzman Psikolog Lalecanİşcanlı, Uzm. Psikolog EsmahanOrçin, Psikolog Ümit Şahin, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim, Psikolog Özge Karakuş, Hemşire arkadaşlarım Gülcan, Zeynep, Aysel, Nurgül ve Derya, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Selcan Uluçay'a, servis sekreterimiz Kadriye Gülçin Algüller'e, arşiv sorumlumuz Mehmet Havare ve Ozan Şakar'a ve tüm personele teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, benden desteklerini hiç esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime; yıllardır eskimeyen dostluğu için canım arkadaşım Nefize'ye, uzmanlık eğitimimi varlıklarıyla güzelleştiren canım arkadaşlarım Sevay ve Burçin'e, en zor zamanlarımda hep yanımda olmayı başaran Yusuf Öğrenecek'e çok teşekkür ederim.

Dilay Karaarslan

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE AİLE ODAKLI PSİKOSOSYAL SAĞALTIM UYGULAMALARI; AİLE ODAKLI TERAPİNİN ERKEN DÖNEMDE HASTALIK BELİRTİLERİ VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Bipolar Bozukluk (BB) tanısı olan ve ilaç tedavisi almakta olan 12-18 yaş arası ergenlerde Aile Odaklı Terapi- Yüksek Risk Grubu (AOT-YRG) uygulamasının ergenlerdeki BB belirtilerinin ve hastalık şiddetinin üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu değerlendirmeye ek olarak, uygulamanın BB tanılı ergenlerin yaşam kalitesi, ailelerinin işlevselliği ve ebeveynlerinin depresif belirtileri üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma randomize kontrollü olarak planlanmıştır. Araştırmanın olgu grubu 8 ergen ve ebeveyninden, kontrol grubu ise 6 ergen ve ebeveyninden oluşturulmuştur. Sosyo-demografik Veri Toplama Formu, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY), Çocuklar için Depresyon Derecelendirme Ölçeği (ÇDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Duygudurum Şiddeti İndeksi (DŞİ), Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ), Klinik Global İzlenim Ölçeği- hastalık şiddeti (KGIÖ-HŞ) klinisyen tarafından değerlendirilmiştir. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO) gençler ve ebeveynlere, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ebeveynlere verilerek doldurulması sağlanmıştır. Olgu grubuna 16 hafta süren Aile Odaklı Terapi- Yüksek Risk Grubu uygulanmıştır. Veriler uygulama başlamadan önce ve uygulama bitiminin sonrasında toplanmıştır. Veriler Mann Whitney-U testi, Willcoxon işaretli sıralar testi, ki-kare analizi, Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması $16,29 \pm 1,26$, katılanların 8 tanesi kız (%57,1), 6 tanesi erkekti (%42,9). AOT-YRG uygulaması ile olgu grubunda kontrol grubuna göre ÇGDÖ puanlarında anlamlı artış ve KGIÖ-HŞ, ÇDDÖ, YMDÖ, DŞİ puanlarında anlamlı azalma bulunmuştur. ADÖ alt ölçeklerinden problem çözme, iletişim, aile içi roller, affektif duyarlılık, affektif bağlılık, davranış kontrolü ve genel işlevsellik alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azalma, ÇİYKO alt ölçeklerinden ise duygusal işlevsellik, sosyale işlevsellik ve okul işlevselliği ve ölçek toplam skorlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. Uygulama ile ebeveynlerin depresif belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır.

Tartışma: Bulgularımız AOT-YRG' nun BB belirtileri ve hastalık şiddeti, olguların yaşam kalitesi ve işlevsellikleri ile aile işlevselliği üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermektedir ancak daha geniş örneklerle desteklenmeye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aile Odaklı Terapi- Yüksek Risk Grubu, BB, ergen, ebeveyn

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF FAMILY FOCUSED THERAPY-EARLY ONSET YOUNG ON ADOLESCENCE WITH BIPOLAR DISORDER: PRELIMINARY RESULTS OF A PILOT STUDY

Purpose: The aim of this study is to evaluate the effectiveness of Family Focused Therapy-Early Onset Young (FFT-EOY), on depressive and manic symptoms, severity of disease, functionality of adolescence who are between 12 and 18 years-old and have Bipolar Disorder (BD) with used medication. An additional aim is to evaluate potential effects of FFT-EOY on life quality and family functioning of adolescence diagnosed with Bipolar Disorder and severity of depressive symptoms of their parents.

Method: The study is a randomized controlled design. The sample of the study consisted of 14 adolescence, aged between 12-18 years, diagnosed with bipolar disorder confirmed by K-SADS-PL. Following randomization into two groups, cases participated in FFT-EOY for 16 weeks where as the control group did not. The two groups were compared right before and after the implementation on rates of sociodemographic, symptom severity and other variables. Sociodemographic data form, Children's Depression Rating Scale (CDRS), Young Mani Rating Scale (YMRS), Mood Severity Index (MSI), Children's Global Assessment Scale (CGAS) and Clinical Global Impression-Severity (CGI) are assessed by clinician. Data were collected by using Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) that filled out by adolescence and parents, Family Assessment Device (FAD) and Beck Depression Inventory (BDI) that filled out by young and parents. The study data were evaluated with Mann Whitney U, Wilcoxon signed rank test, chi-square analysis, Person's correlation analysis.

Findings: The average age of the cases participating in the study was $16,29 \pm 1,26$, 8 of participants were female (%57,1), 6 of participants were male (%42,9). When we compared the results before and after the implementation of AOT-YRG in the case group, it was found that statistically significant increase in CGAS scores, statistically significant decrease in CGI, CDRS, YMRS and MSI scores. Also statistically significant increase in emotional, social and school functioning of adolescence and statistically significant decrease in parent's BDI scores and problem solving, communication, roles in family, affective sensitivity, affective cohesion, behaviour controlling, general functioning subscale scores in FAD was found.

Conclusions: Due to the results of our study we consider that AOT-YRG can be useful in the treatment of Turkish adolescence diagnosed with BD but further more studies about AOT-YRG on adolescence diagnosed with BD are needed.

Keywords: Family Focused Therapy-Early Onset Young, Bipolar Disorder, adolescence, parent

I.BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk (BB) tekrarlayan depresif, manik ya da karma ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi), atak sırasında kişinin işlevsellik alanlarını ve kişilerarası ilişkilerini belirgin düzeyde bozan bir duygudurum bozukluğunu tanımlar.

BB tanılı hastalarda hastalık başlangıç yaşı %50-60 oranında 18, %13-28 oranında 13 yaşından önce olmaktadır (1). Dünya çapında yapılan epidemiyolojik çalışmaları tarayan son metaanaliz çalışması BB tanısının gençlerde görülme sıklığını %1,8 (%1,1-%3) olarak belirtmektedir(2). Çocuk ve ergenlerde bu hastalık sıklıkla atipik seyretmekte ve diğer çocukluk çağı psikopatolojileri ile birliktelik göstermektedir (3). Hastalığın erken başlangıçlı formu daha fazla ailesel yüklülük, farmakoterapiye azalmış yanıt ve erişkinlikte sürekli fonksiyon kaybı ile ilişkili bulunmuştur (4,5). Çocuk ve ergenlerde BB ; yüksek oranda özkıyım, hastane yatışları, madde ve alkol kötüye kullanımı, davranış bozuklukları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar için artmış risk ile ilişkisi nedeniyle ciddi bir genel sağlık sorunudur. (6,7)

Çocuk ve ergenlerde BB tedavisinin temel unsuru farmakoterapidir. BB tanılı ergenlerle yapılan kontrollü ilaç çalışmaları sınırlı sayıda olsa da, veriler duygudurum düzenleyici ve atipik BB tanılı çocuk ve ergenlerde duygudurum belirtilerinin ve madde kötüye kullanımının tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir(7,8). Buna rağmen, BB tanılı ergenlerde hastalık, duygu durum düzenleyici kullandıkları halde atak ve remisyonlarla giden bir seyir izlemektedir (9,10).

Çocukluk ve ergenlik boyunca biriken riskler pediatrik BB' nu toplum sağlığı ile ilişkili olarak önemli kılmakta, eğitim ve koruyucu sağlık sistemlerinde ve etkilenen çocukların ailelerinde büyük bir ağırlık oluşturmaktadır.Bu gruptaki hastalar işlevsellikte daha fazla bozulma, daha fazla ruh sağlığı sistemlerini kullanma, daha düşük eğitim düzeyleri sergilemektedirler. BB tanılı çocuklarda yüksek psikososyal risk ve uzun dönemdeki kötü prognoz nedeniyle psikososyal müdahaleler bütüncül tedavi yaklaşımlarının zorunlu bir parçası haline gelmiştir (11).

Ergen ve ailelerinin hastalığı anlamasını amaçlayan, hastalıkla baş etme ve tedavi uyumunu arttırmada etkili olacak psikososyal girişimlerin, hastalığın gidişini kontrol altında tutmaya katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Psikososyal girişimler, okul ve sosyal çevrenin olumsuz etkileri ile aile baskısının duygudurum üzerine olan etkilerini ergenin hastalığı anlaması, iletişim ve problem çözme becerilerinin desteklenmesi yoluyla hafifletebilir. Tüm bu nedenlerle, güçlendirici psikososyal tedavilerin araştırılması kritik önem taşımaktadır.

BB için çeşitli psikososyal tedavi modelleri geliştirilmiş ve test edilmiştir. Bunlardan biri olan Aile odaklı terapi (AOT) modeli, Goldstein ve Miklowitz (1997) tarafından geliştirilmiş olup psikoeğitim yönelimli bir tekniktir. Aile bireyleri, eş ve bakım verenlerin belirtileri, öncül sinyalleri tanınmasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlar. Hastaların ve bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimi artırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma provaları ile işlevselliği geliştirmeyi hedefler(12).

AOT' nin BB tanılı ergenlere uyarlanması Miklowitz ve arkadaşları tarafından 2004 yılında 20 hastanın katıldığı bir pilot çalışma ile yapılmış ve AOT- Ergen Modeli (AOT-E)' nin duygudurum düzenleyici tedaviye eklendiği hasta grubunda 2 yıl sonunda manik ve depresif belirtiler ile davranış problemlerinin düzelmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (13). İki uçlu bir randomize kontrollü çalışmada ise 2 yıl sonunda , AOT-E alan hastalar kısa süreli tedavidekilere göre mevcut depresif epizodlarından daha hızlı çıkış göstermiş, izlemde daha kısa süre depresyonda kalmış, ve daha uzun süreli remisyon sergilemişlerdir. Ayrıca bu grupta ilerleyen dönemlerde depresif belirtilerin daha düşük şiddette olduğu gösterilmiştir. Yüksek ya da düşük duygudışavurumu olan ailelere sahip gençlerin tedavi öncesi symptom şiddetlerinde fark olmamasına rağmen AOT-E özellikle yüksek duygu dışavurumu olan ailelere sahip hastaların mani ve depresif semptomlarının stabilizasyonunda etkili olmuştur(14).

Yapılan BB bireylerin çocukları ve uzun izlem çalışmalarından yola çıkarak AOT uygulaması BB geliştirme açısından riskli genç popülasyonu için yeniden revize edilmiş ve AOT- Yüksek Risk Grubu (AOT- YRG) versiyonu geliştirilmiştir. Bu versiyon, yüksek riskli gençlerin şiddetli duygudurum epizodu (örneğin major depresyon yada eşikaltı

hipomani/mani) geçirmesinin ardından 4 ay süreyle 12 seanstan oluşmaktadır. BB'un prodromal safhalarının kontrolü ile ilgili beceriler , duygudurum monitorizasyonu, aile çatışmalarını azaltma, problem çözmeyi geliştirmek, günlük rutinlerin ve uyku/uyanıklık döngünün stabilize edilmesi için çalışma odak noktasıdır(15).

Bu çalışma BB tanılı ergenlerde AOT-YRG uygulamasının ülkemizde kullanılabilirliği ve etkinliğini araştırmayı hedefleyen pilot bir çalışmadır. Bu çalışmada BB tanısı olan ve farmakoterapi almakta olan 12-18 yaş arası ergenlerde AOT-YRG uygulamasının ergenlerdeki hastalık belirti düzeyi, hastalık şiddeti, olguların ve ailelerinin işlevsellikleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada AOT-YRG tedavisi sonucundaki erken dönemde hastalık şiddeti, belirti düzeyi, ve aile işlevselliklerinin bu tedaviyi alanlarda almayanlara göre anlamlı düzeyde iyileşmiş olacağı ve 4 yıl süreli izlemde ilaç uyumlarının daha iyi olacağı, daha az atak geçirecekleri hipotez edilmiştir. Bu tez çalışmasında 4 aylık erken sonuçlar değerlendirilmiştir.

II.BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI TERMİNOLOJİ VE TANIMI

Duygulanım(Affekt), bir fikir ya da zihinsel bir sunuma eşlik eden duygu tonu olarak tanımlanabilir(16). Duygulanım neşe, öfke, üzüntü ve mutlu olabilir(17). Duygudurum (Emosyon), duygulanımın bilinçli kavranması ve otonomik davranışsal olarak dışa vurulmasıdır. Duygudurum(Mood) ise psikik yaşamı kapsayan şiddet, yaygınlık ve kalıcılığa ulaşmış duygudurumu anlatır(16).

İnsanda duygudurumdaki değişimler dört ana başlık altında sınıflandırılabilir, bunlar; normal duygudurum, yükselmiş duygudurum, çökkün duygudurum ve sıkıntılı, tedirgin(irritabl) duygudurumdur(17). Kişi duygudurum ve duygulanımını az ya da çok kontrol edebilir. Duygulanımın belli bir süre uzaması ve aşırılığa kaçması durumunda duygudurum bozukluğundan bahsedilir. Duygudurum bozukluğu kişide işlevsellik kaybına neden olarak bireyin hayatını etkiler (16).

Duygudurum bozukluğu kişinin genel duygudurumundaki bir bozulma, dış şartlara ve durumlara göre uygunsuz bir duygudurum halidir. Duygudurum bozukluğunu tanımlayabilmek için duygudurum ataklarının özelliğini belirlemek gerekir (16). Ataklar manik, hipomanik, depresif ve karma ataklar olarak tanımlanır. Yükselmiş duyguduruma sahip hastalar (manik atak gibi), aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde azalmış uyku, konuşmada hızlanma, aşırı hareketlilik, artmış benlik saygısı, büyüklük duyguları ve sanrıları gibi özelliklere sahip olabilirler (18). Çökkün duyguduruma sahip hastalar(depresif atak gibi), enerji ve ilgi kaybı, suçluluk hissi, konsantrasyon güçlüğü, iştah kaybı, ölüm ve özkıyım düşüncelerine sahip olabilir (17).

BB tekrarlayan depresif, manik ya da karma ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi) bir duygudurum bozukluğunu tanımlar (18). BB tip I bozukluk hipomani atakları ile birlikte ya da hipomani atakları olmaksızın mani ataklarını, BB tip II bozukluk ise manik atak olmaksızın bir ya da daha fazla hipomanik atağı tanımlar. Bu bozukluklara bipolar ya da iki uçlu denmesinin nedeni hastalığın gidişi sırasında hem mani hem de depresyon ataklarının da görülebilmemesindedir (19).

2.2. TARİHÇE

Hipokrat'ın MÖ.400 yılında mani ve melankoliyi tanımlaması, duygudurum bozukluklarının tanımlanması açısından başlangıç olmuştur. MS I.yüzyılda Soranus , yükselmiş duygudurumu ile melankolinin birbiriyle ilişkili olduğunu bildirmiş, mani ve melankoliyi ataklar halinde seyreden tek bir hastalık olarak tanımlamıştır (20).

1854 yılında iki Fransız doktor Falret ve Baillarger birbirini izleyen mani ve depresyon ataklarının tek bir bozukluk olduğunu belirtmek üzere “ döngülü ruh hastalığı” ve “ çifte biçimli ruh hastalığı” tanımlarını kullanmışlardır (20). Emil Kraepelin, duygudurum bozukluklarının bir spektrum olduğunu ileri sürerek, ‘Psikiyatri Ders Kitabı’nda manik ve depresif durumları tek hastalık altında toplamıştır(20). Kraepelin 1921’de prepubertal çocuklarda mani bulunabileceğini ve puberte başında mani görülme olasılığının daha yüksek olacağını ileri sürmüştür. Dokuz yüz hasta ile yaptığı çalışmada hastaların % 0.4’ünde başlangıç yaşının 10’dan önce olduğunu bulmuştur. Kraepelin ayrıca 5 yaşında manik tabloda bir erkek çocuğu bildirmiştir (21).

Anthony ve Scott’un (1960) yapmış olduğu çalışmada mani olarak bilinen 60 çocuk gözden geçirilmiş ve yalnızca üç çocuk kendi ölçütlerine göre mani olarak tanımlanmıştır. Anthony ve Scott’un ölçütleri ; Kraepelin(1921), Bluer (1934) ve Mayer (1952) tanımlarına uygun psikiyatrik tablo, ailesel mani öyküsü, hem siklotimi(ya da sporadik mani) hem depresif patlamalar, iki ya da daha fazla benzer döngü, difazik örüntü, endojen orijin, yatan hastalarda ağır sedasyon ve hastanın Elektro Konvulsif Tedavi (EKT) ile izlenmiş olması, kişilikte gözlemlenen anormallik, şizofreni ya da organik neden bulunmayışı, geriye dönük değil şuan ki değerlendirmelerle tanıya gidilmesidir (22).

1976’da aslen çocuk nörologları olan Weinberg ve Brumberck, çocuklarda mani ölçütlerini yeniden düzenlemişlerdir. Bu ölçütler: (A) öforik ya da irritabl duygudurum, (B) aşağıdaki altı ölçütten üç ya da daha fazlasının bulunmasıdır; hiperaktif girişken davranış, artmış konuşma, fikir uçuşması, grandiyozite, azalmış uyku ya da anormal uyku paterni, distraktibiledir. Mani denebilmesi için belirtilerin en az bir ay sürmesi gerekmektedir (23,24).

1983’te Lowe ve Kohen tarafından çocuk ve ergende üç uygun model öne sürülmüştür. Bunlar; genotip ve fenotipi erişkine benzer model, genotipi erişkine benzer ancak fenotipi farklı model, fenotipi erişkine benzer ancak genotipi farklı model olarak

bildirilmiştir. 1983'te Carlson, dokuz yaşından küçük manik çocuklarda irritabilite, duygudurum labilitésinin daha yaygın olduğunu, dokuz yaşından büyüklerde ise öfori, coşkusal yükselme, paranoya ve grandiyoz sanrılarının daha yaygın görüldüğünü bildirmiştir (25).

1980'de DSM-III ve 1987'de DSM-III-R sınıflandırmaları kullanıma girmiştir. Ancak bu ölçütler, erişkinlere özgü olduğu için ancak yaşa ve gelişimsel döneme özgü uyarlamalarla çocuklarda kullanılabilmiştir. Bununla birlikte DSM-III-R'de yedi günlük sürenin tanımlanması önemlidir. DSM-III-R ölçütleri erken başlangıçlı manide kullanıldığında mani atlanabilmiştir. DSM-IV ile yedi gün ölçütü tekrar düzenlenmiş ve şiddetin gerekliliği eklenmiştir(26).DSM-IV sınıflandırmasında duygudurum bozukluklarının tanı ölçütlerine, gelişimsel farklılıkları nedeniyle çocuk ve ergenler için ek maddeler konulmuştur. Major depresif atak için, depresif duygudurum yerine çocuklar ve ergenlerde irritabl duygudurum olabileceği, perhizde değil iken önemli derecede kilo alımı ya da kaybının olmasına ek olarak çocuklarda beklenen kilo alımının olmamasının da tanı kriteri olarak kabul edileceği belirtilmiştir. Siklotimik bozuklukta belirtilerin devam etmesi gereken süre en az 2 yıl iken, çocuk ve ergenler için bu süre az 1 yıl olarak kabul edilmiştir(26). DSM 5 sınıflamasında karma epizod kaldırılmış, depresif döneme eşlik eden manik belirtileri ya da manik döneme eşlik eden depresif belirtileri tanımlama amacıyla 'karma özellikli' belirteci gibi bazı belirteçlere yer verilmiştir (27).

2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Kraepelin 10 yaşından önce tanımlanabilen BB tablosunun %0.3-0.5 oranında görüldüğünü, yaşam boyu yaygınlığının %0.8 oranında olduğunu ifade etmiştir (28). Kesin tanı konulmuş erişkin hastalara hastalığın başlangıcı sorulduğunda ;%0,5'i 5–9 yaş arası, %7,5'i 10–14 yaşları arasında olarak bildirmiştir (29).

Ergenlik öncesi duygudurum bozuklukları epidemiyolojisi ile ilgili önemli bir alan çalışması; Brotman ve arkadaşlarının (2006) 1420 olguyu değerlendirdikleri "Great Smoky Mountain" (GSMS) olarak da adlandırılan çalışmadır. Bu çalışmada BB 13 yaş altında hiç rastlanmamış, prevalansı da %0.1 olarak saptanmıştır (30).

Rende ve arkadaşlarının (2007), BB olan gençlerde klinik özellikler ve gidişe baktıkları büyük örneklemli çalışmalarında; olgular çocukluk çağı başlangıçlı 12 yaşın altında olan

grup, BB 12 yaşın altında başlayan ve şu an ≥ 12 yaş olan grup, BB başlangıcı ≥ 12 yaş olan grup olmak üzere üç gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Bu üç grup içinde BB I (% 65.5) ve BB II'i (%11.8) en fazla geç ergenlik başlangıçlı grupta, BB BTA (%43.8) ise en fazla çocukluk çağı başlangıçlı BB grubunda görülmüştür (31).

2011 yılına kadar yapılmış epidemiyolojik araştırmaların verilerinin değerlendirildiği son metaanalizde BB' un pediatrik yaş grubundaki prevalansı dünya çapında %1,8 olarak belirtilmektedir (2).

Son yıllarda pediatrik popülasyonla ilgilenen klinisyenlerin farkındalığındaki artış olması, BB' un pediatrik yaş grubundaki yaygınlığına ilişkin tartışmalar ve sağlık sigortalarının tanı bağımlı çalışmasının pediatrik yaş grubunda BB tanılmasında artışa neden olmuş olabileceği belirtilmekle beraber, kliniklerde BB tanısı alan gençlerin toplum prevalansına göre beklenenden düşük olduğu belirtilmektedir. (32)

2.4.KLİNİK ÖZELLİKLER VE SINIFLAMA

2013 te yayınlanan DSM 5 ile daha önce duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan BB için ayrı bir başlık oluşturulmuş ve Bipolar ve İlişkili Bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında BB I, BB II, siklotimik bozukluk, madde/ilaç kullanımıyla beliren bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tanımlanmış bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk tanımlanmıştır (27).

DSM-5'e Göre BB Ölçütleri

Bipolar tip I Bozukluğu: Bir ya da birden fazla manik ya da karışık atakla belirlidir, genellikle majör depresif ataklar eşlik eder.

Bipolar tip II Bozukluğu: Bir ya da birden fazla majör depresif atak yanı sıra en az bir hipomanik atak olması ile belirlidir.

Siklotimik Bozukluk: En az 2 yıl süreyle bir manik atağın, tanı ölçütlerini karşılamayan hipomanik belirtilerin olduğu birçok dönemin ve bir majör depresif atağın tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerin olduğu birçok dönemin olması ile belirlidir.

Çocuk ve ergenler için belirtilerin olması gereken süre az 1 yıl olarak kabul edilmektedir.

Madde/İlaç Kullanımıyla Beliren Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğu madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında veya ertesinde, ya da ilaç alımına bağlı olarak gelişmiştir.

Diğer Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğunun başka bir sağlık durumunun, doğrudan patofizyolojisi ile ilgili, bir sonucu olduğuna yönelik kanıtlar vardır.

Diğer Tanımlanmış Bipolar ve İlişkili Bozukluk: kısa süren hipomani ve major depresyon dönemleri, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemleri ve major depresyon dönemleri, major depresyon öyküsü olmaksızın hipomani ve kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmıştır.

Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Tanımlanan bozukluklardan herhangi biri için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı veya klinisyen tarafınca karşılamamanın özel nedeni belirlenmek istenmediğinde ya da daha özgül tanı koymak için yeterli zaman olmadığında kullanılır.

Duygudurum Atakları; Majör Depresif Atak, Manik Atak, Karışık Atak, Hipomanik Atak olarak adlandırılır (18).

2.4.1. Majör Depresif Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin ya da daha fazlasının bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir.

(1) hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma.

(3) perhizde değil iken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. **Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.**

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması

(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık

(9) yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.4.2. Manik Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. En az bir hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün günün büyük bölümünde süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir döneminin olması

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur.

(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) uyku gereksiniminde azalma

(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi

(5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)

(6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon

(7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma

C. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. (Antidepresan tedavi dırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi hariç)

2.4.3. Hipomanik Atak DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun varlığı ile, etkinlikte ve cinsel güçte olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az 4 gün, neredeyse her gün günün büyük bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) uyku gereksiniminde azalma

(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı

(5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı)

(6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon

(7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma

C. Bu atak sırasında, kişinin belirti olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevselliğinde belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarının da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu atak, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa mani dönemi olarak tanımlanır.

F. Bu belirtiler bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. (Antidepresan tedavi dışarısında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi hariç)

Ataklara ilişkin tanı ölçütlerinin yanı sıra mevcut duruma ait bazı özellikler de DSM 5' te ayrıca belirteç olarak yer almıştır. Bu belirteçler anksiyöz/sıkıntılı, karma özellikli, hızlı döngülü, melankolik özellikler, atipik özellikler, duygudurumla uyumlu psikotik özellikler, duygudurumla uyumsuz psikotik özellikler, katotoni ile giden, peripartum başlangıçlı, mevsimsel patern gösteren olarak betimlenmiştir.

2.5. ETİYOLOJİ

2.5.1. Genetik Faktörler:

BB'da ikiz, aile ve evlat edinme çalışmaları duygudurum bozukluklarının genetik geçişini destekler niteliktedir. BB olan kişilerin akrabalarında tüm duygudurum bozuklukları normal popülasyona göre daha yüksek oranda görülmektedir (20). BB olan kişilerin birinci derece akrabalarında BB riski %3-8 olup, %1'lik genel popülasyondakine göre ortalama 6 kat artmış görünmektedir ve hastalığın ailesel geçişli olduğunu düşündürmektedir (16).

Gelişimsel döneme göre ailesel BB öyküsü değişkenlik göstermektedir. Ailesel geçiş oranı erken başlangıçlı, yüksek oranda komorbiditenin görüldüğü olgularda daha yüksektir (33). Ergenlik öncesi başlangıçlı BB'lu çocukların aile bireylerinde BB görülme sıklığı, ergenlik sonrası başlayanlara göre 3 kat daha yüksektir. Strober, 1992'de, BB başlangıç yaşı ile birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluğu görülme riskini araştıran çalışmaları özetlemiş, erken başlangıçlı BB olanların akrabalarında aynı bozukluğa daha sık rastlandığını bildirmiştir (20). Chang ve arkadaşlarının(2003) yaptığı bir başka çalışmada önceki bulguların aksine bir ve her iki ebeveyni de BB olan ailelerin çocukları karşılaştırılmış, başlangıç yaşıyla ailesel BB öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (20).

Yapılan ikiz çalışmaları genetik geçişi desteklemektedir. BB Tip I, monozigot ikizlerde eş hastalanım oranı %33-90 arasında iken dizigotik ikizlerde %5-25'tir. Ayrıca, monozigotik ikizlerdeki konkordansın %100 olmaması, genetik faktörler yanında çevresel faktörlerin de BB gelişmesinde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir (34).

Genetik çalışmalarda BB Tip I ile 5,11,18 ve X kromozomları arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (34). Straub ve arkadaşları (1994) geniş bir aile analizi ile 21. kromozomun 22.3 bölgesinde şüpheli bir gen göstermişlerdir (35). Mc Mahon ve arkadaşları(1996), anneden ve babadan kalıtılanı karşılaştırdıkları çalışmalarında, anne ve baba akrabalarında sıklığı ve yaşam boyu riski, ayrıca bipolar anne ile bipolar baba çocuklarında hastalık ve yaşam boyu riski karşılaştırmışlardır. Bunun için en az bir kardeşte ya da anne babada duygulanım bozukluğu olan bireyler seçilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda BB olan annelerin çocuklarında BB olan babalara oranla 1.3-2.5 kat daha fazla hastalık için artmış risk bulunmuştur. Ayrıca BB olan annelerin akrabalarında 2.3-2.8 kez artmış risk saptanmıştır (36). Yedi geniş ailede ise babaların etkilenmiş fenotipinin, kızlarına ya da

oğullarına geçişinin ardısıra azaldığı belirlenmiştir. Bu araştırma sonucunda, anneden kalıtım şüphesi nedeni ile mitokondriyal DNA'nın ve sorumlu tutulan DNA parçalarının moleküler çalışmalarının gerekliliği üzerine vurgu yapılmıştır (36). Donald ve arkadaşları(1997),18. kromozom üzerinde yaptıkları çok merkezli çalışmada anne baba geçişini araştırmışlardır. Kadınların daha yüksek oranda bu bozukluktan etkilendiği ancak farklı grupların pedigri çalışmalarında annesel ya da babasal geçişe ait belirgin heterojenitenin bulunmadığını saptamışlardır. Bu çalışma sonucunda bipolar anne çocukları ile bipolar baba çocukları arasında oransal fark görülmemiş, böylece önceki çalışmadaki annesel geçiş fikri desteklenmemiştir (37).

BB'ta etiopatolojisinde rol oynayan serotonerjik ve monoaminerjik dizgelerde yer alan bir çok gen polimorfizmi BB'un ilişkilendirme (association-assosiasyon) çalışmalarında incelenmiştir. Her iki dizge üzerinde de etkisi olan X kromozomu üzerinde yer alan monoamin oksidaz A (MAO-A) geni ile yapılan ilişkilendirme çalışmaları çelişkili sonuçlar vermektedir. MAO-A geninde intron 2'deki CA tekrar geninin BB anlamlı ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur ancak sonraki çalışmalar bu bilgiyi desteklememiştir. Üzerinde çok çalışma yapılan bir başka aday gen serotonin taşıyıcı (5HTT) genidir. Lasky-Su ve arkadaşlarının(2005) yaptığı bir meta-analiz çalışmasında 17q11-12'de bölgesinde kodlanan 5HTT gen polimorfizmi ile BB arasında belirgin ilişki saptanmıştır. Ancak bu bulguyu destekleyen çalışmalar oldukça azdır ve 5HTT gen polimorfizminin BB'la ilişkisi olmadığı görüşü ağırlık kazanmaktadır. Benzer şekilde monoaminerjik nörotransmitterlerin yıkımında rol oynayan katekol-O-metiltransferaz (COMT) geni de araştırılan bir genidir, bu genle yapılan ilişkilendirme çalışmaları da tutarsız sonuçlar vermektedir (38).

BB' da genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır, ancak bunun çok sayıda genle ilişkili olduğu, yani multigenetik risk ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu bir kompleks geçiş olduğu düşünülmektedir (16).

2.5.2. Kindling (Tutuşma) Teorisi

Tutuşma fenomeni klinik bağlantıları da bulunan bir laboratuvar bulgusudur. Bu fenomen, nörolojik hastalıkların (epilepsi) yanısıra, psikiyatrik hastalıkların etiolojisiyle ilgili yeni kuramların doğmasını sağlamıştır. Şizofreni, psikomotor epilepsi, duygudurum bozuklukları, alkolizm tutuşma fenomeni ile bağlantısı bulunan hastalıklardandır (39).

Tutuşma, tek nöron kayıtlarında görülen post-tetanik potansiyasyona benzer bir durumdur ve üç bileşeni vardır: İlk uyarandan sonra belirli bir zaman geçer ve bu uyarana nöronal yanıt yoktur, yineleyen uyarılardan sonra yanıt verebilirlik artar, sonuçta gözlenebilen ya da gözlenemeyen yanıt meydana gelir (epileptik nöbet, psikiyatrik belirti vb).Beynin bütün bölgeleri tutuşma fenomenine aynı hızla yanıt vermez, kimi daha hızlı kimi daha yavaş yanıt verirken, bazı bölgeler hiç yanıt vermeyebilir. Limbik bölgeler, özellikle de amigdala, piriform korteks ve olfaktör bulbus tutuşmaya iyi yanıt veren alanlardır. Hipokampusun yanıtı daha fazla olabilir. Tutuşma fenomeninde eşik altı uyarılar ne kadar fazla tekrarlanırsa, sonraki deşarjların amplitüd ve süresi de o kadar fazla olur. Ancak tutuşma yalnızca dışardan verilen elektriksel uyarılar ile oluşmaz, kendiliğinden de meydana gelebilir. Tutuşma akut bir olumsuz uyarana maruz kalmakla olduğu kadar, kronik etkilenme sonucunda da oluşur (40).

Psikososyal olumsuzluk yaratan etmenlerin duygudurum bozukluğunun ilk nöbetinde diğer dönemlere göre daha fazla görülmesi ve sonraki nöbetlerin kendiliğinden oluşabilmesi tutuşma fenomeni ile açıklanabilir(40). Psikososyal olumsuz uyarının tipi, büyüklüğü, oluş sıklığı hastalığın uzun dönemli gidişinde önemli bir yere sahiptir (41). Deneysel olarak sıçanlara kokain verilerek oluşturulan davranışsal duyarlılıkta dozun (uyaran büyüklüğü) yanısıra, maddenin yineleyici biçimde verilmesi (uyaran sıklığı) de önemli rol oynar. Kokainin verilme biçiminin sonraki davranışsal yanıtın büyüklüğünü ve süresini etkilediği gösterilmiştir. Kokainin düşük ve yineleyici dozda verilmesinin, yüksek ve tek dozda verilmesine göre daha fazla davranışsal yanıtı açtığı bulunmuştur(40). Üstelik sonraki dozlarda ortaya çıkan davranışsal yanıt, kokainin ilk verildiği dönemdeki öğrenme ve uyum ile ilişkilidir. Bu ilişki, bellek ve öğrenme ile ilgili nörobiyolojik yolların duyarlı hale geldiğini ve sonraki davranışsal yanıtı etkilediğini göstermektedir. Diğer yandan Fontana ve arkadaşları (1991) bu duyarlılığın ödüllendirme ile ilgili olduğunu, bunun da nükleus akübensteki dopamin artışına bağlı olduğunu göstermişlerdir(42). Duygudurum bozukluklarında yineleme, belirtilen bu duyarlılıkla ilişkilendirilmiştir. Yani bellek ve öğrenme ile ilgili nöronal yollarda bir duyarlılık oluşmakta ve bu duyarlılık bir sonraki nöbet için yatkınlık oluşturmaktadır. Bu duyarlılığın iki tipi olduğu düşünülmektedir: bunlar da olumsuz uyarın etmeniyle ilgili ve hastalıkla ilgili duyarlılıktır. Olumsuz uyarın etmeniyle ilişkili duyarlılığı oluşturan değişkenler: olumsuz uyarının tipi, niteliği, niceliğiyle ilgili değişkenlerdir ve bunlar nöronal sistemlerde farklı etkiler yaratmaktadırlar. Duygudurum bozukluğunun kendisi ile ilgili duyarlılık ise şöyle açıklanabilir: duygudurum nöbetinin

başlaması, ilgili nöropeptit, reseptör ve ileti sistemlerini etkileyerek bellek sistemlerinde etki yaratır ve bu etkilenme diğer nöbetler için zemin hazırlar, böylece nöbet oluşumu kolaylaştırır. Bu açıklama tutuşma modeliyle örtüşür. Bir kez nöbet oluştuğunda diğerlerini kolaylaştırabilmektedir(40).

2.5.3. Nörotransmitter Kuramları

BB'de nörotransmitter etkileri ile ilişkili kuramlar, farmakolojik tedavilerin etkilerinin araştırılması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar biyolojik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Monoaminlerin, (norepinefrin (NE) , serotonin (5HT) ve dopamin) eksikliğinin ya da fazlalığının ve işlevlerinde ortaya çıkan değişimin veya reseptörlerindeki sayı ve duyarlılıklarındaki değişiminin hastalığın oluşumunda önemli etkileri olduğu düşünülmektedir.

Manide NE aktivitesinde artış olduğu gösterilmiştir. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, VMA (vanilmandelik asit) düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve Li sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir(43). Özerdem ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada Li'un periferik noradrenerjik aktivite üzerindeki akut ve kronik etkilerine bakılmış ve α 2 adrenoreseptör antagonisti idazoxan verilen 10 sağlıklı gönüllü ile kronik Li kullanımının plazma norepinefrin düzeylerini anlamlı olarak artırdığı bulunmuştur(44).

Dopamin aktivitesinin genel olarak manide yükseldiği düşünülmektedir. Dopamin aktivitesini arttıran L-DOPA'nin, dopamin geri alımını inhibe eden kokain, amfetamin gibi ilaçların manik belirtileri tetiklemesi bu görüşü desteklemektedir(34). Manik belirtilerin tedavisinde ise dopamin reseptör antagonistleri olan antipsikotik ilaçlar etkili olmaktadır(19). Norepinefrin ile serotonin geri alımını engelleyen trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri manik kaymaya neden olabilmektedir(45). Tedaviye dirençli depresyon hastalarında dopamin ve norepinefrin salınımını arttıran metilfenidat ve amfetamin gibi ilaçlar belirtilerde düzelme sağlayabilmektedir(46).

Tüm bu çalışmalar BB'un etiolojisinde nörotransmitter sistemlerinin rolü olduğunu düşündürmekle birlikte bu bozuklukta hangi nörotransmitterin, nasıl sorumlu olduğu kesin olarak bilinmemektedir.

2.5.4. Nöroanatomik çalışmalar

Beyin görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler BB'daki nöroanatomik değişiklikleri inceleme olanağı sağlamaktadır. BB "beyin kökenli" bir bozukluk olduğuna ilişkin hiç kuşku kalmamış olmasına rağmen, altta yatan nöroanatomik nedenler belirsizliğini korumaktadır (47).

Erişkin bipolar hastalarda rastlanan en sık nörogörüntüleme bulgusu, nörofizyolojik temelleri bilinmemekle birlikte, beyaz cevher yoğunluğunda artmadır (48). BB olan ergenlerde yoğunluk alanları araştırıldığında serebral hemisferlerde azalmış yapısal asimetri ve beyaz cevherde artmış yoğunluk saptanmıştır(49).

Çocukluk çağı BB'unda yapısal Manyetik Rezonans Görüntüleme(MRG) çalışmaları prefrontal beyaz cevher yolakları yanısıra anterior singulat, ventral prefrontal korteks, superior temporal girus, amigdala, hipokampus ve putamen anormaliteleri göstermiştir(20). Bu bulgulardan prefrontal korteks hacminde azalma(50), süperior temporal girus ve putamen hacimindeki artış (48) BB'lu erişkinlerdeki bulgularla uyumludur. Hipokampus hacimlerinde, erişkin BB yapısal MRG çalışmalarında herhangi bir değişiklik olmadığının (51) gösterilmesine karşın, çocuk ve ergen BB'daki çalışmalarda hipokampus hacimlerinde sağlıklı kontrollere göre azalma saptanmıştır(52,53). Bununla birlikte, erişkinlerde amigdala büyük ya da küçük bulunmakta iken yalnızca BB'lu çocuklarda ve ergenlerde daha küçük amigdala hacimleri bildirilmektedir (49,54). Ülkemizde Şentürk ve arkadaşlarının(2008) yaptığı çalışmada BB ötimik ergenler ve sağlıklı kontrol grubunda amigdala hacimleri karşılaştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda amigdala hacimlerinde anlamlı farklılık saptanamazken, BB ergenlerde hastalık süresi ile sağ ve sol amigdala hacimlerinin birbiriyle ters orantılı olduğu bulunmuştur (55).

Fonksiyonel MRG (fMRG), dikkat ya da duygudurum uyararı işleme gibi özgül beyin işlevlerindeki aktiviteyi değerlendirmeyi sağlar. fMRG özgün psikolojik yapılanmaya dayanan dikkat ve duygusal uyararı gibi beyin işlevlerini inceler. Bu teknik; olgu, tek bir beceriye dayanan davranışsal ya da bilişsel taskı gerçekleştirirken beynin görüntülenmesi ilkesine dayanır (56). Yapılan fMRG çalışmalarında BB tip I olan çocukların ürkütücü ve saldırgan yüzlere yanıt olarak, kontrol grubuna göre daha fazla amigdala ve ventrolateral prefrontal korteks aktivasyonu gösterdikleri saptanmıştır (56). Bir başka fMRG çalışmasında

ise mutlu ve kızgın yüzlere yanıtta ventrolateral prefrontal korteks aktivitesinde azalma ve daha fazla amigdala aktivasyonuna rastlanmıştır (57).

Manyetik rezonans spektroskopisi (MRS), lokalize beyin bölgelerinin nörokimyasını incelemede in vivo, girişimsel olmayan ve iyonize radyasyon içermeyen bir yöntemdir. MRS, beyindeki lokalize bir bölgenin biyokimyasal kompozisyonunu yansıtan "frekans-sinyal şiddeti" spektrumu şeklinde bilgiler verir. Çocuk ve ergenlerde yapılan MRS çalışmaları, BB'lu çocuklarda bazal ganglionlar ve frontal lobda Glutamat/ Kreatin (Glx/Cr) oranında artış göstermektedir(58). Buna ek olarak, BB'lu çocuklarda manik dönemde anterior singulat korteks (ACC)'de artmış Myo-inozitol/Kreatin (ml/Cr) düzeyleri gözlenmiştir (58). Dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), N-Asetil Aspartat/Kreatin (NAA/Cr) oranının ötimik BB'lu çocuklarda (59) ve daha önce hiç ilaç tedavisi almamış BB'lu ergenlerde (60) sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. BB'lu ebeveyn çocuklarının normal kontrollerle karşılaştırıldıkları bir çalışmada, BB olan BB'lu ebeveyn çocuklarının normal kontrollerden daha düşük DLPFK NAA düzeylerine sahip oldukları, olası prodromal BB belirtileri bulunan çocukların ise sağlıklı kontrol grubuna benzer NAA/Cr oranlarına sahip oldukları gözlenmiştir(60). Bu gözlemler NAA/Cr oranı değişikliklerinin durumsal bir bulgu olduğunu ve DLPFK NAA düşüşünün BB'nin gelişmesinden sonra ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde; çelişkili sonuçlar olmasına karşın elde edilen veriler BB'da prefrontal-subkortikal limbik yolakta anormallikler olduğunu düşündürmektedir. Çocuk ve ergenlerde yapılacak kontrollü ileri beyin görüntüleme çalışmaları ile erken dönemde bu bozukluğun hangi beyin yapılarını etkilediği saptanabilecektir.

2.5.5. Psikososyal kuramlar

Duygudurum bozukluklarının ilk dönemlerine, sıklıkla stres verici yaşam olaylarının öncülük ettiği klinik gözlemleri bildirilmiştir. Bu gözlemi açıklamak için öne sürülen duyarlılaşma modeli ile ilk döneme eşlik eden stresin beyin biyolojisinde uzun süreli değişikliklere yol açtığı saptanmıştır(61). İlk nöbeti tetikleyen yaşam olaylarının çoğunun özgül olmadığı, biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda rahatsızlığın başlamasında önemli etken oldukları bildirilmiştir (17).

Denilebilir ki çok değişik ve özgül olmayan psikososyal zedelenmeler arasında depresyona yatkınlık sağlayan en önemli etken erken bebeklik ve ilk çocukluk yıllarında karşılaşılan anne babadan uzun süreli ayrılma durumlarıdır. Bu çağda geliştirilmiş bir bebeklik ya da çocukluk depresyonu yaşamın sonraki yıllarında görülebilen çökkünlüğün en önemli kaynaklarından biridir. Bu tür yoksunlukların çocuğun strese karşı hipotalamus-hipofiz-sürrenal dizgesinin tepkimesini artırarak hem nöroendokrin dizgenin, hem beynin gelişiminde önemli izler bırakabileceği düşünülebilir (17).

BB geliştirme riski yüksek bir grup olarak BB'lu anne babaya sahip çocuklarda, davranım bozuklukları, eşduyum güçlüğü, anlayıssızlık ve çatışmayı anormal yollardan çözme yöntemleri okul öncesi dönemde de gözlenmiştir. Psikiyatrik sorunlar, depresif belirtiler ve davranım sorunları 6 yaş sonrası belirginleşir. BB'lu anne babaya sahip çocuğun eşduyum yoksunluğu ve anormal biçimde çatışmayı çözmek gibi belirtilerinin anne babasında mevcut olduğu bilinir. BB'lu hastaların öfkelerinin geç yatıştığı bilinir. Bu, doğal olarak anne baba çocuk ilişkilerine de yansiyacaktır (62).

2.5.6. Psikodinamik Etkenler

Abraham 1912'de melankolik depresyonla yas arasında karşılaştırma yapmış; her iki durumda da kişinin kayıp yaşadığını ancak yas tutan kişinin daha çok kaybettiği kişi ile ilgilenmesine karşın, depresyondaki kişide daha çok suçluluk duygularının egemen olduğunu saptamıştır (63).

Freud(1917), Abraham'ın düşüncelerine katılmış, yas yaşantısında görülen gerçek nesne yitimine karşılık depresyondaki kişide iç dünyadaki bir kayıptan söz etmiştir. Freud'a göre kaybedilen nesneye karşı olan öfke, depresyondaki kişilerde iç dünyasındaki içselleştirilmiş olan sevgi nesnesine çevrilmektedir (64).

Abraham(1924), 'a göre mani depresyona karşı bir savunma gibidir. Depresyona neden olan aşırı katı ve baskıcı süper egoya karşı manide bir başkaldırı yaşanmaktadır (64). Freud'a göre ise mani, ego ile süper ego arasında füzyon görevi görür. Bu iki yapı arasındaki çatışmada harcanan enerji manide zevk alma amacına yönelik kullanılır (63).

Melanie Klein, (1940), manik depresif durumları, bebeklik döneminde olumlu içsel nesnelere geliştirememiş olmanın bir yansıması olarak kabul eder (17). Bibring'e(1953), göre ise depresyon, idealler ve gerçekler arasındaki gerilimden kaynaklanır. Mani ise depresyona

karşı ödünleyici ikincil bir tepki, ya da narsisistik beklentilerin düş gücüyle karşılanma çabalarının bir anlatımıdır (17).

2.6. KLİNİK GÖRÜNÜM:

BB tanı ölçütleri, erişkinlerden çocuklara uyarlandığı için bir karmaşa mevcuttur. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde BB tanısı sıklıkla atlanmakta ya da gereksiz tanı konmaktadır. (20). Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) 'nın fenomenoloji çalışmasında 1995-1998 yılları arasında başlayan çocuk ve ergen BB'lerin %6,3'unun DSM-IV BB Tip I tanı ölçütlerine tamamen uyduğu saptanmıştır (65).

Çocukluk çağı BB ciddi ve kronik gidişli bir bozukluktur. Erişkinler ile karşılaştırıldığında farklı klinik görünümüleri vardır. Çocukluk çağı BB'da manik atak sırasında irritabilite, disfori gibi belirtiler öforiden daha sık görülür, karışık ve hızlı döngüler belirgindir. Bu nedenle atağın başlangıcını saptamak her zaman mümkün olamamaktadır (66). Ergenlik döneminde manik belirtiler genellikle karmaşıktır. Bu dönemde manik atak sırasında psikotik belirtiler, duyguduruma uygun olmayan varsanılar, paranoya, düşünce bozuklukları, duygudurumda dalgalanmalar daha sık gözlenir ve psikotik bozukluklarla ayırımı yapmak önemlidir (20). Yaş büyüdükçe belirtiler ve klinik görünüm, erişkin döneme benzer özellikler sergileyemeye başlamaktadır. Karışık ve hızlı döngülerin görülme sıklığı azalmakta, atak dönemleri daha net tanımlanabilir olmaktadır (67).

BB olan çocuklarda erişkinlere benzer olarak yükselmiş duygudurum, grandiozite, uyku ihtiyacında azalma, hiperseksüel davranışlar, düşünce hızlanması görülür. Çocukluk çağı gelişimsel dönemlere özgü davranışlarla patolojik bulguları ayırt etmek gerekir (20). BB seyrinde gelişimsel ve sosyal sınırlara uygun olmayan okul devamsızlığı, fikir uçuşması, tehlikeli oyunlar ve uygunsuz artmış seksüel aktivite gibi davranışlar görülebilir (68).

Manik dönemde çocuklar ve ergenlerde düşünce akışında hızlanma tipiktir. Fikir uçuşması erişkinlere benzerdir ancak içerik yaşa özgüdür. Hızlı konuşma hemen tüm yaş gruplarında benzerdir ve durdurmak güç olabilir. Azalmış uyku miktarı çoğunlukla uyku öncesi aşırı aktiviteye bağlı olabilir. Odalarını tekrar tekrar düzenleme gibi amaca yönelik etkinliklerde artış görülebilir (69).

Çevredeki ufak bir karışıklık bile manik çocukta belirgin distraktibilite yaratabilir. BB'lu çocuk ve ergende artmış motor ve amaca yönelik aktivite normal aktivitelerini fazla

yapıyormuş izlenimi verebilir. Yaşa özgü davranışlarda tehlike düzeyi yüksek, zevk veren aktiviteler belirginleşir. Tüm yaş gruplarında aşırı cesaret ve meydan okuma çok yaygındır. Ergenlerde hızlı araba kullanma, çocuklarda ise pencereden atlayabilecekleri, ağaçların ve çatıların üzerinden uçabilecekleri inançları olabilir (69). Çocuklarda hiperseksüalite cinsellik içeren küfürlü konuşma, cinselliğe ilişkin uygunsuz söz ve davranışlar, aşırı masturbasyon, ergenlerde ise sık partner değiştirme şeklinde olabilir (69).

Grandiyozite, psikomotor ajitasyon ve rahat, bulaşkan davranış gibi önemli manik belirtileri diğer yaygın çocukluk çağı özelliklerinden ayırt etmek gerekir. Övünme, hayali oyun, aşırı hareketlilik ve çocuksu patavatsızlık çocuklarda görülebilen mani ile karıştırılabilecek dönem özellikleridir (68).

Küçük çocuklarda klinik görünümüler genellikle kötüleşen yıkıcı davranışlar, huysuzluk, gece geç yatma, impulsivite, hiperaktivite ve konsantrasyon zorluğudur. Ayrıca döngüsel dikkat süresindeki kısalık, engellenmeye karşı toleransın azalması, patlayıcı öfke nöbetleri, depresyon ve okul performansında azalma görülebilmektedir (7).

BB'de döngü ile birlikte olan çeşitli örüntüleri ve fazları tanımak önemlidir (70). Ergenlerde görülen majör depresyon ataklarındaki hangi belirtilerin ileride BB gelişmesinde rol oynayabileceği çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. Bunun için risk faktörleri şunlardır; depresif döngünün hızlı başlaması, psikomotor retardasyon ve psikotik özellikler içermesi, aile öyküsünde duygudurum bozukluğu olması (özellikle BB), antidepressanlarla tedavi sonrası mani ya da hipomani öyküsünün olmasıdır (71).

Bir başka görüşe göre çocuklarda en sık görülen BB uzun süreli, hızlı döngülü ve karma mani ile kendini gösteren tablodur. Tabloya irritabilite hakim olduğu için atipik olarak değerlendirilebilir. İrritabilite sürekli, ileri derecededir ve şiddet davranışları içerebilir. Döngüler yılda 365'e ulaşan sayıda ultradian olabilir (20). İrritabilite en sık belirtidir ancak patognomonik değildir (72).

Bazı araştırmacılar manik ergenlerde; psikotik belirtiler, duygudurumla uyumlu olmayan hallusinasyonlar, düşünce bozukluğu, duygu durum dalgalanmaları, şiddetli davranım bozukluğu gibi belirtilerin ağırlaşmış belirtiler olduğunu öne sürmüşlerdir (6,71). Bu değişken görünümüler, onlu yaşlardaki gençlerde BB'nin atlanmasına yol açabilir ve çoğunlukla şizofreni ile karışabilir (6,71).

BB Tip II tanısı koyabilmek için, çocuk ya da ergen bir majör depresif atak geçirirse, dikkatli bir öyküyle hipomani dönemlerinin olup olmadığı saptanmalıdır (20).

2.7. GİDİŞ VE SONLANIM

Çocuk ve ergenlerdeki BB'nin erişkinlikteki gidişi ile ilgili veriler için uzunlamasına yapılan çalışmalar gerekiyorsa da erişkin çalışmalarının bu konu üzerine bazı ilginç bulguları vardır. Buna göre BB'nin 12 aylık izlem ve yaşam boyu izlem oranlarının benzerliği, bu durum bir kez oluşunca, kronik olarak devam ettiğini düşündürebilir. Geller ve arkadaşlarının (2001), prepubertal BB olan çocuklardaki iki yıllık izlem çalışmasının sonuçlarına göre; prepubertal BB olanlarda görülen kronikleşme ve relaps oranlarının yüksekliği, karışık mani, sürekli döngü ve psikoz olan erişkinlerde bildirilen kronik gidiş ve kötü sonuçlar ile uyumludur (73). Geller ve arkadaşları (2004), 86 prepubertal BB olan çocuklarda yaptığı dört yıllık izlem çalışmalarında bu çocukların %77'sinin ultradian duygudurum ataklarının olduğunu saptamış, mani ya da hipomani başlangıç yaşını 7.4 yaş, atak uzunluğunu ortalama 3.5 yıl olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada annenin ebeveynlik yetilerinin iyi olması ve çocuğuyla olumlu ilişki kurabilmesinin iyileşme oranlarını arttırdığını ve psikotik belirtilerinin varlığının hastalıkla geçen yaşam süresini uzattığını saptamışlardır(74). Genç erişkinlik dönemini de içeren BB olan çocuk ve gençlerle yapılan 8 yıllık izlem çalışmasında, benzer sonuçlar elde edilmiş ve 18 yaşını geçen gençlerin %35'inde madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmiştir(75).

Strober ve arkadaşları (1995), BB olan 54 ergen hastayı beş yıl süreyle izlemişlerdir. Bu izlem sonucunda hastaların %4'ünde belirtilerin sürdüğünü, %44'ünde hastalığın major depresyon ya da mani atağı şeklinde yineleme gösterdiğini, %21'inde ise iki ya da daha fazla atak görüldüğünü belirtmişlerdir (73).

Findling ve arkadaşlarının(2003) yaptığı çalışmada ise; hastalığın ilk yıllarında ataklar arasındaki iyilik dönemlerinin daha uzun olduğu, yıllar geçtikçe bu sürenin kısaldığı, atakların birbiri için tetikleyici rol oynadığı ve tedavi edilmediği takdirde hastalığın şiddetinin artarak devam ettiği bulunmuştur(20).

Lewinsohn ve arkadaşlarının, 2000 yılında yaptığı bir epidemiyolojik izlem çalışmasında; randomize seçilmiş 1507 kişilik toplum örneklemini ile ergenlik dönemi boyunca iki kez görüşülmüş, bunların içinden 893 kişi ile de 24 yaşında tekrar görüşülmüştür. Birbiriyle karşılaştırılan beş grup; 17 BB, 48 BB BTA (irritabilite/yükselmiş duygudurum ve

diğer mani belirtilerinden biri olan grup), 275 Major Depresif Bozukluk (MDB), 49 yıkıcı davranış bozuklukları, 307 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarında; MDB tanısı alan ergenlerin, 24 yaşında %1'den azı BB'ye dönüşmüştür. Ergenlikte BB insidansı 19-23 yaşları arasında artmıştır. BB BTA grubu olanlarda erişkinlikte antisosyal ve borderline belirtiler açısından artış gözlenmiştir. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında BB ve BB BTA grubunda psikososyal fonksiyonlarda bozulma oranı ve tedavi gereksiniminin daha fazla olduğu saptanmıştır. BB BTA olan ergenlerde genç erişkinlikte MDB ve anksiyete bozukluğu oranlarında artış gözlenmiştir. BB BTA grubunda artmış komorbidite ve işlevsellikte bozulma görülmesine rağmen 4 yıllık izlemde maniye dönüşüm gözlenmemiştir (5).

Birmaher ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çok merkezli, geniş örneklemlili 'Course and Outcome of Bipolar Disorders(COBY-Pediatric bipolar spektrum bozuklukların klinik görünümü ve gidişi) olarak da adlandırılan izlem çalışmasında BB tip I, BB tip II ve BB BTA olan 413 ergen değerlendirilmiştir. Çalışma grubunda duygudurum belirtilerinin başlangıç yaşı 8,4 yaş, epizod başlangıcı ise 9,3 yaş olarak belirtilmiş, 4 yıllık izlem sürecinde çalışmada yer alan BB II tanılı gençlerin %25' inin BB I'e, BB-BTA tanılı gençlerin %20' sinin de BB I'e %18' inin BB II' ye geçiş gösterdiği saptanmıştır. Çalışmaya katılan gençlerin %81' inde indeks epizodlarının başlangıcından 2,5 yıl sonra tam iyileşmenin sağlandığı, BB I'lerin BB-BTA'ya göre daha yüksek oranda iyileşme gösterdiği, BB I ve BB II'lerin de BB-BTA ya göre daha kısa sürede tam iyilik haline ulaştıkları belirtilmiştir. BB-BTA, prepubertal başlangıç, beyaz olmayan ırk, uzun hastalık süresi ve ailede hipo/mani öyküsünün tam iyileşmeyi olumsuz etkilediği, her iki ebeveynle yaşıyor olmanın ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olmanın tam iyileşme olasılığını arttırdığı gösterilmiştir. Tam iyileşme sağlayanların %62,5' unda 1,5 yıl içinde sendromal yinelenme (tanı ölçütlerini karşılayan epizod) olduğu ve sendromal yinelenmenin BB I ve BB II tanıları olan gençlerde BB-BTA tanılı gençlere göre daha fazla oranda ve daha hızlı geliştiği belirtilmiştir. İzlem süresince olguların %33'ünde 1 kez, %20'sinde 2 kez ve %10' unda 3 ve üzeri yinelenme olduğu belirtilmiş, yinelenmeler %60 oranında depresif epizod olarak tanımlanmış ve depresyonu sırasıyla hipomani, mani ve karma epizod izlemiştir. BB I, BB II, düşük SED, ailede mani/hipomani öyküsü yinelenme için artmış risk olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya katılan gençlerin izlem sürecinin % 60'ında (%41,8'inde subsendromal olmak üzere) semptomatik oldukları ve izlem süresince BB I ve BB-BTA tanılı gençlerde eşik altı belirtilerin sendromal belirtilerden daha fazla olduğu belirtilmiştir. BB-BTA grubu diğer

gruplara göre daha uzun süre eşik altı belirtiler gösterirken, BB I ve BB II gruplarında BB-BTA ya göre daha uzun süre sendromal belirtiler göstermiştir (76).

Axelsson ve arkadaşları tarafından yapılan Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMSS- Manik belirtilerin uzlamsal değerlendirilmesi çalışması) çalışmasında yükselmiş duygudurumla ilişkili belirtiler (öfori ve/veya irritabl duygudurum, tekrarlayan öfke nöbetleri, vb) gösteren 6-12 yaş arası 706 çocuk başlangıçta, 1. ve 2. yıl sonunda değerlendirilmiştir. Yükselmiş duygudurum belirtileri gösteren çocukların sadece %25'inin Bipolar Spektrum Bozuklukları(BSB-BB I,II,BTA,siklotimiye içerir) tanısını karşıladıkları, %52 sinde ciddi, tekrarlayan öfke nöbetleri, %35' inde kronik irritabilite %26'sında Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu (YDDB) (DMDD-Disruptive Mood Disregulation Disorder) fenotipi gösterilmiştir. YDDB fenotipi taşıyan çocukların manik ve depresif belirtilerin şiddetini değerlendiren ölçeklerden anlamlı olarak yüksek puan aldıkları ancak YDDB fenotipini karşılayan ile YDDB fenotipini karşılamayan grup arasında başlangıçta Bipolar Spektrum Bozuklukları(BSB-BB I,II,BTA,siklotimiye içerir) tanıları açısından fark saptanmadığı, izlem sürecinin sonunda da YDDB' nin BSB tanısı gelişimi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (77). İzole BSB tanısı olan grup ile komorbid Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan BSB grubu arasında duygudurum belirtilerinin başlangıç yaşı açısından fark saptanmazken, semptom şiddeti ve genel işlevsellikte azalma komorbidite ile ilişkili bulunmuş, BSB'nin hastane yatışı için DEHB'ye göre 4 kat artmış risk taşıdığı belirtilmiştir (78)

2.8. YÜKSEK RİSK GRUBU ÇALIŞMALARI

Son yıllarda yapılan çalışmalar doğrultusunda çocuk ve ergenlerde sendromal BB'a gidiş için artmış risk olarak tanımlanan klinik fenotipler üzerine görüş birliği sağlanmıştır. BB tanılı ebeveynlerin çocuklarında BB I/II gelişimden yaklaşık 10 yıl önce hastalığın 'yüksek riskli' eşikaltı görünümleri tanımlanmaktadır (79). BB için risk oluşturan bu eşikaltı öncüllerin genel işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine hatırı sayılır ölçüde etkisi olduğu belirtilmektedir. (80). Axelsson ve arkadaşları (2006) 1. veya 2. derece yakınlarında mani öyküsü ile işlevselliği etkileyen kısa, tekrarlayan eşik altı hipo/mani ve depresif epizodları olan gençlerin %50'sinden fazlasının 5 yıl içinde BB I veya BB II tanısı aldığını belirtmişlerdir (81). MDB tanılı çocuk ve ergenlerin de ilk depresif ataklarından 2 ila 4 yıl sonra %15-49 oranında BB I veya BB II' ye geçiş gösterdiği belirtilmektedir. BB I veya II'ye geçişin en yüksek oranda erken başlangıç, eşikaltı hipomani, psikoz ve epizodik

seyreden duygudurum dalgalanmaları ve ailede mani öyküsü olan depresif olgularla ilişkili olduğu belirtilmiştir (82).

BB gelişiminde en önemli risk faktörü olarak BB'un ailesel geçişi gösterilmektedir (83). Son çalışmalar BB tanılı ebeveynlerin çocuklarında %20'lere varan oranda BB gelişimi olduğunu belirtmektedir (84). BB bozukluk tanılı ebeveynlere sahip genç popülasyonunun BB'un yanı sıra anksiyete bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları gelişimi açısından da risk altında olduğu bildirilmiştir (85). BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının bir duygudurum epizodu geçirmeden önce prodromal duygudurum ve davranışsal belirtiler (86) ile nörokognitif işlevsellikte (87) ve beyin aktivasyonunda (88) farklı paternler sergiledikleri belirtilmektedir.

Yapılan çalışmalar ebeveynlerinden birinde BB tip 1 veya 2 olan çocuklarda en az 3 davranışsal fenotipin varlığının BB geliştirmek için artmış riskin sinyali olabileceğini belirtmektedir. COBY çalışmasında ailesinde BB tip I veya II olan BB-BTA grubunda hastalık geliştirme riski %58, ailesinde BB olmayan BB-BTA grubunda ise %36 olarak raporlanmıştır (76).

Pittsburgh Üniversitesinde yapılan BIOS (Bipolar Offspring Study) çalışmasında BB tanılı ebeveynlerin çocukları araştırılmış ve sağlıklı/BB tanısı olmayan ebeveynlerin çocukları ile karşılaştırılmıştır. Her iki ebeveynde BB tanısının olduğu grupta daha fazla oranda BB tanısını olduğu, ebeveyninde ve kendisinde BB tanısı olan gençlerin %75'inin 12 yaşından önce BB-BTA veya depresyon için tanı kriterlerini karşıladığı belirtilmiştir (89). 233 BB tanılı ebeveynin 7-17 yaş arası 388 çocuğu değerlendirilmiş ve 41 olguda BB tanısı saptanmıştır. BB tanısı alan grupta kız cinsiyetin daha fazla olduğu, sosyoekonomik düzeyin daha düşük olduğu, annelerinin daha erken yaşta doğum yaptığı belirtilmiş ve fiziksel/ cinsel istismar öyküsü, antidepressan veya stimulan kullanımı bu grupta anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (85). 2013 yılında yayınlanan son verilerinde duygudurum labilitesinin, özellikle irritabilitenin, BB tanılı ebeveynlerin çocuklarında prodromal BB fenotipi için potansiyel bir aday olarak görüldüğü belirtilmektedir (90). Ebeveynde BB tanısı olan gençlerde kontrol grubuna göre yaşam boyu özkıyım düşünceleri daha yüksek oranda tanımlanmış ve özkıyım düşüncelerinin olguda duygudurum bozukluğu, saldırganlık, cinsel istismar ve aile içi çatışmalarla pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (91). Ebeveynlerinde BB olan BB tanılı gençlerde (n=35) Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/ Child Behavior Checklist) toplam ve içe yönelim, agresyon, disregülasyon ve duygudurum labilitesi alt test

puanlarının ebeveynlerinde BB olan ancak kendisinde BB tanısı olmayan gençlere (n=319) ve sağlıklı ebeveynlere sahip gençlerden (n=235) oluşan kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, BB tanılı ebeveynlerin BB (-) çocuklarında da bu puanların kontrol grubuna göre yüksek olduğu bildirilmiştir (92). Daha küçük yaş grubu değerlendirildiğinde ise ebeveynlerinde BB olan okul öncesi yaş grubundaki çocukların ebeveynlerinde BB tanısı olmayan kontrol grubuna göre CBCL'nin agresyon, duygudurum disregülasyonu, uyku bozukluğu ve somatik yakınmalar alt testlerinden anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları, ve bu belirtileri hedef alan erken dönem müdahalelerinin gerekli olduğu belirtilmiştir (93).

2.9.TEDAVİ

BB hem çocuklar hem de erişkinlerde psikososyal zorluklara yol açan, morbidite ve mortalitesi olan ciddi bir psikopatolojidir. Bu nedenle hastalığın hem akut ataklarını tedavi etmek hem de atakların şiddet ve sıklığını azaltarak ortadan kaldırmak tedavinin başlıca hedefleridir (19).

BB' da tedavi seçimi; bozukluğun şiddeti, alt tipi, atak türü, kronik olup olmaması, başka bir eş tanının varlığı, yaş, aile ve olgunun özellikleri ile beklentileri, ailesel ve çevresel durum, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü gibi etkenlere bağlıdır (94). Çocuk ve ergenlerde BB'da önerilen tedavi akış şemalarında ilk basamak tedavileri olarak Lityum, valproat, karbamazepin gibi duygudurum düzenleyiciler ya da olanzapin, ketiapin ve risperidon gibi atipik antipsikotiklerin tek başına tedavide kullanılması önerilmektedir (95).

2.9.1. Duygudurum Düzenleyiciler

Lityum: Lityum FDA tarafından 12-17 yaşta BB'taki manik atak için ilk onay alan ilaçtır. BB'lu gençlerde tedavi onayı almış olmasına rağmen, pediatrik BB'taki tedavide özellikle lityumun etkinliğini değerlendiren az sayıda çalışma vardır (96).

Açık uçlu çalışmalar çocukluk çağı manisinde 4-6 hafta sonunda, tedaviye %38-58 oranında yanıt olduğu, manik ve depresif belirtilerde anlamlı azalma sağladığı gösterilmiştir(97,98) Çok merkezli bir açık uçlu lityum çalışmasında (The Collaborative Lithium Trials (CoLT)) ise %58 oranında tedaviye yanıt olduğu belirtilmektedir (99). Karma ve manik dönemli 153 hastayla yapılan henüz yayınlanmayan ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Amerikan Akademisi Yıllık Toplantısı'nda sunulan 8 haftalık çift kör plasebo kontrollü

çalışmada lityum ve valproatın etkinliği plasebo ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada lityum (%41) plasebodan (%30) farklı bulunmamıştır (Goldstein ve ark. 2012).

Bipolar depresyonda ise yapılan 6 haftalık açık uçlu çalışmada lityum monoterapisi ile depresyon skorlarında anlamlı azalma olduğu, %48 oranında yanıt ve %30 oranında tam iyileşme olduğu belirtilmiştir (100).

Bununla beraber Lityumla yapılan kombine tedavilerde valproat ya da atipik antipsikotik eklenmesi tedaviye yanıt oranını oldukça değiştirmiş ve yüksek yanıt oranları bildirilmiştir.

Valproat: Valproatın etkinliği erişkinlerde özellikle karma manide kanıtlanmıştır. Bu bilgiler ışığında çocuklarda da kullanılmaya başlanmış, monoterapi, kombinasyon, güçlendirme tedavilerinde olumlu sonuçlar alınmıştır(16).Valproatın manik, hipomanik ve karma döngüde etkinliğini araştıran çocuk ve ergenlerdeki bir çalışma açık uçlu ve onu izleyen bir çift-kör plasebo kontrollü evreyi içerecek şekilde tasarlanmış, ancak yalnızca 3 olgu çift-kör evreyi tamamlayabildiği için, 8 haftalık açık uçlu evrenin sonuçları bildirilmiştir (101). BB'lu olguların Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)' ne göre %61'i mani puanlarında %50'den fazla iyileşme göstermişlerdir.

Altı aylık, tek merkezli açık uçlu bir ayaktan hasta izlemi çalışmasında valproatın çocukluk ve ergenlik BB'unun karma dönemlerindeki etkinliği ve güvenilirliğine ilişkin ilginç sonuçlar elde edilmiştir. Başlangıçla sonuç arasında YMDÖ mani puanı ve Çocuklar için Depresyon Derecelendirme Ölçeği (ÇDDÖ) 'ne göre de depresyon puanlarında istatistiksel anlamlı farklar saptanmıştır. Bu çalışmada depresif belirtiler ilk 2 ayda, manik belirtiler ise ilk 3 ayda iyileşmişlerdir. Depresif belirtiler manik belirtilerden önce iyileşmiş, başlangıçtaki bu hızlı iyileşme 6 ay boyunca devam etmiştir. Yanıt verme oranı % 73.5 ve iyileşme oranı % 52.9 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma sonucunda 6 ay boyunca valproat kullanımının etkin ve güvenli olabileceği sonucuna varılmıştır (102).

Manik yada karma dönemi olan 150 bipolar hasta ile yapılan 28 günlük uzun salınımlı valproat ve plasebonun karşılaştırıldığı çift kör çalışmada, her iki grupta da YMDÖ skorlarında anlamlı değişiklik görülmemiştir. Çalışmacılar, bu çalışma sonuçlarının uzun salınımlı valproatın pediatrik BB'lu karma ve manik durumlardaki kullanımını desteklemediğini belirtmişlerdir (103).

Karma ve manik dönemli 153 hastayla yapılan henüz yayınlanmayan ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Amerikan Akademisi Yıllık Toplantısı'nda sunulan 8 haftalık çift kör plasebo kontrollü çalışmada lityum ve valproatın etkinliği plasebo ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada valproat (%56) plasebodan anlamlı olarak daha fazla etkili bulunmuştur (Goldstein ve ark. 2012).

Karbamazepin: Erişkin manik ve karma dönemli BB'lu hastalarda karbamazepinin etkinliğinin değerlendirildiği ve plasebo ile karşılaştırıldığı üç çalışmanın ikisinde karbamazepin manik ve depresif belirtiler üzerine etkin bulunmuştur (104).

Sekiz haftalık prospektif açık uçlu çalışma, uzun salınımlı karbamazepin monoterapisi ile 27 pediatrik BB'lu karma, mani, hipomanik hastada, hastaların %52'sinde manik belirtilerde azalma, %34'ünde iyileşme bildirilmiştir (105). Diğer açık uçlu çalışmada karbamazepin, valproat ve lityumla karşılaştırılmış ve yanıt oranı %38 bulunmuştur (98). Uzun salınımlı karbamazepin monoterapisi ile bipolar spektrum bozukluğu olan hastaların tedavi edildiği açık uçlu çalışmada uzun salınımlı karbamazepin manik belirtilerde ve depresyon şiddetinin azalmasında anlamlı düzeyde etki göstermiştir (106).

Lamotrijin: Erişkin hastalarla yapılan 4 çift kör plasebo kontrollü çalışmanın ikisinde lamotrijin dirençli BB'lu ve ya bipolar depresyonu olan hastaların tedavisinde plasebodan etkin bulunmuştur (107). Erişkin çalışmalarında lamotrijin tedavisi herhangi bir duygudurum döneminin ortaya çıkmasını geciktirmede plasebodan üstün bulunurken (107) akut mani, karma dönem, unipolar depresyon ve ya hızlı döngülü BB I' de lamotrijinin tedavide etkinliğine yönelik kanıt olmadığı belirtilmektedir (108). BB tanılı 39 çocuk ve ergende lamotrijinin etkinliğinin ve güvenilirliğinin yapıldığı 12 haftalık çalışmada lamotrijin anlamlı olarak YMDÖ skorlarında ve depresyonun şiddetinde düzelme sağladığı gösterilmiştir (109).

Topiramamat: Erişkin çalışmalarında topiramamat antimanik etkinlik açısından başarısız bulunduğundan yarıda kesilen BB tanılı çocuk ve ergen hastalarla yapılan çift kör plasebo kontrollü çalışmada, topiramamat (%35) etkinlik açısından plasebodan (%22) farklı bulunmazken topiramamatın anlamlı olarak iştahı azaltığına yönelik veri elde edilmiştir (110). Manik hipomanik ve karma dönemli hastalarda olanzapin monoterapisi ile olanzapin+topiramamat kombinasyonu sekiz haftalık karşılaştırılmış, her iki grupta da antimanik etki açısından anlamlı farklılık bulunmazken olanzapin +topiramamat grubunda kilo alımı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (111). Çocuk ve ergen yaş grubunda manik

yada karma dönemli 40 hasta, Li+risperidon tedavisi alan ancak son dört haftada yenileme, yetersiz yanıt yada kısmi yanıt görülen hastalara rastgele topiramet yada valproat tedavisi eklenmiş altı hafta izlenmiştir. Yazarlar topiramatin lityum ve risperidonun yol açtığı kilo alımını önleyebileceğini belirtmişlerdir (112).

2.9.2. Atipik Antipsikotikler

Bazı araştırmacı ve klinisyenler bu ilaçları duygudurumu düzenleyici olarak kabul etmektedir. BB güçlendirme tedavisinde olduğu gibi, monoterapide de etkin olduklarına ilişkin araştırma ve yayınlar artmaktadır.

Aripiprazol: Erişkin çalışmaları aripiprazolün karma dönemde, manik ve depresif belirtilere plasebodan daha etkin olduğunu, karma hastalardaki depresif belirtileri kötüleştirmediğini belirtmektedirler. Bu çalışmalar karma dönemde aripiprazolün yanıt ve iyileşme oranını plasebodan üstün bulmuşlardır (104).

Çocuk ve ergen yaş grubunda karma ya da manik dönemdeki DEHB ek tanısı olan hastalarda yapılan çift kör plasebo kontrollü altı haftalık çalışmada, aripiprazol kullanan hastalarda (%89) manik belirtilerde anlamlı ölçüde daha büyük düzelme (plasebo %52) bulunurken, DEHB, kilo ve depresyon puanlarında anlamlılık saptanmamıştır. Bu çalışmada aripiprazol grubunda daha yüksek yanıt ve iyileşme oranları bildirilmiştir (113). Findling ve arkadaşları (2009) yaptıkları 4 haftalık, randomize çift kör plasebo kontrollü çalışmada manik ve karma dönemli hastalarda 10 mg/gün ve 30 mg/gün kullanılan aripiprazolün YMDÖ puanlarında anlamlı düzelme (10 mg'da %45, 30mg'da %64, plaseboda %26) yaptığını belirtmişlerdir. Yanıtın ilk bir hafta içinde ortaya çıktığını ve dördüncü haftada YMDÖ'nin toplam puanlarında %50'den fazla düzelme görüldüğünü ve aripiprazolün BB tanılı çocuk ve ergenlerin tedavisinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmalarda aripiprazol ile kilo alımı bildirilmemiştir (114). Aripiprazolle yapılan çok merkezli diğer plasebo kontrollü çalışmada, aripiprazol alan hastalar plaseboya göre YMDÖ puanlarında anlamlı düzelme göstermiştir (115). Sekiz haftalık açık uçlu DEHB ek tanılı hastalarda aripiprazol monoterapisi ile manik belirtilerde düzelme sağlanırken depresif belirtilerde düzelme olmamıştır (116). Yapılan diğer bir açık uçlu (117) ve iki geriye dönük (118,119) çalışmada aripiprazolün manik semptomlar üzerine etkin olduğu ve iyi tolere edildiği bildirilmiştir.

Aripiprazolüm yüksek tolerabilitesi nedeniyle çocuk ve ergenlerde güvenli bir şekilde kullanımı söz konusudur.

Risperidon: Erişkin hastalarla yapılan çalışmalar risperidon monoterapisinin akut manik ve karma hastalarda yararlı olduğu yönündedir (119,120). BB I bozukluğu olan manik veya karma dönemli hastalarda risperidon grubu plaseboda etkin bulunmuş ve kilo alımı en önemli yan etki olarak belirtilmiştir. Valproat ya da risperidon verilen karma yada manik dönemdeki 66 çocuk ve adolesan hasta 6 haftalık randomize çift kör çalışma ile değerlendirilmiş, risperidon grubu valproat grubuna göre daha hızlı düzelme ve mani belirtilerinin tedavisine daha büyük bir yanıt oranı göstermiştir (121).

Manik, karma ve hipomanik 30 olguyla yapılan 8 haftalık açık uçlu çalışmada risperidon monoterapisi uygulanmış ve hastaların %70'i risperidon monoterapisine yanıt vermiştir. Kilo alımı, sedasyon sık bildirilen yan etkiler olmuştur (122).

Geller ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise manik yada karma dönemdeki hastalara randomize kontrollü olarak lityum, valproat ve risperidon verilmiştir. Bu çalışmada risperidon (%68.5), lityum (%35.6) ve valproattan (%24.0) daha etkili bulunmuş ancak potansiyel olarak ciddi metabolik yan etkileri olabileceği belirtilmiştir (123).

Çocuk ve ergen yaş grubunda manik ve karma dönemli 37 hastada, altı aylık açık uçlu çalışmada lityum+risperidon ve valproat+risperidon kombinasyonu değerlendirilmiştir. Yanıt oranları lityum+risperidon %82,4, valproat+risperidon grubunda %80 olup her iki tedaviyle anlamlı düzelme görülmekle beraber gruplar arasında etkinlik, güvenilirlik ve tolerabilite arasında anlamlı fark görülmemiştir. Her iki kombinasyon tedavisi de manik, karma ve depresif belirtilerde etkin olarak bildirilmiştir (124).

Ketiapin: Çift kör plasebo kontrollü çalışmalarda erişkin BB akut mani ve karma dönemde ketiapin monoterapisi plaseboda etkili ve güvenli bulunmuştur (125). Yine erişkin hastalarla yapılan kısa ve uzun dönem çalışmaları ketiapinin monoterapi ya da kombine tedavide bipolar depresyonda etkili olduğunu, etkisinin bir hafta gibi kısa bir sürede başlayıp devam ettiğini göstermektedir (126).

BB tanılı çocuk ve ergenlerle yapılan randomize çift kör plasebo kontrollü 6 haftalık çalışmada valproata ketiapin ve plasebo eklenerek karşılaştırılmış, Valp+K grubu (%87) Valp+P (%53) grubundan daha etkin bulunmuştur. BB tanılı çocuk ve ergenlerde Valp+K

kombinasyon tedavisinin valproat monoterapisinden daha etkin olduğu ve iyi yolere edildiği belirtilmiştir (127).

Bir diğer çalışmada karma ve manik dönemde hastalar 48 haftalık açık uçlu çalışmada değerlendirilmeye alınmış, stabilize olmuş hastalarda sürdürüm tedavisinde ketiapin kullanılmış ve etkili bulunmuştur. Bu çalışmada depresif belirtilerde anlamlı ve hızlı düzelme görüldüğü belirtilmiştir. Depresif semptomların etkili tedavi edilmesinin iyileşmenin kalitesini ve süreğenliğini belirleyeceğine ve bunun önemine dikkat çekilmiştir (128).

BB I manik ve karma dönemli hastalarda ketiapin ve valproatın çift kör randomize kontrollü karşılaştırıldığı çalışmada belirtiler ketiapin grubunda valproat grubuna göre daha hızlı düzelme göstermiş, yine yanıt ve iyileşme oranları ketiapin grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ketiapinin en az valproat kadar ergen BB tedavisinde etkin olduğu, ek olarak valproata kıyasla ketiapinin manik belirtilerin azalmasında daha hızlı etkili olduğu, yine ketiapinin adolesan karma ve manik dönemlerinin monoterapisinde kullanılabileceği ancak plasebo kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşü ileri srlmştir (129).

Manik ya da karma dönemde olan 6-16 yaşındaki 75 hastaya ketiapin'in 5 günde 100 mg'dan 400 mg'a hızlı çıkılarak izlendiği açık uçlu çalışmada, ilk 8 haftada hastaların %94'ünün Klinik Global İzlenim leğine (KGİÖ) göre oldukça düzeldiği, altıncı ayda iyileşme oranının %70 olduğu, etkili bulunduğu, iyi tolere edildiği ve ilk hafta içerisinde sedasyon yan etkisinin en sık görüldüğü belirtilmiştir (130).

Ketiaipinin ocuk ve ergenlerde manik belirtilerde hızla düzelmeye neden olduğu, etkinliğinin en az duygudurum düzenleyicileri kadar ya da onlardan fazla olabileceği, ek olarak depresif belirtilere de etkili olabileceği belirtilmektedir.

Olanzapin: BB tanılı ocuk ve ergenlerin diğer antipsikotiklere benzer şekilde olanzapin monoterapisine %61 oranında yanıt verdiği, ancak ciddi boyutta kilo artışlarının olduğu belirtilmektedir(28 (131). Üç haftalık çok merkezli randomize çift kör plasebo kontrollü çalışmada BB tanısı olan manik ve karma dönemli ocuk ve ergenler değerlendirilmiştir. Olanzapinle tedavi edilen grup plasebo ile karşılaştırıldığında anlamlı yüksek yanıt ve iyileşme oranları göstermiştir. Olanzapinle tedavi edilen grupta yanıt hızlı

olarak ilk hafta içerisinde gerçekleşmiştir. Bu çalışmada olanzapin kilo alımına ve biyokimyasal parametrelerde yükselmelere neden olmuştur. (132)

Ziprasidon: Çift kör plasebo karşılaştırmalı erişkin disforik manili hastalarda ziprasidon depresif ve manik semptomlarda etkili bulunmuş, yüksek yanıt ve iyileşme oranları bildirilmiştir (104). Ziprasidonun çocuk ergende mani, karma mani ve başka türlü adlandırılmayan BB grubunda çalışıldığı açık uçlu altı haftalık çalışmada ziprasidon ile anlamlı olarak manik belirtilerde düzelme bildirilmiştir (133) Erişkin kaynaklı çalışmalar olumlu sonuçlar bildirmekte olup, BB tanılı çocuk ve ergenlerde ziprasidonun etkinliği, güvenilirliği ve yan etki profilini sorgulayan çalışmalar çok yetersizdir.

2.9.3. Antidepresanlar

BB tanılı çocuk ve ergenlerde antidepresan kullanımına ilişkin veriler kısıtlıdır. BB tanılı çocuk ve ergenlerde antidepresan kullanımının değerlendirildiği bir gözden geçirme yazınında BB tanılı çocukların antidepresan tedaviden faydalandıkları ancak duygudurum düzenleyici kullanıyor olsalar da izleyen bir manik epizod için 3 kat artmış risk taşıdıkları belirtilmektedir (134). Tedavi klavuzlarında da seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) veya buprapionun ancak duygudurum satibilize edildikten sonra kullanılacağı belirtilmektedir. SSGİ'lerin BB'a gidişin seyrini hızlandıracağı ya da alevlendireceğine ilişkin açık kanıtlar olmasa da yüksek risk grubundaki gençlerde kullanımı konusunda çok dikkatli olunması önerilmektedir (135).

2.9.4. Benzodiazepinler

Yüksek potensli benzodiazepinler akut ajitasyon ve insomniada nöroleptiklere alternatif olarak gösterilmiştir. Lorazepam'ın çocuk ve ergenlerde güvenli olduğu bildirilmiştir (136).

2.9.5 EKT

EKT çocuk ve ergenlerde nadir kullanılmakla birlikte son dönemde yayınlar artmaktadır. Güvenliği ve etkisi sistematik olarak araştırıldıktan sonra şiddetli mani tablosuna sahip çocuk ve ergenlerin akut tedavisinde EKT uygulanabileceği bildirilmiştir (72).

2.9.6. Psikososyal Tedaviler

İşlevselliğin, yaşam kalitesinin önemli ölçüde azaldığı kronik gidişli bir hastalık olan BB tedavisinde 20. yüzyılın son yıllarında bütüncül yaklaşımların ön plana çıkması doğrultusunda çocuk ve ergen popülasyonunda da bu alanda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. MDB tanılı çocuk ve ergenler ile BB tanılı erişkinlerin tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar bu alandaki çalışmalar için yol gösterici olmuştur. Bu yaklaşımlardan yola çıkarak çocuk ve ergenlerde BB tedavisinde farmakoterapiye eklenerek afektif morbiditenin azaltılması, işlevselliğin ve duygusal regulasyon becerilerinin artırılmasını hedefleyen psikososyal tedavi modelleri geliştirilmiştir.

BB tanılı çocuk ve ergenler okulda akademik başarısızlık ve davranışsal sorunlar, sosyal bozulma, arkadaşsızlık, sıklıkla alay edilme, zayıf sosyal beceriler, kardeş ilişkilerinde bozulmayı ve aile içi çatışmaları da içeren zayıf aile işlevselliği göstermektedirler (11). BB' ta psikososyal bozulma gelişimin her alanında görülen sosyal, duygusal ve entelektüel yıkımdaki artmış risk ile ilişkilidir. Ergenlikte, BB tanılı gençler daha düşük özgüven, umutsuzluk, uygunsuz baş etme stratejileri; aile ilişkilerinde yüksek duygu dışavurumu, daha fazla olumsuz yaşam olayı ve kronik stres, özellikle okul, aile ilişkilerinde bozulma ve daha zayıf sosyal beceri performansları sergilerler (11).

Çocukluk ve ergenlik boyunca biriken riskler pediatrik bipolar bozukluğunu toplum sağlığı ile ilişkili olarak önemli kılmakta, eğitim ve koruyucu sağlık sistemlerinde ve etkilenen çocukların ailelerinde büyük bir yük oluşturmaktadır (11). Bu gruptaki hastalar işlevsellikte daha fazla bozulma, daha fazla ruh sağlığı sistemlerini kullanma, daha düşük eğitim düzeyleri sergilemektedirler. BB tanılı çocuklarda yüksek psikososyal risk ve uzun dönemdeki kötü prognoz nedeniyle psikososyal müdahaleler bütüncül tedavi yaklaşımlarının zorunlu bir parçası haline gelmiştir(11).

BB tanılı çocuk ve ergenler için çeşitli psikososyal tedavi modelleri geliştirilmiş ve test edilmiştir. Gençler için 3 müdahale biçimi randomize çalışmalardan destekleyici bulgular edinmiştir; okul çağındaki BB ve depresif bozukluklu gençlerde çoklu aile psikoeğitim grupları (ÇAPG, Multifamily Psychoeducational Psychotherapy, MFPG) psikoeğitim, problem çözme ve baş etme becerilerine odaklanan bir grup tedavisidir(137). Çocuk ve aile odaklı bilişsel davranışçı terapi (ÇAO-BDT, Child and Family Focused Cognitive Behavioral Therapy/ CFF-CBT) psikoeğitim ve bilişsel davranışçı terapi yöntemlerini aile temelli bir

tedavi modelinde birleştirmiştir (11). AOT- Ergen modeli (AOT-E, Family Focused Therapy-Adolescence/ FFT-A) ise psikoeğitim, iletişim becerilerini geliştirme ve problem çözüme çalışmalarını içerir (13). Erişkin literatüründe yer alan diğer birkaç tedavi modeli ergenlere uyarlanmış ve açık uçlu çalışmalardan destekleyici veriler elde edilmiştir. Diyalektiksel Davranışçı Terapi (DDT, Dialectic Behavioral Therapy, DBT) ve Kişilerarası Sosyal Ritim Terapisinin (KSRT, Interpersonal and Social Rhythm Therapy, IPSRT) ergen uyarlamaları oluşturulmuştur.(138,139)

2.9.6.1. Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi

KSRT erişkin BB hastaları için geliştirilmiş güçlendirme tedavisinde kullanılan kanıta dayalı bir psikoterapi modelidir (140). Depresyon için geliştirilmiş olan Kişilerarası Terapi (KT: Interpersonal Therapy, IT) modelinden köken almakta olup, sirkadyen ritimdeki bozulmanın BB' ta risk faktörü olması nedeniyle Sosyal Ritim Terapisinin (SRT, Social Rythym Therapy, IT) bileşenlerini de içermektedir (139). Bu modelde tedaviye uyumsuzluk, uyku döngüsü ve günlük rutinelere bağlı olarak sirkadyen ritimde bozulma ve psikososyal stressörler hastalarda belirtilerin ve atakların ortaya çıkması ile ilişkilendirilmiş ve bu alanlar düzeltilerek olumlu sonuçlar alınması hedeflenmiştir. IPRST ile yapılan erişkin çalışmaları ile (MTBD çalışması, Systematic Treatment Enhacement Program for Bipolar Disorder: STEP-BD) depresif epizoddan daha hızlı çıkış, ataklar arası daha uzun iyilik hali, yaşam kalitesinde ve psikososyal işlevsellikte artış sağlandığının gösterilmesi ve ergenlerde KT uygulamalarından gelen veriler sonucunda bu terapi modeli BB tanılı ergenlere adapte edilmiştir. KSRT 3 temel bileşenden oluşmaktadır. Öncelikle hastalık öyküsü, hastalık belirtileri, hastalık üzerine eğitim, biyopsikososyal faktörler, tedaviye uyum ve yan etkileri içeren bir psikoeğitimle başlar. İkinci olarak gencin kişilerarası ilişkide en belirgin sorun yaşadığı alan seçilir ve tedavi süresince bu alana odaklanılır. Son olarak da terapist genci yapılandırılmış sosyal rutin ve uyku düzeni geliştirmesi yönünde destekler ve yardımcı olur. Yaklaşık olarak 16-18 seans 20 hafta süreyle uygulanır ve bazı seanslara ebeveynler de dahil edilir. Hlastala ve arkadaşlarının 2010 yılında yayınlanan pilot çalışmalarında 13-18 yaş arası BB tanılı 12 ergene bu tedavi modeli güçlendirme tedavisi olarak uygulanmış ve Çocuklar için Kısa Psikiyatrik derecelendirme ölçeği (BPRS-C: Brief Psychiatric Rating Scale for Children), YMDÖ, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeğinde (CGAS) skorlarında tedavi öncesine göre anlamlı düzeyde iyileşme olduğu

gösterilmiştir(139). Ayrıca bu uygulama yüksek risk grubuna uyarlanmış, yüksek risk grubu ile yapılan pilot çalışma verileri yayınlanmıştır (141).

2.9.6.2 Çoklu Aile Psiko eğitim Grupları ve Bireysel Aile Psiko eğitimi

Fristad ve arkadaşları (2002,2006) çocuk ve ergenlerde BB tedavisinde 2 psikososyal müdahale geliştirmiş ve test etmişlerdir. Erişkin literatüründen faydalanarak ortaya çıkardıkları bu müdahalelerde psiko eğitim temel alınmış ve bu müdahaleler oluşturulurken aile içi uyum, sosyal beceriler, umutsuzluk ve aile içi stres gibi duygudurum bozukluklarının sonuçlarını etkileyen değişkenler üzerine yapılan çalışmalar yol gösterici olmuştur (142).

Psiko eğitim uygulamaları aile bireylerinin birbirlerini suçlamalarının önüne geçmeyi hedefler, ayrıca hasta ve ailelerin psikiyatrik rahatsızlığı nasıl kontrol edip yönetebileceklerini öğrenmelerini ve kişilik özellikleri ile hastalık belirtilerinin ayırt edilmesini destekler (143). Ayrıca aileye sağlanan destekle, aile bireylerinin ruhsal bir rahatsızlığı olan aile bireyi ile yaşarken deneyimledikleri güçlükler konusunda farkındalıkları artar. Aile bireylerine hastanın stres ve gerilime herkesten daha duyarlı oldukları öğretilir ve terapist ev içi stres ve gerilimin şiddetinin azaltılması yönünde aile ile çalışılır (143).

ÇAPG' nin hedefleri; çocuk ve ebeveynleri çocuğun hastalığı ve tedavisi hakkında eğitmek, belirtilerin uygun yönetimi, problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirme, hem diğer grup üyelerinin ve hem de hastalığı anlayan profesyonellerin desteğini sağlamaktır. Suçlayıcı olmayan, gelişim odaklı olarak çocuklarda duygudurum bozukluklarının etiyo lojisi ve gidişini açıklayan psikososyal bir yaklaşımdır. 90 dakikalık 8 oturumdan oluşur. Bu oturumlar eş zamanlı olarak çocuk ve ebeveynlere ayrı ayrı uygulanır.

Bu grubun yaptığı ilk çalışmada BB ve diğer duygudurum patolojilerine sahip çocuk ve ailelerinin birlikte katılımlarının uygun olup olmayacağı araştırılmış ve duygudurum bozukluğu tanılı 8-11 yaş arası 35 çocuk (16 BB,19 Majör Depresif Bozukluk(MDB)/Distimik Bozukluk) ve 47 ebeveynin katıldığı randomize kontrollü çalışmada başlangıçta BB tanılı çocukların ebeveynlerinin MDB/Distimik bozukluk tanılı çocukların ebeveynlerine göre duygudurum bozukluğu belirtilerine ilişkin daha fazla bilgi sahibi oldukları bulunmuş (p<0.04). Ancak tedavinin ilerleyen dönemlerinde bu iki grup arasında anlamlı bir fark kalmamış ve benzer seviyeye ulaştıkları gösterilmiştir. BB tanılı ailelerden oluşan grupta tedavi sonrasında artmış aile desteği tanımlanmıştır(p<0.003). Benzer

şekilde bu grupta ikili ilişkilerde sosyal destek de artış göstermiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(142).

ÇAPG'nın duygudurumdaki bozulmanın derecesine etkisini belirlemek üzere planlanan daha geniş ölçekli bir randomize kontrollü çalışmada BB, MDB ve distimik bozukluk tanılarında birine sahip 8-12 yaş arası 165 çocuk bu güçlendirme tedavisine ulaşmış, tedavi amacına yönelik analiz ile anında tedaviye ulaşan grup ve bekleme listesinin verileri karşılaştırıldığında Duygudurum Şiddet İndeksinde (DŞİ: Mood Severity Index,MSI) anlamlı düşüş saptanmıştır ($p<0.03$). Çalışmanın devamında izlem sürecinde 12. ve 18. aylarda yapılan değerlendirmelerle semptom şiddetinde düşüşün devam ettiği gösterilmiştir (144). Son yayınlanan çalışmalarında yıkıcı davranım bozukluklarının daha şiddetli duygudurum belirtileri ve bozulma ile ilişkili olduğu belirtilmiş; ÇAPG'nın eşlik eden DEHB ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) belirtilerinin şiddetinde anlamlı düzeyde azalma sağladığı gösterilmiştir (145). Olguda yüksek işlevsellik, travma ve stres öyküsü, ebeveynde B küme kişilik özelliklerinin tedaviye düşük yanıtla ilişkili olduğu belirtilmiştir (145).

Ayrıca bu uygulamanın grup terapisi dışında bireysel olarak da ailelere uygulanması ihtiyacının oluşması üzerine uygulama bireysel hale getirilmiştir. Bu uygulamanın etkinliği 20 BB tanılı çocuk ve ebeveynlerinin katıldığı randomize kontrollü bir pilot çalışma ile gösterilmiştir. Çalışma sonucunda DŞİ skorlarının ilk 6 ay sonunda hızla azaldığı ve sonraki 6 ayda da devam ettiği; ayrıca bu gruptaki ailelerin duygu dışavurumlarında da iyileşme olduğu ve hizmet alımlarının arttığı gösterilmiştir (137).

2.9.6.3 Diyalektiksel Davranışçı Terapi

DDT borderline kişilik patolojisi olan erişkinler için tasarlanmış, diğer belirtilerin yanı sıra duygusal disregülasyonu hedef alan bir psikoterapi modelidir. (147). Goldstein ve arkadaşları (2007) DDT'ni BB tanılı ergenlere uyarlamışlardır (138). Bu oturumların amacı bireysel ve ailesel becerilerin geliştirilmesi ve devamının sağlanmasıdır. Ailesel becerileri geliştirme çalışmaları psikoeğitim ile başlar ve tetikte olma, stres toleransı, duygu regülasyonu, kişilerarası etkinlik üzerine modüllerle devam eder.

Bu yöntemle yapılan açık uçlu küçük bir çalışmada BB tanılı 10 ergen bu tedaviye ulaşmış, yöntemin kabul edilebilir ve uygulanabilir olduğu; tedavi sonrasında suicidal girişimlerin ve depresif belirtilerin şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı

($p=0.04$; $p=0.03$), duygusal labilite skorlarında anlamlı düşüş olduğu ($p=0.02$) gösterilmiştir. (138)

2.9.6.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi

Feeny ve arkadaşları (2006) geniş literatür taramaları sonucunda BB tanılı ergenlerin ortak sorunlarını/güçlüklerini hedef alan unsurların olduğu bir psikososyal tedavi yaklaşımı geliştirmişlerdir. 12 hafta süren programda 2 tanesinde ebeveynlerinde katıldığı bireysel görüşmeler haftalık olarak uygulanmakta ve bu seanslarda belirtilerin ve ev ödevlerinin gözden geçirilmesi, sorunun tanımlanması, yeni beceri öğrenme (problem çözme, duygudurum monitorizasyonu vb), sorunu hedef alma (yeni öğrenilen beceri kullanılarak), yeni ödevin belirlenmesi adımları izlenmektedir. Yaptıkları pilot çalışma ile 8 ergen bu tedaviye alınmış ve bu müdahalenin uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu tedaviye ulaşan 8 ergenin tedavi öncesi, sonrası ve izlem verileri incelendiğinde tedavi sonrasında hem manik hem de depresif belirtilerde anlamlı bir düşme olduğu ve 8 haftalık izlem sonunda depresif belirtilerdeki anlamlı düşmenin sürdüğü bildirilmiştir (148).

2.9.6.5. Çocuk ve Aile Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi

ÇAO-BDT psikoeğitim ve bilişsel davranışçı terapiyi farkındalık, olumlu düşünme ve kişilerarası terapidenden gelen tamamlayıcı tekniklerle birleştirir. Bu yöntem prepubertal çocuklar için tasarlanmıştır ve BB tanılı çocuk ve ailelerinin gereksinimlerine yöneliktir. Ailelerin etkin bir ebeveynlik stili geliştirmeleri ve ebeveynin kendi terapötik ihtiyaçlarını adres almak amacıyla ebeveynlerle yoğun bir çalışmayı içerir. Farmakoterapiye ek olarak haftalık olarak uygulanan ve 3 ay süren 12 seanstan oluşur. ÇAO-BDT yakın zamanda paralel olarak çocuk ve ebeveyn grupları içeren her hafta 1,5 saatlik 12 seans şeklinde grup formatına uyarlanmıştır (11). 2004 yılında yapılan geliştirme çalışması sonucunda ÇAO-BDT uygulaması ile olguların hastalık şiddetinde ve genel işlevselliklerinde artış gösterilmiştir (149).

2.9.6.6. Aile Odaklı Terapi

AOT modeli, Miklowitz ve Goldstein (1997) tarafından geliştirilmiş olup psikoeğitim yönelimli bir tekniktir. Aile bireyleri, eş ve bakım verenlerin belirtileri, öncül sinyalleri tanımasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlar. Hastaların ve bakım

verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimi arttırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma provaları ile işlevselliği geliştirmeyi hedefler. 3 modul halinde toplam 21 oturum, 9 ay devam eder. İlk modul psikoeğitim ağırlıklıdır, ikinci modulde iletişimi geliştirme alıştırmaları yapılır, son modulde ise problem çözme teknikleri kullanılır. AOT, BB tanılı erişkin hastalarda 6 randomize kontrollü çalışmada araştırılmıştır. Erişkin BB tanılı hastalarla yapılan ilk randomize kontrollü çalışmada (Rea ve ark. 2003) AOT ve aynı süre verilen bireysel terapi karşılaştırılmış, birinci yıl sonunda yineleme hızları açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır (150). Fakat terapinin sonlandırılmasından sonra AOT alan grupta daha az yineleme, hastane yatışı ve yinelemeye kadar daha uzun bir süre geçtiği saptanmıştır. Daha geniş bir seride (Miklowitz ve ark 2003), yüksek duygu dışavurumu olan bir ortamda yaşayan hastalar, ilaçla sağaltıma ek olarak kriz yönetimi ya da AOT almış, 2 yıllık izlem sırasında AOT alan grupta daha az yineleme, daha iyi ilaç uyumu ve yinelemeye kadar geçen sürenin daha uzun olduğu gözlenmiştir (151). Bu çalışmada AOT' nin depresif dönemleri önlemede etkisinin mani dönemlerini önlemeye göre daha belirgin olduğu saptanmıştır. Depresif dönemleri önlemedeki etkinin hasta ve yakınları arasındaki iletişimin artmasıyla olduğu düşünülmüştür. Kısıtlı etkinlik gösterdiği mani dönemlerinin önlenmesinde ise, ilaç uyumunun artışı önemlidir. AOT' nin hangi modülünün sağaltımda önemli olduğu, ya da hangi hastalara verilmesi gerektiği gibi konular henüz yanıtlanmamıştır (152). Yüksek duygu dışa vurumunun olduğu ailelerde daha yararlı olması beklenir. Çoğul aile tedavilerinin daha ekonomik olduğu ve depresif belirtiler üzerinde daha etkili olduğu Miller ve arkadaşları (2008) tarafından da gösterilmiştir (153,154).

AOT'nin BB tanılı ergenlere uyarlanması ilk olarak Miklowitz ve arkadaşları tarafından (2004) yapılan 20 hastadan oluşan bir pilot çalışmada AOT-E nin duygudurum düzenleyici tedaviye eklenmesi ile hasta grubuna uygulanmıştır. 2 yıl sonunda manik ve depresif belirtiler ile davranış problemlerinin düzelmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (13). İki uçlu bir randomize kontrollü çalışmada ise (14) , BB tanılı 58 ergen (%75 i BB tip I veya II) AOT+ farmakoterapi ve 3 seanslık aile eğitimi+ farmakoterapi olacak şekilde 2 gruba randomize edilmiş. 58 hastanın 48 i (%83) 1 yıllık tedavi ve izlem sürecini tamamlamış. 2 yıl sonunda , AOT alan hastalar kısa süreli tedavidekilere göre mevcut depresif epizodlarından daha hızlı çıkış göstermiş, izlemde daha kısa süre depresyonda kalmış, ve daha uzun süreli remisyon sergilemişlerdir. Ayrıca bu grupta ilerleyen dönemlerde depresif belirtilerin daha düşük şiddette olduğu gösterilmiştir. Yüksek ya da düşük duygu dışavurumu olan ailelere

sahip gençlerin tedavi öncesi semptom şiddetlerinde fark olmamasına rağmen AOT-E özellikle yüksek duygu dışavurumu olan ailelere sahip hastaların mani ve depresif semptomlarının stabilizasyonunda etkili olmuştur(14).

BB tanılı erişkin ve gençlerle yapılan çalışmalarda AOT nin etkinliğinin gösterilmesiyle, modifiye edilecek bir AOT' nin BB için yüksek risk altındaki çocuk ve ergenlere erken müdahalede etkili olup olmayacağı üzerine soruların artması üzerine AOT-Yüksek Risk Grubu (AOT-YRG) uygulaması geliştirilmiştir. Bu versiyon, yüksek riskli gençlerin şiddetli duygudurum epizodu (örneğin major depresyon yada eşikaltı hipomani/mani) geçirmesinin ardından 4 ay süreyle uygulanan 12 seanstan oluşmaktadır. BB' un prodromal safhalarının kontrolü ile ilgili beceriler , duygudurum monitorizasyonu, aile çatışmalarını azaltma, problem çözmeyi geliştirmek, günlük rutinlerin ve uyku/uyanıklık döngüsünün stabilize edilmesi için çalışmak esas alınmıştır (15).

9-17 yaş arası 13 gencin katıldığı, 4 ay süreyle AOT-YRG' nin uygulandığı bir tedavi geliştirme çalışmasının sonuçları (15), 1 yıl içinde hipomani/mani, depresyon ve psikososyal işlevsellik alanında anlamlı gelişmeler göstermiştir. Yenilerde tamamlanan AOT-YRG' nin etkinliğinin değerlendirildiği, 40 olguyu içeren randomize kontrollü çalışmada; AOT-YRG uygulanan grupta kontrol grubuna göre mevcut duygudurum semptomlarında daha hızlı iyileşmenin olduğu, uygulamanın remisyonda geçen süreyi arttırdığı, bir yıllık izlemde AOT-YRG alan grupta YMDÖ skorlarının daha olumlu bir gidiş gösterdiği, önceki çalışmalara benzer şekilde yüksek duygu dışa vurumu olan ailelerde tedavi etkinliğinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (155).

2.10 AİLE ODAKLI TERAPİ- YÜKSEK RİSK GRUBU UYGULAMASI*

* Bu bölüm oluşturulurken kaynak 157'den yararlanılmıştır. (Ek 1)

2.10.1. GİRİŞ

AOT-YRG için hedef popülasyon, yakın zamanda ortaya çıkmış BB I ya da II (mani, depresyon, karma ya da hipomanik epizod), yakın zamanda ortaya çıkmış psikoz (şizofreninin birinci ya da ikinci epizodu ya da şizofreniform bozukluğu kapsar) ve bu bozuklukların prodromal formlarına (başka türlü adlandırılmayan BB, başka türlü adlandırılmayan psikoz, hafif psikotik sendromlar) sahip 13-25 yaş arası ergen ve genç erişkinlerdir. Düzenli olarak

gelmeye gönüllü aile üyelerine (ebeveynler, büyükanne ve büyükbaba ya da bakım veren rolünü üstlenen akrabalar) sahip olmaları gerekmektedir.

AOT-YRG' nun başlıca amacı hastalığın belirtilerine ilişkin aileleri eğitmek ve başlaması ya da kötüleşmesini önlemeye yönelik araçlar sunmaktır. İkincil amaçlar

1. BB ya da psikoz dönemleriyle ilişkili deneyimleri bütünleştirmek
2. Hastanın gelecekteki epizodlara yatkınlığını kabul etmeleri konusunda hasta ve ailesini desteklemek
3. Belirtileri kontrol etmek için psikofarmakolojinin şu anki ve gelecekteki rolünü kabul etmek
4. Sosyal ve akademik işlevselliği artırmak
5. Bi ya da psikozun yinelenmesini tetikleyen stresli yaşam olaylarının anlaşılması ve bu olaylarla baş edilmesini sağlamak
6. Bir hastalık dönemi sonrasında aile ilişkilerinin yeniden kurulmasına yardım etmek olarak sıralanmıştır.

AOT' nin yüksek risk grubu için modifiye edilen versiyonu 4 ay süreyle uygulanan 12 seanstan oluşur. İlk 4 seans psikoeğitimi, 5-8 seanslar iletişim becerilerini geliştirmeyi içerir ve haftalık olarak uygulanır. 9-12 seanslarda problem çözme becerileri geliştirilir ve sonlandırma yapılır. Sonlandırmanın ardından ihtiyaç halinde aylık seanslarla öğrenilen becerilerin geliştirilmesi için klinisyen ve aile biraraya gelebilir.

2.10.2. Yüksek Risk Grubundaki Gençlerin Ebeveynleri

Bu uygulamaya katılan ailelerin, tedaviye ulaşacak düzeyde becerikli ve ileriye dönük plan yapma yetisine sahip kişilerden oluşması gerektiği, kurdukları işbirliğinin vazgeçilmez olduğu ve çocuklarına yardım etmeye yönelik çabalarının çok önemli olduğu belirtilmektedir. Böyle programlara katılan ebeveynlerin genellikle çok güçlü yanları olmakla birlikte, ilk başvurduklarında oldukça tükenmiş olma eğiliminde oldukları ve sıklıkla çocuklarının ciddi bir ruhsal bozukluk geliştirebileceği gerçeğini yeni kabul etmeye başladıkları gözlemlenmektedir.

Çoğunlukla motivasyon ve sosyal içe çekilme sorunları yaşayan çocukların ebeveynleri için, bu sorunların 'tipik genç davranışı' mı yoksa negatif belirtiler ya da depresyon gibi daha ileri bir durum mu olduğunu ayırt etmek güç olur. Çocuklarının 'reddediş

hali' ya da işlevselliğini daha bağımsız sürdürme konusunda adım atamaması karşısında hayal kırıklığına uğramış ve yorgun düşmüş olabilirler. Risk altındaki gençlerin ebeveynlerinin, sabahları çocuklarını yataktan kaldırmak için uzun zaman harcamaları, temizlenmeleri için ısrar etmeleri ve sonra onu okula götürmeleri nadir görülen durumlar değildir. Aynı zamanda, yaşıtı olan diğer çocuklara göre daha şiddetli akran ve akademik başarı sorunları yaşamakta ve bu sorunlarla baş etmek konusunda daha az yeterli görünmektedir. Bu ebeveynler için çocuklarının mücadelesini izlemek acı verici olabilir ve sıklıkla yardım etmek için daha fazla ne yapabileceklerini bilemezler. Bununla birlikte genellikle çocukları için gereğinden fazla şey mi yaptıklarını merak ederler. Kısacası, ebeveynlik görevlerini gereğinden çok ya da gereğinden az yapmaksızın, çocuklarını en iyi halde nasıl tutabileceklerini anlamaya çalışmaktadırlar.

Bu ebeveynler, toplumda kendilerinden çok farklı deneyimler yaşamakta olan diğer anne babalardan soyutlanmış hissedebilirler. 'Normal gençler' in ebeveynleri için işe yarayan öneriler ('yatağa zamanında gitmezse cezalı olduğunu söyleyin' gibi) bu ebeveynler için işe yarar görünmemektedir. Yüksek risk grubundaki gençlerin ebeveynleri de büyük olasılıkla, bu dönemde, birçok ebeveynlik kılavuzunda önerildiği gibi, bir adım geri atabilmeyi ve çocuklarının kendi yaşamları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmasına izin verebilmeyi arzulamaktadırlar. Ne var ki, geri çekilmenin bedeli, çocuklarının tökezlemesi ve başarısız olmasını izlemek olabilir. Ebeveynler bu bedeli katlanılmaz bulur, eğer işe fazla karıştırlarsa, bu sefer, 'fazla müdahaleci' etiketiyle karşı karşıya kalırlar.

Risk altındaki birçok genç, devam etmekte olan hipomanik/karma belirtiler, depresyon, negatif belirtiler ve sosyal beceri eksikliği nedeniyle, olgunlaşmayı destekleyen deneyimler yaşayacağı arkadaşlar ya da erişkin akıl hocaları edinme konusunda yetersizdir; bu nedenle onları yetiştirme görevi daha fazla oranda ebeveynlerin omuzlarına yüklenmiş olur. Ebeveynler, diğer genç ve genç erişkinlerin arkadaşlarıyla zaman geçirdiğini, belki erkek ya da kız arkadaş edindiğini ve okul dışı birçok aktivitede bulunduğunu fark eder. Kendi çocuklarının bu aktivitelerden sağlayacağı beceri gelişiminin eksik kaldığını görür. Kendi çocukları giderek daha geride kalmaktadır ve bu nedenle ebeveynler akranlarıyla çocukları arasında oluşan bu açığı azaltmanın yollarını ararlar.

Diğer ebeveynler çocuklarının çeşitli alanlardaki başarılarını izleyerek yıllar boyunca verdikleri emeğin meyvelerinin tadını çıkarırken, risk altındaki gençlerin aileleri bir yerlerde büyük bir hata yaptıkları düşüncesini içselleştiriyor olabilir. Çocuk yetiştirme konusunda ileri

derecede becerikli de olsalar, bu çabaları, çocuklarının yalnızca okul başarısızlığını ya da sosyal yalıtılmışlığını gören akrabalar, arkadaşlar ya da komşular tarafından takdir edilmez. Birçokları, okul başarısızlığı ya da sosyal yalıtılmışlığı başarısız ebeveynliğin bir yansıması olarak görür; ancak psikiyatrik belirtileri olan bir gençle baş etmek ve onu desteklemek için gereken sabır ve beceriyi anlayamaz. Yanlış anlaşıldığını hissetmek ebeveynler için oldukça yorucu olabilir.

Özetle, ebeveynler genellikle klinisyene destek ve bilgi arayışı içerisinde gelirler. Klinisyenin ise ebeveynler ile çalışırken, çocuklarına yardım ederken ihtiyaç duydukları kaynağa ulaşmanın verdiği hissi onlara yaşatmaya çalışması önemlidir.

2.10.3. Bipolar Bozukluk ya da Psikoza Olan ya da Bu Bozukluklar Açısından Yüksek Risk Taşıyan Gençler

Bu program uygulanırken karşılaşılabilecek olguların bir kısmının hali hazırda BB ya da şizofreni tanısı bulunmaktadır. Diğer bir kısmının, duygudurum değişiklikleri, kısa ve tekrarlayan hipomanik dönemler ya da hafif psikotik belirtiler gibi DSM-IV tanı ölçütlerini henüz karşılamayan erken 'prodromal' belirtileri mevcut olabilir. Başlangıçtaki temel hedef onlarla ilişki kurmaktır.

Yüksek riskli gençler genellikle, yaşamakta oldukları belirtileri, bilgi sahibi bir uzmanla samimi bir şekilde konuşabilmekten ötürü rahatlamış hissederler. Kendi yaşadıklarına benzer belirtilere sahip birçok kişi ile birlikte çalışıldığını ve yararlı olabilecek çeşitli baş etme yöntemlerinin önerebileceğini duymak onları genellikle rahatlatır. Yüksek riskli gençler aynı zamanda moral bozukluğu ve şaşkınlık içinde olabilirler. Güçlü yanları ve ilgi alanları ile yeniden bağlantı kurmaları ve belirtilere rağmen hedeflerine ulaşmak için bu belirtilerle baş etmeyi öğrenmelerine yardım etmek amaçlanır.

Hasta genellikle yaşadığı belirtileri ailesi ile paylaşmaya teşvik edilir; böylece aileler mümkün olan en iyi şekilde hastaya yardım edebilirler. Çocuklarının neler yaşamakta olduğunu bilmek ebeveynlere, empatik ve destekleyici olma ve çocuklarının güvenliği için uygun sınırları belirleme olanağını sağlayacaktır. Hastanın belirtileri konusunda ketum davrandığı ve anne babanın durumdan büyük ölçüde habersiz olduğu durumlarda, hastanın daha açık olması için yüreklendirmesi gereklidir.

AOT-YRG uygulamasında genel olarak ilk hedef hastayı bir birey olarak ele almaktır. Hastalıkla ilgili belirtilerin ve çatışmaların yanında, hastanın güçlü yanları, umutları, geleceğe ilişkin amaçlarını da öğrenmeye istekli olunmalıdır. Hastanın gelişimsel açısından hangi noktada olduğunu tam olarak anlamak, hayatına nasıl devam edeceği ve hedefi doğrultusunda nasıl ilerleyebileceği konusunda birlikte bir plan yapılmasına yardım edecektir.

2.10.4. Görüşmelerin Düzenlenmesi ve Esnekliği

AOT birlikte çalışılan ailenin özelliklerine göre düzenlenebilir. Her ailenin 12 görüşmeyi tamamlaması en ideali olmakla birlikte bu, çalışılan her aile için uygun olmayabilir. Örneğin ailenin, tek bir görüşmeye ait içeriğin sunulması için iki görüşmeye gereksinim duyduğu durumda bir görüşmeyi iki görüşmeye yaymak uygundur. Bu değişikliğe uyum sağlamak için, problem çözme görüşmelerinden biri atlanabilir. Diğer yandan, aile iki görüşmeye ait materyali tek bir görüşmede anlayabiliyorsa bu da yapılabilir. İçeriğin bazı öğeleri bazı aileler için gereksiz olabilir ya da uygun olmayabilir; bu durumda söz konusu görüşmeyi atlamak mümkündür (örneğin; ailenin iletişimi açıktır, 'iletişimin açıklığa kavuşturulması' bölümü gereksizdir). Eğitim modülü, her görüşmenin başında, o görüşmede işlenmesi gereken konuları kapsayan yapılandırılmış bir taslak içerir. Bazı hedefler üzerinde çalışmak için daha fazla zaman harcanabilir ve belirli bir aile için uygun olmadığı düşünülüğünde bazı hedefler atlanabilir.

Eğitim materyalleri sunulurken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, bunu ailenin anlayabileceği ve yararlanacağı bir şekilde yapmaktır. Tüm broşürler bilginin iletilmesi için basit araçlardır. Terapist belirli bir broşürü, bir hasta grubuna bilgi vermek ya da aile üyeleri arasında yapıcı iletişimi kolaylaştırmak için uygun görmüyorsa, broşürü atlamak ya da değiştirmek konusunda özgürdür.

Özet olarak AOT birçok görüşmede verilecek bilgilendirici broşürlerle birlikte oldukça yapılandırılmıştır; fakat eldeki bilgi, her bir ailenin gereksinimlerine en iyi uyacak şekilde biçimlendirilmelidir.

2.10.5. Terapinin Duygusal Tonu

Ebeveynlerin ya da ailenin diğer üyelerinin, hastanın belirtilerinin kendileri üzerindeki etkilerine dair konuşurken ağlaması oldukça sık görülen ve anlaşılabilir bir durumdur. Aileler, çocuklarının işlevselliğindeki ani değişim nedeniyle çok acı çekerler ve

belirtilerin şiddetli olduğu ve hızlı ilerlediği durumlarda bu değişikliğe ilişkin bir 'yas' süreci yaşayabilirler. Bazı aileler ise, hastanın belirtileri nedeniyle sürdürdükleri hayatın ne kadar zorlaştığını belirterek öfkelerini ifade edebilirler.

Görüşmelerin hasta için katlanılabilir bir düzeyde ve sakin bir atmosferde tutulması çok önemlidir. Terapist, görüşme sırasında duyguların tırmadığı bir durumda aile etkileşimini yönlendirmek üzere hızla adım atmalıdır. Bazı durumlarda, aile üyelerinin duygularını ve bu duyguları harekete geçiren sebepleri soruşturmak ve anlamak için zaman ayırmak mantıklı olabilir. Duygu dışavurumu yüksek olan bir aile üyesiyle bireysel olarak görüşme yapma seçeneği her zaman mevcuttur. Bireysel görüşme sırasında terapist, aile üyelerinin duygularıyla ilgili daha ayrıntılı konuşabilir, ek psikoeğitim sağlayabilir ve/veya uygunsa bireysel terapiye ilişkin önerilerde bulunabilir. Alternatif olarak, aile tedavisinin erken döneminde bazı iletişim becerileri üzerinde çalışmak mantıklı olabilir. Böylece, iletişim becerileri daha iyi hale gelmiş ailede psikoeğitim daha verimli bir şekilde ilerleyecektir. Uyumlu bir aile ortamının öneminin anlaşılması için, aile desteğinin en iyi sağlanabileceği yollar üzerinde problem çözmenin geliştirilmesi yararlı olabilir.

2.10.6 Bilgilendirilmiş Oluru Destekleyen Tedavi Öncesi Görüşmeler

Aile üyeleri bazen aile terapisine katılmak konusunda çekince gösterirler. Aile terapisinin ne gerektirdiği konusunda yanlış fikirlere sahip olabilirler. Tereddütlü aileler için, ilk görüşmeyi, bu endişelerle ilgili konuşma, terapinin içeriği ve sürecine ilişkin aydınlatma ve çalışmaya katılmak isteyip istemediklerine dair olur alma için kullanmak yararlı olabilir.

Görüşme süresince aile bireylerinin kaygılarını dinlemek ve normalize etmek önemlidir. Ebeveynler sıklıkla, gencin belirtilerine yol açmış olmaktan dolayı terapist ve genç tarafından suçlanacaklarına dair endişelenirler. Bu endişelerin oldukça sık gözlemlendiğinin, kimsenin suçlanmaktan hoşlanmayacağını ve bir suçlu tayin etmenin bu terapinin bir parçası olmadığını aile bireylerine açıklanması çok önemlidir.

Bazı gençler ebeveynleri ile birlikte terapiye katılmakta çekince gösterirler çünkü terapistin, aileleriyle paylaşmak istemedikleri bilgileri ortaya çıkaracağından korkarlar. Durum böyleyse, gence, kaygılarının yaygın gözlemlendiğinin ve anlaşılabilir olduğunun, aileye belirtilerle ilgili genel bir bilgi vereceğinizi, daha sonra genç ve aile bireylerinin yaşadıkları deneyimleri istedikleri ölçüde paylaşımlarına izin verileceği belirtilir. Belirtiler gencin kendisi ya da diğer kişiler için tehlike içermediği sürece, gencin sınırlarına saygı gösterilir.

2.10.7. Tedaviye Kimler Katılabilir

Genellikle ailede bir kişinin yaşadığı psikiyatrik belirtilerden ailenin tüm bireyleri etkilenir ve aile bireylerinin tepkisi de psikiyatrik belirtiler yaşayan bireyi etkiler. Bu nedenle, evde yaşayan herkesin en azından terapinin bazı bölümlerine katılması yararlı olacaktır. Hasta belirli kişilerin (kardeşler ya da üvey ebeveynler gibi) katılmasına karşı çıkarsa, terapiye birincil bakım verenler ile başlamak ve hasta kendini daha rahat hissettiğinde diğer bireyleri sürece katmak uygundur. Kardeşleri görüşmeye dahil etmeden önce, kardeşin yaşını, sağlık durumunu ve hasta ile ilişkilerini göz önünde bulundurmak gereklidir.

2.10.8. İlk Modül: Psikoeğitim Görüşmeleri (1-4 Seans)

Psikoeğitim fazı; genç ve ailesine semptomlar, ayırıcı tanı ve komorbidite, prognoz, tedavi ve BB' un kişisel yönetimine ilişkin bilgiler sunmayı hedefler. Bildiriler ve kişiselleştirilmiş ev ödevleri (duygudurum ve uyku çizelgeleri gibi...) bu başlıklara eşlik eder. Öncelikle klinisyen genç ve ailesinden gencin mevcut BB belirtilerini tartışmalarını ister ve ailenin bunları anksiyete bozukluğu, madde kullanımı, şizofreni ve yıkıcı davranış bozuklukları belirtilerinden ayırt etmelerine yardımcı olur. Klinisyen genetik ve yapısal duyarlılığın, stres ve baş etme becerilerinin, koruyucu ve risk faktörlerinin etkileşimli rollerini açıklar. Hastalığın ailenin günlük yaşantısı üzerine etkisi tartışılır. Ebeveyn veya gence yönelik suçlayıcı imalardan kaçınılarak önlem alınır. Klinisyen bir çok hastanın davranışlarının istemli olarak değil biyolojik ve genetik temelli duygudurum bozukluğu nedeniyle olduğunu, ebeveynlerin olumsuz tepkilerinin sıklıkla hayal kırıklığı ile sonuçlanan aşırı stresli durumlarla baş etme girişimlerinin bir yansıması olduğunu açıklar.

Psikoeğitimin önemli bir parçası duygudurum önlem planı yani genç ötimikken gencin duygudurumu değişmeye başladığında ya da özkıyım meyilli olduğunda yapılacak acil müdahalelerin planlanmasıdır. Klinisyen 3 soru yönelir: Duygudurumunu ne daha kötü (veya daha elave, irritabl ve ya depresif) hale getirir? Duygudurumun değiştiğini biz nasıl fark edebiliriz? Ne gibi stratejiler duygudurumunu düzeltmeye yardımcı olur? Aileler geçmiş atakları hatırlayarak tetikleyicileri, duygudurumun kötüleştiğine dair erken uyarı sinyallerini ve koruyucu faktörleri tanımlarlar. Mani semptomları için, tedaviyi sürdüren psikiyatristin bilgilendirileceği durumları da içeren, ev ve okuldaki stresin azaltılması için stratejilerin yer aldığı ve uyku-uyanıklık ritminin düzenlenmesine yönelik yapılacakların olduğu bir yönetim planı oluşturulur. Depresif belirtileri kontrol etmek için yapılacak planlar özkıyım-kendine

zarar vermeme anlaşmaları, keyif veren aktiviteler listesi, meditasyon ve kişisel yapıcı konuşmalar içerebilir.

2.10.8.1. 1 Görüşme: Amaçların Belirlenmesi, Tedaviye Genel Bakış

İlk görüşmedeki birçok amaçtan en önemlisi aile ile tanışma sürecinin ve terapötik işbirliğinin başlamasıdır. İkinci amaç, aile ile birlikte bir tedavi planı yapılmasıdır. Önce her bir aile bireyinin tedavi amaçları üzerinde konuşmak, daha sonra AOT-YRG programının hedefleri, formatı ve beklentilerini açıklamak ve aile bireylerinin istekleri ile terapistin sağlayacakları arasında bir köprü kurulması önemlidir. Son olarak görüşmeler arasında ev ödevi yapma alışkanlığını kazanmalarının sağlanması, bir sonraki görüşmenin planlanması ve ilk görüşmeye ilişkin düşüncelerin alınması önemlidir. (Ek 2)

Tedavinin başlangıcında ilişki kurmanın en iyi yolu ‘bağlantı kurma’ adı verilen bir süreçle gerçekleşir. Görüşmeye her bir aile bireyinden kendisi hakkında, psikiyatrik belirtilerle ilgisi olmayan (sevdiği filmler, yapmaktan hoşlandığı şeyler, hobiler gibi) bir şeyler anlatması istenerek başlanır. Klinisyen örnek vermek amacı ile kısaca kendisini tanıtarak başlayabilir. Bağlantı kurma, tedavinin gidişi boyunca üzerinde çalışmaya devam edilen bir süreçtir.

Görüşmenin başından başlayarak ailenin duygusal tonu ve iletişim temposuna göre klinisyen kendisini ayarlar; böylece aile ile uyumsuzluk yaşamının önüne geçilir. Depresif bir aile çok neşeli bir görünümü yüzeysel olarak algılayabilir. Sakin, uyumlu ve olgun bir tutum yerleştirmek önemlidir.

Aile ile bağlantı kurarken hedef, kendilerinin analiz edileceklerine, kötü ebeveynler gibi hissettirileceklerine ya da onların rahatsız edici sırlarının açığa çıkarılacağına dair korkularını yatıştırmak ve terapistin yanında rahat hissetmelerini sağlamaktır.

Sonraki adım tedavi hedeflerinin konuşulmasıdır. Hedeflerin belirlenmesi süreci çok önemlidir ve aceleye getirilmemelidir. Bu hedefler tedaviyi aile bireylerine uygun hale getirmek için gereklidir. Bazı aile üyeleri açıkça belirlenmiş hedefler belirtirken bazıları, tedaviden beklentileri konusunda emin olmayabilirler. Bu durumda, klinisyenin sunacağı hedefleri öğrenmekten hoşnut olurlar ve bu, en çok neyi öğrenmek istediklerini anlamaları konusunda onlara fikir verebilir. Ailenin her bireyine düşüncelerini ifade etme fırsatı

verilmesi önemlidir. Hedeflerin belirlenmesi sürecinde en iyi sonuçlar işbirliği içinde çalışıldığında alınır.

Aile üyelerini tanıdıktan ve hedeflerini öğrendikten sonra, aileye AOT-YRG'nun formatı ve beklentileri tanıtılır. Klinisyen kendisinin uygulama süresince alacağı rolü ve aile bireylerinin bu süreçte yerine getirmesi gereken ödevleri açıklar ve fikirlerini alır.

Her bir aile bireyinin kendi tedavi hedeflerini dinledikten ve AOT-YRG yaklaşımını özetledikten sonra, aile bireylerinin hedefleri ile AOT-YRG'de kazanacakları beceriler arasında köprü kurulabilir. Belirtilen hedeflerden bazıları seçilip, üzerinde çalışacağınız çeşitli beceriler ile bağlantı kurulabilir ve bu becerilerin hedeflerine ulaşmayı nasıl sağlayacağı kısaca açıklanabilir. Aile bireyleri AOT-YRG' ye uygun olmayan hedeflerden bahsederse, bu hedefler üzerinde çalışılmayacağını nedenleri ile açıklanması önemlidir. Bazen aile bireyleri marital sorunları ya da kendi bireysel sorunları üzerine çalışmayı isteyebilir. Böyle bir durumda, tedavinin gencin belirtilerinin azalması ve işlevselliğinin daha iyi hale gelmesi noktasına odaklanacağı hatırlatılmalıdır.

2.10.8.2 2. Görüşme: Belirtilerin ve Yatkınlık-Stres Modelinin Konuşulması

Her görüşme aile bireyleri için o haftanın nasıl geçtiği, bir önceki görüşmeyle ilgili sorularının ya da eklemek istedikleri bir şeyin olup olmadığının sorulması, varsa konuşulması ve ev ödevlerinin gözden geçirilmesi ile başlar.

Bu görüşmede iki temel öğrenme hedefi vardır. Birincisi, hasta ve ailesinin duygudurum ve psikoz belirtilerine ait deneyimlerini paylaştıkları karşılıklı etkileşime olanak sağlamak ve bu sırada gerekirse belirtilere ilişkin bilgi vermektir. İkincisi, tedavinin teorik temelini açıklamak ve stresin, belirtilerin alevlenmesi ve işlevsellik üzerindeki rolünü vurgulamak üzere yatkınlık-stres modelini tanıtmaktır.

Terapistin gencin belirtilerini önceden bilmesi ve iyice anlaması, gencin belirtilerine yönelik broşürleri seçmesini sağlar. Örneğin, gencin komorbid anksiyete bozukluğu mevcutsa, görüşme sırasında bu belirtilerle ilgili broşür kullanılabilir. Görüşmenin içeriği, en çok stres yaratan ya da genç ya da aile açısından yıkıcı olan belirtilere en fazla zamanı ayıracak şekilde ayarlanır. Burada amaç tüm belirtilerin konuşulması değil, hastanın, yaşadığı belirtiler ve hastalığına ilişkin ailedeki herkesin aynı fikirde olmasıdır.

İdeal olarak bu görüşme, hastanın belirtilerine ilişkin aile bireylerinin yaşadıkları deneyimlerin karşılıklı olarak anlaşılmasına olanak sağlar. Ancak ailenin, bu konunun tartışmaya açılması konusunda aşırı bir duyarlılığı varsa, belirtilere ait bilgi didaktik bir biçimde aktarılabilir. Amaç herkesin üzerinde durulacak olan çeşitli belirtilerle ilgili bilgi sahibi olmasıdır.

Hasta dört dörtlük manik ya da depresif epizod geçirdiyse, hangi belirtilerin önce başladığını öğrenmek yararlı olacaktır. Bu bilgi daha sonra, hastalık epizodlarını birbirini izleyen olaylar olarak düşünmeyi gerektiren “erken önlem planı’ni” yapılandırırken kullanılabilir.

Gencin BB I, BB II, ya da bipolar spektrumu (BB-BTA) içindeyse, öncelikle manik (ya da hipomanik) ve depresif belirtileri konuşularak başlanır. Bu görüşmede kullanılan broşürler, resimler ve anlaşılır dilleri ile gençlerin ve ailelerin duygudurum epizodlarını anlamasını kolaylaştırır. (Ek 2) Eğitimin bu bölümü, duygudurum bozukluğunun gelişimsel bir ilerleyişi olduğu ve sıklıkla diğer bozukluklarla birlikte görüldüğü gerçeğinin altını çizer. Aile bireylerinin BB’ un görünümüleri konusunda bilgi sahibi olması önemlidir, böylece gencin çeşitli duygudurum hallerine ilişkin konuşabilirler. Eğer gencin aynı zamanda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ya da komorbid başka bir hastalığı varsa, bu hastalıkların belirtilerini ve mani belirtilerden ne açılardan farklı olduğunu açıklamak önemlidir.

İlk görüşmeden itibaren, hastaya duygudurumunu ya da diğer önemli düşünce ve davranışlarını izleme alışkanlığı kazandırılmaya çalışılır. Duygudurum çizelgeleri, hastanın iyileşmesini, belirtilerde kötüleşmenin ilk bulgularını, gün içi değişkenliği, stresörlerin etkisini, uyku/uyanıklık döngüsü düzensizliklerinin rolünü izlemek açısından çok değerlidir. Ayrıca, gencin kendi duygudurumu ve davranışları konusundaki farkındalığını artırır. Farkındalık, duygudurum bozukluğu söz konusu olduğunda özellikle önemlidir. AOT, hasta ve ailesinin, kendi kendini gözlemlemeyi öğrenmeleri için uygun bir yerdir.

Bu ödev genellikle, gencin kendine bakma becerileri ve bağımsızlık yönünde ilerlemesini kolaylaştırır. Benzer şekilde, ebeveynlerden birinden gencin duygudurum çizelgesini her gün ya da gün içinde birden fazla kez doldurmasını istenebilir. Bu üç sebeple yararlıdır bunlar:

- Ebeveynlerin gencin duygudurumundaki gün içi değişikliklerin farkına varmasını sağlamak,

- duygudurumdaki kötüleşmeyi çabuk ayırt etmek
- gence ödev verilen tek kişinin kendisi olmadığı mesajını vermektir.

Görüşmenin ilerleyen kısmı yatkınlık ve stres modeli üzerine odaklanır. Yatkınlık-stres teorisi, duygudurum ve psikoz belirtilerinin, genetik ve biyolojik faktörler ile stres faktörlerinin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığını ileri sürer. Amaç, gen-çevre etkileşimi üzerine uzun ve karmaşık anlatımlara girmeksizin, yatkınlık ve stres kavramlarının ne anlama geldiğini aileye anlatmaktır. Her şeyden önemli olan amaç ise ailenin duygudurum dalgalanmalarının olgu tarafından kontrol edilebilir olmadığını anlamasıdır. Ancak olgu ‘koruyucu faktörler’i en etkin şekilde kullanabilirse var olan belirtilerin şiddetlenmesi ya da kronik bir hal alması önlenabilir.

Bundan sonra, ‘stres’ ve ‘baş etmek’ kavramlarının ne anlama geldiğinin açıklanması önemlidir. Olgu özelinde hastalık belirtilerini tetikleyen stresörler olgu ve ailesi tarafından dile getirilebilir, ya da aile bireylerinin kendileri için stres olarak tanımladıkları durumlar konuşulabilir. Riskler ve koruyucu faktörlerin konuşulması, olgu ve aile bireyleri tarafından içselleştirilmesi önemlidir .

2.10.8.3. 3. ve 4. Görüşmeler: Stresi ve Baş Etme Stratejilerini Tanımlamak, Erken Önlem Planı Geliştirme

Bu bölümün temel amacı bir *Erken Önlem Planı* geliştirmektir. Bu planın öğeleri:

- Belirtilerin artışının erken uyarı işaretleri
- belirtilerde artışa neden olabilecek stresörler
- gencin belirtilerle baş etmek için kullanabileceği baş etme mekanizmaları
- gencin stresini azaltmak için aile bireylerinin yapabilecekleri
- belirtilerin artışı sırasında genç ya da ailesi tarafından hafife alınan engellerin üstesinden gelme stratejileri olarak tanımlanmıştır.

Bu plan 3-4 görüşme süresince gerçekleştirilir. Özgül seanslar aşağıdaki ana başlıklarla tanımlanmıştır :

Stres:

- ✓ Belirtileri ortaya çıkaran stres faktörlerinin tanımlanması
- ✓ strese verilen tipik yanıtların tanımlanması

- ✓ aile bireylerinin stres deneyimlerini değerlendirmelerini ve bu konuda konuşmalarını sağlayan bir 'stres termometresi' geliştirilmesi öğelerini içerir.

Başa ıkma:

- ✓ Gencin belirtilerle baş etmek için kullanabileceği baş etme stratejilerini tanımlamak, bunlar içinde uyku/uyanıklık döngüsünün düzenlenmesi, davranış etkinleştirme planları (eğlenceli aktiviteler düzenleme), gevşeme eğitimi ya da farkındalık meditasyonu ve bir medikasyon rejiminin düzenli olarak sürdürülmesi esaslarını içerir.

Erken nlem Planı

- ✓ Tüm stratejileri bir eylem planı içine almak öğelerini içerir.

Bu plan gencin belirtileri çok belirgin değilken yapılırsa çok daha etkili olur; çünkü belirtiler Şiddetlendiğinde gereken becerileri uygulama becerisi en yüksek düzeyde olacaktır.

nc görüşmenin birincil amacı, olgu ve diğer aile bireylerinin aile, okul ve iş sorunları gibi yaşamlarının farklı alanlarındaki çeşitli stres kaynaklarını tanımlamasına yardımcı olmaktır. İkincil amaç, nleme planının önemli bir bileşeni haline gelecek bir baş etme stratejileri listesi oluşturmaaktır.

Bu görüşme ile aile bireylerinin ne zaman stresli olmaya başladıklarının farkına varmaları, böylece zamanında etkin bir Şekilde baş edebilmeleri sağlanır. Ayrıca, her aile bireyinin diğerinin stresli olduğuna dair işaretleri tanıyabilmesi de yararlı olacaktır. Kişilerin strese yanıtı değişkendir. Bazısı sessizleşirken bir diğeri konuşkan ya da kavgacı olabilir. Kişiler ailedeki diğer bireylerin stresli olduğunu anlamaya başladığında, stresli olan kişiye zaman tanıyarak, beklentileri azaltarak ya da destek olarak yardımcı olabilirler. Görüşme içeriğini oluşturan konu başlıkları aşağıda:

- 1- Stresörlerin tanımlanması
- 2- Rekürrens in erken uyarı işaretlerinin tanımlanması stres ve duygudurum değişiklikleri ile ilişkili duygu hallerini (ya da bedensel duyumları) tanımlamak olarak açıklanmıştır.. Bu, duygudurum ya da psikoz epizodlarının erken uyarı işaretlerinin bir listesini yapmaya yardım eder.

3- Baş etme stratejilerinin tanımlanması: Olgunun kendisini daha iyi hissetmek için yapabileceği şeylerin bir listesini yapmak, tercihen diğer aile bireylerinin ya da en azından durumu dengeleyebilecek diğer kişilerin dahil olduğu aktiviteler olarak belirtilmiştir. (Ek 2)

Düzenli uyku ve düzenli bir rutini sürdürmek, stresin duygudurum ve düşünce üzerindeki etkilerinden korunmanın temel yollarından biridir bu nedenle bu bölümde uyku sorunlarının ele alınması önemlidir. Ayrıca bu seansta ihtiyaç olduğu düşünülüyorsa aile içi etkileşimi arttıracak keyif veren aktiviteler yada ilaç uyumunu arttırmaya yönelik ilaç kullanımı ile ilgili kaygılar ya da uyumsuzlukları konuşmak ve neler yapılabileceğini birlikte gözden geçirmek için zaman ayrılabilir.

Dördüncü psikoeğitim görüşmesinin temel öğrenme hedefleri; aile ortamının, stresi azaltarak ve stresle baş etme çabalarını destekleyerek hastanın belirtilerinde iyileşmeye yol açan önemli bir faktör olduğunu açıklamak ve olgu ve ailesinin, bir erken önlem planı hazırlamasına yardım etmektir.

Bu görüşmede terapist hastaya, yaşadığı sorunlar karşısında ebeveynlerinin verdiği yanıtın onda yarattığı duyguları ve aileye de hastaya verdikleri yanıtın etkili olduğunu düşünüp düşünmediklerini sormalıdır. Aile verdikleri yanıtların etkisiz olduğunu düşünüyorsa, alternatif yanıtlar görüşmede tartışılır. Ayrıca sakin ve yapıcı bir ev ortamının sağlanması için neler yapılabiceği de bu görüşmede ele alınabilir. (Ek 2)

Bu noktadan sonra belirtilerin konuşulması, stres kaynakları, baş etme becerileri ve aile desteği başlıkları altında tartışılanlar kullanılarak bir müdahale stratejisi geliştirilebilir.

Eylem planı:

- (1) Genç ve bir bütün olarak aileyi etkileyen stresörlerin tanımlanması
- (2) duygudurum ya da ruh sağlığının bozulmasının erken uyarı işaretlerini tanımlamak
- (3) stresörler ve erken uyarı işaretleri ile baş etmeye yönelik çabaları harekete geçirmek
- (4) engellerin üstesinden gelme yolları planlamak, şeklinde dört adımdan oluşur.

Önlem planını sunarken, böyle bir plan oluşturmanın önemli olduğu, yapılan araştırmalar sonucunda belirtiler ciddi düzeye ulaşmadan yapılan erken müdahalelerin çok daha etkili olduğunun gösterildiği açıklanır ve görüşmede bir erken önlem planı oluşturmalarına yardımcı olunur.

2.10.9. İletişim Becerilerini Geliştirme Eğitimi (5-8 Seans)

AOT'nin ikinci modülü olan iletişim becerilerini geliştirme eğitimi (İGE) yaklaşık 4 görüşme (5-8. görüşmeler) sürmektedir. Bu görüşmeler daha öncekiler kadar yapılandırılmış değildir. İGE iki varsayım üzerine dayanmaktadır. Birincisi, aile iletişiminin bozuk olması, hastanın belirtileri ve işlevselliğindeki bozuklukla baş etmek konusundaki stresi yansıtır. İkincisi, bozuk iletişim örüntüleri beceri eğitimi ve pratik yapma ile iyileştirilebilir. İGE, hastalara ve ailelerine beş iletişim becerisini öğretmek için rol yapma tekniğini kullanır. Bunlar: *Olumlu geri bildirim verme, aktif dinleme, iletişimde açıklık ve başkalarının davranışlarını değiştirmek için olumlu taleplerde bulunmadır*

İletişimi iyileştirme eğitiminin amacı, artan belirtilere karşı koruyucu bir ev atmosferi yaratmaktır. Terapist her bir becerinin bileşenlerini içeren bir broşür verir (söz gelimi aktif dinleme için: Göz iletişimi kurmak, başka sözcüklerle açıklamak) ve beceriyi aile için örnekler. Daha sonra aile bireyleri beceriyi, terapistin rehberliğinde birbirleriyle uygular. Verilecek ev ödevi, öğretilen becerilerin ev ortamına genellenmesini sağlar. (Ek 2)

2.10.9.1. Olumlu Duyguların İfade Edilmesi

Bu diğer aile bireylerine kendilerine değer verildiğini hissettirmenin direkt bir yoludur ve gelecekte bu duygulara karşılık vermelerini sağlar. Ayrıca, aile yaşamına dengeli bir yaklaşım yaratılmasını sağlar.

2.10.9.2 Aktif Dinleme

Etkin iletişimin temel taşlarından biri dinleme becerisidir. Birçok yönden diğer iletişim becerilerinin temelini oluşturduğu için aktif dinleme, olumlu duyguların ifade edilmesinden önce işlenebilir. Ancak, aktif dinleme daha zor öğrenilen bir beceridir ve kişilerde anksiyete yaratabilir. Bu nedenle, olumlu bir havaya sahip somut bir beceri olan olumlu duyguların ifade edilmesi, iletişim becerileri eğitimine başlamak için iyi bir seçim olabilir.

2.10.9.3. Değişim için Pozitif Taleplerde Bulunma ve İletişim Açıklığı

Değişim için pozitif taleplerde bulunma ve negatif duyguları ifade etme becerileri, aile bireylerinden biri diğerinde bir değişim gerçekleşmesini istediği zaman kullanılır. ‘Pozitif taleplerde bulunma’ (örneğin, ‘çöpü dışarı çıkarırsan çok mutlu olurum’) davranış değişikliğini talep etmenin ilk adımıdır.

Tedavinin gidişi boyunca terapist, aileyi soyut ve uzun ifadeler yerine somut ve kısa ifadeler kullanmaları yönünde destekler. ‘İletişim Açıklığı’nın amacı, genç ve ailesinin, konudan sapmamalarını ve belirli bir hedefe yönelik doğrudan ifadeler kullanmalarını sağlamaktır. Bu sağlanırken aşağıdaki

- ✓ Söylemek istediğiniz şeyin ne olduğunu belirlemek
- ✓ temel noktaları vurgulamak için kısa cümleler kurmak
- ✓ soyut ifadelerden kaçınarak özgül ifadeler kullanmak
- ✓ belirli bir zamanda tek bir konuya odaklanmak, başlıklarına değinilir.

2.10.9.4. Olumsuz Duyguların İfade Edilmesi

Olumsuz duyguların ifade edilmesi birçok yönden öğrenilmesi en zor beceridir çünkü hoş olmayan bir mesaj verilmesini içermektedir. Olumsuz duyguların ifade edilmesi diğer bir aile bireyine davranışına ilişkin **yapıcı bir eleştiride** bulunmaktadır. Aile bireyleri birbirleriyle ilgili düş kırıklıklarını zaman zaman ifade etme gereği duyarlar ve böyle geribildirimleri paylaşabilecekleri verimli bir ortamları yoktur. Bu beceri, olumlu talepler etkisiz olduğu zaman bir alternatif olarak kullanılabilir. Olumsuz duyguların ifade edilmesi yalnızca diğer girişimler (örneğin olumlu taleplerde bulunma) başarısız olduğunda başvurulacak bir adımdır. Ancak hangi formda olursa olsun, eleştiriyi kabul etmek zordur. Anlaşmazlıklara yol açabileceği göz önünde bulundurularak, olumsuz duyguların ifade edilmesi problem çözmeye doğru bir geçiştir.

2.10.10. Problem Çözme Eğitimi (9-11 Seans)

Problem çözme ailelerle çalışmak için en etkin yöntemlerdendir (Clarkin ve Miklowitz, 1997). Problem çözme erişkinlerle yürütüldüğünde odak noktası işbirliğidir. Ancak, gençler (ve bazen genç erişkinler) ailede alınan kararlarla ilgili eşit söz hakkına sahip olmayabilir. Ebeveynin hastaya 2 ya da 3 seçenek sunması ve hastanın bunlar arasından seçim yapması daha uygun olabilir. Bir çözüm belirlendiğinde, belirlenen çözümün uygulanmasını sağlamak

için, gelişimsel olarak uygun olması koşuluyla bir ödül ve/veya ceza sistemi kurmak gerekebilir.

Problem çözme modülünün amacı, işlevselliğinde bozulma ve sıkıntı yaratan semptomları olan bir genç ile yaşamaya bağlı sorunlar dahil ailede yaşam olaylarına bağlı gelişen stresi ve gerginliği azaltmaktır. Diğer amaçlar; zor sorun alanları hakkında diyalog başlatmak, sorunlara ilişkin tepkilerin ifade edileceği bir toplantı ortamı sağlamak ve problemlerin çözümü için hasta ve ailelerine bir çerçeve sunmak olarak sıralanabilir.

Problem çözme basamakları aileye açıklandıktan sonra, uygulama yapmak için bir problem belirlemeleri istenir. Başlangıç olarak, aileye, en basit problem ‘buzdağının uç noktası’ olsa da, daha basit problemlerle başlamaları için rehberlik edilir.

İletişim becerileri eğitiminde olduğu gibi, klinisyenin buradaki rolü aktif bir kolaylaştırıcı ya da rehber olmaktır. Problem çözme basamakları boyunca aileye rehberlik edip, konu üzerinde kalmalarını sağlamak ve ne kadar küçük olursa olsun çabaları için takdir etmek önemlidir. Problemleri tanımlarken ve avantaj ve dezavantajları değerlendirirken iletişim becerilerini kullanmanın önemine değinilebilir. Aile problem çözme formatına alıştıkça, bu beceriyi evde kullanmak konusunda cesaretlendirilir. Görüşme sırasında birkaç sorunu çözdükten sonra, başka bir ufak ve özgün bir problem seçerek görüşme dışında üzerinde çalışmaları istenir. (Ek 2)

Terapist ilk başlarda problem çözme sürecinin yapılandırılması ve yönlendirilmesi konusunda merkezi rol üstlenir ancak zamanla daha az aktif hale gelmesi, yönetimi aileye devretmesi ve görüşmenin sonunda iyi ifade edilmiş ve uygulanabilir bir eylem planına sahip olduklarından emin olması önemlidir.

2.10.11. Sonlandırma (11-12 Seans)

Terapi süreci sonlandırılırken kazandırılan becerilerin gözden geçirilmesi, olgu ve ailesinin uygulamaya ilişkin görüşlerinin alınması ve terapistin de olgu ve ailesinin sürecine ilişkin görüşlerinin paylaşılması açısından önemlidir. Ayrıca sonlandırma görüşmeleri daha önce fırsat bulunamadıysa ve ihtiyaç duyuluyorsa okul uyumunu artırma, gevşeme eğitimi ve sosyal becerileri geliştirme üzerine de çalışılması için zaman ve ortam sağlar.

III.BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ocak 2013- Aralık 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği'nde yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemini DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD'da bir deneyimli klinisyen tarafından uygulanmış olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) K-SADS P-L ile tanıları kesinleştirilmiş ve DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre BB tip I, II ve BTA tanısı ile izlenen ve çalışmaya katılmaya gönüllü ergen ve en az bir ebeveyninden oluşmaktadır. Tüm değerlendirmelerin sonucunda, 12-18 yaş arası kız ve erkek 14 ergen çalışmaya alınmıştır. Olguların ilerleyen dönemde kliniğimizde veya 18 yaşını doldurduktan sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında sürecek tedavileri sırasında uzun izlem verilerinin toplanması ve uygulamanın uzun izlem sonuçlarının ilerleyen dönemde elde edilmesi planlanmıştır.

Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

1. Olguların çalışmaya katılırken görüşmelere uyum ve çalışmaların sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla aktif epizodda olmamaları (olguların manik ya da depresif belirtileri olabilir ancak aktif olarak manik ya da depresif epizodu karşılamamaları beklenmektedir. CDRS \leq 39, YMRS \leq 14),
2. Olguların klinik olarak normal zeka izlenimi veriyor olmaları ve okuma yazma kapasitesine sahip olmaları olgu grubu seçiminde dikkate alınan diğer ölçütler arasındadır.
3. Anne babaların görüşmeyi sürdürmeyi engelleyecek düzeyde bir bilişsel yetersizliği ya da psikopatolojisi olmaması ölçütlerindedir.

4. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları eş tanıları içlenmiştir.

Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

1. Nörolojik rahatsızlıklar,
2. PTSSB,
3. Yaygın gelişimsel bozukluklar,
4. Son 3 ay içinde alkol ve madde kötüye kullanımı eş tanılarını taşıyan çocuk ve gençler dışlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:

Bu araştırmanın birincil hipotezi olarak AOT-YRG modeli ile hastaların manik ve depresif belirtileri ve hastalık şiddetinde azalma belirlenmiştir. İkincil hipotezler olarak da

- hasta ile ailesinin hastanın yaşam kalitesine dair algılarında düzelme ve
- uygulama sonrasında çalışmaya katılan ailelerin aile işlevselliklerinde artış saptanması olarak belirlenmiştir.

3.4. ARAŞTIRMA TİPİ

Çalışma; tek merkezli, iki disiplinli, randomize kontrollü pilot bir araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonundan etik onay alınmıştır.

3.5. UYGULAMA

Belirtilen tarihlerde Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Duygudurum Bozuklukları Polikliniği'nde tedavi görmekte olan ergenler ve ebeveynlerine açıklama yapıldıktan sonra, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 14 ergen ve ailesi bu çalışmaya alınmıştır. Çalışma ölçütlerini karşılayan 14 olgu kura ile olgu ve kontrol olarak randomize edilmiştir. Kura sonucunda 14 olgu 8'i olgu grubunda 6'sı kontrol grubunda yer alacak şekilde dağılmıştır. Her ergen ve ailesine AOT uygulamasından önce yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış, ayrıca sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Uygulama öncesinde ve sonrasında çalışmaya kör bir klinisyen tarafından; olguların mevcut hastalık belirtileri, belirti şiddetleri ve olguların işlevsellikleri Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Ebeveyn

YMDÖ, Çocuklar için Mani Derecelendirme Ölçeği (ÇMDÖ), Çocuklar için Depresyon Değerlendirme ölçeği- gözden geçirilmiş formu (ÇDDÖ-R), Çocuklar İçin Genel İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (CGDÖ) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği- Hastalık Şiddeti (CGI-HŞ) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca uygulama öncesinde ve sonrasında çalışmaya katılan ergen ve ailelere Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), ayrıca annelere kendilerinin son iki haftadaki depresif belirtilerinin varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesine yönelik Beck Depresyon Ölçeğini ve çalışmaya katılan ebeveynlere aile işlevselliklerinin değerlendirilmesi amaçlı Aile Değerlendirme Ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

3.6. AİLE ODAKLI TERAPİ UYGULAMASI

Çalışma süresinin kısıtlılığı ve ergen ve ailelerinin uyumunu arttırmak amacı ile uygulamanın oluşumunda yer alan ve ergenlere uyarlayan Prof. Dr. David Miklowitz'in önerisi ile AOT uygulamasının yüksek risk grubu olguları için geliştirilmiş 12 seanstan oluşan ve 4 ay süreyle uygulanan formu kullanılmış, uygulama öncesinde manuel ve bildiriler yazarın izni alınarak Türkçe'ye çevrilmiş ve çalışma grubuna uygulanmıştır.

Psikoeğitim, iletişim becerilerini geliştirme ve problem çözme becerileri modülleri uygulanırken gerekli görüldüğü ölçüde, öncesinde uygulama sonrasında bu tedavi yöntemini geliştiren ve bu konuda bilimsel çalışmaları bulunan uluslararası bir otörden, Prof.Dr. David Miklowitz, denetim desteği alınmıştır.

3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form ergenlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla literatür temel alınarak, yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Formda ergenin yaşı, cinsiyeti, akademik durumu, olguda hastalık süresi, ilk ve son epizod tipleri, psikiyatri servisinde yatış öyküsünün olup olmadığı, farmakoterapi bilgileri, tıbbi sağlık durumu, ek psikiyatrik hastalık öyküsü, aileye ilişkin bilgiler araştırılmıştır. (Ek 3)

3.7.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time Kiddie-SADS-PL)

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu, 6–18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukları DSM-III ve DSM-IV'e göre taramak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir (158). K-SADS-P-L ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar anne babadan ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Ölçeğin tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-III-R ya da DSM-IV'e göre tanı konulmaktadır. Bizim çalışmamızda DSM-IV'e göre tanı konulmuştur.

K-SADS-PL için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek ile yapılan görüşme ile konulan tanıların geçerliğinin dışa atım bozuklukları açısından çok iyi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve tik bozukluğu için iyi, duygulanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve karşı olma karşı gelme bozukluğu için ise orta derecede olduğu gözlenmiştir (159).

3.7.3. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme ölçeği- gözden geçirilmiş formu (ÇDDÖ-R)

Çocukların Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş versiyonu (The Children's Depression Rating Scale-Revised-CDRS) ebeveynler, çocuk ve klinik gözlem ile elde edilen bilgilerin bir araya getirilmesine ihtiyaç duyulan, değerlendirmeyi klinisyenin yaptığı bir ölçektir (160). *Çocukların Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş versiyonu* ölçeği, değerlendirmeciler arası güvenilirliği (inter-rater reliability) oldukça yüksek olan ve kullanılan ilaçlar ile ortaya çıkan etkilere hassas bir ölçektir. Bu nedenle tedavi değerlendirmesi amacıyla pek çok çalışmada yaygın olarak kullanılmaktadır. Klinisyenin görüşmesi ile diğer kaynaklardan alınan bilgilerin birlikte değerlendirmeye alındığı bir ölçek

olması nedeniyle *Çocukların Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Versiyonu* 'nun diğer ölçekler arasında farklı bir yeri ve önemi vardır (161).

Erişkinler için depresyonun değerlendirilmesinde kullanılan Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği temel alınarak geliştirilen ÇDDÖ-R, ilk olarak 6-12 yaş arası çocuklara uygulanması planlanarak geliştirilmiş bir ölçektir. 17 maddeden oluşan bir ölçek olup, maddelerin puanlanması 1 ile 5 ya da 1 ile 7 arasında olacak şekilde yapılmaktadır. Olası en düşük toplam puan 17, en yüksek toplam puan ise 113 olarak belirlenmiştir. Ölçek klinisyen tarafından çocuk ve aile ile yapılan bir görüşme ile uygulanarak puanlanır. Toplam puanın ≥ 40 olması depresyonu işaret ederken, toplam puanın ≤ 28 olması remiyon sürecini (belirtiler minimal ya da yok) tanımlamaktadır (161)

3.7.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

1978 de Young ve arkadaşlar tarafından geliştirilmiş olan Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) yine klinisyen tarafından uygulanmakta ve son 1 haftadaki manik belirtilerin varlığının ve şiddetinin 0 ile 4 ya da 0 ile 8 arasında derecelendirildiği, 11 maddeden oluşmaktadır (162). Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı-saldırgan davranış, dış görünüş ve içgörünün değerlendirildiği, günümüzde de klinik araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2001 yılında Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (163).

3.7.5. Duygudurum Şiddet İndeksi (DŞİ, Mood Severity Index, MSI)

Duygudurum Şiddet İndeksi ÇÇDÖ ve YMDÖ skorlarından elde edilir ve duygudurumun şiddetini değerlendirmede kullanılır. DŞİ' nin hesaplamasında (ÇDDÖ-17 X 11 / 27) + YMDÖ formülünden yararlanılır. İritabilite her iki ölçekte de yer aldığı için hesaplama öncesi her ölçekte etkisi 0,5 oranında azaltılır

3.7.6. Klinik Global İzlem-Şiddet (KGİS-HŞ) Formu:

Özgün adı Clinical Global Impressions olup, Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilerek 1976 yılında yayınlanmıştır (164). Gözlemcinin puanladığı bu ölçek, klinik çalışmalarda hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecindeki tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiştir. Klinik Global İzlenim Ölçeği,

hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 sorudan oluşur. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti (severity index-SI) bölümü kullanılmıştır

CGI-SI, toplam yedi değerlikli likert tipi bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta, olarak puanlanır.

3.7.7. Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGDÖ / CGAS: Children's Global Assessment Scale) (Bird 1990, Schaffer 1983)

DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemi temel alınarak işlevselliğin genel olarak değerlendirmesini yapar. Tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılır. Tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. İyi bir psikometrik değerlendirme değildir. ÇGDÖ, erişkinler için hazırlanan ve psikiyatrik bozukluğun şiddetini ölçmeye yarayan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık-Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış halidir (165). ÇGDÖ, sağlık ve hastalık arasındaki düzlemde, çocuk ya da ergenin işlevselliğini en ağır şekilde bozan durumu göz önüne alarak klinisyenin yaptığı tahmini skorlamayı içerir. 1'den 100'e kadar puanlanır ve en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru giden 10 bölüm içinde incelenir. Her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölüm aralığında bir puan verilir.

3.7.8. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (ÇİYKÖ)-pediatric quality of life questionnaire

2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir(166). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır (167). Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi

ölçeğidir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (167). Ölçeğin hem çocuk ve ergenler, hem de ebeveynleri tarafından doldurulan iki versiyonu bulunmakta olup, her iki versiyon da çalışmamızda kullanılmıştır. (Ek 4)

3.7.9. Aile Değerlendirme Ölçeği (Mc Master Family Assessment Device)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ABD’de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde aile işlevlerini çeşitli boyutlarda ölçmek üzere geliştirilmiştir. Problem Çözme (PRÇ), İletişim (İLT), Roller (ROL), Duygusal Tepki Verebilme (DTV), Gereken İlgiliyi Gösterme (GİG), Davranış Kontrolü (DVK) ve Genel Fonksiyonlar (GNF) adı altında yedi alt ölçekten oluşan ADÖ 60 maddedir. Ölçek ‘aynen katılıyorum’ bir puan ile ‘hiç katılmıyorum’ dört puan arasında değişen dört seçenek üzerinden puanlanmaktadır. On iki yaş üzerindeki tüm aile üyelerine ve deneğin kendisine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir. Teorik olarak iki puanı sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırt eden bir puan olarak kabul edilmiştir. Bir ile dört arasında değişen puanlara göre ikinin kesim puanı olarak alınmış olması sağlıksızlık alanının daha geniş tutulduğunu göstermektedir. Ölçek ebeveynler tarafından doldurulur .

Problem çözme	2-	12-	24-	38-	50-	60-							.../6=
İletişim	3-	14*-	18-	22*-	29-	35*-	43-	52*-	59-				.../9=
Roller	4*-	8*-	10-	15*-	23-	30-	34*-	40-	45*-	53*-	58*-		.../11=
Affektif duyarlılık	9*-	19*-	28*-	39*-	49-	57-							.../6=
Affektif bağlılık	5*-	13*-	25-	33*-	37*-	42*-	54*-						.../7=
Davranış kontrolü	7*-	17-	20-	27*-	32-	44*-	47*-	48*-	55-				.../9=
Genel işlevler	1*-	6-	11*-	16-	21*-	26-	31*-	36-	41*-	46-	51*-	56-	.../12=

Yıldız (*) işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani dört, üç, iki, bir ,(4,3,2,1) şeklinde olmaktadır.

Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır (168). Güvenilirlik çalışması, iç tutarlılık ve puan değişmezliği açısından incelenmiştir. Alt

ölçeklerin Cronbach-alfa katsayıları 0.38 ile 0.86 arasında değişmektedir, ölçeğin bir toplam puanı olmadığından, her alt ölçek için test-tekrar test korelasyonu Pearson-Momentler Çarpımı ile hesaplanmıştır. Alt ölçekler için korelasyon katsayıları en düşük 0.62 ile en yüksek 0.90 arasında verilmiştir, ölçeğin geçerlilik çalışması yapı geçerliliği ve uyum geçerliliği ile sınınmıştır. (Ek 5)

3.7.10. Beck Depresyon Ölçeği (Beck's Depression Scale-BDÖ)

Beck tarafından 1961'de geliştirilen, yaygın olarak kullanılan, öz-bildirime dayalı bir ölçektir. BDÖ, kısa, pek çok dilde kullanılan, birinci basamak sağlık hizmetleri için de kullanıma uygun versiyonları da bulunmaktadır. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla oluşturulmuştur. Polikliniğe başvuran depresif bozukluğu olan bireyleri olmayanlardan ayırmada oldukça iyi psikometrik özellikleri olan bir ölçektir (169). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980), Hisli (1988) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (170).

3.8. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri aşağıda verilen istatistik yöntemler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

- Olgu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile değerlendirilmiştir.

- Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır.
- Sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında nonparametrik test olan Mann Whitney U ve Willcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır.
- Sayısal değişkenlerin birbiri ile olan ilişkisinin karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.
- İstatiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmanın olgu grubunda yer alan 8 olgu ve ebeveynleri uygulamayı tamamlamış, kontrol grubundaki 6 olgudan 2'si kliniğimizdeki izlemlerini ve tedavilerini bırakmaları nedeniyle çalışmadan çıkmışlardır. Çalışmaya katılan ergen ve ebeveynlerinin tanımlayıcı özellikleri başlangıç hali ile aşağıda verilmiştir.

4.1.1. Yaş

Olgu grubunda yer alan ergenlerin yaş ortalaması $16,38 \pm 0,91$ kontrol grubunda yer alan ergenlerin yaş ortalaması ise $16,17 \pm 1,72$ bulunmuştur. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,77$) (Tablo1) .

4.1.2. Cinsiyet

Olgu grubunda yer alan ergenlerin %62,5'u (n=5) kız, %37,5'u (n=3) erkek; kontrol grubunun %50'si (n=3) kız, %50'si (n=3) erkekti. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1$) (Tablo1) .

Tablo.1 Sosyodemografik veriler

		OLGU	KONTROL	p*
YAŞ		16,38±0,91	16,1±1,7	0,77
CİNSİYET	KIZ	5 (62,5)	3 (50)	1.0
	ERKEK	3 (37,5)	3 (50)	
	TOPLAM	8	6	
EĞİTİM DURUMU	8.SINIF	-	1 (16,7)	
	9.SINIF	-	-	
	10.SINIF	2 (25)	1 (16,7)	
	11.SINIF	2 (25)	1 (16,7)	
	12.SINIF	2 (25)	2 (33,3)	
	AÇIK LİSE	1 (12,5)	-	
	MEZUN	1 (12,5)	-	
	DONDURULMUŞ	-	1 (16,7)	
	TOPLAM	8 (100.0)	6(100.0)	

*Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi ve Fisher's Exact düzeltmesi kullanılmıştır.

4.1.3. Eğitim durumu

Olgu ve kontrol gruplarını oluşturan ergenlerin çalışmaya katıldıkları sıradaki eğitim durumu tablo 1' de verilmiştir.

4.1.4. Anne ve Babaların Eğitim Durumu

Olgu ve kontrol grubunda yer alan anne ve babaların eğitim durumları tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2. Anne ve Babaların eğitim durumları

Eğitim durumu	Anneler		Babalar	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Okur-yazar	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
İlkokul mezunu	3 (37,5)	2(33,3)	0(0)	3(50)
Lise mezunu	2 (25)	2 (33,3)	4 (50)	2(33)
Yüksekokul veya üniversite mezunu	2 (25)	2 (33,3)	4 (50)	1(16,7)
Toplam	8 (100.0)	6 (100.0)	8 (100.0)	6 (100.0)

4.1.5. Anne ve Babaların İş Durumu

Annelerin mesleklerine bakıldığında olgu grubundaki annelerinin %70'i (n=6) ev hanımı iken %30'u (n=2) aktif olarak çalışıyordu, kontrol grubundaki annelerin ise %66,7'si (n=4) ev hanımı iken %16,7'si (n=1) aktif olarak çalışıyordu, %16,7'si (n=1) ise emekliydi. Babaların meslekleri değerlendirildiğinde ise olgu grubundaki babaların %87,5'u (n=7) çalışıyor,

%12,5'ü (n=1) emekliydi. Kontrol grubundaki babaların ise %87,3'ü (n=5) çalışırken %16,7'si (n=1) işsizdi. (Tablo 3)

Tablo 3. Anne ve Babaların iş durumları

İş durumu	Anneler		Babalar	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Çalışmıyor	6(75)	4(66,7)	0 (0)	1 (16,7)
Çalışıyor	2 (25)	1(16,7)	7(87,5)	5(87,3)
Emekli	0 (0)	1(16,7)	1 (12,5)	0(0)
Toplam	8 (100.0)	6 (100.0)	8 (100.0)	6 (100.0)

4.1.6. Kardeş Sayıları

Olgu grubundaki ergenlerin %87,5'inin bir kardeşi, %12,5'unun iki kardeşi bulunmaktadır. Kontrol grubunda ise ergenlerin ise %16,7'sinin kardeşi yokken, %16,7'sinin bir kardeşi, %66,7'sinin iki kardeşi vardı. (Tablo 4).

Tablo 4. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kardeş Sayısı

Kardeş sayısı	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Kardeş yok	0 (0)	1 (16,7)
Bir kardeş	7 (87,5)	1 (16,7)
İki kardeş	1 (12,5)	4 (66,7)
Toplam	8 (100.0)	6 (100.0)

4.1.7 Ailede Duygudurum Bozukluğu

Olgu grubunda yer alan ergenlerden birinin ablasında BB tanısı, annesinde de Majör Depresyon (MD) öyküsü, bir diğer olgunun annesinde de Rekürren Depresyon öyküsü saptanmıştır. Olguların %75'inde (n=6) ailede duygudurum bozukluğu ya da diğer herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık belirtilmemiştir. Kontrol grubunda ise bir olgunun annesinde BB, bir diğer olgunun kardeşinde MD öyküsü mevcuttur. Kontrol grubunun % 66,7'sinde(n=4) ailede duygudurum bozukluğu ya da diğer herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık belirtilmemiştir. Olgu ve kontrol grubunun duygudurum bozuklukları açısından aile öyküsü tablo 5' de belirtilmiştir.

Tablo 5. Olgu ve Kontrol Grubunda Ailede Duygudurum Bozukluğu

Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p*
Unipolar Depresyon	1 (12,5)	1 (16,6)	1.0
BB	1 (12,5)	1 (16,6)	
Diğer Psikiyatrik Bozukluklar	0 (0)	0 (0)	
Psikiyatrik Bozukluk öyküsü olmayan	6 (75)	4 (66,7)	
Toplam	8 (100.0)	6(100.0)	

*Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi ve Fisher's Exact düzeltilmesi kullanılmıştır.

4.2. HASTALIK VE KOMORBİDİTE

4.2.1. Psikiyatrik Komorbidite

Olgu ve kontrol grubu psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirildiğinde olguların %37,5'unda (n=3), kontrollerin %16,7'sinde (n=1) eşlik eden Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) mevcuttur. Gruplar arasında psikiyatrik komorbidite anlamlı farklılık

bulunmamıştır ($p=0,58$). Olgu ve kontrol grubunun komorbidite verileri tablo 6' da verilmiştir.

Tablo 6. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Ergenlerin Psikiyatrik Komorbiditeleri

Psikiyatrik Komorbidite	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p*
DEHB	3 (37,5)	1 (16,7)	0.58
Komorbiditesi Olmayan	5(62,5)	5(83,3)	
Toplam	8 (100.0)	6 (100.0)	

*Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi ve Fisher's Exact düzeltmesi kullanılmıştır.

4.2.2. Psikiyatri servisi yatışı

Çalışmaya katılan ergenler psikiyatri servisi yatışı açısından karşılaştırıldığında olgulardan %12,5' unda (n=1), kontrol grubunun ise %66,7' sinde psikiyatri servisi yatış öyküsü olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında psikiyatri servisi yatışları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,91$)

4.2.3. Hastalık Yaşı ve Remisyon Süresi

Çalışmaya katılan ergenler hastalık süresi açısından değerlendirildiğinde, olgu grubunda hastalık başlangıcından itibaren geçen süre ortalama 38 (12-48) ay, kontrol grubunda ise 26 (8-48) ay idi. Olguların son ataklarından sonra remisyonunda kaldıkları süre 9 (1-16) ay, kontrol grubunda ise 5 (0-30) ay idi. Hastalık süresi ve son ataktan itibaren geçen süreler değerlendirildiğinde olgu ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır ($p=0,153$, $p=0,512$). Olgu ve kontrol grubunun hastalık ve remisyon süresi verileri tablo 7' de verilmiştir.

Tablo 7. Hastalık Yaşı ve Remisyon Süresi

	Olgu	Kontrol	p**
Hastalık yaşı*	38 (12-48)	26 (8-48)	0.153
Remisyon süresi*	9 (1-16)	5 (0-30)	0,512

*süreler ay olarak hesaplanmıştır ** ki kare testi kullanılmıştır

4.2.4. İlk Atak Özellikleri

Çalışmaya katılan ergenler hastalık öyküleri açısından incelendiğinde ilk epizodları; olguların %50' sinde (n=4) depresif atak, %12,5'unda (n=1) psikotik özellikli depresyon ve %37,5' unda (n=3) manik atak, kontrol grubunda ise %66,7'sinde (n=4) depresif atak, %33,3' ünde (n=2) manik atak idi. Olgu ve kontrol grubunun ilk atak özellikleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,627$) . Olgu ve kontrol grubunun ilk epizodlarına ilişkin veriler tablo 8' de verilmiştir.

Tablo 8. İlk atak özellikleri

Atak Tipi	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p*
Depresyon±Psikotik Özellik	5(62,5)	4 (66,7)	1.0
Mani	3 (37,5)	2 (33,3)	
Toplam	8 (100.0)	6 (100.0)	

*Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi ve Fisher's Exact düzeltilmesi kullanılmıştır.

4.2.5 Son Atak Özellikleri

Çalışmaya katılan ergenler hastalık öyküleri açısından incelendiğinde son epizodları; olguların % 12,5' unda (n=1) depresif atak, % 50'sinde (n=4) manik atak, % 12,5' unda (n=1) karma atak ve % 25'inde hipomani, kontrol grubunda ise %16,7' sinde (n=1) depresyon, % 33,3'ünde (n=2) manik atak, % 50' sinde (n=3) karma atak idi . Olgu ve kontrol grubunun son atak özellikleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,327$) . Olgu ve kontrol grubunun son epizodlarına ilişkin veriler tablo 9' da verilmiştir.

Tablo 9. Son atak özellikleri

Atak Tipi	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p*
Depresif Atak/Karma Epizod	2 (25.0)	4 (66,6)	0,592
Mani/Hipomani	6(75.0)	2 (33,3)	
Toplam	8 (100.0)	6 (100.0)	

*Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi ve Fisher's Exact düzeltmesi kullanılmıştır.

4.3. KLİNİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

4.3.1. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği / ÇGDÖ (Children's Global Assessment Scale / CGAS)

Olgu grubunun kendi içinde, uygulama öncesi ve sonrası Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p^*=0,018$).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi ÇGDÖ skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($z=0$ $p=1$); kontrol grubunda başlangıç skorları ile 4.ay verileri karşılaştırıldığında CGAS skorları arasında fark bulunmamıştır. Uygulama sonrası ÇGDÖ skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,233$). Her iki grup ÇGDÖ skorlarındaki artış açısından karşılaştırıldığında olgu grubundaki artış kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. ($\Delta=0,040$) (Tablo 10).

Tablo 10. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	z skoru	p değeri
1.değerlendirme X±SS	58,87±11,88	59,16±11,25	z= 0	p***=1
2.değerlendirme X±SS	74,25±9,55	64±11,43	z=-1,193	p****=0,233
	z=-2371 p*=0,018	z=-1,342 p**=0,18		Δp=0,040

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde ilk ve son verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretili Sıralar testi, her iki grubun birlikte ilk ve son verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p**: Olgu grubunun uygulama öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p***: Kontrol grubunun başlangıç ve 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****: Olgu ve kontrol grubunun başlangıç değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****: Olgu ve kontrol grubunun 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır.

4.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti / KGIÖ-HS (Clinical Global Impression- Severity/ CGI-S)

Olgu grubunun kendi içinde uygulama öncesi ve sonrası Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (KGIÖ-HŞ) skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,392$ $p=0,017$).

Başlangıçtaki KGIÖ-HŞ skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($z=-1,333$ $p=0,183$). 4. ay KGIÖ-HŞ skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,126$) (Tablo 23). Her iki grup KGIÖ-HŞ skorlarındaki düşüş açısından karşılaştırıldığında olgu grubundaki artış kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. ($\Delta p=0,011$) (Tablo 11)

Tablo 11. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	z skoru	p değeri
1.değerlendirme X±SS	4±1,06	3,16±1,16	$z=-1,333$	$p^{***}=0,183$
2.değerlendirme X±SS	2,12±0,83	3±0,81	$z=-1,529$	$p^{****}=0,126$
	$z=-2,392$ $p=0,017$	$z=0$ $p^{**}=1$		$\Delta p=0,011$

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde ilk ve son verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte ilk ve son verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

p^ : Olgu grubunun uygulama öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

*p^{**} : Kontrol grubunun başlangıç ve 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

*p^{***} : Olgu ve kontrol grubunun başlangıç değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

*p^{****} : Olgu ve kontrol grubunun 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır.

4.3.3. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme ölçeği- gözden geçirilmiş formu/ÇDDÖ-GG (Children's Depression Rating Scale- Revised/ CDRS-R)

Olgu grubunun AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası Çocuklar için Depresyon Değerlendirme ölçeği- gözden geçirilmiş formu (ÇDDÖ-GG) skorları karşılaştırıldığında ilk ve son değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,366$ $p=0,018$) Kontrol grubunda ÇDDÖ-GG skorlarının başlangıca göre arttığı bulunmuştur.

Başlangıçtaki ÇDDÖ-GG skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($z=-0,776$ $p=0,438$). 4. ay ÇDDÖ-GG skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=2,737$ $p=0,006$). Her iki grup ÇDDÖ-GG skorlarındaki düşüş açısından karşılaştırıldığında olgu grubundaki düşüş kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. ($\Delta p=0,01$) (Tablo 12)

Tablo 12. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme ölçeği- gözden geçirilmiş formu Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	z skoru	p değeri
1.değerlendirme X±SS	28.50±9,71	30,33±6,91	$z=-0,776$	$p^{***}=0,438$
2.değerlendirme X±SS	20.50±3,54	36,75±5,56	$z=-2,737$	$p^{****}=0,006$
	$z=-2,366$ $p^*=0,018$	$z=-1,342$ $p^{**}=0,18$		$\Delta p=0,01$

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde ilk ve son verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretili Sıralar testi, her iki grubun birlikte ilk ve son verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

p^ : Olgu grubunun uygulama öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

*p^{**} : Kontrol grubunun başlangıç ve 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

*p^{***} : Olgu ve kontrol grubunun başlangıç değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

*p^{****} : Olgu ve kontrol grubunun 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.*

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır

4.3.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği/ YMDÖ (Young Mani Rating Scale/ YMRS)

Olgu grubunun AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur .
($z=-2,214$ $p=0,027$)

Başlangıçtaki YMDÖ skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($z=-0,195$ $p=0,845$). 4. ay YMDÖ skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=2,493$ $p=0,013$). Olgu grubunda YMDÖ skorları azalırken kontrol grubunda 4. ayda YMDÖ skorlarında başlangıca göre artış olmuştur. (Tablo 13)

Tablo 13. Young Mani Derecelendirme Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	z skoru	p değeri
1.değerlendirme X±SS	6.13±4.64	6.33±5,46	$z=-0,195$	$p^{***}=0,845$
2.değerlendirme X±SS	1,37±1,50	7,5±4,12	$z=-2,493$	$p^{****}=0,013$
	$z=-2,214$ $p^*=0,027$	$z=-1,00$ $p^{**}=0,317$		

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde ilk ve son verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretili Sıralar testi, her iki grubun birlikte ilk ve son verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p**: Olgu grubunun uygulama öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p***: Kontrol grubunun başlangıç ve 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****: Olgu ve kontrol grubunun başlangıç değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****: Olgu ve kontrol grubunun 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır

4.3.5. Duygudurum Şiddet İndeksi / DŞİ (Mood Severity Index / MSI)

Olgu grubunun AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası Duygudurum Şiddet İndeksi (DŞİ) skorları karşılaştırıldığında ilk ve son değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,366$ $p=0,018$).

Başlangıçtaki MSI skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($z=-0,00$ $p=1$). 4. ay DŞİ skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=2,717$ $p=0,07$). Her iki grup DŞİ skorlarındaki azalma açısından karşılaştırıldığında olgu grubundaki DŞİ skorlarındaki azalma kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur ($z=-2,395$ $\Delta p=0,017$). Olgu grubunda YMDÖ skorları azalırken kontrol grubunda 4. Ayda DŞİ skorlarında başlangıca göre artış olmuştur. (Tablo 14)

Tablo 14. Duygudurum Şiddet İndeksi verilerinin karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	z skoru	p değeri
1.değerlendirme X±SS	13,56±10,7	14,96±9,49	$z=-0,00$	p***=1
2.değerlendirme X±SS	3,63±3,04	20,27±6,88	$z=-2,717$	p****=0,007
	$z=-2,366$ p=0,018	$z=-0,447$ $p^{**}=0,655$		$\Delta p=0,017$

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde ilk ve son verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte ilk ve son verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p**: Olgu grubunun uygulama öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p***: Kontrol grubunun başlangıç ve 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****: Olgu ve kontrol grubunun başlangıç değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****: Olgu ve kontrol grubunun 4.ay değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır

4.3.6. Aile Değerlendirme Ölçeği / ADÖ (Mc Master's Family Assessment Device / FAD)

4.3.6.1. Problem Çözme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Problem Çözme alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ Problem Çözme alt test skorları uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,201$ $p=0,028$).

Başlangıçta, ADÖ Problem Çözme alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-1,046$ $p=0,296$). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,964$ $p=0,50$) ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2,127$ $\Delta p=0,033$) (Tablo 15).

4.3.6.2. İletişim Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ İletişim alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ İletişim alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,207$ $p=0,027$).

Başlangıçta, ADÖ İletişim alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,911$ $p=0,362$). 4. ayda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-2,146$ $p=0,032$). Ancak olgu grubundaki artış kontrol grubuna göre anlamlı bulunmamıştır. ($z=-1,542$ $\Delta p=0,123$) (Tablo 15).

4.3.6.3. Roller Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Roller alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ Roller alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,201$ $p=0,04$).

Başlangıçta, ADÖ Roller alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,132$ $p=0,892$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel

olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-1,631$ $p=0,1$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=2,045$ $\Delta p=0,041$) (Tablo 15)

4.3.6.4. Affektif Duyarlılık Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Affektif Duyarlılık alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ Affektif Duyarlılık alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,207$ $p=0,027$).

Başlangıçta, ADÖ Affektif Duyarlılık alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,394$ $p=0,693$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-1,208$ $p=0,227$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=2,5705$ $\Delta p=0,01$)(Tablo 15).

4.3.6.5. Affektif Bağlılık Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Affektif Bağlılık alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ Affektif Bağlılık alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,375$ $p=0,018$)

Başlangıçta,, ADÖ Affektif Bağlılık alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,393$ $p=0,694$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,771$ $p=0,441$) Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=2,305$ $\Delta p=0,021$) (Tablo 15).

4.3.6.6. Davranış Kontrolü Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Davranış Kontrolü alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ Davranış Kontrolü alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,375$ $p=0,018$)

Başlangıçta,, ADÖ Davranış Kontrolü alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,522$ $p=0,602$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-1,704$ $p=0,088$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=2,727$ $\Delta p=0,006$) (Tablo 15).

4.3.6.7. Genel İşlevsellik Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Genel İşlevsellik alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ Genel İşlevsellik alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,37$ $p=0,018$)

Başlangıçta,, ADÖ Genel İşlevsellik alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,452$ $p=0,651$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,852$ $p=0,395$) Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=2,471$ $\Delta p=0,013$) (Tablo 15).

Tablo 15. Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Testleri Skor Değerlerinin Karşılaştırılması

ADÖ	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ	Δ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p***	p****	Δp
Problem Çözme	2,51±0,78	1,60±0,49	0,028	2,86±0,84	2,58±0,85	0,59	0,296	0,50	0,033
İletişim	2,17±0,71	1,51±0,33	0,027	2,49±0,67	2,27±0,66	0,18	0,362	0,032	0,123
Roller	2,50±0,35	1,98±0,37	0,04	2,57±0,66	2,56±0,63	0,655	0,892	0,1	0,041
Affektif Duyarlılık	2,51±0,64	1,70±0,51	0,027	2,30±0,81	2,41±0,95	0,18	0,693	0,227	0,01
Affektif Bağlılık	2,81±0,37	2,21±0,62	0,018	2,80±0,66	2,49±0,29	0,59	0,694	0,441	0,018
Davranış Kontrolü	2,64±0,62	1,95±0,53	0,018	2,42±0,68	2,72±0,73	0,18	0,602	0,088	0,006
Genel İşlevsellik	2,58±0,77	1,67±0,46	0,018	2,69±0,98	2,35±1,07	0,109	0,651	0,395	0,013

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p***: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır

4.3.7. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği /ÇİYKÖ (Pediatric Quality of Life Inventory / PedsQL)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi (ÇİYKO) ölçeği ile ergen ve ebeveynlerinin ergenin (1)fiziksel sağlık (ÇİYKO FSTP), (2) duygusal işlevsellik (ÇİYKO DİP) ve (3) sosyal işlevsellik (ÇİYKO SİP) alanlarını ve (4)okul işlevselliği (ÇİYKO OİP) de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÇİYKO ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (ÇİTKO FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (ÇİYKO PSTP) hesaplanmaktadır . Çalışmada hem alt gruplar hem de ölçek puanları uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırılmıştır. Tablolarda ergenlerin kendi işlevselliklerine yönelik algılarını içeren veriler ÇİYKO ERGEN olarak belirtilmiştir.

Ebeveynlerden ve gençlerden elde edilen ölçek verilerinin birbiri ile olan ilişkisini değerlendirmek amacı ile Pearson korelasyon analizi kullanılmış, değerlendirme sonucunda başlangıçta ebeveynlerin gencin fiziksel işlevselliği üzerine algısı ile gençlerin algıladığı fiziksel sağlık işlevselliği arasında ilişki bulunmamış ancak her iki zamanda da ebeveynlerin gencin sosyal işlevselliği, okul işlevselliği ve toplam işlevselliği üzerine algısının, gençlerin sosyal işlevsellik, okul işlevselliği ve toplam işlevsellik algıları ile pozitif korelasyon gösterdiği ($r=0.000$, $r=0.007$, $r=0.025$) ve ebeveynlerin gencin psikososyal işlevselliğine yönelik algılarının gencin psikososyal işlevsellik algısı ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($r= 0.05$). (Tablo 16)

AOT-YRGuygulaması sonrasında ebeveynlerin gencin fiziksel işlevselliği üzerine algısı ile gençlerin algıladığı fiziksel sağlık işlevselliği arasında ilişki bulunmamış ancak her iki zamanda da ebeveynlerin gencin sosyal işlevselliği, okul işlevselliği ve toplam işlevselliği üzerine algısının, gençlerin sosyal işlevsellik, okul işlevsellik ve toplam işlevsellik algıları ile pozitif korelasyon gösterdiği ($r=0.000$, $r=0.008$, $r=0.02$) ve ebeveynlerin gencin psikososyal işlevselliğine yönelik algılarının gencin psikososyal işlevsellik algısı ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($r= 0.008$). (Tablo 17)

Tablo 16. Başlangıçtaki ÇİYKO ölçek verilerinin ergen ve ebeveynleri arasında karşılaştırılması

	ÇİYKO ERGEN FSTP	ÇİYKO ERGEN DİP	ÇİYKO ERGEN SİP	ÇİYKO ERGEN OİP	ÇİYKO ERGEN ÖTP	ÇİYKO ERGEN PSTP
ÇİYKO FSTP	,220 ,450 14	,078 ,791 14	,395 ,163 14	,180 ,539 14	,336 ,241 14	,282 ,330 14
ÇİYKO DİP	-,106 ,720 14	,520 ,057 14	-,112 ,703 14	,482 ,081 14	,248 ,393 14	,400 ,156 14
ÇİYKO SİP	,389 ,169 14	,065 ,826 14	,842(**) ,000 14	,440 ,115 14	,551(*) ,041 14	,647(*) ,012 14
ÇİYKO OİP	,181 ,536 14	,259 ,371 14	,398 ,158 14	,682(**) ,007 14	,594(*) ,025 14	,607(*) ,021 14
ÇİYKO ÖTP	,257 ,374 14	,294 ,307 14	,551(*) ,041 14	,616(*) ,019 14	,595(*) ,025 14	,670(**) ,009 14
ÇİYKO PSTP	,224 ,441 14	,327 ,254 14	,510 ,062 14	,674(**) ,008 14	,588(*) ,027 14	,699(**) ,005 14

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.* ilişki 0.05 derecesinde anlamlı ** ilişki 0.01 derecesinde anlamlı

ÇİYKO FSTP: Fiziksel işlevsellik ÇİYKO DİP: Duygusal işlevsellik ÇİYKO SİP: Sosyal işlevsellik ÇİYKO OİP: Okul işlevselliği ÇİYKO ÖTP: Ölçek toplam puanı (genel işlevsellik) ÇİYKO PSTP: Psikososyal işlevsellik

Tablo 17. Tedavi sonrası ÇİYKO ölçek verilerinin ergen ve ebeveynleri arasında karşılaştırılması

	ÇİYKO ERGEN FSTP	ÇİYKO ERGEN DİP	ÇİYKO ERGEN SİP	ÇİYKO ERGEN OİP	ÇİYKO ERGEN ÖTP	ÇİYKO ERGEN PSTP
ÇİYKO FSTP	,402 ,195 12	,068 ,834 12	,731(**) ,007 12	,309 ,329 12	,533 ,074 12	,516 ,086 12
ÇİYKO DİP	-,230 ,472 12	,467 ,126 12	,150 ,642 12	,571 ,052 12	,332 ,291 12	,472 ,122 12
ÇİYKO SİP	,225 ,482 12	,202 ,529 12	,861(**) ,000 12	,453 ,139 12	,609(*) ,035 12	,678(*) ,015 12
ÇİYKO OİP	,042 ,897 12	,422 ,172 12	,546 ,066 12	,722(**) ,008 12	,586(*) ,045 12	,719(**) ,008 12
ÇİYKO ÖTP	,163 ,613 12	,343 ,276 12	,752(**) ,005 12	,633(*) ,027 12	,656(*) ,020 12	,752(**) ,005 12
ÇİYKO PSTP	,012 ,969 12	,421 ,172 12	,614(*) ,034 12	,658(*) ,020 12	,588(*) ,044 12	,721(**) ,008 12

* ilişki 0.05 derecesinde anlamlı

** ilişki 0.01 derecesinde anlamlı

ÇİYKO FSTP: Fiziksel işlevsellik ÇİYKO DİP: Duygusal işlevsellik ÇİYKO SİP: Sosyal işlevsellik ÇİYKO OİP: Okul işlevselliği ÇİYKO ÖTP: Ölçek toplam puanı (genel işlevsellik) ÇİYKO PSTP: Psikososyal işlevsellik

4.3.7.1 Ergene Göre Ergenin Yaşam Kalitesi (ÇİYKO- Ergen)

4.3.7.1.2. Fiziksel Sağlık Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO Fiziksel Sağlık alt testi ergenler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Fiziksel Sağlık toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,948$ $p=0,343$.)

Başlangıçta, ÇİYKO Fiziksel Sağlık alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-1,880$ $p=0,60$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-1,202$ $p=0,230$) (Tablo 18).

4.3.7.1.2. Duygusal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO Duygusal İşlevsellik alt testi ergenler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Duygusal İşlevsellik toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,219$ $p=0,223$).

Başlangıçta, ÇİYKO Duygusal İşlevsellik alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,195$ $p=0,846$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,687$ $p=0,492$) (Tablo 18).

4.3.7.1.3. Sosyal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO Sosyal İşlevsellik alt testi ergenler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Sosyal İşlevsellik toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,069$ $p=0,285$).

Başlangıçta, ÇİYKO Sosyal İşlevsellik alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,260$ $p=0,795$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,941$ $p=0,347$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=2,129$ $\Delta p=0,033$) (Tablo 18).

4.3.7.1.4. Okul İşlevselliği Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO Okul İşlevselliği alt testi ergenler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Okul İşlevselliği toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($z=-2,120$ $p=0,034$).

Başlangıçta, ÇİYKO Okul İşlevselliği alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,843$ $p=0,399$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,341$ $p=0,733$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z= -1,992$ $\Delta p=0,046$). (Tablo 18).

4.3.7.1.5. Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO ölçek toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,183$ $p=0,237$).

Başlangıçta, ÇİYKO ölçek toplam puanları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,646$ $p=0,518$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,425$ $p=0,671$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z= -2,382$ $\Delta p=0,017$). (Tablo 18).

4.3.7.1.6. Psikososyal Sağlık Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO Psikososyal Sağlık toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($z=-1,863$ $p=0,63$)

Başlangıçta, ÇİYKO Psikososyal Sağlık puanları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,775$ $p=0,439$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,171$ $p=0,864$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z= -2,722$ $\Delta p=0,006$) (Tablo 18).

Tablo 18. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen formu verilerinin karşılaştırılması

ÇİYKO ERGEN	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ	Δ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p***	p****	Δp
Fiziksel Sağlık	65,6±14,3	71±11,4	0,343	79,6±12,3	78,9±10,3	0,197	0,60	0,23	0,088
Duygusal İşlevsellik	63,1±25,9	69,3±18,7	0,223	69,7±17,6	65±12,9	0,197	0,846	0,492	0,071
Sosyal İşlevsellik	73,7±33,0	77,5±28,5	0,285	78,3±16,3	75±16,8	0,102	0,795	0,347	0,033
Okul İşlevselliği	47,2±22,4	55,6±27,9	0,034	55±13,4	57,5±8,6	0,180	0,733	0,733	0,046
Psikososyal İşlevsellik	61,5±20,1	67,5±20,1	0,063	69,2±14,1	66,6±12,2	0,068	0,439	0,864	0,006
Ölçek Toplam Puanı	62,9±16,5	68,1±16,3	0,237	68,5±14,6	70,9±8,2	0,068	0,518	0,671	0,017

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p***: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır

4.3.7.2 Ebeveynlere Göre Ergenin Yaşam Kalitesi

4.3.7.2.1. Fiziksel Sağlık Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO-Ebeveyn Fiziksel Sağlık alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Fiziksel Sağlık toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-0,1635$ $p=0,102$)

Başlangıçta, ÇİYKO Fiziksel Sağlık alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,391$ $p=0,696$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,601$ $p=0,548$). (Tablo 19)

4.3.7.2.2. Duygusal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO-Ebeveyn Duygusal İşlevsellik alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Duygusal İşlevsellik toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,214$ $p=0,027$).

Başlangıçta, ÇİYKO Duygusal İşlevsellik alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,455$ $p=0,649$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,512$ $p=0,608$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-1,999$ $\Delta p=0,046$). (Tablo 19)

4.3.7.2.3. Sosyal İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO-Ebeveyn Sosyal İşlevsellik alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Sosyal İşlevsellik toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($z=-1,490$ $p=0,136$).

Başlangıçta, ÇİYKO Sosyal İşlevsellik alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,390$ $p=0,696$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,683$ $p=0,495$). (Tablo 19)

4.3.7.2.4. Okul İşlevselliği Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO-Ebeveyn Okul İşlevselliği alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun ÇİYKO Okul İşlevselliği toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,371$ $p=0,018$).

Başlangıçta, ÇİYKO Okul İşlevselliği alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,259$ $p=0,795$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-1,197$ $p=0,231$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2,651$ $\Delta p=0,008$). (Tablo 19)

4.3.7.2.5. Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO-Ebeveyn ölçek toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,371$ $p=0,018$).

Başlangıçta, ÇİYKO- Ebeveyn ölçek toplam puanları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,259$ $p=0,795$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,851$ $p=0,395$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2,382$ $\Delta p=0,017$). (Tablo 19)

4.3.7.2.6. Psikososyal Sağlık Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKO-Ebeveyn Psikososyal Sağlık toplam puanları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,366$ $p=0,018$).

Başlangıçta, ÇİYKO- Ebeveyn Psikososyal Sağlık toplam puanları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,645$ $p=0,519$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,510$ $p=0,61$). Ancak olgu grubundaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=-2,382$ $\Delta p=0,017$) (Tablo 19).

Tablo 19. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn formu verilerinin karşılaştırılması

ÇİYKO ERGEN	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ	Δ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p***	p****	Δp
Fiziksel Sağlık	68,7±15,3	74,2±20,5	0,102	71,87±15,3	70,3±16,4	0,655	0,696	0,548	0,49
Duygusal İşlevsellik	50,6±23,3	63,7±21,3	0,027	55±27,0	55±28,8	0,144	0,649	0,608	0,046
Sosyal İşlevsellik	64,3±35,2	73,1±27,7	0,136	74,1±32,3	65±34,3	0,197	0,696	0,495	0,1
Okul İşlevselliği	40,2±23,8	57,5±25,7	0,018	37,5±26,7	37,5±26,2	0,276	0,795	0,231	0,008
Psikososyal İşlevsellik	51,1±20,1	65±18,9	0,018	59,9±26,2	52,4±28,5	0,068	0,519	0,610	0,008
Ölçek Toplam Puanı	57,1±17	67,9±17,9	0,018	61,2±19,5	58,6±20,7	0,285	0,439	0,395	0,017

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p***: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır

4.3.8. BECK Depresyon Ölçeği- Anne

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) anneler tarafından doldurulmuştur. Beck Depresyon Ölçeği skorları AOT-YRG uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($z=-2,371$ $p=0,018$)

Başlangıçta, annelerin BDÖ puanları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-0,908$ $p=0,364$). 4 ay sonunda bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında kontrol grubundaki annelerin depresif belirtilerinin şiddetinin kontrol grubuna göre fazla olduğu görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($z=-0,598$ $p=0,55$). Olgu grubundaki annelerin depresif belirtilerinin şiddetindeki azalma ile kontrol grubundaki annelerin depresif belirtilerindeki azalma arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($z=-2,471$ $\Delta p=0,013$). (Tablo 20)

Tablo 20. Annelerde Depresif Belirtilerin Şiddetinin Karşılaştırılması

	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ	Δ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p***	p****	Δp
BECK Anne	19,2±8,2	8,13±4,6	0,018	13,8±10	10±3,7	0,414	0,364	0,55	0,013

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p***: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir

Δp : Başlangıç ve 4.ay arası skor düşüşünün/artışının gruplar arasında anlamlı olup olmadığına bakılmıştır

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışmada farmakoterapi almakta olan Bipolar Bozukluk (BB) tanılı ergen ve bu ergenlerin ebeveynlerine AOT-Yüksek Risk Grubu (AOT-YRG) uygulanarak, olguların BB belirti düzeylerinin ve hastalık şiddetlerinin azalıp azalmadığı, genç ve ailenin işlevselliğinde artış olup olmadığı araştırılmış ve AOT-YRG ile olguların belirti düzeyi ve hastalık şiddetlerinin tedavi sonrasında başlangıca ve kontrol grubuna göre anlamlı oranda azaldığı ve işlevselliklerinin anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları AOT-YRG uygulamasının BB tanılı Türk ergen popülasyonunda geçerli bir ek tedavi yöntemi olabileceğine yönelik ön kanıt niteliği taşımaktadır. Elde edilen erken veriler yazındaki bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada mani belirtilerinin şiddeti YMDÖ ile değerlendirilmiş ve AOT-YRG uygulaması ile çalışma grubunun uygulama öncesi ve sonrasında YMDÖ skorlarında anlamlı azalma olduğu bulunmuştur. 4. ay YMDÖ skorları açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgu AOT-YRG uygulaması ile yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (155). AOT ile yapılan diğer ergen çalışmalarında genellikle YMDÖ kullanılmamış ancak başka ölçeklerle yapılan değerlendirmelerle uygulama sonrasında mani belirtilerinin azaldığı vurgulanmıştır (15). AOT-YRG ile yapılan ilk randomize kontrollü çalışmanın bir yıllık izlem verilerinde olgu grubunda kontrol grubuna göre YMDÖ skorlarının daha olumlu bir seyir izlediğini belirtmektedir (155). BB tanılı çocuk ve/veya ergen ve ailelerine yönelik yazında yer alan diğer psikososyal müdahalelerin uygulandığı çalışmalarda uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında YMDÖ skorlarının anlamlı olarak azalma gösterdiği belirtilmektedir (139). Manik belirtilerdeki düşüşle ilgili bizim bulgularımız diğer AOT çalışmaları ile de uyumludur.

Çalışmamızda uygulama sonrasında depresif belirtiler ÇDDÖ ile değerlendirilmiştir. AOT-YRG uygulaması ile olgu grubunda başlangıca göre ÇDDÖ skorlarının anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur. Uygulama sonrası ÇDDÖ skorları kontrol grubunun dördüncü ay verileri ile karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, olgu grubundaki düşüş kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu AOT-YRG ile yapılan ilk çalışmanın verilerini destekler niteliktedir (15). AOT ile yapılan diğer ergen çalışmalarında

ÇDDÖ kullanılmamış ancak başka ölçeklerle yapılan değerlendirmelerle uygulama sonrasında depresif belirtilerinin azaldığı ve kontrol grubuna göre daha hızlı düzelme gösterdiği vurgulanmıştır(13,14). Bizim çalışmamız yapılan diğer çalışmalar gibi AOT' nin depresif belirtilerin şiddetini düşürmede etkin olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda ayrıca duygudurum belirtilerinin şiddetini değerlendirme amacı ile kullandığımız DŞİ skorları uygulama sonrasında anlamlı olarak azalmıştır. Olgu grubu uygulama sonrası DŞİ skorları açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, olgu grubundaki düşüş kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. Yazında AOT uygulamasının duygudurum şiddeti üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalar olmamakla beraber BB tanılı çocuk ve/veya ergenlere yönelik diğer psikososyal müdahalelerin uygulandığı çalışmalarda uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında DŞİ skorlarının anlamlı olarak azaldığı belirtilmektedir (142,155). Çalışmamızda da bu indekse göre olguların AOT-YRG sonrasında ve kontrollere göre genel duygudurum şiddeti de azalmıştır.

Çalışmamızda olgu grubunda ÇGDÖ skorları açısından uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda bu skorlarda anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Uygulama sonrası ÇGDÖ skorları kontrol grubunun dördüncü ay verileri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış ancak olgu grubundaki ÇGDÖ skorlarındaki artış kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda kullanılan ÇGDÖ DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemini temel alarak işlevselliğin genel olarak değerlendirmesini yapar. Bu ölçek tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılan ve tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde BB tanısı olan ergenlerin ÇGDÖ ile değerlendirildiği AOT çalışmalarının olmadığı dikkati çekmektedir. Ancak AOT çalışmalarında izlem süresince kullanılan diğer değerlendirme yöntemleri ile olguların genel işlevsellik düzeyinde anlamlı değişiklikler olduğu saptanmıştır (15). Ayrıca BB tanılı çocuk ve/veya ergen ve ailelerine yönelik yazında yer alan diğer psikososyal müdahalelerin uygulandığı çalışmalarda uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında ÇGDÖ skorlarının anlamlı olarak artış gösterdiği belirtilmektedir(139,149). Çalışmamızda da yazınla benzer olarak AOT-YRG'nun BB'lu ergenlerin işlevselliğini olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda ÇGDÖ verilerine benzer bir başka bulgumuz, uygulama öncesi ve sonrası değerlendirildiğinde AOT uygulaması ile KGİÖ-HŞ puanlarında, kendi içinde ve kontrol grubuna göre anlamlı oranda azalma saptamış olmamızdır. Hastaların izlem sürecinde

tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçekle değerlendirilen olgular, AOT-YRG uygulamasından sonra tekrar değerlendirildiğinde hastalık şiddetlerinin azaldığı görülmüştür. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde BB tanısı olan ergenlerin KGİÖ-HŞ ile değerlendirildiği AOT çalışmalarının olmadığı dikkati çekmektedir. Ancak BB tanılı çocuk ve/veya ergen ve ailelerine yönelik yazında yer alan diğer psikososyal müdahalelerin uygulandığı çalışmalarda mani, depresyon, DEHB, psikoz, agresyon ve uyku sorunları alt ölçeklerinden oluşan BB için uyarlanmış KGİÖ-BB skorlarının uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı olarak azaldığı gösterilmiştir (149). Çalışmamızda daha önce yapılan çalışmalarla benzer şekilde AOT-YRG' nin hastalık şiddetini azalttığı bulunmuştur.

Çalışmamızda AOT-YRG uygulamasının ailelerin problem çözme, iletişim, aile içi roller, aile üyelerinin affektif bağlılığı ve affektif duyarlılığına, ailelerin çocuklarının davranışları karşısında tutumuna ve ailenin genel işlevselliğine etkisini değerlendirmek amaçlı kullandığımız Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) 'nde; olgu grubunda uygulama öncesi ile sonrası arasında değerlendirilen 7 alt testte anlamlı bir azalma saptanmıştır. Uygulama sonrası kontrol grubu 4. ay verileri ile karşılaştırıldığında sadece iletişim alt testinde anlamlı fark bulunmuştur. Bununla beraber diğer alt testlerdeki skorlardaki iyileşme olgu grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuş ve bu durumun AOT uygulamasının, ailelerin problem çözme becerilerini, aile içi roller , aile üyelerinin affektif bağlılığı ve affektif duyarlılığı ile ailelerin çocuklarının davranışları karşısındaki tutumlarını ve ailelerin genel işlevselliğini geliştirmede yararlı olduğuna işaret edebileceği düşünülmüştür. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde BB tanısı olan ergenlerle yapılmış psikososyal girişimlerin uygulandığı ve aile işlevselliğine etkisinin değerlendirildiği çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir. Buna karşın AOT çalışmalarında, yüksek duygu dışavurumu olan ailelere benzer şekilde, çatışmanın fazla olduğu ailelerde uygulamanın daha etkili sonuçlar verdiği gösterilmiştir (171). Çalışmamızda AOT-YRG uygulaması sonucunda aile içi iletişimi ve problem çözme becerilerinin başlangıç ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Çalışmamız AOT' nin ailelerin iletişim, problem çözme becerileri ve aile işlevselliğine olumlu etkisinin gösterildiği ilk çalışma olmuştur . Önceki çalışmalarda AOT'nin yüksek duygudışavurumu olan ailelerde daha etkili olduğu belirtilmiş ancak duygudışavurumu üzerine etkisi gösterilmemiştir (151). Bizim çalışmamızda AOT-YRG uygulaması ile aile bireylerinin affektif bağlılık ve duyarlılıklarında başlangıca ve kontrol grubuna göre anlamlı

artış olmuştur. Çalışmamız AOT' nin aile bireylerinin duygudışavurumu üzerine olumlu etkisinin olabileceğini gösteren ilk çalışma olmuştur.

Ergenlerin tedavi öncesi ve sonrası fiziksel sağlık, duygusal ve sosyal işlevsellik, okul işlevselliği ve psikososyal işlevselliklerine yönelik algılarını saptamak amaçlı kullandığımız Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO) Ergen formu ile AOT uygulanan gençlerin okul işlevsellik algılarının uygulama öncesine göre arttığı, ayrıca genel işlevsellik ve psikososyal işlevsellik algılarındaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı olduğu bulunmuştur. ÇİYKO Ebeveyn formu ile ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği üzerine algıları değerlendirilmiş ve AOT uygulaması ile ebeveynlerin çocuklarının okul işlevselliği, duygusal işlevselliği, genel ve psikososyal işlevselliklerine yönelik algılarında anlamlı artış bulunmuştur. Uygulama sonrası olgu grubu ile kontrol grubunda ÇİYKO skorları arasında fark saptanmamış olmasına rağmen olgu grubundaki ebeveynlerin olguların okul, duygusal, genel ve psikososyal işlevselliklerine yönelik algılarındaki iyileşme kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. Pearson korelasyon analizi ile olguların ve ebeveynlerin olguların sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal işlevselliklerine yönelik algılarının ve ölçek toplam puanlarının olumlu korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bu durum hem bulduğumuz sonucu güçlendirmekte, hem de AOT-YRG ile gencin psikososyal işlevselliğindeki artışın hem olgu hem de ebeveynlerince fark edildiğini göstermektedir. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde BB tanısı olan ergenlerle yapılmış psikososyal girişimlerin uygulandığı ve daha sonra bu verilerin ÇİYKO ile değerlendirildiği çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir. Bununla beraber BB tanısı olan ergenlerde yapılan AOT çalışmalarında, olguların psikososyal işlevselliklerinde anlamlı artış olduğuna yer verilmiştir (14,15). Çalışmamızda yazınla uyumlu olarak AOT-YRG ile BB tanılı gençlerin psikososyal işlevselliğinde artış olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan ergen ve ebeveynlerinin olguların fiziksel işlevselliklerine yönelik algıları arasında bir korelasyon olmadığı ve uygulama ile bu alanda herhangi bir iyileşme gözlemlenmemesi dikkat çekmektedir. Yayında BB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan psikososyal girişimlerin fiziksel işlevsellik üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmamaktadır. Çalışmamızda AOT- YRG uygulaması ile ebeveynler çocuklarının ve gençler kendilerinin fiziksel işlevselliğinde anlamlı olmayan bir artış tanımlarken, kontrol grubunda yer alan aileler çocuklarının ve gençler de kendilerinin fiziksel işlevselliğinde başlangıca göre azalma tanımlamıştır.

Bu çalışmada BB tanılı ergenlerde AOT-YRG uygulaması ile çalışmaya katılan olguların annelerinin depresif belirtilerinin şiddetini değerlendirmede BDÖ kullanılmış ve ölçek puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur. Çalışmamız dizayn edilirken AOT-YRG uygulaması ile hem BB tanılı genç hem de ebeveynlerinde oluşacak iletişim ve problem çözme becerilerindeki artışın gençler için olduğu kadar ebeveynlerin de olası depresif belirtilerinde azalmayı sağlayabileceği düşünülmüştür. Örneklem grubunda yer alan gençlerin babaları çalışırken anneler primer bakım veren konumunda gençlerle daha fazla etkileşim içindeydiler ve AOT-YRG görüşmelerinde gençle beraber yer alan primer ebeveyn annelerdi. Olgu grubundaki annelerin ikisinde Major Depresyon öyküsü mevcuttu. Bu annelerden biri halen antidepresan ilaç kullanmaktaydı ancak uygulama süresince medikasyonunda değişiklik yapılmadığı belirtilmiştir. Bu durum olguların işlevselliğinde, aile içi problem çözme ve iletişim becerilerindeki düzelmeye annelerin depresif belirtilerinin şiddetinde azalma ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Fristad ve arkadaşlarının 2013 yılında yayınladıkları makalede bakım verenlerin psikiyatrik durumu uygulama öncesinde değerlendirildiğinde depresif belirtilerinin değil ancak B küme kişilik özelliklerinin psikososyal müdahalelere yanıtı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (145). Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde BB tanısı olan ergenlerle yapılmış psikososyal girişimlerin uygulandığı ve uygulamanın annelerin depresif belirtilerine olan etkisinin gösterildiği yayınların mevcut olmadığı dikkati çekmektedir. Çalışmamız AOT-YRG uygulaması ile bakımverende depresif belirtilerin şiddeti üzerine olumlu etkinin olduğunu gösteren ilk çalışmadır.

Çalışmaya katılan olgular cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kız/erkek oranı: 1,33 olarak saptanmıştır. Literatüre bakıldığında BB tanılı ergenlerle yapılan AOT uygulamalarında da bu oran benzerdir (14,15,155). Diğer psikososyal müdahalelerin ele alındığı çalışmalarla beraber bakıldığında ise yaş grubu küçüldükçe erkek olgu oranının arttığı ancak ergen grubunda kız/ erkek oranının çalışmamıza benzer olduğu görülmüştür (149)

Bu çalışmada BB tanısı olan ergenlerin % 28' inde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) komorbid tanı olarak saptanmıştır. Yazında BB tanısı olan ergenlerin %40-60'inin puberte öncesi dönemde DEHB tanı ölçütlerini de karşıladıkları bildirilmektedir. AOT ergen çalışmalarında olguların komorbidite oranlarına ulaşamamış ancak diğer psikososyal müdahalelerin değerlendirildiği çalışmalarda örneklem gruplarının %20-70

arasında eşlik eden DEHB tanısı olduğu belirtilmiştir (14,149,155). Bu çalışmada olgu örnekleme komorbidite açısından yazın bilgileriyle ve BB tanılı çocuk ve ergenlerle yapılan diğer psikososyal müdahale çalışmaları ile uyumludur.

Çalışmamızın örnekleme kliniğimizde izlenen ergenlerden oluşmuştur. Şehir dışında ya da kliniğe uzak bölgelerde yaşayan ergen ve ailelerinin çalışmaya katılmaya gönüllü olmamaları, uygulayıcı sayısının sınırlı olması nedeniyle olgu sayısının az olması çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır ve bu durum istatistiklere de yansımıştır. Çalışmada her ergenin hem anne hem babaları çalışmaya davet edilmiş, ancak sadece bir kısmının her iki ebeveyni çalışmada yer almış, kontrol grubundaki ebeveynlerin babalarına ulaşamamıştır. Olgu grubunda yer alan ergenlerin bir kısmına çoğu görüşmede her iki ebeveyni de eşlik etmekteydi, bu durumun uygulamanın etkinliğine katkısı olduğu düşünülmüş ancak istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır. Çalışmada annelerin ruhsal iyilik halleri yalnızca ölçek ile değerlendirilmiş, tanısal görüşme yapılamamıştır. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı değerlendirmelerin uygulama öncesi ve sonrasında yapılması ve ara dönemlere yönelik verilerin izlenememiş olmamasıdır. Olgular ötimik fazda çalışmaya alınmış olmasına karşın kullanılan farmakoterapilerin olguların iyilik hali üzerine etkisinin kontrol edilememesi çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Çalışmanın olguların tedavi görmekte olduğu klinikte ve sınırlı sayıda olgu ile yapılmasının bir diğer olumsuz etkisi klinik değerlendirmecinin olgulara kör kalıp kalamadığıdır. Uygulayıcı ve çalışmayı yürüten kişinin olguların tedavi ve izlem süreçlerine kör olması sağlanmış ve olgulara klinik izlem ve tedavileri süresince değerlendiren hekimlere çalışmaya ilişkin bilgi vermemeleri belirtilmiştir. Değerlendirme ve AOT görüşmelerinin aynı klinikte yapılıyor olması nedeniyle olgu grubu ile görüşmeler çoğunlukla mesai saatleri dışında gerçekleşmiş, bu doğrultuda değerlendirmecinin olgu gurubundaki hastaları her hafta klinikte görmemesi sağlanarak körlüğü desteklenmiş ancak etkinliği değerlendirilememiştir.

Çalışmamızda da ilgili yazındakine benzer şekilde BB tanısı olan ve ilaç tedavisi alan çocukların ÇGDÖ, KGİÖ-HŞ, ÇDDÖ, YMDÖ ve ŞGİ skorlarında düzelme dolayısıyla hastalık şiddeti ve olgunun işlevselliğinde belirgin düzelme saptamamızın; ayrıca ADÖ ve ÇİYKO skorlarında iyileşme dolayısıyla, ailelerin problem çözme ve iletişim becerilerinde , ailelerin genel işlevselliği ile ergen ve ebeveynlerin ergenin işlevsellik algılarında belirgin düzelme saptamamızın; AOT-YRG uygulamasının BB tanısı taşıyan Türk ergen

populasyonunda da faydalı olabileceğine ilişkin önemli ipuçlarına işaret edebileceği düşünülmüştür.

Bu çalışma ülkemizde BB tanılı ergenlere yönelik bir psikososyal uygulamayı içeren ve etkisinin değerlendirildiği ilk pilot çalışma olması nedeniyle büyük önem taşımaktadır ve çalışmanın en güçlü özelliğidir. Bu pilot çalışma ile AOT-YRG' nun BB tanısı taşıyan Türk ergen populasyonuna destekleyici tedavi olarak uygulanabileceği ayrıca olguların hastalık ve belirti düzeylerinde, işlevselliklerinde düzelmeye yardımcı olacağına yönelik veriler elde edilmiş ve önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Yazında yer alan çalışmalardan farklı olarak AOT-YRG uygulaması ile ailelerin problem çözme becerilerine ve diğer işlevsellik alanlarına, ayrıca olgunun işlevselliğine yönelik olgunun ve ebeveyninin algısına olan etkinin detaylı bir şekilde değerlendirilmiş olması çalışmanın bir diğer güçlü tarafıdır.

BÖLÜM VI

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

Bu çalışmada

- Mani belirtilerinin şiddeti Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ile değerlendirilmiş ve AOT-YRG uygulaması ile çalışma grubunun uygulama öncesi ve sonrasında YMDÖ skorlarında anlamlı azalma olduğu bulunmuştur.
- Uygulama sonrasında depresif belirtiler Çocuklar için Depresyon Derecelendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ile değerlendirildiğinde uygulama öncesine göre ÇDDÖ skorlarının anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur.
- Duygudurum belirtilerinin şiddetini değerlendirme amacı ile kullandığımız Duygudurum Şiddet İndeksi (Mood Severity Index-MSI) skorları olgu grubunda uygulama sonrasında anlamlı olarak azalmıştır.
- Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) skorları açısından uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda bu skorlarda anlamlı bir artış olduğu görülmüştür.
- ÇGDÖ verilerine benzer bir başka bulgu, uygulama öncesi ve sonrası değerlendirildiğinde AOT-YRG uygulaması ile Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti puanlarında, anlamlı oranda azalma saptanmıştır.
- AOT-YRG uygulaması ile BB tanılı ergenlerin ailelerinde problem çözme becerileri, iletişim becerileri, aile içi roller, aile üyelerinin affektif bağlılığı ve affektif duyarlılığı ile ailelerin çocuklarının davranışları karşısındaki tutumları ve genel işlevselliklerinde anlamlı artış saptanmıştır.
- Çocuklar için Yaşam Kalitesi (ÇİYKO) ergen formu ile AOT-YRG uygulanan gençlerin genel ve psikososyal işlevselliklerine yönelik algılarının uygulama öncesine göre arttığı bulunmuştur.

- Çocuklar için Yaşam Kalitesi (ÇİYKO) ebeveyn formu ile AOT-YRG uygulaması ile ebeveynlerin çocuklarının genel ve psikososyal işlevselliklerine yönelik algılarının uygulama öncesine göre arttığı bulunmuştur.
- BB tanılı ergenlerde AOT-YRG uygulaması ile çalışmaya katılan olguların annelerinin depresif belirtilerinin şiddetini değerlendirmede Beck Depresyon Ölçeği kullanılmış ve ölçek puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler verilmiştir:

- AOT-YRG uygulamasının BB tanısına sahip Türk ergen popülasyonunda etkinliğini değerlendirmek amacı ile ülkemizde daha geniş örneklem grubu içeren randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- AOT-YRG uygulamasının yaygınlaştırılması,
- AOT-YRG uygulaması ile farklı klinik ve illerde çalışmaların yapılması
- AOT-YRG uygulamasının uzun dönemde etkilerinin araştırılması
- AOT-YRG uygulamasının etkinliğini etkileyen hastalık ve ailelere ilişkin özelliklerin araştırılması önerilir.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE ve ark. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):543–552.
2. Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA. Meta- analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2011; 72:1250-1256
3. Biederman J ,Mick E, Wozniak J, Monuteaux MC ve ark. Can a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder be identified? Integration of findings from the Massachusetts General Hospital Pediatric Psychopharmacology Research Program. *Biol. Psychiatry*. 2003; 11:952-960
4. Carlson G.A.,Davenport Y.B.,Jamison K. A comparison of outcome in adolescent and late-onset bipolar manic-depressive illness. *Am J.Psychiatry* , 1977;134:919-922
5. Lewinsohn P.M., Klein D.N., Seeley J.R. Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord.* 2000;2:281-293
6. Akiskal H.S., Downs J., Jordan P.,Watson S., Daughtery D., Pruitt D.B. Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives. *Arch. Gen. Psychiatry* 1985;42: 996-1003
7. Carlson G.A.Child and Adolescent mania: diagnostic considerations. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1990;31: 331-342
8. Geller B., Cooper T.B., Sun K., Zimmerman B. ve ark. Double-blind and placebo controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych.* 1998;37: 171-178
9. Delbello M.P., Schwiers M.L., Rosenberg H.L., Strakowski S.M. A double blind, randoized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psc.* 2002; 41: 1216-1223
10. Strober M., Schmidt-Lackner S., Freeman R., Bower S. ve ark. Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psc.* 1995; 34: 714-731
11. West A.E, Weinstein S.M. A Family-based psychosocial treatment model. *Isr J Psychiatry Sci.* 2012;49:86-94

12. Miklowitz DJ, Simenou TL, George EL, ve ark. Family Focused treatment of bipolar disorder: 1year effects of a pschoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*. 2000;48(6):582-592
13. Miklowitz D.J., George E.L., Axelson D.A., Kim E.Y., Birmaher B., Schneck C., Beresford C, Craighead W.E., Brent D.A., Family focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *Journal of Aff. Disord*. 2004; 82: 113-128
14. Miklowitz D.J., George E.L., Axelson D.A., Kim E.Y., ve ark. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: Results of a 2-year randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(9):1053-1061
15. Miklowitz DJ, Chang DC, Taylor OD, George EL, ve ark. Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial. *Bipolar Disord* . 2011; 13(1): 67–75
16. Yazıcı O., İkiuçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları, Köroğlu E. Güleç C.(Ed). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara. Hekimler Yayın Birliği. 1997; Cilt 1, 429-449
17. Öztürk O., Duygulanım Bozuklukları, Duygulanım Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara. 2002; 9. Basım, 291-343
18. Casona GB, Dell Osso L, Frank E, Miniati M, ve ark. The bipolar spectrum a clinical reality in search of diagnostic criteria and assessment methodology. *J Affect Disord*, 1999; 54:319-328
19. Dubovsky SL, Davies R ve Dubovsky AN., *Mood Disorders. “Textbook of Clinical Psychiatry ”* (Ed. R.E Hales ve S.C. Yudofsky) , IV. Baskı, American Psychiatric Publishing, Washington DC(2003), 439-542
20. Soykan Aysev A, Işık Taner Y., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İkiuçlu Bozukluk, 2007., 373-381
21. Weller EB, Weller RA, Fristad MA. Bipolar disorder in children: Misdiagnosis, under diagnosis, and future directions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995; 34:6:709-714 28
22. Anthony J, Scott P. Manic-depressive psychosis in children. *Child Psychol. Psychiatry*, 1960;4: 53-72
23. Feigner JP, Robins E Guze SB, Woodruff RA, ve ark. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1972; 26: 57-63
24. Weinberg WA, Brumback RP. Mania in childhood: case studies and literature review. *Am. J. Dis. Child*, 1976; 130: 380-385

25. Lowe TL, Cohen DJ., Biological research on depression in childhood. Cantwell DP, Carlson G (eds). Affective Disorders in childhood and Adolescence. Newyork, Spectrum Publications. 1983
26. DSM- IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) , Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC.2000, Köroğlu E. (çev. ed.). Hekimler Yayın Birliği, Ank
27. DSM- 5 Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. 2013 1. Basım
28. Kessler E, Demler O, Frank R ve ark. Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. N Engl J Med, 2005;352:2515-23, DelBello MP, Adler CM,Strakowski SM.The Neurophysiology of pediatric bipolar disorders.CNS Spect,2006;11:298-311
29. Botteron KN, Vannier MW, Geller B ,Todd RD, ve ark. Preliminary study of magnetic resonance imaging charecteristics in 8 to 16 years olds with mania. JACAAP , 1995; 34:742-749
30. Brotman M.A, Schmajuk M, Rizch B,ve ark. Prevalance, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psych, 2006; 60:991-997
31. Rende R, Birmaher B, Axelson D et al, Child onset bipolar disorder: evidence of increased familial loading of psychiatric illness, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,2007;,46 (2): 197-204
32. Youngstrom EA, Birmaher B, Findling RL,.. Pediatric bipolar disorder: validity,phenomenology, and recommendations for diagnosis. Bipolar Disord. 2008; 10:194-214
33. Inal-Emiroglu FN, Özerdem A, Miklowitz DJ, Baykara A, ve ark. Mood and Disruptive Behavior Disorders and Symptoms in The Offspring of Turkish Parents with Bipolar I Disorder. World Journal of Psychiatry, 2008; 7:110-112
34. Sadock B, Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı. Aydın H., Bozkurt A. (çev.ed.) Erken Başlangıçlı İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk. 3274-3279
35. Straub RE, Lehner T, Luo Y, Loth JE,ve ark. A possible vulnerability locus for bipolar affective disorder on chromosome 21q 22.3. Nature Genet, 1994; 8: 291-296
36. Mc Mahon F, Stine OC, Meyers A, Simpson SG,ve ark. Patterns of maternal transmission in bipolar affective disorder with markers on chromosome 21. Journal of Affective Disorders, 1996; 41: 217-22158

37. Donald JA, Salmon JA, Adams LJ, Parental sex effects in bipolar affective disorder pedigrees. *Genetic Epidemiology*.1997.14: 611-616
38. Öztürk 2008
39. Fink M ,Convulsive therapy and kindling. *The Clinical Relevance of Kindling*. T Bolwig, MR Trimble (Ed), West Sussex, John Wiley & Sons, (1989) s: 195-208
40. Dumlu K, Cimilli C,Erken yaşam stresörlerinin nörobiyolojik sonuçları, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003;14(4): 301-310
41. Post RM, Weiss SR, Gabriele S) Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*, 149: 999-101
42. Fontana DJ, Post RM, Pert A Conditioned increases in mesolimbic dopamine overflow by stimuli associated with cocaine. Abstracts of the 17th Meeting of the Society of Neuroscience. Washington DC, Society for Neuroscience(1991)
43. Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 1. Baskı, 4. Cilt, İstanbul, CSA Medikal Yayın. 2001:1-71.
44. Özerdem A, Schimdt ME, Hussein KM et al, Chronic Lithium Administration Enhances Noradrenergic Responses to Intravenous Administration of the α_2 Antagonist Idazoxan in Healthy Volunteers, *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:150–154
45. Bottlender R, Rudolf D, Strauss A ve ark. Mood- stabilizers reduce the risk of antidepressant- induce manifold states in acute treatment of bipolar I depressed patient. *J Affect Disorder*, (2001), 63: 79-83
46. Ackenheil M, Neurotransmitters and signal transduction processes in bipolar affective disorders: a synopsis. *J Affect Disorder*. (2001), 62: 101-111
47. Gurpinar D, Erol A, Mete L. Depresyon ve Noroplastisite.Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 2007;17:00-110
48. Delbello MP, Kowatch RA, 2003, 'Neuroimaging in Pediatric Bipolar Disorder', *Bipolar Disorder in Childhood and Early Adolescence*, Ed: Geller B., Delbello M.P., The Guilford Press New York, s:1681
49. Blumberg HP, Charney DS, Krystal Jh 2002, Frontotemporal neural systems in bipolar disorder. *Semin Clin Neuropsychiatry* 7: 243- 254
50. Dickstein DP, Milham MP, Nugent AC et al, Frontotemporal alterations in pediatric bipolar disorder, *Arc Gen Psychiatry*, 2005; 62: 734-741
51. Monkul ES, Özerdem A. BB' ta Yapısal Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) Çalışmaları. *Türk Psikiyatri Derg*, (2003) 14: 225-232

52. Blumberg HP, Kaufman J, Martin A, Whiteman R, Zhang JH, Gore JC, et al. Amygdala and hippocampal volumes in adolescents and adults with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*(2003). 60:1201–1208
53. Frazier JA, Chiu S, Breeze JL, Makris N, Lange N, Kennedy DN, et al. Structural brain magnetic resonance imaging of limbic and thalamic volumes in pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry* (2005). 162:1256–1265
54. Chang K, Karchemskiy A, Barnea- Goraly N. Et al. Reduced amygdalar gray matter volume in familial pediatric bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry*. 2005 Jun; 44 (6): 565-73
55. Şenturk B, Emiroğlu FN, Çakmakçı H, Çelik T. ve ark. Bipolar tip I bozukluğu olan ergenlerde manyetik rezonans görüntüleme ile amigdala hacimlerinin değerlendirilmesi.
56. Liebenluft E, Rich B, Pediatric bipolar disorder, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2008. 4:163–87
57. Pavuluri MN, O’Conner MM, Haral E, et al. Affective neural circuitry during facial emotion processing in pediatric bipolar disorder *Biol Psychiatry*. 2007;62: 158-167
58. Castillo M, Kwock L, Courvoisie H et al Proton MR spectroscopy in children with bipolar affective disorder: preliminary observations. *Am J Neuroradiol*, (2000) 21: 832-8
59. Davanzo P, Thomas MA, Yue K et al Decreased anterior cingulate myo-inositol/creatine spectroscopy resonance with lithium treatment in children with bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology*, (2001) 24: 359-369
60. Chang KD, Adleman N, Dienes K et al Decreased Nacetyl aspartate in children with familial bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, (2003) 53: 1059-1065
61. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE ve ark. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*,2003; 160:430-437
62. Waxler-Zahn C, Mayfield A, Radke-Yarrow M. A follow up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 1988.;145:4: 506-509
63. Geçtan E. Duygulanım Bozukluklar. Psikodinamik Psikiyatri ve “Normal Dışı Davranışlar” içinde. Metis Yayınları, XVI. Baskı, İstanbul, (2003) s. 141-158
64. Gabbard GO Affective disorders. “ Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice” içinde, III. baskı, American Psychiatric Pres, Washington DC, (2000). s. 213-231
65. Geller B, Tillman R. Prepubertal and early adolescent bipolar I disorder: Reviews of diagnostic validation by Robins and Guze criteria. *J Clin Psychiatry*,2005; 66 (suppl 7): 21-28

66. Geller B, Sun K, Zimmerman B. Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord*, 1995;34:259-268
67. Kyte ZA, Carlson GA, Goodyer IM. Clinical and neuropsychological characteristics of child and adolescent bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 2006; 36:1197-1211
68. Mc Clellan J, Werry SJ. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 10 (supp.) 157-176
69. Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder : A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 37: 1168-1176
70. Geller B, Fox LW, Clark KA. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow up of 6-to-12 year old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994; 33: 461-468
71. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic Depressive Illness*. New York. Oxford university Press. 1990
72. Geller B, Zimmerman B, Williams M ve ark. Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *J Child Adolesc Psychiatry*, 2002;12: 3-9
73. Sadock B, Sadock V. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8. baskı. Aydın H., Bozkurt A. (çev.ed.) *Erken Başlangıçlı İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk*. 3274-3279
74. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner K. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry*, 2004;61(5):459-67
75. Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimmerman B. Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65(10): 1125-33
76. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, ve ark. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The course and outcome of bipolar youth (coby) study. *The American Journal of Psychiatry* 2009;166:795-804
77. Axelson D, Findling RL, Birmaher B,. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the longitudinal assessment of manic symptoms study. *J Klin Psychiatry*. 2012; 73(10):1342-1350

78. Arnold EL, Demeter C, Kowatch R,. Pediatric bipolar spectrum disorder and ADHD: comparison and comorbidity in the LAMS clinic sample. *Bipolar Disord.* 2011;13 (5-6):509-521
79. Luby JL, Navsaria N. Pediatric bipolar disorder: evidence for prodromal states and early markers. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51:459-471
80. Carlson GA, Findling RL, Post RM, ve ark. Advancing research in early-onset bipolar disorder: barriers and suggestions. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;63:1139-1148
81. Axelson DA, Birmaher B, Strober M, ve ark. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:1139-1148
82. Fiederowicz JG, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, ve ark. Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2011;168:40-48
83. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2007.
84. Chang K, Steiner H, Ketter T. Studies of offspring of parents with bipolar disorder. *Am J Med Genet.* 2003;123C:26–35
85. Goldstein BI, Shamseddeen W, Axelson DA, ve ark. Clinical, demographic, and familial correlates of bipolar spectrum disorders among offspring of parents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:388–396
86. Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, ve ark. Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2010;121:127–135
87. Klimes-Dougan B, Ronsaville D, Wiggs EA, Martinez PE. Neuropsychological functioning in adolescent children of mothers with a history of bipolar or major depressive disorders. *Biol Psychiatry.* 2006;60:957–965
88. Ladouceur CD, Almeida JRC, Birmaher B, ve ark. Subcortical gray matter volume abnormalities in healthy bipolar offspring: potential neuroanatomical risk marker for bipolar disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47:532–539
89. Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, ve ark. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2009 ;66(3):287-96
90. Birmaher B, Goldstein B, Axelson D, Monk K, ve ark. Mood lability among offsprings of parents with bipolar disorder and community controls. *Bipolar Disord.* 2013 May;15(3):253-63

91. Goldstein TR, Objera M, Shamseddeen W, Iyengar S, ve ark. Risk for suicidal ideation among the offspring of bipolar parents: results from the Bipolar Offspring Study (BIOS). *Arch Suicide Res.* 2011;15(3):207-22
92. Diler R, Birmaher B, Axelson D, Objera M, ve ark. Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2011 Nov-Dec;13(7-8):670-678
93. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, ve ark. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study. *Am J Psychiatry* 2010 Mar;167(3):321-330
94. Birmaher B, Axelson D, Pavuluri M. Bipolar Disorders. In Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, Martin A, Volkmar FR(editors) Fourth edition Lippincott Williams&Wilkins, 2007:53-529
95. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, ve ark. The Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder. Treatment Guidelines for Children and Adolescents with Bipolar Disorder . *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 2005; 44:3:231-235
96. Washburn JJ, West AE, Heil JA. Treatment of Pediatric Bipolar Disorder: A Review. *Minerva Psichiatr* 2011;52(1):21-35.
97. Kafantaris V, Coletti DJ, Dicker R, et al. Lithium treatment of acute mania in adolescents: a large open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(9):1038-45.
98. Kowatch RA, Suppes T, Carmody TJ, et al. Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(6):713-20. 44.
99. Findling RL, Frazier JA, Kafantaris V, et al. The Collaborative Lithium Trials (CoLT): specific aims, methods, and implementation. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008;2(1):21.
100. Patel NC, DelBello MP, Bryan HS, et al. Open-label lithium for the treatment of adolescents with bipolar depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(3):289-97
101. Wagner KD, Weller E, Carlson GA, Sachs G, ve ark. An open-label trial of divalproex in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002; 41:1224-1230
102. Pavuluri MN, Henry DB, Carbray JA, Naylor MW, ve ark. Divalproex sodium for pediatric mixed mania: a 6-month prospective trial. *Bipolar Disord*, 2005; 7: 266-273

103. Wagner KD, Redden L, Kowatch RA ve ark. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of divalproex extended-release in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(5):519-32.
104. Fountoulakis KN, Kontis D, Gonda X ve ark. Treatment of mixed bipolar states. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012;15(7):1015-1026.
105. Evans RW, Clay TH, Gualtieri CT. Carbamazepine in pediatric psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(1):2-8.
106. Joshi G, Wozniak J, Mick E ve ark. (2010) A prospective open-label trial of extended-release carbamazepine monotherapy in children with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010;20(1):7-14.
107. Goldsmith DR, Wagstaff AJ, Ibbotson T ve ark. Lamotrigine: a review of its use in bipolar disorder. *Drugs*. 2003;63(19):2029-2050.
108. Amann B, Born C, Crespo JM ve ark. Lamotrigine: when and where does it act in affective disorders? A systematic review. *J Psychopharmacol* 2011;25(10):1289-1294
109. Biederman J, Joshi G, Mick E ve ark. A prospective open-label trial of lamotrigine monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *CNS Neurosci Ther* 2010;16(2):91-102.
110. Delbello MP, Findling RL, Kushner S ve ark. A pilot controlled trial of topiramate for mania in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:539-547.
111. Wozniak J, Mick E, Waxmonsky J ve ark. Comparison of open-label, 8-week trials of olanzapine monotherapy and topiramate augmentation of olanzapine for the treatment of pediatric bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:539-545
112. Mahmoudi-Gharaei J, Shahrivar Z ve ark. Topiramate versus Valproate Sodium as Adjunctive Therapies to a Combination of Lithium and Risperidone for Adolescents with Bipolar I Disorder: Effects on Weight and Serum Lipid Profiles. *Iran J Psychiatry* 2012;7(1):1-10.
113. Tramontina S, Zeni CP, Ketzer CR ve ark. Aripiprazole in children and adolescents with bipolar disorder comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2009;70(5):756-764.
114. Findling RL, Nyilas M, Forbes RA ve ark. Acute treatment of pediatric bipolar I disorder, manic or mixed episode, with aripiprazole: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2009;70(10):1441-1451

115. Greenaway M, Elbe D. Focus on aripiprazole: a review of its use in child and adolescent psychiatry. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(3):250-260.
116. Biederman J, Mick E, Spencer T ve ark. An open-label trial of aripiprazole monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *CNS Spectrum* 2007;12(9):683–689.
117. Tramontina S, Zeni CP, Pheula GF ve ark. Aripiprazole in juvenile bipolar disorder comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: an open clinical trial. *CNS Spectrum* 2007;12(10):758–762.
118. Barzman DH, DelBello MP, Kowatch RA ve ark. The effectiveness and tolerability of aripiprazole for pediatric bipolar disorders: a retrospective chart review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2004;14(4):593–600.
119. Durkin JP Aripiprazole in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2004;14(4):505–506.
120. Smarty S, Findling RL. Psychopharmacology of pediatric bipolar disorder: a review. *Psychopharmacology* 2007;191(1):39-54.
121. Pavuluri MN, Henry DB, Findling RL ve ark. Double-blind randomized trial of risperidone versus divalproex in pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010;12(6):593-605
122. Biederman J, Mick E, Wozniak J ve ark. An open-label trial of risperidone in children and adolescents with bipolar disorder. *J ChildAdolesc Psychopharmacol* 2005; 15(2):311–317.
123. Geller B, Luby JL, Joshi P ve ark. A randomized controlled trial of risperidone, lithium, or divalproex sodium for initial treatment of bipolar I disorder, manic or mixed phase, in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(5):515-528.
124. Pavuluri MN, Henry DB, Carbray JA ve ark. Open-label prospective trial of risperidone in combination with lithium or divalproex sodium in pediatric mania. *J Affect Disord* 2004;82 (1):103-111.
125. Bowden CL, Grunze H, Mullen J ve ark. A randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy and safety study of quetiapine or lithium as monotherapy for mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66(1):111-21.
126. Chiesa A, Chierzi F, De Ronchi D ve ark. Quetiapine for bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2012; 27(2):76-90.

127. Delbello MP, Schwiers ML, Rosenberg HL ve ark. Strakowski SM. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1216-1223.
128. Duffy A, Milin R, Grof P. Maintenance treatment of adolescent bipolar disorder: open study of the effectiveness and tolerability of quetiapine. *BMC Psychiatry* 2009;6;9:4.
129. DelBello MP, Kowatch RA, Adler CM ve ark. A double-blind randomized pilot study comparing quetiapine and divalproex for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:305-313.
130. Scheffer RE, Tripathi A, Kirkpatrick FG ve ark. Guidelines for treatment-resistant mania in children with bipolar disorder. *J Psychiatr Pract* 2011;17(3):186-193.
131. Frazier JA, Biederman J, Tohen M ve ark. A prospective open-label treatment trial of olanzapine monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001;11(3):239-250.
132. Tohen M, Kryzhanovskaya L, Carlson G ve ark. Olanzapine versus placebo in the treatment of adolescents with bipolar mania. *Am J Psychiatry* 2007; 164(10):1547-1556.
133. Biederman J, Mick E, Spencer T ve ark. A prospective open-label treatment trial of ziprasidone monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007;9(8):888-894.
134. Biederman J, Mick E, Spencer TJ, et al. Therapeutic dilemmas in the pharmacotherapy of bipolar depression in the young. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000;10(3):185–92
135. Goldstein B, Sassi R, Diler R,. Pharmacologic Treatment of Bipolar Disorder in Children and Adolescents *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2012; 21:911–939
136. Kowatch AR, Bucci JP, Mood stabilisers and anticonvulsants, Findling R, Blumer J (ed.) *The pediatric clinics of North america, child and adolescent psychopharmacology.* W. B. Saunders. 1998. 1173-1187
137. Fristad MA. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Dev Psychopathol* 2006;18:1289-1306
138. Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:820-830.
139. Hlastala SA, Kotler JS, McClellan JM, McCauley EA. Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: Treatment development and results from an open trial. *Depress Anxiety* 2010;27:457-464

140. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:996–1004.
141. Goldstein TR, Fersch-Podrat R, Axelson DA, Gilbert A. Early Intervention for Adolescents at High Risk for the Development of Bipolar Disorder: Pilot Study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Psychotherapy (Chic)*. 2013 Dec 30. [Epub ahead of print]
142. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2002; 4: 254–262.
143. Fristad MA, Gavazzi SM, Centolella DM, Soldano KW. Psychoeducation: a promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Cont Fam Ther* 1996; 18: 371–384.
144. Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(9):1013-1021
145. Boylan K, Macpherson HA, Fristad MA. Examination of disruptive behavior outcomes and moderation in a randomized psychotherapy trial for mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Jul;52(7):699-708
146. Macpherson HA, Algorta GP, Mendenhall AN, Fields BW, et al. Predictors and Moderators in the Randomized Trial of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy for Childhood Mood Disorders *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 0(0):1-14
147. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York:Guilford; 1993
148. Feeny NC, Danielson CK, Schwartz L, Youngstrom EA et al. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders in adolescents: a pilot study. *Bipolar Disord*. 2006;8:508-15
149. Pavuluri MN, Graczyk PA, Henry DB, Carbray JA et al. Child and family focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(5):528-37.
150. Rea MM, Tompson M, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family focused treatment vs. individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychology* 2003;71:482-492.

151. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:904-912.
152. Çakır S, Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: Sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(2):143-154
153. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE ve ark. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord*, 2004; 82:431-436
154. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE ve ark. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*, 2008;69:732-740
155. Miklowitz DJ, Schneck CD, Singh MK, Taylor DO ve ark. Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Feb;52(2):121-31
156. Miklowitz DJ. *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. 2nd ed. New York, N.Y.: Guilford, 2008.30. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:419-427.
157. Miklowitz DJ. *Clinicians' Treatment Manual for Family Focused Therapy for Early-Onset Youth and Young Adults (FFT-EOY)*
158. Kaufman, J., Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:980-988. .
159. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11:109-16.
160. Proznanski EO, Mokros HB. *Children's depression rating Scales-Revised (CDRS-R)*. Los Angeles, Calif: Western Psychological Service; 1996
161. Mayes TL, Bernstein IH, Hley CL, Kennard BD, Emsile GJ. Psychometric Properties of Children's Depression Rating Scale-Revised in Adolescents. *J Child Adolescent Psychopharmacol* 2010;vol 20: number 6:513-16
162. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE et al. Rating scale for mania: reliability and sensitivity. *Br J Psychiatry*.1978; 133:429-435
163. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E: Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13: 107-114.)

164. Guy W. Clinical Global Impression (CGI). ECDEU Assesment Manual for Pscopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD.1976.
165. Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrossini P, Fisher P,Bird H, Aluwahlia S. A Children's Global Assesment Scale (CGAS) (for children 4-16 years of age). Psychopharmacol Bull.1985;21:747-748
166. Varni JW, Rode CA, Seid M, Katz ER, ve ark. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32). II. Feasibility and range of measurement. J Behav Med. 1999;22(4):397-406
167. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care. 2001 Aug;39(8):800-12.
168. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgöl Zeliş Matbaası. Ankara, 1990. Hisli N.
169. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;1;561-571
170. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1988;7(23):3-13
171. Sullivan AE, Axelson DA, Miklowitz DJ. Family functionin and the course of adolescent bipolar disorder. Behavior Therapy 2012;43:837-847

EKLER

EK 1

AOT-YÜKSEK RİSK GRUBU (AOT-YRG) Tedavi El Kitabı

I: Giriş

Risk Altındaki Gençler ile Çalışmaya Giriş

Bu el kitabının amacı, bipolar bozukluğu (BB) ya da psikozu (bundan böyle Yüksek Riskli Genç (YRG) olarak

söz edilecektir) olan ya da bu bozuklukları geliştirme açısından risk taşıyan ergen ve genç erişkinlere uygulanabilecek bir erken müdahale tedavisini açıklamaktır. YRG ve ailelerine uygulanacak Aile Odaklı Terapi (AOT-YRG) 8 tane haftada bir ve 4 tane iki haftada bir uygulanacak görüşmeden oluşmaktadır (4 ay boyunca 12 seans).

AOT-YRG için hedef popülasyon, yakın zamanda ortaya çıkmış bipolar I ya da II bozukluk (mani, depresyon, karma ya da hipomanik epizod), yakın zamanda ortaya çıkmış psikoz (şizofreninin birinci ya da ikinci epizodu ya da şizofreniform bozukluğu kapsar) ve bu bozuklukların prodromal formlarına (başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikoz, hafif psikotik sendromlar) sahip 13-25 yaş arası ergen ve genç erişkinlerdir. Düzenli olarak gelmeye gönüllü aile üyelerine (ebeveynler, büyükanne ve büyükbaba ya da bakım veren rolünü üstlenen akrabalar) sahip olmaları gerekmektedir.

Tedaviyi hastalarınıza uygulamadan önce AOT'nin derinlemesine anlaşılması için Miklowitz (2010) Bipolar Bozukluk: Aile Odaklı Terapi Yaklaşımı El kitabı (ikinci baskı)'n aşına olmanızı öneririz. Ek olarak, Biplar Genç: Kendinize ve Ailenize Yardım Etmek İçin Ne Yapabilirsiniz? (Miklowitz ve George, 2008) ve Bipolar Bozukluk Yaşam Rehberi (Miklowitz, 2011) bu elkitabında tartışılan stratejilerin çoğunu açıklamaktadır ve ailelere önerilebilecek kaynaklar arasındadır.

AOT-YRG'nin başlıca amacı hastalığın belirtilerine ilişkin aileleri eğitmek ve başlaması ya da kötüleşmesini önlemeye yönelik araçlar sunmaktır. Aşağıda ikincil amaçlar sıralanmıştır:

1. Bipolar bozukluk ya da psikoz dönemleriyle ilişkili deneyimleri bütünleştirmek
2. Hastanın gelecekteki epizodlara yakınlığını kabul etmek konusunda hasta ve ailesini desteklemek
3. Belirtileri kontrol etmek için psikofarmakolojinin şu anki ve gelecekteki rolünü kabul etmek
4. Sosyal ve akademik işlevselliği artırmak

5. Bipolar bozukluk ya da psikozun yinelenmesini tetikleyen stresli yaşam olaylarının anlaşılması ve bu olaylarla baş edilmesini sağlamak
6. Bir hastalık dönemi sonrasında aile ilişkilerinin yeniden kurulmasına yardım etmek

Bu elkitabında AOT-YRG uygulamasının nasıl yürütüleceği anlatılmıştır. AOT'nin üç modülü modifiye edilmiş bir formda sunulmuştur. Olgu öyküleri ve terapiyle birlikte beklenen değişiklikler dahil edilmiştir. Tüm isimler ve hasta ya da ailelerinin tanınmasını sağlayacak bilgiler, hasta gizliliğini korumaya yönelik yönergelerle uyumlu olarak değiştirilmiştir.

Not: İzleyen bölümlerde, 'İH', tedavinizin odağı olan (13-25 yaş arasında, BB, psikoz ya da prodromal belirtilere sahip) 'indeks hasta'yı belirtmektedir. İH ayrıca genç, genç erişkin, ergen ya da risk altındaki genç (YRG) olarak da adlandırılmıştır. Anlatımın sıkıcı olmaması bakımından farklı terimleri kullanmayı uygun bulduk. Müdahaleler planlanırken yaştan kaynaklanabilecek değişiklikleri göz önünde bulundurun.

Risk Altındaki Gencin Ebeveynleri

Risk altındaki gencin ailesi, tedaviye ulaşacak düzeyde becerikli ve ileriye dönük plan yapma yetisine sahip kişilerden oluşmaktadır, bu nedenle ilk karşılaşmamızdan itibaren onlara değer verdiğimizizi, bizimle kurdukları işbirliğinin vazgeçilmez olduğunu ve çocuklarına yardım etmeye yönelik çabalarının önemli olduğunu belirtmeliyiz. Bilmeliyiz ki çocukları, kendisine yardım etmek için çaba göstermeye istekli ebeveynleri olduğu için çok şanslıdır.

Böyle programlara katılan ebeveynlerin genellikle çok güçlü yanları olmakla birlikte, ilk başvurduklarında oldukça tükenmiş olma eğiliminde olurlar. Sıklıkla, çocuklarının ciddi bir ruhsal bozukluk geliştirebileceği gerçeğini yeni kabul etmeye başlamışlardır. Göreceğiniz hastaların bazıları tipik erken uyarı belirtilerini gösteriyor, ancak bipolar ya da psikotik bozukluk için tanı ölçütlerini henüz tam karşılamıyor olacağından, ebeveynler bu tanı belirsizliği karşısında şaşkın ve ne yapacağımız bilemez bir halde olabilir.

Çocukları motivasyon ve sosyal içe çekilme sorunları yaşayan ebeveynler için, bu sorunların 'tipik genç davranışı' mı yoksa negatif belirtiler ya da depresyon gibi daha ileri bir durum mu olduğunu ayırt etmek güç olur. Çocuklarının 'reddediş hali' ya da işlevselliğini daha bağımsız sürdürme konusunda adım atamaması karşısında hayal kırıklığına uğramış ve yorgun düşmüş olabilirler. Risk altındaki gençlerin ebeveynlerinin, sabahları çocuklarını yataktan kaldırmak için uzun zaman harcamaları, temizlenmeleri için ısrar etmeleri ve sonra onu okula götürmeleri nadir görülen durumlar değildir. Aynı zamanda, yaşıtı olan diğer çocuklara göre daha şiddetli akran ve akademik başarı sorunları yaşamakta ve bu sorunlarla baş etmek konusunda daha az yeterli görünmektedir. Odasında yalnız başına çok fazla zaman geçiren, aile ve arkadaşlarıyla eğlenceli aktivitelerde bulunmak için adım atmayan İH'nin ebeveynleri haklı olarak çocuklarının yalnız, dış dünyadan kopmuş ve kendine zarar verme riski altında olduğu konusunda endişelenirler. Bu ebeveynler için çocuklarının mücadelesini izlemek acı verici olabilir ve sıklıkla yardım etmek için daha fazla ne yapabileceklerini bilemezler. Bununla birlikte genellikle çocukları için gereğinden fazla şey mi yaptıklarını merak ederler. Kısacası, ebeveynlik görevlerini gereğinden çok ya da gereğinden az yapmaksızın, çocuklarını en iyi halde nasıl tutabileceklerini anlamaya çalışmaktadırlar.

Bu ebeveynler, toplumda kendilerinden çok farklı deneyimler yaşamakta olan diğer anne babalardan soyutlanmış hissedebilirler. 'Normal gençler'in ebeveynleri için işe yarayan öneriler ('yatağa zamanında gitmezse cezalı olduğunu söyleyin' gibi) bu ebeveynler için işe yarar görünmemektedir. Büyük olasılıkla, bu dönemde, birçok ebeveynlik kılavuzunda önerildiği gibi, bir adım geri atabilmeyi ve çocuklarının kendi yaşamları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmasına izin verebilmeyi arzulamaktadırlar. Ne var ki, geri çekilmenin bedeli, çocuklarının tökezlemesi ve başarısız olmasını izlemek olabilir. Bu bedeli katlanılmaz bulur ve işe fazla karışılırsa, bu sefer, 'fazla müdahaleci' etiketiyle karşı karşıya kalırlar. Bu noktada, ruh sağlığı çalışanının, ebeveynin çocuğunun hayatına müdahale etme düzeyine ilişkin erken yargılarda bulunmaması önemlidir.

Risk altındaki birçok genç, devam etmekte olan hipomanik/karma belirtiler, depresyon, negatif belirtiler ve sosyal beceri eksikliği nedeniyle, olgunlaşmayı destekleyen deneyimler yaşayacağı arkadaşlar ya da erişkin akıl hocaları edinme konusunda yetersizdir; bu nedenle onları yetiştirme görevi daha fazla oranda ebeveynlerin omuzlarına yüklenmiş olur. Ebeveynler, diğer genç ve genç erişkinlerin arkadaşlarıyla zaman geçirdiğini, belki erkek ya da kız arkadaş edindiğini ve okul dışı birçok aktivitede bulunduğunu fark eder. Kendi çocuklarının bu aktivitelerden sağlayacağı beceri gelişiminin eksik kaldığını görür. Kendi çocukları giderek daha geride kalmaktadır ve bu nedenle ebeveynler akranlarıyla çocukları arasında oluşan bu açığı azaltmanın yollarını ararlar.

Diğer ebeveynler çocuklarının çeşitli alanlardaki başarılarını izleyerek yıllar boyunca verdikleri emeğin meyvelerinin tadını çıkarırken, risk altındaki gençlerin aileleri bir yerlerde büyük bir hata yaptıkları düşüncesini içselleştiriyor olabilir. Çocuk yetiştirme konusunda ileri derecede becerikli de olsalar, bu çabaları, çocuklarının yalnızca okul başarısızlığını ya da sosyal yalıtılmışlığını gören akrabalar, arkadaşlar ya da komşular tarafından takdir edilmez. Birçokları, okul başarısızlığı ya da sosyal yalıtılmışlığı başarısız ebeveynliğin bir yansıması olarak görür; ancak psikiyatrik belirtileri olan bir gençle baş etmek ve onu desteklemek için gereken sabır ve beceriyi anlayamaz. Yanlış anlaşıldığını hissetmek ebeveynler için oldukça yorucu olabilir.

Çocukları grandiyöz sanrılar, paranoya, sıra dışı algısal yaşantılar gibi mani, pozitif psikotik belirtiler yaşayan ebeveynler şaşkın ve bu belirtiler ve anlamları konusunda korku içinde olabilirler. Bazı ampirik çalışmalar (McGlashan ve ark., 2006; McGorry ve ark., 2005) prodromal belirtileri olan gençlerin erken antipsikotik kullanımından yarar göreceğini ileri sürmekteyse de ek çalışmalara gereksinim vardır. Bu nedenle, ebeveynlerden psikiyatristlerle işbirliği kurarken belirsizlik karşısında daha toleranslı olmaları ve ilaç kullanımının anlamlı olup olmayacağını anlama sürecine girişmeleri beklenmektedir.

Özetle, ebeveynler genellikle kapımıza destek ve bilgi arayışı içerisinde gelirler. Biz ise, çocuklarına yardım

ederken ihtiyaç duydukları kaynağa ulaşmanın verdiği hissi onlara yaşatmaya çalışırız.

Bipolar Bozukluk ya da Psikoza Olan ya da Bu Bozukluklar Açısından Yüksek Risk Taşıyan Gençler

Programlarımızda farklı özelliklere sahip gençlerle karşılaşabiliriz. Bir kısmının halihazırda bipolar bozukluk ya da şizofreni tanısı bulunmaktadır. Diğer bir kısmının, duygudurum değişiklikleri, kısa ve tekrarlayan hipomanik dönemler ya da hafif psikotik belirtiler gibi DSM-IV tanı ölçütlerini henüz karşılamayan erken 'prodromal' belirtileri mevcuttur. Hepsi sıkıntı içindedir ve bu nedenle bize başvururlar. Tipik olarak, sınav notları düşmekte ya da iş yerinde zorlanmakta; diğer insanlardan giderek soyutlanmaktadır ve gelecekleri hakkında endişelenmeye başlamışlardır. Başlangıçtaki temel hedefimiz onlarla ilişki kurmaktır. İH'ler genellikle, yaşamakta oldukları belirtileri, bilgi sahibi bir uzmanla samimi bir şekilde konuşabilmekten ötürü rahatlamış hissederler. Bize tamamen açılmadan önce 'nabız yoklamak' isteyebilirler. Kendi yaşadıklarına benzer belirtilere sahip birçok kişi ile birlikte çalıştığımızı ve yararlı olabilecek çeşitli baş etme yöntemleri önerebileceğimizi duymak onları genellikle rahatlatır.

IH aynı zamanda moral bozukluğu ve şaşkınlık içinde olabilir. Güçlü yanları ve ilgi alanları ile yeniden bağlantı kurmaları ve belirtilere rağmen hedeflerine ulaşmak için bu belirtilerle baş etmeyi öğrenmelerine yardım etmek isteriz.

18 yaş altı hastalar için, hekim hasta gizliliğinin sınırlarına ilişkin başlangıçtan itibaren açık olmak önemlidir. Ergenlerle çalışan terapistlerde bilginin ebeveynlerden gizli tutulması sık karşılaşılan bir durumdur ancak kliniğimizde daha işbirlikçi bir yaklaşım uygulanmakta ve hastalar ve aileleri için iyi sonuçlar vermektedir. Hastayı genellikle yaşadığı belirtileri ailesi ile paylaşmaya teşvik ederiz; böylece aileler mümkün olan en iyi şekilde hastaya yardım edebilirler. Ebeveynler, psikiyatristler, terapistler, okul öğretmenleri ile görüşmelerin düzenlenmesini (ve ücretinin ödenmesini) sağlarlar. Çocuklarının neler yaşamakta olduğunu bilmek ebeveynlere, empatik ve destekleyici

olma ve çocuklarının güvenliği için uygun sınırları belirleme olanağını sağlayacaktır. Hastanın belirtileri konusunda ketum davrandığı ve anne babanın durumdan büyük ölçüde habersiz olduğu durumda, hastayı daha açık olması için yüreklendirmeliyiz.

Genel olarak ilk hedefimiz hastayı bir birey olarak ele almaktır. Hastalıkla ilgili belirtilerin ve çatışmaların yanında, hastanın güçlü yanları, umutları, geleceğe ilişkin amaçlarını da öğrenmeye istekli olmalıyız. Hastamızın gelişimsel açısından hangi noktada olduğunu tam olarak anlamak, hayatına nasıl devam edeceği ve hedefi doğrultusunda nasıl ilerleyebileceği konusunda birlikte bir plan yapmamıza yardım edecektir.

AOT-YRG'nin Amaçları

AOT-YRG üç modülden oluşmaktadır: Psikoegitim (4 seans), iletişimi geliştirme eğitimi (4 seans) ve problem çözme becerileri eğitimi (4 seans). Toplamda, katılımcılar 12 seansı 4 aylık bir dönemde tamamlarlar (8 tanesi haftalık, 4 tanesi haftada iki).

Görüşmelerin Düzenlenmesi ve Esnekliği

AOT birlikte çalıştığınız ailenin özelliklerine göre düzenlenebilir. Her ailenin 12 görüşmeyi tamamlaması en ideali olmakla birlikte bu, çalıştığınız aile için uygun olmayabilir. Örneğin ailenin, tek bir görüşmeye ait içeriğin sunulması için iki görüşmeye gereksinim duyduğu durumda bir görüşmeyi iki görüşmeye yaymak uygundur. Bu değişikliğe uyum sağlamak için, problem çözme görüşmelerinden birini atlayabilirsiniz. Diğer yandan, aile iki görüşmeye ait materyali tek bir görüşmede anlayabiliyorsa bunu yapabilirsiniz. İçeriğin bazı öğeleri bazı aileler için gereksiz olabilir ya da uygun olmayabilir; bu durumda söz konusu görüşmeyi atlamak mümkündür (örneğin, ailenin iletişimi açıktır, 'iletişimin açıklığa kavuşturulması' bölümü gereksizdir). Eğitim modülünün, her görüşmenin başında, o görüşmede işlenmesi gereken konuları kapsayan yapılandırılmış bir taslak içerdiğini göreceksiniz. Bu taslak kesin kurallardan çok bir kılavuz niteliğindedir. Bazı hedefler üzerinde çalışmak için daha fazla zaman harcayabilir ve belirli bir aile için uygun olmadığını düşündüğünüzden bazı hedefleri atlayabilirsiniz.

Klinik ipucu: Eğitim materyali sunulurken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, bunu ailenin anlayabileceği ve yararlanacağı bir şekilde yapmaktır. Tüm broşürler bilginin iletilmesi için basit araçlardır. Belirli bir broşür, bir hasta grubuna bilgi vermek ya da aile üyeleri arasında yapıcı iletişimi kolaylaştırmak için uygun görünmüyorsa, broşürü atlamak ya da değiştirmek konusunda özgür olduğunuzu unutmayın.

Elkitabı, terapistin aile üyeleri ile çalışırken uygun bulunduğu herhangi bir noktada kullanabileceği teknikleri içeren bir alet çantası olarak düşünülebilir. Örneğin, bir problem çözme görüşmesinin gidişi sırasında, ailenin bir çıkmazı aşması için zevk veren bir etkinliğin planlanması ya da gevşeme tekniklerinin gündeme getirilmesi gerekliliği doğabilir. Bu, daha önceki aşamalarda gereksiz gibi görünen bir becerinin öğretilmesi için ideal zaman olabilir.

Terapinin Duygusal Tonu

Ebeveynlerin ya da ailenin diğer üyelerinin, hastanın belirtilerinin kendileri üzerindeki etkilerine dair konuşurken ağlaması oldukça sık görülen ve anlaşılabilir bir durumdur. Aileler, çocuklarının işlevselliğindeki ani değişim nedeniyle çok acı çekerler ve belirtilerin şiddetli olduğu ve hızlı ilerlediği durumlarda bu değişikliğe ilişkin bir 'yas' süreci yaşayabilirler. Bazı aileler ise, hastanın okula gitmeyle ilgili güçlükleri nedeniyle iş yaşamlarının ya da hastanın depresif belirtileri, içe çekilmesi, şüphecilik ve/veya tuhaf davranışları nedeniyle eve misafir kabul etmenin ne kadar zorlaştığını belirterek öfkelerini ifade edebilirler.

Görüşmelerin hasta için katlanılabilir bir düzeyde ve sakin bir atmosferde tutulması çok önemlidir. Terapist, görüşme sırasında duyguların tırandığı bir durumda aile etkileşimini yönlendirmek üzere hızla adım atmalıdır. Bazı durumlarda, aile üyelerinin duygularını ve bu duyguları harekete geçiren sebepleri soruşturmak ve anlamak için zaman ayırmak mantıklı olabilir. Duygu dışavurumu yüksek olan bir aile üyesiyle bireysel olarak görüşme yapma seçeneği her zaman mevcuttur. Bireysel görüşme sırasında terapist, aile üyelerinin duygularıyla ilgili daha ayrıntılı konuşabilir, ek psikoeğitim sağlayabilir ve/veya uygunsuzsa bireysel terapiye ilişkin

önerilerde bulunabilir. Alternatif olarak, aile tedavisinin erken döneminde bazı iletişim becerileri üzerinde çalışmak mantıklı olabilir. Böylece, iletişim becerileri daha iyi hale gelmiş ailede psikoeğitim daha verimli bir şekilde ilerleyecektir. Uyumlu bir aile ortamının öneminin anlaşılması için, aile desteğinin en iyi sağlanabileceği yollar üzerinde problem çözmenin geliştirilmesi yararlı olabilir.

Klinik ipucu: Bazı ailelerle çalışırken, görüşmelerin doğallıktan yoksun ve fazla öğretici olduğunu düşünebilirsiniz; katılımcılar ödevleri neşe içinde yapıyor gibi görünür, broşürlere boş gözlerle bakar ancak tedavinizin hedeflediği noktadan uzaktır. Durum böyleyse bir adım geri çekilin. Kendi tedavi hedeflerine ilişkin onlarla birlikte düşünün ve onlara verdiğiniz ödevlerin bu hedeflerin gerçekleşmesine ne şekilde katkıda bulunacağını açıklayın. Tedavinin yapılandırılışından ötürü önemli konuları atladığınızı hissediyorsanız, katılımcıların zihinlerinden neler geçtiğini konuşmak için elkitabını bir kenara bırakın ve daha sonra onları yeniden ödevlere odaklayın. Yeniden ödevlere döndüğünüzde psikoeğitime ait ödevleri ailenin hedefleri ile daha uyumlu hale getirmeye çalışın.

Bilgilendirilmiş Oluru Destekleyen Tedavi Öncesi Görüşmeler

Aile üyeleri bazen aile terapisine katılmak konusunda çekince gösterirler. Aile terapisinin ne gerektirdiği konusunda yanlış fikirlere sahip olabilirler. Örneğin, bir baba, kısmen jestle, moral bozucu konuları konuşurken, küçük köpük darbeleriyle aile üyelerinin kafalarına vurduğunu hayal ettiğini belirtmişti. Daha önce aile terapisine katılmamıştı ve terapiden beklentilerini şekillendirmesinde yardımcı olarak bir televizyon dizisine güveniyordu. Birçok kişi, bu baba kadar açık sözlü olmamakla birlikte, aile tedavisine katılmayı kabul ederlerse kendilerini nelerin beklediği konusunda endişelere sahiptir. Tereddütlü aileler için, ilk görüşmeyi, bu endişelerle ilgili konuşma, terapinin içeriği ve sürecine ilişkin aydınlatma ve çalışmaya katılmak isteyip istemediklerine dair olur alma için kullanmak yararlı olabilir.

Görüşme süresince aile bireylerinin kaygılarını dinlemeniz ve normalize etmeniz önemlidir. Ebeveynler sıklıkla, gencin belirtilerine yol açmış olmaktan dolayı terapist ve genç tarafından suçlanacaklarına dair endişelenirler. Bu endişelerin oldukça sık gözlemlendiğini, kimsenin suçlanmaktan hoşlanmayacağını ve bir suçlu tayin etmenin bu terapinin bir parçası olmadığını onlara söyleyin.

Görüşmelerin nasıl geçeceğine ilişkin onlardan gelen bir soruyla bağlantılı olarak örnekler vermeniz yardımcı olabilir. Örneğin, ebeveynler sıklıkla çocuklarından neler bekleyebileceklerini sorarlar. Doktor kendilerine geri çekilmelerini söylediği takdirde bunu yapacaklarını belirtirler ancak 'çocuklarının paçayı çok rahat sıyırmasını' ya da 'ailedeki diğer çocuklardan farklı muamele görmesini' istemezler. Bu çok güzel bir sorudur ve psikiyatrik belirtilere sahip her gence uygulanabilecek standart bir cevabı yoktur. Belirtiler kişiler arasında ve hatta aynı kişide zaman içinde değişkenlik gösterir. Aşağıdaki gibi bir ifade ile ebeveynlerin sorusuna karşılık verebilirsiniz:

'kişinin yaşamında yüksek düzeyde stres varsa ve/veya şiddetli belirtiler yaşıyorsa, beklentilerin geçici bir süre için azaltılarak stres düzeyinin düşürülmesi düşünülebilir. Belirtiler yatıştığında ya da stres düzeyi düştüğünde ve/veya baş etme stratejileri güçlendiğinde, beklentileri kademeli olarak artırmak mümkün olacaktır.'

Daha sonra aileye, beklentilerin kararlaştırılmasıyla ilgili bu yaklaşımı nasıl bulduklarını sormalısınız. Şu ana kadar çocuklarıyla yaşadıkları deneyimler düşünüldüğünde söylenenler mantıklı mıdır? Bu yaklaşımın kendileri için yararlı olduğunu düşünüyorlar mı?

Terapinin gidişi boyunca onlara yeni bilgi ve beceriler sunacak ve sonra bunlar karşısındaki tepkilerini konuşacağız. Yararlı buldukları becerileri günlük hayatlarıyla nasıl bütünleştirebileceklerini birlikte düşüneceğiz.

Bazı genç erişkinler ebeveynleri ile birlikte terapiye katılmakta çekince gösterirler çünkü terapistin, aileleriyle paylaşmak istemedikleri bilgileri ortaya

çıkarmadığından korkarlar. Durum böyleyse, gence, kaygılarının yaygın gözlemlendiğini ve anlaşılabilir olduğunu, aileye belirtilerle ilgili genel bir bilgi vereceğinizi, daha sonra IH ve aile bireylerinin yaşadıkları deneyimleri istedikleri ölçüde paylaşmalarına izin vereceğinizi söyleyin. Belirtiler gencin kendisi ya da diğer kişiler için tehlike içermediği sürece, gencin sınırlarına saygı göstereceğinizi belirtin. Gençler genellikle tedavinin gidişi ve belirtilerin açıklanmasıyla ilgili kendilerinin de söz sahibi olduğunu duyduklarında rahatlarlar. Alternatif olarak, aile terapisine başlamadan önce, gencin, konu dışı alanların -cinsel yönelim karmaşası gibi- neler olduğunu bildiğinden emin olmak için bireysel bir görüşme planlayabilirsiniz.

Gençler, terapide belirtileriyle ilgili konuşmaya başlarsa, bütün hafta süresince soru yağmuruna tutulacaklarından ve gizli saklı hiçbir şeylerinin kalmayacağından korkabilirler. Böyle bir durumda, genç ve ebeveynler arasında, terapiyi izleyen konuşmaların ne düzeyde tutulacağına ilişkin bir anlaşma önermeniz yararlı olabilir. Sınırlar belirlendiğinde genç terapiye daha rahat devam edebilecektir.

Bazı genç erişkinler, aileleri kendilerini daha bağımsız olmaları için bu kadar zorlarken, aile terapisine neden katılmaları gerektiğine şaşırduklarını belirtirler. Aileleri bir yandan kendi işlerine karışmakta, diğer yandan daha bağımsız olmalarını istemektedir. Bu durum bazı gençler için çelişkilidir.

22 yaşında bir erkek hastanın terapisine ait aşağıdaki diyalogu dikkate alınız:

Genç: Babam okulu bitirmem, bir iş bulmam ve evden taşınmam konusunda beni zorluyor. Daha bağımsız olmam gerektiğini söyleyip duruyor. Daha sonra onunla bu aile terapisine katılmamı istiyor. Her şeyi kendi başıma yapmamı istiyorsa, neden bu terapiye onunla birlikte katılmak zorundayım?

Terapist: Anlaşılan babanın seni birçok konuda zorladığını hissediyorsun. Brad'in az önce söyledikleri ile ilgili siz ne düşünüyorsunuz (babaya dönerek)?

Baba: Brad'i oldukça zorladım. Brad benim üçüncü çocuğum. Diğer çocuklarımı da Brad'in yaşına geldiklerinde aynı şekilde zorlamıştım ve bağımsız olmayı öğrendikleri için daha sonra bana teşekkür ettiler. Bu kuralları şimdi Brad için değiştirirsem küçük kardeşi de benzer bir müsamaha göstermemi bekleyecek ve evin düzeni bozulacak. Brad'in diğer çocuklarımdan farklı şeyler yaşadığını biliyorum ama bunun ne anlama geldiğinden emin değilim ve daha farklı nasıl davranacağımı bilemiyorum. Kuşkusuz daha fazla bilgiye ihtiyacım var.

Terapist: Bilgi almak dışında aile terapisinden başka beklentiniz var mı? Bunu neden Brad'le birlikte yapmak istiyorsunuz?

Baba: Brad'in neler yaşadığını daha ayrıntılı olarak bana anlatacağını umuyorum. Böylece onu daha iyi anlayabilir ve nasıl yardımcı olabileceğimi bulabilirim. İkimiz eskiden çok yakındık. Birlikte bisiklet sürmeye ve yürüyüşlere çıkardık. Şimdiyse nadiren konuşuyoruz ve konuştuğumuzdaysa tek yaptığımız tartışmak oluyor.

Terapist: Brad'in neler yaşadığını anlamak ve onunla daha yakın bir ilişki kurmak istiyorsunuz.

Baba: Evet

Brad: Her istediğini aynı anda elde edemez. Beni sürekli bağımsız olmam için zorluyor ve sonra da özel şeylerimi onunla konuşmamı istiyor.

Terapist: Brad, sen kendin için neler istiyorsun? Liseyi bitirmek ya da bir iş bulmak istiyor musun?

Brad: Evet, ama bu kolay değil.

Terapist: Elbette kolay değil. Aslında, liseyi bitirmek ve işe başlamak gibi geçiş dönemleri birçok kişi için oldukça zordur ve bu dönemlerde aile ilişkileri de etkilenebilir.

Aile terapisinde üzerinde duracağımız konulardan biri de hedeflerini daha iyi anlamak ve bunlara ulaşabilmen için herkesin sana nasıl yardım edebileceğini birlikte düşünmek olacak. Bu kulağa nasıl geliyor?

Brad: Tamam

Terapist: Brad, son zamanlarda babanın seni çok zorladığını hissetmişsin ve bu durum onunla ilişkini bozmuş ya da onunla nasıl iletişim kuracağın konusunda kafan karışmış. Doğru anlamış mıyım?

Brad: Evet.

Baba: Bu konuda kendimi gerçekten kötü hissediyorum. Sanırım ikimizin de kafası karışık. Brad'le hayatı boyunca yakın bir ilişkimiz olsun isterim. Şu anda ona yardım etmek için nasıl bir tutum izleyeceğimi bilemiyorum.

Terapist: Söyleyeceklerim çelişkili gelebilir: Bireylerin birbirlerini anladıkları ve destekledikleri yakın bir ilişki aslında hayatları boyunca daha etkin ve bağımsız işlev görmelerine yardım edebilir. Bu size mantıklı geliyor mu?

Aile terapisinde işleyeceğimiz konulardan bir diğeri de, iletişim kanallarını açmak ve böylece ilişkinizi nasıl iyileştireceğiniz üzerine daha doğrudan ve yapıcı bir şekilde konuşabilmenizi sağlamak olabilir. Bu konu ilginizi çeker mi?

Diğer bir ifade ile aileye, terapinin birçok görüşmede verilecek bilgilendirici broşürlerle birlikte oldukça yapılandırılmış olduğunu; fakat eldeki bilginin, her bir ailenin gereksinimlerine en iyi uyacak şekilde biçimlendirileceğini söyleyebilirsiniz.

Tedaviye kimlerin katılacağına dair sorular

Aile üyeleri terapiye kimin katılacağını merak edebilirler. Onlara söylediğimiz şudur: Genellikle ailede bir kişinin yaşadığı psikiyatrik belirtilerden ailenin tüm bireyleri etkilenir ve aile bireylerinin tepkisi de psikiyatrik belirtiler yaşayan bireyi etkiler. Bu nedenle, evde yaşayan herkesin en azından terapinin bazı bölümlerine katılması yararlı olacaktır. Hasta belirli kişilerin (kardeşler ya da üvey ebeveynler gibi) katılmasına karşı çıkarsa, terapiye birincil bakım verenler ile başlamak ve hasta kendini daha rahat hissettiğinde diğer bireyleri sürece katmak uygundur.

Örneğin bazı gençler, küçük kardeşlerinin bulunduğu ortamda belirtilerini samimi bir şekilde anlatmayacaklarını, 'zayıflıklarını' küçük kardeşlerin önünde konuşmanın utanç verici olduğunu söylerler. Başlangıçta bu sınırlara saygı göstermek uygun olacaktır. Sonrasında, psiko eğitim görüşmelerinin ardından bazı iletişim ve problem çözme görüşmelerine küçük kardeşin katılması tekrar önerilebilir. Bazı gençler ise başlangıçtan itibaren kardeşlerinin katılımına gönüllü olurlar. Bu birbiriyle çelişen örnekler, terapinin çeşitli aşamalarına kimlerin katılacağı konusunun üzerinde önemle düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Bu konu ilk görüşmede hasta ve birincil bakım verenler ile konuşulmalı ve ortak bir karara varılmalıdır.

Diğer aile bireylerinin terapi sürecine katılımı söz konusu olduğunda, bilgilendirilmiş olur formunu imzalamaları için ayrı bir zamanda onlara randevu vermeniz gerektiğini unutmayın. Ayrıca, özellikle yaşı küçük olan kardeşi terapiye dahil etmenin yararlı olmaktan çok terapi için engel oluşturduğunu düşünebilirsiniz. Kardeşi görüşmeye dahil etmeden önce, kardeşin yaşını, sağlık durumunu ve hasta ile ilişkilerini göz önünde bulundurun.

Bir araştırma içinde olmaya dair soru ve kaygılar

Araştırmaya dahil olmak için aile bireylerinin tedavinin 12 seans ve 4 ay süreceğini kabul etmeleri gerekir. Başlangıçta, görüşmelerin ses kaydının alınmasıyla ilgili bazı endişeler belirtmeler de bu nedenle tedaviye katılmayı reddeden çok az aile ile karşılaştık. Görüşme kayıtlarını dinleyen psikologların temel olarak, terapistin tedavi yaklaşımına uyumu ve aileye etkin bir şekilde yardım edebilmesi üzerinde odaklandığını öğrendiklerinde rahatlarlar. Kayıtların yalnızca klinisyen ve UCLA'da danışmanlık yapan araştırma görevlisi tarafından dinleneceğini belirtin.

Birinci terapi görüşmesinden önce araştırma ölçümlerinin uygulanması

UCLA çalışma ekibi siz tedaviye başlamadan önce tanışma görüşmeleri gerçekleştirecek ve ilk terapi görüşmesinden önce bütün görüşme ve ölçümleri tamamlayıp tamamlamadıklarını size bildirecektir.

Bilgilendirilmiş olur vermemiş kardeşler ya da diğer aile üyeleri bu ölçümleri doldurmamalıdır.

II: EĞİTİM GÖRÜŞMELERİ (1-4. GÖRÜŞMELER)

1. Görüşme: Amaçların Belirlenmesi, Tedaviye Genel Bakış

Görüşmeden önce: Kullanacağımız broşürlerin fotokopileri çektirin

- 1.** Açılış
- 2.** Aile bireylerinin tedavi hedeflerinin belirlenmesi
- 3.** Aileye tedavinin hedeflerinin, formatının ve beklentilerinin tanıtılması

Aile odaklı terapi broşür 1'i kullanın: Ne yapacağız ve neler beklemeliyiz?

4. Aile bireylerinin hedefleri ve AOT'de kazanacakları beceriler arasında köprü kurulması
5. Araştırma programının açıklanması - 4. ayda yeniden değerlendirme
6. Klinik işleyişiyle ilgili bilgi verilmesi
7. Ödev belirlenmesi: Haftalık aile görüşmesi düzenlenmesi. Görüşme için bir gün ve saat tanımlanması
8. Aile bireylerinin görüşmeye ilişkin görüşlerinin kaydedilmesi
9. Kapanış

İlk görüşmedeki birçok amacınızdan en önemlisi aile ile tanışma sürecinin ve terapötik işbirliğinin başlamasıdır. İkinci amaç, aile ile birlikte bir tedavi planı yapılmasıdır. Önce her bir aile bireyinin tedavi amaçları üzerinde konuşmanız, daha sonra AOT programının hedefleri, formatı ve beklentilerini açıklamanız ve aile bireylerinin istekleri ile bizim sağlayacaklarımız arasında bir köprü

kurmanız önemlidir. Son olarak, araştırma ve klinik işleyişini açıklamanız, görüşmeler arasında ev ödevi yapma alışkanlığını kazanmalarını sağlamanız, bir sonraki görüşmeyi planlamanız ve ilk görüşmeye ilişkin düşüncelerinizi almanız önemlidir.

Açılış

Tedavinin başlangıcında ilişki kurmanın en iyi yolu 'bağlantı kurma'(joining) adı verilen bir süreçle gerçekleşir. Görüşmeye her bir aile bireyinden kendisi hakkında, psikiyatrik belirtilerle ilgisi olmayan (sevdiği filmler, yapmaktan hoşlandığı şeyler, hobiler gibi) bir şeyler anlatmasını isteyerek başlayın. Bunu aşağıdakine benzer ifadeler kullanarak yapabilirsiniz:

'Birlikte yürüteceğimiz terapiye sizleri birer birey olarak daha iyi tanıyarak başlamak istiyorum. Elbette, her birinizin şu anda sizi etkileyen sorunların dışında daha fazlasına sahip olduğunuzun farkındayım. İlgili alanlarınızı ve güçlü yanlarınızı öğrenmem önemli. Böylece terapiyi sizler için daha uygun hale getirebilir ve tedavi süresince güçlü yanlarınızı kullanabiliriz.'

Hekimler örnek vermek amacıyla kısaca kendilerini tanıtarak işe başlayabilirler (klinik içindeki roller, kişisel ve mesleki ilgi alanları, evcil hayvanlar, hobiler, en sevdiği yiyecekler gibi). Buradaki amaç profesyonel sınırları koruyarak cana yakın ve samimi olmaktır. İH'nin son zamanlarda sıkıntı içinde olabileceğini hatırlayarak uzun bir başarı listesi sunmaktan kaçının. Sıradan günlük ilgi alanları ve aktivitelerle ilgili konuşun. Örnek olarak:

'Önce biraz kendimi tanıtarak başlayacağım. Bildiğiniz gibi adım Kliniğimizde iki senedir terapist olarak çalışmaktayım. Üniversiteyi Boston'da okudum, ihtisasımı Güney Kaliforniya Üniversitesi'nde yaptım. Gençler ve aileleri ile çalışmayı gerçekten seviyorum ve koruma ve önlemeye yönelik çalışmak konusunda heyecanlıyım.

Şimdi, sizler kendi hakkınızda bir şeyler anlatabilirsiniz.'

Aile bireyleri ilgi alanları ve kim olduklarına ilişkin bir miktar konuştuktan sonra tedavinin hedeflerine geçebilirsiniz.

Bağlantı kurma, tedavinin gidişi boyunca üzerinde çalışmaya devam edeceğimiz bir süreçtir. Arkadaşça bir havayı sürdürmek ve mümkün olduğunda esprili bir ortam yaratmak çok yardımcı olabilir. Ek olarak, her görüşmenin başında ve sonunda aile ile, hafta sonu gerçekleştirdikleri eğlenceli aktiviteler, takip ettikleri spor takımları, bir sonraki hafta sonu için yaptıkları planlar ya da diğer günlük konularla ilgili sohbet etmeyi ihmal etmeyin. İlgili alanlarını öğrendiğiniz takdirde bunları, sonraki görüşmelerin başında ve sonunda kısa sorular sormakta kullanabilirsiniz.

İlk Görüşmeden Önce Hastanızı Tanıyın

Söz konusu yeni bir hastaysa, aile ile tanışmadan önce klinik değerlendirme dosyasını okumanız önemlidir. İlk değerlendirme raporunu dolduracak olan UCLA Araştırma Asistanı ile görüşün. İlk görüşmelere odaklanmanızı sağlayacak bilgiler elde edebilirsiniz. Örneğin, gencin ciddi düzeyde sosyal içe çekilmesi olduğunu ve ev dışındaki aktivitelerle ilgisiz olduğunu öğrenebilirsiniz. Durum böyle olduğunda, neşeli, şen şakrak bir havada değişik aktivitelerle olan ilginizi belirtmekten kaçınmak istersiniz çünkü gencin söyleyecek pek az şeyi bulunmaktadır. Görüşmenin başından başlayarak ailenin duygusal tonu ve iletişim temposuna göre kendinizi ayarlayın; böylece aile ile uyumsuzluk yaşamazsınız. Depresif bir aile çok neşeli bir görünümü yüzeysel olarak algılayabilir. Sakin, uyumlu ve olgun bir tutumu yerleştirin.

Bazı terapistler, önce aile bireyleri kendilerini tanıttığında onlarla daha iyi iletişim kurduklarını hissederler; çünkü böylece her bireyin ilgi alanlarına dair bilgi sahibi olacak ve kendisiyle ilgili yorumlar ekleyebileceklerdir. Her iki yaklaşım da kullanılabilir. Burada hedef, onları analiz edeceğinize, kötü ebeveynler gibi hissettireceğinize ya da onların rahatsız edici sırlarını açığa çıkaracağınıza dair korkularını yatıştırmak ve sizin yanınızda rahat hissetmelerini sağlamaktır.

Aile Bireylerinin Tedavi Hedefleri

Aile bireyleriyle ilişki kurmaya başladığımızı hissettiğinizde, tedaviden ne beklediklerini onlara sorun. İçinde buldukları durumla ilgili bilgi sahibi

olduğunuzu ve onlara yardım edebileceğinizi ancak en önemlisinin tedaviden neler beklediklerini öğrenmek olduğunu belirtin. Bunu şöyle ifade edebilirsiniz:

‘İlk görüşmelerde, içinde bulunduğunuz durumu ve mücadele ettiğiniz güçlükleri açıklamaya çalıştınız. Tedavide size yardımcı olabileceğini düşündüğüm birçok düşüncem var; ancak buna geçmeden önce, her birinizin birlikte yapacağımız bu çalışmadan neler beklediğini biraz daha öğrenmek istiyorum. Tedavinin başarılı olması durumunda hayatlarınızda nasıl değişiklikler olurdu?’

Birçok durumda, tedavi hedeflerini sormaya İH’den başlamak yararlıdır, böylece hayatında nelerin değişmesini istediğini ifade etme olanağı bulacaktır. Gençler en çok, kendi seçtikleri hedeflere ulaşmak konusunda hevesli olurlar. Ebeveynleri aynı hedefleri dile getirmiş olsa bile, genç kendisine zorla kabul ettirmeye çalışıldığını hissedecek ve aynı derecede hevesli olmayacaktır.

Genç terapide yeniyse ve hedef diyerek neyi kastettiğini anlamakta güçlük çekiyorsa, hayatta hedeflerin belirlendiği çeşitli alanlardan oluşan (aşağıdaki gibi bir) bir örnek liste vererek süreci yapılandırabilirsiniz. Aşağıda sıralanan alanların her biri için neler iyi gitmektedir ve neler daha iyi olabilir?

- Kendine ilişkin duyguları (duygudurum, özsaygı, hobiler ve ilgi alanları)
- Belirtilerle baş etmek
- İlişkiler:
 - I. Aile bireyleri ile
 - Anne
 - Baba
 - Kardeşler
 - II. Arkadaşlarla
 - III. Sınıf arkadaşları ve öğretmenlerle
- Okul/iş alanında işlevsellik
 - I. Sabah bağımsız olarak kalkarak zamanında ulaşma
 - II. Yapılması gerekenleri yapma
 - III. Tamamladığı görevlerden tatmin olma

IV. Bağımsız yaşama becerileri (alışveriş, yemek, çamaşır, temizlik, bütçe yönetimi)

Benzer şekilde ebeveynler de, bahsettiğiniz hedeflerin ne olduğunu anlamakta güçlük çekebilirler. Bu hedefler kendileriyle mi gençle mi ilgili olacaktır? Terapinin odak noktası İH olduğundan, ebeveynlerin gençle ilgili hedeflerini öğrenmek yararlı olacaktır. Örneğin gencin, ebeveynlerini özellikle endişelendiren belirtileri var mıdır? Okul, iş, arkadaşlık ya da aile alanlarındaki işlevselliğinde üzerinde çalışılması gerektiğini düşündükleri noktalar var mıdır? Ek olarak, ebeveynlerin, iletişimlerinin daha iyi ya da çatışmanın daha az olması gibi çocuklarıyla ilişkilerine dair hedefleri olabilir. İH’ye nasıl daha fazla destek olabileceklerini öğrenmek isteyebilirler. Alternatif olarak, İH ile ilgisi olmayan bazı hedefler sıralayabilirler. Bu hedefler konusunda da onlara yardımcı olabilirsiniz (sözgelimi ‘iş görüşmeleri sırasında çok heyecanlanıyorum. Nasıl daha iyi olacağını bilmek isterim’)

Birçok aile, hedeflerinin sorulması ve düşüncelerini paylaşma fırsatı verilmesi karşısında minnettarlık duyar. Bazı hastalar (ya da kardeşleri) burada bulunmak istemediklerini, aileleri tarafından zorla getirildiklerini söylerler. Bunu ifade ederek size karşı dürüst davranmış ve onlarla ilişki kurmak için fırsat vermiş olurlar. Aşağıdakine benzer ifadelerle yanıt verebilirsiniz:

‘Bana karşı böyle dürüst olduğun için teşekkür ederim. İçindeki tereddütlere rağmen şu anda burada olmanı takdir ediyorum. Umuyorum ki zamanla, birlikte yaptığımız bu çalışmayı harcadığın zamana ve çabalarına değer hale getirebiliriz. Hayatında biraz daha iyi gitmesini istediğin herhangi bir şey var mı? Okul/iş hayatın, arkadaşları ya da ailen?’

Bazı İH’ler ‘bir araba istiyorum’ gibi alışılmadık bir tedavi hedefi belirtebilir. Bu hedef durumla ilgisiz olsa da, hastanın içinde bir miktar istek ve motivasyon olduğunu göstermesi bakımından dikkate alınmalıdır. Bu İH için depresyon ya da negatif belirtiler çok ön planda değildir. Ne tür bir araba istediği konusunda birkaç soru sorabilir ve ardından aşağıdakine benzer bir şey söyleyebilirsiniz:

‘Neden böyle bir araba istediğini anlıyorum. Bu ailede bir süredir devam eden bir tartışma konusu mu? Ailenle bu konuda yaptığın konuşmalar hakkında daha fazla şey öğrenmek isterim.’

Özerklik/bağımsızlıkla ilgili daha geniş bir hedef içine girebileceğinden bu hedef hakkında daha fazla şey öğrenmek ilginç olabilir.

Bir diğer örnek İH'nin ‘annemle babam başımdan gitsinler istiyorum’ şeklindeki hedefi olabilir. Yukarıdakine benzeyen bir onaylama ve ardından durumu uygun bir bağlama yerleştirme stratejisi burada da işe yarayabilir:

‘Evet, bir çok genç burada aynı hedefi dile getiriyor. Senin gibi birçok arkadaşın var. Tahmin ediyorum ki annenle baban da senin başından gitmek istiyorlardır (sizinle aynı fikirde olup olmadıklarını görmek için anne babaya bakın). Annenle baban bu şekilde hissettiğini biliyorlar mı? Annenle baban başında durmadan tek başına yapabileceğin şeylerden bahsetmek ister misin?’

Bu yoruma, görüşmenin ilerleyen bölümünde ‘iletişim köprüleri kurarken’ tekrar dönebilirsiniz. AOT'nin ana hatlarını çizerken, iletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesinin hem İH hem de anne babalara terapide daha rahat ve etkili çalışma olanağı sunacağını, böylece daha az tartışma yaşanacağını vurgulayın.

Genel olarak esnek bir tutum sergileyin; İH ve/veya ebeveynlerin hedefleri sizin terapötik gündeminizle uyuşmayabilir.

Hedeflerin belirlenmesi süreci çok önemlidir ve aceleyle getirilmemelidir. Bu hedefler tedaviyi aile bireylerine uygun hale getirmek için gereklidir. Böylece, önceden hazırlanmış bir tedaviyi onlar üzerinde uygulamaya çalışmadığımızı, onların gereksinimlerine yanıt verdiğimizizi hissederler. Belirtilen hedefleri yazmalısınız çünkü aile bireylerine kazanmalarını istediğiniz yeni beceriler sundukça, bu beceriler ile ailenin tedavi hedefleri arasındaki bağlantıyı kurabilirsiniz.

Bazı aile üyeleri açıkça belirlenmiş hedefler belirtirken bazılarının, tedaviden beklentileri konusunda emin olmayabileceğini unutmayın. Bu durumda, sizin sunacağınız hedefleri öğrenmekten hoşnut olurlar ve bu, en çok neyi öğrenmek istediklerini anlamaları konusunda onlara fikir verebilir. Ailenin her bireyine düşüncelerini ifade etme fırsatı vermeniz önemlidir. Hedeflerin belirlenmesi sürecinde en iyi sonuçlar işbirliği içinde çalışıldığında alınacaktır.

AOT-PY'nin Hedefleri

Aile üyelerini tanıdıktan ve hedeflerini öğrendikten sonra, aileye AOT-PY'nin formatını ve beklentilerini tanıttın. Broşür 1, ‘Aile Odaklı Terapi: Neler Yapacağız ve Neler Bekleyebiliriz’ bu ilk seansta kullanılacaktır. Listedeki her madde üzerinde konuşun ve ailenin terapiden neler bekleyebileceğini ve onlardan neler beklendiğini anlamasını sağlayın. Aşağıdakine benzer ifadeler kullanabilirsiniz:

‘ Bu, oldukça yapılandırılmış bir tedavidir. Önümüzdeki 4 ay süresince sizlerle paylaşacağımız birçok bilgi ve kazandıracığımız birçok beceri var. 12 görüşme yapmayı planladık. İlk iki ay boyunca haftada bir, sonraki iki ay boyunca iki haftada bir görüşeceğiz. Bu sizin için uygun mu?’

Gelecek hafta hastalık belirtileri (duygudurum, düşünce bozukluğu, erken başlangıç), bunların ne olduğu ve nasıl azaltılabilecekleri üzerine konuşacağız. Sonraki birkaç görüşmede stresi azaltma yolları, önleme stratejileri, okul, arkadaşlık ilişkileri ve evde sorunlarla baş etme yolları üzerinde duracağız.

Daha sonraki görüşmelerde, iletişim becerilerini güçlendirmek üzerine çalışacağız ve problem çözme üzerine yeni bir yaklaşımın uygulamasını gerçekleştireceğiz. Problemler karşısında sakin, yapıcı ve yapılandırılmış bir tutum izlendiğinde belirtilerin dengede kaldığını biliyoruz. Hep birlikte bu konuda çalışmanızı sağlayacak teknikleri size öğretmek istiyoruz. Bunların size nasıl yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?’

Birlikte yapacağımız çalışmanın sonuna doğru öğrendiğimiz becerileri bütünleştireceğiz. Bütün bunlar hakkında neler düşünüyorsunuz?’

Bu konuşmanın ardından şu şekilde devam edebilirsiniz:

‘Şimdi terapi süresince benden neler bekleyebileceğiniz üzerine konuşalım. Görüşmeler zamanında başlayacak ve yaklaşık 1 saat sürecek. Terapi kolay bir iş değildir ve burada benim görevim bunu uygun bir şekilde sürdürmektir. Görüşmeler dışında benimle konuşmak isterseniz bana bu numaradan ulaşabilirsiniz (aileye kartınızı veriniz), size 24 saat içinde dönmek için elimden geleni yapacağım.

Buradaki rolüm temelde size rehberlik etmektir. Görevim size bazı beceriler kazandırmak ve terapinin sonunda bunları, benim rehberliğime ihtiyaç duymadan kullanabilmeniz için birlikte uygulamaktır. Size görüşmelerde öğreteceğim becerileri evde uygulamanızı isteyeceğim.

Bazen, öğrendiğimiz becerilerin bazılarını evde ya da okul/iş ortamında uygulamanızı isteyeceğim. Ailelerin terapi ödevlerini gözden geçirmek üzere bir aile toplantısı programlamalarını öneriyoruz. Yeni kazanılan tüm beceriler için olduğu gibi, ne kadar çok pratik yaparsanız o kadar ustalaşsınız. Bu görevleri yerine getirirseniz daha hızlı ilerleme kaydederiz. Siz ne düşünüyorsunuz? Konuya ilişkin sorularınız/kaygılandığımız noktalar var mı?’

‘Bir araya gelerek bir aile toplantısı yapmak için en uygun zaman ne olabilir?’

Eğitim görüşmeleri öncesinde şunu aileye açıklayın: ‘Size yalnızca bilgileri olduğu gibi aktarmak istemiyoruz; aynı zamanda bu bilgilere dair düşüncelerinizi öğrenmek ve sizin için ne kadar uygulanabilir olduğunu anlamak istiyoruz.’

Köprü kurmak

Her bir aile bireyinin kendi tedavi hedeflerini dinledikten ve AOT yaklaşımını özetledikten sonra, aile bireylerinin hedefleri ile AOT’de kazanacakları beceriler arasında köprü kurabilirsiniz. Belirtilen hedeflerden bazılarını

seçin, üzerinde çalışacağınız çeşitli beceriler ile bağlantı kurun ve bu becerilerin hedeflerine ulaşmayı nasıl sağlayacağını kısaca açıklayın. Örnek olarak, aşağıdakine benzer ifadeler kullanabilirsiniz:

‘Pekala, şimdi aynı fikirde olduğumuzdan emin olalım. Joe, kendinde gerçekleşen değişiklikleri daha iyi anlamak istediğinden bahsettin. Bir sonraki görüşmemize buradan başlayacağız, ne düşünüyorsun? Ayrıca, bu değişikliklerle daha iyi bir şekilde başa çıkmayı, okul ve evde daha kontrollü olmayı istediğini söyledin. Bu konuya da çok yakında değineceğiz. 3 ve 4. görüşmelerimizde belirtilerle baş etme stratejileri üzerinde çalışacağız.

X Bey, siz de Joe’nun sizden bağımsız olarak uyanıp okul için hazırlanmasını istediğinizi söylemişsiniz, değil mi? Bence öncelikle, Joe’nun yaşamakta olduğu belirtileri ve bu belirtilerin okul ve aile yaşamına olan etkilerini anlamamız önemli. Bunu anladıktan sonra, okuldaki işlevselliğini sürdürmesi için neler yapabileceği konusunda daha etkin bir şekilde düşünebiliriz.

Joe’nun, sabahları bağımsız olarak yataktan kalkıp okula gitmesi konusundaki isteğiniz kliniğimize gelen ailelerden en çok duyduğumuz isteklerden biri. Problem çözme görüşmelerimiz sırasında bu konunun üzerinde mutlaka duracağız. Siz ne düşünüyorsunuz?’

X Hanım, son zamanlarda evde sık sık tartışma yaşandığından bahsettiniz ve oğlunuzun, onunla aynı tarafta olduğunuzu ve ona yardım etmeye çalıştığınızı bilmesini istiyorsunuz. Joe, sen de, anne babanın artık seni rahat bırakmasını istiyorsun. Burada üzerinde çalışacağımız çok konu var. Hastalık belirtileri genellikle aile içindeki iletişimi zorlaştırır ve ilişkiler üzerinde stres yaratır. Yaklaşık olarak 5. görüşmemizde bazı iletişim becerileri üzerinde çalışacağız, böylece sorunlara daha sakin ve yapıcı bir şekilde yaklaşabileceksiniz. Umut ediyorum ki, bu iletişim becerileri üzerine çalıştıkça, yeniden aynı takımda olduğunuzu hissetmeye başlayacaksınız. Ne düşünüyorsunuz?’

Söylediklerinizi anladıklarından emin olmak için gence ve ailesine düşüncelerini sık sık sorun. Konuşulan konu karşısında olumsuz bir tutum mu (kaşlarını kaldırma, sıkıntılı ya da öfkeli görünüm) sergiliyorlar? Böyle bir

tutum fark ederseniz durun ve sorun. Aşağıdakine benzer bir cümle kullanabilirsiniz:

Terapist: Tim, iletişim becerileri eğitiminden bahsettiğim sırada kaşlarını kaldırdığını fark ettim, haklı mıyım?

Genç: Evet

Terapist: Neler düşündüğünü açıklayabilir misin?

Genç: Daha önce yaz kampına gittiğimde, rehberler iletişim becerilerini öğretmek için bizi zorlamışlardı. Her gün oradaki herkesle ilgili sevdiğimiz bir şeyler söylemek zorundaydık. Çok saçmaydı. Gerçekte nefret ettiğimiz çocuklarla ilgili hiç de dürüst olmayan şeyler uyduruyorduk. Gerçekten çok anlamsızdı.

Terapist: İletişim becerileri eğitimiyle ilgili kötü bir deneyim yaşamışsın. Kendini benzer bir durumda bulmak istememeni anlayabiliyorum. İletişim becerilerine ilişkin başka bir eğitim aldın mı?

Genç: Hayır

Terapist: umuyorum ki, benim yapmayı planladığım uygulamalar senin ve ailen için daha yararlı olacak ve yaz kampındakiler gibi zorlama ve yapmacık olmayacak. Ama, ilerleyen görüşmelerde bizim yaptığımız eğitimle ilgili düşüncelerini de duymak isterim. Umarım ki her zaman şimdi olduğun gibi dürüstçe düşüncelerini ifade edebilirsin.

Başarılamayacak hedefleri dile getirmekten kaçın

Aile bireyleri AOT’te uygun olmayan hedeflerden bahsederse, bu hedefler üzerinde çalışamayacağımızı nedenleri ile açıklayın. Örneğin, aile bireylerinden biri, çocukken maruz kaldığı istismar üzerinde çalışmayı istediğini çünkü bu istismarın güncel problemlere katkısı olduğunu düşündüğünü söyleyebilir. Buna aşağıdakine benzer bir yanıt verebilirsiniz:

‘Bu kesinlikle önemli bir konu ve bana bundan bahsettiğiniz için memnunuz. Yaşamınızda böyle zor deneyimler yaşadığınızı bilmem önemli. Bu tür konuların ne zaman konuşulacağı çok önemlidir. Gençler senin(İH) tanımladığın gibi şiddetli belirtiler (dünyanın tepesinde/depresif hissetmek, diğer kişilere karşı şüpheli

olmak) yaşamaktayken; bu belirtilerle baş etmeyi sağlayacak ve anksiyeteyi azaltacak yönde görüşmeler yapmak önemlidir. Erken döneme ait istismar yaşantılarını konuşmak yoğun anksiyete yaratabilir ve bu konuyu belirtilerin azalana ve sen okulda ve arkadaşların arasındaki işlevselliğini yeniden kazanana kadar yapmamak daha uygun olur. Kendini daha iyi hissettiğin zaman, farklı bir terapi ortamında bunları konuşmak isteyip istemediğine kadar verebilirsin. Her şeyi bir anda yapmak çok yorucu olabilir, bu nedenle terapiyi farklı aşamalara bölmenin gerekli olduğunu düşünüyoruz. Söylediklerim sana mantıklı geliyor mu?’

Marital sorunları üzerine çalışmayı isteyen ebeveynlere de benzer bir yanıt verilebilir. Üzerinde çalışacağınız bazı problem çözme ve iletişim becerilerinin buna benzer başka konular için de yardımı dokunabileceğini aileye söyleyebilirsiniz; ancak tedavi, İH’nın belirtilerinin azalması ve işlevselliğinin daha iyi hale gelmesi noktasına odaklanacaktır. Bir anda bütün sorunları çözmeye çalışmak çok yorucu olabilir.

İlk görüşmede problem çözmeye başlamaktan kaçın

İlk görüşmeyi aileyi tanımak ve bilgi toplamak için kullanın. Aile tartışmaya başlar ve örneğin, okuldaki zorluklar üzerine konuşmak için ısrarcı olursa, onları aşağıdakine benzer cümlelerle yeniden yönlendirebilirsiniz:

‘Üzerinizde baskı yaratan kaygılarınız olduğunu biliyorum ve bunları konuşmaya mümkün olan en kısa zamanda başlayacağız. Ancak öncelikle birlikte nasıl çalışacağımıza ilişkin bir plan yapmalıyız. Bugün yalnızca, gelecekte yapacağımız çalışmaların temelini oluşturan ilk adımı atıyoruz. Okuldaki sorunlar ve sizi kaygılandıran birçok konu üzerinde çalışacağız.’

Aile içindeki çatışmaları artıran ve sorunları alevlendiren olası iletişim kusurlarına dikkat edin ancak bu noktada bunlara değinmekten kaçın. Ayrıca, ailenin, sonraki seanslarda vurgulayabileceğiniz ve üzerine yeni şeyler inşa edebileceğiniz güçlü yanlarına da dikkat edin.

Araştırma programını açıklayın

Hasta ve ailesine, hastanın belirtilerini ve işlevselliğini değerlendirmek üzere, tedavinin bitiminde ve sonrasında bir yıl boyunca 4 ayda bir araştırma değerlendirme görüşmeleri yapılacağını hatırlatın. Amacımızın sıkıntı veren belirtileri azaltmak ve işlevselliği artırmak olduğu düşünüldüğünde araştırma değerlendirmeleri tedavinin merkezindedir, çünkü ancak bu yolla hastalara yardım edip edemediğimizi bilebiliriz. Araştırma sayesinde ki ücretsiz olarak ailelere tedavi sunabiliyoruz.

Klinik prosedürlerini açıklayın

Hasta kliniğe ilk kez gelen yeni bir hastaysa, görüşmeler arasında size nasıl ulaşabileceğini ve ihtiyaç halinde klinikte 24 saat hizmet veren bir birim olup olmadığını açıklayın. Hastanın tedavisinden sorumlu başka bir psikiyatrist ya da sağlık çalışanı varsa, acil bir durumda önce kime başvurmaları gerektiğini belirtin (genellikle bu kişi psikiyatrist olacaktır). Eğer kliniğiniz 24 saat hizmet veren bir birim barındırmıyorsa, aileye bölgedeki acil servislerin telefon numaralarını ve adreslerini verin. Görüşmeyi ertelemek ya da iptal etmek zorunda kalırlarsa size 24 saat önceden haber vermelerini söyleyin.

Ev ödevlerini belirleyin

Görüşmenin sonuna doğru ya da mümkünse daha önce, aileye ilk ödevini verin: İlk terapi görüşmesinde konuşulanlara ilişkin sorularını/kaygılarını tartışacakları bir aile görüşmesi planlamak. İkinci görüşmede belirtiler üzerinde konuşacaksınız, böylece, çeşitli belirtilerin aileyi nasıl etkilediğine dair birlikte düşünmeye başlayabilirler.

Aileyi, görüşmeler arasında düzenli olarak aile toplantıları yapmaları konusunda cesaretlendirin

Aileye, aile toplantısı için uygun gün ve saatin ne olabileceğini sorun. İlk aile toplantısı kısa süreli olabilir (10-20 dk). İlk toplantı ailenin, terapinin gidişi boyunca devam etmesini istediğiniz bu toplantılar için bir rutin oluşturmasını sağlayacaktır. Her hafta belirleyeceğiniz ev ödevleri farklı olacak, ancak genellikle ödevlerin bir kısmı aile toplantısı sırasında tamamlanacaktır.

Tercih noktası

Birinci görüşmenin bu noktasında, zamanınız neredeyse bitmek üzere olabilir ve bir gün için yeterli materyali sunduğunuzu düşünebilirsiniz. Eğer durum böyleyse, görüşmeyi sonlandırın, söylemiş olduğunuzu özetleyin ve aileyi gelecek görüşme için hazırlayın (aşağıda). Diğer bir yandan, henüz 35 dakika geçmiş olabilir ve daha fazla konuyu gündeme getirebileceğinizi düşünebilirsiniz. Durum böyleyse, ‘IH’nin belirtilerini konuşmayı kolaylaştırmak’ (genellikle ikinci görüşmenin konusudur) bölümüne geçin. Depresyon ya da mani ile ilgili olan broşürlerden birini gözden geçirin. Bu alıştırmanın yönergeleri aşağıda, 2. görüşme bölümündedir.

Sonraki görüşmeyi planlayın

Bir görüşme için yeterli materyali işlediğinize karar verirsiniz, bir sonraki görüşmenin tarih ve saatini belirleyin ve aileye gelecek görüşmenin eğitim görüşmesi olacağını hatırlatın. Soru sormaları için aileye zaman tanıyın. Görüşme süresince soru sormuş olabilirler ve daha fazla soruları olmayabilir. Aşağıdakine benzer ifadeler kullanabilirsiniz:

‘Bugün birçok konu üzerinde durduk. Hafta boyunca aklınıza takılan sorular olabilir, bir sonraki görüşmeye bu soruları yanıtlayarak başlayacağım.’

Özetleyin

Zamanınız kaldıysa görüşmede işlenenleri kısaca özetleyin ve ailenin fikirlerini alın. Aşağıdakine benzer ifadeler kullanabilirsiniz:

‘Bugün giriş niteliğinde bir görüşme yaptık. Birbirimizi tanımaya başladık. Sizin için nasıldı?’

Daha sonra hedeflerimiz üzerine konuştuk. Bu hedefleri yazılı hale getirecek ve sonraki görüşmede sizlere vereceğim; böylece elimizde, birlikte yapacağımız çalışmada nelerin üzerine çalışacağımızı hatırlatacak bir listemiz olacak. Bugün konuştuklarımızdan başka hedefler aklınıza gelirse, onları da haftaya listemize ekleyelim. Gündeme getirmek istediğiniz başka bir şey var mı?’

Hedeflerinizden bahsetmeniz beni mutlu etti, yapacağımız çalışmayla ilgili umut ve heyecan duyuyorum. Gelecek haftalar boyunca birlikte başaracağımız çok şey olduğunu düşünüyorum.’

‘Yüksek Riskli’ Ne Demektir?

Birinci ya da ikinci görüşmede gelmesi muhtemel sorulardan biri, psikozda ya da bipolar bozuklukta ‘erken başlangıç’ ve ‘yüksek riskli’ kavramlarının ne anlama geldiğidir. Birazdan verilecek bilgileri bu soruyu yanıtlarken kullanabilirsiniz; eğitim verir tarzda ve ailenin anlayacağı bir dille konuşun.

‘ ‘Yüksek risk’ kişilerin bazı belirtilere sahip olduğu ve sosyal ve okul/mesleki işlevsellikte etkilenmenin olduğu bir durumdur. Tek bir belirtiden ziyade, bu belirtilerin kümelenmesi; buna ek olarak belirtilerin sıklığı, şiddeti ve yol açtıkları sıkıntı ve bozulma bir yüksek risk sendromunun varlığına işaret eder.

Sık gözlenen belirtiler kendini oldukça dengesiz hissetme (iyi, kötü, çabuk sinirlenen), sosyal içe çekilme, ders notlarında düşme, uyku zorluğu, alışılmadık tuhaf davranışlar, konsantrasyonda giderek kötüleşen düşme, sembollere, seslere, kokulara ve dokunmaya karşı duyarlılığın artması, motivasyon kaybı, kişisel güçlerle ilgili abartılı inançlar ve şüphecilik bulunmaktadır. Gelecek hafta bu belirtiler üzerinde daha ayrıntılı konuşacağız.

Ateşin kızamık için erken bir uyarı belirtisi olduğu belirtilir. Bu şu anlama gelmektedir: Ateş varlığı kişide kızamık gelişebileceğine işaret etmektedir. Ancak, sizin de tahmin edebileceğiniz gibi, her ateşi olan kişide kızamık gelişmez. Benzer şekilde, az önce sıraladığım erken uyarı belirtileri bir duygudurum bozukluğunun ya da psikotik bozukluğun erken fazı olabilir ya da olmayabilir. Hastalık gelişirse, şiddetli belirtiler ortaya çıkmadan önce, hafif belirtilerin baskın olduğu bir erken faz genellikle bulunur.

Şimdiye kadar yapılan araştırmalar, ‘yüksek risk sendromu’ için ölçütleri karşılayan bireylerden %40’tan azında 2-5 yıl içinde bipolar bozukluk ya da psikotik

bozukluk geliştiğini göstermiştir. Bu iyi haberdır, çünkü, değerlendirme yöntemleri ile belirlediğimiz, yüksek risk sendromu olan ya da yüksek riskli bir durumda bulunanların yarısından azında daha şiddetli sorunlar ortaya çıkacaktır. Biz bu oranı daha da düşürmek istiyoruz ve bu amaçla, bu erken ‘yüksek risk’ döneminde aile tedavisi uyguluyoruz. Umuyoruz ki, birlikte yapacağımız bu çalışma, sizin (İH) için riski düşürecek ve daha koruyucu bir ortam yaratacak.’

Bu konuyla bağlantılı olan bir diğer soru da neye bipolar bozukluk ya da psikoz dendiğidir. Eğer kişide bipolar bozukluk varsa, mani ya da depresyon terimlerini kullanmayı tercih edebilir. Bazı gençler duygudurum dalgalanmalarından inişler ve çıkışlar şeklinde bahsederken bazıları mani ya da depresyon olarak adlandırır. Gence hangi terimleri tercih ettiğini sorun.

Aynı şekilde, İH, psikoz terimini kullanmaya itiraz edebilir. ‘Düşünce bozukluğu’ ya da ‘düşünme problemleri’ gibi daha az yüklü terimler kullanmak isteyebilir. Bu noktada yine, belirtilerini nasıl adlandırmak istediğini gence sorun.

Bağlantı kurma/Kapanış

Bu açıklama ile terapide yaşadığımız deneyimler üzerine düşünmenin önemini vurguluyoruz. Ne kadar duyarlı olmaya çalışırsak çalışalım, aile bireylerinin zihinlerini okuyamayız. Bu nedenle, üzerinde konuşulan şeylere ilişkin görüşlerini sık sık sormamız önem taşımaktadır. Ailenin samimi geribildirimini almak terapiyi onlara göre düzenlememize olanak sağlayacaktır, böylece terapi onlar için daha dayanılır ve anlamlı bir hale gelecektir. Görüşme iyi geçtiyse ve kendinizi umutlu ve heyecanlı hissediyorsanız, bu duyguyu aileyle paylaşmanız ve iyimser bir atmosfer yaratmaya çalışmanız onları cesaretlendirebilir.

Aile ile, hafta sonu planları ya da ortak ilgi alanlarınız gibi günlük konulara ilişkin sohbet etmek için birkaç dakikanızı ayırın. En önemli noktalardan biri ise muhtemelen, ilk terapi görüşmelerinin başında ve sonunda gençle iletişim kurmaya yönelik doğrudan çaba göstermenizdir. Gençte terapiye katılma konusunda bir

isteksizlik sezdiyseniz bu daha da önemlidir. Gençle ne kadar iyi iletişim kurabilerseniz o kadar iyidir. Ebeveynlerin genci sürükleyerek getirmedığı durumda ailenin de tedaviye düzenli devam etme olasılığı yüksektir. Gençler, erişkinler gereğinden çok çaba gösterdiğinde bunu hemen fark etmek konusunda özellikle yeteneklidir; bu nedenle çabalarınızı düşük düzeyde tutun.

Aile bireylerinin her biriyle iyi zaman geçirmeye çalışın. Yapacağımız birkaç esprî, hemen öncesinde yapmış olduğunuz ciddi ve zorlayıcı konuşmalara rağmen sizin de onların varlığından keyif aldığınızı gösterecektir. Odadan çıkmadan önce, duygusal olarak da tedavilerine katılım gösterdiğinizi bilmek siz daha fazla güvenmelerini sağlayacaktır.

İdeal olarak bu terapi, makul miktarda karşılıklı kahkaha içermelidir. Ebeveynler genellikle büyük sıkıntı içinde gelirler. Durumları düşünüldüğünde bu anlaşılabilir. Elbette onların endişelerini ya da durumlarının ciddiyetini değersizleştirmeyeceksiniz, ancak onların sıkıntısını bir miktar neşe ile dengeleyeceksiniz. Böyle bir yaklaşım hem sizi hem de onları 'tükenmek'ten koruyabilir. Terapinin altta yatan hedeflerinden biri de, hastalara ve ailelerine belirtilere rağmen hayata devam etmeleri için yardımcı olmaktır. Belirtilerin varlığına rağmen hala çalışabilir, arkadaşlarıyla zaman geçirebilir ve diğer kişilerle eğlenebilirler. Bunları dolaylı olarak ya da terapide yaşayacağınız esprîli anlar ile direkt göstererek hatırlatmanız onlara bu konuda güven verecektir.

2. Görüşme: Belirtilerin ve Yatkinlık-Stres Modelinin Konuşulması

İkinci görüşmenin amaçları:

1. İH ya da ailenin birinci görüşme ile ilgili dile getirmek istedikleri bir şey olup olmadığı sorun. Ev ödevini değerlendirin: Aile toplantısı yapmışlar mı? Toplantıda size neler sormayı kararlaştırmışlar? Tedavi ile ulaşmak istedikleri daha fazla hedef var mı?
2. Önceki hafta konuştuğunuz tedavi hedeflerini gözden geçirin. Hedeflerden bazıları ile

belirtilere yönelik yapacağımız konuşma arasında bağlantılar kurmaya çalışın.

3. İH'nın belirtilerinin aile tarafından konuşulmasını kolaylaştırın. İH'yı yaşadığı deneyimleri paylaşmaya çağırın, diğer aile bireylerine tepkilerini sorun ve İH'ya hangi tür tepkilerin kendisine daha fazla yardımcı olacağını sorun.
4. İH'ya bir duygudurum çizelgesi doldurmaya başlamasını söyleyin.
5. (Zamanınız izin verirse) Yatkinlık-stres modelini tanıttın.
6. Zamanınız izin verirse broşürü gözden geçirin: Duygudurum ve düşünce belirtileri nasıl ortaya çıkar?
7. Bağlantı kurma/kapanış.
8. İkinci görüşmeden sonra, üçüncü görüşme öncesinde vakayı kavramsallaştırmaya yönelik bir zaman ayırın. Geri kalan görüşmeler için bir plan oluşturun.

Bu görüşmede iki temel öğrenme hedefi vardır. Birincisi, İH ve ailesinin duygudurum ve psikoz belirtilerine ait deneyimlerini paylaştıkları karşılıklı etkileşime olanak sağlamak ve bu sırada gerekirse belirtilere ilişkin bilgi vermek. İkincisi, tedavinin teorik temelini açıklamak ve stresin, belirtilerin alevlenmesi ve işlevsellik üzerindeki rolünü vurgulamak üzere yatkinlık-stres modelini tanıtmak.

Ev Ödevinin Değerlendirilmesi

Bir aile toplantısı yapıp yapmadıklarını ve toplantıda gündeme gelen soru/kaygıları olup olmadığını sorun. Toplantı yapmamışlarsa, görüşmede sunulan eğitici materyali gözden geçirecekleri ve problem çözme ve iletişim becerilerinin uygulamasını yapacakları bir toplantı yapmanın terapinin gidişatını olumlu etkileyeceğini hatırlatın. Ailece oturup konuşacakları en uygun zamanı sorun. Bu toplantı, ailenin rutin hayatı için değişik bir durum olduğundan, belirlenen zamanda bir araya gelmeyi nasıl hatırlayacaklarını sorun. Evde bulunan takvim üzerine işaretleyebilirler ya da aileden bir kişi belirlenmiş zamanda herkesi bir araya getirmekle yükümlü olabilir.

Tedavi Hedeflerini Gözden Geçirin

Ailenin sunmuş olduğu tedavi hedefleri ile az sonra üzerinde konuşacağımız belirtiler arasında bir bağlantı kurmaya çalışın.

Örneğin, babaya dönerek: ‘Geçen hafta, X’in belirtilerini daha iyi anlamayı istediğinizi belirtmişsiniz ve X, sen de, anne babanın neler yaşadığını anlamasını istediğini söylemişsin. Bunlar, bugün odaklanacağımız hedefler.’

İH’nın belirtilerinin aile tarafından konuşulmasını kolaylaştırın

İkinci görüşme başlamadan önce, İH’nın hastalığı ne olursa olsun, öncesinde dosyasını incelemeniz önemlidir. İH’nın belirtilerine hakim olmanız, görüşmede hangi belirtiler üzerinde konuşacağınıza karar vermenizi sağlar. Örneğin, belirgin mani belirtileri (grandiöz sanırlar gibi) ya da pozitif psikotik belirtileri (sesler duyma, başkalarının düşüncelerini kontrol edebildiğini düşünme) olan bir genç ile çalıştığınızı düşünün. Ancak ailesi ‘tembelliğinden’ ve okula gitme zorluğundan yakınmaktadır. Bu durumda, öncelikle manik ve psikotik belirtiler üzerine konuşmak daha verimli olacaktır. Anne baba, genci yaşadığı sıra dışı deneyimleri daha iyi anladığında, ‘tembellik’ olarak adlandırdıkları durumu da depresyon ya da negatif belirtilerin bir parçası olarak kabul etmeye daha açık olacaklardır.

Ek olarak, gencin belirtilerinin iyice anlamanız, gencin belirtilerine yönelik broşürleri seçmenizi sağlayacaktır. Örneğin, gencin komorbid anksiyete bozukluğu mevcutsa, görüşme sırasında bu belirtilerle ilgili broşür kullanılabilir. Görüşmenin içeriğini, en çok stres yaratan ya da genç ya da aile açısından yıkıcı olan belirtilere en fazla zamanı ayıracak şekilde ayarlayın. Burada amaç tüm belirtilerin konuşulması değil, İH’nın yaşadığı belirtiler ve hastalığına ilişkin ailedeki herkesin aynı fikirde olmasıdır.

Görüşmeye başlamadan önce, gencin belirtileri konusunda aile içindeki iletişim kanallarının ne kadar açık olduğunu değerlendirin. Hastanın psikiyatristi ya da araştırma asistanı bu konuda bilgi sahibi olabilir. Bazı İH’ler belirtilerini ebeveynleriyle konuşmak istemezler, bu nedenle bu konuya ilişkin soru sorarken dikkatli olunmalıdır. Diğer bazı İH’ler belirtilerine karşı oldukça kayıtsız görünebilir ya da ‘her şey yolunda tutumu’

sergileyebilir; diğer yandan anne babası belirgin belirtiler dile getirebilir (ders notlarında düşme, gerçekçi olmayan projeler üzerinde çalışarak tüm geceyi ayakta geçirme, odasında duyduğu seslere yanıt veriyormuş gibi kendi kendine bağırma, özbakımda azalma gibi). Bu İH’ler, ebeveynleri söz konusu belirtileri size anlatmaya başladığında öfkelenebilir ve/veya içine kapanabilir. İdeal olarak bu görüşme, İH’nın belirtilerine ilişkin aile bireylerinin yaşadıkları deneyimlerin karşılıklı olarak anlaşılmasına olanak sağlayacaktır. Ancak ailenin, bu konunun tartışmaya açılması konusunda aşırı bir duyarlılığı varsa, belirtilere ait bilgiyi didaktik bir biçimde aktarabilirsiniz. Henüz ikinci görüşmede olduğumuzu hesaba katarak, açık olmaları konusunda onları fazla zorlayarak strese sokmayı istemeyiz. İstedığımız herkesin, üzerinde duracağımız çeşitli belirtilerle ilgili bilgi sahibi olmasıdır.

Bütün bunlara rağmen, en sık karşılaşılan durum, anne baba ve gencin samimi bir şekilde yaşadıkları deneyimleri paylaşmaya istekli olduğu durumdur. İlk olarak konuşması istendiğinde İH genellikle daha açık sözlü ve konuşkan olur. Ardından diğer aile bireyleri eklemelerde bulunabilir ve kendi bakış açılarını anlatabilirler. Unutmayın ki, kendi hastalığı konusunda İH ‘uzman kişi’dir.

Klinik ipucu:

İH’nın belirtilerinin konuşulması, ailenin izleyici konumunda olduğu klinik değerlendirmenin bir tekrarı izlenimini uyandırmamalıdır.

Amacımız daha çok ailenin, bu belirtilerle yaşamının nasıl bir şey olduğunu ve gencin, belirtilerinin ailesini nasıl etkilediğini anlamasını kolaylaştırmaktır. Görüşme sırasında, yalnızca belirtileri sorguladığınızı ve İH’nın evet ya da hayır şeklinde yanıtlar verdiğini fark ederseniz bir adım geri atın ve açık uçlu sorular sorarak aile bireylerini konuşmaları için cesaretlendirin: ‘Düşüncelerin birbiriyle yarışmaya başladığında neler hissettin (hasta)? Bunu ilk kez ne zaman fark ettin? Bayan X, Jim’in böyle şeyler yaşadığında neler dikkatinizi çekiyor? Jim, kendini daha iyi hissetmeni sağlayan şeyler

neler? Farklı hissettiğini nasıl anlıyorsun?’

Eğer görüşme iyi gidiyorsa, çok fazla şey yapmanız gerekmez; gence, örneğin, depresyon, mani, şüphecilik, apatiye ait deneyimlerini sorun. Bu sırada diğer aile bireyleri de kendi deneyimlerini anlatmaya başlayacaktır. Farklı bakış açıları tartışmaya yol açarsa müdahale edin: Örneğin; ‘bu belirtiler ve bunların herkesi nasıl etkilediği konusunda aile bireylerinin anlaşmazlık yaşamaları sık görülen bir durum, ancak gelin bu aşamada yalnızca, herkes ne söylediyse masaya koyalım.’

Belirtileri evet/hayır ile yanıtlanabilecek şekilde sormaktan kaçının. Örneğin: ‘hiç alışılmadık, tuhaf fikirlerin oldu mu?’ ‘her zaman böyle miydi yoksa sadece son zamanlarda mı böyle?’. Bu sorular açık uçlu olarak sorulabilir: ‘Hiç alışılmadık, tuhaf fikirlerin oldu mu? Ne zaman başladılar/kötüleştiler/iyileştiler? Neler hissettin?’

Son olarak, İH dört dörtlük manik ya da depresif epizod geçirdiyse, hangi belirtilerin önce başladığını öğrenmek yararlı olacaktır. Manik epizodun gelişmekte olduğunun ilk belirtisi ne olmuştur: Uyku ihtiyacında azalma, düşünce yarışması, irritabilite? Depresyon içinse ilk belirti yorgunluk mu yoksa olumsuz düşünme midir? Bu bilgiyi daha sonra, hastalık epizodlarını birbirini izleyen olaylar olarak düşünmeyi gerektiren Önlem Eylem Planı’nı yapılandırırken kullanabilirsiniz.

Bipolar Gençte Manik ya da Hipomanik Belirtilerin Açıklığa Kavuşturulması

İH’nin bipolar I, bipolar II bozukluğu varsa, ya da bipolar spektrumu (bipolar BTA) içindeyse, öncelikle manik (ya da hipomanik) ve depresif belirtileri konuşarak başlayabilirsiniz. Aileye ‘Mani Belirtileri’ ve ‘Depresyon Belirtileri’ başlıklı broşür 2a ve b’yi verin. Bu broşürler, resimler ve basit dilleri ile gençlerin ve ailelerin duygudurum epizodlarını anlamasını kolaylaştıracaktır. Eğitimin bu bölümü, duygudurum bozukluğunun gelişimsel bir ilerleyişi olduğu ve sıklıkla diğer bozukluklarla birlikte görüldüğü gerçeğinin altını çizecektir. Aile bireylerinin bipolar bozukluğun görünüşleri konusunda bilgi sahibi olması önemlidir, böylece İH’nin çeşitli duygudurum hallerine ilişkin

konuşabilirler. Aile bireylerinin, duygudurum, davranış/dikkat eksikliği belirtilerinden ne anladıklarını öğrenme konusunda açık ve kapsayıcı olun; bahsedilen bazı belirtilerin (manipülatif olma, tartışmacı olma, başladığı işin sonunu getirememe gibi) gelişimsel olarak normal hatta kişilik özelliği olduğunu düşünseniz de. Eğer çocuğun aynı zamanda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ya da komorbid başka bir hastalığı varsa, bu hastalıkların belirtilerini ve mani belirtilerden ne açılardan farklı olduğunu açıklamak isteyebilirsiniz.

Bipolar bozukluğu olan gençlerin belirtileri, DSM-IV erişkin bipolar bozukluk hastalarının belirtilerinden genellikle farklıdır. Gençlerde BB, epizodik kısa dikkat süresi, anhedoni, engellenmeye düşük tolerans, küçük olaylara aşırı tepkiler verme ve yıkıcı davranışlarla kendini gösterebilir. Bu nedenle, tanımlanabilir aktif ve rezidüel fazların olduğu ‘ayrı bir epizod’ modeline takılıp kalmamak önemlidir. Bunun yerine, duygudurum dalgalanmalarını, enerji değişikliklerini ve davranım sorunlarını aile ve ergenin kendi sözcükleriyle tanımlamasını isteyin. Ergen hastalarımızın çoğu, ‘üzgün olduğunda ne olur?’ sorusu sorulduğunda depresyon belirtilerini tanımlayamamıştır. ‘Can sıkıntısı’ ya da ‘herkesten ve her şeyden kaçmak isteme’ durumlarının sorulması karşısında yanıt alma olasılığı daha yüksektir.

Ebeveynlerin çoğu, erken başlangıçlı bipolar bozukluğun karakteristik bir özelliği olan ‘öfke patlamaları’ hakkında konuşmak isteyecektir. Ebeveynlerin, İH’nin karşı gelen ve öfkeli davranışlarını anlayabilmeleri için gencin beyinde neler olup bittiğini bilmeleri gerekir. Olasılıkla, nörotransmitter üretimi ve siktisindeki bozukluklar nedeniyle, İH’nin bu davranışlar üzerindeki kontrolü çok azdır ya da hiç yoktur. Bu öfke patlamalarının başlaması ile ‘istasyondan kalkan tren’ arasında bir benzetme kurabiliriz. Tren bir kez yola koyuldu mu rayları takip edecektir ve bir noktadan sonra kondüktör de dahil olmak üzere kimse aşağı atlayamaz. Buradaki püf noktası, en baştan trenin istasyondan ayrılmasına engel olabilmektir.

Öfke patlaması başladığı zaman, davranış kontrolü için önceden yapılmış planlar genellikle işe yaramaz. İH tehdit, açıklama ya da ödülünden etkilenmeyecektir. Üzerinde daha önceden anlaşılması olan ödül ve mahrum bırakma uygulamaları ancak İH bunların anlamını

kavrayabilecek bir ruh halindeyken işe yarayacaktır (Greene, 1998). Bunlar ışığında, genç semptomatik olduğunda nasıl davranılacağına ilişkin bir plan olmalıdır; bu nedenle eğitimin bu aşaması özellikle önemlidir. AOT'nin ilerleyen görüşmelerinde, iletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, yükselmekte olan gencin davranışlarını kontrol etmeye yönelik planların geliştirilmesine yardım edecektir.

Ek: Taniya Verilen Tepkiler (Jessica, yaş 15)

Jessica, 15 yaşında bipolar bozukluk I tanısı almış kız ergendir. Manik ve hipomanik epizodlarında kronik olarak irritabilitesi mevcuttur, depresyon epizodları ise sık değildir. Terapinin eğitim bölümüne, görüşme sırasında 'hızlanarak' direnç göstermiştir. Hızlandığı zaman konuşma miktarında artış olmakta, terapistin ya da ebeveynlerinin sözünü kesmekte ve konuyla ilgisiz şeylerden bahsetmektedir. Birçok durumda, onun dikkatini vermesini sağlamak zordur. Annesinin söylediğine göre, görüşmeye başlamadan önceki davranışları böyle değildir. Sorulduğunda, Jessica bu gözlemi önce inkar eder. Aradaki farkın ne kadar belirgin olduğunu gösterdiğimizde kabul eder; ancak nedenini açıklayamaz. Duygularını paylaşmak konusunda rahatsız olduğunu söyler. Ek olarak (diğer birçok gençte olduğu gibi), hastalıktan kaynaklanan sorunlarını kabul ederse, anne babasının bunu ona karşı kullanacağından ve araba sürme ya da arkadaşlarıyla dışarı çıkma gibi özgürlüklerden mahrum bırakılacağından korkmaktadır. Son olarak, kendisini diğerlerinden farklı görmek konusunda sıkıntı çektiğini ve bu farklılıkları düşünmez ya da konuşmazsa gerçek olmayacaklarını söyler. Sonuçta, huzursuzluğunu kabul etmek, eğitim seanslarının bağlamı içinde, taniya ilişkin duygularını konuşabilmesinin kapılarını açmıştır.

Gençlerde Psikoz (ya da Prodromal Psikoz) Belirtilerinin Açıklığa Kavuşturulması

Alternatif olarak, **Negatif Belirtiler** ya da **Pozitif Belirtiler** (2c ve 2d) broşürlerinden birini, hastanın baskın olan belirtilerine göre seçerek verebilirsiniz. Bu broşürler üzerinde, ailenin özelliklerine göre, esnek bir şekilde konuşabilirsiniz.

Bazı aile bireyleri 'negatif belirtiler' terimini anlayamaz ve çocuklarının 'olumsuz' ya da 'karşı gelen' davranışlarına ait örnekler verir. Benzer şekilde, 'pozitif' terimi de kafa karıştırıcı olabilir ve olumlu sosyal davranışlar ya da belirtilerde iyileşme olarak yorumlanabilir. Pozitif teriminin bilişsel ya da davranışsal aşırılıkları ifade ettiğini açıklamalıyız. Negatif belirtilerin de aslında 'eksiklik' belirtileri olduğunu ve motivasyon ya da ilgi azlığının olduğu durumları anlatmak için kullanıldığını açıklığa kavuşturmalıyız. Örneğin, aile, çocuklarının telefonu açmaya, arkadaşlarını aramaya ve sosyal aktivitelere katılmaya ilgisinin azaldığını fark edebilir. İH, sosyalleşme, okul ve iş aktivitelerine katılma konusunda isteksizleşmiştir.

İH'nın şizofreni ya da erken başlangıçlı psikoz tanısı varsa, aile negatif belirtilerle depresyonun ayrımını yapamayabilir. Bu sorunu kabul ederiz ve belirtilerin zaman içindeki durumunu izlemenin ne kadar önemli olduğunu vurgulamanın bir fırsatı olarak kullanırız. Aşağıdakine benzer ifadeler kullanabiliriz:

'Evet, haklısınız. Bunlar depresyon belirtisi olabilir. Depresyon belirtileriyle psikoz belirtileri sıklıkla birbiriyle çakışma gösterir. Bu nedenle, neler olup bittiğini anlamak için, bu belirtilerin zaman içindeki değişimini dikkatle izlemeliyiz. Depresyon genellikle başlar ve biter, negatif belirtilerse daha kroniktir ve kişi özellikle üzgün değilken de ortaya çıkar.'

Aile üyeleri size örnekler verdikçe, gerekli bilgiyi almak üzere sorular sorabilirsiniz. Örneğin, gençten ya da aileden belirli bir belirtiyi daha ayrıntılı anlatmalarını isteyebilirsiniz.

Olağandışı düşünceyi tanımlarken aşağıdakine benzer ifadeler kullanabilirsiniz:

'Neyin gerçek neyin hayal ürünü olduğuna dair kafa karışıklığına örnek olarak, bir şeyin rüya mı yoksa gerçek mi olduğunu düşündüğünüz zamanı verebiliriz. Hiç böyle bir deneyim yaşadınız mı?'

Sorunuza yanıt aldıktan sonra aşağıdaki gibi devam edebilirsiniz:

‘Birçok insan buna benzer bir deneyimi bir ya da iki kez yaşamıştır ancak bu deneyim kısa süreli ve yalnızca geçici bir süre için kafa karıştırıcıdır. Bu tür deneyimler uzun süre devam eder, sık sık tekrarlar ve sıkıntı verici hale gelirse, olağandışı düşünceye ait belirtiler olarak düşünülebilirler.’

Aşağıda şüpheciliği nasıl açıklayabileceğiniz örneklenmiştir:

‘Şüphecilik, diğer kişilerin güvenilir olmadığı ve/veya birilerinin size zarar vermeye çalıştığına yönelik düşüncelere karşılık gelir. Burada gördüğümüz gençlerin önemli bir bölümünde bu belirtiyi saptamaktayız. Jane (hasta), sen böyle bir deneyim yaşadın mı? Nasıldı?’

Bu belirti kimi zaman okula devam etmeye ve arkadaşlık kurmaya engel olabilir. daha önce hiç şüpheciliğin ve okuldaki diğer insanların sana zarar vermelerinden korktuğun için okula gitmek istemediğin oldu mu?’

Bay ve Bayan Hill (ebeveynler), Jane’in şüphecilik belirtileri olduğunun farkında mıydınız? Bu belirtileri yaşadığını nasıl anlıyorsunuz? Jane’in yaşadığı bu deneyimler size neler hissettiriyor? Onun bu belirtileri yaşadığını fark ettiğinizde genelde ne yaparsınız? Jane, annen X davranışını yaptığında sana yardımı oluyor mu? (Jane hayır derse, neyin daha fazla yardımı dokunabileceğini sorun. Anne Jane’in istediği şekilde davranabileceğini düşünüyor mu?)

Bazen, diğer aile bireylerine de yukarıda tanımlanan belirtileri yaşayıp yaşamadıklarını sormak yerinde olur. Böylece İH kendisini daha az damgalanmış ve daha az gözler önünde hisseder. Ayrıca duygudurum ve psikoz belirtileriyle olan mücadelesinde yalnız olmadığını hissedebilir. Örneğin, babaya, hiç çökkün ya da başkalarına karşı şüpheli hissedip hissetmediğini; anneye hiç kendisini sanki rüyadaymış gibi hissedip hissetmediğini sorabilirsiniz.

Doğüstü olaylarla aşırı uğraşı gibi olağandışı düşünce belirtilerini açıklarken, bazı İH’ler bütün arkadaşlarının psikozu olması gerektiğini çünkü hepsinin Wicca ve

Witchcraft’la ilgilendiklerini söyleyebilir. Böyle bir durumda aşağıdaki gibi yanıt verebiliriz:

‘Haklısın. Gençler (ya da genç erişkinler) meraklı ve açık fikirli olma eğilimindedirler ve çok çeşitli görüşleri öğrenmek isterler. Bu durum yalnızca, kişi bu düşüncelerle (örneğin UFO’ları gözleme gibi) çok fazla zaman geçirdiği ve bu nedenle aile, okul ya da iş yaşamında işlevselliği bozulduğu zaman sorun teşkil etmektedir. Sence bu düşünceler hayatında sorunlara yol açtı mı?’

Aile üyelerinin bu belirtileri bilmesi önemlidir böylece daha iyi gözlemleyebilir, İH’nin yaşadıklarını daha iyi anlayabilir ve size doğru bir şekilde aktarabilirler. Tedavinin hedeflerinden biri hastalık epizodlarını önlemek olduğundan, aile üyelerinin klinisyene, çocuklarının belirtilerinde kötüleşme olduğu bilgisini verebilmeleri önem taşımaktadır. Belirtilerin konuşulabilmesi için açık ve rahat bir atmosfer yaratın.

Ailelere broşürleri takip edebildikleri hızda açıklayın. Belirtilerin konuşulması bittikten sonra herkese, en sıkıntı verici buldukları ve ilk önce düzelmesini istedikleri belirtilerin neler olduğunu sorun.

Anksiyete Belirtilerinin İncelenmesi

Gencin anksiyete belirtileri mevcutsa, bunlar da konuşulmalıdır. **Broşür 2d ‘Anksiyete Belirtileri’**, bu belirtilerin tanımlanmasında yararlı olabilir.

Anksiyetenin BB ya da psikozun bir belirtisi ya da ayrı ‘komorbid’ bir bozukluk olarak karşımıza çıkabileceğini aileye anlatın. Genellikle, şiddetli anksiyete belirtileri maruz bırakma, yanıt önleme, panik kontrol tedavisi ya da BDT’nin diğer formları gibi tamamlayıcı tedaviler gerektirirler. Tedavinize, gevşeme ve farkındalık egzersizleri gibi anksiyeteye yönelik BDT tekniklerini eklemek sizin kararınızdır. AOT’deki fark, bu egzersizlere tüm ailenin katılması gerekliliğidir. Örneğin, bir gevşeme egzersizi sesli materyali hep birlikte dinlenebilir.

Belirtilerin Konuşulması Sırasında Gerginlik Olursa:

Diğer aile bireylerinin kendisine ait belirtileri anlattığını duyan İH bazen sinirlenebilir. Yapılan tanımlamalar tam olarak doğru olmayabilir ve İH yanlış anlaşıldığını, kendisine ait sınırların ihlal edildiğini hissedebilir; sanki diğerleri kendisine nasıl hissettiğini söylemeye çalışıyormuş gibi düşünebilir. Böyle bir durum fark ederseniz bu duyguları aile ile konuşun.

İH'nin kaygılarını onaylamak ve bu belirtiler konusunda uzman olanın İH olduğunu herkese hatırlatmak yararlı olacaktır. Herkes bu belirtilere ilişkin kendi deneyimleri üzerinde yorumda bulunabilir; ancak bu belirtilerin bir diğeri için ne anlama geldiğini ancak hayal edebilir. Aile bireylerinin, hastanın belirtilerine ait deneyimlerini paylaşırken kullandığı ses tonu ve dil önemlidir ve İH'nin bu bilgilere dayanabilmesi açısından büyük fark yaratır.

İH'ye 'kendi belirtilerin konusunda en fazla bilgi sahibi olan kişi sensin. Bu bozukluğun nasıl bir şey olduğu konusunda senden bizi eğitmeni bekliyoruz. Bütün bunları yaşayan sensin ve bir fikrin var.

Başka birinin içsel deneyimleri hakkında konuşurken, otoriter ifadelerden meraklı, sorgulayan ve emin olmayan bir tutum genellikle daha az karşıt tepki yaratır. 'Sanıyorum ki Y'yi deneyimlemek X gibi bir şey olabilir' gibi cümleler, 'Y'yi deneyimlediğin zaman X gibi hissediyorsun' gibi cümlelerden daha iyidir. Örneğin, 'okuldaki arkadaşlarının sana zarar vereceğini düşünmek (Y) korkutucu (X) olmalı' ifadesi, 'okuldaki arkadaşlarının sana vereceğini düşündüğünde korkuyorsun' ifadesinden daha olumlu karşılanır. Görüşme sırasında gerilim ortaya çıktığında, terapist, aile üyelerini, İH'nin yaşadıklarını daha iyi anlayabilmeleri için sorular sormaya teşvik etmeli ya da hastanın deneyimlerine ilişkin konuşurken 'sanıyorum ki...', '...olmalı' ifadelerini kullanmalıdır.

Aynı zamanda, aile üyelerinin, İH'nin belirtileri ve bu belirtilerin aileye etkileri konusunda birinci elden deneyimleri vardır. Aile üyeleri anlaşılabilir bir şekilde İH'yi, onun kendisini algıladığından farklı algılarları çünkü hastalığın daha çok, iritabilite, kavgacılık, okuldan kaçma ya da işe gitmeme gibi 'dışa vurulan' yönlerini görürler. İH ise hastalığın, depresyon,

yükselmiş hissetme, dikkat dağınıklığı ve anksiyete yaratan deneyimler (sesler duyma, konsantrasyon güçlüğü) gibi 'içe atılan' yönlerini yaşar.

Özetle, aileden birinin psikiyatrik belirtileri olduğunda, her bir aile üyesinin bu kompleks olaya ilişkin farklı deneyimleri olması olağandır. Her kişinin yaşadığı deneyimler, bu belirtilerin birey ve aile üzerindeki etkisini anlamaya yardımcı olacaktır.

Özbidirime Dayalı Bireyselleştirilmiş bir Duygudurum ve Davranış Çizelgesi Oluşturmak

İlk görüşmeden itibaren, İH'ye, duygudurumunu ya da diğer önemli düşünce ve davranışlarını izleme alışkanlığını kazandırmaya çalışın. Bu bölümde, bipolar spektrum bozuklukları hastalarına uygulanan duygudurum çizelgesi üzerine odaklanacağız. Bu uygulamayı, temel sorunu paranoya/şüphecilik ya da işitsel varsanılar olan bir hastaya nasıl uyarlayabileceğinizi düşünün.

Duygudurum çizelgeleri, hastanın iyileşmesini, belirtilerde kötüleşmenin ilk bulgularını, gün içi değişkenliği, stresörlerin etkisini, uyku/uyanıklık döngüsü düzensizliklerinin rolünü izlemek açısından çok değerlidir. Ayrıca, İH'nin kendi duygudurumu ve davranışları konusundaki farkındalığını artırır. Farkındalık, duygudurum bozukluğu söz konusu olduğunda özellikle önemlidir. AOT, hasta ve ailesinin, kendi kendini gözlemlemeyi öğrenmeleri için uygun bir yerdir.

Broşür 3: NASIL HİSSEDİYORUM

Nasıl hissettiğinizi tanımlayan sözcüğün karşına çarpı işareti koyun. Gece ve gündüz için ayrı işaretlemeler yapmak istiyorsanız X ve Y harflerini kullanabilirsiniz. Nasıl hissettiğinizi tanımlamak için verilmiş olanlardan farklı sözcükler de kullanabilirsiniz.

İH'dan çeşitli duygu hallerini tanımlamasını isteyerek başlayın. Bir tahtanız varsa yanında durum ve ortaya yatay bir çizgi çizin (ya da Broşür 3, Nasıl Hissediyorum çizelgesini verin). Önce İH'den (İH kararsız kalırsa ebeveynlerinden) belirtilerin olmadığı durumu tanımlayacak bir sözcük (sakin, normal gibi) söylemesini

isteyin. Daha sonra, ortadaki çizginin hemen üstüne ve altına birer tane yatay çizgi çizin ve İH'ya hafif yükselme ve çöküşleri nasıl tanımlayacağını sorun ('oldukça iyi'ye karşı 'biraz üzgün' ya da 'umutsuz' gibi). Bu dalgalanmaların, işler iyi ya da kötü gittiğinde hissedilebilecek normal duygu hallerini temsil ettiğini açıklayın. Daha sonra, az önce çizdiğiniz çizgilerin üstüne ve altına birer tane daha çizgi çizin ve İH'den bunlara da isim vermesini isteyin. Örnek olarak, en üst çizgi 'mükemmel duygudurum' ya da 'çok mutlu' ve en alt çizgi 'canı çok sıkkın' ya da 'çökkün' olarak adlandırılabilir. Daha sonra, öfke için ayrı bir çizgi çizin ve İH'den öfke çizgisini kendisine göre en uygun yere yerleştirmesini isteyin (öfke, yüksek, aktif duygudurumun bir parçası mı yoksa çökkün, düşük duygudurumun bir parçası mıdır? Ya da hem yüksek hem de çökkün duyguduruma mı aittir?). Öfke için hem yukarıda hem de aşağıda iki çizgi çizebilirsiniz. İH'ye izlenmesi gereken başka duygu halleri (anksiyete, suisidalite, madde kullanma isteği gibi) olup olmadığını ve bu duygu hallerine ait çizgilerin nereye yerleştirilmesini gerektiğini sorun.

Çizgiler yerleştirildikten ve isimlendirildikten sonra, her bir isim sayfanın altına bir başlık olarak yazılır. İH, her bir duygu haline ait belirtileri sıralamaya başlar (örneğin, mükemmel duygudurum içinde kıkır kıkır gülme, yüksek sesle konuşma, enerjik hissetme; öfke içinde küfretme, kapılara tekme atma, itekleme, vurma yer alabilir). Elbette, bazı gençler aktif ya da öfkeli duygu hallerini deneyimlememiş olabilir. Belirtilerin gösterimi konusunda İH ve ailesinin yaptıkları tanımlamaları kabul edin. Ebeveynlerin de bu sürece katılmasını teşvik edin ancak gençten ipucu almalarını söyleyin. Görüşme sırasında, anormal duygu ve davranışlara odaklanmanın İH için zor olabileceğini düşünerek, meraklı ve esprili bir hava yaratın.

İH, oluşturulan bu çizelgeyi günlük olarak kullanabilir. Duygudurumunu her gün, günde en az iki kere (isterse iki kereden fazla) çizelge üzerinde işaretlemesini söyleyin (örneğin, en kötü ve en iyi duygu hali; sabah ve akşam gibi). Daha özgül olarak, gün içinde çeşitli noktalarda duygudurumunu yansıtan çizgiye çarpı işareti koyabilir. Son olarak, her günün sonuna yatma ve kalkma saatlerinin eklendiği iki dikey boşluk bırakın. Ayrıca,

duygudurumu nasıl etkilediklerinin gözlenmesi için stresör faktörler de haftalık olarak çizelgeye eklenebilir.

İH'ye çoğaltarak kullanması için bu çizelgenin boş bir kalıbını verin. En kolay yöntem, tek bir kağıdın bir hafta için kullanılmasıdır. Bu ödev genellikle, gencin kendine bakma becerileri ve bağımsızlık yönünde ilerlemesini kolaylaştırır. Genç, duygudurumunu ya da uyku/uyanıklık döngüsünün gözlemlemek konusunda kararsız kalırsa ona şunu söyleyebilirsiniz: 'Verilen ilaçları almak dışında, duygudurumunu kontrol altına almanı sağlayacak şeylerden biri de duygudurumunu gözlemleyerek bu çizelgeyi doldurmak.'

Benzer şekilde, ebeveynlerden birinden İH'nin duygudurum çizelgesini her gün ya da gün içinde birden fazla kez doldurmasını isteyin. Bu üç sebeple yararlıdır: Ebeveynlerin İH'nin duygudurumundaki gün içi değişikliklerin farkına varmasını sağlamak, duygudurumdaki kötüleşmeyi çabuk ayırt etmek ve gence ödev verilen tek kişinin kendisi olmadığı mesajını vermek. Ebeveynler genellikle bu ödevi isteyerek yerine getirirler. İH için hazırladığımız çizelgenin aynısını ebeveynler de kullanabilir. Bazı ebeveynler, gencin duygu halleri, öfke patlamaları, kullandığı ilaçlar ve/veya stresörleri içeren daha ayrıntılı bir çizelge hazırlamak isteyebilir. Çizelgeyi doldurmak ebeveynlerin, İH'nin duygu dalgalanmalarını kontrol edebildiği yönündeki yanlış algılarının düzeltilmesine yardımcı olur ve İH'ye karşı daha şefkatli yaklaşımlarını sağlar. Çizelge her ailenin bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanabilir. Bazı aileler çizelgeyi kendileri hazırlamak isteyebilir. Gerekli tüm bilgileri içerdiği sürece, çizelgeyi aile ya da hasta için bireyselleştirmek teşvik edilir. Çizelgenin kendilerine uygun olduğunu hissederlerse onu doldurma olasılıkları da daha fazla olacaktır.

Bazı hastalara, çizelgeyi kolaylıkla görülebilir bir yerde, örneğin sırt çantasında ya da dolabının kapağında tutmasını önerebilirsiniz. Bir diğer yol da, çizelgeyi akşam ilaçları ile birlikte tutmak ve ilaçları aldığı sırada doldurmaktır.

İH'nin gün içinde sık sık duygudurum dalgalanmaları oluyorsa, çizgilerden herhangi birine birden fazla çarpı işareti koyabilir. Ancak, ödevi fazla karmaşık hale

getirmemeye çalışın. Gencin ne kadarını yapabileceğine karar vermek için klinik yargınızı kullanın ve ödev uyum sağlayacağından emin olun. İH yaşı büyük bir ergen ya da genç erişkinse, daha fazla sorumluluk verilmesi gerekir.

Hastanın ve ebeveynlerinin tanımladığı diğer davranışsal sorunlar ve belirtiler için de ek çizelgeler oluşturulabilir. Örneğin, hafif düzeyde psikoza olan bir çocuktan, diğer insanlara karşı olan şüpheciliğini, depresyon ya da duygusuzluğunu ya da aşırı uyarılmışlık duygularını gözlemlemesini isteyebilirsiniz.

Sonuç

Bir süre için ara verin ve az önce yaptığımız konuşmaya ilişkin ailenin fikirlerini alın. Gence, belirtileri hakkında konuşmanın, diğer aile bireyelerine ise genci dinlemenin ve kendi deneyimlerini paylaşmanın nasıl hissettirdiğini sorun. Söylenenleri samimi bulduysanız, aileye, birbirlerini anlayabilmek için bazı riskler alarak ve emek harcayarak iyi bir iş çıkardıklarını söyleyin. Bu süreç iletişim kanallarını açmayı sağlar ve hastalık belirtileri ile birlikte yaşamak ve bu belirtilerle daha iyi baş etme yönünde önemli bir adımdır.

Görüşmenin bitmesine ne kadar zamanınız kaldı? Aile yorgun mu? 20 dakikanız varsa ve aile rahat görünüyorsa, yatkinlik ve stres üzerine olan bir sonraki görüşmeye geçin. Belirtilerin üzerinde çalışmak uzun zaman aldıysa ve aile daha fazla materyal alamayacak gibi görünüyorsa, bir sonraki görüşmeyi planlayın, ev ödevlerini belirleyin ve yatkinlik ve stres modeline bir sonraki görüşmede geçin.

Eğer hala zamanınız var ve aile canlı ve ilgili görünüyorsa, bir tane daha broşür üzerinde çalışmak isteyip istemediklerini sorun. Aksi halde görüşmeyi sonlandırabilirsiniz. Aileyi aşırı bilgiyle yüklediğinizden ve görüşmenin süresini ortalama 50 dakikada tuttuğunuzdan emin olun.

Yatkinlik ve Stres Modeli (Duygudurum ve Düşünce Belirtileri Nasıl Ortaya Çıkar?)

‘Yatkinlik-Stres’ teorisi, duygudurum ve psikoza belirtilerinin, genetik ve biyolojik faktörler ile stres

faktörlerinin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığını ileri sürer. Bu, görünüşte basit bir düşünce olmakla birlikte, çalıştığımız ailelerin çok azı ‘genler ve çevre birlikte etkili’ söyleminin ötesinde bir şeyler düşünmüştür. Amacımız, gen-çevre etkileşimi üzerine uzun ve karmaşık anlatımlara girmeksizin, yatkinlik ve stres kavramlarının ne anlama geldiğini aileye anlatmaktır.

Her şeyden önemli olan amaç ise ailenin, duygudurum dalgalanmaları (ya da psikotik belirtilerin), İH tarafından kontrol edilebilir olmadığını anlamasıdır. Ancak ‘koruyucu faktörler’i en etkin şekilde kullanabilir ve var olan belirtilerin şiddetlenmesi ya da kronik bir hal almasını önleyebilir.

Broşür 4 Duygudurum ve Düşünce Belirtileri Nasıl Ortaya Çıkar? Üzerinden aşağıdakileri söyleyebilirsiniz:

‘ Duygudurum bozuklukları ve psikoza yatkinlığın (predispozisyon) ailevi (genetik) olarak aktarıldığını biliyoruz. Sahip olduğumuz genetik yatkinliği değiştiremeyiz ancak sağlıklı kalabilmek için (bir noktaya kadar) hayatımızdaki stresi azaltabilir ve stresle baş etme yollarımızı değiştirebiliriz. Söylediklerim size mantıklı geliyor mu?’

Dikdörtgen ve okların içindeki sözcüklerin ne anlama geldiğini açıklayacağım. Çevresel stresörler günlük hayatımızın parçasıdır. Kişi ne zaman okul değiştireceğine ya da taşınacağına karar verebilir ancak hayatında her zaman bir miktar stres vardır. Ek olarak, biyolojik yatkinliklerimiz ya da genetik predispozisyonlarımız, birlikte doğduğumuz ve değiştiremeyeceğimiz faktörlerdir. Örneğin, bazı insanların dişleri genetik olarak çürümeye eğilimlidir, yani diş çürüğüne sahip olmak ailevidir. Sonuç olarak, kişi arkadaşıyla aynı miktarda tatlı yiyor ve aynı sıklıkta dişlerini fırçalıyor olabilir ancak sonuçta arkadaşının dişleri çürümekten kendininkiler çürüyebilir. Broşürde de gördüğünüz gibi, yaşadığımız zor ve stresli durumların biyolojik yatkinliklerimiz ile etkileştiğini düşünüyoruz. Bu da şu anlama geliyor: Bazı kişiler, genleri ya da beyin kimyaları nedeniyle küçük boyutlu stres karşısında duygudurum dalgalanması yaşamaya eğilimlidir.

Duygudurum dalgalanmalarının ailevi olduğunu biliyoruz. Ancak, duygudurum dalgalanmaları (ya da

düşünce sorunları) yaşamaya eğilimli olmak bunları kesinlikle yaşayacağınız anlamına gelmez. Şunu da biliyoruz ki hastalığı kötüleştiren stres ve diğer 'risk faktörleri' de rol oynamaktadır. Kişi stresle ve yaşamındaki diğer zorluklarla baş etmeyi öğrenirse daha az duygudurum dalgalanması yaşayacaktır. Zorluklarla mücadele etmek ve böylece kendimizi daha iyi hissetmek için günlük olarak yaptığımız şeyler –düzenli uyumak gibi- 'koruyucu faktörler' olarak adlandırılır. Bunlar size mantıklı geliyor mu?

Aile üyeleri bu görevlerin her ikisinde de oldukça yardımcı olabilir. Yatkinlığı olan kişi için stres düzeyi düşük olan bir ortam yaratabilir ve günlük yaşamda ortaya çıkan stresli durumlarla etkin bir şekilde baş etmeyi kolaylaştırabilir.'

Bunun ardından bazı sorular yöneltin: 'X'in genetik yatkinlığı olabileceğini çünkü duygudurum bozukluklarının ailenizde bulunduğunu söylediniz. Bu konuyu biraz daha ayrıntılı olarak anlatabilir misiniz?'

'Geçmişte sende (hasta) stres yaratan olaylar nelerdi? Duygularını kontrol edemediğin hissine kapıldığın oldu mu?'

Bundan sonra, 'stres' ve 'baş etmek' kavramlarının ne anlama geldiğini açıklayabilirsiniz. Birçok ergen stresli olaylar yaşamıştır (akran istismarı, cinsel istismar) ancak bu deneyimi tarif ederken farklı sözcükler kullanır ('son zamanlarda fazlaca olay yaşadım' gibi). Diğer aile bireyleri, gencin stres yaşadığı olayları anlatabilir. Her aile bireyinden, fiziksel ya da duygudurum problemlerini tetikleyen önemli bir yaşam stresörü örneklemesini isteyin (iş yerindeki büyük bir projenin ardından ortaya çıkan mide ülseri, aile içinde yaşanan ilişki sorunlarından sonra ortaya çıkan baş ağrıları, taşınma sonrası depresyon gibi).

Bazı aileler genetik yatkinlığın konuşulmasına suçluluk ya da utanç duygularıyla tepki verebilir. Bunu fark ederseniz bu duygular üzerinde konuşun. Ebeveynlere şunu hatırlatın: 'Çocuklarımıza aktardığımız genler üzerinde hiçbirimizin kontrolü yok'. Şu ifadeyi de ekleyebilirsiniz: 'Genler, kişinin duygudurum ya da düşünce bozukluğu geliştirmesinde etkili olan faktörlerden yalnızca biridir'

Klinik ipucu

Broşürler üzerinde konuştuktan sonra aileden birinden, konuşulanları kendi sözcükleriyle tekrar etmesini istemek genellikle yararlıdır. Sunulan materyali kendi sözcüklerine dökmek konuyu derinlemesine anlamalarına yardım eder ve anlamadıkları noktaları açıklamamızı sağlar.

Onları zor duruma düşürmek ya da karmaşık konuları anlayacak kadar zeki olmadıklarını ima etmek istemeyiz. Yanlış anlaşılmalara engellemek için aşağıdaki ifadeleri kullanabilirsiniz:

'Uzun zamandır ben konuşuyorum ve konuları her zaman arzu ettiğim kadar anlaşılır aktaramayabilirim. Bu nedenle, bir an için durmak ve mesajlarımın yerine ulaşmış olduğumdan emin olmak istedim. Biriniz bana bipolar bozukluk (ya da psikoz) belirtilerinin nasıl ortaya çıktığını kendi sözcükleriyle anlatabilir mi? Böylece ben de söylemek istediklerimi size etkin bir şekilde aktardığımdan emin olabilirim.

Klinik ipucu

Hastalara, hastalıklarının gidişini etkileyen faktörleri anlatmanın bir yolu riskler ve koruyucu faktörleri açıklamaktır. Broşür 5'i kullanın.

Risk faktörleri: Hastalığın ortaya çıkma olasılığını artıran ya da mevcut hastalığın kötüleşmesine neden olan faktörler. Buna örnek olarak alkol ve madde kötüye kullanımı, yoğun stres, aile içi çatışma, düzensiz uyku alışkanlığı ve olumsuz iç konuşmalar sayılabilir.

Koruyucu faktörler: Hastalık geliştirmeye yatkin bireylerde hastalığın ortaya çıkma olasılığını azaltan faktörler. Koruyucu faktörler yalnızca risk faktörlerinin tersi değildir- biyolojik olarak hastalığa yatkinlığı olan bireyleri daha iyi hale getiren aktiviteleri, destek ve tedavi sistemlerini kullanmayı içerir.

Örnekler: Düzenli günlük rutinler ve düzenli uyku/uyanıklık döngüsü, ilaç kullanımı, hastalık hakkında eğitim alma ve rekürrense işaret eden erken uyarı işaretlerini tanıyabilme, destekleyici aile ilişkileri, terapi ya da destek grupları.

Çalıştığımız aile 'baş etme stratejileri' gibi terimleri anlamakta zorluk çekiyorsa, 'sizi hastalanmaktan neler korur?' sorusunu sorun. Stresi 'olumsuz düşünce' ile eş tutuyorsa, olumsuz düşüncenin bir risk faktörü, aynı zamanda strese bir yanıt olduğunu açıklayın.

Çevresel stresi 'kendimi çok stresli hissediyorum' ifadesindeki stresten ayırt etmeye çalışın. İkincisi genellikle kişiler aşırı miktarda kaygılandıkları ya da irritabl hale geldiklerinde kullanılır. Buradaki önemli nokta, hangi faktörlerin kişiyi strese soktuğudur. İlişki sorunları, iş yerinde yaşanan sorunlar, ev ödevleri, trafik ya da sırada beklemek?

Marihuana Kullanımı

Alkol ve madde kullanımı duygudurum ve psikotik bozukluklarda bahsi geçen klasik risk faktörleridir. AOT süresince madde kötüye kullanımına değinebileceğiniz birçok fırsatınız olacak, ancak madde kullanmaya kararlı olan bir ergen için hiçbiri tam olarak etkili olmayacaktır. Böyle bir durumda genci bir bağımlılık merkezine ya da 12-adım programına yönlendirmeniz yerinde olacaktır.

Aşağıdakine benzer ifadeler kullanabilirsiniz:

'Bir sonraki görüşmede stresle ilgili konuşmaya devam edeceğiz, ama marihuana üzerinde biraz daha durmak istiyorum. Gençler neden sürekli esrar içmemeleri gerektiğini söylediğimizi anlayamıyorlar. Çünkü çevrelerinde içen ve pek bir belirtisi olmayan insanlar görüyorlar. Marihuana biyolojik sistemimiz için bir stresördür. Düşük genetik riski olan kişiler pek bir belirti yaşamadan bundan kurtulabilir ancak, kişide zaten belirtiler varsa, marihuana bunu daha da kötüleştirecektir. Aynı miktarda marihuananın etkisi çok daha olumsuz olabilir.

Soruları Yanıtlayın

Aileye soru sormaları için fırsat tanıyın: 'Bugün çok fazla konudan bahsettik. Aklınıza takılan sorular neler? Konuştuklarımız hakkında neler düşünüyorsunuz?' Durun ve düşünceleri için zaman verin. Akıllarından geçen şeyleri duymak konusunda istekli görünün.

Bir Sonraki Görüşmeyi Planlayın ve Ev Ödevlerini Belirleyin

Bir sonraki görüşmenin ana başlıklarını hatırlatın.

'Bir sonraki görüşmede, yaşamlarınızda en çok strese neden olan şeyleri anlamaya çalışacağız. Stresle nasıl başa çıktığınızı ve ek baş etme stratejilerine ihtiyaç duyup duymadığınızı değerlendireceğiz.'

Ailenin hedefleri ile bu konu arasında bir bağlantı varsa buna değinin:

'Manuel, belirtiler ve stresle baş etme yollarını öğrenmek istediğini söylemiştin. Gelecek hafta bu önemli konu üzerinde duracağız. Ne düşünüyorsun?'

İH'ye duygudurum ya da düşünce çizelgesini doldurmasını hatırlatın.

Aileden konuşulan konuları gözden geçirecekleri ve sunulan materyale ilişkin soru ve tepkilerini paylaşacakları bir aile toplantısı düzenlemelerini isteyin. Bu soruların ve düşüncelerin bir kısmını bir sonraki görüşmede size de açıklamalarını isteyin. Ayrıca, yaşamlarındaki stres kaynaklarının neler olduğuyla ilgili düşünmelerini isteyin, çünkü bu konu bir sonraki görüşmenin gündemini oluşturacak.

Bir sonraki görüşmenin tarih ve saatini belirleyin.

2. ve 3. Görüşmeler Arasında: Olgunun Kavramsallaştırılması

İkinci görüşmeden sonra olguyu kavramsallaştırmak için zaman ayırın. Olgunun kavramsallaştırılması, el kitabının daha etkin uygulanmasını sağlayacaktır. AOT'yi öğrenen bazı kişiler, el kitabındaki materyali, her aileye mekanik, seri üretim tarzında vermeye çalışırlar ki bu yaklaşım genellikle etkisiz olur. El kitabındaki materyal her bir ailenin ihtiyaçlarına göre biçimlendirilmelidir. Ailelerin kendileriyle ve ihtiyaçlarına ilişkin konuştuğumuzu hissetmelerini isteriz; bir el kitabındaki bilgileri okuduğumuzu değil. Bunun bir ders değil terapi olduğunu unutmayın.

İkinci görüşmenin sonunda gencin belirtilerini, aile bireylerinin bu belirtilere ilişkin duygularını, ailenin ilgi alanları ve hedefleri öğrenme fırsatı bulmuş oldunuz. Ayrıca, aile üyelerinin iletişim tarzı ve problem çözme becerilerine ilişkin fikir sahibisiniz. Bu gözlemler, el kitabında yer alan materyallerin hangilerinin aileye yararlı olacağına, hangi sıra ile işlenmeleri gerektiğine ve ne şekilde sunacağınıza karar vermenize yardımcı olacaktır.

Ek olarak, aile ile aynı odada bulunmanın neler hissettirdiğini deneyimleme ve aile sisteminin içine nasıl 'çekildiğinizi' gözlemlene fırsatınız oldu. Diğer bir deyişle, kendinizi ailede özgül işlevler üstlenmiş bir konumda bulabilirsiniz; örneğin, herkesi sakinleştirmeye çalışan, genci ebeveynlerinin eleştirilerinden korumaya çalışan, konuşmaları yapılandırmaya ve organize etmeye çalışan, aile bireylerine yavaşlamalarını ve kendi görüşlerini ifade etmeden önce karşıdakini dinlemelerini

söyleyen...Yerine getirmekte olduğunuzu fark ettiğiniz bu işlevler üzerine düşünmek, bu ailenin güçlendirmesi gereken özdeşim becerileri konusunda yardımcı olabilir. Bu ihtiyaçları kendi kendilerine karşılayabilir hale gelmeleri için bu becerileri aileye nasıl öğreteceğinizi düşünebilirsiniz.

Olguyu kavramsallaştırırken kendinize aşağıdaki soruları sorun:

Ailenin 'emosyonel sıcaklık derecesi' nasıl? Soğuk, sıcak, umursamaz, öfkeli, aptal, depresif, sıkın, entelektüel?

Kim kime daha yakın ve kim kimden daha uzak görünüyor? Etkileşimde tekrarlayan kalıplar var mı? Kişilerden biri her zaman diğerleri ile çatışma halinde mi?

Gencin hastalığını nasıl işliyorlar? Bu tanıya inanıyorlar mı? Ya da bu tanıyla fazla mı özdeşim kurmuş durumdadır (gencin yaptığı her şeyi biyolojik bir hastalığa bağlamak)? Tam tersine, tanıyla olması gerekenden az mı özdeşim kurmuşlar (genetik ya da biyolojik düzeyde bir sorun olduğunu inkar ederek gencin davranışlarını tembellik gibi nedenlere bağlamak, gencin bu davranışları bilerek yaptığını düşünmek)? Ya da aile içinde hastalıkla az ya da fazla özdeşim kurmuş kişiler var mı? Bu durum sıklıkla anne/baba çiftinde karşımıza çıkar: Anne İH'nin karşı gelen, agresif davranışlarının ya da içe kapanık olmasının kaynağını hastalıkta bulurken baba daha sert bir disiplinin şart olduğunu düşünür.

Etkileşim stillerini ya da anlaşma kalıplarını nasıl oluşturduklarını düşünüyorsunuz? Öncesinde iyi geçiniyorken şu anda gencin hastalığı nedeniyle geçinemiyorlar mı? Aile içinde uzun süredir devam etmekte olan sorunlar var mı?

'Sırlar' var mı (istismar, ebeveynlerden birinin evlilik dışı ilişkisi, ekonomik çöküş vb)?

Aşağıda bir olguyu kavramsallaştırılmış şekilde görmektesiniz:

Bir anne ve 21 yaşındaki oğlu
Anne ve oğul oldukça iyi huylu. İşbirliğine yatkın, terapistin sorularını yanıtlarken içten, görüşmeler

süresince sakin ve birbirlerine karşı destekleyici ve değerbilir görünüyorlar. Daha önce aile terapisine gitmişler ancak anne kendi sorunlarını anlatırken genç kendisini yalnızca bir gözlemci gibi hissediyormuş. Terapinin gencin ihtiyaçlarına yanıt vermediğini düşündüklerinden terapiye devam etmemişler.

Gencin Temel Belirtileri: Kliniğe başvuru sebebi üniversitede bazı sorunlar yaşıyor olması. Lisede iyi bir öğrenciyken, üniversitede zorlanmaya başlamış ve notları düşmüş. Son zamanlarda derslere konsantre olmakta zorlanıyor ve motivasyonunda düşüş mevcut. Zaman zaman, sınıfındaki diğer kişilerin kendisinin zihnini okuyabildiğini düşünüyor; bu düşüncenin yarattığı anksiyete nedeniyle profesörlere dikkatini veremiyor. Bazen, insanların davranışlarını yönlendirebildiğini düşünüyor ancak çoğu zaman bunun mümkün olmadığını farkında. Örneğin, birinin kafasını kaşıyacağını düşünüyor, daha sonra bu kişi kafasını kaşıyor; düşüncesinin bu kişinin davranışını yönlendirdiğini düşünüyor. Son zamanlarda arkadaşlarıyla dışarı çıkmak istemiyor ve insanlarla iletişim kurmayı daha stresli buluyor.

Annenin Tepkileri: Anne oğlunun bazı inanışları nedeniyle kaygılandığını ve bu olağandışı düşüncelerden kaynaklanan anksiyetesini azaltmak için neler yapabileceğini öğrenmek istediğini söylüyor. Oğlunun bu tür düşünceleri olduğunda, şuna benzer şeyler söylüyor: 'Başkalarının kafalarını kaşımalarını kontrol edemeyeceğini biliyorsun değil mi? Belki sadece kepekleri vardır. Ya da belki onların ellerini kafalarına doğru götürmek üzere olduklarını fark ettin, bu nedenle kafalarını kaşıyacıklarını düşündün; yani aslında onların davranışları senin düşüncelerini yönlendirdi.' Genç, annesi ile yaptığı bu konuşmaların güven verici ve yardımcı olduğunu belirtiyor.

Gencin Tedavi Hedefleri: Genç anksiyetesi ve kendisine sıkıntı veren düşünceleri ile baş edebilme yollarını öğrenmeyi; hayat karşısında daha iyimser ve özgüvenli bir duruşu olmasını; diğerlerinin görüşüne ters de olsa kendi görüşünü açıklayabilmeyi, kendisini bir birey olarak hissedebilmeyi ve kendisini daha açıkça ifade edebilmeyi istiyor.

Annenin Oğlu İçin Tedavi Hedefleri: Oğlunun anksiyetesini azaltma ve daha bağımsız olma becerileri kazanmasını istiyor. Oğlunun duyguları hakkında daha fazla konuşmasını istiyor; böylece kendi deneyimlerini daha iyi anlayabileceğini ve daha iyi baş edebileceğini düşünüyor. Ayrıca, neler yaşadığını anlattırsa kendisinin de oğluna daha fazla yardımcı olabileceğini düşünüyor.

Terapistin izlenimleri: Anne oldukça becerikli bir konuşmacı. Konuşmaları genellikle kendisi başlatıyor ve karmaşık ve çok yönlü bir konudaki duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade ediyor. Genç oldukça iyi huylu ve annesini sabırla dinliyor, annenin duraksadığı anlarda araya zekice espriler ve yorumlarla girerek atmosferi yumuşatıyor. Gençten kendi duygu ve düşünceleriyle ilgili konuşması istendiğinde, basit konularla ilgili kısaca konuşabiliyor ancak karmaşık deneyimlerini anlatırken zorlanıyor, bazen konudan konuya atlıyor ve konuşması anlaşılması zor bir hal alıyor. Problem çözme ödevi sırasında ve görüşmeler sırasında konuşan daha çok anne oluyor, genç ise sabırla

bekliyor ve biraz sıkılmış görünüyor.

Terapistin aile ile kendi rolüne ilişkin deneyimleri: Kendimi, gencin söylediklerini tutarlı ve anlamlı bir ifadeye dönüştürmek için hemen söze karışır ve paylaştığı bilgi parçalarını organize etmeye çalışırken buluyorum. Ayrıca, basitçe gencin kendisini ifade etmesine izin vermek yerine, oğlunun söylemeye çalıştığını düşündüğüm şeyleri anneye açıklama çalıştığını fark ediyorum. Annenin de oğlu benimle konuşurken benzer şeyler yaptığını fark ettim. Ayrıca, annenin kendi fikirlerini ifade ederken geçen zaman konusunda biraz kaygılıyım ve anneyi kibarca dizginleyerek gence konuşması için fırsat yaratmaya çalışıyorum.

Tedavi planı/

Tedavi Süreci: -Gencin kendisini bir miktar kayıp ve gölgede hissettiği- önceki terapi deneyimlerinin ışığında ve gencin kendisini daha açık ifade edebilme hedefini göz önünde bulundurarak, gence konuşması için bolca zaman vermenin önemli olduğunu aileye söyleyeceğim. Annenin çok etkin bir konuşmacı olduğunu ve bunun harika bir özellik olduğunu ve gencin çok esprili olmanın yanısıra çok sabırlı ve becerikli bir dinleyici olduğunu söyleyeceğim. Ancak, tedavi hedeflerinden bazılarını ulaşabilmek için hasta daha fazla konuşmak için kendini zorlamalı. Anne ve ben aktif dinleyiciler olur ve sorular sorarsak hastaya yardımcı olabiliriz. Böylece hasta kendini ifade etmek konusunda pratik yapmış olur ve kendisini daha iyi anlayabilir ve ifade edebilir.

Söze karışmak ve genç yerine konuşmak yerine onun kendisini ifade etme becerilerinin gelişmesini desteklemeliyim. Bu yaklaşım annenin tedavi hedefleri ile de uyumlu çünkü anne de oğlunun kendi duygu ve deneyimlerini daha fazla paylaşmasını istiyordu. Kendisini ifade etme becerisi arttıkça genç daha bağımsız olacaktır.

El Kitabındaki Materyalin Sıralanması: El kitabındaki materyalin sırasını değiştirmek için belirgin bir neden yok. Aslında, psikoeğitimle başlamak, iletişim becerileri ile devam ederek problem çözme ile bitirmek mantıklı görünüyor. İletişim becerileri, özellikle aktif dinleme becerileri annenin yansıtıcı dinleme ve sorular sorma konusunda daha rahat olmasını ve problem çözme görüşmeleri sırasında oğlunun aktif olmasına izin vermesini sağlayabilir. Anne öneriler ve gencin 'aslında nasıl hissettiği' yönündeki yorumlarla araya girdiğinde buna müdahale etmem gerekecek.

Psikoeğitim materyali: Psikoeğitim materyalinin çoğu bu aile için yararlı olacak. Gencin temel stresörlerini ve bunlarla baş etme yollarını öğrendikten sonra, genç için yararlı olacağını düşündüğü başka baş etme stratejileri konusunda annenin fikrini alacağım. Kabul ederlerse, gencin sınıfta diğerleri fark etmeden uygulayabileceği gevşeme teknikleri öğretebilirim. Sınıfta yerini değiştirmek, sınıfın en önünde, arkasında ya da yan tarafında oturmayı deneyerek diğer insanların dikkatini dağıtmadığı ve derse daha iyi odaklandığı noktayı belirlemek işe yarayabilir. Söz ettiği tedavi hedefleriyle uyumlu olarak iç konuşmalarının farkına varmasını sağlayabilir ve daha yapıcı ve iyimser olmasına yardım edebilirim.

İletişim eğitimi: İletişim becerileri egzersizleri sırasında her iki aile bireyinin de hem konuşmacı hem de dinleyici olmaları önemli. Genç etkin bir şekilde dinleyebiliyor, çünkü yaptığı espriler konu ile alakalı, ancak bu becerileri iletişim bölümünde daha fazla değerlendirmeliyim.

Kendisini ifade etmek konusunda zorluklarının devam edeceğini düşünüyorum ve çeşitli stratejileri sakın bir deney havasında denemenin ve ona yardımcı olup olmayacaklarını görmenin yararlı olacağını düşünüyorum. Örneğin, rehber olarak kullanmak üzere önemli noktaları not alabileceği bir not defteri taşımak yardımcı olabilir mi?

Problem çözme: Problem çözme görüşmeleri sırasında gencin daha aktif olmasını ya da en azından daha fazla katkıda bulunmasını istiyorum. Belki ilk görüşmeler sırasında 'sekreter' rolünü üstlenebilir (problem çözme çalışma kağıtlarını doldurmak) ve daha sonra herkesi çeşitli adımlara yönlendirerek tartışmayı yönetebilir. Problem çözme tartışmalarının odağını açıklığa kavuşturmasını ve problemlere en az 3-4 olası çözüm önermesini istemek önemli olacaktır.

Bu kavramsallaştırma elbette terapinin gidişi süresince değiştirilebilir. Aslında, terapist aile daha yakından tanıdıkça geliştirilmesi beklenir.

3. Görüşme: Stresi ve Baş Etme Stratejilerini

Tanımlamak

İzleyen psikoeğitim görüşmelerinde, bipolar bozukluk ya da psikoz belirtileri olan gençlerin belirtilerine yönelik özgül stratejiler bulacaksınız. Bu bölümün temel amacı bir *Önleme Eylem Planı* geliştirmektir. Bu plan aşağıdakileri tanımlar:

- Belirtilerin artışının erken uyarı işaretleri
- Belirtilerde artışa neden olabilecek stresörler
- Gencin belirtilerle baş etmek için kullanabileceği baş etme mekanizmaları
- Gencin stresini azaltmak için aile bireylerinin yapabilecekleri
- Belirtilerin artışı sırasında genç ya da ailesi tarafından hafife alınan engellerin üstesinden gelme stratejileri

Bu plan 3-4 görüşme süresince gerçekleştirilecektir. Özgül seanslar aşağıdakileri içerecektir:

Stres

- Belirtileri ortaya çıkaran stres faktörlerinin tanımlanması

- Strese verilen tipik yanıtların tanımlanması
- Aile bireylerinin stres deneyimlerini değerlendirmelerini ve bu konuda konuşmalarını sağlayan bir 'stres termometresi' geliştirilmesi

Başa çıkma: Bir alet kutusu oluşturmak

- Gencin belirtilerle baş etmek için kullanabileceği baş etme stratejilerini tanımlamak. Bunlar içinde uyku/uyanıklık döngüsünün düzenlenmesi, davranış etkinleştirme planları (eğlenceli aktiviteler düzenleme), gevşeme eğitimi ya da farkındalık meditasyonu ve bir medikasyon rejiminin düzenli olarak sürdürülmesi

Önleme Eylem Planı

Tüm stratejileri bir eylem planı içine almak. Bu plan gencin belirtileri çok belirgin değilken yapılırsa çok daha etkili olacaktır; çünkü belirtiler şiddetlendiğinde gereken becerileri uygulama becerisi en yüksek düzeyde olacaktır.

3. Görüşmenin Adımları

Görüşme öncesinde 6, 'Stres Kaynakları', 7a 'Yakın dönemdeki Yaşam Olayları', 8 'Baş Etme Stratejileri', 8b 'İlaçlar' ve 9 'İyi Uyku Alışkanlığı' broşürlerini hazırlayın. Tamamlanmış bir stres termometresinin, ailenin bu kavramları anlamasına yardım edeceğini düşünüyorsanız broşür 7b (stres termometresi örneği) de eklenebilir.

- 1.** Bağlantı kurma
- 2.** Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi ve soruların yanıtlanması
- 3.** İH ve diğer aile bireylerinin yaşamlarındaki temel stresörlerin konuşulması. Bu amaç için yararlı olduğunu düşündüğünüz broşürleri kullanın
- 4.** Ailenin stresi deneyimlediği ve ifade ettiği yolları anlamasına yardımcı ol. Stresi ifade etme yolları aile bireyleri arasında farklılık gösteriyor mu? Stresi düşük düzeyde yaşamaya başladıkları erken dönemde fark ediyorlar mı?

5. Baş etme stratejilerinin konuşulması; düzenli ilaç kullanımı (Broşür 8b) ve düzenli uyku alışkanlığı (broşür 9)

6. Soruların yanıtlanması ve ev ödevlerinin belirlenmesi: Aileden günlük yaşamlarındaki stres kaynaklarını tanımlamasını iste. Bunları aile toplantısında konuşmalarını ve genelde nasıl baş ettiklerini tartışmalarını iste

7. Bir sonraki görüşmenin planlanması

8. Kapanış

3. Görüşmenin Hedefleri

Bu görüşmenin birincil amacı, İH ve diğer aile bireylerinin aile, okul ve iş sorunları gibi yaşamlarının farklı alanlarındaki çeşitli stres kaynaklarını tanımlamasına yardımcı olmaktır. Aile bireyleri stresli olduklarında gösterdikleri tipik tepkilerin farkında olabilirler (örneğin, 'öfkelenmişimde bir sigara yakarım, kafam güzel olur' gibi). İkincil amaç, önleme planının önemli bir bileşeni haline gelecek bir baş etme stratejileri listesi oluşturmaktır.

Ev Ödevlerinin Gözden Geçirilmesi

İH'ye sorun: Duygudurum çizelgesini doldurmuş ve yanında getirmiş mi? Eğer yaptıysa, bundan neler öğrenmiş? Duygudurum ve uyku arasındaki bağlantılar neler? Duygudurumu (ya da düşünce şekli/paranoya) ne kadar değişken?

Umut ediyoruz ki hasta çizelgesini yanında getirmiştir ve onunla çizelge üzerinden konuşabilirsiniz: 'Öyle görünüyor ki geçtiğimiz hafta bazı iniş çıkışların olmuş. Perşembe günü neden kendini kötü hissediyordun?' 'Uyku sürelerinin hafta boyunca ne kadar değiştiğini fark ettin mi? Bunun duygudurumunu (ya da düşünce sürecini) etkilediğini düşünüyor musun?' eğer hastanın yakınması paranoya ise ona şunu sorabilirsiniz: 'Uyku sürende değişiklik olduğu zaman kendini daha az/fazla şüpheli hissediyor musun?'

Eğer bir aile toplantısı yapmışlarsa nasıl geçmiş? Görüşmelerin içeriği hakkında konuşulmuş mu? Yaşamlarındaki çeşitli stres kaynaklarıyla ilgili konuşmuşlar mı?

Stresin tanımlanması

'Geçen hafta konuştuğumuz gibi, stresli yaşam olayları belirtilerde kötüleşmeye yol açabilir. Stresle baş etmekteki ilk adım yaşamlarımızdaki stres kaynaklarını tanımlamaktır. Stres 'görünmez' ya da tanımlanmamış kaldığında büyük hasara yol açabilir. Stresin nereden kaynaklandığını bilirsek onula çok daha etkin baş etmenin yollarını da bulabiliriz'

Broşür 6, 'Stres Kaynakları' herkese dağıtın.

'Bu broşür genelde insanlarda stres yaratan olayları gösteriyor. Büyük yaşam olayları, ailenizden biri öldüğünde ya da farklı bir eve taşındığınızda ortaya çıkıyor. Bir kardeşin doğumu gibi güzel olaylar bile stres kaynağı olabilir. Bu olumlu olayların neden stresli olabileceğini düşünüyorsunuz? (Duygu yüklü olaylardır ve günlük rutinlerde değişikliğe neden olurlar). Günlük rutinlerinizde ani bir değişiklik olduğunda, örneğin okul yılının başlaması ya da yeni bir işe başlamak, oldukça stresli olabilir. Öngörülebilir bir rutinin varlığı stresi düşük düzeyde tutar.'

'Trafikte araba kullanmak ya da ev ödevlerini unutmak gibi günlük sıkıntılar da strese yol açabilir. Bunlar genellikle 'görünmez' olan küçük stresörlerdir; büyük sorunlarda yaptığımız gibi oturup nasıl başa çıkacağımızı düşünmeyiz. Bazı kişiler bu tür şeylerin daha yorucu olduğunu çünkü daha sinsi olduklarını düşünür. Bu tür streslerin gerçek yükünü tam olarak fark edemeyebiliriz çünkü ufak ufak birikirler. Buna benzer deneyimler yaşadınız mı?'

'Özellikle aile bireyleri, ayrıca arkadaşlar ve öğretmenlerle yaşanan çatışmalar da stres kaynağı olabilir. Yeterli aktivitenin olmayışının, yani 'can sıkıntısının' da stres kaynağı olması ilginç değil mi? İnsanlar stresi en az düzeye indirmek için orta düzeyde aktiviteye ihtiyaç duyuyor gibi görünüyor.'

Bazıları can sıkıntısının ya da yapacak bir şey olmamasının stres kaynağı olabileceğini duyunca şaşırırlar; bunun sebebi kısmen ruminasyonlar ya da kaygılar için fazla zaman kalmasıdır. Koltukta oturarak saatlerce TV izlemen 'düşük stresli' bir şey gibi görünmektedir ancak kişi okul ödevlerinde ya da sosyal

yaşamında bir ilerleme gösteremediğini düşünerek rahatsızlık hissetmeye başladığında stres kaynağı olabilir. Ek olarak, sedanter yaşam tarzı uyku/uyanıklık döngüsünü olumsuz etkiler, gece uykuya dalmak zorlaşır ve ertesi gün kişi kendisini yorgun hisseder.

Stres Termometresi

Ailede herkese stresli olmanın kendisi için nasıl bir deneyim olduğunu sorun. Stresli olduklarını irritabl olmalarından ya da birbirlerine kırıcı sözler sarf etmelerinden mi anlıyorlar, ya da kafalarında negatif ve olumsuz düşünceler mi dönüp duruyor, ya da bedenlerinde gerginlik mi hissediyorlar, ya da sosyal davetleri geri çevirip içlerine mi kapanıyorlar?

Aile bireylerinin ne zaman stresli olmaya başladıklarının farkına varmaları yararlı olacaktır, böylece zamanında etkin bir şekilde baş edebilirler.

Ayrıca, her aile bireyinin diğerinin stresli olduğuna dair işaretleri tanıyabilmesi de yararlı olacaktır. Kişilerin strese yanıtı değişkendir. Bazısı sessizleşirken bir diğeri konuşkan ya da kavgacı olabilir. Kişiler ailedeki diğer bireylerin stresli olduğunu anlamaya başladığında, stresli olan kişiye zaman tanıyarak, beklentileri azaltarak ya da destek olarak yardımcı olabilirler.

Broşür 7a'yı 'Yakın dönemdeki yaşam olayları' İH ve diğer aile bireylerine dağıtın. Bu broşürün amacı:

1- Stresörlerin tanımlanması: Yakın dönemdeki olayları - duygudurum dalgalanmalarına, öfke reaksiyonlarına ya da depresif dönemlere yol açan minor olayları bile araştırın. İH'ye son zamanlarda kendisini strese sokan olayları sorun.

2- Rekürrensın erken uyarı işaretlerini tanımlanması: Stres ve duygudurum değişiklikleri ile ilişkili duygu hallerini (ya da bedensel duyumları) tanımlamak. Kendileri için düşük, orta ve yüksek düzeyde emosyonu tarif eden sözcükleri tanımlamasına yardımcı olun ve boşlukları bu sözcüklerle doldurmasını isteyin. Bipolar bozuklukta geniş bir aralıkta yer alan iki emosyon tanımlanmış olsa da -öforiden öfke ya da irritabiliteye geçiş- normal duygudurumdan depresyon ya da anksiyete geçiş ile yer değiştirmek isteyebilirsiniz (örneğin, 'hafif

gergin'den panik duygularına geçiş). Hastanızda psikoz belirtileri varsa, öfkeyi 'aşırı uyarılmışlık' ya da 'paranoya' ile değiştirin. Bu, duygudurum ya da psikoz epizodlarının erken uyarı işaretlerinin bir listesini yapmanıza yardım edecektir.

3- Baş etme stratejilerinin tanımlanması: İH'nin kendisini daha iyi hissetmek için yapabileceği şeylerin bir listesini yapmak, tercihen diğer aile bireyelerinin ya da en azından durumu dengeleyebilecek diğer kişilerin dahil olduğu aktiviteler.

Aşağıdaki açıklamayı yapabilirsiniz:

'Gelecek iki görüşmede, duygudurum dalgalanmalarını (ya da düşünce problemlerini) daha iyi kontrol etmene yardımcı olacak bir önleme planı oluşturacağız. Öncelikle, nelerin sende strese yol açtığını anlamaya çalışacağız. Daha sonra, stresle baş etmene yardım edecek bir plan yapabiliriz. Bazen, yalnızca bir planın olması bile bir rahatlama sağlar.'

İH'ye, üzüntü, kızgınlık, öfke duygularına yol açan yakın zamanlı olayları hatırlamasını söyleyin. Bir gence video oyununu kapatmasını söylemek onu rahatsız edebilir ancak sınırlandırır (orta-düzey), ancak bir hafta boyunca cezalandırmak bir öfke patlamasına yol açabilir. Stresörleri ve olayları, pozitif olayları da dahil olmak üzere, 'mutlu', 'çok mutlu' (hipomanik ya da manik) duygudurumlarla ilişkilendirebilirsiniz. Stresli bir olayı konuşurken İH'ye 'bu olaya 1-10 arası bir ölçekte kaç puan verirdin?' sorusunu sorun.

Bütün bunlar İH ve ailesi için fazla belirsiz ya da soyutsa, 7 numaralı 'Stres Termometresi Örneği' broşürünü verin. Bu broşürde başka bir hastaya ait doldurulmuş stres termometresi örneği görülmektedir.

Aile üyeleri İH'de ya da kendilerinde ('öğretmeni beni aradığı zaman' gibi) strese yol açan spesifik olayları anlatmak için lafa karışabilirler. Ancak bu bölümün temel amacı Önleme Eylem Planını geliştirmeye başlamaktır – problem çözme aşamasına henüz geçilmemelidir. Şu anda yalnızca, değişen düzeylerde stres altında olduklarında, bedenlerinde hissettikleri duyguları, nasıl davrandıklarını ve kendilerini nasıl ifade ettiklerini tanımlamalarını istiyoruz.

Aile zamanla, İH ve kendileri için hangi tür olayların en fazla strese yol açtığını daha iyi anlayacaktır. Aile üyelerinden biri için sosyal olaylar en büyük stres kaynağı iken, bir diğer aile üyesi için sınavlar ve ödevler en büyük stres kaynağı olabilir. Stres termometresi, stres altında baş etme stratejilerini uygulamak ve ardından bunların yararlı olup olmadığını değerlendirmek için yararlı bir araçtır.

Baş etme çabalarını harekete geçirmek

Bundan sonraki aşama, İH ve ailenin stres ve duygudurum değişiklikleri ile baş etmek üzere uygulayabileceği yöntemleri listelemeye başlamaktır.

Aşağıda sıralanan stratejiler yararlı olabilir (8 numaralı broşüre bakınız)

- Diğer kişilerle konuşma, özellikle aile bireyleri, öğretmenler ve arkadaşlar ile destekleyici etkileşim
- Olumlu iç konuşma
- Haz veren aktiviteler düzenleme
- Düzenli ilaç kullanımı
- Gevşeme ve meditasyon egzersizleri kullanma

İzleyen bölümlerde bu baş etme stratejilerinin bazılarını gözden geçireceğiz. Ekler bölümünde tanımlanan başka baş etme stratejileri de bulunmaktadır.

Stresle baş etme

8 numaralı 'Baş Etme Stratejilerine Örnekler' broşürünü dağıttın. Baş etme stratejisinin yalnızca stresle mücadele etmenin bir yolu olduğunu belirtin. Bazı stratejiler, sorunla ilgili daha iyi ya da daha az kötü hissetmenizi sağlayabilirken bazı stratejiler sorunu direkt olarak çözmenizi sağlayabilir. İH ve ailenin diğer üyelerine stresli olduklarında bu stratejilerden hangilerini kullandıklarını sorun. Kullandıkları stratejiler işe yaradı mı? Yeni stratejilerden yarar görebilecekleri düşünüyorlar mı? Yararlı olabileceğini düşündükleri başka stratejiler var mı?

Bu konuşma, şu anda hangi stratejilerini kullanma eğiliminde olduklarını açığa çıkaracak ve genellikle daha fazla stratejinin ortaya atılmasını sağlayacaktır.

Örneğin, 19 yaşında erken başlangıçlı psikoza olan ve matematik dersinde sınıfın en önünde oturduğu ve herkesin kendisine baktığına hissettiği için 'ciddi anlamda dikkati dağılan ve rahatsız hisseden' genci düşünün. Ders sırasında bu duygularla baş etmek için başka bir yerde olduğunu hayal ediyor. Bu strateji utangaçlık duygularıyla baş etmesine yardımcı olmakla birlikte, hiç de şaşırtıcı olmayan bir şekilde matematik notları sürekli düşüyor. Ailesi öğretmenle konuşmayı ve oturduğu yerin değiştirilmesini talep etmeyi öneriyor. Ebeveynlerinden birisi bunu yapmaya gönüllü olduğunu belirtiyor. Siz ise derse girmeden önce uygulanabilecek gevşeme ve farkındalık egzersizleri öneriyorsunuz.

Baş etme stratejileri için bir alet kutusu geliştirme

Tedavinin bu noktasında İH için bireysel, ailevi ve okul/iş alanlarında mevcut olan stresörleri daha net anlamış ve bu stresörlerle baş etmek için uyguladığı stratejileri öğrenmiş bulunuyorsunuz. 3. görüşme boyunca, haz veren aktiviteler düzenleme, ilaç uyumu ve uyku düzeninin (genç bipolar bozukluk ve psikoz hastaları genellikle önemli bir sorundur) ya da ekler bölümünde söz edilen diğer baş etme stratejilerinin (okulda yapılacak düzenlemeler, gevşeme eğitimi, farkındalık, sosyal beceri eğitimi) önemini vurgulama fırsatınız var. Örneğin, anksiyeteyi azaltmaya ya da gece uyumaya yardım edecek gevşeme ve farkındalık egzersizleri öğretebilir; hayatlarında pek bir şey olmadığı için kendilerini kötü hisseden hastalara haz veren aktiviteler düzenlemeyi anlatabilir, arkadaş edinmekte zorluk çekenlere sosyal beceri eğitimi verebilirsiniz. Yararlı olabileceğini düşündüğünüz başka bir beceri varsa bu görüşmede öğretmek için zamanınız var.

Bu konulardan herhangi birini tedavinin ilerleyen dönemlerinde de gündeme getirebilirsiniz. Örneğin, okulda yapılacak düzenlemeler, genç okula gitmiyor ve bu durum ailede bir kriz durumuna yol açıyorsa 2. görüşme sırasında gündeme gelmelidir. Aile, ilaç uyumsuzluğunu erken gündeme getirdiyse, bu konuyu belirtiler ve stres-yatkınlık modeli bağlamında

konuşabilirsiniz. Alternatif olarak, ilaç uyumsuzluğunun nedeni ilaçlarını almayı unutmak olduğunda, gencin hatırlatıcılardan yarar göreceğini düşünerek bu konuya problem çözme bölümünde değinebilirsiniz. Uyku-uyanıklık döngüsü düzeni çoğu hasta için uygun bir öneridir, ancak bu baş etme stratejisinin kullanım yolu değişkenlik gösterebilir; hastalardan biri erken yatmaktan yarar görürken bir diğeri hafta sonları aşırı uykudan kaçınmaktan yarar görebilir.

Benzer şekilde, haz verici aktiviteler düzenleme, gevşeme eğitimi ya da sosyal beceri eğitimi belirli bir problem çözme seansı sırasında konuşulabilir. Temel olarak, terapi boyunca fırsatlar doğdukça, aileye gerektiğinde kullanmak üzere bir 'alet kutusu' geliştirmeleri için yardım etmekteyiz.

İsteğe bağlı konu 1: Haz verici aktivite düzenleme

Gördüğümüz İH'lerin hayatlarında eğlenceli aktiviteler genellikle sınırlıdır. Akran ve okul/iş alanlarında doyum veren aktivitelerden izole ederler ve teknolojiyle (bilgisayar, televizyon) ya da uykuyla aşırı miktarda zaman geçirirler. Bu durum, depresyona, pozitif ya da negatif belirtilere, sosyal anksiyeteye ve/veya ilaç yan etkilerine bağlı olabilir. Bazen, terapist ve aile, hastanın bu aktivitelere katılmamasındaki nedeni konuşurken ona yardım etmenin yollarını da bulabilir. Aileye genellikle geçmişte yapmaktan hoşlandıkları ancak yakın zamanda yapmadıkları ya da yapmak isteyip herhangi bir sebeple henüz yapamadıkları aktiviteleri sorarız. Bu aktiviteleri hayatlarına katmanın yolları konusunda beyin fırtınası yapabiliriz. Alternatif olarak, hastanın psikiyatristine sorunu rahatlatıcı ilaç değişikliği konusunda danışabiliriz.

Diğer durumlarda, bu içe çekilmenin sebebi net değildir ve gençler kısıtlı hayatlarına sapanıp kalmış vaziyettedir. Toplum, aile ve akranlarıyla iletişim kurmaya teşvik etmek ve daha fazla doyum sağlamalarına yardım etmek işlevselliklerini artırmanın önemli adımlarıdır. Aileye, kişinin haz veren deneyimlerden oluşan bir 'yedek stoğu' bulunmadığında, yaşamda karşılaşılabilecek birçok stresörle baş etmesinin çok zor olacağını açıklayın. Genç hayattan

zevk almanın yollarını bulursa onun için her şey daha iyi olacaktır.

Bazen aileler belirtiler nedeniyle hareketsiz hale gelir ve birlikte eğlenceli aktivitelerde bulunmayı bırakırlar. Birlikte iyi vakit geçirilmediğinde iletişim kurmak da zorlaşır. Bir eğlenceli aktiviteler listesi birlikte eğlenceli deneyimler yaşamalarına yardımcı olabilir.

Onlarla 'Aileler için Eğlenceli Aktiviteler' listesini paylaşabiliriz. Bu liste Marsha Linehan (1993) tarafından hazırlanmış Borderline Kişilik Bozukluğunda Beceri Eğitimi El Kitabında yer alan Erişkinler için Eğlenceli Aktiviteler listesinin bir modifikasyonudur. Bu listeyi kullanmanın amacı hayatlarında yapabilecekleri olası aktiviteler konusunda düşüncelerini genişletmektir.

Aile üyelerinden sırayla bu maddeleri yüksek sesle okumalarını ve ilgilerini çekenleri daire içine almalarını isteyin. Listeyi gözden geçirdikten sonra kendi fikirlerini de listeye eklemelerini söyleyin. Daha sonra, izleyen birkaç hafta süresince yapmak istedikleri birkaç aktiviteyi belirlemelerini isteyin.

Ailenin her bir üyesi yapmak istediği aktiviteleri belirledikten sonra, bu aktiviteleri gerçekleştireceklerinden emin olmak için her biriyle bir eylem planı yapın. Aktiviteleri olabildiğince açık ve detaylı olarak programlayın.

Bu aktivite listesi, ebeveynler gencin daha aktif olması için sürekli çeşitli aktiviteler önerdiği ve bu uğraşının aile içinde ve görüşme sırasında gerilime yol açtığı durumlarda özellikle yararlıdır. Bu durumlarda, 'aileler için eğlenceli aktiviteler' listesini sunmanın bir amacı da aile içindeki gerilimi azaltmak ve ebeveynlerin ısrarcı olduğu gencin ise sürekli direndiği bu dinamiği değiştirerek, genci yeni bir şeyler denemeye davet etmektir. Aile bu listeyi okurken, özellikle daha önce birlikte yaptıkları ve güzel anılar canlandıran aktiviteler üzerinde durmalarını ve bu anıları konuşmalarını isteriz. Bu hoş anılar üzerinde durmak, gencin daha esnek ve alıcı olmasını sağlayan bir atmosfer yaratabilir. Gencin önceden zevk aldığı ancak unuttuğu bazı aktivitelere yeniden ilgi duymasını sağlayabilir ya da onu, daha önce aklına bile gelmeyen tamamen yeni bir aktiviteyi denemeye ikna edebiliriz.

Ayrıca, aileyi, birlikte güzel zaman geçirmeleri konusunda desteklemek isteriz. Sıcaklık ve iletişim genellikle, her tür iletişim ve izleyen problem çözme çalışmaları için tekerlekleri yağlayan faktörlerdir. Bazen, eğlenceli aktiviteler listesi aile içindeki dinamiği şu şekilde değiştirir: Genç artık ebeveynlerinin önerdiklerinin yerine listedeki aktivitelerin aptalca olduğunu düşünmeye başlar. Bu savunmacı tutumu ve gerginliği azaltarak aileyi neşelendirir ve bazen zor bir durumdan çıkmalarına yardımcı olur.

Örneğin, eğlenceli aktiviteler listesini okurken, bir genç, başka bir dilde gazete okumanın tamamen saçma olduğunu ve eğlenceli aktiviteler listesinde değil, ev ödevleri listesinde bulunması gerektiğini söyledi. Bu yoruma herkes güldü, annesi kendisinin her gün İspanyolca gazete okuduğunu ve ailede en sevilen yemeklerin tariflerinin bu gazeteden alındığını hatırlattı. Genç annesine neden bir süredir etli pilav (paella) yemediklerini sordu, anne evde en iyi etli pilavı yapanın genç olduğunu söyledi. Hafta sonu birlikte alışveriş yapmaya ve en sevinle yemekleri pişirmeye karar verdiler.

Başka bir genç 'bir bardak buzlu su içme' ile ilgili maddeyi okudu ve yüksek sesle alaycı bir şekilde güldü. Bunun saçma bir aktivite olduğunu ve bu kadar aptalca bir aktivitenin bu listede yer almasına inanmadığını söyledi. Ona, uzun bir yürüyüş sonrası su içme deneyimini yaşayıp yaşamadığını sorduk ve sonunda bunun hoş bir deneyim olabileceğini kabul etti. Bu konuşma, fazla meşgul olduğumuz için dikkat etmediğimizden gözden kaçan küçük hoş deneyimler üzerine bir konuşmayı başlattı. Aile, insanların nasıl da çözülmemiş negatif olaylar ve sorunlar üzerine odaklanmaya programlandığı, her gün gerçekleşen küçük hoş anları kaçırdığı üzerine konuşmaya başladı. Bu durumun üzücü olduğunu düşünen aile bir hafta boyunca dikkatlerini bu küçük güzel anlara odaklamaya karar verdi ve sonrasında, bu değişimin aile yaşamlarında büyük bir iyileşme olduğunu belirtti.

Bir başka genç ve annesi bir görüşme sırasında her ikisinin de öfkeli olduğu zor bir durumdaydılar çünkü genç listede yazan herhangi bir aktiviteye katılmayı reddediyordu. Bunun üzerine, daha önceleri hemen her

akşam birlikte köpeklerini gezdirmeye çıktıklarını konuşmaya başladılar. Anne, köpeğin bir adamın şapkasını çalması ve sonrasında başlayan neşeli kovalamacayı, genç ise, köpeğin sürekli sincap ve tavşanların kovaladığını ancak yakalayamadığını anlattı. Köpekleri hala hayattayken yaptıkları bu yürüyüşlerden neden bu kadar keyif aldıklarını düşündüler. Genç, nedenin, köpeğin kendilerini eğlendirmesi ve konuşmak zorunda olmamaları olduğunu söyledi. Şimdilerde ne zaman yürüyüş yapsalar anne oğluna sürekli nasıl olduğuyla ilgili sorular soruyor, genç ise bunu çok rahatsız edici buluyormuş. İzleyen hafta süresince, annenin eğlenceli öyküler anlatacağı, oğlunun sağlığı ile ilgili sorular sormayacağı yürüyüşler yapmaya karar verdiler.

İsteğe bağlı konu 2: İlaç uyumunu artırma

(Bu konuya İH'nin ilaç uyumsuzluğu olduğunu düşünmek için sebepleriniz varsa girin- bu ilaçlar lityum ve vaproat gibi duygudurum düzenleyiciler ya da risperidon, ketiyapin, lamotrijin ya da aripiprazol gibi atipik antipsikotikler olabilir)

AOT'nin eğitim bileşeninde sıklıkla ilaç uyumsuzluğu konusu gündeme gelir. Bu konu genel olarak psikiyatrik bozukluğu olan bireyler için önemlidir ve ergenler ve genç erişkinlerde özellikle belirgindir. Ergenlerin ve genç erişkinlerin çoğu tedavilerinin bir döneminde ilaçlarını almayı unuttur, dozlarla ya da zamanlarıyla 'oynar' ya da tamamen bırakır. Ebeveynler gencin belirtilerinin yeniden başladığını ya da var olanların kötüleştiğini görene kadar genelde durumdan habersizdir.

AOT aşağıdaki durumlarda kişilerin psikotrop ilaç rejimine uyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu var sayar:

- (1) Belirtileri ve ilaçların ne yollarla yardımcı olduğu konularında ruh sağlığı uzmanlarından bilgi almak
- (2) Kendilerine şefkat duygularıyla ve ilaç kullanmanın kişinin kimliğini değiştirmeyeceği bilinciyle yaklaşmış olması
- (3) İlaç kullanmak başkalarının zorla kabul ettirilen bir karar değil kendi kararları olduğunda

- (4) Yan etkileri kontrol etmek için dozlar ya da ilaç değişimi yapılabildiğinde

Olgu örneği: Alicia, 17 yaş

Aile terapi görüşmeleri arasında arayarak 17 yaşındaki kızları Alicia ile ilişkili endişelerini konuşmak istediklerini bildirdi. Alicia'nın daha sabırsız olduğunu, daha çok karşı geldiğini, uykusunun azaldığını, daha fazla iritabl olduğunu, ipe çekilmesinin arttığını ve önceki hafta iki sınavdan zayıf aldığını söylediler. Bu davranış değişikliğini neye yoracaklarını bilememişlerdi. Bu değişiklikler ortaya çıktıktan günler sonra Alicia ebeveynlerine son 7 gündür ilaçlarını kullanmadığını söylemiş. Ebeveynleri bu konunun izleyen görüşmede gündeme gelmesini istediklerini belirtmek için aramışlar. Bu olay, İH ve aileye ilaç uyumsuzluğu hakkında eğitim vermek ve önlemeyi konuşmak için bir fırsat sunuyordu.

Terapist: Öyle görünüyor ki, geçtiğimiz haftalarda Depakin'i almadığın bir dönem olmuş

Alicia: Evet

Terapist: Neden ilacını kesmeye karar verdin? Önceki görüşmemizde ilaçtan gerçekten yarar gördüğünü söylemiştin.

Baba: İlacını kesti çünkü doğum gününde içmek istiyordu ve doktoru aynı zamanda hem ilaç kullanıp hem alkol alamayacağını söylemişti.

Alicia: Bu doğru değil. Her zaman en kötüsünü düşünürsün.

Anne: O zaman neden ilacını kestin?

Alicia: Çünkü kendimi daha iyi hissediyordum ve hala ilaca ihtiyacım olup olmadığını görmek istedim. Anlaşılan o ki varmış (üzgün bir şekilde).

Terapist: Burada konuşulması gereken birkaç konu var. Birincisi, ilaçların bazı belirli belirtileri tedavi etmek konusundaki öneminden bahsetmek yararlı olabilir. İkincisi, Alicia, ilaçları kendini daha iyi hissetmek için aldığın yönündeki düşüncelerini daha fazla öğrenmek isterim. Ayrıca, belirtilerindeki bu artışla ve ailenin nasıl

tepki verdiği ile ilgili biraz daha konuşmak isterim
(konuları bir önleme çerçevesinde özetliyor)

Baba: Bu sefer işler biraz daha iyiye gidiyor gibi görünüyor. Daha önce yaşadığımız ve Alicia'nın evden ayrılmasına yol açan sorunlara benzer sorunlar yaşadık. Bu sefer, Alicia'ya neler olduğunu sorduk, belirtilerinin artış gösterdiğini düşündüğümüzü söyledik, bunun üzerine bir tartışma başladı ve uzun zamandır ilk kez Alicia kalkıp gitmedi.

Alicia: Neredeyse gidiyordum

Terapist: (Babaya dönerek) Yani, Alicia'nın belirtilerinin arttığını fark ettiniz ve kavga etmek yerine bu konuyu konuşabildiniz (*ailenin baş etme çabalarını destekler*)

Baba: Evet, bir gelişme var gibi görünüyor. Ancak yine de çok zordu.

Terapist: Zor olduğuna eminim. Çocuklarının düzeldiğini ve sonra ilaçlarını bırakınca yeniden bozulduğunu görmek ebeveynler için genellikle çok zordur. Neden gençler, ve ayrıca erişkinler ilaçlarını bırakırlar, biraz bunun üzerine konuşalım.

Birincisi, ilaçların genellikle kullanan kişinin hoşuna gitmeyen yan etkileri vardır. Kişi bu yan etkileri azaltmak için ilacı kesebilir ya da dozunu düşürebilir. İkincisi, kişiler kendilerini daha iyi hissetmeye başladıklarında, tıpkı senin hissettiğin gibi Alicia, ilaca daha fazla ihtiyaçları olmadığını düşünürler. Bu ilaçları aspirin gibi değerlendirerek 'başım ağrıdığımda alırım ve baş ağrısı geçtiğinde bırakırım' diye düşünürler. Son olarak, bazıları yalnızca ilaçları almayı unutur. Hayatın yoğunluğu içinde ilaçları taşıma ve alma alışkanlığını kazanmak zordur. Bu söylediklerimden kendine yakın bulduğun var mı Alicia? (*ilaç uyumsuzluğu nedenlerini özetliyor*)

Alicia: Kendini daha hissetme bana uyuyor. İlaça daha fazla ihtiyacım olmadığını düşündüm ve en baştan da ihtiyacım yokmuş gibi geldi.

Terapist: Bunu anlayabilirim, ama şunu bilmen önemli, ilaç kullanmak, kendini iyi hissediyor olsan bile seni belirtilerden koruyan en önemli şey. Aldığın ilaç, şeker hastalığı ya da yüksek tansiyon için alınan ilaçlara

benziyor. Belirtilerin şiddetlenmesini önüyor. Şimdi kendini iyi hissetmenin nedenlerinden biri büyük ihtimalle ilaç kullanıyor olman, ilaca ihtiyaç duymaman değil. Bunu anlayabiliyor musun?

Alicia: Ömrüm boyunca ilaç kullanacak olmam çok kötü. Bundan nefret ediyorum.

Terapist: Bunu anlayabiliyorum. Aslında bu, bugün konuşmak istediğim diğer konuydu. İlaç kullanmak zorunda olduğun için kendini kötü hissetmen oldukça normal. Bu duygularla baş etmenin bir yolunu bulamazsan tekrar ilaçlarını bırakabilirsin.

Alicia: İlaçları bırakmak neden bu kadar önemli ki? Hastalığım kötüleştiğinde tekrar başlarım olur biter.

Terapist: Aslında işler bundan biraz daha karmaşık. İlaçlarını birden kesen insanların hastalığının kötüleştiğine dair çalışmalar var

Anne: Yani ilaç artık işe yaramaz hale gelir mi demek istiyorsunuz?

Terapist: Evet, bazı kişiler için durum böyle olabiliyor.

Alicia: Ebeveynlerimle iyi anlaşamamak beni gerçekten üzüyor ve ilaç aslında o kadar da kötü değil ama diğerlerinden farklı olmayı sevmiyorum.

Terapist: Bu anlaşılabilir bir şey. Ama okuldaki çocuklarının kaç tanesinin sağlıklı kalabilmek için ilaç kullandığını bilsen çok şaşırırsın. İnsanlar genellikle bu konuda konuşmuyorlar.

Alicia: Evet, okulda çeşitli sebepler için ilaç kullanan çok çocuk var. Arkadaşım Stacy gözleri için sürekli ilaç kullanıyor.

Bu bölümde terapist birçok şey yaptı: Alicia'nın ilaca ihtiyacı olmadığı yönündeki inancını açıklığa kavuşturdu; bu inancın nedenlerini normalize etti; diğer medikal bozuklukların tedavisi ile psikiyatrik bozuklukların tedavisi arasında analogi kurdu ve Alicia ve ailesine uyumsuzluğun zararları konusunda eğitim verdi.

İlaç uyumsuzluğunda anahtar temalar

Deneyimlerimiz doğrultusunda, ergenler ve genç erişkinlerde ilaç uyumu aşağıdakiler yapılarak artırılabilir:

- ilaç tabletlerinin depolanması ve kullanımı için ipuçları geliştirmek (örneğin, ilaç kutuları, saat alarmı, post-it notları, aile üyelerinin telefonla hatırlatması)
- ilaçların hastanın aile ilişkileri ve evlilik ilişkisindeki rolünü incelemek
- ilaçları bırakmak konusunda aile üyelerinden gelen gizli ya da açık baskıları incelemek
- ilaç kullanmanın 'sembolik önemini' açıklığa kavuşturmak (yaratıcılık kaybı, kişinin duyguları, ilişkileri, müzik ya da diğer hazlara ait deneyimlerini kaybetme korkusu)

Ergenler ya da genç erişkinler, ilaç kullanmanın istekleri, hedefleri ve geleceği olan bir birey olarak kendilerine bakışlarından vazgeçmeleri anlamına geldiğini düşündüğünde konu, 'sağlıklı kendiliğin kaybının yasını tutmak'tır. Bu ve bununla ilişkili konular Bipolar Bozukluk: Aile Odaklı Tedavi Yaklaşımı, 2. Baskı'da (Miklowitz, 2010) derinlemesine tartışılmıştır.

Ergenin ilaçlarından kim sorumlu olmalıdır?

Bu konuda kesin ve hızlı kurallar olmamakla birlikte, genç üzerinde sağlanacak denetimin sınırları konusunda aileye rehberlik ederken aşağıdaki ilkeleri kullanın. Bu ilkeler genç erişkinlerden ziyade ergenlerle ilgilidir.

- Genç sorumluluk alabiliyorsa, klinik kaygıların ve tedavi planının bir parçası olmalıdır
- Genç bilişsel olarak alacağı dozajı hesaplayabilir düzeyde olmalıdır
- Sınırlar konusu: Ebeveynler aktif rol oynadığında gencin ilaç kullanma olasılığı artıyor mu azalıyor mu?
- Yaşı büyük olan ergenler/genç erişkinler, yaşı daha küçük olan ergenlerden daha fazla sorumluluk alabilir
- İlaç kullanımının otonomi savaşlarının gerçekleştiği bir zemin haline gelmemesine dikkat edin

İsteğe bağlı konu 2: Uyku sorunları

(Bu konuya birçok ergen ve genç erişkinde değininsresle baş etme bölümündesiniz ve düzenli uyku ve düzenli bir rutini sürdürmek, stresin duygudurum ve düşünce üzerindeki etkilerinden korunmanın temel yollarından biridir)

Uyku sorunları genellikle, psikiyatrik bozukluğu olan İH'ler ve aileleri için temel bir şikayettir. Neyse ki, insomniası ya da uykuda huzursuzluğu olan hastalara önerebileceğiniz seçenekler mevcuttur. Örneğin, yatağa gitme zamanında gerçekleştirdiği rutinler, televizyonu kapatmak, dişlerini fırçalamak, okumak ve son olarak ışıkları söndürmek için net ve öngörülebilir zamanlar belirlemesini önerebilirsiniz. Ancak birçok ailenin yatağa gitme zamanı rutinleri, hatta çocukları için üzerinde uzlaşmış bir yatağa gitme saati yoktur. Bu, aile bunu daha önce düşünmediğinden değil, ergen kurallara uymaya direnç gösterdiğindendir.

Yatağa gitme ve uyanma saatlerinin sabit olmasının bu sorunu çözmeye yardım edeceğini vurgularız. Aşağıdaki liste uyku sorunları ile baş ederken uygulanabilecek çeşitli alternatifler sunmaktadır. Sorunun biyokimyasal mı (İH yatağa yatar ve uyumak için fazla 'ayık' hisseder) yoksa davranışsal mı (İH'nin belirlenmiş bir uyku zamanı rutinini uygulamasının sonucunda herhangi bir yaptırım yoktur) olduğunu belirleyin. Olası çözümler de küçük ve büyük ergenler ya da genç erişkinler için farklılık göstermektedir.

Ailelerden biri uyku zamanı rutinin problem çözme için bir konu olarak getirdi. Ebeveynler ergenlik çağındaki iki oğullarını (yaşları 12 ve 13) yatmalarının, ışıkları söndürerek uyumalarının ne kadar zor olduğunu anlattı. Çocuklar yatağa girdiğinde ve ışıklar söndüğünde uykuya dalabiliyorlardı ancak yatağa gitmeleri büyük bir sorundu. Problem çözme görüşmesinde gençler tarafından bir çözüm önerildi. Buna göre gençler belirlenmiş zamanda yatağa giderse puan toplayacaklardı ve sonunda kendilerine DVD alınacaktı (her puan 50\$ değerindeydi). Belirlenmiş zamanda yatağa gitmezlerse ertesi gün televizyon izleyemeyeceklerdi. Aile planı o gece uyguladı ve her şey yolunda gitti. Bu, uyku

sorunlarının davranışçı yollarla çözülebileceğinin bir örneğidir.

Daha büyük ergenler ve genç erişkinler için, uyku/uyanıklık döngüsü alışkanlıklarını sürdürmenin pekiştiricileri akran ilişkileri, iş talepleri ve akademik nedenlerdir. Örneğin, 19 yaşındaki bir genç gece 12'de yatağa gitmek ve 8'de uyanmak karşılığında hafta sonları arabayı kullanmak için ebeveynleriyle anlaşmıştır.

Uyku sorunlarının neden kaynaklandığını belirlemeye çalışın: önceki davranışların bir sonucu mudur ya da diğer belirtilerle korelasyon mu göstermektedir? Sorunun doğasına uygun bir müdahalede bulunun. Uyku sorunlarının iyileşmemiş hastalık belirtileriyle ilişkili olduğu ve ek medikasyon gerektirdiği olgular mevcuttur. Aile ile uyku planı yaparken tedaviden sorumlu psikiyatrist ile işbirliği içinde olun. Belirli bazı ilaçları (melatonin dahil) psikiyatrist değilseniz ya da onunla konuşmadıysanız kullanmaktan kaçının.

9 numaralı 'İyi Uyku Alışkanlıkları' broşürünü aileye verin.

Broşürde yer alan maddelerin her birini İH ile konuşun: Belirlenmiş bir uyku zamanı var mı? Yatağa gitmeden hemen önce neler yapıyor? Hafta içi ve hafta sonu arasında uyku alışkanlıkları nasıl değişkenlik gösteriyor? Duygudurum çizelgesi dolduruyor ve uyku/uyanma zamanlarını not ediyorsa, bu çizelgeye dönebilir ve uygun çözümler üretebilirsiniz.

3. Görüşmenin sonu

Sonuç

Bugün tartışılan konuları aile için özetleyin, ama bunu 'Sokratik' bir formatta yapın:

- Hangi tür stresler seni en çok etkilemektedir?
- Stres altında olduğunda ortaya çıkan belirtiler nelerdir?
- Stres altında olduğunda yapabileceğin şeyler nelerdir?
- Ailen sana nasıl yardımcı olabilir?

Soruları yanıtlayın ve Ev ödevini belirleyin

Gelecek görüşme için düşünecekleri ve öğrettiğiniz becerileri uygulayabilecekleri bir ödev tasarlayın.

Verebileceğiniz çeşitli ödevler:

- b) Ebeveynlere ve İH'ye: Aile toplantısı yapmayı sürdürün, bu sefer herkes kendisini bu hafta etkileyen stresörlerin yapsın ve bunlarla nasıl başa çıktığını yazsın
- c) İH'ye: Duygudurum ve düşünce çizelgesini tutmaya devam et ve bu sefer uyku düzenini izlediğinden emin ol

Ailenin ve İH'nin bu hafta ne kadarını yapabileceğini değerlendirmeye çalışın. Görüşme rahat geçtiyse onlardan daha fazlasını bekleyebilirsiniz. Ödevi verdikten sonra tekrar etmelerini isteyebilirsiniz. Şimdiye kadar ödevleri düzenli olarak yapmadıysa onlara sorun: Ödevleri yapmaktan onları alıkoyan şeyler neler olabilir?

4. Görüşme: Aile Desteğinin En Uygun Hale Getirilmesi ve Önleme Planının Taslağı

Görüşmeden önce 10 ve 11 numaralı 'Aile nasıl yardım edebilir?' ve 'Önleme Eylem Planı' broşürlerini çoğaltın.

1. Bağlantı kurma
2. Baş etme ile ilişkili ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
3. Aile ortamının rolünün anlatılması
4. İH'nin kendisi için yararlı olduğunu ya da var olan stresi artırdığını düşündüğü davranışlar hakkında konuşun. Zamanınız izin verirse diğer aile bireylerine de kendilerine yardımcı olan ya da streslerini artıran davranışları sorun
5. 'Aile nasıl yardım edebilir?' broşürünü gözden geçirin.
6. 3. görüşmede konuşulan baş etme stratejilerin temel olarak önleme planının taslağını oluşturun
7. Kapanış

Bu dördüncü psikoeğitim görüşmesinin temel öğrenme hedefleri (a) aile ortamının, stresi azaltarak ve stresle baş etme çabalarını destekleyerek hastanın belirtilerinde iyileşmeye yol açan önemli bir faktör olduğunu

açıklamak ve (b) İH ve ailesinin, bir önleme eyleme planı hazırlamasına yardım etmek.

Soruları cevaplayın ve baş etme ile ilişkili ev ödevini gözden geçirin

Aileye bir toplantı yapıp yapmadıklarını ve stres ve baş etme konularını konuşup konuşmadıklarını sorun. Bir liste hazırladıysanız size göstermelerini isteyin. İH'nin duygudurum/düşünce çizelgesini gözden geçirin ve içerikle ilgili düşüncelerini sorun. Stresin hastalığında oynadığı rolle ilgili neler düşünüyor?

Aile ortamının rolünün açıklanması

Konuya aşağıdaki gibi giriş yapabilirsiniz:

‘Bugün, geçtiğimiz birkaç görüşmede üzerinde çalıştığımız konuların üzerine yeni konular inşa edeceğiz. Geçen hafta stresörler ve bunlarla baş etmek için kullandığımız stratejileri konuştuk. Bugün aile bireylerinin stresle baş etmek konusunda bize nasıl yardım edebileceği ve onların bize yardım etmesini nasıl kolaylaştırabileceğimiz konusuna odaklanacağız.’

İH dışındaki birine, kendisi stres altındayken diğer aile üyelerinin ne yaptığını sorarak başlayın. İstedikimiz, kocanın ‘karım sırtımı sıvazlar’ ya da annenin ‘oğlum neyin ters gittiğini sorar ve beni dinler’ gibi cevaplar vermesidir. Ailenin ilk eğilimi, dünyayı kendileri için daha stresli hale getirdiği için İH’yi suçlamak yönünde olursa konuşmanın yönünü değiştirmeye çalışın. Diğer aile bireylerinin yardım etmek için neler yaptığını öğrenmek istiyoruz.

Daha sonra İH’ye, kendisi stres altındayken ya da aktif duygudurum ya da psikoz belirtileri mevcutken diğer aile bireylerinin nasıl tepki verdiğini sorun. Bu tepkiler İH’yi nasıl etkiliyor? Ailenin yaptığı ve kendisine yararı dokunan neler var? Aileye, İH semptomatik olduğunda nelerin yararı olabileceğini sorun. İH ailesinden destek alabilmek için ihtiyaçlarını nasıl en iyi şekilde ifade edebilir?

Zamanınız varsa, diğer aile üyelerinin bazı stresörlerini (ya da duygudurum problemlerini) de gözden geçirin ve o sırada onlara yardım edebilmek için diğerlerinin neler yapabileceğini sorun. Diğerlerinin yaptığı ve onlara

yardımcı olan şeyler nelerdir? Diğerlerinin yaptığı ve durumu daha da kötüleştiren şeyler nelerdir?

Görüşme süresince, birkaç örnek üzerinde çalışın. Ebeveynler zaman zaman oğullarının/kızlarının belirtilerine ya da sorunlarına yanıt vermekte zorlanırlar.

Örneğin, ‘seslere duyarlılık artışı nedeniyle dikkat ve konsantrasyon zorluğu’ belirten bir hastayı düşünün. Dikkat sorunları nedeniyle ev ödevini tamamlayamıyor. Hasta sınıfının çok gerisinde kalmış ve sınıfta kalma tehlikesiyle karşı karşıya. Başarılı olmayı isteyen ancak derslerine odaklanamayan hasta yoğun stres altında. Ebeveynleri onun ders başarısındaki düşüş karşısında, ders çalışmakla geçirdiği süreyi yakından izlemeye başlıyorlar; bu durum ise hastanın stres düzeyinin ve çatışmaların artmasına yol açıyor.

Terapist şunları sormalıdır: (1) İH’ye, yaşadığı sorunlar karşısında ebeveynlerinin verdiği yanıtın onda yarattığı duyguları, (2) aileye, İH’ye verdikleri yanıtın etkili olduğunu düşünüp düşünmedikleri. Aile verdikleri yanıtların etkisiz olduğunu düşünüyorsa, alternatif yanıtları görüşmede tartışın. Yukarıdaki örneğe dönecek olursak hasta, alternatif yanıt olarak, kendi kendine çalışması ve bitmiş ödevlerini ailesine göstermesi önerisini sunmuştu.

Uygun olan alternatif yanıtları yüreklendirin. Burada tartışılan örnek için, aileye, çocuklarının öğretmenleri ile konuşması önerilebilir. Yaşadığı sorunları göz önünde bulundurarak öğretmenlerden hastaya daha fazla zaman vermeleri istenebilir. Ebeveynlere de, belirtilerin kötüleştiği dönemlerde beklentilerini düşürmeyi önerebilirsiniz. Ebeveynler iki taneyse, çocukları ile ilişkili her tür sorunda ‘aynı fikirde’ olmalarının önemini vurgulayın. Buna benzer konuların terapinin gidişi süresince devam edeceğini ve alternatif yanıtların uygulamayı iyileştireceğini akılda tutun.

Konuşmanın nasıl gittiğinden bağımsız olarak, açıkça birbirleriyle konuşabildikleri için aileye övgülerinizi sunun. Yaşadıkları deneyim üzerinde düşünmeleri için fırsat verin.

Birbirlerini dinleme, davranışlarını değiştirmeyi isteme ve birbirlerine yardım etmenin çeşitli yollarını arama

becerilerinin önemli güçlülükler olduğunu ve sorunları daha etkin bir şekilde çözmeyi sağladıklarını aileye söyleyin. İletişim becerileri eğitimi bölümüne geçtiğinizde bu konularda onlara daha doğrudan yardım edeceğinizi hatırlatın.

Aile nasıl yardım edebilir?

10 numaralı broşürde sunulan materyalin büyük bölümü daha önce konuşuldu ancak bu konuların tek bir yerde toplanması ailelere yardımcı olacaktır. Bu materyal ayrıca önleme planında önemli olacaktır. Buradaki maddelerin bazılarını açıklamanız gerekebilir. Örneğin, 'hoşgörülü ve sakin bir ev ortamını sürdürün' maddesini şunları içerebilir: Tartışmalardan kaçınmak; üç olumsuz 'ileri geri' etkileşim yaşandığında 'üç top kuralı'nyı uygulayarak tartışmaları sonlandırmak ya da yönlerini değiştirmek ya da gerginlik sırasında mola vererek birbirlerine sakinleşmek üzere zaman tanımak. Son olarak 'iletişim becerilerini kullanın' maddesine geldiğinizde, aileye evde kullanılan iletişim yöntemlerini sorun. Aktif dinleme, övme ya da onaylama gibi özgül becerileri kullanıyorlar mı? Ek okuma olarak Bipolar Genç (Miklowitz ve George, 2008) kitabının 9. bölümü 'Ailenin Yönetimi ve Baş etme' önerilebilir.

Gencin okul başarısı ve davranışlarına ilişkin endişeler ailelerin zihinlerinde genellikle ön plandadır. Okulda sorunlar varsa, ailenin okulla ilgili düzenlemeler yapmak konusunda neler bildiğini araştırın.

'Yapı ve tutarlılık' maddesi açıklanırken, gençlerde görülen uyku düzensizliklerinin kaynağının sıklıkla ailenin genel rutinlerinde bulunabileceği fark edilir. Örneğin, evden akşam yemeği birlikte yenmiyorsa, İH'nin yemek zamanı da akşamdan akşama değişkenlik gösterecektir. Uyku öncesi için belirlenmiş kurallar yoksa (internete gece 11'den sonra girmek yasak, TV saat 10'da kapanır; belirli bir saatten sonra evde sessizlik sağlanır gibi) gencin düzenli bir saatte uyuma olasılığı da düşüktür. Yaşı daha büyük ergenler ve genç erişkinler ebeveynlerinin rutinlerine bağlı olmasalar da, yukarıdakine benzer zaman düzenlemelerini onlardan da beklemek mantıksız değildir.

Ailenin Desteği Tartışılırken Gerginlik Olması Durumunda Göz Önüne Alınacak Ek Bilgiler

Ebeveynler bazen, çelişkili olarak algıladıkları mesajlardan ötürü çatışmalar yaşarlar. Belirtilere yol açanın kendileri olmadığını ancak mevcut belirtilerin şiddetini azaltmak için yapabilecekleri şeyler olduğunu onlara söyleyin. Bazı kişiler, belirtileri üzerinde bir miktar kontrolleri varsa, bu belirtilerin ilk başta ortaya çıkması yüzünden de suçlanabileceklerini düşünürler. Ebeveynlerin sıkıntılı olduğunu hissederseniz ya da kendilerini suçlanmış hissettiklerini düşünürseniz, aşağıdaki materyali gündeme getirebilirsiniz. Bu materyalde belirtilerin çıkışından sorumlu olmadıkları ancak, onları azaltmak için yapabilecekleri şeyler olduğu anlatılmaktadır.

Pacific Kliniklerin'de çalışmakta olan Christopher Amenson, Ph.D şöyle demiştir:

'Yeni bir görünüm yaratmak için, evin eşyalarının düzenini sık sık değiştirmeyi, birkaç ayda bir eşyaları bir odadan diğerine taşımayı seven bir aileyseniz, o zaman sorun yok. Aslında bu yolla her şey yeni ve ilginç olabilir. Ancak evdeki birinin görme yetisinde kayıp yaşadığını düşünün. O zaman eşyaların yerlerini değiştirmek bu kişinin hayatını çok güçleştirecektir ve evde yaşamasını zorlaştıracaktır.'

Bu genel açıklamadan sonra konuyu belirli bir aile için özelleştirin, örneğin, 'diğer bir deyişle, Robert'ın yüksek seslere aşırı duyarlı olmasının sebebi onunla yüksek sesle konuşmuş olmanız değildir. Ancak, herkesin ses tonunu düşük tuttuğu bir ortama daha kolay uyum sağlayacağına işaret eden bir bulgudur.'

Önlem Eylem Planı

Bu noktaya kadar, belirtilerin kötüleşmesini önlemeye yönelik bir planı geliştirmekte kullanılacak materyallerin çoğunu ele alma olanağınız oldu. Belirtilerin konuşulması, stres kaynakları, baş etme becerileri ve aile desteği başlıkları altında tartışılanlar kullanılarak bir müdahale stratejisi geliştirilebilir.

Eylem planı dört adımdan oluşmaktadır:

- I. İH ve bir bütün olarak aileyi etkileyen stresörlerin tanımlanması
- II. Duygudurum ya da ruh sağlığının bozulmasının erken uyarı işaretlerini tanımlamak
- III. Stresörler ve erken uyarı işaretleri ile baş etmeye yönelik çabaları harekete geçirmek
- IV. Engellerin üstesinden gelme yolları planla

Önlem planını sunarken, böyle bir plan oluşturmanın önemli olduğunu, çünkü yapılan araştırmalar sonucunda belirtiler ciddi düzeye ulaşmadan yapılan erken müdahalelerin çok daha etkili olduğunun gösterildiğini açıklayın. Gence şunu söyleyin: ‘Bu plan, düşüncelerin/duyguların/enerji düzeyin değişmeye başladığı zaman yaşamının kontrol altında tutmanın bir yolu olacak’.

Aileye 11 numaralı ‘Önlem Eylem Planı’ broşürünü verin. Her sütunun nasıl doldurulması gerektiğini aileye sorun. İdeal olarak, broşürün doldurulmasından İH sorumlu olmalıdır, ancak İH isteksizse ebeveynlerden biri ya da kardeş broşürü doldurabilir.

Birinci sütun ‘Stres Tetkileyiciler’dir. Daha önce stresin tanımlanması üzerine yapılan tartışmalardan alınan verilerle ya da İH’nin duygudurum çizelgesinde yer alan en son stresörlerle doldurulabilir. Stresörlerin haftadan haftaya değişkenlik gösterebileceğini hatırlatın. ‘Düzensiz uyku alışkanlığı’, ‘ilaç zamanlarını kaçırma’ ya da ‘anne babamla odamla ilgili kavga etme’ gibi ‘tetikleyiciler’i de bu bölüme ekleyebilirsiniz

İkinci sütun olan ‘erken uyarı işaretleri’ bu noktada herkese tanıdık gelmelidir. Erken uyarı işaretlerinin belirtilerden farklı olduğunu hatırlayın- bunlar kişinin bir depresyon, mani ya da psikotik epizoda gireceğinin ve işlevselliğin kötüleştiğinin ilk işaretlerdir. ‘Erken Uyarı İşaretleri’ne örnek olarak : ‘Konsantre olmakta zorlanıyorum’, ‘daha fazla/az uykuya ihtiyaç duyuyorum’, ‘daha çabuk sinirleniyorum’, ‘sorumluluklarımı daha zor yerine getiriyorum’ ya da ‘diğer insanlara karşı daha şüpheli hale geldim ve arkadaşlarımla dışarı çıkmak istemiyorum’ ya da ‘sabah yataktan çıkmak daha zor geliyor’ verilebilir. Bu

maddeler ilk sütundan çıkarılabilir, örneğin, arkadaşlarıyla daha fazla zaman geçirdiğinde işlerin kendisi için daha iyi gittiğini söyleyen bir İH için erken uyarı işareti ‘arkadaşlarla görüşmekten kaçınma’ olabilir.

Erken uyarı işaretleri bazen kişiye özgü olabilir. Bir ebeveyn, oğlunun gözlerine ‘vahşi bir bakışım’ yerleştiğini belirtmiştir. Bir diğer ebeveyn, kızının, yatağının altına yiyecek saklamaya başladığını söylemiştir. Bir diğeri, kızının ‘tiyatro oyuncularını ile televizyon dizisi oyuncuları arasındaki fark gibi, daha büyük ve abartılı hareketler yaptığını, konuşurken ellerini daha fazla kullanmaya başladığını’ söylemişti. Bu erken uyarı işaretlerini listelerek İH’nin bunları plan kağıdına kaydetmesini sağlayın.

Üçüncüsü ve en önemli olanı, baş etme/önleme stratejilerinin listelenmesidir. Bunlar da önceki görüşmelerden çıkarılabilir, ‘koruyucu faktörler’ listesinde bu maddelerden bazıları bulunmaktadır.

- İlaçlarını daha düzenli kullanmak
- Düzenli uyku alışkanlığı
- Baş edilmesi zor duygular hakkında diğerleriyle konuşmak
- Kendi duygularını düzenli olarak gözlemek
- Alkol ve maddelerden uzak durmak
- Ev ortamını huzurlu ve sakin tutmak
- Çatışmaları azaltmak (üç top kuralı)
- Eğlenceli aktivitelerde bulunmak (hobiler)
- Egzersiz yapmak

Sonraki sütun ‘engelleri aşmak’tır. Hekim, bezen işler yolunda gitmediği zaman, baş etme mekanizmalarımızı kullanmamızın daha zor olabileceğini açıklar. Bu sütunun amacı, engellere, ortaya çıktıkları anda baş etme stratejilerini uygulamaya sokmak amacıyla ileriye dönük bir şekilde bakabilmektir. Engeller, hazır bir eylem planı varlığında önceden bekleniyorsa çok daha çabuk aşırlar. Örneğin, kendimizi sağlıklı ve mutlu hissederken, hobilerimizle ilgilenmek ya da arkadaşlarla zaman geçirmek gibi baş etme becerilerini uygulamak daha kolaydır. Kendimizi daha kötü hissettiğimizde bu çok

ihtiyaç duyulan becerileri kullanmanın önünde engeller olacaktır. ‘Manik olduğumda ve yükseldiğimde, anne babam bana bunu söylemeli ve beni dünyaya geri döndürmeliler’ cümlesini kurmakta olan remisyonda bir bipolar hastasının gerçekten manik olduğunda aynı içgörüyü sahip olma olasılığı çok düşüktür.

Örneğin, 23 yaşındaki Jonathan, bir baş etme becerisi olarak arkadaşlarıyla zaman geçiriyor ancak, depresyon girdiği dönemlerde içe çekilme eğilimi bu beceriyi kullanması önünde bir engel oluşturuyor. Hasta iyi durumdayken, kız arkadaşı ile de konuşularak ilerisi için bir eylem planı hazırlandı. Jonathan, kız arkadaşına, depresyonunun arkadaşlarıyla zaman geçirmekten kendisini alıkoyan, içe çekilme ve kendini insanlardan soyutlama gibi erken uyarı işaretlerini açıkladı. Jonathan bu erken uyarı işaretlerini göstermeye başladığında kız arkadaşının daha aktif bir rol oynarak onu daha fazla dışarı çıkarması konusunda anlaşılabilir.

25 yaşındaki Ramon hipomanik ya da manik epizodlar yaşıyordu. Normalde çok uyumlu olduğu halde bu dönemlerde ilaç kullanmak istemiyordu. Şöyle söylüyordu: ‘Ailem yükselmeye başladığı söylemeli ve ilaçları almamı hatırlatmalı. O dönemde ilaçlarımı kullanmayabilirim ama bunu yine de yapmalılar.’

19 yaşındaki Melisa bir baş etme becerisi olarak odasında yalnız zaman geçirmeyi listeye eklemişti. Ancak, onun erken uyarı işaretlerinden biri de yine içe kapanma eğilimi ve iletişim kurmamayıydı. Aile bireyleri Melissa’nın bu içe çekilmesinden dolayı endişelenip onu sürekli kontrol ederek çeşitli önerilerde bulunuyor ya da kendileriyle zaman geçirmeye davet ediyordu. Bu durum Melissa’nın yalnız kalma ihtiyacını dile getirmesini zorlaştırıyordu. Melissa’nın kendisini daha rahat ifade etmesini sağlamak üzere aile bir ‘sinyal’ geliştirdi. Melisa kapısının önüne ‘saat 6’ya kadar yalnız zaman’ yazılı bir kağıt asacaktı; bu şekilde hem Melisa’nın yalnızlık ihtiyacı karşılanacak hem de aile kızlarının iyi olduğunu ve başka bir zaman onu kontrol edebileceklerini bilecekti.

Sorular ve Cevaplar ve Ev Ödevlerinin Verilmesi

Görüşmenin sonunda, hastanın önleme planı çalışma kağıdını gözden geçirin ve soruları yanıtlamak için zaman ayırın. Çabaları için aileyi mutlaka takdir edin. Bu görüşme ile bir sonraki görüşme arasında bir aile toplantısı düzenlemelerini ve konuşulan konuları gözden geçirmelerini hatırlatın. İH’ya duygudurum çizelgesini doldurmaya devam etmesini ve ek olarak, önlem planına daha başka neler eklenebileceği üzerine düşünmesini söyleyin.

Bir sonraki görüşmeyi planlayın

Tedavinin psikoeğitim bölümünden, birincil odağı iletişim becerilerini artırma olan bölümüne geçiş yaptığınızı belirtin. Tedavinin gidişi boyunca önlem planına geri döneceksiniz fakat bir sonraki odak noktanın ailenin emosyonel ‘iklimini’ iyileştirmek olacaktır.

III. İLETİŞİMİ GELİŞTİRME EĞİTİMİ (5-8. Görüşmeler)

5 ve 6. Görüşmeler: İletişim becerilerine genel bakış; aileye olumlu duyguları ifade etmeyi ve aktif dinlemeyi öğretmek

Gerekli broşürler:

12 (Beş Temel İletişim Becerisi)

13 (Olumlu Duyguları İfade Etmek)

14 (Seni Memnun Eden İnsanı Yakala)

15 (Aktif Dinleme)

16 İletişim Becerileri Görevleri)

1. Bağlantı kurma
2. Önlem Eylem Planı Ev Ödevinin Gözden Geçirilmesi
3. Ailede Kullanılmakta Olan İletişim Stilllerinin Konuşulması
4. İletişimi Geliştirme Eğitiminde Aktarılabilecek Becerilerin Gözden Geçirilmesi
5. Birinci Becerinin Öğretimi: Olumlu Duyguların İfade Edilmesi; Aktif Dinlemeye Giriş

6. Ev Ödevinin Verilmesi, Soruların Cevaplanması ve Bir Sonraki Görüşmenin Planlanması

İkinci modüle geçmeden önce, önlem planı ev ödevini gözden geçirin ve önceki görüşmeye ilişkin soruları yanıtlayın. İH'nin duygudurum çizelgesini gözden geçirin.

İletişimi İyileştirme Eğitimi İlişkin Temel Bilgiler

AOT'nin ikinci modülü olan iletişimi geliştirme eğitimi (İGE) yaklaşık 4 görüşme (5-8. görüşmeler) sürmektedir. Bu görüşmeler daha öncekiler kadar yapılandırılmış değildir. Her ailenin öğrenme hızı farklıdır; 1-4. görüşmeler arasında işlenen materyalin tekrar gündeme gelmesi söz konusu olabilir. Bu nedenlerle, 5 ve 6. görüşmelerin planını bu bölümde, 7 ve 8. görüşmelerin planını bir sonraki bölümde aktaracağız.

İGE iki varsayım üzerine dayanmaktadır. Birincisi, aile iletişiminin bozuk olması, hastanın belirtileri ve işlevselliğindeki bozuklukla baş etmek konusundaki stresi yansıtır. İkincisi, bozuk iletişim örüntüleri beceri eğitimi ve pratik yapma ile iyileştirilebilir. İGE, hastalara ve ailelerine beş iletişim becerisini öğretmek için role-playing tekniğini kullanır: *Olumlu geri bildirim verme, aktif dinleme, iletişimde açıklık ve başkalarının davranışlarını değiştirmek için olumlu taleplerde bulunma.*

İletişimi iyileştirme eğitiminin amacı, artan belirtilere karşı koruyucu bir ev atmosferi yaratmaktır. Bu beceriler -ciddiyetle üzerlerinde çalışıldığı takdirde- ailenin bireyleri arasında bir işbirliği duygusunun gelişimini sağlar. Ancak, ailenin role-playing tekniğine alışması bir miktar zaman alabilir.

Terapist her bir becerinin bileşenlerini içeren bir broşür verir (söz gelimi aktif dinleme için: Göz iletişimi kurmak, başka sözcüklerle açıklamak) ve beceriyi aile için örnekler. Daha sonra aile bireyleri beceriyi, terapistin rehberliğinde birbirleriyle uygular. Verilecek ev ödevi, öğretilen becerilerin ev ortamına genellenmesini sağlar.

Ailede Kullanılmakta Olan İletişim Stillerinin Konuşulması

İletişim modülü, iletişim becerilerinin huzurlu, açık ve destekleyici bir aile ortamı yaratmak için iletişim becerilerini kullanmanın önemine ilişkin bir konuşma ile başlar. Ayrıca, iletişim becerilerini iyi kullanmak tek tek bireylerin de yararına olacaktır çünkü dinleyebildikleri ve diğer kişinin endişelerini dikkate aldıkları zaman istediklerini elde etme olasılıkları da artar.

Aileye sorun: Ailenizin iletişiminde iyi gidenler ve kötü gidenler neler? -----'in belirtilerinin arttığı dönemde bu durum değişiyor mu? (Anne ve baba) işleriyle ilgili stres altındaysa durum değişiyor mu?

Ailede biri olumsuz bir şeyler olduğunda öfkelenme ve bağırma eğiliminden söz ederse bu durumu normalize edin: 'Bu durum bütün ailelerde bir dereceye kadar görülür. Haksızlığa uğradığınızı hissettiğiniz zaman başkasının bakış açısından duruma yaklaşabilmek özellikle zorlaşır.'

İletişim Becerilerinin Tanıtılması

Aileye 12 numaralı broşürü 'İletişimi İyileştirme Becerileri' verin. Daha sonra aileye öğretmen istediğiniz becerileri gözden geçirin. İGE'de temel görev, görüşmede ve görüşmenin dışında aile bireylerinin birbirleriyle role-playing tekniğini uygulamasıdır. Role-playing sürecinin aile tarafından anlaşılması önemlidir. Tekniği şu şekilde tanımlayın:

'Dört ya da beş adet iletişim becerisi öğreneceksiniz: Olumlu duyguları ifade etme, aktif dinleme, iletişimde açıklık, değişim için olumlu taleplerde bulunma ve gerekirse, özgül davranışlara ilişkin olumsuz duyguları ifade etme. Burada role-palying adını verdiğimiz bir şey yapacaksınız. Bu şu anlama geliyor: Sandalyelerinizi birbirinize çevirecek ve birbirinizle konuşmanın yeni yollarının pratiğini yapacaksınız. İlk başta biraz tuhaf gelebilir ancak herkes yaptığı zaman ne kadar kolay alıştığınızı görünce şaşıracaksınız. Aslında, birbirinizle konuşmanın yeni yollarını denemek sizin için eğlenceli olabilir.'

Kısaca, ailenin geliştirmek istediği hedeflerle broşurlerde listelenen beceriler arasında bağlantılar kurun. Daha sonra tanıtıma devam edin:

‘İletişim becerilerinin ve problem çözme becerilerinin iyi olması ailede gerginliğin ve hastanın belirtilerinin (duygudurum ve psikoz) azalmasını sağlar. Bu becerilere sahip olmak, uzun zamandır devam eden sorunların çözülmesini kolaylaştırır.’

Ailede herkesin iletişimin iyi olması derken tam olarak ne kastettiğinizi anladığından emin olun. Yaşı küçük olan ergenler için iletişim sözcüğü erişkinlere özgü bir sözcük gibi gelebilir ve onlara şu şekilde açıklamak gerekebilir: ‘İletişim, bir kişi ile diğerinin birbirini anlamasını sağlayan şeydir.’

Birinci becerinin tanıtılması: Olumlu Duyguların İfade Edilmesi

İletişim becerileri kavramını tanıttıktan sonra bu becerilerin ilkini açıklayın. Bu beceri ilk olarak öğretilir çünkü kolay öğrenilir ve aile bireyleri arasında bir yakınlık hissinin oluşmasını sağlar. Başlangıç olarak, becerinin ne olduğunu ve amacını kısaca açıklayın: Diğer aile bireyelerine kendilerine değer verildiğini hissettirmenin direkt bir yoludur ve gelecekte bu duygulara karşılık vermelerini sağlar. Ayrıca, aile yaşamına dengeli bir yaklaşım yaratılmasını sağlar. Diğer insanların bizi rahatsız ettikleri yolları bulmak ve anlatmak çok kolay olabilir ve yine aynı kolaylıkla başkalarının bizim için yaptıkları güzel şeyleri de fark edebiliriz. En huzurlu aileler, birbirlerini değiştirmeye çalışmaktan çok birbirini takdir eden ailelerdir.

Daha sonra 13 numaralı broşur, ‘Olumlu Duyguları İfade Etmek’ kullanarak bileşenleri açıklayın. Bazen insanlar için ‘duygu sözcükleri’ni kullanmak zor olabilir. Örneğin, bir aile bireyi, ‘bu, bana değer verdiğini hissettirdi’ diyebilir ancak bu cümle gerçekte kendi duygu halinin bir ifadesi değildir. Aile bireyelerine, ‘mutlu’, ‘takdir edilmiş’ ya da ‘duygulanmış’ gibi, deneyimle ilişkili doğru duyguları bulmalarına yardım edin. Aileye, sundukları takdirin, ‘harika bir insan’ gibi genel bir tanımlamadan ziyade özgül bir davranışa yönelik olursa daha etkili olacağını açıklayın. Son olarak, beceriyi onlar için örnekleysin. Hasta doktor ilişkisini kurmak için

örneklemenizi hasta ile birlikte gerçekteştirin. Örneğin şöyle söyleyebilirsiniz:

‘Keith, okulla ilgili sorunlarını böyle açıkça konuşabilmeni gerçekten çok takdir ediyorum. Geçirdiğimiz zamanın yararlı olduğunu düşünerek kendimi iyi hissediyorum.’

Ya da,

‘Bay Williams, bazı günler sizin için zor olmasına rağmen her görüşmeye gelmenizi ve katılmaya çalışmanızı gerçekten takdir ediyorum. Sizin katılımınız, size ve ailenize yardımcı olabileceğim konusunda beni cesaretlendiriyor.’

Yaptığınız övgü örneklemeşi başarısız olursa savunucu olmamaya çalışın. Duruma espriyle yaklaşmaya çalışın (örneğin, ‘bu gerçekten de başarısız bir girişim oldu’ gibi). Sizin başarısızlığı kabul etme ve buna rağmen devam etmeye olan isteğiniz, aile bireyleri ve İH’nin de daha az savunucu ve olumlu iletişim sürecine daha açık olmalarını sağlayacaktır.

Aile bireyelerinin olumlu iletişimin özelliklerini anladığından emin olduktan sonra, önceki hafta boyunca aileden birinin yaptığı hoş bir davranışı hatırlamaya çalışmalarını isteyin. Aile bireyelerinden biri geri bildirimde bulunmaya hazır olduğunda, geribildirimde bulunan kişi ‘konuşmacı’, geribildirim alan kişi ‘dinleyici’ olacak şekilde iki kişinin sandalyelerini birbirine doğru çevirmesini ve beceriyi uygulamalarını isteyin.

Bu örneği değerlendirin: Bir baba, 19 yaşındaki oğlunun başını polisle derde sokmamış olmasından dolayı oğlunu takdir ediyor ve ona,

‘Bu hafta başını belaya sokmadığın için gerçekten memnunum’, diyor.

Terapist babanın oğlunu övmek yönündeki çabasını övdükten sonra, övgünün bir diğer yolunun da, oğlunun yapmadığı değil yaptığı bir şeyi vurgulamak olduğunu belirtir.

Baba tekrar dener ve oğluna,

‘Oğlum, bu hafta davranışın gerçekten sıradışı idi ve senin böyle iyi davrandığını görmek beni çok mutlu etti,’ der.

Bu noktada terapist babayı, esnek oluşu ve beceriyi tam da olması gerektiği gibi uyguladığı için babayı takdir eder. Ancak babanın ‘gerçekten sıra dışı davranış’ın ne olduğunu örneklerle açıklaması konusunda tekrar denemek üzere cesaretlendirmeye devam eder.

Bazen, örneklenen diyalogu terapistin geribildirimini doğrultusunda yeniden canlandırma (ve becerinin pratiğini yapma) konusunda dirençle karşılaşılabilir. Böyle bir durumda, konuşmacıya, becerilerin yeni bir ayakkabı denemeye benzediğini söyleyebilirsiniz. Eğer ayakkabılar ayağına uymazsa konuşmacı onları çıkarmakta özgürdür. Ancak, ayakkabıların ayağına uyup uymadığını ancak onlarla bir süre yürüdükten ve ayaklarının alışıp alışmadığını gördükten sonra anlayabilir. Beceriler için aynı durum söz konusudur. Becerinin doğal hale gelmesi için kişi onu kendisine göre biçimlendirmelidir.

Daha sonra, siz takdir sunar ve yön gösterirken ailenin her bireyinin becerinin pratiğini yapmasını isteyin. ideal olarak, herkes başka birine bir övgüde bulunmalı ve başka birinden gelen bir övgünün alıcısı olmalıdır. Bir kişi dışarıda kalırsa (kimse annenin yaptığı iyi bir şeyden bahsetmemiştir), dışarıda kalan kişinin takdir edilmesi konusunda aileyi cesaretlendirin (bunu şuna benzer bir cümle ile yapabilirsiniz: ‘Kimse bu hafta Beth’in yaptığı şeylerden bahsetmedi. Beth’in buradaki bir kişi için iyi bir şey yapmış olduğunu sanıyorum’).

Ev Ödevinin Verilmesi

İH dahil olmak üzere her bir aile bireyinin olumlu geribildirim becerisini doğru bir şekilde uyguladığını gördükten sonra ev ödevine yönelik ‘Seni Memnun Eden İnsanı Yakala’ 14 numaralı broşürü dağıtın. Bu ödev (görüşmeler arasında tamamlanacak) bir oyun gibi düşünülebilir. Buradaki amaç her kişinin her gün, ailenin diğer bir üyesini mutlu edeceğini düşündüğü bir şey yapmasıdır (yapılan davranış günden güne değişebilir). Kendisi için güzel bir şey yapıldığında herkes bunu dağıtılan broşürlere not eder. Ek olarak , yapılan davranışa ilişkin olumlu duygularını nasıl ifade ettiklerini

de not ederler. Bu ödev kişilerin neleri ‘yakaladıkları’ ve neleri ‘kaçırdıkları’ni ele almayı sağlar.

Örneğin, terapide olan bir ailede, baba anneye bir kutu çikolata almıştı. Bu jesti anne tarafından ‘yakalanmayan’ baba çok şaşkındı. Anne, aslında babanın bu davranışına sinirlendiğini, çünkü şeker alımını kısıtlamaya çalıştığını ve ayrıca babanın birkaç gün önce kilo aldığına yönelik bir yorumda bulunduğunu hatırladığını söyler. Ancak, babanın başka davranışlarına (sırtını sıvazlamak, eve geldiğinde çocuklarla oynamak) yönelik olumlu duygularını ifade etmiştir. Baba, bu davranışların anne için bu kadar anlamı olmasına şaşırır. Aile üyeleri, birbirilerini memnun etmek için harcadıkları çabaların etkisiz olduğunu çünkü karşıdakinin istekleriyle her zaman örtüşmediğini fark edebilirler. Doğrudan iletişimin önemini açıklamanın daha iyi bir yolu var mıdır!

Olumlu Duyguları İfade Etme Becerisindeki Sorunların Giderilmesi

Genellikle aileler bu yaklaşım karşısında açıklırlar ve hatta uygulamalardan keyif alırlar. Ancak, kişilerin, şiddetli olumsuz tepkilerini ifade etmek konusunda ısrarcı oldukları durumda, duygularını konuşun ve değişiklikler yapma seçeneğini göz önünde bulundurun. Örneğin, tek başına ebeveynlik yapmakta olan bir baba ve oğlu bu egzersiz boyunca kahkahalarla gülmüştü ve aşağıdaki diyaloglar yaşanmıştı:

Baba: Doktor Hanım, erkekler bu şekilde konuşmaz ki. Saygısızlık etmem istemem ama, sizin bu tür şeyler söylediğinizi düşünebiliyorum ama benim dünyamda işler bu şekilde değil. Sadece size karşı dürüst olmak istedim.

Terapist: Dürüstlüğünüzü takdir ediyorum. Bu yaklaşımla ilgili size tuhaf gelen başka şeyler varsa söyleyin.

Baba: Oğlum ve ben birbirimiz için güzel şeyler yaparız ve onun yaptığı güzel şeyleri takdir ettiğimi bilmesi hoşuma gider ama bunun için bir beşlik çıkarım ve sadece ‘teşekkürler’ derim ya da ‘çamaşırlarla iyi iş çıkardın, çak bi’ yumruk’ derim’ (yumruğunu kaldırır)

Terapist: Yani oğlunuzun yaptığı şeyleri fark ediyor ve onu kendi tarzınızla övüyorsunuz. Yaptıklarının sizi nasıl

hissettiği gibi şeylerle ilgili konuşmaları içermeyen daha kısa bir tarzınız var.

Baba: Evet. O tür kelimeler bana uymuyor. Kullanırsam gerçekten yapmacık hissederim.

Terapist: Ben, baban hoşuna giden bir şey yaptığında ona bunu nasıl ifade ediyorsun?

Ben: Sadece ‘beni okuldan aldığın için teşekkür ederim baba, ya da bu akşam tavuk pişirdiğin için teşekkür ederim, en sevdiğim yiyecek’ gibi şeyler söylüyorum.

Terapist: Aslında, sizin iletişim kurma yolunuzu sevdim ve bu konuyu açtığınız için memnunum çünkü bu egzersizin bütün amacı birbirimiz için yaptığımız güzel şeylere odaklanmak ve bu güzel şeylerle ilgili yorumlar yapmak. Öyle görünüyor ki siz bunu kendinize has bir yolla yapıyorsunuz ve gayet iyi işliyorsunuz.

Baba ve Ben: Evet

Terapist: Peki, birbiriniz için yaptığımız şeylerin bir miktar daha fazla farkına varmanız ve bu konuda yorum yapmanız mümkün olabilir mi? Böylece daha fazla takdir edildiğinizi hissedebilir ve birbirinizin sevdiği şeyler hakkında daha fazla şey öğrenebilirsiniz.

Baba: Tabii bunu yapabiliriz. Burada bir dengeyi bulma ihtiyacından bahsediyorsunuz; yani ona sadece odasını toplamayı ve ev ödevini yapmasını söylememeliyim.

Terapist: Peki ya sen Ben? Sence baban senin için yaptığı şeylerin arasından hangilerini sevdiğini biliyor mu?

Ben: Sanırım biliyor ama emin değilim.

Terapist: Sadece bu seferlik, size en rahat gelen ifade yollarını bulabilmek için role-playing tekniğini kullanmaya ne dersiniz?

Baba: Elbette.

Alternatif olarak, terapist ailenin olumlu duyguları ifade etme yollarını kabul edebilir ancak Seni Memnun Eden İnsanı Yakala ödevini vererek birbirlerine yaptıkları güzel şeyleri izlemelerini sağlar.

İkinci Becerinin Tanıtılması: Aktif Dinleme

Etkin iletişimin temel taşlarından biri dinleme becerisidir. Birçok yönden diğer iletişim becerilerinin temelini oluşturduğu için aktif dinleme, olumlu duyguların ifade edilmesinden önce işlenebilir. Ancak, aktif dinleme daha zor öğrenilen bir beceridir ve kişilerde anksiyete yaratabilir. Bu nedenle, olumlu bir havaya sahip somut bir beceri olan olumlu duyguların ifade edilmesi, iletişim becerileri eğitimi başlamak için iyi bir seçim olabilir.

Olumlu duyguları ifade etme becerisini işlediğinizden bu yana bir hafta geçmişse, ‘Seni memnun eden insanı yakala’ ödevini kontrol edin. Hafta boyunca birbirlerine olumlu geribildirim vermenin nasıl hissettirdiğini sorun. Diğerlerinin kendi yaptıkları destekleyici ve yardımcı şeyleri fark ederek yorum yapması nasıldı? Verilen ödevi yapmadıysa, herkesten önceki hafta süresince aile üyelerinden birinin yaptığı olumlu bir şeyi hatırlamasını ve bunu görüşme sırasında ifade etmesini isteyin. Hissettikleri duyguyu (memnun, rahatlamış, mutlu, duygulanmış) ve diğer insanın davranışını özgül bir şekilde ifade etmeleri konusunda onlara rehberlik edin.

Daha sonra, 15 numaralı broşürü dağıtın ve aktif dinlemeyi aşağıdaki gibi tanımlayın:

‘Bu, aktif dinleme olarak bilinen ve muhtemelen hepimizin aşına olduğu bir beceri. Her zaman işe yarar bir beceri olmakla birlikte özellikle bir tartışma ya da anlaşmazlık durumunda yararlıdır. İşleri yavaşlatmak yardımcı olur çünkü herkes, diğer kişinin söylenenleri duyduğundan emin olmak ister. Bu yolla kişiler karşısındakinin kendisini dinlediğini hisseder. Bir tartışma sırasında bunu kullanmak yararlıdır, çünkü konuşmakta olan kişi söylediklerinin ‘duyulduğunu hisseder’ ve aynısını sizin için yapmaya istekli olur.

Aktif dinlemenin bazı bölümleri vardır: Karşısındakinin onu dinlediğinizi bilmesini istiyorsanız ona bakın, başınızı sallayın ve anladığınızdan emin olmak için ‘bu ne zaman oldu?’ gibi sorular sorun. Duyduğunuz şeyi karşısındakine söylemek de iyi bir fikir olabilir, buna ‘duyduğunuz şeyi kontrol etmek’ adı verilir. X Hanım, biri sizi dinlediğinde ve size sorular sorduğunda, bu size nasıl hissettiriyor?’

Beceri tanımladıktan sonra ile için örnekleyin. Bunu bir dinleyici olarak ve aile bireylerinden birinin izine konuşmasını isteyerek yapın. Bunun için birinin gönüllü olmasını isteyebilirsiniz. Dinleme becerisini örnekledikten sonra, bu örneklemeyle ilişkin herkesten geribildirim isteyin (örneğin, 'Az önce ne yaptığımı gördünüz? Dinliyor olduğumu nereden anladınız?'). Daha sonra, gönüllülerden de beceriyi örneklemesini isteyin (bir dinleyici ve bir konuşmacı olacak şekilde).

Aktif dinleme için çatışmanın olmadığı konularla başlamak önemlidir, çünkü anksiyete ve/veya eleştirinin varlığında yeni bir beceriyi öğrenmek zor olacaktır. Ayrıca, becerinin pratiğinin yapılması ebeveynin hastaya nutuk çekmesine fırsat olarak kullanılmamalıdır.

Diğer becerilerde olduğu gibi, örnekleme ve ailenin çabalarını (ailenin çabaları mütevazi de olsa) pozitif bir şekilde pekiştirmeye devam edin. Aktif dinleme, zorluğu ve karmaşıklığı nedeniyle diğer becerilere göre daha çok yönlüdür.

Klinik ipucu: Belirli bir anda tek bir kişiye rehberlik edin

Aktif dinlemeyi öğretirken, hem dinleyici hem de konuşmacıya aynı anda rehberlik etmek cazip bir fikir gibi gelebilir. Örneğin bazı terapistler ebeveyn 'olumlu bir istekte bulunurken' çocuğun aktif bir şekilde dinlemesini sağlamaya çalışır, ancak bu iyi çalışan bir yöntem değildir. Konuşmacı, dinleyicinin özetlemesinin zor olduğu ya da dinleyicinin savunmaya geçmesine yol açan bir konudan bahsediyor olabilir. Tipik olarak yalnızca yeni beceriyi öğrenmekte olan kişiye rehberlik edin. Burada tek istisna, konuşmacı rolünü almış kişinin, bu rolü, dinleyiciyi eleştirmek için bir fırsat olarak kullanmasıdır. Konuşmacıdan konuyu daha nötral başka bir konu ile değiştirmesini isteyin, örneğin 'bugün işyerinde başınıza gelmiş bir olay, böylece ----- dinleme uygulamasını gerçekleştirebilir.'

Terapiye katılan kişi sayısı ikiden fazla ise, bir konuşmacı ve bir dinleyiciye ek olarak, dinleyicinin gerekli basamakları izleyip izlemediğini kontrol eden bir gözlemci belirleyin. Bazen, kişiler aktif olarak rol almadıklarında becerileri daha iyi öğrenebilirler. Role-

play'den sonra gözlemciye nelere dikkat ettiğini sorun. Dinleyici hangi konularda başarılıydı? Gerekli basamakları izledi mi?

İH bellek ve konsantrasyon sorunları yaşıyorsa, diğer kişi konuşurken not alabilir. Böylece, söylenenler üzerinde konuşabilir ve aklına takılan soruları sorabilir.

Bazı gençler şöyle söyleyebilir: 'Söylenenleri dinlediğim belli çünkü burada oturuyorum ve karşımdaki kişi söylediklerini yalnızca tekrar etmemi istemiyor.' Gence, söylenenleri özetleyebiliyor olmasının önemini anlatın; böylece karşıdaki kişi söylediklerinin 'duyuluyor olduğunu hissediyor' ve derdini anlatmak için daha fazla çaba göstermesine gerek kalmaz. Bütün bunlar, aktif dinlemeye ilişkin çok az deneyimi olan birçok genç için büyük bir değişiklik anlamına gelmektedir. Ebeveynler bu kavrama daha aşına olabilirler ancak eyleme geçirmek yine de zor olabilir.

Olgu Örneği

Ben, 13 yaşında bipolar bozukluk ve DEHB tanılı bir gençti. İletişim modülü sırasında gerginlik yaşamaya başlamıştı. Aileye, aile içi iletişimle ilgili neleri iyileştirmek istedikleri sorulduğunda, Ben'in babası Richard, oğlu ile daha çok şey paylaşmak istediğini söyledi. Ben, babasına ne demek istediğini sordu. Babası, Ben'in hayattan neler istediğini, nelerin onu mutlu ettiğini ve gelecekte kendisini nasıl hayal ettiğini bilmek istediğini söyledi. Giderek gerginleşen Ben, babasına hala anlamadığımı söyledi. Terapist, Richard'a söylediklerini daha fazla açıklığa kavuşturması konusunda yardım etmeye çalıştı ancak Richard ne kastettiğini açıklamakta çok zorlanıyordu. Sonunda Ben 'baba, sana bugün neler yaşadığımı anlatacağım, olur mu?' diyerek o gün okulda ve okuldan sonra neler yaptığımı detaylı olarak anlattı. Terapist Richard'a dinleme ve dinledikleri üzerinde yorum yapma görevini verdi. Bu rol Richard'ı memnun etti ve Ben'e teşekkür etti: 'Hayatında neler olduğunu ve seni nelerin mutlu ettiğini öğrenmek beni çok mutlu etti'. Neyse ki Ben, rahatsız edici bir çıkmaz halini alan durumdan, babasının ne istediğini tahmin ederek çıkmayı başarmıştı. Terapist, ebeveynlerin soyut diyaloglardan kaçınarak daha somut ve spesifik yollarla iletişim kurmalarına yardım edebilir; böylece gençler daha olumlu yanıtlar verebilirler.

Ev Ödevinin Gözden Geçirilmesi

Ev ödevleri vererek iletişim becerilerini ailenin günlük yaşamı ile bütünleştirme sürecine devam edin. ‘*Seni Memnun Eden İnsanı Yakala*’ ödevini zaten açıkladıysanız, İletişim Becerileri Ödevi (Broşür 16)’ni açıklamak için kolay olacaktır. Yalnızca ilk iki becerinin (olumlu duyguların ifade edilmesi ve aktif dinleme) pratiğinin yapılması gerektiğini söyleyin- söz konusu beceriler için gerekli açıklamalar yapıldıkça kadar ‘iletişim açıklığı’ ya da ‘olumlu isteklerde bulunma’ ile ilişkili bilgilerin doldurulması gerekli değildir. Aileye, aktif dinlemeyi günlük hayatlarında diğer insanlarla da uygulamalarını ve ödev kağıdına bu örnekleri de eklemelerini söyleyin.

Aktif Dinleme Becerisine Ait Sorunların Giderilmesi

Aktif dinleme teknikleri önemlidir ve bu tekniklere hakim olmak güçtür, bu nedenle bu beceri için tek seanstan fazlası gerekebilir. Belirli bir gencin ya da ailenin anlama kabiliyetine bağlı olarak aktif dinleme eğitiminde modifikasyonlar yapmak isteyebilirsiniz. Eğitimin amacına ulaşmış olduğundan emin olmak için aileden geribildirim almak ve etkileşimlerin dikkatli bir şekilde gözlemlenmesi önemlidir.

Örnek olarak, hastamız olan 15 yaşındaki bir gencin annesini dinlemekle ilgili ciddi sorunu vardı. Role-playing egzersizleri sırasında annesiyle göz iletişimini kestiği için anne sinirlenmişti çünkü bunun saygısız bir davranış olduğunu düşünmüştü ve kendisini dinlemediğinin bir işareti olarak yorumlamıştı. Genç insanlarla göz teması kurmanın kendisi için zor olduğunu, göz temasını kafa karıştırıcı ve sıkıntılı bulduğunu, insanların yüzlerine bakmadığı ya da elleri bir şeylerle meşgul olduğu (örneğin cep telefonu ile oyun oynadığı) zaman daha iyi dinleyebildiğini söyledi. Oyun oynamanın dikkatini dağıtmaktan ziyade anksiyetesini yatıştırdığını ve karşısındaki insanın söylediklerine odaklanmasına yardım ettiğini belirtti. Anne oğlunun söylediklerine şaşırdı ve göz teması kurma zorluğunu anladı. Oğlu cep telefonu ile oyun oynarken konuşmaya devam etti ve genç, annesinin söylediklerini rahatlıkla özetleyebildi. Anne, gerçekten de oğlunun, elleri bir şeylerle

meşgulken, özellikle emosyonel olarak yüklü konuları daha iyi dinleyebildiğini keşfetmişti.

Bu örnek, dinleme egzersizinin amacının ailede etkin iletişimi kolaylaştırmak olduğunun altını çizmektedir. Terapist dinleme ödevlerini, kendilerine özgü özellikleri ve duyarlılıkları olan bireylerin gereksinimlerine uyacak şekilde düzenlemelidir.

Bu konuda daha fazla örnek için *Bipolar Bozukluk: Aile Odaklı Tedavi Yaklaşımı* kitabına başvurunuz.

5 ve 6. Görüşmelerin Sonlandırılması

5 ve 6. Görüşmeleri toparlarken, ailenin öğrenmiş olduğu becerileri ve neden önemli olduklarını özetleyin. ‘Seni Memnun Eden İnsanı Yakala ve İletişim Becerileri Broşürü’ ödevlerinde neler yapmaları gerektiğini tekrarlamalarını isteyin. Beceriler konusunda ustalaşmak için gösterdikleri çabayı –bu çaba orta düzeyde de olsa- takdir edin.

Bu becerileri evde ve diğer insanlarla uygulamalarını isteyin. Değişik koşullar ve durumlar için genellendikçe becerileri uygulamak da kolaylaşacaktır.

9.görüşmeden itibaren haftalık görüşmelerden iki haftada bir olan görüşmelere geçeceğinizi hatırlatın. İlk 8 görüşme haftalık, daha sonraki görüşmeler ise iki haftada bir yapılmaktadır. Bu birçok aile için bir sorun oluşturmamakla birlikte, duruma hazır olmaları için zaman vermek uygundur. Bu hatırlatmayı yaparken şunları da söyleyin: ‘Daha az sıklıkta görüşeceğimiz için görüşmeler arasında bir aile toplantısı düzenlemeniz ve öğrendiklerinizin pratiğini yapmanız çok daha önemli olacaktır. Hala aile toplantıları yapıyor musunuz?’

7 ve 8. Görüşmeler: Değişim için Pozitif Taleplerde Bulunma ve İletişim Açıklığı

1. Açılış
2. Ödevlerin Gözden Geçirilmesi
3. Becerinin açıklanması ve role-playing
4. Ev Ödevinin verilmesi, soruların cevaplanması ve bir sonraki görüşmenin planlanması

Gerekenler: 17 numaralı broşür (pozitif bir talepte bulunma), 18 numaralı broşür

Ev Ödevlerinin Gözden Geçirilmesi

5.görüşmede yapmadıysanız, 7. görüşmeye, önceki görüşmeden kalan ‘Seni Memnun Eden İnsanı Yakala’ ödevini gözden geçirerek başlayın. Hafta süresince birbirlerine daha fazla olumlu geribildirim vermenin nasıl hissettirdiğini sorun. Karşılarındaki kişi yaptıkları güzel ve destekleyici şeylerin fark edilmesi ve üzerinde yorumlar yapması neler hissettirdi?

Daha sonra, aktif dinleme deneyimlerini sorun. İletişim becerileri ödevini tamamlamışlarsa onu kontrol edin. Aktif dinleme uygulamalarının nasıl gittiğini ve kurdukları diyalog üzerinde bir etkisinin olup olmadığını sorun. Gelecekte aktif dinlemeyi kullanmak isteyebilecekleri ve uygun olmadığı için (örneğin, bir yerlere yetişmek zorunda oldukları zaman) durumları sorun. Kişiler sıklıkla, dinleme becerisinin diyaloglarını derinleştirdiğini ve yaptıkları konuşmaların sonuçlarından daha fazla tatmin olmalarını sağladığını ifade ederler.

Daha sonraki iki iletişim becerisi, değişim için pozitif taleplerde bulunma ve negatif duyguları ifade etme becerileri, aile bireylerinden biri diğerinde bir değişim gerçekleşmesini istediği zaman kullanılır. ‘Pozitif taleplerde bulunma’ (örneğin, ‘çöpü dışarı çıkarırsan çok mutlu olurum’) davranış değişikliğini talep etmenin ilk adımıdır (17 numaralı broşüre bakınız). ‘Özgül davranışlara ilişkin negatif duyguları ifade etme’ (örneğin, ‘beni görmezden geldiğinde inciniyorum; bu konuda ne yapabiliriz?') ise pozitif talepler istenilen etkiyi yaratamadığında kullanılabilir (19 numaralı broşüre bakınız).

Pozitif talepleri öğretirken akılda tutulması gereken iki önemli nokta vardır. Birincisi, talep karşıdaki kişinin bir şeyler yapmasına yönelik olmalıdır, yapmakta olduğu bir şeyden vazgeçmesine yönelik değil. İkincisi, talebi alan kişi kendisinden istenilen şeyi yapmak zorunda değildir. Talep en iyi olarak, problem çözme sürecine taşınabilecek bir sorunun çözüm yöntemlerinden biri olarak kavramsallaştırılabilir (problem çözme bölümüne bakınız). Geribildirim vermenin aşağıdaki üç yolu arasındaki karşıtlıklara dikkat edin:

‘Bu negatif ses tonunu kullanmadan nefret ediyorum’ (eleştiri)

‘Konuşurken daha saygılı bir ses tonu kullanırsan çok mutlu olurum.’ (değişim için pozitif taleplerde bulunma)

‘Benimle daha saygılı bir ses tonuyla konuşmanı daha önce birçok kez söylemişim ancak bunu yapmadın. Bununla ilgili ne yapabiliriz? (özellikle bir davranışla ilgili negatif duyguları ifade etme)

‘Pozitif talepler’ ile devam etmek için ‘**Pozitif Taleplerde Bulunma**’ broşürünü dağıtın ve beceriyi tanımlayın:

‘Sıradaki beceri olumlu taleplerde bulunma adını taşıyor. Bir kişinin bir şeyi daha farklı bir şekilde yapmasını istediğiniz zaman kullanmak için iyi bir yöntemdir. Broşürde de gördüğümüz gibi bu becerinin birkaç parçası var- karşılarındaki kişiye bakmak, ne yapmasını istediğinizi söylemek ve dilediğiniz gibi yaparsa nasıl hissedeceğinizi açıklamak.’

Yöntemin bileşenlerini açıkladıktan sonra örneklemesini yapın; bunu bir gönüllü belirleyerek ya da tedavi sürecinde ailenin ‘geri kalan’ bireyini seçerek yapabilirsiniz. Aile ile kurduğunuz ilişkinin iyi olduğunu hissediyorsanız, bu uygulamayı, terapist olarak sizi rahatsız eden bir konuya değinmek üzere fırsat olarak kullanabilirsiniz. Örneğin, ‘Alan, görüşmeyi iptal etmek istediğini bana bir gün önceden arayarak bildirmen beni mutlu ederdi. Görüşmeye gelmene engelleyebilecek işlerin olabileceğini anlıyorum, ancak benim de önceden plan yapabilmem iyi olabilirdi.’

Beceri modelledikten sonra, ailedeki herkesten bir başka aile bireyini (ya da sizi) seçmesini ve aynı uygulamayı çiftler halinde yapmasını isteyin. Diğer becerilerde olduğu gibi burada da ailenin tüm üyelerini gösterdikleri çaba için takdir edin ve becerinin doğru bir şekilde uygulandığından emin olmak için her birine geribildirim verin.

Aile beceri üzerinde bir süre çalıştıktan sonra, uygulamaya bazı çeşitlilikler katabilirsiniz. Aileden, evde sık sık duydukları ifadeler üzerinde düşünmelerini

isteyin. Bu ifadeler değiştirilerek değişim için pozitif talepler haline getirilebilir mi?

Örneğin,

Kardeşler arasında: ‘Baş belası olmayı kes,’ ‘Eşyalarım dokunma’

Ebeveynlerin gence söylediği: ‘O odada nasıl yaşıyorsun? Çok iğrenç’, ‘Yapılacak ödevlerin varken neden televizyon izliyorsun?’, ‘Bu bulaşıklar salonda hala ne arıyor?’

Gencin ebeveynlere söylediği: ‘Benim işime karışmayın’, ‘Çöpü dün ben çıkardım, bugün Sophia’nın (kız kardeşi) sırası’, ‘Köpeği daha sonra dolaştırırım... Neden sürekli dırdır edip duruyorsunuz?’

Daha sonra, bu ifadeleri değişim için pozitif talepler haline dönüştürmeye çalışmalarını ve role-playing tekniği ile uygulamalarını isteyin. Bu uygulamalar sırasında aileye rehberlik etmeyi unutmayın. Yukarıdaki cümleleri aşağıdaki gibi yeniden ifade edebiliriz:

‘Giysilerimi ödünç almadan önce bana sorarsan memnun olurum. O zaman giysilerimi seninle paylaşmayı daha çok isterim.’

‘Televizyon izlemeye başlamadan önce ödevlerini yapman beni mutlu eder, böylece ödevlerini yapıp yapmayacağın konusunda endişelenmem.’

‘Bazen işim varken benden başka bir iş yapmamı istiyorsunuz. Bu işlerin yapılması için önceden bir zaman aralığı belirlersek memnun olurum. Böylece, boş zamanlarımın bana ait olduğunu hissedebilirim.’

İletişim açıklığı becerisinin öğretilmesi

Tedavinin gidişi boyunca terapist, aileyi soyut ve uzun ifadeler yerine somut ve kısa ifadeler kullanmaları yönünde desteklemiş olabilir (yukarıdaki baba ve Ben örneğine bakınız). Şimdi bu becerileri uygulama fırsatını verebilirsiniz. ‘İletişim Açıklığı’nın amacı, İH ve ailesinin, konudan sapmamalarını ve belirli bir hedefe yönelik doğrudan ifadeler kullanmalarını sağlamaktır.

‘İletişim Açıklığı’ başlıklı 18 numaralı broşürü aileye dağıttın. Her bir maddenin üzerinden geçin ve amacını açıklayın:

Söylemek istediğiniz şeyin ne olduğunu belirleyin: Hızlı bir şekilde esas konuya gelmek yanlış anlaşılmanın da daha az olmasını sağlayacaktır. En önemli noktaları karşınızdakine ifade edecek şekilde düşüncelerinizi organize edin. Çoğu kez, gereğinden fazla detaya girer ve esas anlatmak istediğimiz noktadan uzaklaşırız.

Temel noktaları vurgulamak için kısa cümleler kurun: Kısa cümleler, uzun cümlelere göre daha kolay anlaşılır ve yanıtlanması daha kolaydır.

Soyut ifadelerden kaçınarak özgül ifadeler kullanın: Özgül ifadeler, soyut ve/veya genel cümlelere göre daha az kafa karıştırıcıdır. Örnek olarak, ‘Son zamanlarda zamanının çoğunu yalnız geçirdiğini fark ettim, her şey yolunda mı?’ ifadesi ‘Neyin var? Son zamanlarda bulutlarda uçuyor gibisin ifadesine göre daha açıktır.

Belirli bir zamanda tek bir konuya odaklanın: Aynı anda birden fazla konuyla ilgili konuşmaya çalışmak kafa karıştırıcı ve anlaşılması güç olabilir. Örneğin, ‘Sürekli uyuyorsun. İlaçlarını aldığını düşünmüyorum ve arkadaşlarınla zaman geçirmiyorsun’ gibi ifadeler fazla yoğun olabilir. Bunun yerine, belirli bir zamanda tek bir konuya öncelik vermek ve odaklanmak daha etkili olacaktır. Örneğin, ‘Son iki gündür ilaçlarını almadığını fark ettim ve bu konuda konuşmak istiyorum’ gibi. Diğer konuları başka bir zamana bırakın.

Broşürü gözden geçirdikten sonra pratik yapmaya geçebilirsiniz. Aileye üzerinde tartışmak istedikleri bir konu olup olmadığını sorun. Sıra ile konuşmacı, dinleyici ve ek olarak konuşmacıya rehberlik edecek bir gözlemci rolü almalarını isteyin. Konuşmacıdan kurallara uymasını ve seçtiği bir soruna ilişkin, temel noktalara değindikten sonra duracak şekilde kısa bir konuşma yapmasını isteyin.

Gözlemciden, konuşmacının broşürde sıralanan kurallara uyup uymadığını değerlendirmesini isteyin. Ardından aile bireyleri rolleri değişerek pratik yapmaya devam etmelidir.

Aşağıda, terapistin, müdahalede bulunarak konuya odaklı iletişimin önemine ilişkin aileye eğitim verdiği olası bir olgu senaryosu örneği görmekteyiz.

Olgu örneği

Terapist, 15 yaşındaki Anthony'nin görüşme sırasında düşüncelerini aktarmakta zorluk çektiğini ve kafasının karışık göründüğünü fark etti. Anthony'nin annesi, görüşmede o ana kadar konuşulan konuları özetleyerek yardımcı olmaya çalıştı, 'Anthony, birbirimizle nasıl daha iyi iletişim kurabileceğimizi konuşuyoruz ve (Bayan Alvarez, terapist) şu anda neler yaptığımızı bilmek istiyor. Daha fazla paylaşımda bulunursan daha iyi olur diye düşünüyorum.' Anthony annesine ne demek istediğini sordu. Anthony'nin babası Mark: 'Çok zor değil, yalnızca daha fazla konuşmanı istiyoruz', dedi. Bu noktada terapist müdahalede bulundu ve Maria ve Mark'ın, 'daha fazla paylaşımda bulunmak' ya da 'daha fazla konuşmak' derken ne demek istedikleri konusunda daha özgül ve somut isteklerde bulunmalarını önerdi. Anthony'nin ebeveynleri yeniden deneyerek: 'Kötü bir gün geçiriyorsan bizimle konuşmanı ve nasıl yardım edebileceğimizi söylemeni istiyoruz', dediler. Anthony 'Bazen bu tür şeyler hakkında konuşmak zor oluyor ama denerim' şeklinde yanıtladı. Anthony kısa ve özgül bir şekilde sunulan içeriği anlayabilmişti.

7 ve 8. Görüşmelerin Bitirilmesi

Ev Ödevinin Verilmesi, Soruların Cevaplanması ve Sonraki Görüşmenin Planlanması

İletişim açıklığını takip eden hafta boyunca uygulamalarını ve 'İletişim Becerileri Ödevi' (16 numaralı broşür) üzerinde çalışmaya devam etmelerini isteyin. İletişim becerileri üzerinde düşünmek ve özetlemek için biraz zaman ayırın.

Zamanınız izin verirse, aileden, her beceriyi son bir kez daha role-playing tekniği ile uygulamalarını isteyin. becerilerin uygulaması yapıldıktan sonra, ailedeki herkese bu becerilerin yararları konusunda neler düşündüğünü sorun. Bazı beceriler bazı bireyler için daha yararlı olabilir. aileye, kendileri için yararlı olabilecek başka iletişim becerileri olup olmadığını sorun.

Görüşmeler arasında, yazsalar da yazmasalar da, birbirleriyle bu uygulamalara devam etmelerini söyleyin.

Örneğin, bazı aileler, ev atmosferini sakin tutmaya ve her şeyi çok ciddiye almamaya çalıştıklarını söylerler. Tartışmalara biraz mizah katmak isterler. İlgilendikleri becerilerin uygulamasını ne yollarla yapabileceklerine ilişkin düşünmek üzere biraz zaman ayırın.

Öğretilecek bir beceri daha var –özgül davranışlara ilişkin negatif duyguların ifade edilmesi- kişiler için zor olabilir çünkü olumsuz içeriğe sahiptir. Ancak bu beceri problem çözme modülüne geçiş için sizi hazırlar.

9.görüşmenin bir değil iki hafta sonra yapılacağını aileye hatırlatın.

9-12. Görüşmeler: Negatif Duyguların İfade Edilmesi ve Problem Çözme

1. Açılış

2. Ev Ödevlerinin gözden geçirilmesi

3. 'Negatif duyguların ifade edilmesi' becerisinin mantığını anlatın ve tekniği öğretin

4. Problem çözme modülüne başlayın

5. Ev ödevi verin, soruları yanıtlayın ve sonraki görüşmeyi planlayın

Gerekenler: 19 numaralı broşür (Özgül Davranışlar Hakkında Negatif Duyguların İfade Edilmesi) ve 20 numaralı broşür (Özgül Davranışlar Hakkında Negatif Duyguların İfade Edilmesi Ödevi)

2. Görüşme

Görüşmeye, değişim için pozitif taleplerde bulunma ödevini gözden geçirerek başlayın. özgül pozitif taleplerde bulunmak kişiler için zor olmuş mu? Bu üzerinde biraz düşünmeyi ve uygulama yapmayı gerektiren bir beceridir. Nasıl gitmiş? İstekte bulunan kişi, bu yolla taleplerini ifade etmeye çalışırken kendisiyle daha fazla işbirliği yapılmış mı?

İletişim açıklığı ödevi nasıl gitmiş? Ödevi tamamlamışlar mı? Net ve net olmayan iletişim hakkında bir fikirleri oluşmaya başlamış mı?

Şimdi, İH'nin önlem eylem planını kontrol etmek için de iyi bir zaman. Bu planı kullanma fırsatları oldu mu? Erken işaretler ortaya çıktı mı? Plana eklemelerde bulunmak istiyorlar mı? İH'nin belirtileri kötüleşirse uygulayabilecekleri bir planları olduğunun farkında olduklarından emin olun ve ayrıca, streslerini azaltmak için öğrenecekleri daha fazla iletişim becerileri olduğunu söyleyin.

5.İletişim Becerisi: Olumsuz Duyguların İfade Edilmesi

Olumsuz duyguların ifade edilmesi birçok yönden öğrenilmesi en zor beceridir çünkü hoş olmayan bir mesaj verilmesini içermektedir. Olumsuz duyguların ifade edilmesi diğer bir aile bireyine davranışına ilişkin **yapıcı bir eleştiride** bulunmaktadır. Aile bireyleri birbirleriyle ilgili düş kırıklıklarını zaman zaman ifade etme gereği duyarlar ve böyle geribildirimleri paylaşabilecekleri verimli bir ortamları yoktur. Bu beceri, olumlu talepler etkisiz olduğu zaman bir alternatif olarak kullanılabilir. Olumsuz duyguların ifade edilmesi yalnızca diğer girişimler (örneğin olumlu taleplerde bulunma) başarısız olduğunda başvurulacak bir adımdır. Ancak hangi formda olursa olsun, eleştiriyi kabul etmek zordur. Anlaşmazlıklara yol açabileceği göz önünde bulundurularak, olumsuz duyguların ifade edilmesi problem çözmeye doğru bir geçiştir.

Olumsuz taleplerle başlamak için 18 numaralı **'Özgül Davranışlara İlişkin Negatif Duyguların İfade Edilmesi'** broşürünü dağıtın ve beceriyi açıklayın.

'Değişim için olumlu bir talepte bulunmuş ve başarısız olduğunu hissetmişseniz ne yaparsınız? Size öğretmek istediğimiz son iletişim becerisi 'özümlü davranışlara ilişkin negatif duyguların ifade edilmesi'dir. Birileri sizi rahatsız eden bir şeyler yaptığında ve o kişinin yapmakta olduğu şeyi durdurmasını ya da farklı şekilde yapmasını istediğinizde yararlı bir beceridir. Broşür bunu nasıl yapacağınızı açıklıyor. Biri sizi rahatsız eden bir şey yaptığında, o kişiye bakın, sizi üzen şeyin tam olarak ne olduğunu, size neler hissettirdiğini ve o kişinin bunu önlemek için ne yapabileceğini söyleyin.

Olgu örneği:

Terapist: Kevin, ailen dışında, seni gerçekten rahatsız eden bir insandan bahsedersen?

Kevin: Bir arkadaşım okul ödevimin kopyasını çekmek istedi ve bu beni çok kızdırdı.

Terapist: Sence arkadaşına ne söyleyebilirsin?

Kevin: Hiçbir şey. Benle arkadaş olmaktan vazgeçmesini istemiyorum.

Terapist: Şöyle söylersen sence nasıl yanıt verir: '(arkadaşının ismi), okul ödevimden kopya çekmek istiyorsun. Ödevleri tamamlamakta zorluk çektiğini biliyorum ama ben de çok çalışıyorum ve eğer yakalanırsak başım belaya girsin istemiyorum. Bunu söylemek benim için zor çünkü sen benim arkadaşımın.' Sence arkadaşın ne der?

Kevin: Bu çok uzundu. Sanırım üzülebilir ama bilmiyorum. İşe de yarayabilir.

Terapist: Biliyorsun, bunlar sadece benim sözcüklerim. Bunları ifade etmenin daha iyi yolları olabilir. Neden şimdi beni arkadaşımışım gibi düşünerek duygularını kendine göre ifade etmiyorsun?

Kevin: (Düşünür). (Arkadaşının ismi), artık benden kopya çekmeni istemiyorum. Sen benim arkadaşımın ve sana yardım etmek istiyorum ama başım tekrar belaya girsin istemiyorum. Birlikte takılabiliriz ve sana ödevlerle ilgili bir şeyler gösterebilirim. Buna ne dersin?

Terapist: Bu gerçekten çok güzel Kevin. Richard (baba), Kevin'in ifadelerini nasıl buldunuz? Sizce daha neler söyleyebilir?

Aile beceriyi anladıktan sonra, birbirleriyle bir ya da iki kere pratik yapmalarını söyleyin. Bu beceriyi bilmeleri ancak üzerinde fazla zaman harcamamaları iyidir. 'Ateşe benzin dökmekten' ve önceki görüşmelerde söndürmek için çok uğraştığınız sönmüş alevleri tekrar tutuşturmadan kaçınin.

Herkes becerinin pratiğini yaptıktan sonra, 20 numaralı **'Özgül Duygulara İlişkin Negatif Duyguların İfade Edilmesi'** ödev broşürünü dağıtın ve gelecek hafta

uygulama yapmalarını (eğer uygulama yapmaya elverişli olaylar yaşarlarsa) ve deneyimlerini form üzerine not etmelerini isteyin.

9.GÖRÜŞMENİN DEVAMI: PROBLEM ÇÖZME EĞİTİMİ

Problem çözme modülünün tanıtılması

Problem çözme için özgül problemlerin açıklanması

Problem çözme adımlarının tamamlanması

Problem çözme ailelerle çalışmak için en etkin yöntemlerdendir (gözden geçirme için bkz. Clarkin ve Miklowitz, 1997). Problem çözme erişkinlerle yürütüldüğünde odak noktası işbirliğidir. Ancak, gençler (ve bazen genç erişkinler) ailede alınan kararlarla ilgili eşit söz hakkına sahip olmayabilir. Ebeveynin hastaya 2 ya da 3 seçenek sunması ve hastanın bunlar arasından seçim yapması daha uygun olabilir. bu uygulama, ebeveynleri ile eşit olduğunu düşünen gençler için özellikle önem taşır. Ebeveynler çocukları üzerinde otorite sağlamaya çalıştığında, üzerinde baskı kurulmaya çalışıldığını algılayan genç yoğun bir direnme ihtiyacı hisseder.

Bir çözüm belirlendiğinde, belirlenen çözümün uygulanmasını sağlamak için, gelişimsel olarak uygun olması koşuluyla bir ödül ve/veya ceza sistemi kurmak gerekebilir. Genç ergenler için kararlaştırılan ödüller (cep telefonu erişimi, bilgisayar kullanma süresi), daha büyük ergenler için kararlaştırılan ödüllerden (arabayı kullanmak, para, sokağa çıkma zamanı) farklı olacaktır. Genç erişkinler ebeveynlerinden alacakları ödüllere karşı yanıtız olabilir.

Problem çözme modülünün amacı, işlevselliğinde bozulma ve sıkıntı yaratan semptomları olan bir genç ile yaşamaya bağlı sorunlar dahil ailede yaşam olaylarına bağlı gelişen stresi ve gerginliği azaltmaktır. Diğer amaçlar (1) Zor sorun alanları hakkında diyalog başlatmak, (2) sorunlara ilişkin tepkilerin ifade edileceği bir toplantı ortamı sağlamak ve (3) problemlerin çözümü için hasta ve ailelerine bir çerçeve sunmak.

Birinci adım aileye problem çözmenin rasyonelini sunmaktır.

‘Şu ana kadar birbirinizle nasıl iletişim kurduğunuzu ve konuştuğunuzu irdeledik. Şimdi, problem olarak gördüğünüz bazı şeylere bakacak ve birlikte onları çözmeye çalışacağız. Bir takım olarak birlikte çalışmanız için size bir model sunacağız.

Aileye 21 numaralı **Problem Çözme** broşürünü dağıtabilirsiniz. Aşağıdaki tanım problem çözmeye genel bir bakıştır:

‘Problem çözme sürecinin çeşitli basamakları vardır. Bu basamaklar biraz, otomatik olarak kafamızın içinde geçtiğimiz basamaklara benzer, ancak bunu ailece daha iyi bir şekilde yapabilmemizin bazı ipuçları vardır. Öncelikle problemi tanımlamalı, problemin nerede olduğundan emin olmalı ve hepimiz bunun üzerinde uzlaşmalıyız. Bu basamakta sık sık aktif dinlemeyi kullanacaksınız çünkü farklı kişiler genellikle problemin nerede olduğuna ilişkin farklı şeyler düşünürler. Problemi tanımlarken ne kadar spesifik olursanız o kadar iyidir. Daha sonra, düşünebildiğiniz kadar çok çözüm belirleyin-buna ‘beyin fırtınası’ adını veriyoruz. Daha sonra, birlikte, bu çözümlerin avantaj (artılar) ve dezavantajlarını (eksiler) konuşun. Son olarak, bir ya da daha fazla çözüm seçerek, bu çözümleri nasıl ve ne zaman eyleme geçireceğinize karar verin.’

Problem çözme basamaklarını aileye açıkladıktan sonra, uygulama yapmak için bir problem belirlemelerini isteyin. Tedavinin başında ailenin belirlemiş olduğu tedavi hedeflerini özetleyin. Hedeflerin gerçekleştiğini düşünüyorlar mı yoksa bazılarında problem çözme modülünde değinilebilir mi? İH ve ailesini sıkıntı yaratan başka diğer sorunları listelemeye davet edin. Örneğin, genç tedavinin başında okulla ilgili sorunlarını düşünmemiş olabilir, ancak bir sonraki dönem okula yeniden başlamayı düşünüyordur ve programını planlamak için yardıma ihtiyacı vardır.

İletişim becerileri eğitiminde olduğu gibi, problem çözme için de ilk uygulamalarda örnek olarak basit ve görece çatışmanın olmadığı alanlardan örnekler seçilmelidir. Daha zor problemler, İH ve ailenin beceri üzerinde bir miktar ustalık kazandığı zaman için saklanabilir. Başlangıç olarak, aileye, en basit problem ‘buzdağının uç noktası’ olsa da, daha basit

problemlerle başlamaları için rehberlik edin. Daha merkezi ve kapsamlı bir sorun yüzeyin derininde bulunabilir. Elbette, problemleri seçmek ve problem çözme süreci boyunca aileye rehberlik etmek için klinik becerilerinizi kullanın.

İletişim becerileri eğitiminde olduğu gibi, buradaki rolünüz de aktif bir kolaylaştırıcı ya da rehber olmaktır. Problem çözme basamakları boyunca aileye rehberlik edin, konu üzerinde kalmalarını sağlayın ve ne kadar küçük olursa olsun çabaları için takdir edin. Problemleri tanımlarken ve avantaj ve dezavantajları değerlendirirken iletişim becerilerini kullanmanın önemine değinin (örneğin, çözüm üretirken olumlu talepleri kullanma).

Beyin fırtınasının ortasında, problemin tanımı üzerinde uzlaşma sağlanamadığı gözlenebilir. Aileden, problem çözme sürecine kısa bir ara vererek aktif dinlemeye dönmesini isteyebilir ve böylece problemin daha net anlaşılmasını sağlayabilirsiniz. Kişiler sıklıkla sorunları farklı açılardan tanımlarlar. Bu nedenle, problemin tanımlanması ilk önemli basamaktır. Problem tanımlamalarına geri dönüşü 'hatayı sahiplenerek' kolaylaştırabilirsiniz. 'Öyle görünüyor ki, problemin ne olduğunu tam olarak anlamadan sizi çözüm üretme aşamasına yönlendirmişim. İsterseniz tanımlama basamağına geri dönelim.'

Her seansta, ailenin güçlü yanlarını kullanın ve belirtileri ve işlevselliği iyileştirmeye yardımcı olacak becerileri öğretin. Ailelere, problem çözme formatını evde uygulamalarını önerin.

Problem Çözmenin Formatı

Spesifik bir problem üzerinde çalışırken '**Problem Çözme Çalışma Kağıtları**' kullanılabilir (22a ve 22b numaralı broşürler). Çalışma kağıdı ya da tahta kullanarak aileye, problemin tanımı, önerilen çözümler, avantaj ve dezavantajlar ve uygulama stratejileri konusunda rehberlik edin ve her basamağı not alın.

Bu yöntemi uygulayacağınız bir problem seçtikten sonra, aileden birini 'sekreter' olarak seçin. Bu kişi herkesin söylediğini not alır ve konudan kopmalarını sağlar. Bu görevi genellikle hasta üstlenir (hasta bu görevde ailenin çalışmalarını organize eden kişi rolünü üstlenmekten

hoşlanabilir). Ancak sekreter olarak hasta yerine fazla konuşmayan bir ebeveyn ya da sessiz bir kardeşi de seçebilirsiniz.

Aile problem çözme formatına alıştıkça, bu beceriyi evde kullanmak konusunda onları cesaretlendirin. Görüşme sırasında birkaç sorunu çözdükten sonra, başka bir ufak ve spesifik bir problem seçerek görüşme dışında üzerinde çalışmalarını isteyin. Aile bu beceriye tam olarak hakim değilse, görüşmede problemi tanımladıktan sonra, problem çözme sürecinin basamaklarından birini (örneğin beyin fırtınası ya da çözüm yollarını değerlendirme) evde uygulamalarını isteyin. Evde, problem çözme çalışma kağıdını kullanarak en az bir problem çözme seansı yapmaları konusunda aileyi cesaretlendirin.

Bir Problem Çözme Seansından Diğerine Geçiş

Her görüşmeye problem çözme sürecinin nasıl gittiğini sorarak başlayın (ya da negatif duyguları ifade etme gibi, öğrendikleri yeni becerileri uygulama fırsatları olup olmadığını sorarak). Doldurulmuş iletişim ya da problem çözme çalışma kağıtlarına bakın.

Görüşmelerin artık iki haftada bir yapılmakta olduğunu hatırlayın. Aileye, görüşmeleri iki haftada bir yapmaya başlamasının sebebinin, öğrenmiş oldukları becerileri bağımsız olarak uygulamalarına olanak sağlamak olduğunu açıklayın. Görüşmeler arasında birçok olayın meydana geldiğini ancak problem çözme becerilerinin nadiren kullanıldığını görebilirsiniz. Aileye, bu son seanslar süresince, işin yoğunluğunun görüşmeler dışında yapılacağını vurgulayarak söyleyin. Bu son seanslar, problem çözme (ve gerektiğinde iletişim becerileri) teknikleri için 'güçlendirici' ya da 'düzenleyici' ve ailenin içinden çıkamadığını hissettiği çatışmaları çözmeye yardımcı olarak görülebilir. Final görüşmelerinin her birinde bir problem çözme sürecini başından sonuna kadar götürmeye çalışın. Bununla beraber, eğitim, iletişim becerileri ve problem çözmeyi, ailenin her görüşmeye getirdiği materyale göre entegre etmeye çalışın.

Terapist ilk başlarda problem çözme sürecinin yapılandırılması ve yönlendirilmesi konusunda merkezi rol üstlenir ancak zamanla daha az aktif hale gelmesi, yönetimi aileye devretmesi ve görüşmenin sonunda iyi

ifade edilmiş ve uygulanabilir bir eylem planına sahip olduklarından emin olmak önemlidir.

Aile bireylerinden biri, kendisinin, öğrendiği becerileri uygulamaya ve günlük hayatına entegre etmeye çalıştığından ancak diğerlerinin aynı çabayı göstermediğinden yakınabilir. 10-12 görüşmelerde (daha önceki görüşmelerde bu konuya değinmediyseniz) aileye, stresle baş etme, iletişim ve problem çözme becerilerini günlük hayatlarına dahil etme konusunda ne kadar başarılı olduklarını sorun. Zorluk çekiyorlarsa, bu konu üzerinde bir problem çözme tartışması yapmak yararlı olabilir. Terapide öğrendikleri becerileri günlük hayatlarında nasıl uygulayabilirler?

Bazen, İH olmadan bir problem çözme seansı gerçekleştirmeniz için bir gereksinim ya da istek gündeme gelebilir. Bu tipik bir durum değildir ve problem çözme tüm ailenin varlığında yürütülmelidir. Hasta yokken üzerinde çalışılacak konulardan biri ekonomik sorunlar olabilir. bu protokolda, hasta olmaksızın 1-2 görüşme yapabilirsiniz, ancak hasta bu düzenlemeyi kabul etmiş olmalıdır. Terapinin problem çözme fazının en temel amacı, bu beceriyi, tüm ailenin yararlanacağı şekilde öğretmektir. İH bulunmadığı görüşmelerden yararlanamaz. Bununla birlikte, yalnızca hasta ile görüşmek isteyeceğiniz durumlar olabileceği gibi, yalnızca ebeveynlerle görüşülmesi uygun olan durumlar da olabilir.

11-12. Görüşmeler: Sonlandırma

Öğrenilmiş becerilerin gözden geçirilmesi

Ailenin terapiye ilişkin düşüncelerini alma

Sonlandırma görüşmelerinde, ailenin terapiye ilişkin düşüncelerini alın. Tedavinin şekliyle ilgili sorular sorun, tedaviyle ilgili neleri sevdiklerini ve neleri sevmediklerini öğrenin. Onlara yardımcı oldu mu? Daha fazla yardımcı olması mümkün olabilir mi? Eğitim, iletişim becerileri eğitimi, problem çözme hakkında neler düşünüyorlar? Tüm tedaviyi baştan uygulayacak olsaydık nelerin değişmesini isterlerdi?

Final görüşmelerinde, siz de aile ile çalışmaya ilişkin düşüncelerinizi paylaşabilirsiniz. İH ve ailenin gösterdiği

ilerlemenin (ilerleme söz konusuysa) altını çizin ve geleceğe ilişkin iyimserliğinizi ifade edin. Aile bireylerini terapinin bitişine ilişkin, pozitif ya da negatif duygularını ifade etmeye davet edin. Hasta ya da aileden biri terapiyle ilgili 'iyi ki yaptık' diyorsa, bu iyi bir şeydir ve ilerlemenin işaretidir.

Ailenin AOT'den ayrılışını ve araştırma programına devam edişlerini konuşun. İH ile tedavinin bitiminde (yani şu anda) ve ek olarak 8 ile 12. aylarda, belirtilerini ve sosyal-mesleki işlevselliğini değerlendirmek üzere görüşmeler yapılacak. Aile ile tedavi seçeneklerini, sizin kliniğinizde ya da başka bir merkezde herhangi bir terapiye devam etmeyi isteyip istemediklerini konuşun.

Takip eden 8 ay boyunca sizi arayabileceklerini (eğer uygunsuzsa), gerekirse acil görüşmeleri ayarlayabileceğinizi söyleyin. Her klinik izlem için farklı yapıya sahiptir; kurumunuz için en iyi işleyen yapıyı kullanın.

AOT uygulamanızda iyi şanslar!

İsteğe bağlı konu 1: Okul Uyumu

'Okulun Nasıl Yardımları Olabilir?' başlıklı isteğe bağlı broşür, ailelerin genel olarak okuldan neler bekleyebileceğine dair aileleri eğitmek için iyi bir materyaldir (örneğin, kısıtlayıcı özelliği en az olan ortamda öğrenme hakkı; okulda yapılacak düzenlemelerin genç için daha az stresli bir ortam sağlayacağı kavramı). Bu bölüm okulda iyi giden, iyi gitmeyen ve müdahale gerektiren şeyler konusunda yapılacak konuşma için terapisteye yol göstericidir.

Ailenin tüm bireylerini okula ilişkin bir sorunlar listesi oluşturmak ve bu sorunları çözmek üzere bir plan yapmak üzere konuşmaya davet edin. İdeal olarak aile, öğretmenler, rehberlik öğretmeni ve/veya okul psikoloğu ile görüşmeler planlama sorumluluğunu almak konusunda desteklenmelidir. Okul ile paylaşacakları bilginin derecesi konusunda kontrol sahibi olmaları önemlidir. Taleplerini dile getirmenin en iyi yolu ve istedikleri hizmeti alabilmek için paylaşımları gereken bilginin düzeyine ilişkin konuşmak isteyebilirler. Ayrıca, okul görevlileri ile yapacakları görüşmeler, iletişim becerilerinin pratiğini yapmak için ideal zamanlardır.

İsteğe bağlı konu 2: Gevşeme Eğitimi

Bu dersin amacı, İH ve ailesine, çeşitli durumlarda anksiyetelerini azaltmak için kullanabilecekleri davranışçı bir teknik öğretmektir. Goldfried, M.R. ve Davidson, G.C (1976) tarafından yazılmış Klinik Davranışçı Terapi başlıklı kitabın 88-89. sayfalarında yer alan 'gerilimi-azaltma yoluyla gevşeme' tekniğinin kısaltılmış bir formunu kullanmaktayız. Aileye, biraz pratik yaptıktan sonra, bu tekniği sınıfta, iş yerinde ya da arkadaşlarla dışarıdayken, kimse fark etmeden rahatlıkla kullanabileceklerini söylüyoruz. Genellikle, önce tekniği tanıtıyor ve çeşitli kas gruplarını kasmayı ve gevşetmeyi öğretiyor ancak kitapta tanımlanan tüm kas gruplarından bahsetmiyoruz.

Örneğin, aile bireylerine arkalarına yaslanmalarını, gevşemelerini ve daha rahat hissetmelerini sağlayacaksa gözlerini kapatmalarını söylüyoruz. Daha sonra kitapta yer alan aşağıdaki bölümü okuyoruz:

'Dikkatinizi sol elinize odaklayın. Önce sol elinizi yumruk yapmanızı ve sınıksız sıkmanızı istiyorum. Sol elinizdeki ve kolunuzdaki gerginliğe dikkat edin (5 saniye duraksama). Şimdi sol elinizi gevşetin ve dinlenmeye bırakın. Gerginlik ve gevşeme arasındaki farka dikkat edin (5 saniye duraksama). Şimdi sol elinizi yeniden yumruk yapın, sıkın ve eliniz ile kolunuzdaki gerilime dikkat edin. Bu gerilimi inceleyin (5 saniye duraksama) ve sonra bırakın. Parmaklarınızı açın ve gevşetin. Gerginlik ve gevşeme arasındaki farka dikkat edin.'

Şimdi aynı şeyi sağ eliniz için yapın. Yukarıdaki basamakları sağ el için tekrarlayın. Daha sonra ailenin dikkatini gevşeme ve gerginlik arasındaki farka çekin ve bu farkın zevkini çıkarmalarını söyleyin.

' Şimdi iki elinizi yumruk yapın ve omuz hizasında kaldırın. Kol ve omuzunuzdaki gerilimi hissedin (5 saniye duraksayın). Şimdi gevşeyin. Kollarınızı gövdenizin iki yanına düşürün ve kollarınızda az önce hissettiğiniz gerilimle şimdi hissettiğiniz gevşemeyi fark edin (5 saniye duraksayın). Şimdi bunu tekrarlayalım. Ellerinizi yumruk yapın ve omuzlarınıza doğru kaldırın, yumruklarınızla omuzlarınıza dokunmaya çalışın. Gerginliğe dikkat edin. Gerginliği inceleyin. Ve şimdi

gevşeyin. Bir kez daha kollarınızın gövdenizin iki yanına düşmesine izin verin, gevşeme hissini ve gevşeme ile gerginlik arasındaki farkı inceleyin. Bu kasların daha fazla gevşemesine izin verin (5 saniye duraksayın).

Şimdi dikkatimizi omuz bölgesine yönlendiriyoruz. Omuzlarınızı yukarı, kulaklarınıza doğru, kulaklarınıza dokunmak istiyormuşçasına kaldırın. Omuzlarınız ve boynunuzdaki gerginliğe dikkat edin. Gerginliği inceleyin. Ve şimdi gevşetin. Omuzlarınızı dinlenme pozisyonuna getirin. Giderek daha fazla gevşetin. Yine, omuzlarınıza yayılan gerginlik ve gevşeme hisleri arasındaki farka odaklanın (5 saniye duraksayın). Bunu bir kez daha yapın. Omuzlarınızla kulaklarınıza dokunmaya çalışın. Omuzlar, ense ve sırtınızın üst bölgesindeki gerginliğe odaklanın. Bu kaslardaki gerginliği inceleyin. Ve şimdi gevşeyin. Omuzlarınızı dinlenme pozisyonuna getirin ve gerginlik ile gevşeme arasındaki farkı bir kez daha inceleyin (5 saniye).'

Bu girişten sonra, İH bedenindeki duyumlarla ilişkin farkındalık kazanabilir ve stresli olduğu zamanlarda hangi kaslarında gerginlik oluştuğunu tanımlayabilir. Daha sonraki çalışmalarda özellikle bu kas grupları üzerine odaklanılabilir. Örneğin, bir genç, kaslarını çattığından bahsediyorsa, aile alnını kırıştırıp gevşetmek üzerinde çalışabilir. Terapist gevşeme egzersizlerini katılımcıların alışkanlıkları/egilimlerine göre ayarlamalıdır.

Ailede gece uykuya dalma zorluğu çeken kişiler, başlarının en tepe noktasından başlayarak ayak parmaklarına kadar olan mesafede, yüz, ense, omuzlar, kollar, karın, sırt, bacaklar ve ayaklardaki çeşitli kas gruplarını kısaca kasıp gevşeterek bu gevşeme egzersizlerini uygulamayı deneyebilirler. Bu tüp bir odaklanmış gevşeme beden ve zihinlerini sakinleştirmeyi sağlayarak uykuya dalmayı kolaylaştırır.

Gevşeme teknikleri, algısal anomaliler ya da paranoya gibi sıkıntı yaratan pozitif belirtileri olan hastalarda özellikle yararlı olabilir. Gevşeme teknikleri dikkatlerini yeniden odaklamaya yardımcı olur.

İsteğe Bağlı Konu 3: Sosyal Becerilerin Artırılması

Bu bölüme başlarken gencin sosyal işlevsellik düzeyinin öğrenilmesi yerinde olur. Aşağıdakine benzer ifadeler kullanabilirsiniz:

Terapist: Sara, ilk görüşmede, arkadaşlarıyla fazla zaman geçirmedeğini çünkü 'canının istemediğini' söylemiştin. Okul arkadaşlarıyla birlikteyken kendini nasıl hissediyorsun?

Sara: Bilmiyorum. Sanırım bütün bir yıl boyunca insanların yanında kendimi tuhaf hissettim, ne söyleyeceğimi bilemiyordum gibi. İnsanların benimle dalga geçeceğini düşünerek geriliyor ve endişe duyuyorum.okuldayken genellikle zamanımı yalnız geçiriyordum.

Terapist: Programımızda olan birçok genç erişkin de benzer şeyler söylüyor; insanlara ne söyleyeceklerini bilemediklerini ve sosyal ortamlarda gergin hissettiklerini. Bu stresli bir deneyim olabilir çünkü günlük yaşamımızın önemli bir bölümü sosyal ortamlarda geçiyor. Sara, eğer sen de istersen bu konu üzerinde biraz daha konuşmak yararlı olabilir.

Sara: Tamam, benim için uygun.

Programımızda gördüğümüz gençlerin sosyal işlevselliklerindeki bozukluğun sebebini bilmek genellikle zordur. Bu sebepler arasında sosyal beceri eksikliği, depresyon ya da negatif belirtilerin varlığı, hafif formda paranoya, sosyal anksiyete ve ilişkili sosyal kaçınma ya da komorbid Asperger Sendromu ya da yaygın gelişimsel bozukluk bulunabilir. Gencin sosyal bozulmasını etkileyen faktörleri ayırt etmenin güçlüğüne rağmen, belirtiler ve sosyal işlevsellik arasındaki potansiyel ilişkiyi açıklamak iyi bir fikirdir. Örneğin, şüphecilik ve/veya tuhaf inanışlar gibi pozitif belirtiler, hastanın kendisini dışlanmış hissetmesine ya da sosyal riskler (yeni insanlarla tanışmak, sosyal etkileşimi başlatmak, bir diyaloga girmek gibi) alırken gergin olmasına yol açabilir. En ideali bu konuşmayı çalışmakta olduğunuz ailenin özelliklerine göre biçimlendirmektir. Gencin işlevselliğini etkilediğini düşündüğünüz belirtileri vurgulayabilirsiniz. Aşağıda böyle bir konuşmayı nasıl başlatabileceğinizi gösteren bir örnek görmekteyiz:

Terapist: Tedavi programımızda gördüğümüz kişilerin çoğu sosyal ortamlarda zorlandıklarını söylerler. Bazen anksiyete, depresyon ya da şüphecilik sosyal durumlarda kişinin zorlanmasına yol açar. Jonathan, sosyalleşme isteğinde bir değişiklik olduğunu fark ettin mi?

Jonathan: Çok fazla kişinin bulunduğu yerde olmak istemiyorum. Gergin olmama yol açıyor.

Terapist: İnsanlarla birlikte olmak neden gergin olmana yol açıyor biliyor musun?

Jonathan: Sanırım insanların benim hakkımda konuştuğunu düşündüğümünden. Bunun aptalca olduğunu biliyorum, muhtemelen benim hakkımda konuşuyorlardır ama yine de bu konuyu kafama takıyorum.

Terapist: Bunun aptalca olduğunu düşünmüyorum. Tedavi programımızda birlikte çalıştığımız gençler arasında şüphecilik ve insanların arasında hissedilen gerginlik oldukça yaygın. Sosyal durumlarda daha rahat hissetmeni sağlayacak yöntemler öğrenebilseydin, insanlarla zaman geçirmek konusunda daha istekli olacağını düşünüyor musun?

Jonathan: Evet, ama gergin hissetmemek benim için hayal edilmesi bile güç bir şey.

Terapist: Evet, belki sosyal olmakla ilgili ne tür hedeflerin olduğunu konuşabiliriz. Örneğin, kibar ve destekleyici olan kişileri tanımlamanı sağlayacak yöntemler öğrenmek ister miydin? Ya da diyalog başlatma becerilerini tazelemek nasıl olurdu? Anne babanın da bazı fikirleri olduğuna eminim.

Sosyal Becerilerin Artırılması İçin Hedeflerin Belirlenmesi

Görüşmenin bu noktasında sosyal işlevselliğe ilişkin birçok kaygı zaten gündeme gelmiştir. Bu kaygıları da göz önüne alarak, görüşmede üzerinde çalışacağınız spesifik hedefleri tanımlamaya yönelik bir konuşma başlatmalısınız. Hedeflere örnek olarak:

- Yeni insanlarla tanışmak istiyorum
- Yeni bir kişiyle konuşmaya nasıl başlayabileceğimi öğrenmek istiyorum

- Sosyal ortamlarda kendimi daha rahat hissetmek istiyorum

Bu hedeflerden bazılarını 2 sütun halinde bir kağıda yazmalısınız (birinci sütun hedefler, ikinci sütun sosyal beceri stratejileri için). İH hedefleri dile getirmekte zorlanıyorsa, yukarıdaki örnekleri kullanabilirsiniz.

Sosyal Becerilerin Geliştirilmesi ve Uygulaması

3-4 hedef listeledikten sonra, sosyal becerilerin ve baş etme stratejilerinin geliştirilmesi konusunda aile ile çalışmaya başlayabilirsiniz. Belirli bir zamanda tek bir hedef üzerinde çalışmak en iyisidir.

Aşağıda, yeni bir kişi ile konuşmaya başlama hedefi üzerinde yapılan bir çalışmanın örneği görülüyor. Ebeveyne dönün ve sorun,

‘.....(annenin adı), yeni tanıştığımız biriyle konuşmaya nasıl başlıyorsunuz?’

Annenin dediklerinden bazılarını not edin. Diğer aile bireylerinden de bu konuda fikir alabilirsiniz. Yeni fikirlere karşı eleştirel olunmayan, önerilere açık bir atmosfer yaratmaya çalışın. Aile bireyleri çeşitli öneriler sunduktan sonra siz de kendi önerilerinizi sunabilirsiniz.

Listeyi tamamladıktan sonra, listede bulunan önerilerden bazılarını role-playing tekniği ile canlandırmak iyi bir fikirdir. Başlangıçta insanlar role-playing tekniğini kullanırken tuhaf hissedebilir ya da ona karşı direnç gösterebilir. İH’ya dönerek bazı stratejileri sizinle uygulamayı isteyip istemediğini sorun. İH sizinle rahat değilse, önce ebeveynlerden biri ile uygulama yapabilirsiniz. Stratejinin uygulaması bir kez yapıldıktan sonra, hastayı, odada bulunan başka biri ile uygulama yapması için cesaretlendirin.

Söz konusu hedef role-playing ile uygulama yapmaya uygun olmayabilir. Role-playing uygulamasını gerektirmeyen hedeflerden biri yeni insanlarla tanışmak olabilir. İH yeni kişilerle tanışmak istiyor ancak konuşacak birilerini nasıl bulacağını bilemiyor olabilir. Bu sorunu çözmek için iyi bir yol İH’nin ilgi alanlarını belirlemektir (müzik, video oyunları, kayak yapma gibi). Daha sonra, benzer ilgi alanlarına sahip kişileri nasıl bulabileceğini sorun (müzik mağazaları, okul klüpleri, kayak alanı). Potansiyel arkadaşları nerede bulabileceğine ilişkin bazı fikirler orta çıktıktan sonra İH’ye yeni bir insanla konuşmaya nasıl başlayacağını bilip bilmediğini sorun. Bu konuda kararsızsa bir role-playing uygulamasına geçebilirsiniz.

**AOT- Yüksek Risk Grubu
(AOT-YRG)
Bildiriler**

BİLDİRİ -1

Aile Odaklı Tedavi: Beklentiler

Planımız:

- Aile bireyleri arası ilişkide gerilimi azaltmak
- İletişim becerilerini geliştirmek
- Hastalığın anlaşılması ve kabul edilmesinde artış sağlamak
- Uygun problem çözme becerileri geliştirmede aileye yardımcı olmak

Her hafta 8 seans haftalık, son 4 seans 2 haftada 1 olacak şekilde

Toplam 12 seans 4 ay süreyle uygulanacak

Yöntem:

- Her aile üyesini bireysel olarak tanımak
- Hastalığın doğası ve uygulanan tedavi konusunda aileye eğitim sağlamak
- İletişim becerileri
- Belirli problemler için stratejiler geliştirmek

Aile üyelerinden beklentiler:

- Her takımın yapacağı gibi birbirine yardımcı olmak
- Diğerlerinin ne hissettiği hakkında düşünmek
- Ev ödevleri tamamlanmış olarak gelmek

Görüşme:

- Sorunları ele almada yardımcı olacak
- Gizliliğe saygı gösterecek
- Düşüncelerinizi paylaşabileceğiniz rahat bir ortam sunacak
- Evde yapmanız gereken ödevler verecek
- Seanslar arası danışmanlık



BİLDİRİ -2a



Yükselmış duygudurum



Uyku ihtiyacında azalma



Hareket artışı



Cinsellikle ilgili

düşünelerde artış



Hızlı konuşma



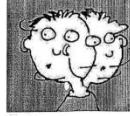
Mani Belirtileri



Kendine güvende artış ve gerçekçi olmama



Yarışan düşünceler, Kontrol kaybı



Dikkatte azalma

BİLDİRİ -2b



Kendine güvende azalma



mutsuzluk



Ağlamaklı olma

Depresyon Belirtileri

Bazı kişilerde ayrıca

- Halsizlik/enerjide azalma
- Ölme isteği
- Değersizlik/ suçluluk



Konsatremada sorun



Uykuda azalma/ artış



İştahda azalma/ artış



İlgide azalma/ isteksizlik

BİLDİRİ -2c



Büyüklenmecilik



Gerçeği değerlendirmede bozulma



Düşünce okuma



Şüphelilik

Psikotik Bulgular



Referans düşünceleri



Konuşmada dağınıklık



Algıda değişiklikler



Tuhaf inanışlar

BİLDİRİ -3 : Nasıl Hissediyorum?

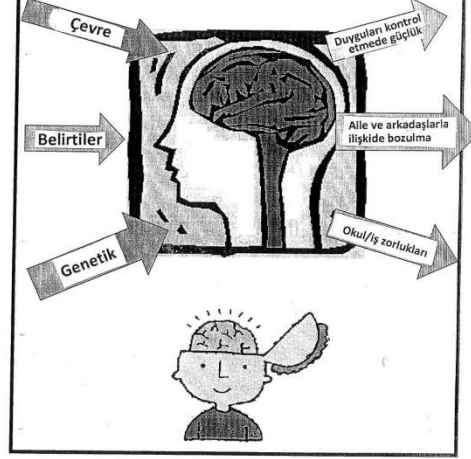
O günü ifade eden yere X ile işaretle. İstersen gündüz için X, akşam için Y koyarak günü ayırabilirsin. Farklı şekilde işaretlemeye özgürsün.

	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
Süper-Hiper veya:							
Enerjik veya:							
Dengede							
Çökkün							
Sinirli							
Kalkış saati							
Yatış saati							



BİLDİRİ -4

İnsanlarda Duygudurum ve Düşünce Problemleri Nasıl Ortaya Çıkar?



BİLDİRİ -5

RİSK VE KORUYUCU FAKTÖRLER;

Risk Faktörleri:

- Alkol ve ilaç kötüye kullanımı
- Kötü uyku düzeni
- Düzensiz günlük rutin
- Stresli yaşam olayları
- Aile içi çatışma ve anlaşmazlıklar

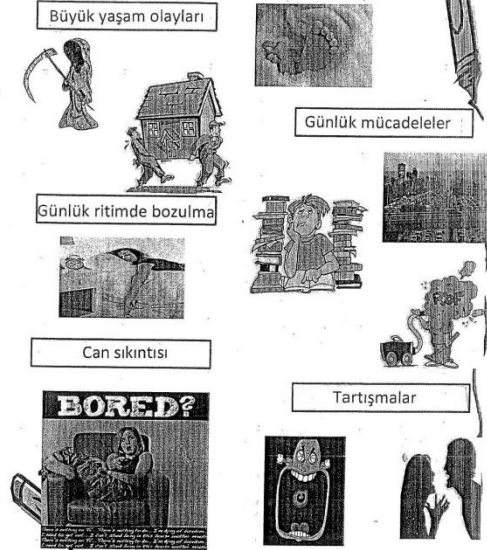
Koruyucu Faktörler:

- Uygun tedavi almak
- Sosyal, ailevi destek ve çevre desteği almak
- İletişim ve problem çözme becerileri
- Tedavi kaynaklarını kullanmak



BİLDİRİ -6

Stres Kaynakları



BİLDİRİ -8b

Bipolar Tedavisi İçin Ortak Olarak Kullanılan İlaçlar		Jenerik adı	Piyasa adı
DUYGU DURUMU DÜZENLEYİCİLERİ (Duygu durumunu artırmak veya azaltmak)			
Lityum karbonat	Lithuril		
Valproat	Depakin, Convulex		
Karbamazepin	Tegretol		
Okskarbazepin	Trileptal		
ANTİPSİKOTİKLER (Ajitasyonu, halüsinasyonu ve bozulmuş düşünce içeriğini kontrol etmek)			
Atipik Antipsikotikler (Antimanik ve manikler koruyucu)			
Olanzapin	Zyprexa		
Risperidon	Risperdal		
Ketişapin	Serequel		
Zipranidon	Zeldox		
Clozapin	Laponex		
Zuclopentimol	Clopixol		
Klasik Antipsikotikler			
Haloperidol	Norodol		
Thiodazine	Melleril		
Clozapinazine	Largactil		
BENZODİAZEPİNLER (Anksiyeteyi kontrol etmek, uykuyu düzenlemek, sakinleştirmek).			
Alprazolam	Xanax		
Clonazepam	Klonopin		
Lorazepam	Ativan		
ANTİDEPRESANLAR (Duygu durumunu geliştirmek)			
Serotonin Gerilim İnhibitörleri			
Fluoksetin	Prozac		
Sertralin	Seralin/ Selectra		
Paroksetin	Paxil+ Seroxat		
Fluvoksamin	Faverin		
Citalopram	Cipram / Citol		
Esitalopram	Cipraxel		
Tricyclic Antidepressanlar			
Imipramin	Tofranil		
Amisipitiline	Laroxyl		
Clomipramin	Anaftranil		
Monamine Oksidase İnhibitörleri			
Moclobemide	Aurovix		
Veni Ajanlar			
Venlafaxine	Efexor		
Bupropion	Zyban		
Frazodone	Desyrel		
Mirtazapine	Remeron		
Milnacipran	İxel		
Reboxetine	Edronax		

BİLDİRİ -9: İyi Bir Uyku Düzeni İçin Yapılacaklar

- Yatağa gitme ve uyanma saatinin düzenli olmasına özen-haftasonları dahil
- Çay, kahve, enerjili içeceği gibi uykuyu bozan içeceklerden kaçınmak- özellikle geceleri
- Egzersizleri gündüz saatlerinde yapmak, uykuya öncesine bırakmamak
- Yatak odasında çalışmaktan kaçınmak
- Yatağa gitmeden önce rahatlamak için zaman ayırmak
- Yatma saati öncesi uyarıcı aktivitelerden kaçınmak
- Alkol, uyuşturucu ve diğer uyarıcı madde ve ilaçlardan kaçınmak
- Günlük rutini bozabilecek faaliyetleri öngörmek

BİLDİRİ -10

AİLE NASIL YARDIM EDEBİLİR?
• İlaçlarını kullanmada destek olmak
• Belirtileri öğrenerek yardımcı yanıtlar sunabilmek
• Hoşgörülü ve ılımlı ev ortamı sağlamak
• Günlük rutinlerine ve uykuya düzenine uyumunda yardımcı olmak
• Belirtiler nedeniyle zor zamanlar geçirirken performans beklentilerini azaltmak
• Tedaviye ve düşük düzey stres aktivitelerine katılım konusunda hastayı cesaretlendirmek
• İhtiyaç duyulduğunda diğer aile üyelerinin de yardımını almak

Handout #11

Prevention Action Plan

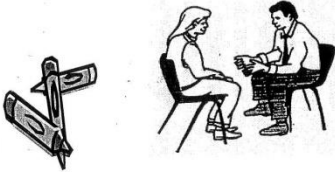
	Stressors or Triggers	Early Warning Signs	Coping Skills	Overcoming Obstacles
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

PREVENTION FIRST

Bildiri 15

Aktif Dinleme

- Konuşan kişiye bak.
- Ne söylediğine dikkat et.
- Başını sallama onayla; "hı hı".
- Soruların açıklığa kavuşmasını sağla.
- Ne duyduğunu kontrol et.



Bildiri 16

İletişim Becerileri Ödevi

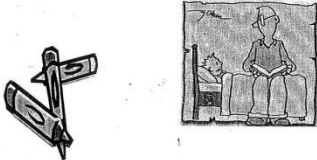
Gün	Kimle Konuştu	Ne Hakkında Konuştunuz?	Hangi Okulda Geli Bildirimi Verdiniz?	Hangi Alan? İletişim becerilerinizi geliştirdi mi?	Değişim için hangi iletişim becerilerinizi kullanacaksınız?
Pazartesi					
Salı					
Çarşamba					
Perşembe					
Cuma					
Cumartesi					
Pazar					



Bildiri 17

Olumlu Bir Ricada Bulunma.

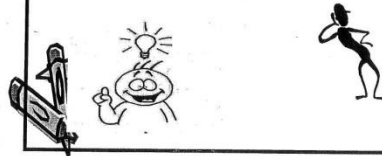
- Karşıdakine bak.
- Onun ne yapmasından hoşlanırdın? tam anlamıyla söyle.
- Sende nasıl bir duygu uyandırdığını söyle.
- Olumlu bir ricada bulunurken aşağıdaki anlatım tarzına benzer anlatımları kullan.
- yaparsan çok sevinirim.
- Eğer.....gerçekten minnettar olurum.
-Yaparak bana yarımsı etmen benim için çok önemli.



Bildiri 18

İletişimde Açıklık

- Söylemek istediklerinizi belirleyin
- Ana noktaların altına çizmek için kısa cümleler kullanın
- Özetlemek yerine belirleyici olun
- Her seferde yalnızca bir konu gündeme getirin
- Durun ve karşıdaki insanın sizi anladığından emin olun



Bildiri 19

Belirli Davranışlar Hakkında Olumsuz Duyguları İfade Etme.

-Karşındakine bak. Kararlı bir şekilde konuş.

-Seni üzen ne yaptı tam anlamıyla söyle.

-Sende nasıl bir duygu uyandırdığını söyle.

-Gelecekte tekrar olmaması için kişi buna nasıl engel olabilir öneride bulun.



Bildiri 20

Belirli Davranışlar Hakkında Olumsuz Duyguları İfade Etme Ödevi

Gün	Seni gücendiren kişi	Tam anlamıyla seni gücendiren ne yaptı söyle.	Nasıl bir duygun (öfke, kızama, vb) oldu ?	Gelecekte yapmanı için sende ne istedin ?
Pazartesi				
Salı				
Çarşamba				
Perşembe				
Cuma				
Cumartesi				
Pazar				

Bildiri 21

Bipolar Bozukluğu Ataklarının Tekrarlamasında Ailenin Rolü



Bildiri

Problem Çözme

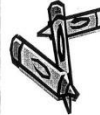
-Problemde hemfikir ol.

-Pek çok olası çözümleri öner.

-Olası çözümleri tartış ve en iyi çözümlerde anlaş.

-En iyi çözümleri planla ve uygula.

Çabaları öv; Sürecin etkililiğini gözden geçir.



Problem Çözme Sayfası

Adım 1: Problem nedir? Tanımla. (Soru sor, konu, dinle. Herkesin düşüncesini al.)

Adım 2: Tüm olası çözümleri (en kötü olanlar dahil) liste yap. Her üyenin en az bir olası çözümünü al. (Bu noktada bunları değerlendirme.)

- (1).....
- (2).....
- (3).....
- (4).....
- (5).....
- (6).....

Adım 3: Her bir olası çözümün avantaj ve dezavantajlarını tartış ve liste yap.

Avantaj	Dezavantaj
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Adım 4: En iyi olası çözümü veya çözümleri (olası çözümlerin bir bileşkesi olabilir) seç ve listele.

-
-
-
-
-
-

Adım 5: Seçilen çözümler nasıl yerine getirilir plan yap. Ve onları tamamlamak için bir tarih belirle.

Tarih:.....

A. Özellikle kim ne yapacak karar ver ve listele

.....

B. Hangi kaynaklara ihtiyaç olacak karar ver. Liste yap ve o kaynakları sağla.

.....

C. Uygulama sırasında ne yanlış gidebilir, bunu tartış. Bu problemin nasıl üstesinden gelinir karar ver.

.....

D. Çözümün tamamlanmasını prova yap.

E. Programda seçilen çözümü uygula. Onu yap.

Adım 6: Uygulanan çözümü gözden geçir ve tüm katılımlara olumlu geri bildirimleri ver.

Adım 7: Eğer uygulanan çözümler başarısız oldu ise 1. adıma geri dön ve tekrar dene. Cesaretin kırılmasın.

Bildiri 22

EK 3

OLGU RAPOR / VERİ KAYIT FORMU

HASTANIN ADI:

SOYADI:

DOSYA NO:

DOĞUM TARİHİ:

ADRES:

TELEFON NO:

OKUL DURUMU:

ANNE ADI:

MESLEK VE EĞİTİMİ:

BABA ADI:

MESLEK VE EĞİTİMİ:

KARDEŞ ADI:

YAŞI:

OKUL DURUMU:

AİLE ÖYKÜSÜ:

HASTANIN EKSEN III TANILARI(VARSA):

HASTANIN BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALDIĞI YIL:

HASTANIN GEÇİRDİĞİ İLK ATAK TİPİ:

HASTANIN GEÇİRDİĞİ SON ATAK TİPİ:

HASTANIN GEÇİRDİĞİ SON ATAK BAŞLANGIÇ TARİHİ VE SÜRESİ:

HASTANIN PSİKİYATRİ SERVİSİ YATIŞ TARİHİ VE SÜRESİ(VARSA):

HASTANIN KSADS P/L'E GÖRE EŞ TANILARI(VARSA):

HASTANIN GEÇMİŞTE KULLANDIĞI İLAÇLARIN BAŞLANGIÇ TARİHİ, DOZU VE SÜRESİ:

HASTANIN KULLANMAKTA OLDUĞU İLAÇLARIN BAŞLANGIÇ TARİHİ VE DOZU:

EK 4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

(13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

EK 5**AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()

11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
CÜMLELER:		Büyük		

	Aynen Katılı- yorum	Ölçüde Katılı- yorum	Biraz Katılı- yorum	Hiç Katılmı- yorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklımıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()

49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()