

DERLEME | REVIEW

Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim: Kısa Bir Bakış

Psychoeducation in Bipolar Disorder: A Brief Review

Tuğrul Demireğen¹ , Caner Yeşiloğlu¹ 

1. Çukurova Üniversitesi, Adana

Abstract

Bipolar disorder is a chronic and complex mood disorder characterized by recurring episodes of mania, depression, and hypomania, which significantly disrupt an individual's emotional, social, and occupational functioning. These episodes can vary in intensity and duration, often leading to unpredictable shifts in mood and behavior that challenge patients' ability to maintain a stable quality of life. Manic episodes are marked by elevated energy, impulsivity, and euphoria, while depressive episodes involve profound sadness, lethargy, and loss of interest. Hypomanic episodes, though less severe, still impair daily functioning. Despite advancements in pharmacological treatments, such as mood stabilizers and antipsychotics, bipolar disorder continues to pose substantial challenges, often resulting in diminished quality of life, strained relationships, and reduced productivity. The chronic nature of the disorder underscores the need for comprehensive management strategies that extend beyond medication to address its multifaceted impact. To mitigate the negative effects of bipolar disorder, a multimodal treatment approach is essential, combining pharmacotherapy with psychosocial interventions. Among these, psychoeducation has emerged as a critical therapeutic strategy aimed at empowering patients and their families with knowledge and skills to better manage the condition. Psychoeducation involves providing structured, evidence-based information about bipolar disorder, including its symptoms, triggers, treatment options, and coping strategies. By enhancing patients' understanding of their illness, psychoeducation fosters greater treatment participation, improves adherence to prescribed therapies, and promotes functional recovery. It also equips families with tools to support their loved ones, reducing stigma and improving communication. Psychoeducation can be delivered in various formats, including individual sessions tailored to personal needs, group settings that encourage peer support, or family-focused programs that strengthen relational dynamics.

Keywords: Psychoeducation, bipolar disorders, group psychoeducation

Öz

Bipolar bozukluk, tekrarlayan mani, depresyon ve hipomani ataklarıyla karakterize edilen, bireyin duygusal, sosyal ve mesleki işlevselliğini önemli ölçüde bozan kronik ve karmaşık bir duygu durum bozukluğudur. Bu ataklar yoğunluk ve süre açısından değişiklik gösterebilir ve genellikle öngörülemez duygu ve davranış değişimlerine yol açarak hastaların istikrarlı bir yaşam kalitesi sürdürme yeteneğini zorlar. Mani atakları yüksek enerji, dürtüsellik ve öfori ile işaretlenirken, depresif ataklar derin üzüntü, halsizlik ve ilgi kaybını içerir. Hipomani atakları, daha az şiddetli olsa da, günlük işlevselliği yine de bozar. Duygu durum dengeleyiciler ve antipsikotikler gibi farmakolojik tedavilerdeki ilerlemelere rağmen, bipolar bozukluk önemli zorluklar yaratmaya devam etmekte; genellikle yaşam kalitesinin azalmasına, ilişkilerin gerilmesine ve üretkenliğin düşmesine neden olmaktadır. Bozukluğun kronik doğası, ilaç tedavisinin ötesine geçen kapsamlı yönetim stratejilerine duyulan ihtiyacı vurgular. Bipolar bozukluğun olumsuz etkilerini azaltmak için farmakoterapiyi psikososyal müdahalelerle birleştiren çok yönlü bir tedavi yaklaşımı gereklidir. Bu müdahaleler arasında psikoeğitim, hastaları ve ailelerini durumu daha iyi yönetmeleri için bilgi ve becerilerle güçlendirmeyi amaçlayan kritik bir tedavi stratejisi olarak öne çıkmıştır. Psikoeğitim, bipolar bozukluk hakkında yapılandırılmış, kanıta dayalı bilgiler sunmayı içerir; bu bilgiler belirtiler, tetikleyici faktörler, tedavi seçenekleri ve başa çıkma stratejilerini kapsar. Hastaların hastalıklarını daha iyi anlamalarını sağlayarak psikoeğitim, tedaviye katılımı artırır, reçeteli tedavilere uyumu iyileştirir ve işlevsel iyileşmeyi teşvik eder. Ayrıca ailelere sevdiklerine destek olma araçları sunarak damgalanmayı azaltır ve iletişimi iyileştirir. Psikoeğitim, bireysel ihtiyaçlara özel bireysel seanslar, akran desteğini teşvik eden grup ortamları veya ilişkisel dinamikleri güçlendiren aile odaklı programlar gibi çeşitli formatlarda sunulabilir.

Anahtar kelimeler: Psikoeğitim, bipolar bozukluklar, grup psikoeğitimi

Giriş

Bipolar bozukluk, belirli bir sıra veya düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik, hipomanik ya da manik ve depresif dönemlerin her ikisinin de özelliklerini kapsayan karma belirtili dönemler ile giden ve bu ataklar arasında kişinin belirti göstermediği ya da subklinik belirtiler gösterdiği, işlevselliği etkileyen ya da bozan, kronik gidişli bir duygudurum bozukluğudur (American Psychiatric Association, 2013; Goodwin ve Jamison, 2007). Mevcut farmakolojik tedavilere rağmen, bipolar bozukluk hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyerek önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir (American Psychiatric Association, 2013; Goodwin ve Jamison, 2007).

Bipolar 1 bozukluğu için yaşam boyu yaygınlık oranı yaklaşık %0-2,4, bipolar 2 bozukluğu için %0,3-4,8 iken bipolar spektrum bozukluklarının toplam yaygınlık oranı %2,8-6,5 olarak bildirilmiştir. Bipolar 1 bozukluğu her iki cinsiyette eşit oranda görülürken, bipolar 2 bozukluğu kadınlarda daha sık görülmektedir. Manik dönemler özellikle erkeklerde daha sık görülürken depresif, karma dönemler ve hızlı döngülülük kadınlarda daha sık görülür. Hastalık sürecinde ortaya çıkan relapsların ve subklinik belirtilerin hastalara ve yakınlarına olan etkilerinin yanı sıra özkiyma bağlı ölüm riski, bu hastalarda sadece farmakolojik tedavi ile yetinilmeyip destek olarak eş zamanlı çoklu terapötik yaklaşımların sergilenmesinin gerekli olduğunu göstermektedir (Goodwin ve Jamison, 2007; Miklowitz, 2008).

Psikoeğitim, tedavi sürecine hasta ve yakınlarının aktif katılımı ile hastalığı ve tedavi yöntemlerini anlamalarını sağlayan bir eğitim yaklaşımıdır (Yurtsever vd., 2001). Bu yöntem, hastalığın belirtileri, gidişi ve tedavi seçenekleri hakkında bilgiler vererek hastalık belirtilerinin şiddetini ve eşlik eden hastalıkları azaltmayı, aile içi ve kişilerarası ilişkileri güçlendirmeyi, erken tanı ile tedavi sürecini hızlandırmayı hedeflemektedir. Bunlara ek olarak erken belirtileri tanıyarak relapsları önlemeyi ve işlevselliği artırmayı amaçlamaktadır. Psikoeğitim hem hasta hem de hasta yakınlarına yönelik olarak gerçekleştirilebilmektedir. Bu çalışma ile; bipolar bozukluklarda psikoeğitim kavramının önemi, amacı, psikoeğitim uygulamaları ve sonuçları gözden geçirilmiştir (Miklowitz, 2008; Yurtsever vd., 2001).

Bipolar Bozukluk

Tekrar edebilen, manik, depresif ya da hipomanik dönemlerle seyreden, ara dönemlerde de asemptomatik ya da subklinik belirtilerin izlendiği kronik gidişli bir psikiyatrik bozukluktur. Bipolar bozukluklar klinik görünümü, etyolojisi ve patogenezi bakımından çeşitlilik gösteren döngülü duygudurum bozukluklarını içeren heterojen bir tanıdır. Bipolar bozuklukların etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Gelişimsel ve genetik değişim sürecinde, bazı çevresel risk faktörleri ile meydana gelen etkileşimler sonucunda ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Sıklıkla geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde başlamaktadır. Bipolar bozukluk yaşam boyu yaygınlığı yetişkin popülasyonda yaklaşık %4'tür (American Psychiatric Association, 2013; Goodwin ve Jamison, 2007).

Bipolar bozukluk mani döneminin temel belirtisi öfori, taşkınlık, iritabilitenin eşlik ettiği duygudurum değişikliklerinin olmasıdır. Mani döneminin belirtileri arasında büyüklük düşünceleri, uyku ihtiyacında azalma, sürekli ve çok konuşma, düşünce uçuşmaları, dikkat ve konsantrasyonda azalma, haz veren eylemlere artmış yönelim ve yüksek riskli eylemlere katılma sayılabilir. Bir mani döneminde hipomani döneminden farklı olarak ortaya çıkan belirtiler hastanın işlevselliğini bozacak düzeyde ve hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır olabilmektedir. Ayrıca mani dönemlerinde hipomani dönemlerinden farklı olarak psikotik belirtiler görülebilir. Bipolar bozukluk depresyon dönemi ise çökkün duygudurum, ilgi yitimi ve zevk alamamanın eşlik ettiği duygudurum belirtileri ile karakterizedir. Bu dönemin belirtileri arasında iştah ve kilo değişiklikleri, uyku değişiklikleri, bitkinlik, enerji azlığı, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, kararsızlık, dikkat dağınıklığı ve ölüm düşünceleri sayılabilir. Depresyon dönemi, bipolar bozuklukta hastalıkla geçirilen dönemlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bipolar 1 bozukluğunda depresyon dönemlerinin tüm hastalık sürecinin yaklaşık %72'sini, bipolar 2 bozukluğunda ise yaklaşık %81'ini oluşturduğu bilinmektedir. Bu durum özellikle iş gücü kaybı, üretkenlikte azalma, daha yüksek oranda madde kötüye kullanımı riski gibi nedenlerle uzun süreli işlev bozukluğuna daha çok katkıda bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta karma belirtili dönemler ise manik ve depresif belirtilerin değişik kombinasyonlarda aynı anda görülmesi ile karakterizedir (American Psychiatric Association, 2013; Goodwin ve Jamison, 2007).

Bipolar bozukluklar için araştırmalarda yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemi DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'dir. DSM-I (1952)'de bipolar bozukluk, "manik-depresif hastalık" tanımıyla, depresyon ve mani belirtilerini kapsayan psikotik bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. DSM-II (1968) ile bu terim korunmuş, "manik tip", "depresif tip" ve "manik-depresif karma tip" gibi alt başlıklarla sınıflandırılmıştır. DSM-III (1980) ile birlikte kavramlar üzerinde yenilik yapılarak "manik-depresif hastalık" terimi yerine "bipolar bozukluk" terimi kullanılmaya başlanmıştır. Bu değişikliklerle birlikte bipolar bozukluk, bipolar I ve bipolar II olarak iki alt başlığa ayrılmıştır. DSM-III-R

(1987) ile mani ve hipomani belirtileri daha detaylı şekilde tanımlanmıştır. DSM-IV (1994)'de Bipolar bozukluk tanı başlığı altına "Bipolar Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan" kategorisi eklenmiştir ve karma dönem tanımı daha ayrıntılı hale getirilmiştir. DSM-IV-TR (2000) ise Bipolar bozukluklar başlığı için önemli bir değişiklik yapılmamıştır. DSM-5 (2013) ile Bipolar bozukluklar, "duygudurum bozuklukları" kategorisinden ayrılarak "Bipolar ve ilişkili Bozukluklar" adı altında bağımsız bir tanı başlığında sınıflandırılmıştır. Ayrıca Karma epizod kavramı yerine "karma özellikler gösteren" kavramı getirilmiştir. DSM sınıflama sisteminin en güncel versiyonu olan DSM-5-TR (2022) ile bipolar bozuklukların tanı ölçütlerinde temel bir değişiklik yapılmamıştır (American Psychiatric Association, 2013; American Psychiatric Association, 2022).

DSM-5-TR sınıflama sistemine göre bipolar bozukluklar tanı başlığı altında bipolar 1 bozukluğu, bipolar 2 bozukluğu, siklotimi bozukluğu ve diğer bipolar bozukluklar yer almaktadır. Bipolar 1 bozukluğun en temel özelliği mani dönemlerinin görülmesidir. Bipolar 1 bozukluğunun en sık görünümü major depresyon dönemlerini mani dönemlerinin takip etmesidir. Psikotik belirtiler hem mani hem major depresyon dönemlerinde görülebileceği gibi Bipolar 1 bozukluğu tanısı için psikotik belirtilerin görülmesi gerekli değildir. Bipolar 2 bozukluğu major depresyon ve hipomani dönemlerinin birlikteliğinden oluşmaktadır. Siklotimi bozukluğu ise bipolar bozuklukların minor bir varyantı olarak değerlendirilebilir ve kronik bir gidiş ve sık tekrarlayan ataklarla karakterizedir. Ataklar şiddet olarak hafiftir fakat sık olarak gerçekleşir (American Psychiatric Association, 2022).

Bipolar Bozuklukta Psikoterapötik Yaklaşımlar

Günümüzde bipolar bozuklukların tedavisinde doğru farmakolojik yöntemleri seçmenin yanında sosyal ve psikolojik faktörlerin de göz ardı edilmemesi gerektiği anlaşılmıştır. Neredeyse tüm çalışma bulguları bipolar bozukluğun gidişini olumsuz yönde etkileyen psikososyal faktörleri hedefleyen müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Bu kapsamda dört temel psikolojik yaklaşım önem kazanmaktadır. Bu yaklaşımlar arasında biyoritim terapisi, bilişsel-davranışçı terapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi, aile odaklı terapi ve psikoeğitim modeli yer almaktadır (Colom ve Vieta, 2006; Miklowitz, 2008).

Biyoritim Terapisi

İnsan vücudu, doğal süreçlere uygun bir zamanlama ile işler ve bu düzen, "biyolojik ritim" veya kısaca "biyoritim" olarak adlandırılır. Biyoritim, çevreden gelen uyarılara uyum sağlamak üzere düzenlenen periyodik değişim döngülerini ifade etmektedir. Sirkadiyen ritim (24 saatlik döngü) gibi biyoritimler, fiziksel süreçleri kontrol etmenin yanı sıra zihinsel ve duygusal süreçleri de kontrol eder. Gündelik yaşamdaki alışkanlıklar, stres ve çevresel faktörler biyolojik saat üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu olumsuz etkiler ise uyku düzeninin bozulmasından duygudurum bozukluklarına kadar birçok sorunun gelişmesine neden olabilmektedir. Psikiyatrik hastalıklardan özellikle bipolar bozukluk gibi duygudurum bozuklukları, biyolojik ritimlerdeki sorunlarla doğrudan ilişkilidir. Bu ilişki düşünüldüğünde biyoritim terapisi, bu düzensizliklerin iyileştirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir yaklaşımı ifade etmektedir. Bu terapi yaklaşımı, bireylerin biyolojik ritimlerini düzenlemeyi ve bu yolla hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı desteklemeyi hedeflemektedir. Araştırmalar, biyolojik ritimlerin düzenlenmesi yoluyla uyku kalitesinin artırılmasının bipolar bozukluk semptomlarını hafifletebileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, biyoritim terapisi bağışıklık sistemini güçlendirme, stresle başa çıkmayı kolaylaştırma ve yaşam kalitesini artırma gibi ek faydalar da sağlamaktadır. Giderek artan bilimsel araştırmalarla desteklenen bu psikolojik yaklaşımın gelecekte daha geniş bir kullanım alanı bulması beklenmektedir (Colom ve Vieta, 2006; Hidalgo-Mazzei vd., 2015; Torrent vd., 2013).

Bilişsel-Davranışçı Terapi

Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), bireylerin düşünce süreçleri ile duygusal tepkileri ve davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyerek, olumsuz veya işlevsel olmayan düşünce kalıplarını yeniden yapılandırmayı hedefleyen bir psikoterapi yaklaşımıdır. Bu terapi modeli, bireylerin duygu ve davranışlarını etkileyen düşünce süreçlerini anlamalarına ve bu süreçleri daha uyumlu bir şekilde değiştirmelerine odaklanmaktadır. BDT, yalnızca mevcut belirtilerin yönetilmesini değil, aynı zamanda bireylerin bu belirtilerinin gelecekte tekrarını önleyecek bir yapılanma geliştirmesini de sağlamaktadır. Bipolar bozukluk gibi ruhsal bozuklukların yönetiminde BDT'nin önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu yöntem, özellikle depresyon dönemlerinde kullanılmaktadır ve remisyon dönemlerinde relapsları önlemek adına stratejiler sunmaktadır. Terapi sırasında bireyler, olumsuz yaşam olaylarına karşı nasıl tepki verdiklerini analiz ederek, bu tepkilerin düşünceyi nasıl etkilediğini fark etmektedirler. Bipolar bozuklukta BDT'nin bir diğer avantajı, bireylerin erken uyarı işaretlerini tanıyabilmesini sağlamasıdır. Erken uyarı işaretlerinin fark edilmesi, olası bir relapsın önüne geçmek için önemli bir koruyucu müdahale imkanı vermektedir. Sonuç olarak, BDT, bipolar bozukluğun yönetiminde

farmakoterapiye ek olarak uygulanan önemli bir psikoterapi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Hastaların duygusal düzenleme becerilerini geliştirmesi, olumsuz yaşam olaylarıyla ve stresle başa çıkması ve işlevselliğin artırılması için yapılandırılmış bir yöntem sunmaktadır (Colom ve Vieta, 2006; Moore ve Eichler, 1972; Partonen ve Lönnqvist, 1998).

Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi

Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (KASRT), biyolojik ve sosyal ritimler arasındaki etkileşimleri temel alarak geliştirilmiş bir psikoterapi yaklaşımıdır. Özellikle bipolar bozukluk gibi duygu durum bozukluklarının yönetiminde kullanılabilen bu model, sosyal yaşam düzenindeki değişimlerin biyolojik ritimleri bozabileceği ve bunun da duygudurum belirtilerini tetikleyebileceği fikrine dayanmaktadır. Sosyal ritimlerdeki sorunlar, bireylerin gündelik yaşam aktivitelerindeki düzensizlikler ile ortaya çıkabilmekte ve bu durum biyolojik süreçlerin denge halini korumasını zorlaştırabilmektedir. Bu terapi yaklaşımı, insan biyolojisinin sirkadiyen ritimlere dayalı çalışma prensibine uyumlu olarak geliştirilmiştir. Sirkadiyen ritimler, bireylerin uyku-uyanıklık döngüleri ve diğer biyolojik fonksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Gündelik yaşamdaki olaylar ve sosyal ilişkiler, bu ritimlerin düzenlenmesinde belirleyici bir rol oynayabilmektedir. Psiko-krono-biyolojik kurama dayanan KASRT, bu ilişkiyi ele alarak sosyal etkenlerin biyolojik ritimler üzerindeki etkisini düzenlemeyi amaçlar. Bu model, kişilerarası terapi tekniklerini sosyal ritim düzenlenmesiyle birleştirerek bipolar bozukluk hastalarına özgü bir çerçeve oluşturmuştur. KASRT'nin birincil hedefi, bireyin gündelik yaşam düzenini sağlamak ve bu süreçte kişilerarası ilişkilerindeki sorunları azaltmaktır. Terapi sırasında bireyler, uyku ve sosyal ilişkiler gibi gündelik aktivitelerin düzenli bir şekilde sürdürülmesine teşvik edilmektedir. Bu düzen, sirkadiyen ritimlerin yeniden yapılandırılmasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda, kişilerarası ilişkilerdeki sorunların çözümüne yönelik teknikler kullanılarak bireyin sosyal ilişkilerindeki stres faktörlerini en aza indirmek amaçlanmaktadır. Terapinin birincil hedeflerinden bir diğeri de tedaviye uyumu artırmaktır. Bipolar bozukluk tedavisinde farmakoterapi, psikososyal düzenlemelerle desteklendiğinde daha etkili hale gelmektedir. KASRT, bu kapsamda hem biyolojik süreçlere hem de bireyin yaşam düzenine odaklanarak hastalığın belirtilerinin yönetimini kolaylaştırır ve bireyin yaşam kalitesini artırır. Araştırmalar, KASRT'nin bipolar bozuklukta depresif ve manik relaps sayısını ve atakların şiddetini azalttığını göstermektedir (Colom ve Vieta, 2006; Lack vd., 2007; Moore ve Eichler, 1972).

Aile Odaklı Terapi

Aile Odaklı Terapi (AOT), bipolar bozukluk tedavisinde bireyin yakın çevresini tedavi sürecine katarak hastalıkla daha etkili bir şekilde başa çıkmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Miklowitz ve Goldstein tarafından geliştirilen bu terapi modeli, aile üyelerine psiko-eğitim vermeyi ve birey ile aile arasındaki ilişkileri düzenlemeyi amaçlamaktadır. AOT, özellikle aile üyelerinin hastalığa dair belirtileri tanımasını, erken uyarı işaretlerini fark etmesini, sorun çözme becerilerini geliştirmesini ve yüksek düzeyde duygu dışavurumunu yönetebilmesini sağlamayı hedeflemektedir. Ayrıca, aile içi iletişimi iyileştirerek bireyin yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu terapi modelinde, aile bireylerinin sürece aktif olarak katılması önemlidir. Genellikle 21 seans süren AOT, anne-baba, eş, çocuklar, kardeşler veya diğer akrabaların katılımıyla uygulanmaktadır. Terapinin başlangıç aşamasında psiko-eğitim odaklı çalışmalar yapılır ve aile üyelerine bipolar bozukluğun doğası, tedavi yöntemleri ve hastalığın seyri hakkında bilgi verilmektedir. Bu süreçte, aile üyelerinin hastalıkla ilgili farkındalığı artırılarak bireye daha etkili bir şekilde destek olmalarını sağlamak amaçlanmaktadır. İkinci aşamada, aile içi iletişim becerilerini geliştirmeye ve sorun çözme teknikleri oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Aile üyeleri arasında eleştiri, suçlama veya aşırı korumacılık gibi dışavurumların düzeyini azaltmaya yönelik teknikler öğretilmektedir. Son aşamada ise, aile üyeleri arasında iş birliğini artırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda AOT'nin bipolar bozukluk tedavisinde, bireyin belirtilerini hafifletmenin yanında hastaneye yatış sıklığını azalttığını, remisyon süresini uzattığını ve bireyin tedavi uyumunu artırdığını göstermektedir (Moore ve Eichler, 1972; Morriss vd., 2011).

Psikoeğitim Tanımı

Psikoeğitim, bireylerin ve ailelerinin hastalıklar hakkında bilgi edinmesini ve bu bilgileri yaşamlarında etkili bir şekilde kullanmasını sağlamayı hedefleyen yapılandırılmış bir müdahale yöntemidir. Bu yöntem, bireyin hastalığın özelliklerini, seyir sürecini, tedavi seçeneklerini ve hastalığın yaşam üzerindeki etkilerini anlamasını kolaylaştırmayı amaçlar. Psikoeğitim programları, bilgilendirme ile birlikte bireylerin sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine ve destek sistemlerini güçlendirmelerine yardımcı olur. Ayrıca, hastalıkla ilgili yanlış inanışları düzeltme ve bireyi tedavi sürecine daha aktif bir şekilde dahil etme gibi önemli işlevleri yerine getirir. Psikoeğitim, özellikle bipolar bozukluk gibi kronik ve tekrarlayıcı doğaya sahip rahatsızlıkların yönetiminde etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım, bireyin hastalıkla ilgili farkındalığını artırarak, tedaviye uyum sağlamasına ve yaşam kalitesini yükseltmesine olanak tanır. Aynı

zamanda, bireyin erken uyarı işaretlerini tanımasına ve hastalığın nüks etmesini önlemeye yönelik stratejiler geliştirmesine yardımcı olur. Psikoeğitim, bireylerin stresle başa çıkma becerilerini destekleyerek hastalıkla mücadele süreçlerini kolaylaştırır (Colom ve Vieta, 2006; Yurtsever vd., 2001).

Psikoeğitim, farklı formatlarda uygulanabilir. Yüz yüze bireysel veya grup oturumları, yazılı materyaller, çevrimiçi eğitimler gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir. Eğitimin etkinliğini artırmak ve kalıcılığını sağlamak için sunumlar, görsel-ışitsel materyaller ve interaktif yöntemler gibi birden fazla araç bir arada kullanılabilir. Psikoeğitim, bireylere olduğu kadar hasta yakınlarına, bakım verenlere ve ruh sağlığı profesyonellerine yönelik olarak da uygulanabilir. Günümüzde bireysel psikoeğitim, aile odaklı psikoeğitim, grup psikoeğitimi ve bakıcı grubu psikoeğitimi gibi farklı modeller yaygın olarak kullanılmaktadır. Psikoeğitim, bireylerin yalnızca hastalıkla ilgili bilgi edinmelerini sağlamaz; aynı zamanda hastalık belirtilerini tanımlarını, erken uyarı işaretlerini fark etmelerini ve uygun başa çıkma stratejileri geliştirmelerini destekler. Ayrıca, bireyin sosyal destek sistemlerini güçlendirmesine ve tedavi sürecine daha etkin bir şekilde katılmasına olanak tanır. Bu özellikleri sayesinde, psikoeğitim hem bireyin hem de aile çevresinin hastalıkla başa çıkma kapasitesini artırarak, bireyin genel yaşam kalitesini iyileştiren önemli bir yaklaşım olarak kabul edilir (Candini vd., 2013; Smith vd., 2010; Yılmaz vd., 2020; Yurtsever vd., 2001).

Tablo 1. Yirmibir Oturumdan oluşan grup psikoeğitimi modeli (Colom ve Vieta, 2006)

1-)Hastalığın Farkında Olmak
• Tanıtım ve grup ilkeleri • Bipolar bozukluk nedir? • Etyolojik ve tetikleyici faktörler • Belirtiler (I): Mani ve Hipomani • Belirtiler (II): Depresyon ve karma belirtili dönemler • Hastalığın gelişimi ve prognoz
2-) İlaç Uyumu
• Tedavi (I): Duygudurum düzenleyiciler • Tedavi (II): Antimanik ilaçlar • Tedavi (III): Antidepresanlar • Duygudurum düzenleyicilerin plazma düzeyleri • Gebelik ve genetik danışmanlık • Psikofarmakolojiye karşılık alternatif tedaviler • Tedavinin bırakılması ile ilgili riskler
3-) Psikoaktif Maddeler: Bipolar bozuklukta riskler
4-) Yeni Atakların Erken Tespiti
• Manik ve hipomanik dönemlerin erken tespiti • Depresif ve karma belirtili dönemlerin erken tespiti • Yeni bir atak tespit edildiğinde ne yapılmalı?
5-) Düzenli Alışkanlıklar ve Stres Yönetimi
• Alışkanlıkların düzenliliği • Stres kontrol teknikleri • Problem çözme teknikleri • Kapanış Oturumu

Grup Psikoeğitimi

Psikoeğitime dair ilk denemelerin yapıldığı 1980'li yıllardan bu yana birçok grup psikoeğitim modeli geliştirilmiştir. Bu grup psikoeğitim modelleri arasında en iyi çalışılmış yaklaşım Barselona grubundan Colom ve Vieta'nın grup psikoeğitim programıdır. Psikoeğitim kapsamında, hastalıkla ilgili genel bilgiler, yinleme oranları, tetikleyici faktörler, erken yinleme belirtilerinin tanınması, ilaçların ve yan etkilerinin bilinmesi, ilaç tedavisine uyumun önemi, belirti yönetimi, stresle başa çıkma, özkıyım riski, gebelik, damgalanma, alkol ve madde kullanımından kaçınma, ayrıca düzenli bir yaşam sürdürmenin önemi gibi konular detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu grup psikoeğitim programı iki veya üç terapist tarafından yürütülür. Her hafta 8-12 hastaya verilen yaklaşık 90 dakikalık eğitimlerle toplamda 21 seans hedeflenir. Bu programa göre psikoeğitimin etki mekanizmaları temel olarak üç aşamada değerlendirilebilir. İlk aşama psikoeğitimin en önemli kısmını oluşturur. Bu aşamada bipolar bozukluğa yönelik farkındalık, hastalık

belirtilerinin erken tespiti ve tedaviye uyum amaçlanır. İkinci aşamada stresle başa çıkma, alkol ve madde kötüye kullanımını önleme, özyıkım davranışını önleme ve yaşam tarzı değişiklikleri yer almaktadır. Üçüncü aşama ise terapötik mükemmellik için koyulan hedefleri belirler. Bu aşamada hastaların bilgi düzeyini artırmak, önceki atakların ve gelecekte görülebilecek atakların sonuçlarıyla yüzleşmek, kalıntı belirtilerle yüzleşmek, iyilik halini ve yaşam kalitesini artırmak amaçlanır (Colom vd., 2003a; Colom ve Vieta, 2006; Reinares vd., 2020; Scott ve Colom, 2005).

Tablo 2. Bipolar bozukluk psikoeğitimi için Türkiye’de yapılan çalışmalar

Çalışma	Çalışma Detayları	Uygulama Türü	Hasta Grubu (Kontrol Grubu)	Takip Süresi ve Değerlendirmeler	Sonuçlar
Eker ve Harkin (2012)	6 haftalık bireysel psikoeğitim	Bireysel Psikoeğitim	30 (33)	6 haftalık değerlendirme	Tedaviye uyum oranı %40’tan %86,7’ye yükseldi. Kontrol grubunda uyum düştü.
Tezcan Yılmaz ve ark. (2020)	16 seanslık grup psikoeğitimi	Grup Psikoeğitimi	30 (30)	Psikoeğitim öncesi ve 16 haftalık eğitim sonrası değerlendirme	Psikoeğitim grubunda işlevsellik düzeyi, içgörü ve tedaviye uyumda iyileşme. Depresyon ve mani skorlarında fark görülmedi.

Tablo 3. Bipolar bozukluk psikoeğitimi için yurtdışında yapılan çalışmalar

Çalışma	Çalışma Detayları	Uygulama Türü	Hasta Grubu (Kontrol Grubu)	Takip Süresi ve Değerlendirmeler	Sonuçlar
Perry vd. (1999)	7-12 seans. Belirtileri tanıma ve tedaviye dair eğitim	Bireysel Psikoeğitim	34 (35)	6, 12 ve 18 aylık değerlendirmeler	Depresif relapslar için fark görülmesi de manik relaps sayısı azaldı ve sosyal işlevsellik iyileşti.
Miklowitz vd. (2000)	21 ayrı oturumda 9 aylık aile odaklı tedavi	Aile Odaklı	31 (70)	3 aylık değerlendirme	Psikoeğitim grubunun daha az relaps yaşadığı görüldü.
Colom vd. (2003a)	21 seanslık grup psikoeğitimi	Grup Psikoeğitimi	60 (60)	2 yıllık takip	Psikoeğitim grubunda depresif ve manik relaps sayısı azaldı.
Colom vd. (2003b)	Daha önceki çalışmadaki eğitim modeli, tedavi uyumu olan hastalarda uygulandı	Grup Psikoeğitimi	25 (25)	2 yıl boyunca aylık değerlendirme	Psikoeğitim grubunda depresif ve manik relaps sayısı azaldı.
Rea vd. (2003)	Aile odaklı tedavi, bireysel tedavi ile karşılaştırıldı	Aile Odaklı	28 (25)	1 yıl aktif aile odaklı tedavi ve 1 yıl takip	Aile odaklı tedavi alan grup daha az yeniden hastaneye yatış yaşadı.
Miklowitz vd. (2003)	2000 yılında yapılan çalışmayla aynı model kullanıldı	Aile Odaklı	31 (70)	2 yıllık takip	Psikoeğitim grubunda depresif ve manik relaps sayısı azaldı.

Çalışma	Çalışma Detayları	Uygulama Türü	Hasta Grubu (Kontrol Grubu)	Takip Süresi ve Değerlendirmeler	Sonuçlar
Colom vd. (2004)	Kişilik bozukluğu tanısı olan alt grup ile 21 seans yapıldı	Grup Psikoeğitimi	15 (22)	2 yıl takip	Psikoeğitim grubunda depresif ve manik relaps sayısı azaldı ve relapslar arası süre uzadı.
Simon vd. (2005)	Grup psikoeğitim modülü ve sistematik bakım programı uygulandı	Kapsamlı	212 (229)	12 ve 24 aylık değerlendirme	Psikoeğitim grubunda manik relaps sayısı azaldı.
Colom vd. (2005)	Lityum tedavisi alan alt grup ile 21 seans yapıldı	Grup Psikoeğitimi	49 (44)	2 yıl takip	Lityum kan düzeyleri psikoeğitim grubunda daha stabil görüldü.
Reinares vd. (2008)	Bakıcı grubu psikoeğitimi yapıldı	Bakıcı grubu	57 (56)	12 aylık takip	Daha az relaps, uzamış remisyon süresi görüldü.
Colom vd. (2009)	5 yıllık takip çalışması	Grup Psikoeğitimi	50 (49)	5 yıllık takip	Daha az relaps ve hastanede kalış süresi görüldü.
Simpson vd. (2009)	"Beating Bipolar" çevrimiçi psikoeğitim programı uygulaması	Çevrimiçi Psikoeğitim	100	10 aylık psikoeğitim	Katılımcılar arasında yaşam kalitesinde ve işlevsellikte anlamlı iyileşmeler sağlandı.
Morriss vd. (2011)	21 seans grup psikoeğitimi ile yapılandırılmamış akran desteği karşılaştırması	Grup Psikoeğitimi ve Akran Desteği	358	2 yıllık takip	Psikoeğitim, akran desteğine kıyasla remisyon sürelerini uzatmada ve işlevsellikte daha etkili bulundu.
Madigan vd. (2012)	Bakıcılara yönelik çoklu aile psikoeğitimi ve çözüm odaklı grup terapisi karşılaştırması	Bakıcı Grubu Psikoeğitimi	47 bakıcı (34 hasta)	2 yıllık takip	Psikoeğitim grubu, yük azaltmada ve bilgi artışında etkili bulundu.
Parikh vd. (2012)	6 seans grup psikoeğitimi ile 20 seans bireysel bilişsel davranışçı terapi karşılaştırması	Grup Psikoeğitimi ve BDT	204 hasta	18 aylık takip	Psikoeğitimin, maliyet ve uygulama kolaylığı açısından avantajlı olduğu, etkinlik farkının olmadığı gösterildi.
Torrent vd. (2013)	21 oturumluk fonksiyonel rehabilitasyon ve psikoeğitim ile standart tedavi karşılaştırması	Fonksiyonel Rehabilitasyon ve Psikoeğitim	239	21 hafta	Fonksiyonel rehabilitasyon, psikososyal işlevsellikte önemli iyileşme sağladı ancak psikoeğitimle fark sınırlıydı.

Çalışma	Çalışma Detayları	Uygulama Türü	Hasta Grubu (Kontrol Grubu)	Takip Süresi ve Değerlendirmeler	Sonuçlar
Javadpour vd. (2013)	8 oturum bireysel psikoeğitim ve farmakoterapi	Bireysel Psikoeğitim	108 (54 kontrol)	18 ay	Psikoeğitim grubu, tedaviye uyumunda, yaşam kalitesinde ve relaps oranlarında önemli iyileşme gösterdi.
Van Dijk vd. (2013)	Diyaletik davranış terapisi (DBT) ile 12 haftalık grup psikoeğitim	DBT Tabanlı Psikoeğitim	26	12 hafta	DBT ile mindfulness ve duygu kontrolünde iyileşme, depresif belirtilerde azalma görüldü.
González-Isasi vd. (2014)	5 yıl süren psikoeğitim ve BDT ile farmakolojik tedavi karşılaştırması	Kombine Psikoeğitim ve BDT	40	5 yıl	Kombine terapi, depresyon, anksiyete ve işlevsellikte anlamlı iyileşme sağladı.
Cardoso vd. (2014)	6 haftalık grup psikoeğitimi ve medikal tedavi	Grup Psikoeğitimi ve Medikal Tedavi	32 (29)	6 ay	Her iki grupta yaşam kalitesinde iyileşme gözlemlendi; ancak gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.
Hidalgo-Mazzei vd. (2015)	Mobil Uygulama ile Psikoeğitim	Mobil Psikoeğitim ve İzleme	100	Belirtilmemiş	Mobil uygulamanın relaps önleme ve tedaviye uyumda potansiyel faydalar sağladığı görüldü.
Kallestad vd. (2016)	10+8 oturum grup psikoeğitimi ve bireysel psikoeğitim karşılaştırıldı	Grup Psikoeğitimi ve Bireysel Psikoeğitim	85	27 ay ve 8 yıl	Grup psikoeğitimi, bireysel psikoeğitime göre daha uzun hastaneye yatışsız dönem sağladı.
Bilderbeck vd. (2016)	5 oturum yüz yüze terapist destekli ve kendi kendine yönetim yöntemleri karşılaştırması	Grup Psikoeğitim	121	12 ay	Terapist destekli grup, daha iyi bilgi düzeyine ulaştı, ancak relaps oranlarında fark gözlenmedi.
Morriss vd. (2016)	Yapılandırılmış 21 oturum grup psikoeğitimi ile yapılandırılmamış akran desteği karşılaştırması	Grup Psikoeğitimi ve Akran Desteği	153 (151)	2 yıllık takip	Psikoeğitim, az sayıda epizod geçirmiş hastalarda daha etkili bulundu. Relaps oranlarında genel bir fark gözlenmedi.

Çalışma	Çalışma Detayları	Uygulama Türü	Hasta Grubu (Kontrol Grubu)	Takip Süresi ve Değerlendirmeler	Sonuçlar
González-Ortega vd. (2016)	Çevrimiçi psikoeğitim ile standart tedavi karşılaştırması	Çevrimiçi Psikoeğitim	200	Belirtilmemiş	Çevrimiçi tedavi, tedaviye uyum, işlevsellik ve relaps önlemede etkili bulundu.
De Souza vd. (2016)	6 oturumluk bakıcı psikoeğitimi	Bakıcı Psikoeğitimi	25 (28 kontrol)	6 ay	Bakıcı yükü ve stres düzeyinde azalma sağlandı. Ancak kendilik algısı ve yaşam kalitesinde fark bulunmadı.
Pozza vd. (2020)	Mobil uygulama, grup psikoeğitimi ve ikisinin kombinasyonu karşılaştırıldı	Mobil ve Grup Psikoeğitimi	500 katılımcı	1 yıllık takip	Grup + mobil uygulama kombinasyonu relapsları ve tedavi uyumunu artırmada en etkili yöntem oldu.
Dupuis Maurin vd. (2020)	BIPOLIFE® mobil oyun uygulaması ile eğitim	Psikoeğitim ve Oyun	20 (21)	4 aylık takip	Oyun kullanımının kısa vadeli tedavi artırdığı, ancak uzun vadede fark yaratmadığı gözlemlendi.
Casarez vd. (2021)	7 haftalık bakıcılara odaklı grup psikoeğitimi	Bakıcı Grubu Psikoeğitimi	12	7 haftalık değerlendirme	Bakıcı yükünde azalma görüldü.
Barbeito vd. (2023)	8 oturumluk çoklu aile psikoeğitimi (PROTEC programı)	Çoklu Aile Psikoeğitimi	148 (76 kontrol)	2 yıl	Bakıcıların yükü azaldı. Hastalarda işlevsellik, sosyal temaslar ve ilaç uyumu arttı. Hastane yatışları azaldı.
Arnbjerg ve Østergaard (2024)	12 oturumluk grup psikoeğitimi	Grup Psikoeğitimi	78 (76)	12 ay	Psikoeğitim, hastaneye yatış oranını azalttı ancak tedavi uyumunu etkilemedi.

Bipolar Bozuklukta Psikoeğitimin Etkinliği

Bipolar bozukluk tedavisinde psikoeğitimin etkinliği üzerine yapılan ilk araştırma, 1991 yılında Peet ve Harvey tarafından gerçekleştirilmiştir. Peet ve Harvey, bipolar bozukluk tanılı 30 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların tedaviyle ilgili bilgilerinin ve tutumlarının belirgin olarak düzeldiğini göstermiştir (Peet ve Harvey, 1991). Van Gent ve Zwart (1991) psikoeğitim verilen 14 bipolar bozukluk tanılı hasta ile kontrol grubunda 12 hastayı karşılaştırmış ve psikoeğitim verilen hastaların sosyal becerilerinin iyileştiğini, tedavi farkındalığının arttığını gözlemlemişlerdir fakat tedavi uyumu konusunda bir farklılık görmemişlerdir. Daha sonraki çalışmalarda Van Gent (2000) psikoeğitim alan grupta uyum sorunlarının ve hastaneye yatışın belirgin olarak azaldığını göstermiştir. Barselona grubu tarafından yapılan çalışmalarda atakların önlenmesinde ve hastaneye yatışların azaltılmasında psikoeğitimin etkili olduğu gösterilmiştir (Colom vd., 2003a).

Psikoeğitimin etkinliğinin nasıl olduğunu anlamak amacıyla Barselona grubu tarafından yapılan bir diğer çalışmada hastaların, iki yıllık izlem sonunda relapsları daha az yaşadığı gösterilmiştir (Colom vd., 2003b). Barselona grubunun psikoeğitim modeline dair araştırma verilerinin umut vaat edici olmasıyla birlikte grup psikoeğitimine dair çalışmalar Barselona Modeli üzerinde yoğunlaşmıştır. Candini vd. (2013) Barselona modeli grup psikoeğitim programının hastaların 12 aylık izleminde hastane yatışı riskini ve süresini azalttığını göstermiştir. Kallestad vd. (2016) Barselona psikoeğitim modelini kullanarak bireysel psikoeğitim ile grup psikoeğitimi karşılaştırmıştır. Bu çalışma sonucunda her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamasa da bipolar 2 bozukluklu bireylerin bipolar 1 bozukluklu bireylere göre psikoeğitimlerden daha az yarar gördüğü gösterilmiştir. Grup psikoeğitimine yanıtın araştırıldığı bir başka çalışmaya 103 hasta dahil edilmiş, çeşitli nedenlerle 90 hasta psikoeğitime devam edebilmiştir. Altı aylık psikoeğitim sürecinin devamındaki 12 aylık izlemle birlikte toplamda 18 ay boyunca herhangi bir duygudurum dönemi yaşamamış olmak yanıt olarak kabul edilmiştir. Hastaların %52,2 si psikoeğitime yanıt vermiştir (Reinares vd., 2020). Yalnızca farmakoterapi ile devam eden 30 hasta ile farmakoterapiye ek olarak grup psikoeğitim programına alınan 30 hastanın karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise grup psikoeğitim programına alınan hastaların işlevsellik düzeyinin, içgörülerinin ve tedaviye uyumlarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür (Tezcan Yılmaz vd., 2020). Mobil teknolojilere ulaşımın kolaylaşmasıyla psikoeğitim uygulamaları daha erişilebilir hale gelmiştir. Hidalgo-Mazzei ve arkadaşlarının (2015) mobil uygulama kullandıkları çalışmada, tedaviye uyum ve relaps önleme konularında umut vaat eden sonuçlar bulunmuştur. Pozza ve arkadaşlarının (2020) mobil uygulama, grup psikoeğitimi ve ikisinin kombinasyonunu karşılaştırdıkları çalışmada, grup psikoeğitimi ve mobil uygulama kombinasyonunun relapsları önlemede ve tedavi uyumunu artırmada en etkili yöntem olduğu bulunmuştur.

Bakım verenler için uygulanan psikoeğitim programlarının bakıcılar üzerindeki etkisi de kapsamlı şekilde araştırılmıştır. Reinares ve arkadaşları (2008), bakıcı gruplarına yönelik psikoeğitimin hastalarda relapsları azalttığını ve remisyon sürelerini uzattığını göstermiştir. Ayrıca, Casarez ve arkadaşlarının (2021) çoklu aile psikoeğitimi çalışması, bakıcı yükünü azaltırken hastalarda işlevselliği artırmıştır. Her ne kadar tüm araştırmalar psikoeğitimin olumlu etkilerini ortaya koymasa da, birçok araştırma psikoeğitimin işlevsellik düzeyi, tedaviye uyum ve içgörü üzerinde olumlu etkiler sağladığını bildirmiştir.

Sonuç

Yapılan hemen hemen tüm çalışmalarda, psikoeğitimin bipolar bozukluğu olan hastaların işlevsellik düzeyi, tedaviye uyum, içgörü ve atakların önlenmesi konusunda önemli bir rol oynadığı bulunmuştur. Psikoeğitim tek başına yeterli olmasa da, farmakolojik ve psikolojik tedavilere ek olarak uygulandığında hastaların yaşam kalitesine olumlu etkiler sağlayabileceği görülmüştür. Günümüzde psikoeğitimin olumlu etkileri gösterilse de bu konu hakkında daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arendt, J. (1995). Melatonin and the mammalian pineal gland. Chapman & Hall.
- Arnbjerg, C. J., Gishoma, D., Møller, P. K., Rémès, L. M., Carlsson, J., & Kallestrup, P. (2024). Effectiveness of structured group psychoeducation for people with bipolar disorder in Rwanda: A randomized open-label superiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 356, 405–413. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.043>
- Barbeito, S., Vega, P., Ruiz de Azúa, S., González-Ortega, I., Alberich, S., & González-Pinto, A. (2023). Two-year evaluation of a multifamily psychoeducational program (PROTEC) in the family burden and prognosis of bipolar patients. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(2), 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.sjms.2023.05.002>
- Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.
- Bilderbeck, A. C., Atkinson, L. Z., McMahon, H. C., Rendell, J. M., Harmer, C. J., Geddes, J. R., & Goodwin, G. M. (2016). Psychoeducation and online mood tracking for patients with bipolar disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 205, 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.015>
- Borbély, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human Neurobiology*, 1(3), 195–204.
- Camacho, E. M., Ntais, D., Jones, S., & Nielsen, L. (2017). Cost-effectiveness of structured group psychoeducation versus unstructured group support for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 211, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.007>

- Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Caldera, M. T., Ermentini, R., Ghilardi, A., & Pioli, R. (2013). Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.069>
- Cardoso, T. A., Mondin, T. C., da Silva, G. D. R., Souza, L. D. M., da Silva, R. A., Jansen, K., & Magalhães, P. V. (2014). Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 220(3), 896–902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.005>
- Casarez, R. L., Tippet, J., Hidalgo, R., & Mican, L. M. (2021). Psychoeducation for caregivers of patients with bipolar disorder: Lessons learned from a feasibility study. *Journal of Affective Disorders*, 287, 367–371. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.052>
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402–407. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>
- Czeisler, C. A., & Gooley, J. J. (2007). Sleep and circadian rhythms in humans. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*, 72, 579–597. <https://doi.org/10.1101/sqb.2007.72.064>
- Ehlers, C. L., Frank, E., & Kupfer, D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms: A unified approach to understanding the etiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 45(10), 948–952. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800340076012>
- Eker, F., & Harkin, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409–416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.004>
- Erten, E., Uney, A., & Fıstıkcı, N. (2015). Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması [Bipolar disorder and childhood trauma]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 118–136. <https://doi.org/10.18863/pgy.84672>
- Foster, R. G., & Kreitzman, L. (2004). *Rhythms of life: The biological clocks that control the daily lives of every living thing*. Yale University Press.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 593–604. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00969-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00969-0)
- González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M., & González-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. *European Psychiatry*, 29(3), 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.004>
- González-Ortega, I., Mosquera, F., Echeburúa, E., González-Pinto, A., & the PSICOTEC Group. (2016). Online psychoeducation in the treatment of bipolar disorder: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 452. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1159-0>
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Harvey, N. S., & Peet, M. (1991). Lithium maintenance: 2. Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. *British Journal of Psychiatry*, 158, 200–204. <https://doi.org/10.1192/bjp.158.2.200>
- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Undurraga, J., Bonnin, C. M., Sánchez-Moreno, J., & Vieta, E. (2015). Self-monitoring and psychoeducation in bipolar patients with a smart-phone application (SIMPLE) project: Design, development and studies protocols. *BMC Psychiatry*, 15, 52. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0437-6>
- Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G. R., & Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psychoeducation program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.007>
- Jones, S., & Bentall, R. P. (2008). A review of potential cognitive and environmental risk markers in children of bipolar parents. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1083–1095. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.002>
- Kallestad, H., Fosse, R., Scott, J., & Mueser, K. T. (2016). The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 202, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.029>
- Konuk, N., Kiran, S., Tamam, L., Karaahmet, E., Aydın, H., & Atık, L. (2017). Duygudurum bozuklukları ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliliği [Validity of the Turkish version of the Mood Disorder Questionnaire in screening for bipolar disorder]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(3), 1–8.
- Lack, L. C., Grdisar, M., Van Someren, E. J. W., Wright, H. R., & Lushington, K. (2008). The relationship between insomnia and body temperature. *Sleep Medicine Reviews*, 12(4), 307–317. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.02.003>
- Lam, D. H., & Wong, G. (2005). Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: A review of its efficacy. *Journal of Affective Disorders*, 84(2-3), 117–127. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00109-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00109-6)
- Lewy, A. J., Sack, R. L., Miller, L. S., & Hoban, T. M. (1987). Antidepressant and circadian phase-shifting effects of light. *Science*, 235(4786), 352–354. <https://doi.org/10.1126/science.3798117>

- Madigan, K., Egan, P., Brennan, D., Hill, S., Maguire, B., Horgan, F., & Lawlor, E. (2012). A randomised controlled trial of carer-focused multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 27(4), 281–284. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.008>
- Maurin, K. D., Biet, M., Roux, P., Chevance, A., & Llorca, P. M. (2020). Use of a serious game to strengthen medication adherence in euthymic patients with bipolar disorder following a psychoeducational programme. *Journal of Affective Disorders*, 262, 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.047>
- Miklowitz, D. J. (2008). *The bipolar disorder survival guide: What you and your family need to know* (2nd ed.). Guilford Press.
- Moore, R. Y., & Eichler, V. B. (1972). Loss of a circadian adrenal corticosterone rhythm following suprachiasmatic lesions in the rat. *Brain Research*, 42(1), 201–206. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(72\)90054-6](https://doi.org/10.1016/0006-8993(72)90054-6)
- Morriss, R., Lobban, F., Riste, L., Davies, L., Holland, F., Long, R., ... & Jones, S. (2011). Pragmatic randomised controlled trial of group psychoeducation versus group support in the maintenance of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 11, 114. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-114>
- Novick, D. M., & Swartz, H. A. (2019). Evidence-based psychotherapies for bipolar disorder. *Focus*, 17(3), 238–248. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190004>
- Otto, M. W., & Reilly-Harrington, N. A. (2003). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 379–398. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(02\)00113-8](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(02)00113-8)
- Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L. N., Young, L. T., Patelis-Siotis, I., ... & Streiner, D. L. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 803–810. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07343>
- Partonen, T., & Lönqvist, J. (1998). Seasonal affective disorder. *The Lancet*, 352(9137), 1369–1374. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)01015-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)01015-0)
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, 197–200. <https://doi.org/10.1192/bjp.158.2.197>
- Pozza, A., Bossini, L., Ferretti, F., Moretti, P., Pimpinella, G., & Dèttore, D. (2020). Enhancing adherence to antipsychotic treatment for bipolar disorders: Comparison of mobile app-based psychoeducation, group psychoeducation, and the combination of both. *Clinical Therapeutics*, 171(1), e87–e93. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2020.04.006>
- Reid, K. J., & Zee, P. C. (2009). Circadian rhythm disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 4(4), 585–598. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2009.08.003>
- Reinares, M., Pacchiarotti, I., Solé, B., García-Estela, A., Rosa, A. R., Bonnín, C. M., ... & Colom, F. (2020). A prospective longitudinal study searching for predictors of response to group psychoeducation in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1113–1121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.019>
- Roenneberg, T., Wirz-Justice, A., & Mrosovsky, M. (2003). Life between clocks: Daily temporal patterns of human chronotypes. *Journal of Biological Rhythms*, 18(1), 80–90. <https://doi.org/10.1177/0748730402239679>
- Schwartz, J. R., & Roth, T. (2008). Neurophysiology of sleep and wakefulness: Basic science and clinical implications. *Current Neuropharmacology*, 6(4), 367–378. <https://doi.org/10.2174/157015908787386050>
- Scott, J., & Colom, F. (2005). Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(2), 371–384. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.01.002>
- Simpson, S., Barnes, E., Griffiths, E., Hood, K., Cohen, D., Craddock, N., ... & Smith, D. J. (2009). The Bipolar Interactive Psychoeducation (BIPED) study: Trial design and protocol. *BMC Psychiatry*, 9, 50. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-50>
- Smith, D., Jones, I., & Simpson, S. (2010). Psychoeducation for bipolar disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(2), 147–154. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.006403>
- Souza, M. S., Guimarães, R. A., de Araújo Vilela, D., de Souza, J. G., & de Almeida, K. M. (2016). Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? *International Journal of Social Psychiatry*, 62(4), 377–385. <https://doi.org/10.1177/0020764016635178>
- Terman, M., & Terman, J. S. (2005). Light therapy for seasonal and nonseasonal depression: Efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS Spectrums*, 10(8), 647–663. <https://doi.org/10.1017/s1092852900019611>
- Torrent, C., Bonnin, C. M., Martínez-Arán, A., Valle, J., Amann, B. L., González-Pinto, A., ... & Vieta, E. (2013). Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: A multicenter randomized controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 852–859. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070971>
- van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>
- van Gent, E. M., & Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21(1), 15–18. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(91\)90015-5](https://doi.org/10.1016/0165-0327(91)90015-5)
- Van Someren, E. J. W. (2000). Circadian and sleep disturbances in the elderly. *Experimental Gerontology*, 35(9-10), 1229–1237. [https://doi.org/10.1016/S0531-5565\(00\)00191-1](https://doi.org/10.1016/S0531-5565(00)00191-1)

- Wirz-Justice, A., Benedetti, F., & Terman, M. (2009). Chronotherapeutics for affective disorders: A clinician's manual for light and wake therapy. Karger.
- Yılmaz, G. T., Güriz, S. O., Kahiloğulları, A. K., Kokurcan, A., & Örsel, S. (2020). Bipolar bozuklukta grup psikoeğitim uygulamasının etkinliği [The effectiveness of group psychoeducation practice in bipolar disorder]. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 73–81.
- Young, J. W., & Dulcis, D. (2015). Investigating the mechanism(s) underlying switching between states in bipolar disorder. *European Journal of Pharmacology*, 759, 151–162. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2015.03.019>
- Yurtsever, Ü. E., Kutlar, T., Tarlacı, N., Kamberyan, K., & Yaman, M. (2001). Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model [A psychosocial dimension in the treatment of mental illnesses: A psychoeducational model]. *Düşünen Adam*, 14(1), 33–40.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu yazı derleme çalışması olduğu için Etik Kuruldan onaya gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: No ethical approval is required for this review article.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.