

Bipolar Bozukluk Tedavisinde Uygulanan Psikoterapiler

Psychotherapies for the Treatment of Bipolar Disorder

Metin Çınaroğlu¹

¹İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul

ÖZ

Bipolar bozukluk, yetiyitimine yol açan önemli ruhsal bozukluklardan biridir. Bu derleme, bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan en etkili psikoterapileri vurgulamayı amaçlamaktadır. Farklı psikoloji ekollerinde, beş psikoterapi yaklaşımının hem yüksek oranda kullanıldığı hem de etkili olduğu saptanmıştır. Bunlar; kişilerarası sosyal ritim terapisi, psiko eğitim, bilişsel-davranışçı terapi, aile odaklı terapi ve farkındalık terapisi. Bu psikoterapötik müdahalelere odaklanan çok sayıda randomize kontrollü çalışma, standart bakımla birlikte uygulandıklarında etkinliklerine ilişkin güçlü kanıtlar sunmuştur. Sonuçlar, bu yaklaşımların bipolar bozukluğun yönetiminde yardımcı psikoterapi modelleri olarak yapıcı bir rol oynadıklarını göstermektedir. Mevcut kanıtlar sağlam olmakla birlikte, daha fazla randomize klinik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmaların geriatri ve ergenler gibi alt alanlara genişletilmesi, bu psikoterapilerin farklı demografik gruplar arasında uygulanabilirliği ve etkinliği hakkında daha detaylı bir bilgi sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Bipolar bozukluk, kişilerarası sosyal ritim terapisi, bilişsel davranışçı terapi, psiko eğitim, aile odaklı terapi, farkındalık terapisi

ABSTRACT

Bipolar disorder is one of the major mental disorders leading to disability. This review aims to highlight the most effective psychotherapies used in the treatment of bipolar disorder. Across diverse schools of psychology, five psychotherapeutic approaches have emerged as both highly utilized and effective. These are interpersonal social rhythm therapy, psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, family-focused therapy and mindfulness therapy. Multiple randomized controlled trials focusing on these psychotherapeutic interventions have provided strong evidence of their effectiveness when delivered alongside standard care. The results suggest that these approaches have a constructive role to play as adjunctive models of psychotherapy in the management of bipolar disorder. While the available evidence is robust, further randomized clinical trials are needed. Expanding these studies to sub-areas such as geriatrics and adolescents would provide more detailed information on the feasibility and efficacy of these psychotherapies among different demographic groups.

Keywords: Bipolar disorder, interpersonal social rhythm therapy, cognitive behavioural therapy, psychoeducation, family focused therapy, mindfulness therapy

Giriş

Stresli yaşam olayları ve çatışmalar, bireyin duygu durumunda dalgalanmalara neden olan kaçınılmaz olaylardır (del Mar Bonnín ve ark. 2014). Küçük duygudurum dalgalanmaları yaşamın doğal bir parçası olsa da, aşırı ve kalıcı duygudurum sorunları stres düzeylerinin yükselmesine yol açarak kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu sorunlu durumlar toplu olarak duygudurum bozuklukları olarak adlandırılır ve unipolar bozukluktan bipolar II ve bipolar I bozukluğa kadar uzanan bir spektrumu kapsar. Hem depresyon hem de mani ataklarıyla karakterize edilen bipolar bozukluk, 21. yüzyılda önemli bir ruh sağlığı sorunu haline gelmiştir (Phillips ve Kupfer 2013).

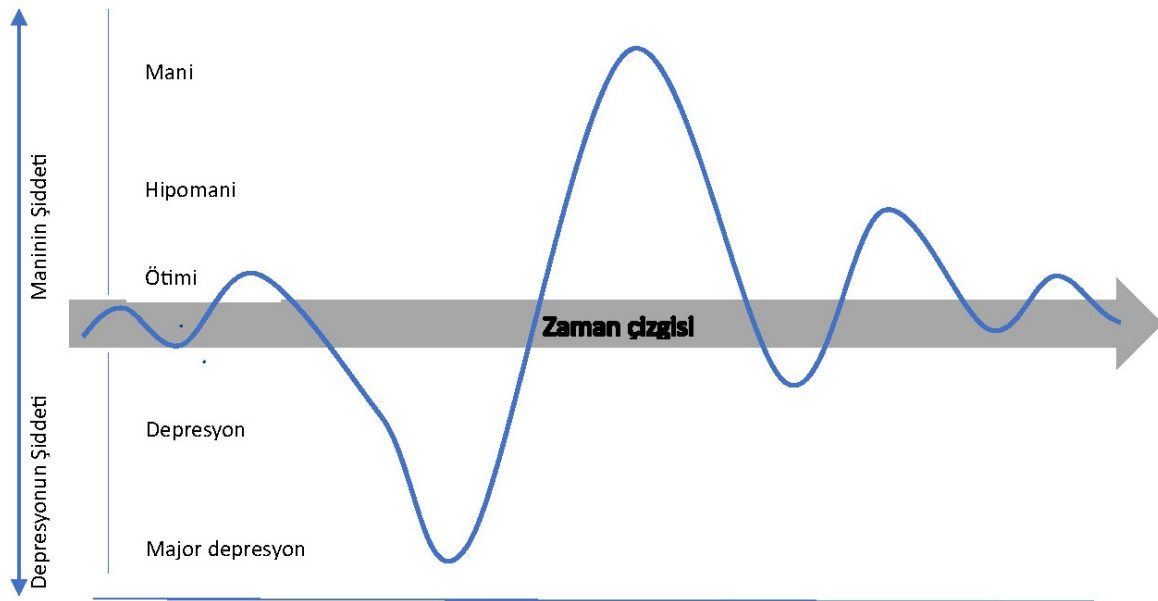
Bipolar bozukluğu olan bireyler genellikle kronik semptomlar ve tekrarlayan depresyon veya mani atakları yaşar, bu da zorlu ve istikrarsız bir yaşam tarzına yol açar. Bu durum çeşitli eş tanılar, yüksek kendine zarar verme riski ve genel yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir (Benazzi 2004, Karl ve ark. 2006, Scott ve ark. 2006). Bipolar bozukluk nüfusun yaklaşık %1'ini etkilemektedir ve yaşam boyu yaygınlığı bipolar I için %0,6 ve bipolar II için %0,4'tür (Salvatore ve ark. 2007, Ferrari ve ark. 2011, Merikangas ve ark. 2011). Farmakolojik tedaviler keşfedilmiş olsa da, standart ilaçlar hastaların önemli bir kısmında semptomları kontrol etmede sınırlı etkinlik göstermiştir (Falloon ve ark. 1997, Stahl 2002).

Bu zorluklar göz önünde bulundurulduğunda, psikoterapi gibi yardımcı tedavilere ilgi artmıştır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), aile odaklı terapi (AOT), kişilerarası sosyal ritim terapisi (KSRT) ve psikoeğitim (PE) umut verici yöntemler olarak ortaya çıkmıştır (Miklowitz ve ark. 2003, Basco ve Rush 2005, Colom ve Lam 2005, Provencher 2012). Bu terapiler yalnızca akut semptomları ele almayı değil, aynı zamanda bozukluğun akut aşamalarının ötesinde devam eden kalıcı psikososyal kayıpları da hedef alır (Frank ve ark. 2000). Bu psikososyal müdahaleler, bireylerin kontrolü yeniden kazanmalarına ve yaşamlarında dengeli bir ritim kurmalarına yardımcı olarak, bipolar bozukluğun yönetiminde önemli bir rol oynarlar (Prien ve Potter 1990, Frank ve ark. 2000, Rothbaum ve Astin 2000). Bu çalışma, bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan en yaygın ve güncel yardımcı psikolojik müdahaleleri incelemeyi amaçlamaktadır (Nivoli ve ark. 2011, Moon ve ark. 2012).

Bipolar Bozukluğa Yönelik Erken Dönem Psikoterapi Çalışmaları

Bipolar bozukluğa yönelik psikoterapiler ve tedaviler hakkındaki literatür, 1959'dan 1999'a kadar yapılan çalışmalar ve randomize kontrollü çalışmalarla birkaç on yılı kapsamaktadır. Bu süre zarfında, psikoterapileri ve farmakolojik tedavileri içeren 35 çalışma gerçekleştirilmiştir. Ancak, bu çalışmaların çoğunun tipik olarak 20 ila 30 katılımcıdan oluşan küçük ve benzersiz örneklem boyutlarına sahip olduğunu belirtmek önemlidir. Toplamda, standart farmakolojik tedaviye ek olarak deneysel psikoterapi alan yaklaşık 1000 kişi bu çalışmalara dahil olmuştur. Özellikle, bu çalışmaların çoğunluğu, yaklaşık %90'ı, grup veya aile müdahalelerine odaklanmış, sadece %10 ila 15'i bireysel psikoterapiyi ele almıştır. Dahası, bu çalışmaların önemli bir kısmı randomizasyondan yoksundu ve tasarımlarında yöntemsel sorunlar vardı (Stahl 2002). Bu sınırlılıklara rağmen, net bir eğilim ortaya çıkmıştır: standart tedaviye ek olarak psikoterapi alan hastalar, sadece standart tedavi ve ilaç alanlara kıyasla daha iyi sonuçlar sergilemiştir. Sonuç olarak bu bulgular, özellikle bipolar bozukluğun yinelenmesine odaklanan, daha standart yöntemlerle daha fazla randomize klinik çalışmanın yapılmasının önünü açmıştır (Scott ve ark. 2007).

Bipolar bozuklukta psikoterapilerin birincil amacı semptomları azaltmak, psikolojik işlevselliği geri kazandırmak, yinelenmeyi engellemek ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirmektir. İlaç ve farmakoloji tedavi süreçlerinin temel taşı olmaya devam etmekle birlikte, psikoterapi değerli bir yardımcı yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Sublette ve ark. 2009). Bununla birlikte, özellikle duygudurum dengeleyicilerin yeterince etkin olmadığı gözlenmiştir. Optimal kontrollü çalışmalarda bile, önleyici tedavinin vakaların %50'sinden daha azında ataklara karşı koruma sağladığını göstermiştir. Psikoterapi, bu boşluğu doldurmak ve ek destek sunmak için bir araç olarak olumlu karşılanmıştır. Ne yazık ki, bipolar bozukluk için psikoterapötik müdahalelerdeki ilerleme bugüne kadar nispeten yavaş olmuştur (Scott 1995).



Şekil 1. Bipolar bozukluğun dönemleri

Tarihsel olarak, bipolar bozukluğu olan bireylere genellikle çeşitli nedenlerden dolayı psikoterapi önerilmemiştir. Yaygın olarak kullanılan etiyolojik modeller genetik faktörleri ön plana çıkararak ilaç temelli tedavi seçeneklerine

odaklanılmasına yol açmıştır. Ayrıca, yalnızca ilaç tedavisinin hastaları premorbid işlevsellik düzeylerine tamamen geri döndürebileceğine dair yanlış bir kanı bulunmaktaydı (Swartz ve Swanson 2014). Dahası, psikodinamik terapistler, bipolar bozukluk hastalarının iç gözlemden yoksun ve aşırı bağımlı olduklarını, bunun da onları psikoterapötik müdahalelere daha az uygun hale getirdiğini öne sürerek çekincelerini dile getirmiştir. Hatta şizofreni hastalarıyla karşılaştırmalar yapılarak bipolar bozukluk için psikoterapi kullanımını daha da caydırıcı hale getirilmiştir (Scott ve Pope 2003).

Bununla birlikte, son yirmi yılda, stresin ruhsal bozukluk ataklarında kilit bir faktör olarak rolünü vurgulayan umut verici kanıtlar ortaya çıkmıştır. Psikososyal ve biyolojik sistemler arasındaki strese yatkınlık etkileşimleri, atakların döngüsellikini etkilemektedir. Özellikle, şizofreni ve majör depresyonda standart tedaviye yardımcı modeller olarak psikoterapilerin kullanıldığı randomize kontrollü çalışmalar, semptomlarda önemli azalmalar olduğunu göstermiştir. Bu kanıtlar, bipolar bozukluk tedavisinde psikoterapi kullanımının yeniden gözden geçirilmesine yol açmış ve potansiyel olarak bireyleri ilaç tedavisini reddetmenin korkunç sonuçlarından kurtarmıştır. Scott ve arkadaşları bu süreçte "35 yılın kaybedildiğinden" yakınmışlardır (Scott ve ark. 2007).

21. yüzyılda, psikoterapinin yeniden canlanması ve ruhsal bozuklukların yönetimindeki etkinliğinin kanıtlanması, bipolar bozukluk tedavisinde dört yaygın yaklaşımın öne çıkmasına yol açmıştır. Bu yaklaşımlar arasında bipolar bozukluk tedavisi için neredeyse temel olarak kabul edilen psikoeğitim; biliş ve davranışın yeniden yapılandırılmasında etkili olan BDT; klinik çalışmalarda kapsamlı olarak incelenen ISRT; bipolar bozukluk tedavi sürecinde ailenin önemli rolünü kabul eden AOT ve farkındalık temelli psikoterapide yeni bir çığır açan farkındalık temelli müdahaleler yer almaktadır. Bu yaklaşımlar toplu olarak bipolar bozukluğun karmaşıklığının ele alınmasında umut verici bir yol sunmaktadır (Karl ve ark. 2006).

Psikoeğitim

Psikoeğitim (PE), belirli bir hastalık ve ilgili tedavi yöntemleri hakkında eğitim bilgilerinin verilmesini içeren yapılandırılmış ve sistematik bir yaklaşımdır (Stafford ve Colom 2013). Temelde PE, hastalarda istenen davranış değişikliklerini teşvik etmek için eğitim tekniklerini kullanan ve hem eğitimsel hem de psikososyal hedeflere hizmet eden çalışmaları kapsar (Çakır ve Özerdem 2010, Nehir 2011). İyi tasarlanmış psikoeğitim programları sayesinde hastalar, hastalık ve reçete edilen ilaçlar hakkında temel bilgilerle donatılarak farkındalıkları artırılmaktadır. Bu yaklaşım sadece tedaviye uyumu artırmayı değil, aynı zamanda semptomların erken dönemde fark edilmesini kolaylaştırmayı, hastalığın zorluklarıyla etkili bir şekilde başa çıkılmasını sağlamayı, sosyal etkileşimleri geliştirmeyi, genel işlevselliği artırmayı ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Colom ve Lam 2005, Bordbar ve Faridhosseini 2012).

Görünüşte hastalık hakkında genel bilgi sağlama gibi temel bir önermesi olmasına rağmen, PE sadece bilgilendirme oturumlarının ötesine geçer. Her şeyden önce hastaları hastalıklarını kabul etmeye ve sonuçlarını anlamaya yönlendiren bilişsel bir eğitim modeli olarak çalışır. PE, hastaların hastalığın doğasında var olan çeşitli semptomlar ve dalgalanmalarla başa çıkma stratejilerini öğrenmelerine yardımcı olur. Hastaların bozukluğun süregelen gizli dinamiklerini anlamalarına yardımcı olacak ve manik veya depresif atakların başladığını sezdiklerinde önceden önlem almalarını veya yardım aramalarını sağlayacak şekilde uyarlanmış kişiselleştirilmiş bir eğitim programına benzerdir (Vieta 2005).

PE, hem hastaları hem de ailelerini hastalıkla ilişkili zorlukların üstesinden gelme konusunda güçlendirmek için çeşitli temel bileşenler ve faydalar sağlayarak, bipolar bozukluk yönetiminde kapsamlı bir yöntem olarak hizmet eder. PE'nin önemli bir yönü, hastaların ve ailelerinin hastalık öncüllerini tanıma ve semptom yönetiminde proaktif eylem planları oluşturma konusunda eğitildikleri İzleme ve Semptom Yönetimidir (Gümüş 2006). Bilgi Paylaşımı, hastalar ve aileleri arasında derin bir anlayış geliştirmek için kapsamlı hastalık bilgilerinin verilmesini içeren temel bir öğedir.

Beceri Geliştirme, PE programlarının önemli bir bileşenidir ve atılganlık eğitimi, problem çözme teknikleri, bilişsel eğitim, iletişim becerileri geliştirme ve stres yönetimi eğitimi gibi faaliyetleri kapsar. Bu beceriler, bipolar bozukluğun ortaya çıkardığı engellerle etkili bir şekilde başa çıkmak için olmazsa olmazdır. Sosyal izolasyon genellikle ruhsal bozukluklarla boğuşan bireyleri ve aileleri etkiler. PE girişimleri Toplum Katılımını kolaylaştırır, toplumla yeniden bağlantı kurmak için bir platform sağlar, böylece yenilenmiş sosyal bağlantıları ve destek ağlarını teşvik eder (Bostancı 2008).

PE programları, destekleyici grup ortamlarında Duygusal Katarsis ve Destek için fırsatlar yaratır. Hastalar ve yakınları deneyimlerini ve duygularını paylaşarak duygusal katarsis ve karşılıklı destek sağlayabilirler. Bir Destek Ağı geliştirmek PE'nin bir diğer önemli yönüdür, aileler arasındaki bağlantıları güçlendirir ve sorunların ve

çözümlerin paylaşılması için bir forum sağlar. Bu müşterek dayanışma, bireylerin mücadelelerinde yalnız olmadıklarını gösterir (Bostancı 2008).

İlaç Eğitiminin Dahil Edilmesi, PE hastaları reçete edilen ilaçları, etkileri ve potansiyel yan etkileri hakkında eğitir. Hastalar semptomlar azalsa bile ilaca bağlı kalmanın önemini öğrenirler. Aileler de ilaçlar ve hastanın tedavi yolculuğunu desteklemedeki rolleri hakkında eğitilir. Dinlenme, beslenme, egzersiz, madde kullanımından uzak durma ve genel sağlık hizmetleri gibi faktörler vurgulanarak PE aracılığıyla Genel Sağlığın İyileştirilmesi üzerinde durulur. Bu hususların anlaşılması, hastaların stresle başa çıkmalarına ve hastalığın alevlenmesini önlemelerine yardımcı olur (Worley ve ark. 2000).

Araştırmalar, PE müdahalelerinin kalıcı etkinliğinin altını çizmektedir. PE'ye katılım, depresif durumlarda geçirilen süreyi azaltmakta, daha az mani, hipomani ve karma atak oranlarına neden olmaktadır (Colom ve ark. 2000). Uzun vadeli etkinlik, 5 yıllık bir takip çalışmasıyla desteklenmiştir (Colom ve ark. 2005). Maliyet-etkinlik çalışmaları, PE müdahalelerine kayıtlı hastalar arasında ruh sağlığı kaynaklarının kullanımının azaldığını göstererek PE'nin faydalarını daha da fazla vurgulamaktadır (Scott ve ark. 2007). Bununla birlikte, hastanın duygudurumu hayati önem taşıyan bir husustur. PE müdahalelerinin etkili bir şekilde uygulanması, hastaların ötimik bir durumda olmasını gerektirir. Eş zamanlı farmakolojik müdahaleler çok önemlidir ve optimal sonuçlar için PE'nin duygudurum dengeleyicilerle birlikte uygulanmasının önemine dikkat çekilmektedir (Lam ve ark. 2003).

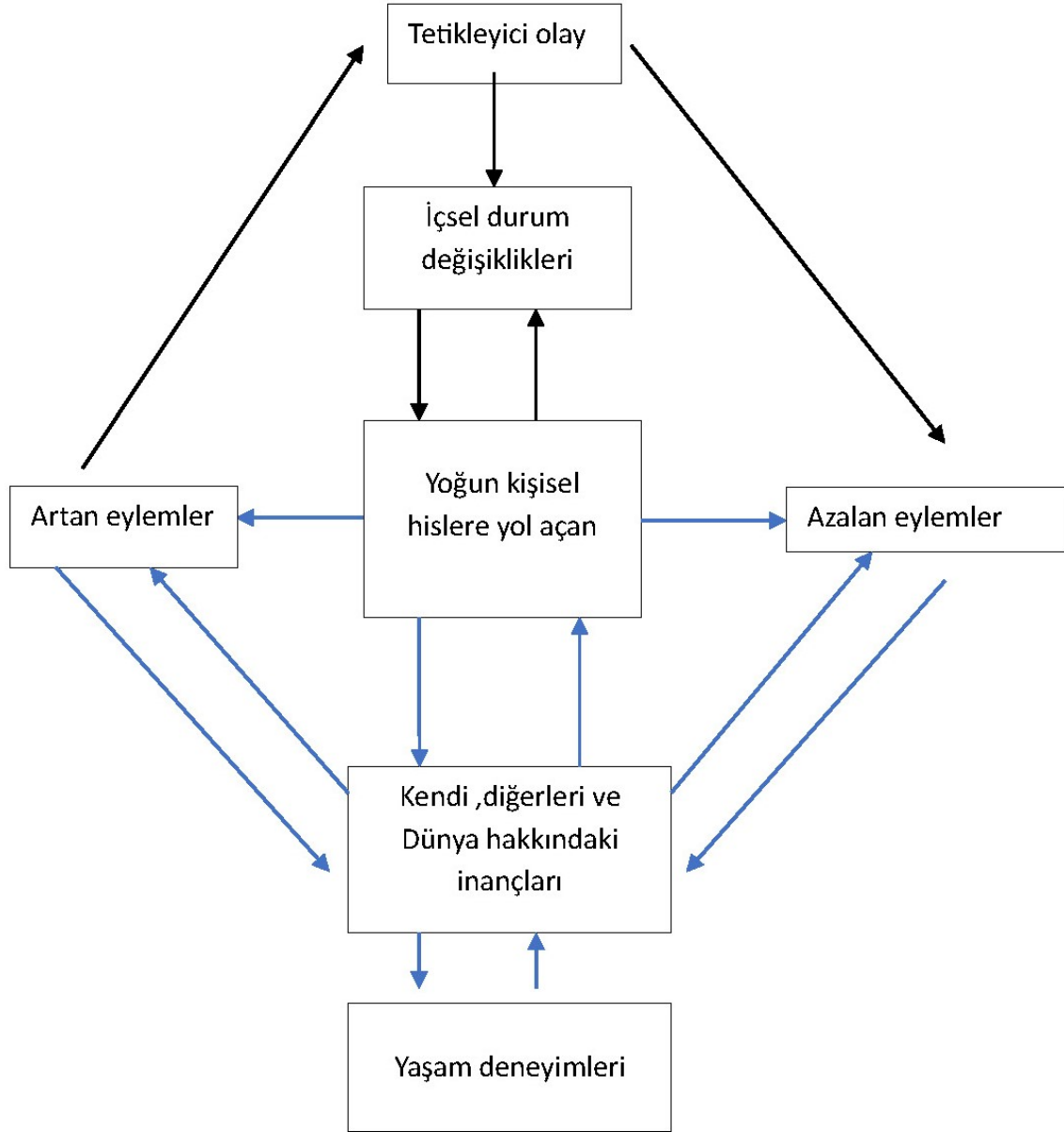
Bilişsel Davranışçı Terapi

BDT, davranışsal ve bilişsel faktörleri bütünleştiren ve bütüncül bir terapötik paradigmaya ulaşan kapsamlı bir yaklaşımdır (Şirin 2013). BDT'nin evrimi, farklı felsefi ve teorik temellere dayanan ve bu yaklaşımın temelini şekillendiren davranışsal ve bilişsel bileşenlerin birleşiminden oluşmaktadır (Stone ve ark. 2018). BDT'yi anlamak için, 1960'larda psikanalize bir karşı çıkış olarak davranışçılıkla başlayan kurucu unsurlarının kökenlerini araştırmak önemlidir. Zihin-beden düalizmini reddeden davranışçılık, zihinsel içerikten çok davranışa vurgu yapmış ve Pavlov, Thorndike ve Skinner'ın öncülük ettiği klasik ve edimsel koşullanma teorilerine dayanmıştır (Özcan ve Çelik 2017). Ancak, davranışçılığın katı determinizmine daha sonra itiraz edilmiş ve bilişsel mekanizmaların insan davranışını şekillendirmedeki önemli rolü fark edilmiştir (Falloon et al. 1984, Türkçapar ve Sargin 2012).

Epictetus gibi filozoflardan etkilenen bilişsel teoride, davranışlar ve duygular algılar, anlamlar ve bilişler tarafından şekillendirilir. Bu bakış açısına göre, bireysel deneyimler kişisel inanç ve düşüncelerin merceğinden yorumlanır ve dışsal olaylar onlara atfedilen anlamlara göre ikinci planda kalır (Şafak ve ark. 2014). 1970'lerde Beck ve Ellis'in öncülüğünde ortaya çıkan BDT, yaygın psikanalitik görüşlere meydan okumuştur. Beck'in depresyondaki bireylerin rüyaları üzerine yaptığı araştırma, bilişsel teorilerin formüle edilmesine yol açan öz eksiklik, kayıp ve yoksunluk temalarını ortaya çıkarmıştır (Stone ve ark. 2018, Domic-Siede ve ark. 2023). BDT'de duygu ve davranışlar doğrudan olaylardan kaynaklanmamakta, bireysel algı ve yorumlardan etkilenmektedir (Dent ve ark. 2004, Çelebi ve Odacı 2018).

Başlangıçta unipolar depresyon için geliştirilen BDT, bipolar bozukluk da dahil olmak üzere çeşitli ruhsal bozukluklara uyarlanmıştır. Ancak, bipolar bozukluğun doğasında bulunan karmaşık dönemler ve dalgalanmalar nedeniyle, özellikle manik veya depresif dönemlerde bipolar bozukluk için BDT protokolleri oluşturulması zor olmuştur. Sonuç olarak, bipolar bozukluk için birçok BDT yaklaşımı ötimik döneme odaklanmaktadır (Basco ve Rush 1996). Dahası, başarılı bir BDT uygulaması hastanın durumunu kabullenmesine, ailenin anlayış göstermesine ve hastanın tedavi süreçlerine aktif katılımına bağlıdır; bu da ilaç tedavisine uyumu ve semptomlara ilişkin öz farkındalılığı gerektirir (Juruena 2012).

Bipolar bozukluk için farklı yaklaşımları içeren çeşitli BDT kılavuzları geliştirilmiştir. Basco ve Rush (1996) tarafından hazırlanan bu kılavuzlardan biri psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve psikososyal konulara odaklanan 20 oturumdan oluşmaktadır. Lam ve arkadaşları (2003) öz farkındalık, bilişsel yeniden yapılandırma ve gelecek planlamasını vurgulayan 20 oturumlu bir model sunmuştur. Perry ve arkadaşları (1999) prodromal semptomlara odaklanan ve manik atakların azalmasına yol açan eylem odaklı bir BDT yaklaşımı geliştirmiştir. Çalışmalar, BDT'nin anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi bipolar bozukluk hastalarında sıklıkla görülen komorbid durumların yönetimindeki etkinliğini göstermiştir (Rosenberg ve ark. 2004, Provencher ve ark. 2011). Bununla birlikte, profesyonel psikoterapistlere ulaşımın zorluğu, hastanın ötimik olmasının gerekmesi ve zaman içinde etkilerinin azalması gibi sınırlılıklar mevcuttur (Lam ve ark. 2003, Ball ve ark. 2006, Abreu 2016). BDT umut vaat ederken, uzun vadeli etkinliğini optimize etmek ve bu zorlukları ele almak için araştırmaların sürdürülmesi gerekmektedir (Maçkalı ve Tosun 2011).



Şekil 2. Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi

Kişilerarası Sosyal Ritim Terapisi

KSRT, kişilerarası psikoterapi ve sosyal ritim terapisinin özgün bir karışımından oluşan ve özellikle bipolar bozukluk ile mücadele eden bireyler için uyarlanmış bir yöntemdir. Frank ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen KSRT, sosyal zeitgeber modelini bünyesinde barındırmakta ve bipolar bozukluk semptomlarını etkili bir şekilde yönetmek için tutarlı sosyal ve biyolojik ritimleri korumanın hayati rolünü vurgulamaktadır. Terapi, uyku ve sosyal rutinlerdeki bozulmaların sirkadiyen sistemi bozarak manik ve depresif relapslara yol açtığı varsayımına dayanmaktadır (Hlastala 2005).

KSRT'de, ilişkilerdeki beklentilerin karşılanmamasından kaynaklanan kişiler arası anlaşmazlıklar gibi duygudurum ataklarına neden olabilecek potansiyel tetikleyiciler belirlenir (Weismann ve ark. 2017). KSRT, hastaların sosyal ritimlerini dengelemeye ve düzenli günlük rutinleri teşvik etmeye odaklanarak sirkadiyen sistemleri stabilize etmeyi ve atakları önlemeyi amaçlamaktadır (Weissman ve ark. 2017). Terapi üç modülden oluşur: hastanın geçmişini ve ilişkilerini keşfetmek, sosyal ritmi analiz etmek, bipolar bozukluk hakkında psikoeğitim vermek ve kişilerarası çatışmaları ele almak (Monk ve ark. 1990).

KSRT beş temel alana odaklanır: yaşam olayları ve duygudurum değişiklikleri arasında bağlantı kurmak, düzenli günlük rutinler oluşturmak, sosyal ve biyolojik ritimleri ve kişilerarası ilişkileri bozan faktörleri belirlemek, hastalık nedeniyle "sağlıklı benliğin" kaybını ele almak ve duygusal semptomları tanımak ve yönetmek. Terapi, geçmişteki tetikleyicilere, ilişki güçlüklerine ve ritim bozukluklarına odaklanan kapsamlı bir öykü alma süreciyle başlar. Psiko eğitim, semptomlar, ilaç etkileri, kronikleşme ve düzenli ilaç kullanımının önemi dahil olmak üzere bipolar bozukluğun çeşitli açılarını ele alır. Üçüncü aşama, hastanın sirkadiyen ritimlerini izlerken, dengeyi ve ötimik bir duygudurumu sağlamaya çalışırken günlük bir sosyal rutin geliştirmesine yardımcı olmayı amaçlar. Terapistler hastanın günlük rutinini aktif olarak gözlemler ve günün akışını bozabilecek çatışmaları ele alır (Frank ve ark. 2007).

Fakat potansiyeline rağmen KSRT çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır. İlk olarak, ABD'de Frank ve arkadaşları (2000) tarafından yönetilen sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışma gerçekleştirilmiştir. BDT ve farkındalık temelli terapiler gibi diğer terapilerle karşılaştırmalar, KSRT'nin diğer yaklaşımlara göre etkinliğini belirlemek için gereklidir. Umut verici olsa da, KSRT'nin etkinliğini doğrulamak ve bipolar bozukluk tedavisindeki göreceli üstünlüklerini ortaya çıkarmak için araştırmaların yapılması büyük önem taşımaktadır (Malkoff-Schwartz ve ark. 1998).

Aile Odaklı Terapi

AOT, bipolar bozukluğu olan bireylerin aile üyelerini tedavi sürecine dahil etmek için tasarlanmış özel bir psikoterapidir. Başlangıçta şizofreni hastalarına yönelik Aile Davranış Yönetimi'nden uyarlanan AOT, ailenin bir sistem olarak işlev gördüğü ve her bir üyenin eylem ve duygularının bipolar bozukluğu olan bireyi etkilediği ilkesine göre çalışır. Terapi, aile üyelerinin bipolar bozukluk, semptomları, tetikleyicileri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinerek bilinçli destek sunmalarını sağlayan psiko eğitim de dahil olmak üzere çeşitli temel ilkelere odaklanır. Empati ve aktif dinlemeyi teşvik etmek için iletişim becerileri öğretilir, yanlış anlamaları ve çatışmaları önlemek için açık iletişim sağlanır. AOT, aileleri bipolar bozuklukla ilgili zorlukları işbirliği içinde ele almak, işbirliğine dayalı karar vermeyi teşvik etmek ve acil durum planları geliştirmek için problem çözme becerileriyle donatır. Sağlıklı sınırlar koyarak aile rollerini tanımlar, duygusal tükenmişliği önler ve dengeli bir destek sağlar. Bipolar bozukluğun öngörülemez doğasıyla başa çıkmak için stres azaltma teknikleri öğretilir, aile içinde duygusal destek teşvik edilir, duyguların ifade edilmesi için güvenli bir alan yaratılarak kabullenme teşvik edilir (Deckersbach ve ark. 2012).

AOT oturumları, hastalık hakkında ayrıntılı bilgi veren psiko eğitim oturumları ve atakları belirleme ve yönetme stratejileri de dahil olmak üzere yapılandırılmıştır. İletişim becerileri eğitimi, aile içindeki belirli iletişim çatışmalarını ele alan aktif dinleme ve empatik yansımaları kapsar. Problem çözme becerileri eğitimi, aileleri bipolar bozuklukla ilgili zorluklarla başa çıkma teknikleriyle donatır, işbirliğine dayalı karar verme ve acil durum planlamasına vurgu yapar.

Bununla birlikte, AOT, ailenin hasta hakkındaki algısını değiştirmek ve ilerlemeyi engelleyebilecek damgalamanın üstesinden gelmek gibi zorluklarla karşı karşıyadır. Bazı durumlarda aile dinamikleri, dikkati diğer aile sorunlarından başka yöne çekmek için hastanın sorunlu durumunu istemeden devam ettirebilir ve bu da terapötik süreçte engeller oluşturabilir.

Bu zorluklara rağmen, AOT aile ilişkilerini geliştirmede ve bipolar bozukluğu olan bireylerin durumlarını etkili bir şekilde yönetmesinde umut verici sonuçlar ortaya koymuştur. Araştırmaların devam etmesi ve AOT yaklaşımının daha da iyileştirilmesi, bu kısıtlılıkları ele almak ve bipolar bozukluğun aile bağlamında tedavisinde etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için çok önemlidir.

Farkındalık Terapisi

Şimdiki ana odaklanan farkındalık terapisi, bipolar bozuklukla mücadele eden bireyler için bütünsel bir yaklaşım sunar. Bu uygulama, yargılamadan bilinçli bir dikkat göstermeyi teşvik ederek derin duygusal düzenleme ve esneklik sağlar. Farkındalığı tedavi rejimlerine entegre ederek, bireyler öz farkındalık geliştirebilir, duygudurum dalgalanmalarını etkili bir şekilde yönlendirebilir ve kalıcı iyi olma hali için bir temel oluşturabilir.

Farkındalık terapisinin bipolar bozukluk açısından faydaları çok yönlüdür. İlk olarak, farkındalık, bireylerin manik enerjiyi ve depresif düşünceleri dürtüsellik olmadan gözlemlenmelerini sağlayarak, duygusal kontrolü ve öz farkındalığı teşvik ederek duygusal düzenlemeyi geliştirir. Depresif duyguların kabulünü ve kişinin ruhsal durumuna ilişkin merak duygusunu teşvik ederek olumsuz duygusal güçlenmeyi azaltır. Ayrıca, farkındalık,

odağı geçmiş olaylardan veya gelecekteki endişelerden uzaklaştırarak ruminasyon döngülerini kırarak duygusal istikrarı ve dayanıklılığı geliştirir (Goldberg ve ark. 2018).

Dahası, bilinçli farkındalık bireyleri stres faktörlerini yönetmek için etkili başa çıkma mekanizmalarıyla donatır, soğukkanlılığı artırır ve zorluklar sırasında dürtüselliliği azaltır. BDT ve diyalektik davranış terapisi (DDT) gibi terapötik yaklaşımlara sorunsuz bir şekilde entegre edilir ve bipolar bozukluğun karmaşıklıklarıyla başa çıkmak için kapsamlı bir gereç sağlar. Destek ağları içerisinde farkındalık, öz farkındalığı artırarak iletişimi geliştirir, bireylerin ihtiyaçlarını etkili bir şekilde ifade etmelerini sağlar ve aile üyeleri arasında empati ve anlayışı besler. Ayrıca, farkındalık konusunda deneyimli bakım verenler, daha destekleyici bir ortam yaratarak bipolar bozukluğu olan birini desteklemenin duygusal yükünü yönetebilir (Hanssen ve ark. 2020).

Bununla birlikte, farkındalık terapisinin etkinliğinde bireysel değişkenliği kabul etmek gereklidir. Ruh sağlığı uzmanlarının özel rehberliği, kişiselleştirilmiş farkındalık uygulamaları yapılmasını sağlar. Ayrıca, bilinçli farkındalık terapisi, bipolar bozukluğun psikolojik ve duygusal yönlerini ele alarak ilaç tedavisini tamamlar ve genel tedavi yaklaşımını geliştirir. Sonuç olarak, bilinçli farkındalık terapisi bipolar bozukluğu olan bireyler için umut verici bir yaklaşım sunarak, şimdiki anı kucaklamak ve düşünceleri yargılamadan gözlemlemek yoluyla istikrar, dayanıklılık ve kalıcı duygusal iyilik halinin oluşmasını sağlar. Kapsamlı tedavilere entegre edilen bilinçli farkındalık terapisi, bipolar bozukluğun yönetimini dönüştürerek duygusal esenlik arayanlara umut ve güç vermektedir. Farkındalık gelişmeye devam ettikçe, bipolar bozukluk tedavisini yeniden şekillendirme potansiyeli önemini korumakta ve bireylere daha iyi duygusal sağlık ve genel yaşam kalitesi yolculuğunda bir umut ışığı sunmaktadır.

Sonuç

Bipolar bozukluk gerçekten de incelikli bir yaklaşım gerektiren çok yönlü bir durumdur ve psikoeğitim, BDT, KSRT, AOT ve farkındalık terapisinin kombinasyonu, çeşitli yönlerini ele almak için bütünsel bir çerçeve sağlar. Kişiselleştirilmiş tedavi planlarının önemi yeterince anlaşılmamıştır. Bipolar bozukluğu olan her birey özgündür ve deneyimleri, semptomları ve tedavilere verdikleri yanıtlar önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Yaklaşımı bireyin özel ihtiyaçlarına, koşullarına ve tercihlerine göre uyarlamak, daha etkili ve anlamlı bir müdahale sağlar. Ayrıca, tedavinin işbirliğine dayalı yönü hayati önem taşımaktadır. Ruh sağlığı uzmanlarının, bipolar bozukluğu olan bireylerin ve ailelerinin tedavi sürecine dahil edilmesi, destekleyici ve anlayışlı bir ortamı teşvik eder. Bu işbirlikçi çaba tedaviye uyumu artırır, iletişimi geliştirir ve genel destek sistemini güçlendirir.

Yeni araştırmalara ve kanıta dayalı müdahalelere açık olmak ruh sağlığı alanında çok önemlidir. Bipolar bozukluğa ilişkin anlayışımız derinleştikçe, daha hedefe yönelik ve etkili tedavilerin geliştirilmesine yol açabilir. En son gelişmelerden haberdar olmak, bipolar bozukluğu olan bireylerin mevcut en etkili ve yenilikçi tedavilere erişebilmelerini sağlar. Nihayetinde, bu terapötik yaklaşımların amacı bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır. Bipolar bozukluğu olan bireyler, başa çıkma stratejileri, duygusal dayanıklılık ve güçlü bir destek sistemi ile güçlendirilerek semptomlarını etkili bir şekilde yönetebilir, zorlukların üstesinden gelebilir ve tatmin edici bir yaşam sürdürebilirler.

Daha ileri araştırma önerileri birkaç temel odak alanını içermektedir. İlk olarak, bipolar bozukluğun farklı dönemlerindeki etki büyüklüklerinin incelenmesi (hem standart ilaç tedavisinin uygulandığı akut dönemler hem de ek psikoterapinin uygulandığı idame dönemleri) tedavinin etkinliği konusunda değerli bilgiler sunabilir. Bu bilgiler, klinisyenlerin tedavileri, hastalıklarının farklı aşamalarındaki hastaların özel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlamalarına yardımcı olabilir. Ek olarak, bipolar bozukluk ile madde kullanımı, intihar ve uykusuzluk gibi komorbid durumlar arasındaki ilişkinin yardımcı psikoterapiler bağlamında araştırılması çok önemlidir. Bu komorbiditelerin hastalığın seyri üzerindeki önemli etkisi göz önüne alındığında, psikoterapötik müdahalelerin bu durumları nasıl etkilediğini anlamak daha kapsamlı ve etkili tedavi stratejilerine yol açabilir (Rosenberg ve ark. 2004).

Ayrıca, ergenler, geriatric bireyler ve Bipolar II bozukluğu olanlar da dahil olmak üzere özel popülasyonların sunduğu benzersiz zorlukları ele almak esastır (Judd ve ark. 2003). Bu gruplar, tedavilerinde özel yaklaşımlar gerektiren belirgin fizyolojik ve psikolojik farklılıklara sahiptir. Ampirik testler yoluyla psikoterapötik müdahalelerin bu popülasyonlara özel olarak uyarlanması, sonuçları önemli ölçüde iyileştirebilir ve genel yaşam kalitelerini artırabilir (Roth ve Fonagy 2005).

Ayrıca, titiz randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), yardımcı psikoterapilerin etkinliğini ve güvenliğini ortaya koymak için esastır. RKÇ'ler, müdahalenin etkinliğini değerlendirmek için altın standardı sağlayarak tedavilerin kanıta dayalı ve tekrarlanabilir olmasını sağlar. Son olarak, yardımcı psikoterapilerin uzun vadeli sonuçlarının araştırılması hayati önem taşımaktadır. Bu müdahalelerin kalıcı etkilerinin anlaşılması, bireylerin bipolar

bozukluğu kronik bir durum olarak etkili bir şekilde yönetebilmelerini sağlayan sürdürme stratejilerinin geliştirilmesi konusunda bilgi verebilir. Bu araştırma alanları, bipolar bozukluk tedavisine ilişkin anlayışımızı geliştirmeye ve bu karmaşık durumdan etkilenen kişilerin yaşamlarını iyileştirmeye katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

- Abreu T (2016) Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder: *Eur Psychiatry*, 33(Suppl):S556.
- Ball J R, Mitchell PB, Corry JC, Skillecorn A, Smith M, Malhi GS (2006) A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry*, 67:277-286.
- Basco M, Rush A (1996) *Cognitive-Behavioural Therapy for Bipolar Disorder*, 1st ed. New York, Guilford Press.
- Basco MR, Rush AJ (2005) *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*, 2nd ed. New York, Guilford Press.
- Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS (2004) Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *Eur Psychiatry*, 19:85-90.
- Bordbar MR, Faridhosseini F (2012) Psychoeducation for bipolar mood disorder. In *Clinical, Research and Treatment Approaches to Affective Disorders* (Ed M Juruena):323-344. London, UK, Intech.
- Bostancı N (2008) Evre I-II meme kanseri hastalarına uygulanan psikoeğitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profiline etkisi. (Doktora tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Çakır S, Özerdem A (2010) İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 21:143-154.
- Çelebi Gy, Odacı H (2018) Bağlanma stilleri, ilişkilere ilişkin bilişsel çarpıtmalar, kişilerarası ilişki tarzları ve kişilik özelliklerinin evlilik uyumunu yordamadaki rolünün incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18:89-120.
- Colom F, Lam D (2005) Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry*, 20:359-364.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C (2000) Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*, 61:549-555.
- Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J (2005) Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord*, 7:24-31.
- Deckersbach T, Hölzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD et al. (2012) Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neurosci Ther*, 18:133-141.
- del Mar Bonnín C, González-Pinto A, Solé B, Reinares M, González-Ortega I, Alberich S (2014) Verbal memory as a mediator in the relationship between subthreshold depressive symptoms and functional outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 160:50-54.
- Dent J, Close H, Ryder J (2004) Bipolar affective disorders. In *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy* (Eds J Bennett-Levy, G Butler, M Fennell, A Hackmann, M Meuller, D Westbrook):225-244. New York, Oxford University Press.
- Domic-Siede M, Guzmán-González M, Burgos J, Carvallo C, Flores-Guerra C, Fredes-Valenzuela C et al. (2023) Emotion regulation strategies and the two-dimensional model of adult attachment: a pilot study. *Front Behav Neurosci*, 17:12-19
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW (1984) *Family Care of Schizophrenia: A Problem-Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. New York, Guilford Press.
- Ferrari AJ, Baxter AJ, Whiteford HA (2011) A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder. *J Affect Disord*, 134:1-13.
- Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ (2000) Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder *Biol Psychiatry*, 48:593-604.
- Frank E, Hlastala S, Ritenour A, Houck P, Tu XM, Monk TH et al. (1997) Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry*, 41:1165-1173.
- Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM et al. (2005) Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 62:996-1004.
- Frank E, Swartz HA, Boland E (2007) Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 9:325-332.
- Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ et al. (2018) Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 13:52-60.
- Gümüş AB (2006) Şizofrenide hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:23-34.
- Hanssen I, van der Horst N, Boele M, Lochmann van Bennekom M, Regeer E, Speckens A (2020) The feasibility of mindfulness-based cognitive therapy for people with bipolar disorder: a qualitative study. *Int J Bipolar Disord*, 8:1-12.
- Hlastala SA, McClellan J (2005) Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15:497-509.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD et al. (2003) A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60:261-269.

- Juruena MFP (2012) Cognitive-behavioral therapy for the bipolar disorder patients. In *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (Ed De Oliveira IR):77-98, London, UK, InTech.
- Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dörfel D, Rohleder N, Werner A (2006) A meta-analysis of structural brain abnormalities in ptsd. *Neurosci Biobehav Rev*, 30:1004-1031.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N et al. (2003) A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*, 60:145-152.
- Maçkallı Z, Tosun A (2011) Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:571-594.
- Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson B, Sherrill JT, Siegel L, Patterson D et al. (1998) Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: a preliminary investigation. *Arch Gen Psychiatry*, 55:702-707.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B et al. (2011) Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50:32-45.
- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL (2003) A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60:904-912.
- Monk TH, Flaherty JF, Frank E, Hoskinson K, Kupfer DJ (1990) The social rhythm metric: an instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Ment Dis*, 178:120-126.
- Moon E, Chang JS, Kim MY, Seo MH, Cha B, Ha TH et al. (2012) Dropout rate and associated factors in patients with bipolar disorders. *J Affect Disord*, 141:47-54
- Nehir S (2011) Psikiyatri hemşireliğinde psikoeğitim. I. Uluslararası, V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi:207-209. 22-24.09.2011, İstanbul, Türkiye.
- Nivoli AM, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M et al. (2011) Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J Affect Disord*, 133:443-449.
- Özcan Ö, Çelik GG (2017) Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2):115-120.
- Phillips ML, Kupfer DJ (2013) Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*, 381:1663-1671.
- Prien RF, Potter WZ (1990) NIMH workshop report on treatment of bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*, 26:409-427.
- Provencher MD, Hawke LD, Thienot E (2011) Psychotherapies for comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord*, 133:371-380.
- Rosenberg SD, Mueser KT, Jankowski MK, Salyers MP, Acker K (2004) Cognitive-behavioral treatment of ptsd in severe mental illness: Results of a pilot study. *Am J Psychiatry Rehabil*, 7:171-186.
- Roth A, Fonagy P (2005) *What Works For Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research*, 2nd edition. New York, Guilford Press.
- Rothbaum BO, Astin MC (2000) Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 61:68-75.
- Şafak Y, Karadere ME, Özdel K, Kuru E, Özcan T, Türkçapar MH et al. (2014) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Turk Psikiyatri Derg*, 25:225-33
- Salvatore P, Tohen M, Khalsa HMK, Baethge C, Tondo L, Baldessarini RJ (2007) Longitudinal research on bipolar disorders. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 16:109-117.
- Scott J (1995) Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 167:581-588.
- Scott JAN, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T et al (2006) Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 188:313-320.
- Scott J, Pope M (2003) Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychol Med*, 33:1081-1088.
- Scott J, Colom F, Vieta E (2007) A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 10:123-129.
- Şirin T (2013) Bilişsel davranışçı psikoterapi yaklaşımıyla bütünleştirilmiş dini danışmanlık modeli (Doktora tezi). Sakarya, Sakarya Üniversitesi.
- Stafford N, Colom F (2013) Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatr Scand*, 127:11-18.
- Stahl SM (2002) *Essential Psychopharmacology of Antipsychotics and Mood Stabilizers*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Stone L, Beck A, Hashempour F, Thwaites R (2018) Introduction to the special issue on cultural adaptations of CBT. *Cogn Behav Therap*, 3:11-15.
- Sublette ME, Carballo JJ, Moreno C, Galfalvy HC, Brent DA, Birmaher B et al. (2009) Substance use disorders and suicide attempts in bipolar subtypes. *J Psychiatric Res*, 43:230-238.
- Swartz HA, Swanson J (2014) Psychotherapy for bipolar disorder in adults: a review of the evidence. *Focus*, 12:251-266.
- Türkçapar MH, Sargın AE (2012) Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1:7-14.
- Vieta E (2005) Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J Clin Psychiatry*, 66:24-29.

Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL (2017) The Guide To Interpersonal Psychotherapy, 2nd Edition. Oxford, Oxford University Press.

Worley P, Silagy C, Prideaux D, Newble D, Jones A (2000) The parallel rural community curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. Med Educ, 34:558-565.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.