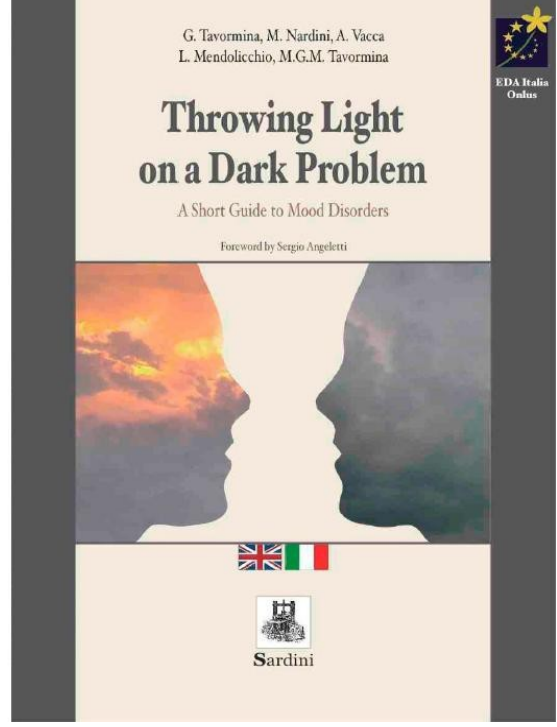


Karanlık Bir Sorunu Aydınlatmak

Türkçe versiyonu Süreyya Melike Toparlak tarafından çevrilmiştir.

Orjinal kapak:



Yazarlar:

Giuseppe Tavormina (Centro Studi Psichiatrici – Provaglio d'Iseo, BS),

Marcello Nardini (Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari),

Antonella Vacca (Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari),

Leonardo Mendolicchio (Università degli Studi di Foggia),

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (UOSM 57 di Torre del Greco, NA, ASL Napoli 3 Sud).

Tüm hakları "İtalyan Depresyon Derneği ("EDA Italia ONLUS") 'ne' aittir.



EDA Italia - ONLUS

Associazione Italiana sulla Depressione

piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d'Iseo (BS) - Italy
tel. / fax: +39 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org
web: www.edaitalia.org
P.IVA: 02897990988

İçindekiler

Önsöz Sergio Angeletti tarafından,

Giriş ise Vincenzo Costigliola tarafından yazılmıştır.

- 1) Duygudurum bozuklukları nedir?
- 2) Bipolar (iki uçlu) affektif bozukluk nedir?
- 3) Bipolar affektif bozukluk nasıl ortaya çıkar?
- 4) Bipolar affektif bozukluğun semptomları nelerdir?
- 5) Bipolar affektif bozukluğun ana belirti ve bulguları nelerdir?
- 6) Bipolar affektif bozukluğu tanımadaki ve tedavi etmedeki zorluklar nelerdir?
- 7) Çocuklar ve gençlerde bipolar affektif bozukluk görülebilir mi?
- 8) Bipolar affektif bozukluğun sebepleri nelerdir?
- 9) Bipolar affektif bozukluk tedavi edilebilir mi?
- 10) Bipolar affektif bozukluk tedavisinde hangi ilaçlar ve tedaviler etkilidir?
- 11) Hastalığı tedavi etmek için hangi psikososyal ve psikoterapötik tedaviler mevcuttur?
- 12) Kendi kendine yardım grupları nelerdir?
- 13) Bipolar affektif bozukluk ve depresyon tedavisi için kime başvurulmalıdır?

Kaynakça



EDA Italia ONLUS

Önsöz

Depresyondan, karanlık bir sorun olarak bahsetmek, psikolojik, fotoğrafik ve biyokimyasal fikirlere çağrışım yapan ince ve zarif bir kelime oyunudur.

Bu kitapçık, hastalar ve hastanın kendini güçten düşüren hastalığına şahit olmak zorunda olan hasta bakıcıları için, “karanlık bir sorunu aydınlatmak” ismini veren uluslararası uzmanların deneyimlerinden yola çıkarak geliştirilmiştir.

“Eğer seni tanıyorsam, seninle nasıl yüzleşileceğini bilirim” ve umarım seninle nasıl başa çıkılacağını da bilirim.

Bu, adım adım ve gün be gün, artan ve azalan depresyon belirtileri ile nasıl yüzleşileceği ile ilgilidir.

Bu yetkin ve güvenilir kitapçık, depresyonla ilgili en modern, bilimsel bilgiye ışık tutmakla kalmıyor aynı zamanda bunu depresyon nedeniyle acı çekenlerin ve depresyondan korkanların da beğenisine sunuyor.

Bildiğimiz gibi, depresyon gün geçtikçe yaygınlaşıyor. Bu nedenle, bu faydalı kitapçık da daha erişilebilir hale gelmelidir: aslında uluslararası versiyonu bu kitapçığı zaten erişilebilir hale getiriyor.

Sergio Angeletti

Giriş

Genç anneleri ve çocuklarını, intihar ve cinayetleri, çoğu zaman açıklanamayan, yaşlıları, yetişkinleri ve ekstrem eylemleri gerçekleştirmekten çekinmeyen gençleri içeren haberlerden her zaman etkileniriz. Belki de onların acılarının farkına varmadık, onların yardım taleplerini ve depresyonun girdabına kapıldıklarını anlamadık.

Öyleyse, depresyon nedir? Bu kötü huylu, hiçbir sinyal vermeden içimize sızıp bizi güçsüz bırakan bir kuvvettir.

Rekabete dayalı bu dünyada depresyon nedeniyle güçsüzler olarak damgalanmak işten bile değildir.

Dünya Sağlık Örgütü, depresyonun, engelliliğin en önemli üçüncü nedeni olacağına ve görülme sıklığının özellikle 15 ila 44 yaş arasındaki kadınlar arasında hızla artacağını öne sürmektedir.

On sene önce, depresyondan etkilenen kişilere somut olarak yardımcı olmak için neler yapabileceğimizi kendimize sorduk. İlaçların faydası var, ancak tek başına yeterli değil. Modern rekabet kültürüyle yarışamayacağını düşünen, normal cinsel bir ilişkiye sahip olamayacağını düşünen, çocuklarıyla yapıcı bir ilişki kuramayan ve işyerinin günlük stresi ile başa çıkamayan depresif kişiyi acımasızca yıpratın korku, utanç ve sosyal izolasyondan oluşan bu kısır döngüyü kırmak gerekir.

Kişileri, insanları güçsüzlük ibaresi olarak gören bu patoloji, depresyon, hakkında eğitmek gereklidir.

Depresyonun tıpkı diğer hastalıklar gibi bir hastalık olduğunu ve tedavi edilebileceğini anlatmak gerekir.

Bu nedenle, Depresyon Günü'nü hayata geçirdik: sağlık çalışanlarını ve halkı toplumumuzda giderek artan bu patoloji hakkında bilgilendirmeye adanmış bir gün.

10 farklı Avrupa ülkesinden meslektaşlarımızla birlikte, her yıl Ekim ayının birini Depresyon Günü olarak belirledik.

Eğer bir bacağınız kırık ise, hasta olduğunuzun farkına varmak kolaydır. Görünmeyen depresif bir patolojinin farkına varılması ve teşhis edilmesi ise çok daha zordur!

Depresyon, farkına varılmaz ise tedavi edilemez!

Doğum sonrası (postpartum) depresyon buna güzel bir örnektir. Elbette burada hormonal faktörler söz konusudur, ancak aynı zamanda anksiyete ve stres semptomlarının genellikle yeni bir bebeğe bakmakla ilişkili olduğu düşünüldüğü için göz ardı edildiği de doğrudur.

Peki, ne yapabiliriz?

Depresyonun nedenlerini ve onun sürdürülmesinde etkili olan faktörleri tanımalıyız.

Sağlık profesyonellerinin uygun ve doğru eğitimi konusunda ısrarcı olmalıyız.

Depresyon hakkında eğitimleri ve bilgi birikimini arttırmalıyız.

Bu kitapçık, depresyon ve depresyonun terminolojisine ilişkin bilginin artırılmasına somut bir katkıdır ve sağlık profesyonellerine destek sağlamanın yanı sıra duygudurum bozukluklarının karanlık tüneline yol gösterici bir ışıktır.

Bir şeyi yenebilmek için, onu daha iyi anlamak gerekir.

Vincenzo Costigliola

EDA Başkanı

1) Duygudurum bozuklukları nelerdir?

Duygudurum bozuklukları, günlük yaşanan duygulara abartılı bir tepki olarak yorumlanabilecek davranışlardaki ve affektivitedeki değişimlerdir.

En saygın uluslararası uzmanlar günümüzde duygudurum bozukluklarından bir bütün olarak bahsetme eğilimindedirler, bu nedenle “**ruh hali iyi olmadığı zaman, aslında ruh halinin dengesiz olduğu**” anlamına gelir.

Yaklaşık olarak her beş kişiden biri, dengesiz bir ruh haline sahip olmaya meyillidir.

Bu dengesizlik kendini, depresif ruh hali ve birbirini izleyen sinirlilik, huzursuzluk ya da diğer semptomların yanı sıra mani veya öforik epizotları olarak gösterir. Bunların hepsi uluslararası uzmanları “bipolar duygudurum bozukluğu” ve “bipolar spektrum” terimlerini türetmeye yönlendirmiştir.

Duygudurumdaki kararsızlığı ve değişkenliği daha iyi anlamak için, bunun üç bileşenden oluştuğunu düşünelim: *duygudurum, değişim ve fikirlerin içeriği, motor işlevler*. Üç bileşenin tümünün aşağıya doğru yönelmiş olduğunu düşünürsek, depresif bir duygudurumda oluruz, düşünme eyleminin yavaşlaması, hareket etmekte isteksizlik veya halsizlik; bu *depresif durumu* tanımlar. Diğer taraftan, her üç bileşenin de yukarı doğru yönelmiş olduğunu düşünürsek, öforik bir ruh hali, düşüncelerin hızla birbirini izlemesi ve hiperaktif hareketler söz konusudur, bu ise *mani* olarak adlandırılır.

2) Bipolar affektif bozukluk Nedir?

Bipolar Affektif Bozukluk, depresif duygudurumu ile manik (veya hipomanik) duygudurumunun birbirini izleyen geçişleriyle karakterizedir. Bir insan, bir duygudurumdan diğerine tam anlamıyla geçiş yapmadığında (başka bir deyişle, tamamen depresif ya da tamamen manik olmadığı zaman), **karma dönemde** olduğu söylenir.

Çoğu durumda, hastanın semptomları kolayca fark edilemez ve bu nedenle doğru bir teşhis konulmadan ve uygun tedavi görmeden önce, kişi uzun yıllar boyunca hasta kalabilir. Hastalık tipik olarak yaş yirmi ila otuz yaş arasında başlar, ancak herhangi bir yaşta da ortaya çıkabilir. Kadınlar ve erkekler arasında görülme sıklığı açısından bir fark yoktur, ancak kadınlar daha sık depresif epizot ve daha az manik epizot geçirme eğilimindedir.

İlk epizot manik veya depresif olarak kendini gösterebilir. Eğer ilk epizot manik ise, hasta depresif epizotlardan ziyade, daha fazla manik epizot geçirme eğilimindedir.

Bununla birlikte, kişi hepimizin yaşadığı normal “*iniş çıkışları*”, kişilerarası ilişkilere zarar verebilme ihtimali olan, hastaların işlerini kaybetmelerine neden olabilecek ve hatta ekstrem durumlarda intihar girişimlerine bile neden olabilen şiddetli bipolar bozukluk deneyimleriyle karıştırmamalıdır.

Hepimizin hayatımızda yaşadığı normal “*iniş çıkışların*” aksine, bipolar bozukluğun belirtileri belirgin bir yoğunluk, süre ve kalıcılık ile karakterizedir ve de genellikle çok şiddetlidir.

“Manik-Depresif hastalık, zihinsel durumunuzu ve düşüncelerinizi bozar, dehşet verici eylemlere kalkışmanıza neden olur, rasyonel düşünce altyapınızı tahrip eder ve genellikle yaşama isteğinizi sarsar.

Aslında bu biyolojik bir hastalıktır ancak kendini psikolojik düzeyde gösterir. Diğer hastalıklar ile karşılaştırıldığında sunduğu avantaj ve hazlar bakımından eşi benzeri yoktur, ancak sonrasında, büyük acılara ve hatta intiharlara sebep olabilir. Bu hastalık nedeniyle ölmediğim, mevcut olan en iyi tıbbi tedaviyi aldığım ve böyle bir aileye ,arkadaşlara ve meslektaşlara sahip olduğum olduğu için şanslıyım ”.

(Kay Redfield Jamison, Durulmayan Bir Kafa; TEA, 1995, sayfa 20)

3) Bipolar affektif bozukluk nasıl ortaya çıkar?

Bipolar Affektif Bozukluk birçok farklı şekilde kendini gösterebilir, çünkü semptomlar geniş bir yelpazede yer alır (maniden depresyona kadar). Ayrıca şiddetin yanı sıra semptomların kalitesi ve sayısı da değişiklik gösterebilir. Bu, uzmanları, çok sayıda semptomu içeren, bipolar spektrum konseptini ileri sürmeye yönlendirmiştir. Tipik bipolar bozukluk, buzdağının sadece görünen kısmıdır. En yaygın prezentasyonlar aşağıdaki gibidir;

- **Bipolar bozukluk tip 1** : Eskiden Manik Depresif Psikoz olarak adlandırılan bu tip esas olarak erkekleri etkiler. Manik ve depresif ataklar aynı yoğunlukta görülür.
- **Bipolar bozukluk tip 2**: Bu tip en yaygın olanıdır. Esas olarak kadınları etkiler ve depresif ataklar manik epizotlardan daha şiddetlidir.
- **Siklotimi (cyclothymia)**: Bu hastalar, fizyolojik olarak beklenenden daha büyük bir şiddette ve sürede sürekli duygulanım değişkenliği gösterirler.
- **Karma epizot (karma depresif durum ya da disfori)**: Sık rastlanan somatik belirtiler ile (baş ağrısı-migren, kolit, kas gerginliği) irritabilite, gerginlik, üzüntü ve duygulanım değişkenliği birlikte gözlenir.
- **Depresif epizotlar (majör veya tekrarlayan)**: uzun süren ve kalıcı (veya tekrarlayan, genellikle mevsimsel) depresif ataklar şiddetli olabilir.

4) Bipolar affektif bozukluğun semptomları nelerdir?

Bipolar bozukluk, irritabilite ile ya da irritabilitesiz öforiden, tam bir umut kaybıyla seyreden mutlak üzüntüye kadar dramatik değişikliklere neden olur. Ruh halindeki bu değişiklikler, enerjideki çarpıcı değişimler ve davranıştaki değişiklikler ile bağlantılıdır .

Öforik epizotlar **mani epizotları**, depresyon ile seyredenler ise **depresyon epizotları** olarak adlandırılır. Aşırı derecede öfori/huzursuzluk ve gerginlik/üzüntü ile birlikte olanlara ise **karma epizotlar** adı verilir.

Mani ve depresyon dönemleri arasında, duygudurum normale dönebilir ve bu ötimi dönemleri (ötistik fazlar) olarak adlandırılır.

Depresif Faz

Depresif dönemde ruh hali üzgün, mutsuz, melankolik, umutsuz ve çaresizdir. Hasta kendini bitkin hisseder ve daha kolay yorulur. Motivasyon daha düşüktür, hasta daha çekingendir ve çoğu zaman işlerini yarıda bırakır çünkü başarılı olamayacağını veya iyi bir sonuç elde edemeyeceğini düşünür. Hasta düşüncelerini açık ve kesin olarak ifade etmede ve plan yapmada zorlanır. Harekete geçme yetisini veya isteğini kaybettiği ve bu kapasiteye sahip bile olmadığı izlenimindedir.

Depresif epizodun en sık görülen belirtileri:

- *Hüzün, karamsarlık ve çaresizlik;*
- *Özgüven eksikliği: başarısızlık ve kaybetme hissi;*
- *Yalnızlık ve can sıkıntısı: genel bir ilgi kaybı ve sevdiği kişiler için artık hiçbir şey hissetmediği hissi;*
- Düşük motivasyon, enerji eksikliği;
- Cinsel isteksizlik
- Uyku bozuklukları (insomnia) ve iştahsızlık (çok az ya da çok fazla yemek);
- En ciddi vakalarda ise intihar düşünceleri ve ölme isteği mevcuttur.

Manik Faz

Manik evre, depresif evrenin karşıtı olarak düşünülebilir: depresif evrede hasta kendini mutsuz, özgüvensiz ve yorgun hissederken, manik evrede ise hasta bunun tam tersini hisseder. Kendisini özellikle mutlu, özel, zeki ve sınırları yokmuş gibi hisseder. Hasta, çok heyecanlı ve yüksek enerjilidir aynı zamanda düşüncelerinin öznel olarak hızlanmış, orijinal ve de içeriğinin zengin olduğunu düşünür. Kişinin pozitif, bazen otoriter, teşhirci ve hatta kışkırtıcı bir tavrı vardır. Hasta, çevrenin kendisine daha yakın olduğunu, tüm hedeflerinin ulaşılabilir, ve sonuçların pozitif olduğunu ya da engellerin söz konusu bile olmadığını algılar, aynı zamanda onunla aynı fikirde olmayan kişileri eleştirir veya bu kişilere şiddetle karşı koyar. Bazı durumlarda ise hasta grandiyözite, mistizm ya da persekütif sanrılar gibi semptomlarla psikotik hale gelebilir.

Manik fazın *en sık görülen semptomları*:

- aşırı derecede iyimser olmak, abartılı yükselmiş benlik değer duygusu ve her şeyi bilip başarabilme yetisine sahip olduğunu hissetmek;
- düşüncelerin hızlanması ve hızlı konuşmak: manik epizotta olan bir kişi çok hızlı konuşur ve kişiyi anlamak zordur;
- dinleyicinin anlaması zor bir şekilde konuşmaya eğilimlidir (hasta somut bir mantıksal bağlantı olmadan bir argümandan diğerine geçer ve bazen kafiye, düşünceler arasındaki tek bağlantıdır - düşünce uçuşması);
- yorgunluğu farketmeksizin geceleri uyku gereksiniminde azalma ve hastanın tükenmez bir enerji rezervi olduğu hissetmesi;
- algıların güçlenmesi: sesler daha yüksek ve renkler daha canlı algılanır;
- kişinin özel yeteneklerinin olduğu ve başarmaya mahkum olduklarını hissettikleri bir dizi grandiyöz plan yaparlar. Bu nedenle birçok plana başlarlar ama hiçbirini tamamlayamazlar;
- kendini tamamen dürtüsel hissetmek, hastanın daha önceden sağduyulu ve dikkatli olması, şimdi ise herhangi bir engelin olmadığını düşünmesi, sonuçları göz önünde bulundurmadan ne düşündüğünü dile getirmesi ve cinsel dürtülerin aşırı uyarılması (usulsüz, tedbirsiz ve utanç verici davranışlara yol açabilir);
- aşırı para harcama ve aşırı derecede alışveriş yapma, bu nedenle hastalar büyük borçlar altına girebilir ve sonucunu hesaba katmadan yatırımlar yaparlar;
- ciddi vakalarda, hasta aşırı derecede agresif olabilir: manik evrede olan kişi kavgacı, bıktırıcı ve fiziksel şiddete eğilimli olabilir;
- ciddi vakalarda, hastada grandiyöz hezeyan (büyüklük hezeyanı) gözlenebilir, bunun yanında hastalar özel güçlere, olağanüstü yeteneklere sahip olduklarına, ünlü bir kişinin onlara aşık olduğuna vb. inanırlar.

5) Bipolar affektif bozukluğun erken teşhisi için göz ardı edilemeyecek ana belirti ve bulgular nelerdir?

Bipolar Affektif Bozukluğun Doğru Teşhisinin konulması *halk sağlığı açısından temel bir konudur*. Bu tanı sıklıkla göz önünde bulundurulmaz, tam olarak teşhis edilemez, hastalık tedavi edilemez veya etkili bir tedavi sunulamaz. Teşhis aşamasındaki bu başarısızlıklar nedeniyle ortaya ciddi sorunlar çıkabilir; kişilerarası ilişkilerin bozulması, iş kaybı, aile içindeki krizler, madde bağımlılığı, dürtüsellik, kendine zarar verme veya başkalarına zarar verme (aile trajedileri, intihar, tecavüz vb.).

Erken Teşhis, bu nedenle, etkili tedavi için çok önemlidir. Hastalığın prezentasyonlarından birinin, en az bir aile üyesindeki varlığı, teşhis için çok yararlı bir ipucudur.

Mani veya hipomani tanısı koymak için, konuşkanlık ve huzursuzluk ile karakterize, belirgin, anormal ve kalıcı bir belirgin öfori dönemi olmalıdır. Çalışma ve iş aktivitelerinin veya sosyal ilişki kurma kapasitesinin tehlikeye girmesi için duygudurum bozukluğunun oldukça şiddetli olması gerekir.

Depresyonun teşhisi için, en az iki hafta süren, ilgi kaybı ya da tüm aktivitelerden veya çoğu aktiviteden zevk alamamayı içeren bir süreç gereklidir.

Depresyon, iştahta ve/veya vücut ağırlığında değişikliğe, uyku bozukluğuna, konsantrasyon zorluğuna, suçluluk, yetersizlik veya çaresizlik hissine neden olacak kadar şiddetli olmalıdır; ölüm veya intihar düşünceleri de olabilir.

Bu semptomların ilaçlardan veya diğer fiziksel patolojilerden kaynaklanma olasılığını dışlamak önemlidir. Doktor, tam bir fizik muayene ve gerekli testleri yapmalıdır bunun yanında nörolojik muayene de gerekli olabilir.

Bazen kişi, dengeli ruh hali dönemlerini izleyen yalnızca öfori/hipomani/mani epizotları veya sadece depresyon evrelerini yaşayabilir. Yalnızca depresyon epizotları söz konusu ise, hastalık genellikle **Majör Depresif Bozukluk** olarak adlandırılır (ve problem periyodik olarak veya siklik olarak meydana gelirse *tekrarlayan* olarak adlandırılır).

6) Bipolar affektif bozukluğu tanıma ve tedavi etmedeki zorluklar nelerdir?

Bu hastalığın tanınmasındaki ve tedavisindeki asıl zorluk genellikle manik fazda ortaya çıkar. Genellikle, manik epizotta olan bir kişi tedaviyi reddeder, hasta olduğunu kabul etmez ve gerçekten de hayatında hiç bu kadar iyi hissetmediğini iddia eder. Bipolar bozukluktan muzdarip olanlar çoğu zaman manik epizotta özgürlük hissi yaşarlar. Depresif dönem boyunca, kişiler kendilerini kısıtlı, başarısız, umutsuz hissederler ve sonra manik olduklarında, bu hisler aniden kaybolur. Manik epizotlar esnasında, hastalar herhangi bir sınırlama olmaksızın istediklerini yapmakta özgür hissederler. Hastalara her şey kolayca ulaşılabilir görünür ve onlar ,en iddialı planları bile gerçekleştirilebilir gibi algırlar.

Manik evrede yargı ve eleştiri kabiliyeti zayıflar ve tüm baskılayıcı kontrol mekanizmaları, tüm şüpheler ve kaygılar kaybolur. Bununla birlikte, bu psikolojik yükselme durumu sona erdiğinde, Bipolar Affektif Bozukluktan muzdarip olan kişiler, makul olmayan ve utanç verici davranışlarının sonuçlarıyla yüzleşmek zorunda kalırlar (örneğin, birkaç milyon avroluk borç almak, kişinin sinirli bir anında işinden istifa etmesi, herhangi bir önlem almadan gelişigüzel ilişkiye girmek vb.). Genellikle *depresif fazlar manik fazları* takip eder ve bu fazlar tamamiyle birbirinin tersidir. Ruh hali çok düşüktür ve hasta hiçbir şeyin hastayı ilgilendiremeyeceğini veya ona zevk veremeyeceğini hisseder. Yaşam anlamını yitirir ve çok keyifsiz bir hal alır. Uyku ve iştah artabilir veya azalabilir. Hasta kolayca yorulur ve kendini halsiz hisseder, konsantre olmakta zorlanır. Depresif fazlar o kadar şiddetli hale gelebilir ki hasta kendine zarar verebilir veya intihar edebilir.

Yasadışı uyuşturucu ve alkol bağımlılığı genellikle bipolar hastalıkla bağlantılıdır ve hastalığı daha da şiddetlendirebilir.

Bipolar bozukluğun teşhisi, kan testleri veya beyin görüntüleme teknikleri kullanılarak koyulamaz. Teşhis, semptomlara, hastalığın süresine ve gelişim hikayesine ve eğer mevcutsa aile öyküsüne bağlıdır. Bu nedenle, hastanın doktora tüm semptomlarını, düşüncelerini, davranışlarını ve ailenin diğer üyelerinin deneyimledikleri epizotları anlatması son derece önemlidir. Bu nedenle, doktora hastanın son birkaç ay içerisindeki davranışlarını anlatabilecek bir aile üyesinin veya bir arkadaşının muayeneye eşlik etmesi önerilir.

Özet olarak, aşağıdaki hususların akılda tutulması gerekir:

- ailede bipolar bozukluk veya intihar öyküsü;
- uzun süreli, önceki hipomani/öfori/sinirlilik epizotları;
- belirli mevsimlerde (kış veya yaz aylarında) ilk prezantasyon(veya tekrarlama);
- önceki siklotimi epizotları (duygudurumdaki daimi ya da aralıksız değişiklikler);
- panik veya obsesif semptomları içeren anksiyete belirtilerinin varlığı veya birlikteliği;
- sık sık olan baş ağrıları (migrenler), kas gerginliği, gastrointestinal rahatsızlıklar, iştah değişiklikleri;

- madde bağımlılığı öyküsü (periyodik veya sürekli olabilir).

Bazen, şiddetli mani veya depresyon dönemleri sırasında, **psikotik belirtiler** ortaya çıkabilir. En yaygın olanlar:

- duyusal halüsinasyonlar (sesler duymak, var olmayan şeyleri görmek, başkalarının algılamadığı sıradışı kokular...),
- sanrılar (mantıkla veya kişilerin kültürel değerleri ile açıklanamayan, kesin olarak kabul görülen yanlış kanılar).

Psikotik semptomlarla başvuran ve aynı zamanda bipolar bozukluğu olan kişilere yanlışlıkla şizofreni tanısı konulabilir.

7) Çocuklar ve gençlerde bipolar affektif bozukluk görülebilir mi?

Bipolar Bozukluk erken yaşlarda başlayabilir, çocuklarda ve ergenlerde ortaya çıkabilir. Normal gelişimsel krizler ile gerçek duygudurum bozukluğu arasında ayırım yapmak önemlidir. Çocuğun ebeveynlerinden birinin bipolar bozukluktan muzdarip olması teşhisi kolaylaştırır. Yetişkinlerdeki prezentasyondan farklı olarak, çocukluk ve erken ergenlik döneminde hastalık, bazen günde birkaç kez gözlenebilen duygudurumdaki hızlı, yersiz ve ani değişikliklerle ortaya çıkar. Çocuklar genellikle çok huzursuz ve saldırgandır. Sakıncalı eğilimlere sahip olabilirler bazen de çoğu zaman yersiz olan aşırı mutluluğu ve neşeyi deneyimleyebilirler.

Ergenliğin son aşamasında, hastalık erişkinlerdeki ile aynı özelliklere sahiptir. Riskli durumlardan zevk almaya eğilim ve otoriteye sürekli meydan okuma davranışı (ebeveynlere, öğretmenlere, vb.) gözlemlenebilir.

Bu hastalık, gençlerin anlamadığı ve yetişkinlerle tartışmayı zor buldukları birçok zihinsel acının üstesinden gelmek için başvuru alan *yasadışı uyuşturucu ve alkol kullanımı* ile yakından ilişkilidir.

İntihar düşünceleri de yaygındır ve göz ardı edilmemelidir. Böyle bir durum söz konusu ise acilen bir çocuk psikiyatrina veya bir psikiyatriste başvurulmalıdır.

“Kendini öldürmekten bahseden, genellikle bunu gerçekleştirmez” düşüncesi ve hastanın sadece dikkatimizi çekmek için bunu söylediği düşüncesi temel bir hatadır. Bunu yapmak, kişinin bize ilettiği mesajın ve düşüncelerinin ne kadar riskli olabileceğini küçümsemek demektir. Eğer kişi yalnız bırakılırsa, yanlış anlaşıldığını hissettiği için sinirlenir ve hayal kırıklığına uğrar. Bunun yerine, ona dikkat etmek, onunla onu yüreklendirici ve rahatlatıcı şekilde konuşmak gereklidir. İntihar konusundaki düşüncelerini bir başkasıyla paylaşma cesaretini bulan bir kişi, sorunlarıyla başa çıkma ihtimalinin ötesine geçmiştir: yardımımıza ve desteğimize ihtiyacı vardır.

8) Bipolar affektif bozukluğun sebepleri nelerdir?

Bipolar affektif bozukluğun kesin nedenleri bilinmemektedir.

Bununla ilgili araştırmaların çoğu, beynin belirli bölgelerindeki biyokimyasal dengesizlikten kaynaklandığını ve bunun da nöronlar arasında iletişim sistemlerinde değişikliklere neden olduğunu göstermektedir.

Nöronlar kendi aralarında iletişim kurmak için nörotransmitter adı verilen kimyasalları kullanır.

Monoamin nörotransmitterleri (serotonin, noradrenalin ve dopamin) ve uyarıcı aminoasit nörotransmitter glutamat veya inhibitör amino asit nörotransmitter gaba-amino-buterik asit (GABA) örnek olarak gösterilebilir.

Bipolar Affektif Bozukluğu tedavi etmek için kullanılan ilaçlar, *Mood Stabilizatörleri (Duygudurum Dengeleyicileri)* bu sistemler üzerinden çalışır.

Diğer araştırmalar, bipolar affektif bozukluğun, beynin belirli bölümlerinde **hücre içi haberci sistemlerin (hücrelerin içindeki motor sistemleri) işlev bozukluğunun** bir sonucu olduğunu göstermektedir.

Bipolar bozukluğun gelişmesinin bir *"hassaslaşma"* veya *"harekete geçirme"* süreci ile gerçekleşmesi olasıdır.

Bu teori, hastalığın ilk epizotlarının stresli olaylarla (bir yakının kaybı, iş kaybı, kronik hastalık vb.) ortaya çıktığını, ancak her epizodun bir sonrakinin daha da olası hale getiren beyin değişikliklerine neden olduğunu öne sürer ve sonuç olarak epizotlar kendiliğinden gelişir.

Bu süreç, ilk olarak epilepsiyi açıklamak için ifade edildi ve bu, bazı antikonvülsan ilaçların da bipolar bozukluğun tedavisinde neden etkili olduğunu açıklayabilir.

Ciddi kayıplar, kronik hastalıklar, uyuşturucu kullanımı veya ciddi finansal sorunlar gibi travmatik olaylar epizotları tetikleyebilir. Bipolar bozukluğa **genetik bir yatkınlık** olduğu açıktır, ailelerde ortaya çıkması buna bir örnektir. Bu patolojiden etkilenen kişilerin üçte ikisinden fazlası, duygudurumdaki veya majör depresyondaki epizodik değişikliklerden muzdarip olan en az bir akrabaya sahiptir.

9) Bipolar affektif bozukluk tedavi edilebilir mi?

Bipolar Affektif Bozukluk kronik bir hastalıktır, ancak bu hastalıktan muzdarip birçok kişi uygun tedavi ile stabil bir duygudurumuna sahip olabilir.

Uzun vadeli önleyici tedavi hemen hemen her zaman gereklidir.

Bu hastalığın tedavisinde temel model, manik veya depresif dönemleri tedavi etmenin yanı sıra, en önemli unsur olan asıl hastalığı tedavi etmektir.

İlaç tedavisi ve psikoterapötik tedavileri içeren terapötik bir stratejinin zamanla en uygun olduğu tedavi düşünülmektedir.

Uygun tedaviye rağmen duygudurumunda büyük dalgalanmalar olabilir. Bu durumda, ilk belirtiler ortaya çıkar çıkmaz, ilaç dozunu ayarlayarak yeni epizodun ilerlemesini engelleyebilecek olan psikiyatrinize başvurmanız önemlidir. Stresli olaylar, hayal kırıklıkları, aşırı kahve veya alkol tüketimi, yasadışı uyuşturucular ya da diğer uyarıcıların kullanımı, ciddi uyku düzensizlikleri, düşük yaşam kalitesi, bazı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, travma ve bir yakının ölümü gibi faktörler çok önemlidir.

Psikoterapötik tedaviler, hastanın kendi işlevini daha iyi tanımasına ve bunu kabul etmesine, kendisini ve kişiliğini hastalıktan ayırt etmesine, stres ile başa çıkmasını kolaylaştırmasına ve böylece dolaylı olarak hastalığın nüks etmesine neden olan faktörleri azaltmasına yardımcı olmayı amaçlar.

“Tarif edilemez bir şekilde, psikoterapi birini sağlığına kavuşturuyor. Her nasılsa, karışıklığı anlamlandırıyor, korkutucu duygulara ve düşüncelere son veriyor; kontrolü, umudu ve tüm bunlardan öğrenme imkanını geri getiriyor... Hiçbir ilaç, onun için hap içmek istemediğim bir sorunla yüzleşmeme yardımcı olamaz. Aynı şekilde, hiçbir psikoterapi tek başına, manimi ve depresyonumu önleyemez. İkisine de ihtiyacım var”.

(Kay Redfield Jamison, Durulmayan Bir Kafa, TEA, 1995).

10) Bipolar affektif bozukluk tedavisinde hangi ilaçlar ve girişimler etkilidir?

Bipolar bozukluğu tedavi etmek için kullanılan ilaçlar genellikle psikiyatristler tarafından reçete edilir. Kullanılan ilaçlar:

- **duygudurum dengeleyiciler:** (bunlar ilk tercih edilen ilaçlardır, rahatsızlık ve duygudurum değişikliklerini her iki yönde kontrol etmek için esastır: bu ilaçlar lityum ve anti epileptik ilaçları içerir.);
- **atipik antipsikotikler:** (bu ilaçlar, duygudurum dengeleme özelliklerine sahip oldukları için kullanılır.);
- **antidepresanlar:** Bu ilaçlar, semptomsuz periyotların kısalması ve buna bağlı olarak 'hastalık döngüsü' sayısında bir artış ile kendini gösteren hastanın zıt kutuplara (mani) geçiş riskini azaltmak ve hastalığın karşı kutupa geçmesine engel olmak (veya neden olmamak) için duygudurum stabilizatörleri ile kombine olarak hastalığın depresif evresi sırasında kullanılmalıdır.

11) Hastalığı tedavi etmek için hangi psikososyal ve psikoterapötik tedaviler mevcuttur?

Bu tedaviler genellikle psikologlar ve özel olarak eğitilmiş diğer profesyonel kişiler tarafından gerçekleştirilir ve daima hastayı tedavi eden psikiyatrist ile işbirliği içinde gerçekleştirilmelidir.

Bipolar bozukluk tedavisinde en sık kullanılan teknikler:

- **Bilişsel davranışçı terapi,**
- **Psikoeğitim,**
- **Bilişsel - Yapıcı psikoterapi,**
- **Aile terapisi,**
- **Psiko-sosyal rehabilitasyon.**

Bilişsel Davranışçı terapi, bu hastalık için en etkili tedaviler arasında yer alır.

Hastanın, hastalığı ile başa çıkma konusundaki anlayışını ve kabiliyetini artırarak hastaya yardımcı olabilir ve daha etkili bir tedavi rejiminin seçilebilmesi için doktorun, semptomların gelişimini daha iyi anlamasına yardımcı olabilir.

Bu yaklaşım ayrıca, **hem hasta hem de ailesi için psikoeğitimi** içerir, böylece hastalığın farklı aşamaları daha iyi anlaşılabilir. Aile, genellikle uykusuzluk, öfori ve huzursuzluk gibi bazı semptomları hafife alır, bunları kişinin karakterinin özelliklerine, kişinin kendi iradesine, kötü çevrenin etkisine veya kişinin kendi yaşam düzenine bağlı olarak değerlendirir.

Psikososyal rehabilitasyon, hastalığın semptomlarından kurtulan ve kendi varlığını özümseyen, sadece kendisini daha iyi hissettiği ya da işine tekrar dönebileceği için değil aynı zamanda kendi sıkıntılarıyla başa çıkabildiği, hastalığın sakıncalı unsurlarıyla ve hastalığıyla başa çıkabildiği için toplumdaki yerini yeniden kazanan hastanın tedavisinde önemli bir unsurdur. Duygudurum bozukluklarının tedavisi için faydalı rehabilitasyon teknikleri arasında müzik terapisi, dans terapisi, sanat terapisi ve spor terapisi (özellikle koşu, yüzme ve takım oyunları) yer alır. Grup çalışmaları, kişisel gerilimleri azaltır, sorunları basite indirger ve ortak bir hedefe ulaşmak için işbirliği ve eylem sinerjisini teşvik eder.

12) Kendi kendine yardım grupları nelerdir?

Hastalar ve aileleri için Kendi Kendine Yardım Grupları veya Karşılıklı Yardım Grupları, aynı problemleri yaşayan ve deneyimlerini paylaşmak, birbirlerini anlamak ve birbirlerine destek olmak için düzenli olarak bir araya gelen küçük gruplardır.

Kişi bu sayede bilgi edinebilir, desteğe ve dayanışmaya erişebilir aynı zamanda arkadaşlıklar kurabilir. Kendi Kendine Yardım Grupları DSÖ tarafından onaylanmıştır. *Kendi kendine yardım grupları, yeni bir konsept olan hastaların ve ailelerinin hastalıklarını anlama ve bununla ilgili sorumluluk alma konusunda cesaretlendirmeye dayanan zihinsel sağlık sorunlarına yeni yaklaşımın ve kültürün vazgeçilmez bir parçasıdır.*

13) Bipolar affektif bozukluk ve depresyon için kime başvurulmalıdır?

Bipolar Affektif Bozukluktan muzdarip her insan, *bu hastalığın teşhis ve tedavisinde özel eğitim almış bir psikiyatrist* tarafından düzenli olarak takip edilmelidir.

Duygudurum bozukluklarının doğru yönetimi hastanın ve ailesinin yaşam kalitesinin temelini oluşturur. Bu, bazı temel parametreleri anlayarak ve uygulayarak yapılabilir:

- psikiyatrist tedaviden sorumlu doktor olmalıdır;
- hastanın tedavi planını takip etmesini sağlamak için hastayla iyi bir terapötik uzlaşma esastır;
- depresyon, önemli biyolojik değişikliklere neden olan bir hastalıktır: bu nedenle, zayıflık ya da tembellek belirtisi değildir ve kişi tek başına kendi iradesiyle bunun üstesinden

gelemez. (bunu kendi başıma halletmeliyim!).

Hastalığın erken belirtileri ortaya çıktığında, duygudurum bozukluğunun üstesinden gelmek amacıyla gerekli tedbirler, tedavi ve rehabilitasyon için Toplum Ruh Sağlığı Merkezine veya özel bir klinikteki ya da devlet hastanesindeki bir doktora başvurulması gerekir.

Duygudurum bozukluğunuzun tedavisi iyi bir yaşam kalitesi demektir.

Yalnız başınıza acı çekmeyin. Gerekli kişileri bilgilendirin!

Utançın ve önyargıların yardım almanızı engellemesine izin vermeyin.

Yapılabilecek çok şey var.

Unutma, birlikte kazanabiliriz!

Depresyona karşı
savaş açıp bu savaşı



KAZANABİLİRSİNİZ



Kederinizle baş başa kalmayın!



Referanslar:

- 1 – A.VV.: DSM –IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A.P.A., 2000.
- 2 - AA.VV.: Medicina e salute. Milano, Motta, 2004.
- 3.- Akiskal HS. (1996) - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol, 16: suppl 1: 4-14.
- 4.- Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. [2003] - In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, eds. Bipolar disorder. Chichester: John Wiley and Sons, 1-52.
- 5.- Agius M, Tavormina G [2009] - "The bipolar spectrum: do we need a single algorithm for affective disorder?". European Psychiatry, 24: suppl 1: P01-218.
- 6.- Agius M, Tavormina G [2007] – “Identifying and treating bipolar illness early”. BMJ, February 19th, 2007.
- 7.- Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. [2003] - Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord, 73: 133-146.
- 8.- Ba G. (a cura di) - Metodologia della riabilitazione psicosociale. Milano, F. Angeli, 1994.
- 9.- Baum A.E., et al. (2008) - A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder Molecular Psychiatry, 13(2), 197–207.
- 10.- Bear M.F./Connors, B.W./Paradiso, M.A., (1999) - "Neuroscienze: Esplorando Il Cervello", Masson. Milano.
- 12.- Benazzi F. [2007] - “Mixed Depression and the dimensional view of mood disorders”. Psychopathology, 40:431-439.
- 13.- Benson D.F / Blumer, D., (1975) - "Aspetti psichiatrici delle malattie neurologiche", Bulzoni Editore. Roma.
- 14.- Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls Nature, 447(7145), 661–678.
- 15.- Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16.- Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - La relazione psicoterapeutica integrata. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - Nuovo Dizionario di Psicologia. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20.- Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21.- National Institute of Mental Health. Depression. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22.- Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23.- Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. New Research In Mental Health, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24.- Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25.- Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26.- Tavormina G. [2010] - “The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders”. Psychiatria Danubina, 22, suppl 1: 15-17.
- 27.- Tavormina G [2011] – “Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?”. Psychiatria Danubina, 23, suppl 1: 13-14.
- 28.- Tavormina G – An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. Psychiatria Danubina, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29.- Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. Psychiatria Danubina 2010; 22:139-142.