



DUYGULARDA İNİŞLER VE ÇIKIŞLAR

MANİ VE DEPRESYON

BİPOLAR BOZUKLUK

Hasta ve hasta yakınları
için kılavuz

Rita Bauer, Michael Bauer, Ulrike Schäfer, Volker Mehlfeld, Martin Kolbe



BİPOLAR BOZUKLUĞUN YARATICI YÖNÜ

Bu broşürde yalnızca bipolar sanatçıların eserlerine yer verilmiştir. Burada kullanılan resimler ve eser sahipleri hakkındaki bilgileri 58. sayfada bulabilirsiniz.

Çalışmalarını kullanmamıza izin veren tüm sanatçılara çok teşekkürler!

DGBS KILAVUZU, 3. BASKI 2017

YAZARLAR Rita Bauer, Michael Bauer, Ulrike Schäfer, Volker Mehlfeld, Martin Kolbe

YAYIMCI Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

🏠 **Adres** DGBS · Klinik für Psychiatrie | Heinrich-Hoffmann-Str. 10 · 60528 Frankfurt/M

☎ **Telefon** 069 630 184 398

✉ **E-posta** info@dgb.de

🌐 **Internet** www.dgb.de

1. Başkanı: Prof. Dr. med. Martin Schäfer, Essen

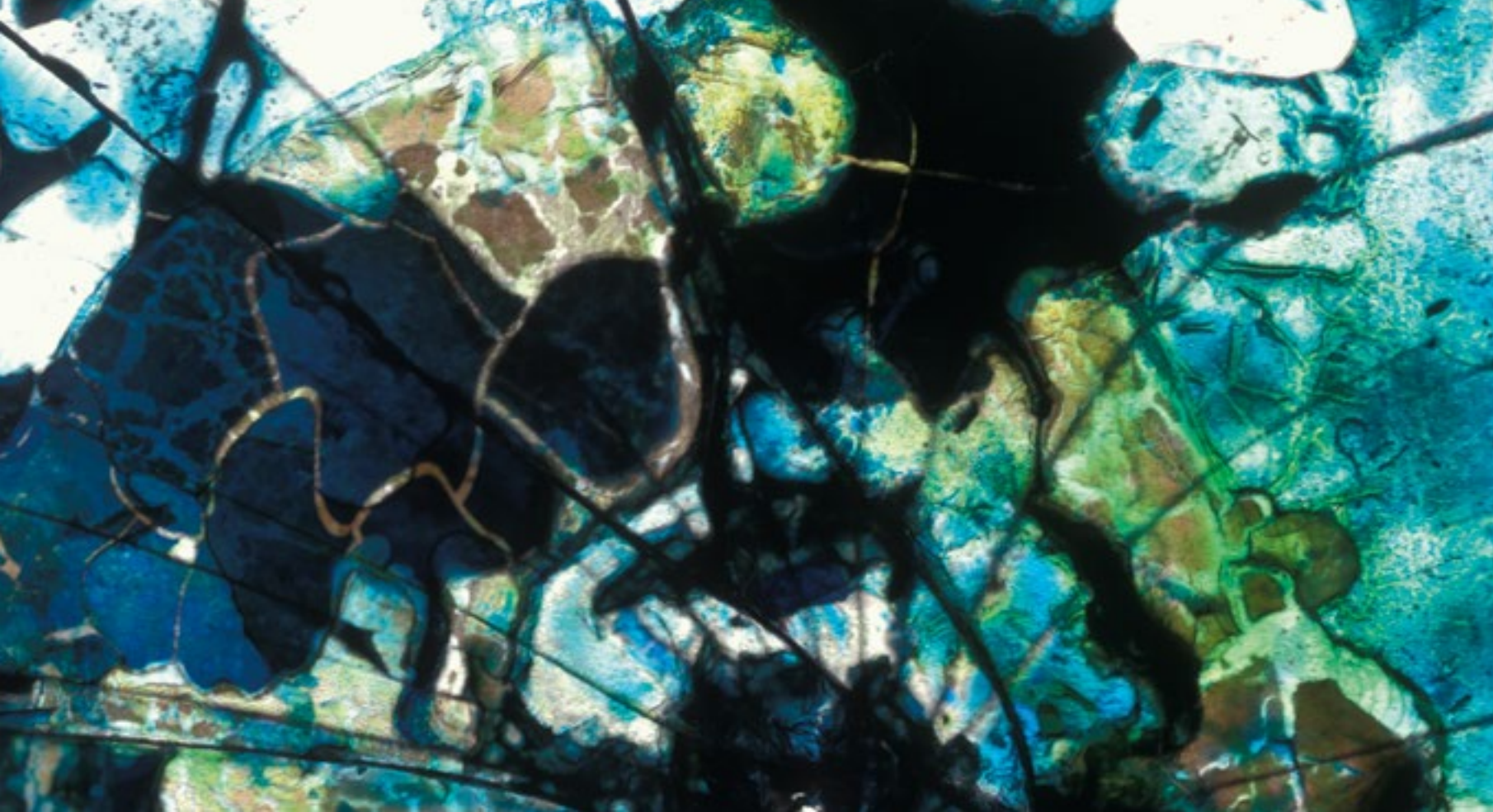
Dernek sicili: Amtsgericht Freiburg i.B. Dernek sicil numarası: VR 3310

Mizanpaj ve dizgi: Selina Peterson | www.selina-peterson.de

NOT Tıbbi araştırmalar sürekli gelişmekte ve klinik tecrübeler de günden güne artmaktadır, bu nedenle burada verilen tedavi ve özellikle ilaçla terapi bilgileri broşürün tamamlanma aşamasındaki mevcut bilgi durumunu yansıtmaktadır. Dozajlar ve başvuru formları bilgileri için ne yazarlar ne de yayımcı herhangi bir sorumluluk kabul etmez. Esas olarak ilaç kullanımı, dozaj ve kontrendikasyonlara uyulması hakkında bilgi vermek tedavi eden uzman doktorun görevidir. Bu broşür telif hakkı ile korunmaktadır. Yazarların ve yayımcının izni olmadan telif hakları yasası dışında herhangi bir kulanıma izin verilmez.

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	05
BİPOLAR BOZUKLUK NEDİR?	07
OLASI NEDENLER VE OLUŞMA KOŞULLARI	08
BİPOLAR BOZUKLUĞUN SEYRİ VE ÇEŞİTLİ İLERLEME ŞEKİLLERİ.....	10
BİPOLAR BOZUKLUK BELİRTİLERİ (SEMPTOMLAR)	12
Depresyon belirtileri	12
Mani belirtileri	17
Karma epizot belirtileri	19
MUAYENE (TEŞHİS)	20
Bipolar bozukluk diğer hangi hastalıklarla birlikte görülebilir?	22
BİPOLAR BOZUKLUĞUN TEDAVİSİ (TERAPİ)	24
Maninin ilaçla tedavisi	27
Bipolar depresyonun ilaçla tedavisi	30
Manik-depresif karma durumların ilaçla tedavisi	32
Önleyici tedavi (Rezidiv profilaksi)	32
Psikoterapi ve psikoeğitim	34
Tamamlayıcı tedavi stratejileri	36
Yaşam tarzı – Beslenme ve spor	38
Ayakta veya yatarak tedavi?	40
BİPOLAR BOZUKLUKLA AKTİF ŞEKİLDE BAŞ ETME	41
KENDİ KENDİNE YARDIM VE TRİYALOG	43
HASTA YAKINLARI NASIL DESTEK OLABİLİR?.....	46
BİPOLAR HASTALIKTAN MUZDARİP İNSANLARIN ÇOCUKLARI	48
Kitap önerileri	50
Adresler	53
DGBS'nin hedefleri ve gelişme adımları	54
Bunları biliyor musunuz?	56
Üyelik başvurusu	57
Sanatçılar dizini	58



ÖN SÖZ

Önceleri manik depresif hastalık olarak bilinen ve bu kılavuzda kısaca bipolar hastalık ya da bipolar bozukluk olarak tanımlanan bipolar affektif bozukluk, epizotlar (dönemler) halinde seyreder ve yaşam kalitesinde, özellikle de psikososyal gelişimde önemli derecede bozulmalara neden olabilir, bu nedenle hastalığın erken teşhisi ve tedaviye erken başlanması oldukça önemlidir. Hastalık genellikle genç erişkinlikte, yani ileriki yaşam planlaması için önemli adımların (örn. eğitim) atıldığı bir dönemde başlar. Hem hastanın kendisi hem de ailesi bu hastalıktan önemli oranda etkilenir.

Uygun karşı önlemleri alabilmek için hastalık evresinin ilk belirtilerinin fark edilmesi önemli olacaktır. Bir yandan ilaç, diğer yandan psikoterapi uygulamaları önemli tedavi stratejileridir.

Hastalığın seyri konusunda hastanın kendisi ve aile üyeleri ne kadar çok bilgi sahibi olurlarsa hastalıkla baş etmeleri o oranda kolaylaşacaktır. Bu kılavuz, hastalık semptomlarını zamanında tanımaya ve önemli terapi stratejilerini açıklamaya yardımcı olmak içindir. Hastalığın akut döneminde ilaçla tedavinin yanı sıra, hastalık dönemlerinin tekrarlanmasını önlemek için önleyici (profilaktik) ilaçlar da verilmektedir. Bu aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının doktorla çok yakın bir iş birliğine girmeye istekli olmaları gerektiği anlamına da gelmektedir. Bu kısa kılavuz ilk bilgileri vermek için düşünülmüştür. Bu kılavuz tabii ki tedaviyle ilgilenen doktorla yapılacak görüşmenin yerini tutmaz.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS; www.dgbs.de) profesyoneller, hastalar, hasta yakınları ve sağlık sistemindeki tüm paydaşlar arasında deneyim alışverişini sağlamak amacıyla kar amacı gütmeyen bir dernek olarak kurulmuştur. DGBS'nin amaçları arasında; bipolar hastalığı olan insanların ihtiyaçlarına kamuoyunda ve siyaset alanında dikkat çekmek, ayrıca kendi kendine yardım, eğitim ve araştırmalara destek olmak sayılabilir. Yapılacak öneri ve eleştiriler için teşekkür ederiz.

Yazarlar, Sonbahar 2017

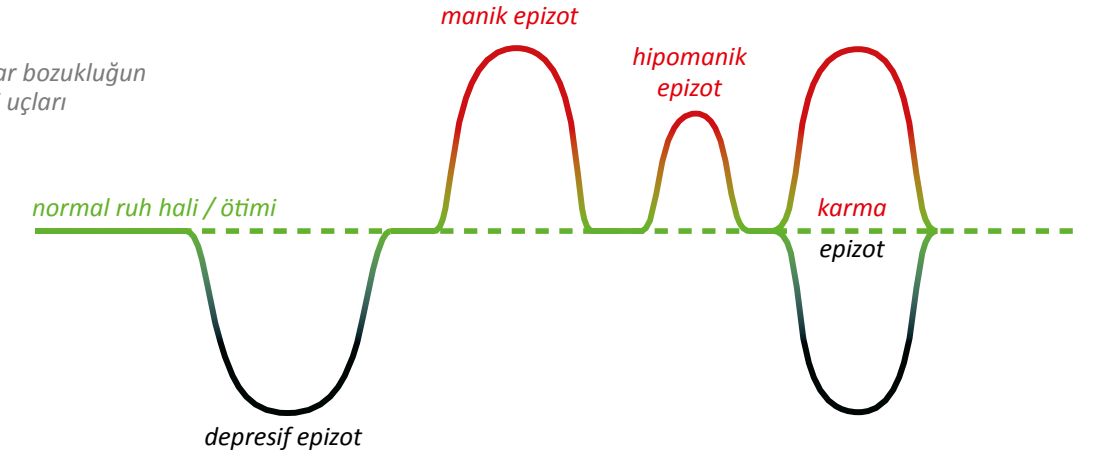
BİPOLAR BOZUKLUK NEDİR?

Bipolar bozuklukta ruh hali ve aktivite seviyesinin belirgin şekilde etkilendiği birkaç ve bazen de çok fazla epizot görülür. Yüksek bir ruh hali, itici güç ve aktivitelerde artış (mani) gibi epizotlar olabileceği gibi, depresif bir ruh hali ile birlikte hareket ve aktivitelerde azalmanın (depresyon) görülebileceği epizotlar da ortaya çıkabilir.

Bir yandan öforik ya da "mutluluktan havalara uçan", diğer yandan depresif ve moralsiz ya da "çok kederli" yani birbirine zıt iki (bi) ruh hali yaşanabilir. Hastalar "duygularda inişler ve çıkışlar" yaşarlar.

Ruh halinde yaşanan bu dalgalanmalar, normal gündelik hayatın artık sürdürülemeyecek şekilde etkilenmesine neden olabilir. Ruh halindeki bu uç değişimlerin yanı sıra, davranış ve düşüncelerde daha hafif, o kadar şiddetli olmayan değişimler de görülebilir. Eş zamanlı olarak hem manik hem de depresif semptomların görülebileceği dönemler de ortaya çıkabilir (karışık epizotlar).

Bipolar bozukluğun
çeşitli uçları



OLASI NEDENLER VE OLUŞMA KOŞULLARI

Esas olarak birbiriyle yakın etkileşimde olan çeşitli etkenlerin birlikte etkisinden bahsedilebilir. **Burada bir yandan kalıtsal (genetik) etkenler, diğer yandan da olumsuz psikososyal etkenler, özellikle stres etkenleri söz konusudur. Yani, biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirine kenetlenmesi varsayılabilir.**

Manik depresif hastalıkta genetik bileşenler belirgindir. Yatkınlığın, yani hastalığa eğilimin kalıtsal olduğuna dikkat edilmelidir. Manik depresif hastalık tam anlamıyla kalıtsal bir hastalık değildir, yani hastalıktan tek bir kusurlu gen sorumlu değildir. Yine de genetik etkenler büyük rol oynamaktadır, şu anki verilere göre oluşma sürecine çok sayıda genin (tahminen 100’den fazla gen – günümüzde bu alandaki araştırmalar sürekli gelişme halindedir) etkide bulunduğu hesaba katılmaktadır. Tüm bipolar hastalarının yaklaşık %50’sinin yine aynı şekilde bipolar bozukluktan muzdarip hasta yakınları vardır. Tek yumurta ikizlerinde (genetik olarak tamamıyla aynı olan ikizler) diğer ikiz bipolar hastası ise bipolar bir hastalığa yakalanma olasılığı yaklaşık yüzde 60 ile 80 oranındadır. Çift yumurta ikizlerinde hastalığa yakalanma oranı yaklaşık yüzde 20’dir. Aile muayeneleri, ikizler ve evlat edinme araştırmalarına göre, birinci dereceden hasta yakınlarının hastalığa yakalanma riskinde (yani bipolar hastası ana-babaların çocukları için örneğin) artış olduğu bilinmektedir. Bahsi geçen bu birinci dereceden yakınların bir bipolar bozukluğa yakalanma riskinde artış olması durumunun yanı sıra, unipolar depresyon veya diğer ruhsal hastalıklara, örneğin kaygı bozuklukları veya alkol ve/veya uyuşturucu madde bağımlılığına yakalanma riski artmaktadır.

Bipolar hastalık “klasik” bir kalıtsal hastalık değildir, yani bipolar hastası bir insanın çocuğunun yüksek olasılıkla bu hastalığa yakalanacağını kesin bir şekilde söylemek mümkün değildir. Daima diğer etkenler, özellikle çevresel etkenler dikkate alınmalıdır. Çevre ve genlerin etkileşime ne şekilde neden olduğu konusu günümüzde halen büyük oranda bilinmemektedir. Bipolar bozukluklarda şimdiye değin, sadece tek bir genin değil aksine belirli bir gen örüntüsü ile bunların etkileşiminin genetik yatkınlıktan sorumlu olduğu varsayılmıştır. Özellikle haberciler (nörotransmitter) metabolizması ile bağlantılı genlerde değişimler olduğu tahmin edilmektedir. Nörotransmitterler beyindeki sinir sinyallerinin iletilmesi ile ilgili kimyasal habercilerdir. Bipolar hastalarda, hastalık dönemlerinde bu nörotransmitterlerde değişiklikler ortaya çıkar. Nörotransmitterler hücreler arasında iletişimi sağlarlar. Depresyon, özellikle noradrenalin ve serotonin nörotransmitterler ile ilgili iken, manik dönemlerde daha çok dopamin ve noradrenalin miktarlarında artış olduğu tahmin edilmektedir.

Bipolar hastalıkta diğer biyolojik bozuklukların, üzerinde hücre kalsiyum alışverişinin gerçekleştiği ve belli bilgi aktarımlarının bozulduğu kalsiyum iyon kanallarında meydana gelmiş olabileceğinden şüphelenilmektedir. Diğer biyolojik etkenler olarak beynin hormon düzenleyici bölgelerinde (hipotalamus ve hipofiz) ve yanı sıra adrenal korteks ve tiroid bezindeki dengesizlikler gibi nöroendokrinolojik bulgular sayılabilir. Bu şekilde örneğin manik hastalarda veya bipolar bozukluğun karma dönemlerinde kortizol yoğunluklarında artış görülebilir.

Biyolojik etkenlere ek olarak tetikleyici etkenler çok önemlidir. Burada özellikle stres, bipolar hastalığın tetiklenmesinde önemli bir etkindir. Bireysel olarak çok stresli bir şekilde yaşanan zorlayıcı yaşam olayları veya durumları bipolar bir hastalığın tetiklenmesine neden olabilir, örneğin; ayrılma, boşanma, sevilen bir yakının ölmesi gibi. Ayrıca, esas itibarıyla olumsuz olmayan evlilik, taşınma, emekli olma gibi hayatta meydana gelen önemli değişimler de tetikleyici olabilir. Yaşanılan çok stresli zamanlardan sonra örneğin, geçilen bir sınav sonrasında da hastalık evreleri ortaya çıkabilir. Genellikle şöyle bir durum söz konusudur; hastalığın ilk epizodundan önce çok yüksek bir stres seviyesi mevcut iken, hastalığın sonraki dönemleri öncesinde stresle olan bağlantısı çok daha azdır (buna ateşlenme “Kindling” etkisi denir). Özellikle uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulmalar, bilhassa uyku eksikliği hastalık dönemlerini tetikleyebilir. Bunun yanı sıra, diğer olumsuz psikososyal etkenlerle birlikte uyuşturucu ve/veya aşırı miktarda alkol kullanımı da hastalık dönemlerini tetikleyebilir.

Özetle, bir bipolar hastalığın oluşmasında sadece tek bir nedenin olmadığı, aksine çeşitli biyolojik ve özellikle genetik etkenlerle birlikte çevresel etkenlerin, özellikle stres etkenlerinin birlikte etkileşimi sonucu ortaya çıktığı varsayılmalıdır. Bir “Kırılganlık Stres Modeli” nden hareket edilmelidir; bu kavramdan bir bipolar hastalığın gelişmesinde genetik yatkınlıkların birbirine kenetlenmesi durumu anlaşılmalıdır. Hastalığın ortaya çıkabilmesi için olumsuz yaşam koşullarının büyük miktarda bir stres durumuna neden olması ve sonra mevcut kırılganlıkla birlikte (beynin belli stres yapıcı etkenlere karşı hassas olması) hastalığın meydana gelmesidir. Bu “Kırılganlık Stres Modeli” ni anlamak, hastalıktan muzdarip insanlara stres etkenlerini münferit olarak belirleme ve bunları en aza indirmeyi deneyerek hastalıklarına daha iyi etkide bulunmalarına yardımcı olabilir.

BİPOLAR BOZUKLUĞUN SEYRİ VE ÇEŞİTLİ İLERLEME ŞEKİLLERİ

Bipolar hastalık mani, depresyon, hipomani (hafif mani) veya manik-depresif karma dönemler şeklinde ortaya çıkabilen ve dönem dönem görülen epizotlarla karakterizedir. Değişkenlik, bipolar hastalığın da dahil olduğu tüm affektif bozukluklar için tipiktir. Münferit epizotlar arasında hiçbir belirtinin olmadığı sağlıklı "hastalısız" dönemler görülebilir. İlerleyen yaşlarda genellikle hiçbir şikayetin olmadığı zamanlar azalır ve hastalık dönemleri daha sık bir şekilde görülebilir; bunu önlemek için koruyucu ilaçlar kullanılır.

Bipolar hastalık çoğu hastada ilk defa ergen yaşlarda veya genç erişkinlikte ortaya çıkar. Hastalığın, örneğin okuldan mezun olma ve eğitime devam etme gibi daha birçok gelişme adımlarının atılacağı bir dönem öncesinde, böyle bir zamanda başlaması bu bakımdan çok önemlidir. Hastalık genellikle ergen yaşlarda fark edilmez, ruh halindeki dalgalanmalar yanlış bir şekilde yaşa bağlı "ergenlik dalgalanmaları" olarak algılanır. Genellikle bu değişimler, ancak daha sonraki hastalık dönemlerinde geriye doğru bakılınca doğru bir şekilde sınıflanabilmektedir. Depresif bir epizodun ilk defa görülmesi ile bipolar hastalık teşhisi hemen konulamaz, bunun yapılabilmesi için ancak sonraki süreçte manik veya hipomanik epizotların da ortaya çıkması gerekir. Ancak bundan sonra bir bipolar hastalık teşhisi koyulabilir.

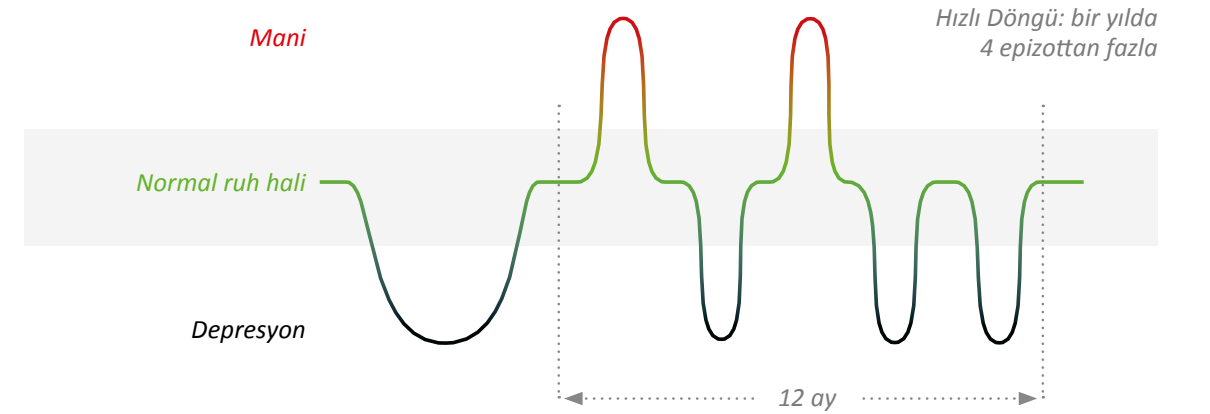
Hastalığın seyri konusundaki araştırmalara göre, çocuk ve ergen yaşlardaki ağır depresif epizotlarda yüksek bir tekrarlama riski (nüksetme riski) vardır. Araştırmalara göre, hastalanma yaşı ne kadar erken olursa, hastalık epizotları o kadar sık görülür ve daha elverişsiz seyreder, örn. yılda birkaç kez, sık aralıklarla çok belirgin hastalık epizotları ortaya çıkar (psikotik belirtilerle de birlikte ortaya çıkar), münferit hastalık epizotları çok uzun sürerse, şikayetlerin azalma durumu çok yetersizse, başka ciddi bedensel hastalıklar veya diğer eşlik eden mental hastalıklar varsa (örn. bağımlılık veya anksiyete bozuklukları) veya intihar düşünceleri veya intihara kalkışma durumları olmuştur.



Hastalığın farklı seyir grupları şöyledir:

Bipolar I Grubu manik ve depresif epizotlarla, **Bipolar II Grubu** depresif epizotlar ve yalnızca hipomanik epizotlarla (mani görülmez) seyreder.

Bipolar bozukluğun diğer özel bir türü de "Hızlı Döngülü" olanıdır. Bu kavramdan, hızlı bir evre değişimi veya önceki yılda bir depresyon veya mani evresinin en az 4 kez bipolar atak olarak görülmüş olması durumu anlaşılmalıdır. Diğer bir türü de "karma" döngülü epizotlardır, bunda eş zamanlı olarak hem depresif hem de manik ya da hipomanik semptomlar görülür. Bu semptomlar günden günde veya saatten saate değişebilir.



Çeşitli terapi evreleri arasında farklılıklar vardır. Bunlardan biri hastalığın akut terapi (depresif veya manik veya "karma" semptomlar) ve remisyon evresidir, yani hastalık semptomlarının azalması durumu. Tedavi edilmediğinde depresif epizot 3 ile 6 ay, mani ise yaklaşık 2 ile 4 ay sürer (Bunlar ortalama değerlerdir! Münferit vakalarda önemli sapmalar görülebilir). Rezidiv profilaksi veya uzun dönemli terapi evresi ile devam edilir ve böylece gelecekte hastalığın yeni epizotlarının engellenmesi amaçlanır.

Özetle, bipolar hastalık depresyon veya mani evrelerinin tekrarlanması ile karakterize edilir. Tedavi edilmemesi durumunda zamanla depresif veya manik evrelerde artış görülebilir. Zamanında yapılacak bir tedavi bir yandan akut rahatsızlıkları azaltmak, diğer yandan da hastalık epizotlarının tekrarlanmasını engellemek veya en azından zayıflatmak amaçlıdır.

BİPOLAR BOZUKLUK BELİRTİLERİ (SEMPTOMLAR)

Depresyon belirtileri

Depresyonun başlıca belirtileri arasında, korkularla birlikte çökkünlük, üzüntü, endişe, çaresizlik, keder, mutsuz olma, boşluk hissi ve hissizlik, zevk alamama durumu ve umutsuzluk halleri sayılabilir. Bunlara ek olarak değersizlik duygusu, kendini küçük görme, suçluluk ve başarısızlık hisleri ile birlikte öz güven hissinin zarar görmesi durumları yaşanır. Ayrıca itici güç ve aktivitelerde azalma ile ilgisizlik hali, pasiflik, karar verememe, hareket etmede yavaşlama ve iç huzursuzluk durumları görülür.

Bunlardan başka, yavaşlayan, tutuk veya zorlaşan düşünme yetisi ile birlikte düşünme ve konuşmanın bozulması, düşüncesizlik, vesvese, konsantrasyon ve dikkat eksikliği, akılda tutma bozuklukları ile birlikte hafıza sorunları, sessiz ve yavaş konuşma, az konuşma, aynı depresif içeriklerin sürekli tekrarı, ayrıca ürkekçe inleme artışı (özellikle yaşlı hastalarda) görülebilir. Depresyon evresindeki bedensel şikayetler çok fazla sayıda olabilir: Yorgunluk ve tükenmişlik hisleri, güçsüzlük, dinlenme ihtiyacında artış, libido kaybı, uykuya dalma güçlüğü ve deliksiz uyku uyuyamama bozuklukları, erken uyanma veya uyku ihtiyacında artış. İştahta azalma ile birlikte kilo verme ya da iştah artışı ile birlikte kilo alma durumları da görülebilir. Depresyonda insanlar ayrıca içlerine kapanırlar, başkaları ile buluşma ve birlikte bir şeyler yapma istekleri kalmamıştır ve sosyalleşmeden kaçınırlar.



ICD-10 SINIFLANDIRMASI

(Psikolojik bozuklukların uluslararası sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü)

a) hafif (F32.0): en az 2 ana ve 2 ek semptom

b) orta (F32.1): en az 2 ana ve 3 - 4 ek semptom

c) ağır psikotik semptomlar hariç/dahil (F32.2 / F32.3): üç ana semptomun tümü ve en az 4 ek semptom, bunlardan birkaçı ağır

Asgari epizot süresi: yaklaşık 2 hafta

ANA SEMPTOMLAR:

- depresif ruh hali
- ilgi kaybı, çaresizlik
- itici güç eksikliği, yorgunluk artışı

EK SEMPTOMLAR:

- konsantrasyon ve dikkat eksikliği
- öz saygı ve kendine güvende azalma
- suçluluk/değersizlik hissi
- olumsuz ve karamsar gelecek perspektifleri
- intihar düşünceleri ve intihar denemeleri
- uyku bozuklukları
- iştahta azalma





Başlıca Depresyon Belirtileri

- Depresif ruh hali
- İtici güçte azalma
- İç huzursuzluk
- Zevk veya ilgi kaybı
- Yorgunluk artışı
- Öz saygıda azalma
- Kendini suçlama
- Ölüm ve intihar düşünceleri
- Bedensel şikayetler (ağrılar)
- uyku bozuklukları
- İştah bozukluğu

Ağır seyreden depresif hastalık evrelerinde psikotik semptomlar görülebilir, örn. yoksullaşma hezeyanı, günah işleme hezeyanı veya suçluluk hezeyanı. Çaresiz bir hastalığa yakalanma hissi veren, hipokondriyal bir hezeyan da görülebilir.

Özetle, depresyonun çok yönlü belirtileri insan olarak var olmanın tüm alanlarını kapsayacak şekilde karakterize edilir:

Yaşama ve hissetme (üzüntü, çökkünlük, çaresizlik),

Düşünme (olumsuz düşünceler, felaket bekleme düşünceleri, konsantrasyon bozuklukları),

Davranış ve itici güç (sosyal geri çekilme ve hareketsizlik) ve

Vücut (huzursuzluk, uyku bozuklukları, ağrılar, iştahta bozulmalar).

Önemli olan, depresif bir hastalık evresinin erken uyarı işaretlerini fark etmektir. Bu erken uyarı işaretleri kişiden kişiye göre farklıdır ve hastalık epizodunun tekrarlanması belirtileridir. Önemli olan, hastanın kendisinin veya yakınlarının bu erken uyarı işaretlerinin farkına varması ve sonra uygun tedavi hizmetlerine başvurulmasıdır. Depresyonun erken uyarı işaretleri örneğin şunlar olabilir: Ruh halinde birkaç saatliğine yaşanan düşüşler, örn. sabahları, performansta düşme, konsantrasyon sorunları, kolayca yorulma, hafif unutkanlık, ağrılar, huzursuz uyuma, ilgi alanlarında, hobilerle uğraşmada veya diğer insanlarla bir araya gelmede azalmalar, motivasyon sorunları, hafif sinirlilik ve çekingenlikte artış.

Ağır depresif epizotlarda önemli bir sorun intihar eğilimidir (intihar düşünceleri veya intihar denemeleri). Var olan intihar tehlikesi için uyarı işaretleri; geri çekilme davranışında artış, umursamazlık, ölüm konuları ve intihar yöntemleri hakkında tartışma, alkol ve/veya uyuşturucu kullanımındaki artıştır. İntihar düşünceleri ile ilgili açıklamalar esas olarak ciddiye alınmalıdır! Yaygın olan "o konuda konuşan kişi nasıl olsa böyle bir şey yapmaz" düşüncesi büyük bir yanılgıdır.

İntihar etmeyi deneyen insanların çoğu önceden bu konu hakkında konuşmuştur. Diğer yanlış bir varsayım ise ilgili insanın intihar etmeyi deneyerek dikkat çekmek istediği şeklindedir – bu olsa olsa çok ender rastlanan bir durumdur. O zamana kadar yeterince tanınmayan veya tedavi edilmemiş olan uzun süreli depresif ruh halinin sonunda intihar denemesinde bulunulması hiç de ender rastlanan bir durum değildir.

Her ne zaman olursa olsun intihar düşüncelerinin veya intihar niyetlerinin ortaya çıkması, esas olarak tıbbi yardım almayı gerektirir!



Başlıca Mani Belirtileri

Mani evresinde öforik yüksek ruh hali, dikkat çekici abartılı neşe, coşku, eleştirici olmayan iyimserlik, abartılı haz gereksinimi, fütursuzluk ve mesafesiz olma halleri görülür. Ender olmayan şekilde hafif sinirlilik, sabırsızlık, can sıkıntısı ve kavgacı özelliklerin görülebildiği disforik bir ruh hali de ortaya çıkabilir. Öz güven artar, kendini aşırı önemli görme, büyüklük duyguları, üstünlük hisleri, kendini haklı bulma durumları görülür. Meşguliyet dürtüsü ve yerinde duramama ile birlikte itici güç ve aktiviteler artar, pek çok şeye başlanır ama sonu getirilemez, düşünme ve konuşma hızlanır, dikkat dağılması artar, fikir uçuşmaları yaşanır. Gerçekçi olmayan planlar, yüksek sesli ve hızlı konuşmalar görülür. Vücutta enerji artışı olur, sınırsız büyük güç hisleri, belirgin şekilde azalan dinlenme ve uyku ihtiyacı, artan libido ile birlikte cinsellik gereksiniminde artış, olası fütursuzluk ile hızlı iletişim kurma halleri görülür. Davranışlarda manik hastalar, abartılı şekilde hoşsohbet ve girişken, sıklıkla dikkatsizdirler, tehlikeleri gerçekçi bir şekilde kestiremezler, düşüncesizce para harcamaya meyillidirler, ölçüsüzlüğe meyillidirler, aceleci kararlar alabilirler, toplum içinde rahat davranırlar, anlaşmazlık ve münakaşaları kışkırtabilirler ve saldırganca da davranabilirler.

Şiddetli manik semptomlarda psikotik belirtiler görülebilir. Sıklıkla büyüklük hezeyanı, dinsel hezeyan ve sevgi hezeyanı ortaya çıkabilir. Ayrıca ağır semptomlarda hem optik hem de akustik tipte duyusal sanrılar (örn. halüsinasyonlar) görülebilir.

Çoğu zaman manik hasta hastalığa karşı anlayışlı değildir, kendisini "hiç olmadığı kadar sağlıklı" hisseder ve "formunun zirvesinde" olduğunu düşünür. Çoğu vakalarda tedaviye anlayış gösterme durumu da yoktur.

Özetle manik semptomların en önemlileri şunlardır: Öz saygıda artış, büyüklük düşünceleri, yaratıcılık gücünde artış, mesafesiz davranma ve kontrolden çıkma, itici güçte artış, çok konuşma dürtüsü, risk almada artış, dikkat dağınıklığı, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, cinsel aktivitelerin artışında kısılma ile birlikte uyku ihtiyacında azalma.

Başlıca Mani Belirtileri

- Ruh halinin nedensiz şekilde yükselmesi, kısmen sinirlilik
- Aralıksız aktivite ve huzursuzluk
- Uyku ihtiyacında azalma
- Çok konuşma dürtüsü
- Sosyal çekingenliklerin kaybolması
- Öz saygıda azalma
- Para ve bağımlılık yapan maddelerin kontrolsüz şekilde kullanımı
- Fikir uçuşmaları
- Kendini aşırı küçük görme
- Aktivitelerde sürekli değişme
- Cüretkar veya saygısız davranma



Mani semptomlarının çok fazla şiddetli olmaması ve ayrıca kısa süreli olması durumunda "hipomani" söz konusudur (maninin hafif türü). Çoğu kez hastanın vücut enerjisinde ve zihinsel yaratıcılığında artış hissettiği, yalnızca birkaç gün veya birkaç hafta süren hafifçe yükselen bir ruh hali vardır.

Hipomani, maninin daha zayıf bir türüdür, genellikle hastalar sosyal bakımdan daha uyumlu ve yeterli öz kontrole sahiptirler.

Hipomanide psikotik semptomlar görülmez. Hastalar genellikle hipomanide olduklarını kendileri de fark etmezler çünkü hipomani halini hoş bir duygu olarak algırlar. Fakat hastanın yakınları hipomanik semptomları genellikle rahatsız edici bulurlar ve semptomları hastanın kendisinden daha erken fark ederler.

Hipomani veya maninin erken uyarı işaretleri arasında, huzursuzluk ve artan gışıkenlikle birlikte abartılı aktiviteler, uyku ihtiyacında azalma, konuşma dürtüsünde artış, iletişim kurma ihtiyacında artış, dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon sorunları ve sinirlilikte artış halleri sayılabilir. Daha önce depresyonun erken uyarı işaretlerinde de belirtildiği gibi, bu erken uyarı işaretleri çok bireyseldir.

Erken uyarı işaretlerinin farkına varılması, tekrarlanan hastalık epizodunun mümkün olduğunca zamanında fark edilmesi ve uygun tedavi önlemlerinin alınabilmesi bakımından önemlidir.

Karma epizot belirtileri

Bir hastalık döneminde hem manik hem de depresif semptomların ortaya çıkması durumunda "karma" epizot söz konusu olur.

Burada manik semptomlarla depresif huzursuzluklar çok kısa bir zaman dilimi içinde yer değiştirir. Depresif ve manik semptomlar yan yana da ortaya çıkabilir. Bu durumda hasta bir yandan sıkıntılı bir ruh halinde iken diğer yandan mesafesiz davranma ve itici güçte artış durumları yaşayabilir. Karma durumlar zor fark edilir ve hastalar için genellikle çok ızdırap vericidir.



MUAYENE (TEŞHİS)

Bipolar affektif bozukluk veya maninin olup olmadığını bulgulayabilecek bir laboratuvar testi yoktur. Teşhis koyulabilmesi için davranış gözlemlene, hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler, güncel semptomların sorularak öğrenilmesi, daha önce var olan şikayetler ve hastalık dönemleri ile ilgili bilgi alınması, tetikleyici etkenlerin ve olası erken uyarı işaretlerinin belirlenmesi ve ayrıca ilave bedensel muayenelerin yapılması (nörolojik ve dahiliye muayeneleri) işlemleri uygulanır. Bu önlemlere kısaca teşhis denir.

Aile anamnezinin alınması da çok önemlidir. Burada özellikle, ailede depresif veya bipolar hastalıkların olup olmadığının öğrenilmesi veya aile üyeleri arasında kaygı bozuklukları ya da bağımlılık hastalıkları gibi başka psikiyatrik hastalıkların görülüp görülmediğinin açıklığa kavuşturulması önemlidir. Bipolar bozukluğun genetik bileşenleri nedeniyle aile anamnezinin özel önemi vurgulanmalıdır.

Hastalarda ayrıca olası alkol ve/veya uyuşturucu kullanma durumları dikkate alınmalıdır. Manik veya depresif semptomlara neden olabilen ilaç veya uyuşturucular vardır.

Özel bir zorluk da manik hastanın kendisini hasta hissetmemesi ve bir doktora başvurmaya hiç de gerek olmadığını düşünmesidir. Bu durumda hastanın doktora başvurması için ısrarcı olanlar genelde yakın akrabaları olmaktadır. Hasta yakınlarının hastaya eşlik ederek doktora gitmeleri ve gözlemledikleri davranış değişiklikleri hakkında bilgi vermeleri çok yardımcı olur. Genellikle hastanın yakınları ilk değişimleri fark ederler, örneğin hastalanma dönemi öncesinde depresif hastalarda sosyal geri çekilmede artış veya bedensel şikayetlerden yakınmada artış görülür. Manik hastanın yakınları ise genellikle ilk önce huzursuzluk artışı, uyku bozuklukları veya aktivite artışı gözlemleyebilirler. Görüşmede depresif veya manik şikayetler araştırılıp bulunur, örneğin itici güç, aktivite, ruh hali, uyku, iştah, sosyal ilgi veya cinselliğe ilgideki değişiklikler. Ayrıca intihar düşünceleri veya intihar niyetleri de araştırılır. İlave olarak depresif veya manik şikayetleri belirlemek için anketler de kullanılabilir.

Bedensel muayenelerde dikkat çekici bulguların olması durumunda, duruma göre örneğin görüntüleme gibi (örn. bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans tomografisi ile beyin tomografisi) başka muayenelerin yapılması gerekir. İlgili diğer organik hastalıkları ayırmak için bir kan testi ile demir değerleri, B12 vitamini ve tiroit değerlerine bakılmalıdır. Hem depresyon hem de mani organik bir hastalığın sonucu da olabilir, bunun ayrımının yapılması gerekir. Ayrıca hasta ve hasta yakınları ile yapılacak görüşmede bipolar bozukluk ile birlikte sıkça görülebilecek hastalıkların da daha önce ya da güncel olarak hastada görülüp görülmediği açıklığa kavuşturulur. Bunlar örneğin, kaygı bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar, bağımlılık hastalıkları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu veya yeme bozuklukları olabilir.

Özetle teşhis koyma, anamnez (hasta ile görüşme), dolaylı anamnez (hasta yakınları ile görüşme), aile anamnezinin alınması, davranış gözlemlene, bedensel muayene, olası tıbbi ek muayenelerden oluşur.

Daha önce de birkaç kez belirtildiği gibi, önceden meydana gelen hastalık dönemleri hakkında tam bir hastalık öyküsü derlenmediği için bipolar hastalık sıklıkla yanlış yorumlanmaktadır. Bu nedenle olası hastalık semptomlarının geriye dönük şekilde (geçmişte olanlara dayanılarak) bir daha kaydedilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bipolar hastalığın olmasından şüphe edilmesi durumunda daima uzman bir doktora sevk (nöroloji ve psikiyatri uzmanı doktor, psikiyatri uzmanı doktor, sinir hastalıkları uzmanı doktor) gerekir. İlgili kişinin 18 yaşından küçük olması durumunda, çocuk ve gençlik psikiyatrisinde uzman bir doktora başvurulmalıdır. Tedavinin yalnızca bir psikoterapist ya da psikolog tarafından yapılması akılcı değildir. Psikoterapi uygulaması daima, bipolar bozukluğun hastalık belirtilerinde deneyimli bir psikiyatr ile iş birliği içinde yapılmalıdır.

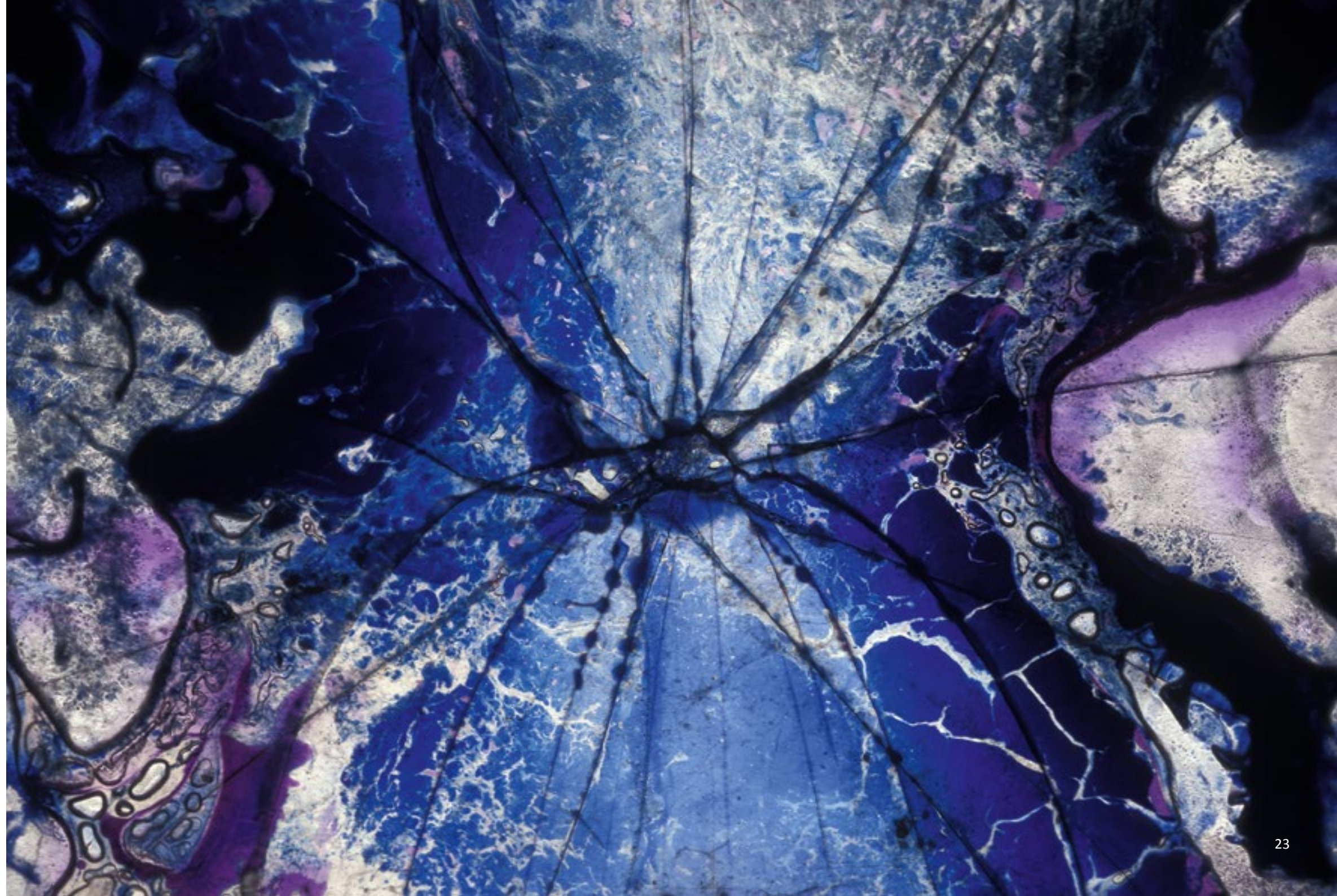
Muayene ve tedavinin yatarak mı ayakta mı gerçekleştirileceği konusuna 40. sayfada değinilecektir.

Bipolar bozukluk diğ er hangi hastalıklarla birlikte görülebilir?

Bipolar hastalıktan muzdarip insanların yaklaşık yarısında ilave başka psikiyatrik hastalıklar görülmektedir, özellikle kaygı veya bağımlılık hastalıkları. Bu ilave psikiyatrik hastalıklar sağıklı ara dönemde (bipolar hastalık epizotları bağılamında)  n plana çıkabilir ve teşhis koymada yanlış değerlendirmelere neden olabilir. Kaygı ve bağımlılık hastalıklarının yanı sıra yeme bozuklukları veya obsesif kompulsif hastalıklar, ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları da görülebilmektedir.

Bipolar hastalık dönemlerinde psikotik semptomların da görülmesi durumunda yanlış bir şekilde sıkça " izofreni" teşhisi de konulabilmektedir.

Bipolar hastalarda bedensel hastalıklara da rastlanabilmektedir. Olaęanüstü sıklıkta kalp dolaşım hastalıkları, kan  ekeri ve metabolizma bozuklukları ve migren görülmektedir.



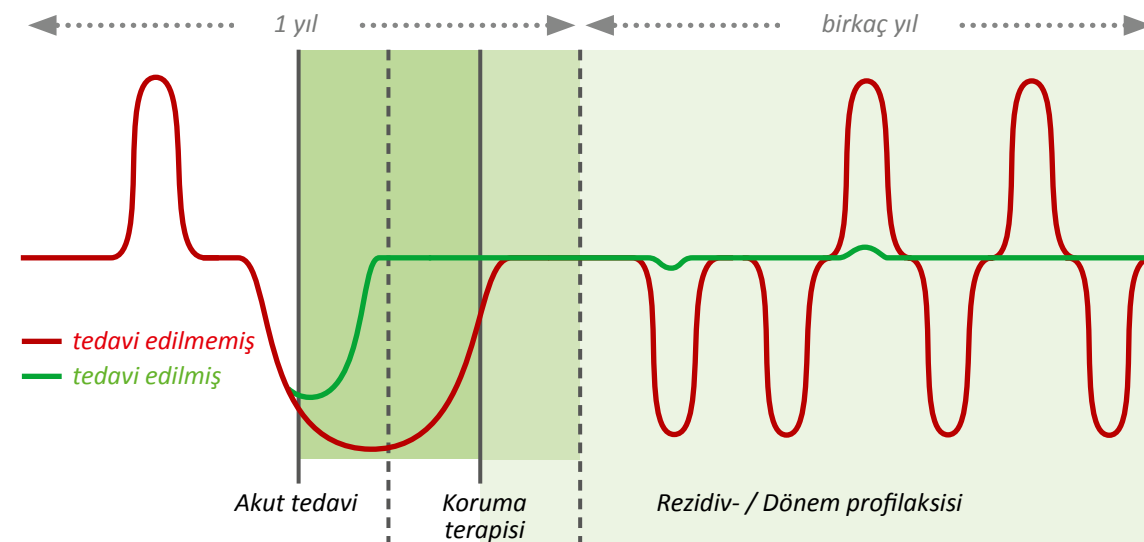
BİPOLAR BOZUKLUĞUN TEDAVİSİ (TERAPİ)

Esas olarak tedavinin kişiye özel şekilde yapılması gerekir, bu, hem akut tedavi hem de önleyici tedavi (dönem profilaksisi) için geçerlidir. TERAPİ, ilaçla tedavinin çok önemli bir yapı taşı oluşturduğu çeşitli tedavi stratejilerinin daima birleştirilmesinden oluşur. Esas olarak hastalığın belirtileri ve seyri, ayrıca planlanan terapi önlemleri ile hastanın kendisi ve hasta yakınları hakkında ayrıntılı bilgilere ve aydınlanmaya ihtiyaç vardır.

İlaçla tedavinin amacı ruh hali, itici güç ve uyku-uyanıklık döngüsünü normalleştirmek ve ayrıca diğer hastalık dönemlerini engellemektir.

Sosyal entegrasyon, öğrenme ve eğitim kabiliyeti ve mesleki yeterliliğin tekrar sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla, hasta yakınlarının ve ailenin dahil edilmesiyle yapılan psikoterapi ile psikososyal önlemler tedavinin önemli diğer unsurlarıdır.

Bir tedavinin safhaları



Bipolar hastalığın tedavi edilmemesi durumunda daima tekrarlayan hastalık dönemlerine dönüş yapması (rezidiv) ve özellikle depresif epizotlarda intihar riskinin (intihar eğilimi) olması bilgisi çok önemlidir. Bu nedenle, sonraki hastalık dönemlerinin önlenmesi için tedavi olanakları hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi çok önemlidir (dönem profilaksisi).

İlaçla tedavide akut terapi, koruma terapisi ve dönem profilaksisi arasında farklılıklar vardır.

Akut terapi, depresif veya manik akut şikayetleri azaltmak amacıyla uygulanır, esas olarak bu uygulama ilaçlarla ve eşlik eden psikoterapötik görüşmelerle yapılır. Koruma terapisi şikayetlerden kurtulmayı ve ilaçla tedaviyi sürdürme isteğini pekiştirmeyi amaçlar. Burada da ilaçla tedavinin sürdürülmesi ve psiko-terapinin yerleştirilmesi çok önemlidir. Dönem profilaksisi, hastalık epizotlarının tekrarlanmasını engelleyerek hastanın devam eden süreçte ruhsal ve sosyal gelişiminin (özellikle ergenlik çağındaki gençler ve genç erişkinler) olumsuz etkilenmesini önlemeyi amaçlar.

Ayrıca hem hastanın kendisi hem de hasta yakınları tarafından hastalığın kabullenilmesi hedefi güdülür. Dönem profilaksisinde hem ruh halini dengeleyici ilaçlar kullanılır hem de psikoterapi uygulanır. Yardım-laşma gruplarından destek alınması çok yararlı olabilir.

Multimodal tedavinin hedefleri		
AKUT TERAPİ	KORUMA TERAPİSİ	DÖNEM PROFİLAKSİSİ
<ul style="list-style-type: none">Akut depresif veya manik semptomların önlenmesi	<ul style="list-style-type: none">Şikayetlerin giderilmesiİlaçla tedavinin kabullenilmesini sağlama	<ul style="list-style-type: none">Hastalık dönemlerinin tekrarlanmasının önlenmesiPsikososyal olumsuzlukların önlenmesiHastalığın kabullenilmesinin sağlanması
<ul style="list-style-type: none">İlaçlarPsikoterapötik görüşmelerPsikoeğitim	<ul style="list-style-type: none">İlaçlarPsikoterapi / PsikoeğitimRehabilitasyon planlaması	<ul style="list-style-type: none">Ruh halini dengeleyici ilaçlarPsikoterapi

Maninin ilaçla tedavisi

Akut mani tedavisinde daima ilaçla tedavi uygulaması yapılır. Bunun için kullanılan çeşitli ilaçlar vardır. Hangi ilacın kullanılacağına kişiye göre değerlendirme yapılarak karar verilmelidir.



Lityum

Kullanım alanları:

- ✓ Bipolar hastalıkta rezidiv profilaksi
- ✓ Akut manide ve depresyonun birlikte tedavisinde
- ✓ İntiharların önlenmesinde

Bunlara dikkat edilmelidir:

- × Ön ve düzenli kontrol muayeneleri
- × Düzenli alım ve kan düzeyi kontrolleri!
- × Olası yan etkileri: Baş dönmesi, mide bulantısı, ishal, susama hissinde artış, titreme, akne, kilo alma, tiroit ve böbreklerde değişimler
- × Kullanmayı aniden bırakmayın!

Öforik manide **Lityum** (örn. Quilonum retard®, Hypnorex®) hem akut manik şikayetlerin tedavisinde hem de manik dönemlerin engellenmesinde kullanılabilecek ilk seçenektir. Lityum, doğada lityum tuzları şeklinde bulunan bir elementtir. Lityum tedavisi tam ve özenli bir uygulama gerektirir. Lityum tedavisine başlanabilmesi için öncesinde bir dizi muayenenin yapılması gerekir.

Lityum kullanımı esnasında da yine düzenli kontrollerin yapılması gerekmektedir. Özellikle böbrek ve tiroit işlevleri kontrol edilmelidir. Lityum kan düzeyi tedavinin başlangıcında düzenli kan alımları ile belirlenir, sonraları bu işlem daha büyük aralıklarla uygulanır. Lityum tedavisinin başlangıcında sıkça ellerde titreme, yorgunluk, baş dönmesi, mide bulantısı ve ishal görülebilir. Bu şikayetler tedavi süresi ilerledikçe gittikçe daha az görülür. Akut maninin tedavisinde kandaki lityum düzeyi 1,0 ve 1,2 $\mu\text{mol/l}$, profilaktik tedavide (rezidiv profilaksi) ise lityum düzeyi 0,6 ile 0,8 $\mu\text{mol/l}$ olmalıdır. Lityum düzeyinin aşılması durumunda (örn. çok yüksek miktarda lityum alımı nedeniyle) zehirlenme belirtileri (intoksikasyon) görülebilir. Bu tür zehirlenmeleri önlemek için daima ilgili doktor tarafından tavsiye edilen miktarda lityum alınması gerekir.

Düzenli kontrol muayeneleri (yakl. yılda 3-4 kez) yapılmalı özellikle böbrek ve tiroit değerlerine bakılmalıdır. Ateşli hastalıklarda veya ishal rahatsızlıklarında vücutta büyük miktarlarda elektrolit (örn. sodyum, potasyum, kalsiyum) ve su kaybı yaşanır ancak lityum boşaltımı sınırlıdır, bu nedenle kandaki lityum düzeyi çok yüksek oranlara çıkabilir. Çok fazla terleme de (sıcak ülkelerde tatil yapma, sauna, fazla oranda vücutsal aktivite) kandaki lityum düzeyini yükseltebilir. Yemeklik tuzun az kullanımı ile yapılan bir diyet tehlikeli olabilir. Daima yeterli miktarlarda su ve yemek tuzu alımına dikkat edilmelidir. Belirli ilaçlarla (örn. diüretikler, Ibuprofen veya Diclofenac gibi ağrı kesiciler) yapılan tedavi de tehlikeli durumlara yol açabilir. Başka diğer ilaçları kullanmadan önce, bunların lityum ile kullanılmalarının zararsız olup olmadıklarını tedavi eden doktora kesinlikle sorun. Esas olarak lityum alımı birden (aniden) kesilmemelidir.

Lityum tedavisine olası alternatif olarak antikonvülzanlar (Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin) ve/veya antipsikotikler verilebilir.

Carbamazepin (örn. Tegretal®, Timonil®) başlangıçta nöbet bozukluklarının (epilepsi) tedavisinde kullanılan ama antimanik ve profilaktik etkisi de olan bir ilaçtır. Burada da ilacın kan seviye kontrollerinin yapılması gerekmektedir.

İlacın yan etkileri olarak yorgunluk, dengesiz yürüme, iştah azlığı, mide bulantısı, kusma ve ciltte alerjik reaksiyonlar ile karaciğer ve kan değerlerinde değişimler ortaya çıkabilir. Yan etkileri nedeniyle Carbamazepin, tedaviye yanıt alınamaması veya lityum kullanımına intolerans gösterilmesi durumunda yalnızca ikinci veya üçüncü seçenek olarak verilmelidir. Carbamazepin, lityum ile kombine de edilebilir, ancak bu durumda kuvvetli yan etkiler ortaya çıkabilir. Esas olarak Carbamazepin kullanımında, diğer ilaçlarla ve gıda maddeleri (örn. greyfurt suyu) ile çok sayıda karşılıklı etkinin meydana gelebileceği dikkate alınmalıdır.

Carbamazepin'e yeni ve başka bir alternatif olarak **Valproat** (veya valproik asit, örn. Ergenyl®, Orfiril®) düşünülebilir, aynı şekilde hem maninin akut tedavisinde hem de dönem profilaksisinde kullanılabilir (ancak yalnızca erkek hastalarda). Özellikle bipolar hastalığın seyrinde özel bir evre olan "Hızlı Döngü" döneminde lityum kullanımının etkili olmaması durumunda Valproat olası bir alternatiftir. Valproat'ın yan etkileri olarak mide ve bağırsak şikayetleri, titreme, yorgunluk, kilo alma ve saç dökülmesi ile karaciğer değerlerinde artış ve kan değeri bileşimlerindeki değişimler sayılabilir. Ayrıca akut pankreas iltihaplanması meydana gelebilir, aniden görülen karın ağrılarında bu yan etki akla gelmelidir. Pankreas değerlerinin düzenli kan kontrollerinin yapılması gereklidir.

Dönem profilaksisinde bir başka tedavi seçeneği de antikonvülzan grubundan **Lamotrigin** (örn. Lamictal®) kullanımıdır, özellikle depresif epizotlarda etkilidir fakat manik epizotların önlenmesinde daha az etkilidir. Doz 200 mg/gün olarak uygulanır, bazen de 300 mg/gün değerine kadar çıkabilir. Genelde iyi tolere edilmekle birlikte eklem ağrıları, baş dönmesi ve ciltte alerjik reaksiyonlar en sık görülen yan etkilerdir. Çok hızlı doz artırımında (uzmanlık bilgisini dikkate alın) ve eş zamanlı olarak Valproat veya Carbamazepin alımında, ender, hayati tehlike oluşturabilecek cilt reaksiyonları ortaya çıkabilir.

Diğer alternatifler olarak akut maninin tedavisinde **Antipsikotikler** kullanılabilir, ayrıca daha önceden Lityum ve/veya Lamotrigin veya Valproat ile başlanmış olan dönem profilaksisine ek tedavi olarak da uygulanabilir. Antipsikotiklerin ilave edilmesiyle dönem profilaktiklerinin tesiri artırılabilir. Kullanılan daha yeni antipsikotikler ("ikinci nesil" nöroleptikler veya "atipik antipsikotikler" de denilen) örneğin şunlardır: Aripiprazol (Abilify®), Asenapin (Sycrest®), Olanzapin (Zyprexa®), Quetiapin (Seroquel®, Seroquel Prolong®), Risperidon (Risperdal®) ve Ziprasidon (Zeldox®). Bu ilaçlarda da çeşitli yan etkiler görülebilir, bunların kullanımında da uygun kontrol muayenelerinin yapılması gerekir.

Hangi ilacın veya hangi ilaç kombinasyonunun kullanılacağı, doktorla görüşülmesi gereken, daima kişiye göre değişen bir karar olarak saklı kalmalıdır.

Bipolar depresyonun

ilaçla tedavisi

Bipolar bozukluğun tedavisinde esas olarak (bipolar bozukluktaki bir depresif epizotta) ilaçlı ve ilaçsız terapi stratejileri arasında bir ayrıma gidilir. İlaçla tedavi için antidepresanlar, duygudurum dengeleyiciler (ing.: mood stabilizer) ve atipik antipsikotikler kullanılabilir.

Duygudurum dengeleyici ilaçlarla yapılacak tedavi ilke olarak bipolar hastalığın ilaçla tedavisinde temeli oluşturmalıdır. Daha hafif depresyonlarda tedavi için tek başına duygudurum dengeleyicilerin kullanılması genellikle yeterlidir.

En iyisi **Lityum ve Quetiapin** (bir atipik antipsikotik) etkisinin araştırılmasıdır. Quetiapin özellikle antidepresif olarak etki eder ama antimanik etkisi de vardır. Lityum, bipolar hastalıkta kullanılan hem antimanik hem de antidepresif olarak etki eden tek ilaçtır, "antisüisidal" olarak da etkilidir, yani intihar düşüncelerini veya intihar niyetlerini (intihar eğilimi) azaltabilir. Bipolar bozukluktan muzdarip hastalarda intihar eğilimi bilhassa çok yüksek olduğu için bu özellikle önemlidir. Olası yan etkileri, kan seviyesi kontrolleri ve düzenli kontrol muayeneleri için bakınız sayfa 28/29.

Olası bir alternatif olarak bipolar depresyonda antikonvülsan **Lamotrigin** de kullanılır. Lamotrigin duygudurum dengeleyici olarak sonraki depresif epizotların önlenmesi gerektiği durumlarda özellikle dönem profilaksisi için akılcıdır. Önemli bir nokta, Lamotrigin doz artışının çok yavaş bir şekilde yapılması gerektiğidir, aksi takdirde tehlikeli alerjik cilt reaksiyonları ortaya çıkabilir (bakınız yukarı).

Özetle, bir bipolar depresyonun var olması durumunda önce Quetiapin'e geçilmeli sonra da bir mood stabilizer (duygudurum dengeleyici) ile devam edilmelidir. Bu önlemin tek başına yeterli olmaması durumunda, ağır bipolar depresyonda kısa süreli ilaçla tedavinin ek bir antidepresanla desteklenmesi akılcıdır.

Bipolar depresyonda antidepresanla yapılan tedavide korkulan bir komplikasyon da "switch riski" dir: Bu durumda kullanılan antidepresanın tetiklemesi sonucunda gelişebilen depresyondan maniye geçme hali yaşanır. Özellikle örn. trisiklik antidepresanlar gibi „eski antidepresanlar” için yüksek bir switch riski söz konusudur. Bu nedenle bundan kaçınılması iyi olur ve görece daha düşük switch riski olan selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) örn. Sertralin veya Citalopram ya da Bupropion kullanımı tercih edilebilir. Alternatif bir antidepresif ilaç tedavisi de yine düşük switch oranına sahip MAO inhibitörleri ile örneğin Tranylcypromin veya Moclobemid kullanılarak uygulanabilir.

Bipolar depresyonun psikoterapötik tedavisi 34. sayfada gösterilmiştir.



Manik-depresif karma durumların ilaçla tedavisi

Manik-depresif karma durumların tedavisi özel bir zorluğa sahiptir, çünkü bir epizot içinde manik ve depresif semptomlar sıkça değişmektedir. Karma durumları daha da kötüleştirebileceği için antidepresan kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. En iyi araştırılan Valproat ve Olanzapin kullanımıdır, Carbamazepin de bir alternatiftir. Gerekirse çeşitli kombinasyon tedavileri de kullanılabilir, örn. Lityum + Carbamazepin veya Lityum + Valproat veya Carbamazepin + Valproat veya Lamotrigin + Carbamazepin. Alternatif olarak duygudurum dengeleyici ilaçlar ikinci nesil antipsikotiklerle, örneğin Lityum + Quetiapin veya Olanzapin kullanılabilir.

Önleyici tedavi (Rezidiv profilaksi)

Daha önce de birkaç kez belirtildiği gibi bipolar hastalık, tekrarlanan epizotlarla ortaya çıkan, çoğu durumda hayat boyu süren, uzun dönemli ilaç tedavisi gerektiren bir rahatsızlıktır. İlk defa ortaya çıkan ağır bir epizotta veya intihar eğilimi ile ortaya çıkan bir ilk epizotta veya bipolar hastalıklara ailesel bir yatkınlık durumunun var olması durumunda önleyici ilaç tedavisinin daha ilk atak (dönem) sonrasında başlatılması gerekir. Diğer vakalarda ikinci

epizot sonrasında bir dönem profilaksisine başlanması gerekir. Uzun dönemli tedavinin amacı, depresif veya manik dönemlerin tekrar ortaya çıkmasını önlemektir. Dönem profilaksisinin amacı, hastalık dönemlerinin tekrarlanmasının önlenmesinin yanı sıra, hastanın hiçbir şikayeti olmaması ve psikososyal durumunun (eğitim, mesleki faaliyet, aile entegrasyonu) olumsuz etkilenmesidir. Bipolar hastalığın önleyici tedavisi çoğu durumda ömür boyu bile sürebilen uzun dönemli bir tedavidir.

Bipolar hastalıkların bu uzun dönemli tedavisi Lityum, Carbamazepin, Valproat ve Lamotrigin gibi duygudurum dengeleyici ("mood stabilizer") ilaçlarla yapılır. İlave olarak ikinci nesil antipsikotikler (atipik antipsikotikler) de kullanılabilir.

Seçim kişiye göre yapılır ve sonrasında hangi ilacın akut terapide veya koruma terapisinde etkili olduğuna veya hangi ilacın daha önceden ilgili hastalarda veya hasta yakınlarında etkili olduğuna, hangi ilacın iyi tolere edilmiş olduğuna ve yeni hastalık dönemlerini önlemek için yeterli etkiyi gösterip göstermediğine bakılır. Düzenli, güvenilir ilaç kullanımı tabii ki hastalığın hasta tarafından kabul edilmesini gerektirir. Ayrıca ilaç seçiminde hastada mental veya bedensel başka ilave hastalıkların olup olmadığı ve intihar tehlikesinin olup olmadığı gibi etkenler dikkate alınmalıdır.

Bipolar bozuklukta dönem profilaksisi tedavisi için altın standart veya tercih edilen ilk seçim Lityum'dur. Antimanik ve antidepresif tesirinin yanı sıra kendi başına "anti-

suisidal" tesire de sahip yegane duygudurum dengeleyici ilaçtır. Lityum tipik manik-depresif süreçlerde oldukça iyi bir tesire sahiptir. İlaç alımında yüksek bir uyumluluk (kompliyans) gerektirir. Kan seviyesi kontrolleri, olası yan etkileri ve düzenli kontrol muayeneleri ile ilgili olarak 28/29. sayfaya bakınız.

Tesir etmemesi veya intolerans durumunda Lityum'un alternatifleri özellikle "Hızlı Döngülü" hastalarda veya manik-depresif karma epizotlarda Valproat ve Carbamazepin'dir. Kontroller ve görülen yan etkilerle ilgili olarak 28/29. sayfaya bakınız. Bipolar hastalıklar kapsamında depresif epizotların önlenmesi için diğer bir alternatif ise Lamotrigin'dir. Bu noktada doz artırımının yavaş yavaş yapılması gerekliliği bir daha hatırlanmalıdır, aksi takdirde tehlikeli cilt reaksiyonları ortaya çıkabilir.

Dönem profilaksisinde diğer olası ilaç stratejileri ise atipik antipsikotikler olan Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol ve Risperidon (bakınız yukarı) kullanımıdır. İlgili kontrol muayeneleri ile ilgili olarak 29. sayfaya bakınız.

Psikoterapi ve psikoeğitim

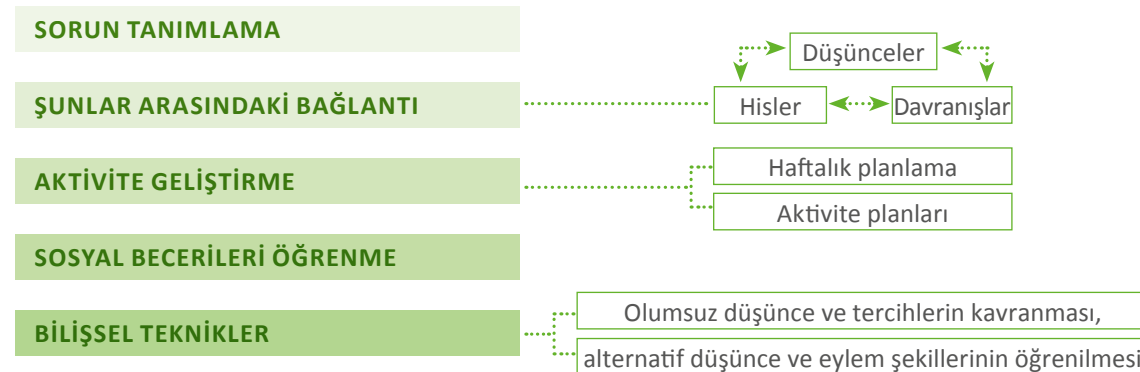
Bipolar bozukluklarda **psikoterapinin** amacı farklı hastalık etkenlerine etkide bulunmak, özellikle strese neden olan faktörleri ve hastalığın duygusal sorunlarını zamanında tanımak, yeniden tekrarlama korkusunu, hastalık nedeniyle damgalanma sorunlarını, ayrıca sosyal sonuçlarını ve etkilerini psikoterapide ele almaktır.

Ağırlık noktası sosyal ritimin düzene sokulmasıdır (örn. düzenli uyku saatleri, vardiyalı çalışmama, bakınız aşağıdaki bilgiler). Kişiler arası psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi ve aile terapisi yöntemi gibi farklı psikoterapötik yaklaşımlar kullanılır. Dengeleme stratejileri, stresli "yaşam olayları"nın tanınması, uyku ritmindeki bozulmaların giderilmesi, ömür boyu sürebilecek ilaç kullanma güçlüğü, farklı terapötik yöntemlerdeki başlıca konulardır.

Ağırlık noktasını sosyal yaşam ritminin dengelenmesine vermek çok önemlidir. Özellikle düzenli ve yeterli uyku hedefiyle uyku-uyanıklık döngüsünün dengelenmesi önceliklidir. Ayrıca uyku düzenini aksatan, örneğin vardiyalı çalışma, düzensiz çalışma tarzı veya mesleki zaman baskıları gibi etkenler aranır.

Depresif ruh hali dönemlerinde aktifleştirme yapılması ve günün organize edilmesi, hipomanik veya manik ruh hali dönemlerinde ise uyarıcı etkenlerin azaltımı ile aşırı uyarılmadan kaçınılması gerekir. Önleme amacıyla erken uyarı işaretlerinin fark edilmesi önemlidir, örneğin depresif bir dönemden önce sıklıkla uyku bozuklukları görülmektedir.

Davranışçı terapide tedavi aşamaları



Bireysel erken uyarı işaretlerinin tanınması ve öz algılamanın gereğince iyice öğrenilmesi psikoterapinin konusudur. Davranış terapisinde depresyonu besleyen düşünce ve davranış şekillerini azaltma teknikleri öğrenilir. Aynı şekilde stresi azaltan çeşitli rahatlatma teknikleri öğrenilebilir. Aile terapisinde psikoeğitimin ve Kırılganlık Stres Modellerinin aktarılmasının yanı sıra erken uyarı işaretleri, ilaçla tedaviye bağlılığın iyileştirilmesi, ailevi anlaşmazlık durumlarının ve ailevi iletişimin iyileştirilmesi ile stres azaltımının gerçekleştirilmesi konuşulur.

Psikoeğitimde hasta ve hasta yakınlarına, hastalık, değişik açıklama modelleri ve tedavi stratejileri hakkında bilgi verilmelidir. Önemli bir ağırlık noktası da hastalığın nüksetmesini önlemektir (rezidiv profilaksisi), bunun için hastalığın kabul edilmesi ve önleyici ilaçları alma içgörüsü çok önemlidir. Hasta ve ailesi ne kadar iyi bilgilendirilirse iş birliği ve hastalığı kabul da o derece verimli olur.

Zorlayıcı ve strese bağlı etkenlerin ve olası baş etme stratejilerinin çalışılması, kendi kendini gözlemlene ve erken semptomları zamanında fark etme yetisinin öğrenilmesi ve gerektiğinde uygun kriz yönetiminin uygulanması da yine psikoeğitimin kapsamına girer konulardır.

Psikoterapi ve psikoeğitim yardımıyla, hasta ve ailesinin hastalığı daha iyi anlayarak stres yapan etkenleri azaltabilmelerini ve ayrıca hastalıkla ilgili baş etme stratejilerini öğrenmelerini sağlamak

mümkündür. Düzenli olarak ilaçla tedavi yapılması içgörüsü desteklenir. Günün organize edilmesi, aktive ve rejenerasyon dönemlerinin planlanması ve ayrıca rahatlatma olanaklarının öğrenilmesi ilgili konulardır. Tekrar hastalanma sıklığından sakınmak ve şikayetsiz dönemleri desteklemek için psikoterapi ve psikoeğitim yardımıyla bipolar hastalıklardaki ilaçlı rezidiv profilaksisi tamamlanabilir.

Psikoterapi ve psikoeğitimin amaçları

- ✓ Gün organizasyonunun yeniden yapılması
- ✓ Dengeli bir gündüz ve gece döngüsünün çalışılması
- ✓ Depresyonda aktivitelerin oluşturulması
- ✓ Manide dürtü azaltımı
- ✓ Sosyal becerilerin iyileştirilmesi
- ✓ Hastalıkla baş etme (koping) çalışmaları
- ✓ Bireysel stres etkenlerinin tanınması ve azaltılması
- ✓ Nüksetmeye neden olan tetikleyici durumların tanınması

Tamamlayıcı tedavi stratejileri

Işık terapisi

Işık terapisi özellikle mevsime bağlı depresyon durumlarında tamamlayıcı tedavi unsuru olarak kullanılabilir.

Bunlar özellikle sonbahar ve kış aylarında ortaya çıkan depresif dönemlerdir. Mevsime bağlı bu depresyonlarda "atipik" olarak tanımlanan karakteristik semptomlar ortaya çıkar. Bu semptomlar örneğin, uyku ihtiyacında artış, karbonhidratlara karşı aşırı iştah, iştah artışı ve kilo alımıdır. Mevsimsel duygudurum dalgalanmaları olan hastalara ışık terapisi tavsiye edilebilir.

Işık terapisi 10000 Lux ışık şiddetinde, tercihen sabahları 30 dakika uygulanmalıdır. Işık terapisi duruma göre tüm kış ayları boyunca tavsiye edilebilir. Işık terapisinin bipolar depresyonlarda kullanımı konusunda bu güne kadar çok az sayıda araştırma yapılmıştır. Tamamlayıcı olarak bu uygulama burada da kullanılabilir.

Uyku deprivasyonu (uykudan mahrum bırakma terapisi)

Depresyonlarda, ayrıca bipolar depresif hastalıklarda uykudan mahrum bırakma (uyku deprivasyonu) terapisinin kullanılması düşünülebilir.

Özellikle günlük duygudurum dalgalanmaları sabahları dip yapmaya meyilli hastalar uyku deprivasyonuna çok iyi yanıt vermektedirler. Esas olarak uykudan mahrum bırakma tedavisinin etkisi yalnızca kısa sürelidir, müteakip gece uykusuyla birlikte bu etki ortadan kalkar. Fakat bu terapi birkaç kez tekrarlanabilir (haftada 2-3 kez).

Bipolar depresyonun yanı sıra bilinen bir nöbet bozukluğu olan hastalar uyku deprivasyonu ile tedavi edilmemelidir.

Uykudan mahrum bırakma tedavisinin yan etkisi olarak manik epizotların tetiklenme riski vardır. Bu durum özellikle "Hızlı Döngülü" bipolar hastalar için geçerlidir.

Elektrokonvülsif terapi (elektroşok terapisi)

Elektroşok terapisi hem bipolar depresyonlarda hem de manilerde etkilidir.

Bu yöntem öncelikli olarak psikotropik ilaç tedavisine hiç veya yeterince yanıt vermeyen depresif epizotlarda kullanılır. Hezeyanlı depresif hastalıklarda elektroşok terapisi özellikle göstergelenmiştir. Besin ve sıvı alımının reddedildiği şiddetli depresif epizotlarda yine elektroşok terapisi tavsiye edilir.

Bu terapi yalnızca bu konuda uzmanlaşmış merkezlerde yapılır, yüksek güvenlik standartları ve anestezi altında daima hassas gözetim gereklidir. Talep edilen kontrol muayenelerine uygun davranılması durumunda elektroşok terapisi güvenli bir tedavi yöntemidir.

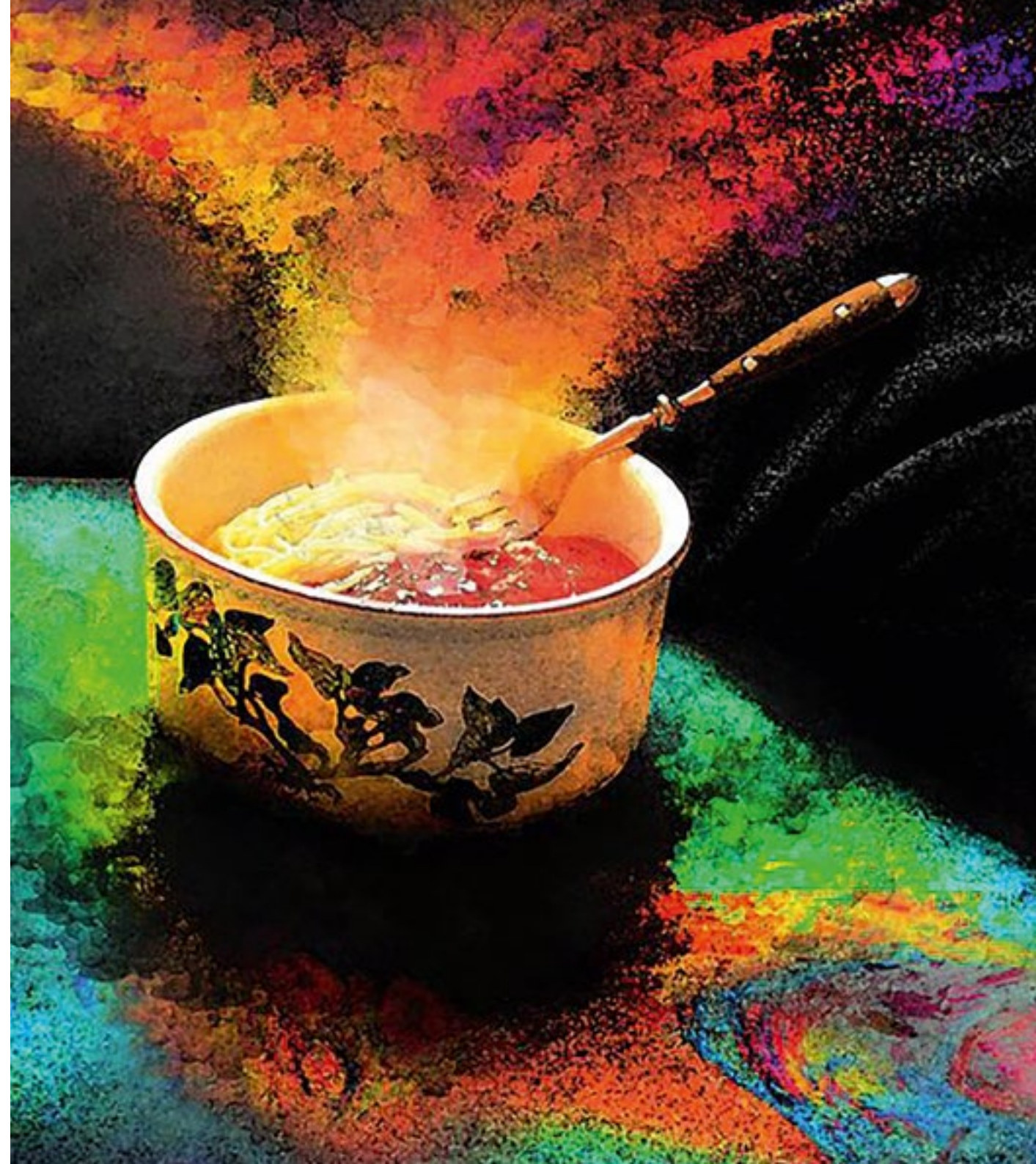
Yaşam tarzı – Beslenme ve spor

Beslenmemizin ve hareketli bir yaşam sürmemizin beden ve ruh sağlığını çok büyük etkisi vardır. Psikotropik ilaç kullanımı nedeniyle birçok hasta önemli oranda kilo almaktadır. Ayrıca bipolar bozukluk, şeker ve yağ metabolizmasında kendi başına olumsuz değişimlere neden olmaktadır.

Bu durumda kilo fazlalığı yalnızca öz güveni baskılamakla kalmayıp ağır vücutsal sorunları da tetikleyebilir. Özellikle şeker hastalığı ve örn. yüksek tansiyon gibi kalp damar rahatsızlıklarına yakalanma riski belirgin şekilde artar. Bu nedenle kişinin bireysel hastalık riskini uygun beslenme ve düzenli hareketlerle azaltması akılcıdır. Düzenli hareket yalnızca vücut sağlığını iyileştirmekle kalmaz ayrıca kanıtlı şekilde antidepresif ve zindeliği artırıcı etkisi de vardır. Size, sorunlarınızı aşmada kullanabileceğiniz daha çok enerji kalır.

Beslenme

Psikotropik ilaçlar kendi başlarına şişmanlatmaz, ama belirli psikotropik ilaçlar tarafından tetiklenen metabolizma değişimleri ve yatıştırma etkisi bazal metabolizma hızını azaltabilir ve karbonhidratlara karşı aşırı iştah nedeniyle kalori alımında artışa neden olabilir. Sonuç olarak vücut yağ oranında belirgin şekilde artış olması ender bir durum değildir. Böyle bir durumun ortaya çıkması halinde yan etkileri daha az görülen olası alternatif ilaçların kullanılıp kullanılmayacağı ilgili doktorla görüşülebilir.



İyi bir beslenme nasıl olmalıdır? Herkeste istenen başarıyı sağlayabilecek "belli bir" beslenme şekli yoktur. Hangi beslenme şeklinin seçileceğine bireysel şekilde düşünülüp karar verilmelidir.

Spor ve bedensel aktivite

Düzenli hareket ve spor aktiviteleri hayatın ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Spor yapmanın eklem ve kemikleri güçlendirme, kas kütlelerini artırma, kalp dolaşım sistemini çalıştırma gibi birçok bedensel avantajlarının yanı sıra, depresif ruh haline karşı da etkili olduğu kanıtlanmıştır. Uygun bir beslenme ile birlikte dozu doğru şekilde ayarlanmış spor yapmak, sağlığını kısa ve uzun dönemde iyileştiren iyi bir araçtır. Kondisyon antrenmanlarında yüzmeye, bisiklet sürme, yürüyüş veya gezinti gibi olabildiğince eklemlere iyi gelen spor türlerinde karar kılmalısınız. Spor yapma yoğunluğu o kadar da önemli değildir. Önemli olan düzenli olarak hareket etmek ve kendinizi doğaya ve güneş ışığına bırakmanızdır. Haftada iki kez otuzar dakika yürümenin veya gezinti yapmanın sağlığı olumlu etkilediği kanıtlanmıştır. Sporla yoğun bir şekilde uğraşmaya başlamadan önce kendinizi, olası kalp dolaşım hastalıklarına ve diğer risk faktörlerine karşı aile hekiminize tedbir amaçlı muayene ettirmelisiniz. Ayrıca spor yapmanın yanı sıra rejenerasyona da dikkat etmelisiniz.

Ayakta veya yatarak tedavi

Bipolar bozuklukta şiddetli semptomlar nedeniyle oluşabilecek acil durumlarda yatarak tedavi gündeme gelir. Bu tür acil durumlar geçirilen ağır depresyonlar kapsamında intihar eğilimi ile (intihar niyeti ve teşebbüsleri) ortaya çıkabilir. Depresyonlu veya manik depresif karma dönemli hastalarda esas olarak intihar tehlikesi vardır. İntihar hakkında konuşan insanların intihar etmeyeceğini söylemek bir yanılgıdır. İntihar riskinin belirtileri arasında önceden yapılan intihar girişimleri, akrabalarda yaşanmış olan intiharlar veya intihar girişimleri, güncel intihar düşünceleri veya bunu dillendirmiş olma, artık yaşamak istememe, veya bir intihar girişimi planlamaları, nedensiz suçluluk duyguları ile birlikte hezeyan semptomları veya günah işleme hezeyanları, saldırganlık, huzursuzluk, hasta yakınlarına yalnızca yük olduğu beyanları, artık değersiz olduğuna inanma, sükunet arzusu, sosyal olarak geri çekilme, ümitsizlik açıklamaları olabilir.

İntihar eğiliminde çoğunlukla yatarak tedavi uygulaması gerekir. Hastalık içgörüsünün çoğunlukla olmadığı manik semptomlarda dürtü kontrolünü sağlamak için yatarak tedavi çoğu kez gereklidir. Tıbbi otoriteler tarafından gerekliliği belirtilmesine rağmen ilgili hastanın yatarak tedaviyi onaylamaması durumunda, kendine veya başkalarına zarar verebilme olasılığından hareketle, hasta razı olmasa bile yatarak tedavi uygulamasının yapılması gereklidir. Alınacak bir sağlık hizmetleri vekaletnamesi çok işe yarayabilir. Burada söz konusu olan şey hastanın sağlıklı bir zamanında hazırlayacağı irade beyanıdır. Hasta bu irade beyanında, akut hastalık dönemlerinde kendisi adına karar alabilecek güvendiği kişilere vekaleten yetki vererek örneğin, sağlık bakımı, mal varlığının yönetimi veya ikamet edilecek yerler hakkında düzenlemelerde bulunabilir. Hasta ya da hasta yakınlarının kriz durumlarında kime başvurabilecekleri konusu, hasta ve yakınlarınca sağlıklı zamanlarda karara bağlanmalıdır. Bu şekilde yapılacak bir kriz planı acil durumlarda çok hızlı bir biçimde yardım alabilmeyi sağlar. Bu kriz planında irtibat kişileri, telefon numaraları ve erişilebilirlik de yer almalıdır (örn. tedaviden sorumlu doktorun, acil hizmetlerin ve en yakındaki hastanenin telefon numaraları).

Yatarak tedavi gerektiren haller:	<ul style="list-style-type: none">× Şiddetli semptomlar× Bedensel engeller× Kendisine ve/veya başkalarına tehlike oluşturma× Ayakta tedavi önlemlerinin tüketilmesi× İlaçla tedaviye yanıt vermemesi ve terapiye karşı direnç
------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BİPOLAR BOZUKLUKLA AKTİF ŞEKİLDE BAŞ ETME

Hastalığın olumlu bir şekilde seyredebilmesi için hasta ve hasta yakınlarının bipolar hastalıktan pasif bir şekilde "ızdırap çekmeleri" yerine hastalıkla aktif ve açık bir şekilde baş etmeye çalışmaları önemlidir.

Hasta ve hasta yakınları için hastalığın neden olduğu çeşitli yüklerle rağmen, hastaların bipolar bozukluk hakkında bilgi edinmeleri ve sonuçları ile aktif şekilde mücadele etmeleri elzemdir. Bu konuda en önemli yardımlar hastalığı yenme konusunda "Psikoterapi ve psikoeğitim" bölümlerinde değinilen olanaklardır.

Bunların yanı sıra, çoğunlukla profesyonel destekçiler tarafından yönetilen psikoeğitim gruplarındaki yardımlaşma grupları ile yapılacak görüş alışverişleri çok yararlı olacaktır: Başkalarının da hastalığın neden olduğu benzer sıkıntılı his ve sorunlarla mücadele ettiklerinin öğrenilmesi ve hastalıkla baş edilebilmesi için somut yardımlar hakkında görüş alışverişinde bulunulması, hem hastaların hem de hasta yakınlarının yükünü çok hafifletebilir (bakınız sonraki bölüm "Kendi kendine yardım ve triyalog"). "Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen" (www.dgbs.de) ve ayrıca "Bundesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen" (www.bapk.de) web sayfaları üzerinden ilgili adresler ve iletişim kurulabilecek kişiler bulunabilir.

Mental hastalıkların toplumda daha hala bedensel hastalıklar kadar kabul görmemesi nedeniyle, hastaların rahatsızlıklarından dolayı günlük hayatta karşı karşıya kaldıkları zorluklarla başa çıkma konusunda destek almaları özellikle çok önemlidir: Bunlar arasında özellikle; hastalık ve tedavi olanakları hakkındaki yetersiz bilgiler, yetersiz kurumsal destek, iş hayatındaki dezavantajlar ve damgalanma tecrübeleri ile toplumsal alanlardaki ön yargılar konusundaki eksik bilgilerle nasıl baş edilebileceği sayılabilir.

Ayrıca hastaların duygusal rahatlamaya da ihtiyaçları vardır: Hastaları çoğu kez, gelecek endişeleri, yalnızlık ve ümitsizlik, suçluluk duyguları, utanma ve mahcubiyet duyguları ve ayrıca artık gerçekleştirilemeyecek yaşam hedeflerine üzülmeye gibi hisler zorlamaktadır. Hastaların yalnızca bu duygu ve sorunlarını açıkça konuşma cesareti bulmaları durumunda, örn. yardımlaşma gruplarındaki diğer hastaları örnek almaları ile destek bulabilme şansları olacaktır.



KENDİ KENDİNE YARDIM VE TRİYALOG

Doktorunuz ve/veya terapistlerinizle yapacağınız güvene dayalı ortak iş birliği ve yazılan ilaçları düzenli ve tutarlı bir şekilde kullanmanızın yanı sıra, sağlık durumunuzu sürekli olarak daha da iyileştirebilecek başka önlemler de vardır. Bu önlemler "kendi kendine yardım" ve "kendi kendine yardıma yardım" anahtar sözcükleri altında özetlenebilir. Ortak yanları bunların herhangi bir zamanda kendi başına uygulanabilmesidir.

Kendine kendine yardım hareketi, kendi kendine yardım gruplarından doğmuştur. Kendi kendine yardım grupları günümüze değin kendi kendine yardımın ana ögesini oluşturmuştur ve mental hastalığı olan insanların ve hasta yakınlarının desteklenmesinde önemli bir paya sahiptir. İnternette forumlar, sohbet ve mesajlaşma ağları şeklinde organize olan ve faaliyetlerini günümüzde de sürdüren sanal kendi kendine yardım grupları vardır. Bunlar, gerçek kendi kendine yardım gruplarını önemli ölçüde tamamlayan ve yaşadıkları yerdeki kendi kendine yardım gruplarına gidemeyen insanlara alternatifler sunan oluşumlardır. Kendi kendine yardım olanaklarının odağına, gittikçe artan oranlarda sağlıklı beslenme, spor ve uyku alışkanlıkları gibi yaşam tarzı ile ilgili konular da girmektedir. Çoğu hasta ilaçla tedavi nedeniyle önemli oranda kilo alma sorunlarından muzdariptir. Beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ile birlikte spor yapmak, kilo vermeye, ruh halinin iyileşmesine ve iti gücünün artmasına yardımcı olabilir. Ayrıca sık sık bölünen uyku iyileşebilir, özellikle şeker hastalığı (diabetes mellitus) gibi sekonder hastalıkların önlenmesine katkı sağlar.

Bipolar bozukluğa olan farklı bakış açıları ve çeşitli tedavi yöntemleri hakkında olabildiğince bilgi edinmek akılcı olacaktır. Hastalık hakkında edinilen bilgiler arttıkça kişinin kendisinin bireysel hastalık gidişatına olan duyarlılığı da artar. Bugüne değin dikkate alınmayan tedavi yöntemleri bu şekilde keşfedilebilir ve bunlar ilgili doktorla konuşulabilir.

Doktor görüşmesi ve hastanın yakınları ile iletişim çok önemlidir çünkü bunlar akut krizlerde ve krizlerin aşılmasında önemli rollere sahiptir. Doktor için sağlık durumunuzla ilgili olabildiğince tüm önemli bilgilerin bilinmesi önemlidir. İlgili doktor ancak bu şekilde size uygun profesyonel destek sağlayabilir ve size özel ilaç tedavisini belirleyebilir. Doktor ve hasta arasındaki başarılı bir iletişim, başarılı bir tedavi için başlıca ön koşuldur. Ayrıca hasta yakınları, doktor için önemli olan ama hasta tarafından kayda değer bulunmayan yararlı bilgiler verebilir.



Kendi kendine yardım grupları

Yaşanılan yerdeki kendi kendine yardım grupları, kendi kendine yardımın ana ögesidir. Bu gruplar, hem ilk kez hastalananlara hem de uzun yıllardır hastalıktan muzdarip olanlara ve onların hasta yakınlarına destek sağlayan ve yardımı dokunan önemli irtibat noktalarıdır. DGBS web sayfasındaki "Selbsthilfe" ("Kendi kendine yardım") sekmesinin altında Almanya'daki bipolar kendi kendine yardım gruplarının bir listesini bulabilirsiniz.



Hastalar için

Hastalar esas olarak hastalıktan muzdarip diğer insanlarla yaptıkları görüş alışverişlerinden çok yarar görmektedirler. Diğer hastalarla yapılan görüş alışverişleri hastalıkla baş etme kabiliyetini geliştirmeye yardımcı olur. Birlikte ve karşılıklı olarak başkalarından bir şeyler öğrenmek kendi kendine yardım gruplarının ana ögesidir. Çok özel ve mahrem konular da oralarda tartışılabilir. Buluşmalar esas olarak haftada bir veya ayda bir kez olmakta ve 90 ile 120 dakika sürmektedir. Bir grupta ortalama 6 ile 10 katılımcı yer alır. Konuşulanlar grup içinde kalır ve dışarıya taşınmaz.

Bir kendi kendine yardım grubu, kriz durumlarında destekleyici ve dengeleyici bir öge olabilir, böylece krizin daha hızlı atlatılması ve hatta hastanede geçirilen sürenin kısaltılması olasılığı söz konusu olabilir. Bir kendi kendine yardım grubunda yer almakla yeni sosyal ilişkiler ve sıkça yeni arkadaşlıklar kurulabilir. Kendi kendine yardım grubunda yer almakla hastalığa karşı anlayış daha da geliştirilebilir. Daha henüz kısa bir zaman önce bipolar bozukluk teşhisi konulan insanlar, grubun uzun yıllara dayanan deneyimlerinden yararlanabilirler.



Hasta yakınları için

Bipolar bozuklukların tedavisinde hasta yakınlarının üstlendikleri roller ne yazık ki halen alışlagelmiş psikiyatrik tedavide yeterince takdir görmemektedir. Hayat arkadaşı, oğul, kız veya ana-babadan birinin hastalanması durumunda ilgili hasta yakınları, genelde yeterli destek görmedikleri ve tedaviye çok az dahil edildikleri hissine kapılmaktadırlar. Mani ve depresyon nedeniyle sıkça yaşanan psikososyal ve finansal yıkıntılar da bu insanları aynı şekilde zorlamaktadır. İlgili hasta için duyulan sorumluluk duyguları da bunlara eklenmektedir. Bu durumda hasta yakınları için de yakınların yer aldığı bir kendi kendine yardım grubuna dahil olma kararı akılcı olabilir. Kuralları yine hastalar için olan gruplarınkine benzeyen, hasta yakınlarının katılabileceği özel gruplar vardır. Hasta yakınları ilgili gruplarda, hayat arkadaşının, çocuğunun veya anne veya babasının hastalığıyla kısmen nasıl daha iyi baş edebileceklerini ve onları nasıl etkili bir şekilde destekleyebileceklerini öğrenebilirler. Ayrıca kendilerini sınırlamayı ve geri çekilmelerinin ne vakit daha uygun olacağını zamanında kavramayı öğrenebilirler.



Sanal ortamda kendi kendine yardım

Yaşanılan yerde bir kendi kendine yardım grubuna gitme olanağı yoksa veya ilgili grubun buluşmalarında iletişim kuramama endişesi varsa bu durumda internetteki tartışma forumları, sohbet odaları gibi sanal kendi kendine yardım grupları buna karşı bir alternatif oluşturabilir. Ayrıca bu gruplar gerçek bir kendi kendine yardım grubuna gitmenin yerini tamamlayabilir. Birçok insan bir takma adın verdiği anonimlikle özel ve zor konuları daha kolay konuşabilir. Ayrıca yazmanın birçok kişide tedavi edici bir etkisi vardır ve öz yansıtmayı destekler.



Forumlar

İnternetteki tartışma forumları sanal ortamda kendi kendine yardımın en popüler şeklidir. Hemen hemen birçok hastalık hakkında kendi kendine yardım forumları vardır. Bu forumlar, birçok hasta ve hasta yakınları için tedaviden sorumlu doktorla yapılan görüşmelerin yanında önemli bir bilgi kaynağıdır ve ayrıca diğer hasta ve yakınları ile fikir alışverişinde bulunulan bir platformdur. Sağlanan anonimlikle daha açık ve daha rahat bir görüş alışverişinde bulunulması kolaylaşır. Soru soran kişi, yüksek katılım oranları sayesinde henüz daha birkaç saat geçmeden yararlı cevaplar alabilir. Diğer hastalar ve hasta yakınları ile yapılan görüş alışverişleri bilgi artışına katkı sağlar ve gerçek bir kendi kendine yardım grubuna gitmeye benzer etkiler oluşturur. Hastalık ve tedavi stratejileri hakkındaki bilgilerin gittikçe artmasıyla öz yetkinlik güçlenir. Sonu gerçek buluşmalara varabilen sanal arkadaşlıkların oluşması da sıkça rastlanan durumlardandır. Takma ad kullanımı özel bilgilerin gerçek kişilerle eşleştirilmesinin önüne geçer. İnternet forumlarının çok güçlü yönlerinden biri de birçok katılımcının bilgi ve deneyimleridir. En spesifik sorulara bile yararlı cevaplar alınması ilke olarak mümkündür. Aynı zamanda araştırma yapmak için sıkça sorulan soruların daha önceden defalarca yanıtlandığı kapsamlı arşiv kullanılabilir. Kendi kendine yardım forumlarına katılırken, internetin her köşesinde olduğu gibi anonimlik nedeniyle kısmen daha serbest ve doğrudan iletişim kurulduğu dikkate alınmalıdır. Bu şekilde duruma göre duygusal bağlamda çok zorlayıcı durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumları kaldırabilme gücüne göre böyle şeyler kişinin kendi çatışma gücünü eğitebilir veya sağlıklı ölçüyü de aşarak zararlı olabilir. Böyle hallerde olası başka sohbet odalarına uğramak veya durumu sakince karşılayabilecek bir psikolojiye sahip oluncaya kadar mesafeli durmak akılcı olacaktır.



Sohbet ve anlık mesajlaşma

Sohbet odaları ve Skype veya ICQ gibi anlık mesajlaşma araçları doğrudan ve anlık görüş alışverişinde bulunulmasına olanak sağlar. Sohbetler, kendi kendine yardım gruplarında olduğu gibi klasik kendi kendine yardım grubu kuralları ile organize edilmiş olabilir, bu şekilde katılımcılar örneğin haftada 1 kez belli bir zamanda buluşurlar. Bunun yanı sıra ilke olarak herkesin katılabileceği genele açık sohbetler de vardır. Forum ve sohbet odalarına yapılan katılımlar sonucunda genellikle özel sohbet temasları da ortaya çıkar. Bu amaçla Skype veya WhatsApp gibi anlık mesajlaşma araçları kullanılır. Böyle temaslar hastalığın atlatılmasında değerli bir destek unsuru olabilir.



Bağımlılık tehlikesi

Genel olarak sosyal yaşamın tümüyle sanal dünyaya taşınmamasına dikkat edilmelidir. Sanal temas ve başarı maceralarına ulaşmak "gerçek" dünyadaki "hakiki" temas ve başarılarla ulaşmaktan daha kolaydır. Gerçek sosyal faaliyetler, sanal olanlardan daima daha önde gelmelidir. Sanal dünyaya kaçış kendisini belki daha gerçekçi hissettirebilir ama bu var olan gerçek sorunları çözmez.

HASTA YAKINLARI NASIL DESTEK OLABİLİR?

Hastaların bahse konu olan birçok sorunları hasta yakınlarını da zorlamaktadır. **Hastalık ve sonuçlarından yalnızca bipolar hasta muzdarip olmakla kalmaz, bundan tüm ailesi de olumsuz etkilenir.** Aile üyesinde hastalığa bağlı olarak meydana gelen ilk değişimleri fark edenler ve ilk kez psikiyatra gitmesi için motive edenler genellikle yakın akrabalarıdır.

Hastanın yakınları sadece hastalık semptomlarının belirlemede önemli bir role sahip olmakla kalmazlar, ayrıca hastalığın seyri boyunca genel olarak en önemli desteği de oluştururlar ve hastalığın nüksetmesinin önlenmesinde önemli katkılarda bulunurlar. Onlar, hastalanan aile mensubundaki ruh hali ve/veya itici güç değişimlerini genellikle ilk fark edenlerdir ve böylece erkenden terapistle gidişi motive ederek ağır nüksetme vakalarının önlenmesine yardımcı olabilirler. Yakınları, hastanın depresif dönemlerinde yaşadığı sosyal geri çekilmeye karşı onun daha çok yanında bulunarak ve ona daha fazla özen göstererek karşı etkide bulunmaya çalışırken, hastanın manik epizotları, hasta yakınlarının dayanma gücü sınırlarını başka bir şekilde zorlar. Bu durumda hasta yakınlarının, hastanın yönelttiği eleştiri, sözel veya hatta filli saldırıların hastalığın semptomları olduğunun ve kendilerine kasten yapılan bir saldırı olmadığının bilincinde olmaları, durumu anlamaları bakımından yardımcı olacaktır. Hasta yakınlarını bilhassa zorlayan bir şey de hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riskinin olduğu zamanlarda konuyu tedavi eden doktora haber vermek durumunda kalmaları ve hastanın istememesine rağmen hastaneye yatırılması halidir. Bu tür istisnai durumları kolaylaştırmak için hastanın sağlıklı döneminde birlikte bir kriz planı hazırlamış olmaları çok yararlı olacaktır. Bu acil durum planında, daha önceki manik/depresif epizotlarda hangi erken uyarı işaretlerinin gözlemlenmiş olduğu, yeni bir kriz durumunda hastanın hangi doktora, hangi hastanede tedavi olmak istediği, önceki krizlerde hastaya hangi ilaçların iyi geldiği, hangi ilaçlardan yarar görülmediği ve ailenin örn. yenilenen bir manik epizotta ne yapması gerektiği belirlenmiş olmalıdır.

Ayrıca aile, hastalık döneminin yenilenmesinde tetikleyicilerden biri olduğu kanıtlanan aşırı stresi atması konusunda hastaya önemli katkı sağlayabilir. Olası stres kaynakları, aile içinde süregelen sorunlar, zorlayıcı iletişim tarzları, düzensiz uyku-uyanıklık döngüsü ve yetersiz gün organizasyonu olabilir. Hasta yakınları, hastalanan aile mensubuna düzenli bir gece uykusu çekmesi ve içinde yeterli dinlenme dönemlerinin de olduğu dengeli gündüz faaliyetleri oluşturması konusunda destek olabilir. Ayrıca, "aşırı korumacı" bir davranışla hastayı tüm gündelik sorumluluklarından muaf tutmak kadar ona fazla yük yüklemek de zorlayıcı etkenler arasındadır. Hasta yakınlarını zorlayan diğer bir sorun da hastalanan aile mensubunun belirli görevleri artık kendi başına yapamadığı mı veya yapmak istemediği mi ikilemidir (Mad-or-Bad Sorunsalı). Burada sadece yapılacak açık ve içten bir görüşme birbirini zorlayıcı yanlış anlamalardan kaçınmaya yardımcı olabilir. Ayrıca hasta yakınları, destekleme sınırlarını bilmek ve iyi bir duyguyla daima iyi şeyler yapabilmek için kendileriyle de ilgilenmelidirler. Yalnızca kendine iyi bakanlar, hastalananlar için de sağlam bir destek olabilirler.



HASTALANAN KİŞİYE AİLE ÜYELERİNCE YAPILABİLECEK YARDIMLAR

- ✓ Depresif ve manik semptomları tanımak
- ✓ Hastalanan kişinin bireysel erken uyarı işaretlerini erkenden tanımak
- ✓ İlgili uzmana tedavi olması için motive etmek
- ✓ Terapi planlarına uyulmasına destek olmak
- ✓ Aile içi stres kaynaklarını azaltmak
- ✓ Dengeli gündüz aktiviteleri ve düzenli gece uykusu için destek olmak
- ✓ Sosyal temas kurmaya motive etmek
- ✓ Hastalıkla açıkça yüzleşilmesi için destek (seçilmiş)
- ✓ Akut olarak hastalanan kişiyi korumak
- ✓ Bir kriz planı kararlaştırmak ve bu plana uymak
- ✓ Uyuşturucu kullanımına karşı dikkatli olmak (alkol, diğer uyuşturucu maddeler vb.)

BİPOLAR HASTALIKTAN MUZDARIP İNSANLARIN ÇOCUKLARI

Mental hastalıkları olanların çocukları doğal bağımlılıkları nedeniyle mental hastalıktan en çok etkilenen aile üyeleridir ve buna rağmen günümüzde bile bu durum profesyonel destekçiler ve toplum tarafından genellikle fark edilmemektedir.

Bipolar hastaların çocukları çeşitli psikososyal zorlamalardan muzdarip olabilir:

- Hastalığa bağlı olarak anne veya babanın değişen davranışlarından çocuk acı çekebilir. Buna neden olarak; çocuğun ihtiyaçlarına yeterince konsantre olamama, özen/sevgi göstermede ve anne veya baba tarafından reddedilmede sert değişimler, hastanın hezeyan sistemine dahil edilebilme veya hastanın riskli davranışları gibi etkenler sayılabilir.
- Hastalanan anne/baba için endişe etme, hasta anne/babadan korkma, anne baba veya kendisi için gelecek korkularına kapılma, kendisinin de hastalanmasından endişe etme, ileride kendi çocuklarına da hastalığı geçirme korkusu (bu durum ileride çocuk sahibi olma isteğini de bitirebilir), aile gelirinin düşüklüğü nedeniyle varoluşsal korkulara kapılma
- Kendi başına sorumluluk üstlenme, hastalanan anne-baba/daha küçük kardeşleri için yaşına uygun olmayan görev ve sorumlulukları üstlenme (ebeveynleşme)
- Suçluluk ve utanma duyguları, şaşkınlık ve çaresizlik, ümitsizlik ve yalnızlık, ailevi "sır saklama kuralları" ("hastalık aile dışında kimseyi ilgilendirmez") nedeniyle daha da şiddetlenebilir ve sosyal geri çekilmeyi artırabilir
- (Travmatik?) Hasar deneyimi örn. akut olarak hastaneye sevk
- Dışlanma ve damgalanma deneyimleri
- Çok çeşitli bu yükler sonucunda baş ağrısı, karın ağrısı, okulda konsantrasyon bozuklukları gibi çeşitli psikosomatik rahatsızlıklar ortaya çıkabilir.

Tüm bu nedenlerden dolayı bipolar hastaların çocukları çok yönlü ve düşük eşikli yardımlara ihtiyaç duyarlar. Çocukların kendilerine destek olunduğunu hissedebilmeleri için ilk önce anne/babaya, çocuklarının "ellerinden alınmayacağı", tam tersine kendileri ile birlikte çocuğa olabildiğince çok destek olunmaya çalışıldığı bilgisi ve güveni verilmelidir. Çocukların, anne/babalarının davranışlarında ortaya çıkan değişimleri algılama güçleri çok yüksektir ve bu değişimlerin nedenleri hakkında canlı bir hayal güçleri vardır. Çocuklar bu nedenle, anne-babalarının hastalanmasına kendi davranışlarının yol açmadığının telkin (defalarca) edilmesine ihtiyaç duyarlar. Anne/babalarının hastalığı çocuklara yaşlarına uygun bir dille anlatılmalıdır. Çocuklar, hastaya nasıl davranmaları gerektiği ve kendi yaşitlarının damgalamaları ile nasıl başa çıkabilecekleri konusunda kendilerine yol gösterilmesine ve yardım edilmesine ihtiyaç duyarlar. Çocuklar tekrar „çocuk olmalarına izin verilmesine” ve sorumlulukların başka (kurumsal) destekçilere devredilmesine ihtiyaç duyarlar.

Özellikle tek başlarına çocuk yetiştirenlerin akut hastalık dönemlerinde, bilinen sorumlu bir kişinin çocuğu desteklemesi ve yanında olması gerekir ("Destekleme gönüllüleri"). Başka mental hastaların çocuklarıyla yapılacak görüş alışverişleri de çocuklara daha fazla öz güven aşılayarak onları hastalıkla ilgili daha açık davranmaya yönleltebilir. Bu konuda Bundesarbeitsgemeinschaft "Kinder psychisch erkrankter Eltern" ("Mental hastalıklara sahip ebeveynlerin çocukları için Federal Çalışma Grubu") da güzel bilgiler sunmaktadır (www.bag-kipe.de).

Anne/babalarının hastalığına rağmen amaç, çocuklara istikrar ve güven aşılama olmalıdır. Bunun için hasta anne ve/veya babanın akut hastalık dönemlerinde sevgilerini göstermeleri her zaman kolay olmasa da bipolar bozukluktan muzdarip insanların çocukları da tüm çocuklarda olduğu gibi koşulsuz şekilde sevimye ihtiyaç duyarlar.

Çocuklar için koruyucu etkenler	
ÇEVRE	BİREYSEL ETKENLER Çocuğun dirençlilik gücü
<ul style="list-style-type: none">Çocuğun başka bir aile mensubunca desteklenmesi (örn. büyükbaba veya büyükanne)İstikrarlı bir evAile ve arkadaş çevrelerinde istikrarlı ilişkilerDoktor ve öğretmenlerin destekleri	<ul style="list-style-type: none">Dengeli mizaçGirişkenlikSosyal becerilerFiziksel çekicilikİyi derecede öz güvenSorunları çözme becerisiİyi derecede kararlılıkKişisel ilgiler



KİTAP ÖNERİLERİ

KILAVUZLAR

Peter Bräunig

Leben mit Bipolaren Störungen ("Bipolar bozukluklarla yaşamak")

Yayınevi: Trias | Gözden Geçirilmiş Baskı 2018

Monica Ramirez Basco

**Manie und Depression – Selbsthilfe bei Bipolaren Störungen
("Mani ve depresyon – Bipolar bozukluklarda kendi kendine yardım")**

Yayınevi: Balance Buch + Medien | Gözden Geçirilmiş Baskı 2017

Daniel Illy

**Ratgeber Bipolare Störungen: ("Bipolar bozukluklar kılavuzu"):
Hilfe für den Alltag ("Gündelik hayat için yardım")**

Yayınevi: Urban & Fischer | 2016

Janine Berg-Peer

**Aufopfern ist keine Lösung:
Mut zu mehr Gelassenheit für Eltern psychisch erkrankter Kinder
("Feda etmek çözüm değil: Mental hastalıktan muzdarip çocukların
ebeveynleri için daha rahat olma cesareti")**

Yayınevi: Kösel | 2015

Candida Fink & Joseph Kraynak

Manisch-depressiv für Dummies ("Aptallar için manik-depresif")

Yayınevi: Wiley VCH | 2009

Thomas Bock

**Achterbahn der Gefühle: Mit Manie und Depression leben lernen
("Duygusal gelgitler: Mani ve depresyonla yaşamayı öğrenmek")**

Yayınevi: Balance Buch + Medien | 2007

ÖĞRETİCİ KİTAPLAR

Michael Bauer (Hrsg.)

**S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
("Bipolar bozuklukların teşhis ve terapisi için S3 kılavuzu")**

Yayınevi: Springer | 2013 (Gözden geçirme aşamasında)

BİYOGRAFİ VE ROMANLAR

Thomas Melle

Die Welt im Rücken ("Sırtınızdaki dünya")

Yayınevi: Rowohlt Berlin | 2016

Kay Redfield Jamison

**Meine ruhelose Seele: Die Geschichte einer Bipolaren Störung
("Huzursuz ruhum: Bir bipolar bozukluk öyküsü")**

Yayınevi: mvg | Yeniden Baskı 2014

Sebastian Schlösser

**Lieber Matz, dein Papa hat 'ne Meise:
Ein Vater schreibt Briefe über seine Zeit in der Psychiatrie ("Sevgili Matz, baban hafif kafadan çatlak: Bir babanın psikiyatri kliniğinde geçirdiği zamanla ilgili yazdığı mektuplar")**

Yayınevi: Ullstein | 2012



Kılavuz ve öğretici kitapların ayrıntılı listesini internet sayfamızda bulabilirsiniz:

www.dgbs.de

ADRESLER

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

Yönetim merkezi posta adresi
DGBS · Klinik für Psychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10 · 60528 Frankfurt/M

Tel.: 069 / 630 184 398

E-posta: info@dgbs.de
Web: www.dgbs.de

Hastalar, hasta yakınları ve profesyonel terapistler için
danışma telefonu: 0800 / 55 33 33 55

Pazartesi	10:00 ile 13:00 saatleri arası
Salı	14:00 ile 17:00 saatleri arası
Çarşamba	15:00 ile 18:00 saatleri arası
Perşembe	17:00 ile 20:00 saatleri arası
Cuma	10:00 ile 13:00 saatleri arası

Aileler için kendi kendine yardım (Bundesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen (BAPK))

Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn
Tel.: 0228 / 710 024 00
E-posta: bapk@psychiatrie.de
Web: www.bapk.de

Bundesarbeitsgemeinschaft "Kinder psychisch er- krankter Eltern" ("Mental hastalıklara sahip ebeveynlerin çocukları için" Federal Çalışma Grubu)

E-posta: kontakt@bag-kipe.de
Web: www.bag-kipe.de

Adressen von Selbsthilfegruppen für bipolar erkrankte Menschen und Angehörige: ("Bipolar hastalıktan muz- darip insanlar ve yakınları için kendi kendine yardım gruplarının adresleri:")

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.
internet sayfasında yer almaktadır www.dgbs.de
Telefon ile 069 / 630 184 398

NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen ("NAKOS Kendi kendine yardım gruplarını teşvik ve destek için ulusal iletişim ve bilgi merkezi")

Otto-Suhr-Allee 115 · 10585 Berlin
Tel.: 030 / 31 01 89 60
E-posta: selbsthilfe@nakos.de
Web: www.nakos.de

DGBS'NİN HEDEFLERİ VE GELİŞME ADIMLARI

Çalışmamızın ana amacı bipolar bozukluktan muzdarip hasta ve hasta yakınlarına destek sağlamaktır. Canlı bir triyalog kültürü ile birlikte özellikle kendi kendine yardım etmeyi, aynı zamanda hastalık belirtileriyle ilgili bilimsel tartışmaları desteklemeyi ve ayrıca bipolar bozukluklar için toplumda ve sağlık politikaları bağlamında dikkat, anlayış ve kabulü artırmak istiyoruz.

1999 ▶ 3rd International Conference on Bipolar Disorder, Pittsburgh/USA kapsamında meslek derneği olarak kuruldu

2000 ▶ Triyalog bir dernek olarak profesyonellere, hasta ve hasta yakınlarına açılma

2001 ▶ İnternet sayfası www.dgbs.de
▶ 1. DGBS Yıllık Toplantısı, Freiburg im Breisgau

2002 ▶ Hasta ve hasta yakınları için internet forumu: www.bipolar-forum.de
▶ Almanya'da bipolar bozukluklar hakkında ilk tanıtım yazısının (beyaz kitap) yayımlanması

2003 ▶ Elektronik hasta günlüğü için geliştirme desteği
▶ DGBS yazı dizisinin başlatılması

2004 ▶ Bipolar kendi kendine yardım ağı BSNe'nin kurulması, Almanya genelindeki tüm kendi kendine yardım gruplarının bir araya gelmesi

2005 ▶ InBalance üyelik dergisinin yayımlanması
▶ "DGBS Genç Bilim İnsanları Çalışma Grubunun" kurulması

2006 ▶ Psikiyatrik ayakta tedavi kliniklerinde görevli doktorlar için eğitim seminerlerinin başlatılması
▶ İlk DGBS filmi: "Die Pole des Saturn - Leben zwischen Manie und Depression" ("Satürn'ün kutupları - Mani ve depresyon arasında yaşamak")
▶ Almanya'da bipolar bozukluklar, beyaz kitap, gözden geçirilmiş 2. baskı
▶ 1. Bipolar hasta yakınları semineri

2007 ▶ 1. Bipolar bozukluklar sağlık günü, 8 Mayıs 2007, Fransız Katedrali, Berlin
▶ IN BALANCE Bipolar bozukluklar vakfının oyuncu Eleonore Weisgerber tarafından kurulması
▶ Vakfın ZDF televizyonunda "Johannes B. Kerner" programında tanıtılması

2008 ▶ DGPPN ile yapılan iş birliği kapsamında bipolar bozukluklarda teşhis ve terapi için kılavuz hazırlama çalışmalarına başlanması

2009 ▶ Tüzük değişiklikleri: Derneğin bir amacı olarak kendi kendine yardımın güçlendirilmesi
▶ Hastalar için kendi kendine yardım çalışma grubunun kurulması
▶ Almanya'daki bipolar hastaların güncel bakım durumlarının incelenmesi için S3 kılavuzu kapsamında çıktı analizi

2010 ▶ 10. DGBS kuruluş yıl dönümü toplantısı, Friedrichshafen / Konstanz Gölü
▶ Hizmet kapsamının genişletilmesi (örn. hasta ve hasta yakınları için danışma telefonları, bülten)

2011 ▶ InBalance üyelik dergisinin yeniden lanse edilmesi
▶ Web sayfasının yeniden tasarlanması
▶ Hasta ve hasta yakınları için telefonla danışma hizmetlerinin gönüllü çalışanlarla genişletilmesi

2012 ▶ S3 kılavuzunun çevrim içi olarak yayımlanması www.leitlinie-bipolar.de
▶ Yeni DGBS hasta broşürü; Almanya Sağlık Bakanlığınca desteklenmiştir
▶ BSNe'nin ardılı olarak eyaletler bazında Almanya'yı kapsayacak şekilde bir kendi kendine yardım ağının oluşturulması için ilk adımların atılması

2013 ▶ S3 kılavuzunun kitap halinde yayımlanması (Springer-Verlag)
▶ Aile hekimleri için DGBS kılavuzu
▶ DGBS "International Society for Bipolar Disorders" (ISBD) "ortak üyeliği" ne seçildi
▶ DGBS'nin ilk kalite etiketi LWL-Klinik Dortmund'a verildi
▶ Hasta yakınları çalışma grubunun kurulması

2014 ▶ Diğer örnek kliniklere de DGBS tarafından ödül verildi ve böylece bu klinikler bipolar hastalara tavsiye edildi
▶ DGBS, ISBD'nin Güney Kore'nin Seul şehrindeki kongresinde triyalog konseptini tanıttı
▶ DGBS "Bipolar Roadshow" etkinliği ile sekiz Alman şehrine konuk oldu ve kültürel bir programla hastalığa dikkat çekti
▶ Aretaeus ödülünün ilk defa verilmesi
▶ Önceki çalışma gruplarının ardılı olarak DGBS bölümlerinin lansmanı

2015 ▶ 15. DGBS kuruluş yıl dönümü toplantısı, Essen
▶ Yıllık toplantının yeni konsepti: Birçok kesişme noktaları olan iki paralel organizasyona ayrılma
▶ "Lernort Selbsthilfe" projesinin lansmanı: Kendi kendine yardım grupları yöneticilerinin eğitilmesi için seminerler
▶ Danışma hattı gönüllülerin desteği sayesinde artık haftada beş gün ulaşılabilir duruma geldi
▶ İnternet forumunda katkılar 500.000 sınırını aştı

2016 ▶ Yönetim merkezinin Frankfurt am Main şehrine taşınması
▶ Hasta yakınları ve kendi kendine yardım katılımcıları için seminer dizilerinin sürdürülmesi
▶ Amsterdam'daki ISBD kongresinin birlikte tasarlanması

2017 ▶ Bipolar bozukluklar S3 kılavuzunun güncellenmesi
▶ "Bipolar Roadshow" etkinlik dizisinin sürdürülmesi

BUNLARI BİLİYOR MUSUNUZ?

Web sayfamız www.dgbs.de Almanca internette bipolar bozukluklar hakkındaki en kapsamlı bilgileri vermektedir.

Danışma hattımız 0800 55 33 33 55 ile haftada beş gün size hizmet vermekteyiz. Hizmet verme sürelerinin tam zamanları için lütfen web sayfamıza bakın.

E-posta danışma hizmetimiz Bize bu adresten ulaşabilirsiniz info@dgbs.de.

Hasta yakınları eğitim seminerlerimiz Almanya genelinde düzenlenen bu seminerler her zaman doludur. Web sayfamızdan ilerideki seminerler hakkında bilgi alabilirsiniz.

Psikoeğitim web sayfamız www.ratgeber-bipolar.de Burada hastalığın tüm yönleri hakkında bilgi edinebilirsiniz. Açık, kolay anlaşılır ve etkili.

Kendi kendine yardım internet forumumuz www.bipolar-forum.de

Burada diğer hastalar, hasta yakınları ve ilgili taraflarla görüş alışverişinde bulunabilirsiniz.

"InBalance" üyelik dergimiz Üye olmayanlar da cüzi bir ücret karşılığında bu hizmetten yararlanabilirler. Bunun için info@dgbs.de adresine bir e-posta göndermeniz yeterlidir.

Broşür ve el ilanlarımız Hasta ve hasta yakınları için hazırlanmış olan broşürlerimizi, DGBS aile hekimi ve bağış toplama broşürlerimizi de yine aynı şekilde el ilanları ve bilgi materyallerinde olduğu gibi web sayfamızdan edinebilirsiniz.

DGBS yaratıcı girişimimiz Web sayfamızın özel bir yerinde, yaratıcı faaliyetlerde bulunan bipolar hastaları kendilerini ve eserlerini tanıtmaktadır.

Anti Damgalama projemiz **Bipolar Roadshow www.bipolar-roadshow.de** sayfasından konu hakkında daha ayrıntılı bilgi alabilirsiniz.

Bültenimizle bipolar bozukluk ve DGBS hakkındaki güncel bilgileri edinebilirsiniz.

Bültene web sayfamızdan www.dgbs.de kolayca abone olabilirsiniz.

"Lernort Selbsthilfe" ("Kendi kendine yardım öğrenme merkezi") projemiz Bipolar kendi kendine yardım gruplarının yöneticileri için olan bu eğitim seminerleri yılda iki kez yapılmaktadır. Web sayfamızda konu ve güncel etkinlik takvimi hakkında daha fazla bilgi bulabilirsiniz.

Kendi kendine yardım grupları için destekleme paketlerimiz DGBS üyeleri, yeni kurulacak bipolar grupları için başlangıç paketini ve mevcut bipolar grupları için ana paketi cüzi bir ücret karşılığında sipariş edebilirler.

Bu vesileyle DGBS üyeliğine başvuruyorum. DGBS üyesi olarak daima güncel bilgileri alabilir, InBalance üyelik dergimizi bedelsiz olarak edinebilir ve DGBS organizasyonlarına daha düşük katılım ücretleri ödersiniz. Ayrıca bipolar hasta ve hasta yakınlarının çıkar ve yararları için yaptığımız girişimleri desteklemiş olursunuz.

☐ **Üye ol** Yıllık üyelik ücreti:

☐ **60,00 € Stabil üyelik ücreti**

DGBS'nin stabil, iddialı ve bağımsız bir şekilde gelişimini sürdürmesini önemli bulanlar için

☐ **20,00 € İndirimli üyelik ücreti**

Temel güvence, geçinme yardımı veya ALG II desteği alan öğrenci ve kişiler için yazılı kanıt karşılığında

☐ **40,00 € Standart üyelik ücreti**

Tabii ki birçok üyenin stabil üyelik ücretinde karar kılmasını umuyoruz. Genel kurul toplantısında her üye bir oy hakkına sahiptir.

Unvanı / Adı / Soyadı *

Klinik / Muayenehane

Sokak *

Posta kodu / Yer / Ülke *

Telefon / Faks

E-posta *

Zorunlu olmayan bilgiler: Ben ☐ Hastayım ☐ Hasta yakınıyım ☐ Profesyonel terapistim ☐ Konuyla ilgileniyorum

SEPA borç kaydı yetkisi verme

İşbu beyanla DGBS Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, ödemeleri aşağıda verdiğim hesaptan borç kaydı düşerek çekmeye yetkilidir. Aynı zamanda bankama, DGBS tarafından borç kaydı düşülerek çekilecek tutarın ödenmesi ta-limatını veriyorum. **Not:** Borç tarihinden itibaren sekiz hafta içinde, borçlandırılan tutarın geri ödenmesini talep edebilirim. Bu konuda bankam ile mutabık kalınan koşullar geçerlidir.

Hesap sahibi

IBAN

BIC

Tarih

İmza

Bu formu lütfen şuraya gönderiniz:
DGBS, Klinik für Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main

BİPOLAR BOZUKLUĞUN YARATICI YÖNÜ

Bu broşürde yalnızca bipolar sanatçıların eserlerine yer verilmiştir:

Dietmar Rüß | 55171 (S. 01/02), 65398 (S. 19), *Herbst im Barnstorfer Wald* (S. 28),
Bunen am Kap Arkona im Nebel (S. 30), *Morgennebel an der Warnow* (S. 31)

Martin Kolbe | *Dynamics* (S. 04), *The Cut* (S. 08/09), *Blue Burst* (S.22/23)

Kolja Raic Kohnen | *Birds at Lake* (S. 06), *Bon appetit* (S. 38/39), *Brücke* (S. 42/43)

Florette Hill | *Moos* (S. 10/11), *Hold Me Tight* (S. 52)

Franzi Lange | *Untergehen* (S. 12), *Hilflos* (S. 13), *Ein Zimmer in der Stadt* (S. 14),
Der Bücherwald (S. 50)

Holger Rudolph | *Schneebiester* (S. 16)

Yvonne Lautenschläger | *Veggie Tango* (S. 18), *curriculum vitae* (S.26), *2 Sisters No. II* (S. 47),
Bubblegum Machine (A) (S.51), *Veggie Spa* (S. 59)

Ramona Freitag | *Splash* (S. 20/21), *Rolltreppe Hauptbahnhof Berlin* (S.32)

Andreas Rosenberger | 7x7x7 (7) (S. 36/37)

Web sayfamızdaki www.dgbs.de "DGBS kreativ" bölümünde bipolar sanatçıların resim, çizim ve kolaj, fotoğrafçılık, şiir, kısa öykü, müzik ve video alanlarındaki diğer çalışmalarını da bulabilirsiniz.



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

DGBS
Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.



DUYGULARDA İNİŞLER VE ÇIKIŞLAR – MANİ VE DEPRESYON: BİPOLAR BOZUKLUK

Her insan üzüntü, çökkünlük ve yaşam sevincinde azalma anlarını bilir. Bu tür "normal" duygudurum dalgalanmalarından, tedavi gerektiren hastalığa geçişler genellikle akıcıdır. Önceleri manik-depresif hastalık olarak tanımlanan bipolar bozukluk, şiddetli duygudurum dalgalanmaları ile birlikte epizotlarla seyreden bir hastalık tablosuna sahiptir ve yaşam kalitesini önemli oranda sınırlar.

Bu kılavuz depresyon ve maninin çeşitli görünüşleri hakkında kolay anlaşılır bir şekilde bilgi vermektedir. Bu kılavuzda hastalığın farkına varılması ve nasıl ilerlediğiyle ilgili konulara değinilmiştir. Bipolar bozuklukta uygulanan ilaç ve psikoterapötik tedaviler hakkında bilgi verilmiştir. Bu kılavuz hasta ve hasta yakınlarına ilk bilgileri vermeyi amaçlamaktadır. Bu kılavuzun yayımcısı Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) e.V. kamu yararına çalışan bir dernektir ve başlıca amaçları, bipolar bozukluktan muzdarip insanların gereksinimlerine kamuoyunda ve siyaset alanlarında dikkat çekmek ve ayrıca kendi kendine yardımı ve eğitimi desteklemektir.

YAZARLAR

PD Dr. phil. Rita Bauer Dipl.-Psych., Dipl.-Theol., Psikolojik psikoterapist (VT), psikiyatri ve psikoterapi kliniği ve polikliniği, Carl Gustav Carus üniversite hastanesi, Dresden Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer Direktör, psikiyatri ve psikoterapi kliniği ve polikliniği, Carl Gustav Carus üniversite hastanesi, Dresden Teknik Üniversitesi, eski DGBS 1. birinci başkanı

Dr. med. Ulrike Schäfer Çocuk ve gençlik psikiyatrisi, nöroloji ve psikiyatri, psikoterapi uzman doktor, Göttingen

Volker Mehlfeld DGBS yönetim kurulunda eski hasta temsilcisi, Berlin

Martin Kolbe Müzisyen, DGBS yönetim kurulunda hasta temsilcisi, Zürich