

## BİPOLAR BOZUKLUK SORULARINIZIN CEVAPLARI

### 1. Bipolar bozukluk nedir, nedenleri nelerdir?

Önceleri Manik depresif bozukluk veya manik depresyon adıyla bilinen, öz Türkçesi iki uçlu duygulanım bozukluğu olan,



bipolar afektif bozukluk, riskli davranışlar nedeniyle ilişkilere ve kariyere zarar veren, tedavi edilmediği zaman intihara bile yol açan ciddi ruhsal bir hastalıktır. Bipolar bozukluk, maniden depresyona kadar uzanan ruh halindeki aşırı değişiklikler olarak tanımlanır. Bu ruh hali oynamaları arasında, bipolar bozukluğu olan kişinin normal ruh halinde olduğu dönemler olabilir. "Manik" terimi aşırı hareketli, enerjik, konuşkan, umursamaz, güçlü, öforik bir dönemi tanımlar. Sonra, birdenbire bu yükseklerde uçan ruh hali karanlık bir ruh haline dönüşebilir, örneğin; sinirlilik, kafa karışıklığı, öfke, kapana kısılma hissi ortaya çıkar. Bu bir öncekine tamamen zıt olan ruh hali depresyon olarak tanımlanır ve üzüntü, ağlama, değersizlik hissi, enerji kaybı, haz kaybı, uyku problemleri ortaya çıkabilir. Bu yükselmeler ve alçalmalar her insanda değişiklik gösterdiğinden, bipolar bozukluk teşhis edilmesi zor olan bir rahatsızlıktır.

## 2. Bipolar bozuklukta tanı nasıl konulur?

Psikiyatrik muayene ve ayrıntılı taramadan sonra doktorunuz işaretleri ve belirtileri değerlendirir. Ayrıca kişisel tıbbi geçmişiniz ve aile geçmişinizi de soracaktır. Ruh halini etkileyecek diğer ciddi hastalıkları elemek için laboratuvar testleri de yapılabilir. Ayrıca doktorunuz, coşkun olduğunuz zamanları teşhis

edebilme ihtimaliyle aile üyeleriyle de konuşmak isteyebilir. Coşku genellikle iyi hissettiren bir şey olduğu için, bipolar bozukluğu olan bir insan için ruh halinin aşırı olup olmadığını tanımlamak zor olabilir. Mani, ciddi problemlere ve utançlara yol açan şekilde sosyal davranışı, düşünceyi ve sağduyuyu etkiler. Örneğin, kişi manik dönemdeyken kendisini zora sokacak iş ve finansal kararlar alabilir.



### 3. Kimler bipolar bozukluğa yakalanır?

Bipolar bozukluk genellikle 15-24 yaş arasında görülür ve sıklıkla yaşam boyunca sürer. Her yaşta görülebilir (7'den 77'ye) ama en sık 20'li yaşların başında başlar. Her 100 kişiden 1-2'sinde görülür. Tüm dünyada benzer sıklıkta görülmektedir. Kadın erkek arasında görülme sıklığı açısından fark yoktur. Çocuklarda ve 65 yaş üstünde nadiren yeni teşhis edilmiş mani görülür.

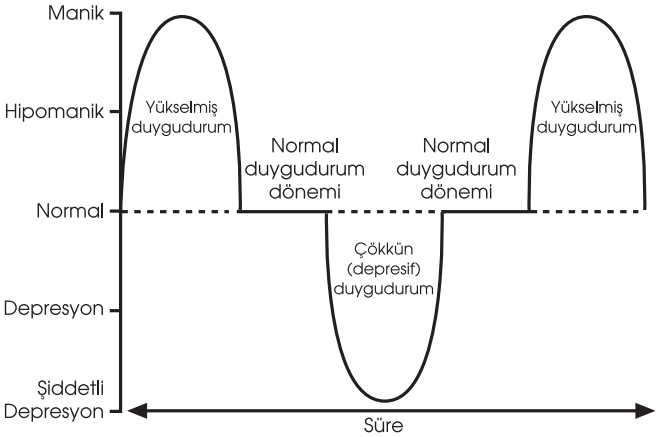


### 4. Bipolar bozuklukta ne zaman hastaneye yatış gerekir?

Hastalığın mani döneminde olan kişiler genellikle riskli davranışlardan, intihar düşüncesinden uzaklaştırılmak için hastaneye yatırılır. Daha ciddi bir formu olan ve belirgin mani ve depresyon atakları ile seyreden bipolar bozukluğu olanların yaklaşık %90'ı en azından bir kez psikiyatrik hastaneye yatırılmıştır. Üç kişiden ikisi yaşamları boyunca iki kere veya daha fazla hastaneye yatırılmıştır.

### 5. Bu hastalık genetik midir?

Akrabalarının hiçbirinde bipolar bozukluk olmayanlarda hastalık görülme olasılığı % 1-2 iken, birinci derece bir akrabasında (anne-baba veya kardeşlerinde) bipolar bozukluk varsa görülme olasılığı % 7-8’dir. Tek yumurta ikizinde bipolar bozukluk varsa diğer ikizde hastalık görülme olasılığı % 45-60’dır, yani sadece kalıtım tüm hastalığı açıklayamamaktadır.



## 6. Mani d6nemi nasıldır?

Mani n6betleri genellikle ani başlar ve s6resi 2 hafta ile 4-5 ay arasında değişir (ortalama s6re 4 aydır). Manik d6nemdeki belirtiler şunlardır: Duygudurumda kişinin içinde bulunduğu duruma uygun olmayan coşku, enerji artması ve aşırı hareketlilik, saldırganlık; çok konuşma, uyku s6resi ve derinliğinde azalma, toplumsal kurallara uyamama, dikkatte azalma ve dikkat dağınlıklığı, 6zg6ven artışı, b6y6kl6k fikirleri, b6y6kl6k sanrıları (kendini başbakan, peygamber, ermiş zannetme gibi); d6ř6ncesizce para harcama, aşırı ticari girişimlerde bulunma, yeme-içme ve kişisel bakım ihmali, sesler duyma, hayaller g6rme, kokular algılama, ciltte karıncalanmalar veya dokunmalar hissetme şeklinde algı bozuklukları (halusinasyonlar).

## 7. Hipomani d6nemi nasıldır?

Hipomani belirtileri, maniye g6re daha hafiftir. Sıklıkla hastalık olarak g6r6lmeyip g6zden kaçabilir. Atak sırasında aşağıdaki belirtilerden birkaçının bir arada bulunması gerekir: Kişinin kendine g6veninde aşırı artma, uyku ihtiyacında azalma, dikkatin kolayca dağılması, fiziksel ve zihinsel aktivitede aşırı artma, k6t6 sonuçlar doğurabilecek aktiviteler içine girme

## 8. Depresyon d6nemi nasıldır?

Depresif n6betler genellikle sinsi başlar ve manik n6betlere g6re daha uzun s6relidir (ortalama s6re 6 aydır), yaşlı hastalar dışında genellikle bir yılı geçmez. Depresif d6nemdeki belirtiler şunlardır:

Dikkatin azalması ve dikkatini toplayamama, anlama, kavrama, hatırlama güçlükleri; benlik saygısında düşüş ve özgüven azalması, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik, kendine zarar verme ve intihar düşünceleri ve girişimleri, bedensel halsizlik, uyku bozuklukları (uykuya dalamama, erken uyanma, sık sık uyanma, kâbuslar görme), cinsel istek kaybı, iştah azalması veya artması, hareketlerde yavaşlama veya sıkıntılı hareketlilik, iç sıkıntısı, darlık hissi, eskiden severek yapılan etkinliklere karşı ilgi azalması, sosyal ilişkilerde azalma, içe kapanma, ağrı, hazımsızlık, adet düzensizliği gibi bedensel yakınmalar.

### **9. Karma (mikst) dönem nasıldır?**

Gün içinde sıkça değişen mani ve depresyon belirtilerinin aynı anda yaşanmasıdır. Bazı hastalar bu dönemlerin hepsi ile zaman zaman karşılaşırken, bazı hastalar sadece manik dönem veya depresyon ve hipomani dönemleri yaşıyor olabilir.

### **10. Hastalığın biyolojik yönü nedir?**

Bipolar bozukluk, şeker ya da kalp hastalığı gibi tıbbi bir hastalıktır ve kişinin beynini dolayısıyla da ruh durumunu etkilemektedir. Bu rahatsızlığa sahip olmak kimsenin suçu ya da hatası değildir. Bipolar bozukluğun nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Ancak araştırmalar, beyinde duygudurumun normal düzeyde kalmasını etkileyen bazı anormallikler olduğunu göstermiştir.

Beyindeki kimyasal maddeler, bir beyin hücresinden diğerine iletiler taşır. En az 100 çeşit olan bu kimyasal maddelere “nörotransmitter” adı verilir. Beyin hücreleri arasında iletilerin doğru bir şekilde taşınması kişinin düşünce, duygudurum, hafıza ve öğrenme kapasitesini de etkiler. Bipolar bozukluğa, beyindeki bu kimyasal maddelerin dengesinin bozulması; yani sinyallerin doğru bir şekilde iletilmemesi neden olabilir.

## ***11. Hastalığın psikolojik yönü nedir ve psikoterapi hastalığın belirtilerinin kontrolüne nasıl yardımcı olur?***

Bipolar bozukluğun tedavisi sadece ilaç içmeyi kapsamamaktadır, aynı zamanda düşünce ve davranışları düzenleyen psikoterapötik yaklaşımı da içermektedir. Tedavide ilaç ve psikoterapinin birlikteliği gereklidir. Bipolar bozuklukla başa çıkabilmeyi başarmak tedavinin en önemli bölümüdür. Psikoterapi, ilaç tedavileri ile birlikte uygulandığında, hastalara ve ailelerine destek, eğitim ve rehberlik sağlamaktadır. Örnek olarak, manik ve depresif dönemleri tetikleyen stres faktörlerini fark etmelerine ve bunlarla başa çıkmaya yardımcı olmaktadır. Psikoterapi ayrıca, gelişmekte olan bir hastalık döneminin erken belirtilerini saptamaya da yardımcı olabilmektedir.

Çoğu zaman, hızla başlatılan tedavi tam gelişmiş bir depresyon veya mani krizini önleyebilir. Psikoterapi bireysel olarak hastaya, aileye, aile ile birlikte hastaya ve grup olarak uygulamayı kapsamaktadır. Davranışçı

psikoterapi yaklaşımı ile bipolar bozukluk belirtileri ile nasıl uğraşılacağı, kişilerde yeni hastalık dönemlerini ortaya çıkarabilecek streslerle başa çıkmasına çalışılmaktadır. Bilişsel psikoterapi yaklaşımı ile bipolar bozuklukta kişilerin depresif ve yükselmiş duygudurumlar sırasında ortaya çıkan çarpık düşünceler ve inançları tanımlamaları ve karşı koyma çalışılmaktadır.

## **12. Bipolar bozukluk nasıl tedavi edilir?**

Tedavinin akut tedavi ve koruyucu tedavi olmak üzere iki basamağı vardır. Akut tedavi hastalık belirtileri başladığı sırada, belirtileri mümkün olduğunca hızla yatıştırmak için uygulanır. Bu dönem hastanede yatarak tedaviyi de gerektirebilir. Koruyucu tedavi ise yeniden hastalanmayı engelleme amacı taşır. Akut tedavide öncelik hastanın ve çevresinin güvenliğinin sağlanması, intihar riski varsa önlenmesi, tanının netleştirilmesi, mani döneminde sakinlik verecek, depresyon döneminde ise ruhsal kalkınma sağlayacak tedavinin etkili ve güvenli biçimde uygulanmasıdır. Ana tedavi ilaçlarla yapılır. Ancak hastalık şiddetli, kişinin intihar riski var, daha önce ilaç tedavilerine bilinen direnç varsa elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanabilir. Yeni ilaçların kullanılabilir hale gelmesi ile EKT'ye ihtiyaç oranı azalmıştır ancak hala çok sayıdaki hasta için EKT en etkili tedavidir. Bazı olgularda ilaçlara yanıt yetersizdir, kimilerinde ilaçlar yan etkileri sebebiyle istenilen doza çıkılamaz, bazı durumlarda ise hastanın intihar riskinin bulunması gibi sebeplerle ancak EKT nin sağlayabileceği hızlı düzelme elde edilmek istenir.



## 13. EKT güvenli midir? Nasıl uygulanır? Yan etkileri var mıdır?

EKT uygulaması için, bir anestezi uzmanı ve bir psikiyatristin hazır bulunduğu acil müdahale imkânı veren bir tedavi odasında sedyede yatan hastada



öncelikle kas gevşemesi ve uyku sağlayan anestezi ilaçları verilir. Daha sonra hastanın alınına yerleştirilen iki elektrottan birkaç saniye süre ile elektrik akımı verilir. Bu akım ile beyinde ritmik bir elektrik aktivitesi oluşur ve beyin kimyasalları salınır. İşlem yaklaşık 5 dakika sürer, işlemin bitmesi sonrasında tedavi ekibi yaklaşık 15-20 dakika süreyle hastanın tamamen uyanması sırasında yanında bulunurlar. EKT sonrası izlenen bellek kusurları genellikle bir yıl içinde tamamen ortadan kalkar. EKT öğrenme becerisini azaltmaz, aksine depresyonun ortadan kalkması ile öğrenmeyi daha kolaylaştırır. Ancak bazı hastalarda EKT uygulamasından hemen önceki kişisel anıların tekrar hatırlanması 6 ay-1 yıl arası bir süre gerektirebilir. Fakat bipolar hastalardaki unutkanlık daha yüksek sıklıkta yeterince iyileşmemiş hastalık sebebiyle izlenir. EKT genellikle haftada 2-3 defa uygulanan bir tedavi biçimidir. Genel uygulama bir kürde 6-12 EKT uygulanmasıdır.

Modern anestezi teknikleri ile günümüzde EKT daha da güvenilir hale gelmiştir. Filmlerde görülen EKT sahneleri ya da elektrikli sandalye görüntüleri ile gerçek EKT uygulamasının hiçbir benzer yönü yoktur. EKT ağırlı değildir, hasta için ceza değildir. EKT uygulanmış olan çoğu hasta dışı koltuğuna oturmayı EKT’den daha stresli bulmuşlardır.

#### **14. Bipolar bozuklukta TMU uygulanabilir mi?**

TMU’da saçlı kafa derisinin üzerine elektro manyetik bir bobin aracılığıyla beynin elektrikselsel aktivitesini düzenlemeye yönelik bir tedavidir. Beyinde hedeflenen alanda “nöronal depolarizasyon” dediğimiz değişim oluşur. Beyindeki hücrelerin elektrikselsel iletisine müdahale edilmiş olur. Beynin elektrikselsel ve kimyasal ileti ile çalıştığı düşünülürse beynin yeterli çalışmayan doğal süreçlerini harekete geçirici etkisi olduğu anlaşılır. Dışarıdan elektrik akımı vermeden, güçlü ama kısa bir manyetik alan oluşturarak tedavi etkisini oluşturur. EKT beyne doğrudan elektrik akımı verilerek uygulanır, bu sebeple EKT’nin hastane ortamında ve genel anestezi altında yapılması gereklidir. TMU tedavisi ise ayaktan uygulanabilir, anestezi ya da analjezik gerektirmez. Çoğu kez hasta hafif baş ağrısı ve uyarım uygulanan yerde hafif bir rahatsızlık dışında herhangi bir olumsuz etki hissetmez. Çok nadir vakalarda epileptik nöbet izlenebilir. Bu durumda tedavi kesilir. Nöbet riski olan kişiler tedavi öncesi çekilen EEG ile tespit edilip tedaviye alınmazlar.

Tedavi süresi ve sıklığı hastanın bireysel ihtiyacına göre belirlenir. 5-30 dakika süre ile belirlenen sıklıkta, belirlenen frekans ve şiddette ritmik uygulama yapılır. Bipolar bozukluğun depresyon döneminde etkili bir tedavidir. Ancak hipomani döneminde ve EKT uygulanmasına engel durum olan mani dönemlerinde de yardımcı tedavi olarak farklı parametrelerle kullanılabilir.

### **15. İlaç tedavi seçenekleri nelerdir?**

Bipolar bozukluğun ana tedavisi ilaç tedavisidir. Bu hastalığın tedavisinde kullanılan en önemli ilaç tipi, kişinin duygudurumunu kontrol altına almak için yazılan ilaçlardır. Bu ilaçlar 'duygudurum düzenleyicileri' olarak adlandırılmaktadır ve gelecek atakların önlenmesi ve başlamış bir atağın tedavi edilmesinde etkilidirler. Genel olarak, bipolar bozukluğu olan kişiler duygudurum düzenleyicileri ile tedaviye uzun süre (yıllarca) devam etmektedirler. Duygudurum düzenleyicilerinin kullanılmasına karşın ortaya çıkan mani veya depresyon ataklarını tedavi etmek için ek ilaç tedavileri yazılmaktadır. Örneğin, antipsikotik ilaçlar esas olarak manik atak sırasında yazılırken, antidepresan ilaçlar yaygın olarak depresif atak sırasında verilmektedir. Araştırmalar, antidepresanların mani, hipomani ya da hızlı döngüye geçişi tetikleyebildiğini göstermiştir. Bu nedenle, bipolar bozukluğu olan kişileri bu geçisten korumak amacıyla antidepresan ilaçla birlikte duygudurum düzenleyicileri de yazılmaktadır. Hastalığın semptomlarını tedavi etmek için başka ilaçların alınması da gerekebilmektedir.

### **Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlar:**

Mani tedavisinde kullanılan başlıca ilaçlar:

1. Lityum;

2. Valproat;

3. Karbamazepin;

4. Antipsikotikler;

5. Yeşil reçeteli olanlar olarak sıralanabilir. Bu ilaçlar uykusuzluk ve psikolojik ya da fiziksel huzursuzluğun (yerinde duramama, öfkeli davranışlar vb.) azaltılması için kullanılır. Ciddi manik dönemin tedavisinde ya da hasta tedaviyi reddediyorsa, ilaçların iğne formları ile tedavi devam ettirilebilir.

### **Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar:**

Lityum, lamotrijin gibi duygudurum dengeleyici ilaçlarla birlikte antidepresan ilaçlar kullanılır. Ancak antidepresif ilaçların tek başına kullanımları, bipolar bozuklukta hipomani veya mani gelişmesine neden olabilir. Antidepresif ilaçlar etkilerini birkaç haftada gösterir, sabırlı olmak gerekir. Etkisi görülene kadar, uykusuzluk, kaygı, huzursuzluk için doktorunuz yatıştırıcı ilaç ekleyebilir. Depresyondan çıktığınızda, doktorunuz ilacınızı uygun şekilde kesecektir. Bazen antipsikotik ilaçlar da kullanılmaktadır.

### **Koruyucu amaçlı kullanılan ilaçlar:**

Bipolar bozukluğun belirtilerini kontrol etmekte en önemli ilaçlar duygudurum dengeleyicileridir. Bunlar lityum, valproat, karbamazepin, lamotrijin, antipsikotiklerdir.

## **16. Hangi ilaçların kan düzeyi bakılmalıdır ve neden bakılmalıdır?**

Lityum, valproat ve karbamazepinin kan düzeylerinin belli aralarla (lityum için en çok 2-3 ayda, valproat ve karbamazepin için en çok 6 ayda bir) kontrol edilmesi gerekir.

Çünkü bu ilaçlar belirli kan düzeyleri arasında tedavi edicidir. Lityum için kan düzeyi 0.60-0.80 (hastalık döneminde 0.80-1.20), valproat için 50-100, karbamazepin için 6-12'dir. Düşük kan düzeylerinde etkili olmazlarken yüksek kan düzeylerinde istenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilir. Günümüzde hemen hemen tüm psikiyatrik ilaçların kan düzeyine bakılmakta ve tedavi buna göre planlanmaktadır.

## **17. Kan düzeyi bakılırken nelere dikkat edilmesi gerekir?**

Kan düzeyi bakılacağı zaman özellikle son bir haftadır eksik ya da fazla ilaç imediğinizden emin olun yoksa kan düzeyi doğru olmayacaktır. Akşam hangi saatlerde ilaç alındıysa 12 saat sonra sabah ilaç içmeden kan verilmelidir.

Kan düzeyi bu şekilde bakılmaz ise güvenilir olmayacak ve doktorunuzu yanlış yönlendirecektir.

## **18. Lityum kullanırken nelere dikkat etmek gerekir?**

Lityum tedavisi başlarken doktorunuz böbrek ve tiroid işlevlerinizi kanda kontrol edecektir. Kadın hastaların

ilaç kullanırken hamile kalmaması gerekir. Hamileliğin özellikle ilk 3 ayında ilaçların bebek üzerine istenmeyen yan etkileri olabilir. Çocuk planlayan kadın hastaların mutlaka doktorları ile görüşmesi gerekir.

Lityumun günlük dozu doktorunuz tarafından kan düzeyine göre ayarlanacaktır. Kendi başınıza ilaç dozunu artırmayın ve azaltmayın. Lityum genellikle günde 2 ya da 3 dozda alınır. Çoğu kişi ilacı yemekle birlikte almayı tercih etmektedir. Bulantıyı önlemek için tok karna ilaç içmenizi öneririz.

Lityum kullanan kişilerde su ve tuz alımı çok önemlidir. Lityum yan etkisi nedeniyle sık idrara çıkarır, bu nedenle susuzluk hissedilir. Sık idrara çıkmamak için su almayı azaltırsanız lityum kan düzeyi artacak ve lityumun böbreklerden atılımı yavaşlayacaktır. Sağlığınız için tehlikeli olabilir. Tuz ile ilgili olarak tuz alımınızı çok azaltırsanız (her zamankinden belirgin olarak azaltırsanız) yine lityum böbreklerden daha yavaş atılacaktır ve lityum kan düzeyi artacaktır. Zehirlenme belirtileri ortaya çıkabilir.

### ***19. İlaçların yan etkileri nelerdir?***

Susuzluk hissi ve sık idrara çıkma; bulantı hissi; ellerde titreme; hafif uyku hali (özellikle yüksek kan düzeylerinde); hafif kas güçsüzlüğü; hafif kilo alımı; ağızda metalik tat; aknelerde artış görülebilir. Lityum böbreklerden atılarak bedeni terk ettiği için 6 ayda bir kez böbrek tahlilleri yapılmalıdır. Özellikle kadın hastalarda tiroid bezi bozuklukları daha sık görülebildiği için kanda tiroid hormonları 6 ayda bir bakılmalıdır.

**Lityum zehirlenmesi belirtileri:** Lityum kan d¼zeyi çok y¼kseldiđi zaman (fazla ilaç alinması, su ve tuz kısıtlaması veya bazı ilaçların birlikte kullanımı nedeniyle) ısrarlı ishal (g¼nde 3-4 kezden fazla), bulantı - kusma, ellerde ve bacaklarda Şiddetli titreme, kas krampları, g¼rme bulanıklığı, uyku hali ve denge bozukluğu g¼r¼l¼r. Bu belirtiler ortaya çıkarsa hemen doktorunuza başvurunuz.

**Lityum kan d¼zeyini artıran ilaçlar:** Ağrı kesiciler (nonsteroid antiienflamatuvarlar), antihipertansifler (idrar s¼k¼c¼ler ve ACE inhibit¼rleri) ve bazı antibiyotikler. Başka doktorlar size ilaç reçete ettiği zaman doktorunuzu arayınız ve ilaç etkileŐimi olup olmadığını sorunuz. Karbamazepin ya da valproat baŐlarken doktorunuz karaciğer işlevlerinizi ve hemogramınızı kontrol edecektir. 6 ay ile yılda 1 kez benzer tahlillerinizin tekrarlanması gerekir. Kadın hastaların bu ilaçları kullanırken hamile kalmaması ¼nemlidir. Hamileliğin ilk 3 ayında herhangi bir ilaç kullanımı bebeğe istenmeyen etkiler oluŐturabilir. Lityuma benzer Şekilde ilaç doktorun ¼nerdiđi dozlarda kullanılmalı ve ilaç dozu azaltılıp oğaltılmamalıdır.

**Valproatın yan etkileri:** Bulantı, kilo alımı, uyku hali, ellerde titreme ve geçici sa d¼k¼lmesidir. 20 yaş altında kızlar kullandığı zaman adet kanamalarının d¼zeni izlenmelidir.

**Karbamazepinin yan etkileri:** Uyku hali ve çift g¼rme olabilir. Uzun s¼re karbamazepin kullanılacak ise kemik

erimesine karşı kalsiyum ve D vitamini eklenmesi gerekebilir. Lamotrijini doktorunuzun tavsiye ettiği şekilde kullanınız. Hızlı doz artırılması deri döküntülerine yol açabilir. Deri döküntüleri ortaya çıkarsa doktorunuza başvurunuz.

**Bazı antipsikotik ilaçlar:** (Olanzapin, Klozapin .. vb) kilo alımına yol açabilir. Bu nedenle ilaç kullanımı sırasında 1-2 kilo aldığınızda kilo alımını kontrole başlamanız gerekir. Kilo alımı şeker ve kalp hastalığı riskini artırdığı için çok önemlidir.

Bu ilaçları kullanmaya başlamadan ve başladıktan 3 ay sonra ve her yıl kan şekeri ve kan yağlarını (kolesterol ve trigliserit) kontrol etmek gerekir. Doktorunuzun tavsiyesi dışında ilaç kullanmayın, ilaçların dozunu artırıp azaltmayın. İstenmeyen etkiler ortaya çıkarsa doktorunuza başvurunuz.

## **20. Bipolar bozukluğun fiziksel ve zihinsel yetiler üzerine etkileri nelerdir?**

Bipolar bozukluk duygudurum bozukluğudur ancak, depresyon veya mani ve mixt döneminde etkilenen sadece duygudurum değildir. Fiziksel ve zihinsel birçok işlevde değişiklik görülmektedir. Davranış problemleri görülmektedir. Fiziksel olarak, gücünüzde azalma, halsizlik görülebilir. Mantıklı şekilde düşünme, karar verme ve muhakeme etme yetilerinde değişiklikler görülebilir. Kognitif açıdan, dikkati sürdürme, dikkatte dalgalanma, dikkat eksikliği görülebilir.



Dikkattteki problemlere yönelik kognitif zihinsel rehabilitasyon ile destek verilebilir. Hasta tarafından bir duygudurum günlüğü tutularak değişen duygudurum ve zaman kaydedilebilir.

Bu bilgiler zihinsel ve fiziksel işlevlerinizi normal seviyede tutmak için yardım sağlamaktadır ve doktor ve psikoloğunuz ile paylaşmanız gerekmektedir.

## **21. Bipolar bozukluğun yaşamın diğer alanları üzerine etkileri nelerdir?**

Bipolar bozukluk yaşamın diğer alanlarına da etki sağlamaktadır. Sosyal yaşamda diğer insanlarla olan ilişkilerinizde, maddi durumunuzda, aile bireyleri, arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizde, iş hayatınızda, kariyer planlamanızda bir takım sorunlar yaşanabilir. Öncelikle sizin gibi başka insanların da olduğu ve destek alabileceğiniz hekim ve psikologların varlığını unutmayınız.

## **22. Hastalık dönemlerinin süresi ve sıklığı nedir?**

Mani ve depresyon epizodlarına hastalık dönemi denir. Yaklaşık olarak hastalığın ilk on yılında bir hastada görülen hastalık sayısı ortalama 4 olarak saptanmıştır. İlk on yılın ardından, hastalık dönemleri arasında ortalama süre yaklaşık 1 – 2 yıldır. Bozukluk tedavi edilmezse, ortalama olarak bir mani ya da hipomani dönemi birkaç ay sürebilir. Tedavi edilmeyen bir depresyon döneminin süresi ise yaklaşık en az 6 aydır. Hastalık dönemleri arasında birçok kişi normal duygudurumlarına döner.

Kimilerinde depresif duygudurum içerisinde olduğu görülebilir. Bazı aralarda hastalık belirtileri arasında hiç ara olmazken, bazı hastalarda kısa ve bazı hastalarda uzun aralar görülebilir. Bu araların uzun oluşunu, tedavinin sürekliliği, düzenli ilaç kullanımı, düzenli doktor ve psikolog takibi ve aile desteği sağlamaktadır. Bir yılda dört ya da dörtten fazla hastalık dönemi geçiriliyorsa buna 'hızlı döngülü bipolar bozukluk' denir. Bazen bir haftada ya da bir gün içinde birkaç hastalık dönemi görülebilir.

### **23. Bipolar bozuklukta erken uyarıcı belirtiler nelerdir?**

Hastalığın seyrinde yeni bir atağın geldiğinin en önemli ipuçlarından biri kişinin daha önceki hastalık dönemleri ortaya çıkarken yaşadığına benzer belirtileri yaşamaya başlamasıdır. Özellikle uykuların bozulması, sinirlilik artışı dikkat edilmesi gereken atak başlangıcı işaretleri olabilir.

### **24. Bipolar bozuklukta acil durumlar nelerdir?**

Tıbbi müdahaleye acilen ihtiyaç duyulan durumlar yaşanabilir. Bu durumlarda, ailenin yakınlarının yapılması gerekenleri bilmeleri önemlidir. Böyle durumlarda, ambulans çağırılabilir ya da en yakın kliniğe götürülebilir. Bipolar bozukluğu olan bir kişinin kontrolden çıktığını ve acil tıbbi müdahale yapılması gerekliliğini gösteren örnek davranışlar:

- Hayatına son verme düşüncelerinin varlığı ve bu yönde plan yapması.
- Kendine zarar verme eyleminde bulunmak
- Çevresine karşı saldırgan davranışlarda bulunmak
- Kendi özbakımını sağlayamamak
- Yemek yememek

İntihar düşüncesi ya da davranışı, bipolar bozukluk hastası için en tehlikeli acil durumdur. Bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık %25'i yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunur ve yaklaşık %11'i intihar ile yaşamını kaybeder.

## **25. Aile hastaya nasıl yardımcı olabilir, yaklaşımı nasıl olmalıdır?**

Öncelikle hastalığı anlamak önemlidir. Hastalık döneminde ve hastalık olmadığı dönemde hastaya destekleyici yaklaşmak önemlidir. Özellikle hastalık olmadığı dönemlerde kişiye işlevselliğini sağlaması yönünde yaklaşılmalıdır. Doktor kontrolleri ve ilaç kullanımında motive edici yaklaşılmalıdır. Hastanın kendisini daha iyi hissetmesi yakınlarının yardımı ile daha kolay olmaktadır. Ailenin, arkadaşların ve yakın çevrenin desteği hastalık döneminde çok önemlidir. Örneğin aile, doktor ve psikolog ziyaretinde hastaya eşlik edebilir, ilaç alımını hatırlatabilir.

Ayrıca, iyi olduğunuzda bir eylem planı hazırlamanın, daha sonra herhangi bir belirti geliştiğinde hem hastanın hem de ailenin hazırlıklı olmasını ve ilgili tüm kişilerin ne yapması gerektiğini bilmelerine yardımcı olur. Küçük bir mani (hipomani) atağı sırasında, hastalar davranışlarının olağan dışı olduğunun farkında

olmayabilir ya da hasta olduklarını ve tedaviye ihtiyaçları olduğunu inkar edebilir. Aile, arkadaşlar ve yakın çevre, gelmekte olan bir atağın gözden kaçabilecek erken uyarı belirtilerini farkedebilir ve hastayı tedaviye ihtiyacı olduğuna ikna edebilir.

### **26. Hastane sonrası tedavi süreci nasıldır?**

Hastaneye yatmadan, ayakta geçirilen mani veya depresyon dönemlerinin tedavisinde belirtileri gözden geçirmek, ilaç dozunu kontrol etmek, yan etkileri konuşmak için haftada en az 1 kez, gerektiğinde her gün doktorunuzla görüşmelisiniz. Düzelme sağlandığında birkaç ayda bir görüşebilirsiniz.

Eğer aşağıdakiler varsa, randevunuz olmasa da doktorunuzu aramalısınız:

- İntihar düşüncesi veya şiddet hissi olduğunda,
- Duygudurumunuzda, uykuda, enerjide değişiklik olduğunda,
- İlaç yan etkilerinde değişiklik varsa,
- Başka ilaçlar kullanmanız gerektiğinde,
- Ani cerrahi müdahale kararında, dişle ilgili cerrahi girişim öncesinde.

## **NPGRUP BÜNYESİNDE TEDAVİ OLANAKLARI**

NPİSTANBUL Hastanesi ve NPGRUP bünyesindeki Üsküdar Üniversitesi Feneryolu ve Etiler Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, hastalığı anlamak ve müdahale etmek için size ve sevdiklerinize yardımcı olacak kaynaklar sunar. Temel yaklaşımımız;

- 1- Önce kapsamlı inceleme ve nöropsikolojik tarama yaparak teşhisi netleştirmek,
- 2- Daha sonra ölçmeye dayanan metodlarla tedavi planı yapmak,
- 3- Güçlü ve yeterli yöntemlerle beyin kanıtlarını izleyerek tedavi uygulamaktır.

## **İLK BAŞVURUDA NELER YAPILIR?**

- 1- Doğru teşhis, doğru tedavinin planlanması için ilk adımdır. Psikiyatri polikliniğimize ilk kez başvuran hasta önce Psikiyatrik (ve gerekli görülürse ek olarak Nörolojik) muayeneden geçer.
- 2- Psikiyatri polikliniğimize ilk kez başvuran hastalar (özellikle daha önce tedavi almış ancak yararlanmamış, tedaviye dirençli hastalığı olanlar) tanı konma aşamasında ayrıntılı bir değerlendirmeden geçirilir.

**Nöropsikolojik inceleme:** 65 yaş üstü hastalarda ya da unutkanlık dikkat problemleri olan kişilerde son altı ay içinde yapılmamışsa; üst düzey beyin işlevlerini (planlama, dikkat, konsantrasyon, hafıza .. vb)

ölçmeye yarayan testler uygulanır. Bunun için SPM;COG; DAUF; NVT gibi bilgisayarlı testler ya da karşılıklı görüşme tekniği ile uygulanan özel bir grup testten hastanın durumuna uygun olanlar kullanılır.

**Kişilik profilinin çıkarılması:** *Gerekli durumlarda ve uygun hastalarda; MMPI, Rorschach gibi testler yapılarak kişilik özelliklerine bakılır. Hastada yoğun bir kaygı ya da algı ve/veya düşünce bozukluğu oluşturan ve bu şekilde ikincil süreçte beyin işlevlerinde bozulmaya yol açan, zorlayıcı bir kişilik yapısının olup olmadığı anlaşılır. Bulgular tedavi sürecinde kullanılır.*

**Kardiyovasküler değerlendirme:** Tansiyon ve Nabız ölçümleri *her hastada yapılır. 65 yaş ve üstü için, kardiyovasküler yakınması olanlarda, kardiyak risk taşıyan ilaçları kullananlar ve yeni başlanacaklarda mutlaka Elektrokardiyografi (EKG) çekilir.*

**Nörogörüntüleme:** *Son altı ay içinde yapılmamışsa; Kantitatif EEG (QEEG), Volumetrik Kraniyal MR tetkiklerinden en az biri çekilerek beynin yapısında ya da işleyişinde bir bozulma olup olmadığı ayrıntılı şekilde incelenir. Gerekirse daha ileri inceleme için PET, SPECT, Fonksiyonel MR yapılabilir. 65 yaş üstünde ya da zihinsel işlevlerle ilgili/nörolojik hastalık düşündürülen bir şikayeti olanlarda son altı ay içinde yapılmamışsa Kraniyal MR ya da Bilgisayarlı Tomografi çekilir. Hangi görüntüleme tekniğinin kullanılacağı nöropsikiyatrik muayeneden sonra belirlenir.*

**Uyku Laboratuvarı:** *Uyku bozukluğu ya da epilepsi şüphesi olan hastalarda, tanıya yardımcı olacağı düşünölen Polisomnografi, Tüm gece 12/24 saatlik Video Monitorizasyonlu EEG çekimi yapılabilir. Hastanın **uyku profili çıkarılarak** psikiyatrik/nörolojik tabloyla ilişkisi araştırılır.*

**Nörobiyokimyasal değerlendirme:** *65 yaş üstü hastalarda son altı ayda yapılmamışsa ve daha genç yaşlarda gerekli görölrse; kan ve idrar tahlili yapılarak beyin işlevlerini etkileyebilecek olan vitamin, mineral, kandaki demir miktarı (anemi), kan şekeri düzensizlikleri; karaciğer ve böbrek fonksiyonları; yaygın ya da beyni etkileyen enfeksiyon varlığı araştırılır.*

**Nöroenflamatuar değerlendirme:** *65 yaş üstü hastalarda son altı ayda yapılmamışsa ve daha genç yaşlarda gerekli görölrse; ASO, CRP ... vb gibi vücutta romatizmal ya da bağışıklık sistemini ve beraberinde beyin işlevlerini etkileyen bir hastalık varlığını gösteren tetkikler (kan, idrar) yapılır.*

**Nöroendokrin değerlendirme:** *Hastanın şikayetleri (ör. Kilo değişikliği, enerji azalması, çarpıntı, titreme, bellek-dikkat problemleri ... vb) belli bazı hastalıklar için şüpheli uyardırıyorsa kilo ölçümü yapılarak, Tiroid, Kortizol, Prolaktin gibi psikiyatrik tablolara eşlik eden ve beyin işlevlerini etkileyen hormonların düzeylerine mutlaka bakılır.*

**Toksik tarama:** *Beyin işlevlerini etkileyen ilaç ya da bağımlılık yapan madde kullanımı olan kişilerde, bu maddeler kanda/idrarda araştırılır. Tedavinin başlangıcında ve takiplerde düzenli olarak tekrarlanır.*

**Klinik Farmakogenetik Değerlendirme:** İlaç kullanan hastalarda, ilaç kan düzeylerinin tedavi değerlerinin üstüne çıkması ya da ilaç etkileşimleri beyin işlevlerinde bozulmaya yol açabilir. Bunu saptamak için, kullanılan ilaçların kan düzeyleri **(TDM)** ölçülür.

**İlaç Kan Düzeyi Ölçümü Aşağıdaki Durumlarda Yapılmaktadır.**

- 1- Zehirlenme riski yaratan ilaçlar için zorunludur (ör. Lityum, Valproat)
- 2- Uygun dozda tedaviye rağmen düzelme görülmemişse
- 3- Uygun dozlara rağmen aşırı yan etki görülmesi
- 4- Birden çok ilaç kullanan hastalarda, ilaç etkileşimini görmek için
- 5- Tekrar eden hastalık tablosu varsa
- 6- Çocuklarda ve ergenlerde ilaç kullanımında
- 7- Yaşlılarda (>65 yaş)



8- Ek olarak b6brek ve karaciğer gibi ağır hastalık varlığında  
İlaç kan d6zeyleri *ortalama tedavi dozunda aşırı d6şük ya da y6ksek çıkan hastalarda*, ilaçların v6cuttan atılımıyla ilgili daha ileri analiz yapılarak hastanın **genetik profili** ıkarılır. Elde edilen verilerle **kişiye 6zel tedavi** d6zenlenir.

### **TEDAVİ PLANI VE TAKİP SÜRECİ**

Tetkik sonuçları değerlendirilerek tedavi planı çizilir. Hasta ve yakınlarıyla da paylaşılarak tedavi s6reci başlatılır. Psikoterapi veya beyin uyarım teknikleri 6nerilen hastalara bilgilendirme ve onam formu verilir. İlaç kan d6zeyi 6l6m6 (TDM) takip planı yapılır.

\*Her muayenede nabız, tansiyon 6l6m6, v6cut ağırlığı, ilaç yan etkileri ve tedavi uyumu değerlendirilir.

\*Gerekli durumlarda ve sıklıkta TDM, en az 6 ayda bir b6brek, karaciğer testleri, kan şekeri bakılır ve EKG ekilir.

\*Başlangıçta yapılmış ve bozulma varsa, yılda bir kez zihinsel işlevler 6l6l6r.

\*Hastalık t6r6ne ve şiddetine g6re uygun aralıklarla, hastalık şiddetini g6steren 6lekler yapılarak tedaviye cevap değerlendirilir.

\*Psikoterapi, psikososyal beceri, psikoeğitim, grup tedavisi planlanır ve terapistle işbirliği içinde takibi yapılır.

## **RUTİN KULLANIMDA OLAN TEDAVİ ARAÇLARIMIZ**

**Yataklı Tedaviler:** Kişinin kendisinin ve çevresinin güvenliğini riske attığı, hayati tehlikenin olduğu, tedaviye direncin yaşandığı durumlarda yatarak tedavi etkili bir seçenektir. Psikiyatri hastalarının ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş, tam güvenli servisler ve deneyimli personel tedavide konfor ve güvenliği bir arada sunmaktadır.

**Elektrokonvulsif Tedavi (EKT):** Hastalıkların alevli dönemlerinde hastanede yatarak anestezili EKT uygulaması yapılabilir. Beyne çok düşük elektrik akımı verilerek nöbet oluşturulur ve beynin bozulmuş olan elektrokimyasal süreçleri düzenlenir.

**Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi (TMU):** Psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarda kullanılan yeni bir tedavi yöntemidir. Beynin hastalıklardan etkilendiği düşünülen bölgelerine kısa aralıklarla uygulanan manyetik alan aracılığıyla, beynin elektriksel aktivitesi düzenlenir. İlaçlara göre daha hızlı ve güçlü tedavi sağlar. Kliniklerimizde ilaç tedavisine dirençli depresyon vakalarında kullanılmaktadır.

Elektrokonvulsif tedavinin uygulanmadığı bazı durumlarda (hasta ve ailenin tercihi, anestezi riski), manik ataklarda düşük frekanslarda uygulanmaktadır.

**Beyin Uyarım Tedavileri - Kranial Elektroterapi Uyarımı (KET), Mikroakım Elektrobiyolojik Tedavi (MET), transkranial Direkt Akım Tedavisi (tDCS):** Düşük voltajlı bir cihaz aracılığıyla beyne düzenli uyarılar verilerek yapılan tedavilerdir. Beynin doğal elektriksel süreçleri harekete geçirilerek, beyin hücrelerinin bozulan faaliyetlerini düzeltmek amaçlanır. Depresyon, anksiyete bozukluğu, kronik ağrı vakalarında kullanılmaktadır.

**Psikoterapi:** Psikiyatrik tedavilerde tek başına ilaç kullanımının yeterli olmadığı bilinmektedir. Kliniklerimizde psikoterapinin ilaç tedavisinin yanında yaygın ve etkin kullanımı, daha hızlı ve kalıcı iyileşme sağlayarak tedavi başarımlarını artırmaktadır. Psikoterapide amaç; eksiklikleri ve kayıpları ortadan kaldırmak, stres etmenlerine yönelik uygulanabilir bilgi ve beceri kazandırmak, uyumsuz davranışın yerine uyumlu davranışı koymak, **farkındalığı artırarak değişimi** sağlamaktır. Doktor ve psikoloğun işbirliği ile, kişilik analizinin ardından yapılan değerlendirme sonucunda kişiye uygun terapi yöntemi biçimlendirilir. Tedavi dinamik bir süreç olduğundan, zamanla diğer psikoterapi teknikleri de uygulamaya alınabilir. Kliniklerimizde uygulanan terapi tekniklerinden bazıları:

Dinamik Yönelimli Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, EMDR, Hipnoz, Yatan Hasta Etkileşim Grupları, Bağımlılık Grup Terapileri, Neurobiyofeedback, REHACOM, çocuklarda Oyun Terapileri.

**EMDR:** *Son yıllarda geliştirilen ve özellikle psikolojik travmaya maruz kalmış danışanlarda uygulanan özgül bir psikoterapi tekniğidir. Göz hareketleri eşliğinde duyarsızlaştırma ve yeniden işleme ( Eye Movement Desensitization and Reprocessing) adını taşıyan bu teknik, travmatik yaşantılarla ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri zihinde yeniden işlemeyi sağlar. Bu şekilde kişideki duygusal yükün ortadan kaldırılması hedeflenir.*

**Nörobiyofeedback:** Kişinin kendi iç süreçleri ile fizyolojik işleyişi arasındaki bağı gösterir. Kişinin parmaklarına ya da saçlı deriye takılan sensör/elektrod aracılığıyla vücut ısısı, beyin dalgaları bilgisayara aktararak görüntülenir. Normal koşullarda fark edilmeyen, duygu ve düşüncelere bağlı olarak değişebilen beden fonksiyonlarını izlemeyi ve kontrolünü öğrenmeyi sağlar.

**REHACOM (Bilgisayarlı Eğitim Modülleri):** Zihinsel becerilerin tekrar kazanılması ya da mevcut becerilerin artırılması için kişiye özel dikkat eğitim programı yapılabilir. Planlama, organizasyon, dikkat yönetimi gibi zihinsel becerilerin rehabilitasyonu, bilgisayarlı eğitim modülleri kullanılarak yapılır.