

“Bipolar olmaktan nefret ediyorum, harika bir şey”¹

Timuçin Oral

Bipolar bozukluk belki de psikiyatride “hastalık” olarak adlandırılmaya en yakın tanıdır. Bütün diğer tanı gruplarındakine benzer kişisel çeşitliliğine karşın, seyri ve belirtilerinin “tipikliği” konusunda milattan öncesinden beri hemfikir olunan nadir tablolardandır. Bu durumuyla da psikiyatrinin en yüz güldürücü ve aynı zamanda en can sıkıcı hastalığıdır. Yüz güldürücüdür, çünkü mani döneminde insanlık tarihi boyunca söylenegelen “delilik” tanımına en çok uyan, depresyon döneminde ise “hayattan kopmuş”luk görünümü verebilen bu tablo kişinin başka bir “psikiyatrik hastalıkta” olmadığı kadar önceki sağlıklı, “tamamen normal” görünümüne dönmesiyle sonuçlanır. Yani, iyileşir. Elbette, gelecekte biri veya diğerinin yeniden ortaya çıkacağı o bilinmeyen ana kadar. Öte yandan, tam da bu nedenle, psikiyatrinin belki de en can sıkıcı hastalığıdır. Geçti gitti, diye düşünürken yeniden gelir. Üstelik ne zaman geleceğini bilmek de mümkün değildir. Dahası belirtili dönemlerde yaşananlar iyilik döneminde kişinin utanmasına ve kendi kendini damgalamasına yol açar. Zaten o dönemler nedeniyle çevresi onu suçlayıp damgalamaya hazırken, bir de kişinin kendi kendini damgalaması yalnızlaşmayı getirebilir.

Hangisi olursa olsun, belirtili dönem, kişi daha önce bir benzerini yaşamış bile olsa, yine de beklenmedik ve korkutucu olabilir. Daha önce herhangi bir hastalık dönemi yaşamayan kişilerin ve yakınlarının yaşayabilecekleri şaşkınlık ise doğal olarak çok daha fazla olacaktır. Eğer deneyimlenmiş ilk hastalık dönemi mani ise kişinin bu süreçte yaşadığı ve sahip olduğunu gördüğü beklenmedik güç ve enerji hissi, bu durumu canı pahasına korumasına ve en küçük engellenmeye karşı tepki göstermesine neden olur. Dolayısıyla, bu dönemde başa çıkılması gereken en önemli sorun destek girişiminin reddedilmesidir. Bu dönemde, kişinin sonradan rahatsız olacağı bazı “gözü kara davranışlar” ve artmış hareketliliğin veya fazla risk almanın neden olabileceği yarala(n)ma olasılıkları kişinin kendisi ve yakın çevresi için zarar verici olabilir. Erken dönemde çıkan hastalık belirtileri bazen gençliğe, dik kafalılığa ya da “karaktere” bağlanabilir. Bunun doğal ve geçici bir süreç gibi görülüp tıbbi müdahalenin geciktirilmesi de kişinin sosyal yaşantısını önemli ölçüde bozar; hatta bunun bir kişilik sorunu olarak algılanmasına bile neden olur. Özdenetimin azaldığı, buna karşılık özgüven duygusunun çok fazla arttığı, hatta zaman zaman sanrı (hezeyan) düzeyine varan büyüklük düşüncelerinin olduğu bu durumda kişi

¹ Kanye West’in “ye” albümündeki “Wouldn’t Leave” parçasının kapak görselinden alıntı.

yeterli içgörüye sahip değildir, ve algıladığının tersine, hiç olmadığı kadar yardıma ihtiyaç duymaktadır. Olabildiği kadar sakin, koruyucu, hatta olumsuz ve suçlayıcı olmaksızın sınırlayıcı, esnek bir ortam sağlanması hayat kurtarıcı olacaktır. Bunu bir tür “yeni ergenlik dönemi” gibi düşünebiliriz.

Depresyon döneminde ise kişi adeta “fişi çekilmiş” gibidir. Gücü kuvveti azalmış, umutsuz ve çaresiz durumdadır. Bu nedenle de hem hasta yakınlarının, hem hizmet sağlayanların en öncelikli ilgi odağı olası intihar düşünceleri olmalıdır. Özellikle bütün güç ve enerjisini kaybetmiş kişinin tedavinin ilk zamanlarında, umutsuzluk ve çaresizlik düşünceleri henüz sona ermemişken, biraz güç kuvvet kazanması “intihara kalkışmak için gereken gücü” sağlayabilir. Bu risk, tedavi ekibinin olduğu kadar, kişinin yakınlarının da mutlaka hazırlıklı olmasını gerektirir. Kendine bakımı azalan, toplumdaki uzaklaşan ve yalnızlaşan kişiye yardıma ve bakıma ihtiyaç duyan biri gibi yaklaşmak gerekebilir. Bazen kişiye kendine bakması için doğrudan yönlendirmeler yapmak; dış fırçalama, banyo, traş, saç tarama gibi günlük rutin işler için bile uyarmak; evden, odasından hatta yataktan çıkması için yüreklendirmek gerekebilir. Bilişsel ve yürütücü işlevler aksadığı için sürekli bilgilendirmek ve anladığını doğrulamak yararlı olur. Özetle bu dönemi de “yeniden çocukluk veya ileri yaşlılık dönemi” gibi düşünebiliriz.

Elbette bu dönemler siyah ya da beyaz gibi keskin bir ayrım göstermezler. Bazen her iki döneme ait belirtileri birlikte içeren “karma dönemlere” de rastlanır. Karma ama depresif dönem aylarca süren düşünce hızlanması, huzursuzluk ya da cinsel ilgide artma gibi özelliklerle; karma ama manik belirtilerin baskın olduğu dönem hareketli bir depresif tablo ile seyredebilir. Kişi hiç olmadığı kadar huysuz ve geçimsizdir. Tabii ki, her koşulda, intihar düşüncesi taşıyan depresif bir kişinin mani döneminin hareketliliğinde kendisine zarar vermek için gereken güç ve enerjiye de sahip olduğu anlamına geleceği akıllarda tutulmalıdır.

Sonuçta hangi belirtili dönemden geçerse geçsin, kişi tıpkı diğer tıbbi hastalıklardaki gibi bir toparlanma (nekahat) dönemine ulaşır. Fakat, bu dönemde, deyim yerindeyse, “sel gitmiş ama kumu kalmıştır”. Kişinin tüm ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi, derlenip toparlanması gerekecektir. Bu sırada, en öne çıkan duygunun açık ya da örtülü biçimde utanç olması beklenir. Mani sonrası “taşkın”dan geriye kalan hasarın tamiri, depresyon sonrası da hastalık sırasında edinilen edilgin rolden çıkılması en önemli meselelerdir. Belki de kişi için en zorlayıcı olan hastalık döneminden ziyade iyilik dönemlerinin başlangıcıdır.

Belirtili dönemleri takip eden iyileşme sürecinde kişideki hafifleme, huzur ve dinginlik haline yorgunluk, yoksulluk ve yoksunluk eşlik eder. Düzelmeye sürecinde en ciddi sorun kişinin olağan yaşantısına dönüşte mesleki ve toplumsal çevresinden göreceği tepkiler olur. İyilik hali de çevrenin aşırı koruyucu kollayıcı olduğu, bazen şüpheli gözlerle izleyerek, kişiye “kırılacak eşya” muamelesi yaptığı bir sürece dönüşebilir. Kişinin bir saat daha geç uyuması, hafifçe neşeli ya da konuşkan olması çevre tarafından hastalık dönemi öncüsü olarak değerlendirilip alarma geçilmesine neden olabilir. “Herkesi iyi olduğuna ikna etme mecburiyeti” kadar yorucu ve yıpratıcı bir durum herhalde başka hiçbir hastalıkta bu derecede söz konusu değildir. Bunun, “her şey geçti gitti”, “bir daha başıma gelmeyecek”, “bütün bunlar şunları yaşadığım için oldu” gibi temelinde hastalığın inkarı olan sonuçları olabileceği gibi, kişinin kendisini “defolu” hissetmesine, “bir daha hiçbir şey eskisi gibi olamayacak” düşüncesine sahip olmasına neden olabilecek sonuçları da olabilir. Oysa kişinin yaşam kalitesi, toplumsal ilişkileri ve işlevselliği çok önemlidir ve mutlaka rehabilite edilmelidir. Yukarıda da söz ettiğimiz gibi, iyilik dönemindeyken kişi yaşadıklarının utancıyla zaten kendi kendini damgalamaktadır. Bir de buna çevreden gördüğü tepki ve duyacağı yalnızlık hissi eklendiğinde kuşkusuz çok rahatsız edici olacaktır. Damgalanma ve yalnızlık duygusunun hem klinik belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırması hem de hastalığın inkarına sebep olması nedeniyle tüm süreci olumsuz etkileyeceği aşikardır.

Bipolar bozukluk tedavi edilebilir ve yeni dönemlerin oluşması engellenebilir bir hastalık tablosudur ama her türlü önleme karşın yineleme ve hatta yatış riski bazı kişilerde tamamen önlenemez. Bu “hep tekrarlayacak mı?” sorusunun yanıtı bilinemedikçe ve döngülenmeler kontrol altına alınamadıkça ne hizmet alanlar ne de hizmet verenler rahat etmeyeceklerdir. Sık tekrarlayan durumlarda oluşan korku, umutsuzluk ve güvensizlik ilişki sorunları yaratabileceği gibi yeni sağaltım girişimlerine karşı da direnç oluşturabilir. Bunlara kişinin kendi yaşamı üzerindeki kontrolü kaybetmiş olma duygusu da eklenince zorluk artacaktır.

Bipolar bozukluğun kişilere ve toplumlara maliyeti yüksektir. Hastaneye yatışlar, tıbbi müdahale ve bakım gereksinimlerinin yanı sıra üretkenliğin kaybı, sosyal sorunlar, kişilerin gördüğü bireysel zararlar da önem taşımaktadır. Hal böyleyken, ne yazık ki, bipolar bozukluğu olan bireylerin yarısı doğru düzgün tedavi edilmemektedir. Oysa hastalığı ve onun getirisi olan tedaviyi kabul etmek bir süreç işidir. Güvene dayalı, açık, dürüst ve

empatik bir işbirliği düzelmeye, hatta tamamen hastalığın kontrol altına alınabilmesiyle sonuçlanır.

Bipolar bozukluğun tedavisi düzenli ilaç kullanımı ve psikoterapi kombinasyonuyla yapılır. Düzenli olarak koruyucu ilaç kullanımının olmadığı bir tedavi söz konusu değildir. Hastalık doğası gereği aralıklı tam düzelmelerle seyrettiği için, belirtili dönemlerde yapılan çeşitli girişimlerin düzelmeye sebep olduğu yanlış kanaati oluşabilir. Zaten belirtili dönemlerin iyileştirilmesi kadar, hatta ondan daha da önemli olan hastalığın yinelemesinin engellenmesidir. Uzun yıllar süren iyilik halleri tedavinin ne zaman sonlandırılacağı sorularını getirebilir. Kişi hastalık dönemlerine psikososyal bazı gerekçeler bulabilir ya da şiddeti olduğundan daha hafif görebilir. Bu tür durumlarda yapılması gereken, çeşitli kanıtlar ve örneklerle ilaç bırakmanın sonuçlarını anlatmaktır. Fakat kişinin gerekçelerini anlamaya çalışmak ve “risk oluşturmayacaksa” ilaçsız takip koşullarını tartışmak da faydalı olur. Tüm tıbbi tedavilerde, ama en çok da psikiyatride, “konfeksiyon” uygulama olmaz; kişiye özel tedavi uygulanmalı ve hatta bu “haute couture” olmalıdır.

Unutulmaması gereken nokta ise şudur: bipolar bozukluk tanısı olan birçok insan meslek sahibidir; düzenli işi olan, başarılı, çalışkan ve “normal hayat” süren kişilerdir. Çoğu ebeveynidir. Bipolar bozukluk tanısı almak hiçbir şey yapmaya engel değildir; yeter ki, etkili ve düzenli tedavi olanağı sağlansın, işbirliği yapılsın ve hastalık dönemleri engellensin. Carrie Fisher’ın (1956-2016) dediği gibi: *“Bazen bipolar olmak tüm gücünüzü tüketen, çok fazla dayanıklılık ve daha fazla da cesaret gerektiren bir mesele olabilir; o nedenle, bu hastalıkla yaşıyorsanız ve herhangi bir şekilde işlev görebilir haldeyseniz, bu utanacağınız değil gurur duyacağınız bir şeydir”*.