



Bipolaritenin Bir Bozukluk Olarak Anksiyete ile İmtihani

Timuçin Oral

Bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları ile bir arada görülebilir mi ve bunun sıklığı nedir? Herhangi düzeydeki bir psikiyatri sınavının temel sorularından birini soruverdiğimizde genellikle şöyle yanıtlar gelecektir: Bipolar bozukluklar psikiyatrideki tüm hastalıklar içinde en çok ek hastalık gösteren gruptur; herhangi bir psikiyatrik ya da diğer bedensel hastalıkla bir arada bulunma sıklığı %65-70'leri bulmaktadır. Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk içinde anksiyete bozukluklarının oranı ise %40'lar civarındadır. Anksiyete bozukluklarının bipolar hastalar arasında, kadınlarda, gençlerde, düşük eğitim düzeyine sahip olup işsiz olanlarda daha çok görüldüğü bildirilmiştir. Oldukça kuru ve genel tip kavramları içinde böylece yanıtlayıverdiğimiz bu soruya yanıt vermek gerçekten bu kadar kolay mıdır?

İnsanın duyduğu nesnesi belirsiz korku, kaygı olarak adlan-

dırılırken, bunun hayvanlardaki gerçek korku duygusunun eşdeğeri olduğu varsayılabilir. Kaygı, kimi kuramlara göre bilincimizin derinliklerinden, kimilerine göre doğuştan getirdiğimiz mizaç özelliklerimizden, kimilerine göre de varoluşumuzu hissetmemizden köken almaktadır. Dünya üzerinde kendi varlığı üzerinde düşünüp kuramlar geliştiren tek canlı insandır. Bunu kimimiz Tanrının bir lütfu, kimimiz ise her canlıda varolan, yaşadığı ortamı kontrol edebilme içgüdüsünün evrimle vardığı en üst düzey olarak adlandırsak da, varılan yer her koşulda kaygının insan varoluşunun kaçınılmaz bir parçası olduğu gerçeğidir. Günümüz toplumlarında insanın tehdit olarak algıladığı şeyler sürekli şekil değiştirmekte, Fromm'un psikopatolojiyi açıklarken tanımladığı gibi tüm sorunların insanın topraktan (ya da dünyadan) kopmasıyla başladığı gerçeğinden hareketle, kaygı giderek doğa olaylarının değil sosyal yaşantının sonucu olmaktadır. Nitekim, psikiyatrik hastalıkların sınıflandırıldığı sistemlerin en ünlüsü olan Amerikan psikiyatrik sınıflandırma sistemi DSM'nin en son sürümünde, anksiyete bozuklukları kategorisinin tamamında sosyal boyuta ne derecede gönderme yapıldığı görülebilmektedir. Buna sınıflandırma sistemlerinin kategorik bakış açısının bizi hapsedtiği boyut da eklendiğinde, gerçekte varoluşumuzun ayrılmaz parçasını oluşturan kaygının hemen her ruhsal durumun içinde çeşitli boyutlarıyla varolduğunu görmemiz kaçınılmaz olacaktır. Her ne kadar günlük yaşamda kullandığımız kaygı sözcüğü yabancı dilde var olan anksiyeteye karşılık gelse de, bir hastalık durumunu anlatan anksiyete bozukluğunu anlatırken kimi yerli kaynaklar kaygı bozukluğu yerine bunaltı bozukluğunu kimileri de anksiyete bozukluğunu yeğlemişlerdir. Hastaların bizzat kendileri de bu yakınmalarını bazen sıkıntı, bazen darlanma, bazen bunaltı, bazen de endişe olarak dile getirmektedirler. Dile getirilen bu durumun bazen hastalık boyutunda yaşanabileceği ve yardım arama davranışı ile sonuçlanabileceği gerçeğini saklı tutarak, kaygının hayatın günlük yaşamımızın içinde hemen her zaman varolduğunu ve aslında bizatihi varoluşumuzun bir parçasını oluşturduğunu unutmamamız gerekiyor.

Bu koşullar altında varoluşumuzun bir parçası olduğunu düşündüğümüz bir özellik hangi ruhsal hastalığın içinde hangi boyutta yer alır? Ne zaman tıpkı sağlıklı insanda olduğu gibi bir özellik, ne zaman varolan hastalığa eklenen bir tanı kategorisi olacaktır? Bir özellik olarak, örneğin duygudurum bozuklukları içinde, yer aldığı hastalığın seyrini nasıl etkileyecek ve bütün bunlar dışardan bakılarak nasıl anlaşılacaktır? Elbette tüm bu soruların yanıtlarını hemen buluvermek pek kolay değildir ve üstelik modern psikiyatri akımının bugünkü bakışy-

Kaygı, kimi kuramlara göre bilincimizin derinliklerinden, kimilerine göre doğuştan getirdiğimiz mizaç özelliklerimizden, kimilerine göre de varoluşumuzu hissetmemizden köken almaktadır.

la, bir başka modalite ile yeni bir tanımlama yapılına kadar da mümkün olmayabilecektir. Amerikan psikiyatrisinin İran kökenli isimlerinden Ghaemi, ABD’de psikiyatrinin hiçbir zaman fenomenolojik olarak gelişemediğini, önce psikanalitik varsayımların klinik gözlemi engellediğini ardından da günümüzün sınıflandırma sistemlerinin psikopatolojinin en önemli konularını dışarda bırakabildiğini, özellikle hastala-

rın öznel deneyimlerinin hiç dikkate alınmadığını söylemektedir. Bunun sebepleri arasında özellikle geri ödeme sistemlerinin baskısıyla, yalnız Amerika’da değil hiç kuşkusuz, hastayı hemen 10-15 dakikada değerlendirip ilacını verip gönderme anlayışının yerleşmesi oluşturmaktadır.

Bir yanıyla durum görüldüğü kadar olumsuz değildir. Önce psikanalizle ayırma sonra da kategorize eden klinik psikopatolojinin sınırlılıkları insan varoluşuna ve bozukluklarına dayanan yeni arayışları ortaya çıkarmıştır. İnsan varoluşu sağlıklı-hasta, normal-anormal ayrımı yapmadan anlaşılmaya çalışılmış, “açıklama” değil “anlama” hedeflenmiştir. Diğer yandan, burada kolayca söylenivermesine karşın bunu gerçekleştirmek o kadar da kolay olmamaktadır, çünkü düşünme biçimimiz kendimizi bir şeyi dolaysız olarak anlamak ve onun dünya üzerinde biricik olduğunu kabul etmek yerine, kuramsal olarak açıklayıp kestirilebilir hâle getirmek ve tanımlamak üzerine kuruludur. Psikiyatryi bugün bulunduğu yerden bir adım daha ileri nasıl götürebiliriz sorusunun yanıtını Ghaemi, “fenomenolojiyi daha ciddiye alarak” diye vermektedir. Karl Jaspers’in yıllar önce söz ettiği gibi “hastalarının iç ve dış yaşantılarını anlayıp anlamlandırmadan hekim nasıl tanı koyup geleceği kestirebilecektir?”

Hâl böyleyken, hem mevcut tanımlar ötesindeki varoluşsal kaygının, hem de bir hastalık olarak ortaya çıkan kaygı bozukluğunun, Bipolar Bozukluk ya da daha eski ve iyi bilinen adıyla Manik-Depresif Hastalık’taki durumunu saptayarak değerlendirmek çok kolay olmasa gerektir. Bipolar hastalıkta kişinin duygudurumu, “çok yüksek” ve “huzursuz” hissettiği bir durumla, “mutsuz”, “umutsuz” ve “değersiz” hissettiği bir durum arasında yer değiştirir. Hastalık bu iki kutba doğru değişim gösterdiği için bipolar yani “iki kutuplu” olarak adlandırılmıştır. İki kutbun arasına rastlayan dönemlerde de kişi tamamen hastalık başlamadan önceki duygudurumuna geri dönebilir. Bipolar

hastaların en önemli özelliği, kişinin duygularının olduğundan çok abartılı yaşanmasıdır. Üzüntü, şehvet, neşe, cinsellik, öfke ve benzeri her türlü insanca duygu ağır ölçülerde abartılı yaşanır; fakat elbette bu hastanın denetiminde olan bir yaşantı değildir.

Duygudurum bozuklukları, kökeninde biyolojik öğeleri güçlü biçimde içerdiği bilinen hastalıklardır ve diğer hastalıklara göre kuşaklar arası aktarımın belirginliği de bu biyolojik etmenler içinde genetik özelliklerin önemini göstermektedir. Bazı araştırmacılar ise bipolar bozukluğun genetik heterojenitesinin anksiyete bozukluğu ile birlikte görülmesine sebep olduğundan söz etmişlerdir. Böyle bakıldığında bipolar hastalığın, tıptaki herhangi bir hastalık gibi genetik özellikleri olan biyolojik bir hastalık olduğu gerçeği karşımıza çıkmaktadır. Oysa, eski adıyla manik-depresif psikozların dinamik psikiyatri içinde de bir yeri vardır ve manik-depresif hastalığın anksiyeteye karşı geliştirilmiş psikotik savunmalardan biri olduğu esasına dayanmaktadır. Örneğin, Geçtan genetik ve biyokimyasal katkıların rolü ne olursa olsun, psikolojik yönüyle depresyonun, geçmişin bozuk ilişkileri temelinde yaşanan bir kendine saygı sorunu olduğunu söylemektedir. Ona göre çocukluk döneminde içselleştirilen bu ilişkiler duygulanım bozukluğunun belirmeye başlamasıyla birlikte yeniden canlanır ve kişinin o günkü dünyasındaki ilişkilere dışsallaştırılırlar.

Bu bozuklukları psikanaliz içinde ilk değerlendiren kişi sanıldığı gibi Freud değil onun öğrencisi Karl Abraham'dır. Melankolik depresyonla olağan yası kıyaslayan Abraham, her iki durumda da kişinin bir kayıp yaşadığını, ancak yaslı kişi yitirdiği kişiyle ilgilendiği hâlde, depresif kişinin tek başına yoğun suçluluk duyguları yaşadığını gözlemlemiştir. Sonraları 50'li yıllarda Gutheil, depresyonun normal üzüntü ve elemden ayrımını "Depresyon = Keder + Karamsarlık" şeklinde formüle ederek yapmıştır. Karamsarlık, gerçekten depresyonu olağan üzüntüden ayırır. Kişinin o sırada yaşadıklarının gelecekte de devam edeceğine olan inancı depresyonun temel özelliğidir. Freud da, "Yas ve Melankoli" başlıklı ünlü yazısında Abraham'ın düşüncelerine katılarak yas yaşantısında nesnenin ölüm sonucu yitirilmesine karşılık, kayıp nesne kendi benliğine mal edilmiş olduğu için depresif kişinin iç dünyasında bir kayıp yaşadığını açıklamıştır. Bu açıklamasında geliştirdiği içselleştirme kavramı süperegö kavramını geliştirirken ona ışık tutmuş, "Ego ve Id" adlı kitabında melankolik hastaların acımasız süperegoları olduğundan söz ede-



rek, sevilen kişilere yönelik saldırgan eğilimlerden kaynaklanan suçluluk duygularının bu nedenle yaşandığını açıklamıştır. Ardından da maninin ego ile süperego arasında bir füzyon olduğunu ifade etmiş ve bunun biyolojik olarak belirlenen döngüsel dönemlerde gerçekleştiğini vurgulamıştır. Freud'un takipçileri arasında bulunan Rado, melankolinin sevgi için umutsuz bir yakarış olduğunu dile getirerek egonun kendi kendini cezalandırarak ebeveynin vereceği cezadan korunmaya çalıştığını ifade etmiştir. Melanie Klein'a göre ise manik-depresif durumlar bebeklik döneminde olumlu nitelikli içselleştirilmiş nesnelere geliştirememiş olmanın bir sonucudur. Ona göre, manide görülen omnipotans, yadsıma, küçümseme ve idealize etme gibi savunmalar, yitirilmiş olan sevilen nesnelere duyulan özlemin acısına karşı geliştirilmiş tepkilerdir. Elbette, burada söz edilen manik ve depresif ruh halleri günümüz betimleyici psikiyatrisinin tarif ettiği şekliyle mani ve depresyon sendromları değil, çatışmaya verilen manik ve depresif savunma yanıtları olup sağlıklı ya da nevrotik olarak adlandırılan kişilik özellikleri içinde yer almaktadır. Örneğin, manik savunmalar yoluyla diğer insanlara yönelik saldırgan ve yıkıcı eğilimlerini yadsımaya çalışan kişinin, bu çabaları sonucu yarattığı neşeli ve mutlu görüntü, aslında yaşamındaki gerçeklerin karşıtıdır. Klein'a göre manik savunmalar, ebeveyn karşı zafer kazanma ve ebeveyn-çocuk ilişkisini tersine çevirme isteğini simgeler. Bu zafer kazanma isteği ise suçluluk duygularına ve depresyona yol açar. Klein'a göre bazen başarı ve terfilerden sonra yaşanan depresyonun nedeni de budur. Yukarıda da söz edildiği gibi, tüm bu açıklamalarda gündeme gelen, anksiyeteye karşı geliştirilmiş manik ve depresif savunmalar olağan duygudurum dalgalanmalarının sınırları içinde görülen tablolar olup, manik depresif hastalığıdaki biyolojik fırtınayı açıklamaya yetmeyeceği açıktır.

Öte yandan, mani ve depresyonu birbirinden ayrı varoluş biçimleri olarak inceleyen varoluşçu psikiyatri, maniye depresyondan daha çok önem vermiş ve örneğin Binswanger, mani biçimindeki varoluşu, ketleme ve baskılara karşı içgüdülerin kazandığı zaferin kutlaması olarak yorumlamıştır. Ona göre de mani, mantığın ve dış dünya gerçeklerinin yadsındığı bir iyimserlik dünyasıdır. İyimserlik, özgeci bir düşünce ve yaşam biçimidir; şizofrenide gözlemlenen sevgi ve nefretin aynı anda duyulması biçimindeki varoluş özelliği burada görülmez ve bu duygular farklı zamanlarda çoğu kez birbirini izleyerek yaşanır. Binswanger, psikanalizin temel kavramlarını felsefi derinlikten yoksun bulmuş ve yöntemin sınırlılıklarından yakınıp "Freud'un felsefi gereksinimlerinin azlığı çok şaşırtıcı" demiştir. Onu rahatsız eden iki noktadan biri psikanalizin psikoza vakalarındaki başarısızlığı ve diğeri de ruh-

sal olan herşeyin libido teorisiyle açıklanmasıydı. Binswanger ruhsal olan şeylerin öğelerine ayrılmazlığına inanıyor ve insanın bunlardan çok daha fazlası olduğunu düşünüyordu. Manik-depresif ve melankolik hastalarda, anksiyete ve çok sık olarak ortaya çıkan can sıkıntısı veya anlamsızlık durumlarında duygudurumsal varoluş bozulmuştur. Fenomenoloji ve varoluşçu psikiyatri ile uğraşan psikiyatristler zaman

algısının depresyonda ve manide değiştiğinden söz etmişlerdir. Örneğin Binswanger mani ve zaman ilişkisi konusundan "bu hastalar hemen tamamen şu anda ve bir dereceye kadar da geçmişte yaşarlar, gelecek yoktur... kişi, vicdani bir rahatsızlık duymadığı bir varoluş içindedir ve tüm sorunların buharlaştığı bir varolma hâli içindedir" diye söz etmiştir. Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada zaman algısı değerlendirilmiş ve manide zamanla ilgili yaşantının hızlı, depresyonda ise yavaş olduğu saptanmıştır. Zamanın yaşanma biçimi biyolojik açıdan önem taşır çünkü hem günlük hem de mevsimsel değişkenliklerin alt yapısında bu mekanizma yer almaktadır. Zamanın klinik açıdan en çok önem taşıdığı kısım ise uyku ile görülür hâle gelir ve bu aslında tedaviye de ışık tutar. Zamanın hızlanması örneğin manide çok önemli ise çok kısa bir uyku ile kişi yetinir hâle gelecektir. Bu durumda yalnızca uykunun ve onunla ilgili zaman algısının değiştirilmesi bile tedavide önemli bir adım atılması anlamına gelecektir. Elbette bipolar hastalık bir bütündür ve mani de depresyon kadar anksiyete ile bağlantılandırılmalıdır ama yine de anksiyete ile ilişkiden söz edildiğinde öncelikle hastalığın depresyon kısmı öne çıkmaktadır. Depresyonu tanımlarken dikkatle anlaşılması gereken bir başka önemli fenomenolojik özellik ise varoluşsal umutsuzluk durumu ya da çok daha doğru bir adlandırılmayla "yeis" hâlidir. Varoluşsal açıdan yeis, yalnızca umudun olmaması değil süregen bir benlik saygısı kaybı, giderek rahatsızlığıyla özdeş hâle gelen bir kendilik algısı ve hayatın anlamının yitirilmiş olması duygusudur. Kişi bipolar hastalıkta aslında, önceki depresif dönemlerde yaşanan pek çok kaybın ve geçmiş manik dönemler sırasındaki olayların yarattığı yıkımların sonucu olarak yeis yaşamaktadır. Bu aynı zamanda, kişinin kendilik duygusunun kaybı ya da aslında depresyon ve manideki salınımlar sonucu "kendisi olmanın" ne olduğunu hiç bilememesi demektir. Yeis, ne umudun ve iyimserliğin kaybedilmesinin bilişsel düzeyde yaşandığı bir demoralizasyon, ne de

Varoluşsal açıdan yeis, yalnızca umudun olmaması değil süregen bir benlik saygısı kaybı, giderek rahatsızlığıyla özdeş hâle gelen bir kendilik algısı ve hayatın anlamının yitirilmiş olması duygusudur.

“depresyon” örneğindeki gibi bir tanıdır. Heterojen ve değişken depresyon fenomeni, unipolar, bipolar veya nörotik, melankolik vs. gibi tanı bağlamında adlandırılmaya çalışılır. Depresif tezahür klasik bir sendrom biçiminde olmayıp genelleşmiş anksiyete bozukluğu ya da distimi olarak da seyredebilir. Bazen bunlar yeisin varoluşsal durumunu bir dereceye kadar yansıtabilir. Peki ama yeisi, kaygıyı, iyimserliği bir hastalık kategorisinin neresinde, nasıl adlandırabileceğiz. Günümüz yaklaşımları buna izin vermekte midir? Sorunun yanıtı elbette olumsuzdur.

Günümüz psikiyatrik sınıflandırma sistemleri birbirinden bağımsız kategorilerde, kuramsal olmayan, bilinemezci ama kategorize eden bir bakışla hastalıkları sınıflandırmaktadırlar. Yalnızca ölçütleri doldurmak ya da dışlama ölçütlerine göre dışarda bırakmak yeterli olmamakta, hele de kişinin özellikleri birden fazla kategoriye karşılırsa işler iyice karışmaktadır. Psikiyatrik adlandırma, çoğunlukla geçici ve aslında varsayımsaldır. Fakat geçici tanımlar bile herhangi bir hastalığın nedeni, prognozu ve tedavisi ile ilgili bilgi edinme çalışmalarına yardımcı olabilir. Tanımlama tüm tıbbın temeli olsa da hastalıkların altında yatan nedenler nadiren değerlendirilmektedir. En yaygın tıbbi sınıflandırma sistemi -kategorik yaklaşım- büyük bir tanı grubunda sınırları keskin tanısal antiteler veya alttiplerden oluşur. Boyutsal yaklaşımda ise birey birden fazla boyutta değerlendirilerek, patolojinin nereye denk geldiği belirlenmeye çalışılır. Bu modelde her birey farklı parametrelerin kesiştiği bir noktayı temsil eder. Her iki model de yapılan bilimsel araştırmalarda geçerli bulunmuştur. Fakat, kategorik model hem uygulama kolaylığı, hem de istatistiksel olarak değerlendirilebilmesindeki kolaylıklar gibi nedenlerle daha tercih edilir olagelmıştır. Buna karşın çok boyutlu yaklaşımların, hastayı oldukça iyi tanımlamaya yardımcı olmalarına rağmen, genelleştirmenin yapılamadığı durumlarda pek yardımcı olmamaktadır.



Hastalıkların ya da bozuklukların bir arada bulunarak ek tanımlar almaları hiç de seyrek görülmemektedir ve bu durumda kategorik bakış açısının dar kalıpları içine sığmak gittikçe zorlaşmaktadır. Hastalıkları anlamlandırmak amacıyla başka paradigmatlara ya da modalitelere gereksinmemiz vardır,

Kişinin sınırlarını belirleyen vicdanı ve özellikle bir gün gerçekleşeceğini bildiği ölüm nedeniyle varoluşunun sınırlı

olması insanın sürekli ilişki içinde olduğu iki önemli unsurdur ve her iki sınırı da ya kesin bir bitiş ya da bir başka varoluşun başlangıcı olarak algılayarak bunlarla başa çıkar. Aslında bu sınırlar bir bakıma sonsuzlukla başa çıkmaya yardım eder. Bu bakışa göre vicdanın ya da ölümün sınırlayıcılığına karşı çıkmak ve kendi varoluşuna karşı durmak da hastalık nedenidir. Bu nedenle doğadan kopmamış onunla içiçe ve kendi varoluşunun farkında olarak yaşayan Buşmenler ya da Aborijinler gibi toplumlarda günümüz "modern" insanının hastalıkları görülmemektedir. Dünyayla ilişki içinde olan insan tüm belirlenmişliklerden uzak, "var olmanın hafifliği" içindeki "özgür" insandır. Başka bir deyişle kontrol etmeye çabaladıkça sınırlarını zorlamakta ve hastalanmakta, tersine sınırlarını fark ettikçe özgürleşebilmektedir. Bu bakışla hastalık, insanın ölümlülüğünün hatırlaması ve sınırları aşmayı denedikçe de sınırlara çarpıp kendini yaralamasıdır. Hastalıkların nedenlerini tam olarak açıklayabileceğimiz gün gelene kadar ortak dilimizi korumak amacıyla sınıflandırmaya elbette devam edeceğiz ama tabii hastalık kavramı dâhil sahip olduğumuz her şeyi de baştan sona sorgulamaya devam ederek...

Kaynaklar

1. Angst J and Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001; 67:3-19
2. Dağ I. Psikolojinin Işığında Kaygı, *Doğu Batı Düşünce Dergisi*, Yıl:2, Sayı:6, Sf:181. 1999
3. Dürü Ç. Kaygı ve Depresyon: Psikopatolojik Bir Bakış. *Doğu Batı Düşünce Dergisi*, Yıl:2, Sayı:6, Sf:191. 1999
4. Fulford K, Thornton T, Graham G. *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry* 2006 Oxford, England: Oxford University Press
5. Geçtan E. *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. Maya Matbaacılık, Ankara, 1981
6. Ghaemi, SN. *The Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness* 2003 Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press
7. Ghaemi SN. *Feeling and Time: The Phenomenology of Mood Disorders, Depressive Realism, and Existential Psychotherapy*. *Schizophr Bull.* 2007;33(1):122-130.
8. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. 2nd Edition, Oxford University Press, New York, 2007
9. Kraepelin E. In Robertson, GM (Ed.). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia* 1921 Edinburgh, Scotland: E & S Livingstone
10. Swann AC, Secunda SK, Katz MM, et al. Specificity of mixed affective states: clinical comparison of dysphoric mania and agitated depression. *J Affect Disord. Neurosci.* 2001; 55:647-652