

**T.C.
ÇUKURAVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSIKIYATRI ANABİLİM
DALI**

**BIPOLAR BOZUKLUK:
KESİTSEL BİR DEĞERLENDİRME**

Dr. Nedim TURHAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ

ADANA- 2007

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan; Prof.Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a, Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, Prof. Dr. Ayşe AVCI'ya, Yrd. Doç.Dr. Şükrü UGUZ'a, tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Lut TAMAM'a ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ	VI
KISALTMA LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi	3
2.1.1. 19. Yüzyıl Öncesi Fikirler	3
2.1.2. 19. Yüzyıl Sonrası Fikirler	3
2.1.3. Günümüze Doğru Tanımlamalardaki Değişiklikler	4
2.2. Sıklık ve Yaygınlık (Epidemiyoloji)	6
2.2.1. Bipolar Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı	6
2.2.2. Cinsiyet ve Yaş	7
2.2.3. Aile Öyküsü	8
2.2.4. Sosyoekonomik ve Kültürel Durum	8
2.2.5. Medeni Durum	9
2.3. Bipolar Bozukluğun Oluş Nedenleri (Etyoloji)	9
2.3.1. Genetik	9
2.3.2. Biyokimyasal Nedenler	10
2.3.3. Psikososyal Etkenler	10
2.4. Bipolar Bozukluğun Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikler	11
2.4.1. Hipomanik Dönem	11
2.4.2. Manik Dönem Klinik Özellikleri	12
2.4.3. Depresif Dönem	13
2.4.4. Karma Manik Dönem (disforik mani)	15
2.4.5. BP I Bozukluk Tanı Ölçütleri	16
2.4.6. Bipolar II Bozukluk	17
2.4.7. Başka Türü Adlandırılmayan BPB	17
2.4.8. Bipolar Bozuklukta Klinik Gidiş Belirleyicileri	18

2.4.9. Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk	19
2.4.10. Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu	21
2.4.11. İkincil Mani	22
2.4.12. Psikotik Özellikli Mani	23
2.5. Ayırıcı Tanı	24
2.6. Klinik Gidiş Özellikleri	25
2.6.1. Başlangıç Özellikleri	25
2.6.2. Döngü ve Dönemin Süresi	27
2.6.3. Özkıyım	27
2.6.4. BPB ve Ektanılar	28
2.6.5. İzlem Süresi ve Sonlanım Ölçütleri	29
2.7. Sağaltım Yaklaşımları	30
2.7.1. Akut Dönem Sağaltımı	30
2.7.2. Koruyucu Sağaltım	32
2.7.3. Psikososyal Yaklaşımlar	32
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Çalışma Grubu	33
3.2. Veri Toplama Araçları	33
3.2.1. Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu	33
3.3. İstatistiksel İşlemler	34
4. BULGULAR	35
4.1. Sosyodemografik Özellikler	35
4.2. Hastalık Başlangıç Özellikleri	37
4.3. İlk Dönem Klinik Özellikleri	38
4.4. Hastalık Dönemleri	41
4.5. Hastaların Öz ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması	41
4.6. Hastalık Süreci İle İlgili Klinik Özellikler	43
4.7. Sağaltım Özellikleri	51
5.TARTIŞMA	54
6. SONUÇ	64
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER	75
9. ÖZGEÇMİŞ	84

TABLO LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo-1 : DSM IV TR (2000); BPB sınıflandırılması	5
Tablo-2 : Bipolar spektrum	6
Tablo-3 : Duygudurum bozukluklarının DSM-IV-TR'ye göre yaşam boyu prevelansı	7
Tablo-4 : Bipolar bozukluk yaşam boyu prevelansı	7
Tablo-5 : BPB'a ilişkin önemli aile çalışmaları	8
Tablo-6 : DSM IV-R ye göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri	11
Tablo-7 : Hipomanik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri	11
Tablo-8 : Manik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri	13
Tablo-9 : DSM – IV- TR depresif dönem tanı ölçütleri	14
Tablo-10 : DSM – IV- TR karma mani tanı ölçütleri	16
Tablo-11 : Bipolar II DSM- IV- TR tanı ölçütleri	17
Tablo-12 : DSM-IV-TR ' ye göre başka türlü adlandırılmayan BPB sınıflaması	18
Tablo-13 : DSM IV TR klinik gidiş belirleyicileri	19
Tablo-14 : Hızlı döngülü BPB DSM – IV- TR tanı ölçütleri	20
Tablo-15 : Hızlı döngü risk faktörleri	21
Tablo-16 : DSM – IV- TR mevsimsel yapı belirleyicisi	22
Tablo-17 : İkincil manieye sebep olan tıbbi durumlar	23
Tablo-18 : Duygudurum bozukluğuna yol açabilen bedensel sorunlar	25
Tablo-19 : Sağaltım da lityum ya da valproik asit kullanma ölçütleri	31
Tablo-20 : BPB tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri	36
Tablo-21 : Hastalık başlangıç özellikleri	37
Tablo-22 : Yaşam olayı çeşitleri	38
Tablo-23 : İlk dönem klinik özellikleri	39
Tablo-24 : İlk dönemin cinsiyete göre dağılımı	40
Tablo-25 : İlk hastalık döneminde düzelme	40
Tablo-26 : Hastalık dönemleri dağılımı	41
Tablo-27 : Hastalık dönemlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması	41
Tablo-28 : Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri	42
Tablo-29 : Hastalık süreci ile ilgili klinik özellikler	43
Tablo-30 : Erken başlangıçlı olguların özellikleri	45
Tablo-31 : Erken başlangıçlı olguların dönemleri	44
Tablo-32 : Geç başlangıçlı olguların özellikleri	48
Tablo-33 : Geç başlangıçlı olguların dönemleri	47
Tablo-34 : Ailede ruhsal hastalık öyküsünün hastalık özelliklerine etkisi	50
Tablo-35 : Ailede ruhsal hastalık öyküsünün varlığının hastalık dönemlerine ve hastaneye yatışa etkisi	51
Tablo-36 : Ötimik dönemde kullanılan ilaçlar	52
Tablo-37 : Ötimik dönemde kullanılan ilaç dozları ve klinik bulgular	53

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa no
Şekil-1 : BPB dönemlerinin şematik olarak gösterilmesi	16
Şekil-2 : Hızlı döngülü BPB'un şematik olarak gösterilmesi	20

KISALTMALAR

WHO :	Dünya Sağlık Örgütü
DSM :	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
BPB :	Bipolar Bozukluk
BP I :	Bipolar I
BP II :	Bipolar II
DB :	Depresif Bozukluk
MDB :	Major Depresif Bozukluk
UPD:	Unipolar Depresyon
NE:	Norepinefrin
5 HT :	Serotonin
BOS:	Beyin Omirilik Sıvısı
VMA:	Vanilmandelik Asit
DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
BTA BPB:	Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk
DDD:	Duygu Durum Dengeleyici
SSRI:	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
DBÇB:	Duygudurum Bozuklukları Çalışma Birimi
AP:	Antipsikotik
AD:	Antidepresan
EKT:	Elektrokonvulzif Terpi
DD:	Duygudurum
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PTSD:	Post Travmatik Stres Bozukluğu
SNRI:	Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
IGD:	İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

ÖZET

Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme

Bu çalışmada, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Biriminde düzenli olarak izlenen hasta grubunun sosyodemografik, hastalık başlangıç ve klinik özellikleri, uygulanan sağaltım yöntemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya, 2006 yılında Bipolar Bozukluk Biriminde izlenen hastalar içinden rastgele yöntemle seçilmiş 50 hasta alınmıştır. Çalışma verileri Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Çalışma Birimi (DBÇB) tarafından geliştirilen “Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu” kullanılarak toplanmıştır. Formlar hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek ve poliklinik kayıtları incelenerek doldurulmuştur.

Çalışmaya alınan hastaların % 46’sı kadın, % 54’ü erkek’ti. Ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.9 ± 7.3 , hastalık süresi 8.4 ± 7.9 ’du. Hastaların çoğunda (% 68) ilk dönem tanısı maniydi ve % 84’ü orta- şiddetli dönemlerdi. % 46’sında ek psikiyatrik hastalık, % 68’inde ailede ruhsal hastalık öyküsü vardı. % 22’sinde hastalık 18 yaş ve altı, % 16’sında 30 yaş üstünde başlamıştı. Hızlı döngülülük % 10, mevsimsel özellik % 42, psikotik özellik % 80, özkıym girişimi % 22 olarak saptandı. Erken başlangıçlı grupta psikotik özellik, geç başlangıçlı gruba göre istatistiksel olarak daha fazlaydı. Ayrıca boşanmış/ ayrı/ bekar olma özelliğ de erken başlangıçlı olgularda, geç başlangıçlı olgulara göre istatistiksel olarak anlamlıydı. Erken başlangıçlı olgularda % 45. 5, geç başlangıçlı olgularda % 17. 9 oranında özkıym girişimi vardı, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Geç başlangıçlı olgularda hızlı döngülü durumlar ve karma dönemler ve ek tanılı durumlar erken başlangıçlı olgulara göre istatistiksel olarak fazlaydı. Çalışmaya aldığımız olguların 38’i (% 76) ötimik dönemdeydi. Ötimik döneminde, hastaların % 60. 6’sı kombine sağaltım alıyordu.

Sonuç olarak yaşam boyu süren; ruhsal ve toplumsal olarak işlevselliğ büyük ölçüde bozan BPB’ un hastalığa özgü özelliklerinin belirlenmesi hastalıkla baş edebilmek için önemli kazançlar sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, erken başlangıç, geç başlangıç, klinik gidiş, sağaltım.

SUMMARY

Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Study

The aim of this study was to determine the sociodemographic characteristics, age at onset, clinical features, treatment methods of the follow-up patient group in Bipolar Disorder Unit of the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Çukurova University.

Fifty consecutive patients, from the 2006 Bipolar Disorder Mood Unit, are included in this study. “Affective Disorders Patient Registry Form” developed by Psychiatry Association of Turkey Mood Disorders Study Section was used in this study to collect the data. These forms are completed through interviews with patients and their relatives, and evaluation of inpatient files.

In this study, 46 % of subjects were female, 54 % were male. The mean age at the onset of the illness was $23,9 \pm 7,3$ years, mean duration of illness was $8,4 \pm 7,9$. In the majority of the patients (68 %) the type of first affective episode was mania. 84 % had mild to severe episodes; 41 % had at least one psychiatric axis I comorbidity 68 % had a family history of psychiatric illness. Age of onset of the illness was lower than 18 years in 22% of patients, whereas 16% of patients had an onset of first episode after the age of 30 years. Rapid cycling feature was present in 10%, seasonality in 42%, psychotic features in 80%. Of all patients, 22% of the patients had a history of at least one suicide attempt in their lifetime. Bipolar patients with an early onset of disease experienced more psychotic episodes compared to late onset group. Besides, being single (including divorced, separated spouses) was significantly higher in early onset group. 45,5% of cases with an early age of onset, and 17,9% of late onset cases had attempted suicide in their lifetime. Nevertheless, this difference did not reach statistical significance. Patients with late onset of bipolar disorder had significantly more mixed periods, higher rate of rapid cycling, and comorbidity with axis I disorder. 38 of the cases (76%) included in this study were euthymic. 60.6% of euthymic patients were receiving combined therapy at the time of study.

As a conclusion, the characteristics of bipolar disorder as a chronic disorder with a higher rate of lifetime psychological and social consequences should be determined in detail which might lead us to gain important insight to cope with this illness.

KEYWORDS: Bipolar Disorder, Early Onset, Late Onset, Course of the Illness, Treatment

1. GİRİŞ

Yaklaşık 2500 yıldan beri insanlığın en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanagelmiş olmasına rağmen, duygudurum bozuklukları ancak yakın zamanlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu dördüncü sıraya koymuştur¹. Her beş kadından ve her on erkekten biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif bozukluklara yakalanmaktadır. Mani ya da hipomani ile dönüşümlü olarak giden depresif dönemler bipolar bozukluk (BPB) olarak tanımlanmaktadır. BPB' nin değişken mani ve depresyon dönemleri ile süren arada normal evreler içeren süregen bir hastalık olduğu tanımı zamanla yerini bipolar duygulanım bozukluklarının heterojen yapıda olduğu ve alt formları ile ilgili belirteçlerin tanımlanması gerektiği sonucuna bıraktı². BPB' nin genel nüfus içinde görülme sıklığının % 1 olduğu şeklindeki klasik bilgi gün geçtikçe daha çok sorgulanmakta, bu gruptaki bozuklukların genel nüfusun % 5'inde ve bütün depresyonlar içinde % 50'lere kadar yükselebilen oranlarda görüldüğüne dair ikna edici veriler bulunmaktadır¹. BPB' nin sınırlarındaki bu genişleme büyük ölçüde Bipolar II (BP II) bozukluğun daha iyi saptanabilmesine bağlıdır. Yüksek özkıyım girişimi, kötü akademik başarı, insanlarla sorunlu iletişim, yüksek madde kötüye kullanım oranları, yasal güçlükler ve çok sayıda hastaneye yatış gibi çocuk, ergen ve yetişkinlerin hayatlarına ciddi biçimde zarar verebilen kronik bir süreçtir^{3,4}. Sonlanımının her zaman iyi olmadığı, ekonomik ve sosyal maliyetinin çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Yanlış tanı siktir ve doğru tanı konulana kadar yaklaşık 10 yıl geçtiği bildirilmektedir^{5,6}. Tanı koymadaki ve sağaltıma başlamadaki gecikmeler hastalara çok büyük yükler getirmektedir. Son araştırmalar BPB hastalarının % 69'unun sağaltım için ilk psikiyatrist başvurularında tam olarak tanınmadıklarını ortaya koymaktadır⁷. Ektanılı durumların fazla olması tanıyı güçleştiren faktörlerden biridir. Yaşam boyu süren, karmaşık ve zorlu bir süreç gösteren BPB'un sürekli ve düzenli izlemi giderek önem kazanmıştır. Tüm dünyada hastaların sistematik bir kayıt sistemi ile izlenmeleriyle ilgili

alışmalar artarak sürmektedir. Ülkemizde de Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları alışma Birimi kayıt ve veri toplama formunu geliştirmiştir.

Bu çalışmada, 2006 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde izlenen hastaların sosyodemografik verileri, ilk hastalık döneminin klinik özellikleri, hastalık süreci ve gidiş özellikleri, kullanılan sağaltım yöntemleri, klinik özellikleri etkileyen değişkenler araştırılmıştır. Ayrıca Anabilim Dalımız Bipolar Bozukluk Birimi'nde izlenen hastaların veri tabanının sistematik bir şekilde oluşturulması da amaçlarımız arasındadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

2.1.1. 19. Yüzyıl Öncesi Fikirler

Mani ve depresyonun varlığı antik çağlara kadar dayanmaktadır. Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır. Homeros, İlyada destanında Yunanaca’da öfke ve gazap anlamına gelen “mani” sözcüğünü kullanmıştır. M.Ö. 450’li yıllarda; umutsuzluk, keder, sinirlilik ve yememe şeklindeki klinik görünüm için Hipokrat, “melankoli” terimini kullanmıştır. “Eski Yunan kaynaklarında taşkın duygudurumla giden tablolar tanımlanmıştır. Milattan sonra (M.S.) birinci yüzyılda Soranus, taşkın duygudurumla giden tabloların melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir⁸. Daha sonra Kapadokyalı Areatus (M.S. yaklaşık 150) melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemlemiş ve aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir⁹. İlk kez W. Griesinger tarafından dönemsel hastalık kavramı gündeme getirilmiştir¹⁰.

2.1.2. 19. Yüzyıl Sonrası Fikirler

1854 yılında Jules Falret, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve bu hastalıklara “Folie Circulaire” adını vermiştir. Aynı yıllarda Baillarger aynı durumu tanımlamak için “iki şekilli delilik” terimini kullanmıştır. Kraepelin 1895 yılında manik depresif hastalığı ilk tanımlayan kişidir⁷. Hastalığın klinik görünümünü tanımlamış ve bir anlamda manik- depresif bozukluk spektrumunu geliştirmiştir¹¹. Karma durumları ilk tanımlayan kişi yine Kraepelin’dir. Bleuler; 1930’larda depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı “affektif bozukluklar” olarak adlandırmıştır. 1938 yılında elektrokonvulzif sağıltımın bulunması ve depresyon üzerine olumlu etkisi, kafa travmaları sonrası mani ve depresyon benzeri tabloların gözlenmesi, dikkatleri bu hastalardaki subkortikal düzensizliğin önemine çekmiştir. Daha sonraki yıllarda nöroleptiklerin, antidepresif ilaçların ve ardından lityumun kullanıma girmesi; bu hastalıklarda birçok biyokimyasal kuramın öne sürülmesine neden olmuştur¹². Leonard (1959); bipolar ve unipolar hastalık kavramını kazandırmıştır. Sadece depresif dönemle seyreden tabloya unipolar hastalık, manik depresif dönemlerle ya da

sadece manik dönemlerle seyreden tabloya bipolar hastalık demiştir. 1970’li yıllarda Bipolar Bozukluk (BPB) ve Depresif Bozukluk (DB) ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır.

2.1.3. Günümüze Doğru Tanımlamalardaki Değişiklikler

Major depresif bozukluğun (MDB) ve BPB’ un ayrı iki hastalık olduğu ilk kez 1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition; DSM III) resmi sınıflandırma kapsamına alınmıştır¹³. Affektif bozukluklar tanımı kabul edilmiş ve affektif bozukluklar kapsamında BPB ile depresyon arasında ayırım yapılmıştır. Dunner ve ark. (1976)’nın önerisiyle bipolar bozukluk kendi içinde BPB-I ve BPB-II olarak iki alt tipe ayrılmıştır¹⁴. DSM III-R (1987)¹⁵ ile birlikte affektif bozukluklar tanımı yerine halen tanı sınıflamalarında kullanılan duygudurum bozuklukları tanımı gündeme gelmiştir¹⁶. Sadece şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması nedeniyle duygudurum bozuklukları tanımı kabul edilmiştir¹⁷.

DSM – IV-TR (2000) ‘Duygudurum Bozukluğu’ başlığı altında şu tanımları getirmiştir¹⁸ ;

1.Depresif Bozukluklar

- Major Depresif Bozukluk
- Distimik Bozukluk
- Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

2.Bipolar Bozukluklar

- Bipolar I Bozukluk
- Bipolar II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

3.Diğer Duygudurum Bozuklukları

- Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu

DSM – IV- TR BPB sınıflaması Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1 : DSM IV TR (2000); BPB sınıflandırılması¹⁸

BPB I	: Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mixt) tip dönem geçirilmesi.
BPB II	: En az bir major depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı
Siklotimik Bozukluk	: Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve major depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süregelen bir şekilde sürmesi.
Başka Türü Adlandırılmayan BPB	: Herhangi özgül bir BPB’nun tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar.
Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu Başka Türü Adlandırılmayan Duygudurum Bozukluğu	: Duygudurumu belirtileriyle giden ancak herhangi özgül bir duygudurum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar.

Duygudurum bozukluklarında, klinik durumlar arasında dönüşümler görülebildiğinden bu bozuklukların tanı sistemlerinde yer aldığı biçimiyle bipolar ve unipolar gibi kesin sınırlarla ayrılmasının doğru olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca, bu ayrımın arada kalan olguları tanılamada da yetersiz kaldığı üzerinde durulmaktadır. DSM tanı sınıflamaları dışında, bu alanda yapılan çalışmalarda tanı sınıflaması dışında kalan farklı klinik durumlar olduğu da bildirilmiştir. Tanı sistemlerindeki BPB sınıflandırmasına en fazla katkı ve eleştiri Akiskal tarafından yapılmıştır. Akiskal, DSM deki BPB sınıflandırmasını genel anlamda yetersiz olması, bazı noktalarda ise tutucu olması nedeniyle eleştirmektedir. Bipolar ve Unipolar depresyonun aynı şekilde tanımlanmış olması, “ılımlı bipolar” bozuklukların yeterince ele alınmamış olması, karma tip dönemler için depresif ve manik dönem ölçütlerinin tam karşılanmasının gerekmesi, ailede BPB öyküsüne yer verilmemesi ve mizaç özellikleri üzerinde durulmaması Akiskal’ın eleştirdiği bazı noktalardır. Unipolar/bipolar ayrımı arasında hala daha tanımlanmamış duygudurum bozukluklarına dikkat çekmektedir. Kısa depresif dönemle giden kronik hipomanik olan hastalardan, akrabaları arasında BPB olan depresif hastalara kadar yeterince tanımlanmamış klinik durumları bir araya toplamış ve “Bipolar Spektrum” kavramını gündeme getirmiştir. BPB I ve BPB II’ nin dışında farklı klinik özellikleri olan ara gruplar olduğundan söz etmiştir. Sağaltımla ortaya çıkan hipomanik

kaymanın BPB olduğu, karma maniler kadar karma depresyonların da varlığı, BPB II’de depresyonun belirgin rolü ve kişilik bozuklukları ile BPB arasındaki ilişki Akiskal’ın üzerinde durduğu diğer konulardır⁷. Hipertimik mizaç ve/ veya bipolar aile öyküsü varlığında tekrarlayan depresif dönemlerle giden durumlar için “yalancı unipolar” tanımını kullanmış ve bunların tüm unipolar depresyon hastalarının % 10- 20’sini oluşturduğunu bildirmiştir¹⁹. Ayrıca hastanın o anlık durumuna göre bir sınıflamada yer almasının yanılgıya neden olacağını belirtmektedir. Akiskal’ın sınıflama sistemlerinden farklı olarak öne sürdüğu bipolar spektrum sınıflandırması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Bipolar spektrum, Akiskal ve Pinto’dan değiştirilerek alınmıştır²⁰

BPB ½	: Şizobipolar bozukluk
BPB I	: Manik- Depresif hastalık.
BPB I ½	: Uzamış hipomani ve depresyon.
BPB II	: Spontan hipomanik dönemler ve depresyon.
BPB II ½	: Siklotimiye eklenmiş depresyon.
BPB III	: Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani.
BPB III ½	: Madde ve/ veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları.
BPB IV	: Hipertimiye eklenen depresyon.

2.2. Sıklık ve Yaygınlık (Epidemiyoloji):

2.2.1. Bipolar Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı

BPB yaşam boyu yaygınlığı % 0,4-1,6 (ortalama 1,2) arasındadır. Bipolar spektrum olarak ele alındığında, oran % 5’i geçmektedir^{21,22,23}. BPB’ta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000’dir^{23,24,25}. Unipolar depresyonun (UPD), BPB’a oranı 10:1 ile 4:1 arasındadır²⁶. BPB’nin yaşam boyu yaygınlığı farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermez; bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğunu düşündürmektedir^{27,28}. DSM- IV- TR’ ye göre duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranları tablo 3’te gösterilmiştir. Değişik çalışmalardaki yaygınlık oranları da tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 3: Duygudurum bozukluklarının DSM-IV-TR'ye göre yaşam boyu yaygınlığı
(Amerikan Psikiyatri Birliği: Washington DC, 2000)

Duygudurum Bozukluğu	Yaşam boyu prevalans
Major Depresif Bozukluk	Kadın;%10-25 Erkek;%5-12
Distimik Bozukluk	% 6
Bipolar I Bozukluk	% 0.4-1.6
Bipolar II Bozukluk	% 0.5
Siklotimik Bozukluk	% 0.8-1.0

Tablo 4: Bipolar bozukluk yaşam boyu yaygınlığı

Araştırmacı	Oran (%)
Regier ve ark. (1998)/ ABD	1.2
Kessler ve ark. (1994)/ ABD	1.6
Lewinsohn ve ark. (1995)/ ABD	5.7
Weissman ve ark.(1996)/Uluslar arası	0.3-1.5
Szadoczky ve ark. (1998)/ Macaristan	5.0
Angst ve ark. (1998)/ İsviçre	8.3

2.2.2. Cinsiyet ve Yaş

MD' un sıklık ve yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen en tutarlı bulgu kadınlarda yaklaşık olarak iki kat daha fazla görülmesidir. Unipolar depresyona zıt olarak BPB'ta cinsiyet oranı tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak eşittir. BPB'un başlangıcı major depresyondan daha erkendir. MDB'un başlangıcı ortalama 30'lu yaşlar iken, BPB 20'li yaşlar dolayında başlar¹. BP I ve BP II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır, fakat BP II bozuklukta başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir¹. Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır^{29,30}. Yapılan çalışmalarda mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24.4, kadınlarda 24.8 bulunmuştur⁷. Hastaların % 20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olgular % 10 olarak bildirilmektedir³¹.

BP I bozukluğu kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, BP II bozukluğu kadınlarda daha sık görülür¹. BP I bozukluğun erkeklerde daha çok bir manik dönemle, kadınlarda ise daha çok bir major depresif dönemle başladığı bildirilsede veriler kesin değildir. Doğum sonrası dönemde BPB depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu bipolar bozukluğa sahiptir¹.

Hastalığın her iki cinsiyette eşit oranda görülmesi nedeniyle bipolar bozukluklardaki cinsiyet farklılıkları çok fazla ilgi görmemiş ve yeterince incelenmemiştir. BPB'un yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemekle birlikte, hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır³². Kadınlarda, karma durumlar ve hızlı döngü daha sık görülmektedir^{10,25,29,30,33,34,35}.

2.2.3. Aile Öyküsü

BPB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında, BPB tanı riskinin % 3- 8 arasında değiştiği bildirilmiştir¹. Normal popülasyon da ise bu oran çok daha düşüktür (% 0.4- 1.6). Hem anne hem de babada BPB varsa çocuklarında duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı % 50- 75 arasındadır^{36,37}. BPB'a ilişkin önemli aile çalışmaları tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: BPB' a ilişkin önemli aile çalışmaları

Çalışma	Risk altındaki akrabalar	Tanı riski	
		Bipolar	Unipolar
Fieve ve ark.1984	2171	6.6	9.0
Gershon ve ark. 1982	598	8.0	14.9
Rice ve ark. 1987	557	5.7	23.0
Sadovnick ve ark. 1994	1102	3.5	5.7

2.2.4. Sosyoekonomik ve Kültürel Durum

Düşük sosyoekonomik sınıflarda daha sık görülen unipolar depresyonun aksine, BPB sosyal sınıfla çok ilişkili gözükmemektedir. Üst sosyoekonomik düzeyde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar olmasına rağmen veriler kesin değildir^{10,29,33}.

2.2.5. Medeni Durum

Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde daha sık görülür^{10,29,33}. Ancak bu fark erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır olabilir.

2.3. Bipolar Bozukluğun Oluş Nedenleri (Etyoloji)

2.3.1. Genetik

BPB’da genetik bir geçişin önemi çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur^{38,39}. Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü destekler⁴⁰.

BPB ve MDB birlikte ele alındığında, monozigot ikizlerdeki konkordansın (% 79.5), dizigot ikizlerden (% 23) 3.5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Monozigotlarda konkordansın tam olmaması, penetransı tam olmayan gen ve çevresel nedenlerin rolünü düşündürmektedir^{41,42}.

Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ana- babada hastalık oranı, evlat edinen ana-babadan yüksek bulunmuştur⁴³. Biyolojik ana- babadaki riskin, BPB için üç, MDB için iki, özkıyım için altı kat artmış olduğunu göstermiştir.

Moleküler genetik alanındaki çalışmalar, çelişkili sonuçlar vermiştir. BPB ile 5, 11, 18 ve X kromozomları için bağlantı bildirilmiştir. 18 p bölgesindeki bir lokusun hastalıktan sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir^{24,39,44,45}. BP depresyonda UPB’a göre genetik etkenler daha önemlidir⁴⁶.

Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır. Ancak bunun çok sayıda genle ilişkili olduğu, bunlardan bazılarının hastalığa yatkınlık için daha fazla bir etkinlikte olduğu ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu karmaşık bir geçiş düşünülmüştür. Bulgular; BPB’un klasik mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir^{10,30,38,39,40,47}.

2.3.2. Biyokimyasal Nedenler

Biyokimyasal çalışmalar daha çok biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Patofizyolojide norepinefrin (NE) ve serotonin (5HT) üzerinde durulmaktadır. Manide NE aktivitesinde artış vardır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, VMA (vanilmandelik asit) düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir⁴⁸.

Serotonerjik sistemin BPB'taki rolü, lityumun serotonerjik sistem üzerindeki etkisi nedeniyle gündemde kalmaktadır.

Dopamin aktivitesinin genel olarak depresyonda düştüğü, manide yükseldiği düşünülmektedir. L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniye tetiklemesi bu görüşü desteklemektedir^{1,42}.

Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik- kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu (kolinerjik yetersizlikten) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir

Melatonin nokturnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, folikül stimulan hormon (FSH) bazal salınımı ve erkeklerde testosteron seviyesinin düşüklüğü, kortizol salınımının sirkadiyan ritminde bozulma bildirilen nöroendokrin düzensizliklerdir. Çok sayıda çalışmada hızlı döngülü bipolar hastalığı olanlarda klinik ve subklinik tiroid hastalığı yaygınlığı araştırılmış ve çoğunda subklinik hipotiroidi bulunmuştur. Hızlı döngülü hastalarda tiroperoksidaz otoantikörleri yüksek saptanmıştır.

2.3.3. Psikososyal Etkenler

Duygudurum bozukluklarında, ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemi duyarlılaşma modelinin geliştirilmesine neden olmuştur^{29,33,45,49,50}. İlk atağı genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar, fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin gen ekspresyonuna neden olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelenmesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını

kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir⁵¹.

2.4. Bipolar Bozukluğun Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikler

DSM – IV -TR BPB I tanı ölçütleri Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: DSM- IV-R ye göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri

-
- A.** En az bir manik ya da karma bir dönem vardır.
 - B.** Depresif dönem geçirilmiştir ya da ileride ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.
 - C.** Duygudurum dönemleri şizoaftaktif bozukluğa uymamaktadır.
 - D.** Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.
 - E.** Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
-

2.4.1. Hipomanik Dönem

DSM-IV- TR ye göre hipomanik dönem tanı ölçütleri tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Hipomanik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri

-
- A.** Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.
 - B.** Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3’ünün (duygudurum yalnızca irritabl ise 4’ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.
 - 1.** Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.
 - 2.** Uyku gereksiminde azalma.
 - 3.** Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.
 - 4.** Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi.
 - 5.** Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.
-

6.Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

7.Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn.aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)

C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir düzeydedir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açaca ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not : Somatik antidepresan sağaltımın (örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu hipomanik benzeri dönemler iki uçlu II bozukluğu olarak sayılmamalıdır.)

2.4.2. Manik Dönem Klinik Özellikleri

Manik dönem klinik özellikleri içinde; düşünce akışı hızlanmıştır, konuşma yüksek volümlüdür ve araya girmek güçtür, benlik duygusu ve kendine güven abartılı artmıştır. Öfori, neşe artışı, engellenme eşiğinde düşme, yeni ilgi alanları, riskli davranışlar belirgindir. Taşkınlık, öfke, saldırganlık hastaların % 75'inde görülür. Dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulmuştur. Hastaların % 75'inde sanrılar vardır. Sanrı ve varsanılar duyguduruma uygun olabileceği gibi uygunsuz da olabilir. Psikomotor hızlanma, uyku gereksiniminde azalma, cinsel istekte artış vardır^{29,30,33}. DSM IV- TR'ye göre manik dönem tanı ölçütleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Manik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri

-
- A.** En az 1 hafta süreyle (hastaneye yatış gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli şekilde yükselmiş, öforik ya da irritable ayrı bir duygudurum döneminin varlığı.
- B.** Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (duygudurum yalnızca irritable ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.
- 1.Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.
 - 2.Uyku gereksiminde azalma.
 - 3.Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.
 - 4.Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi.
 - 5.Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.
 - 6.Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.
 - 7.Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn.aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)
- C.** Belirtilerin karma (mikst) tip döneme uymaması.
- D.** Duygudurum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde önemli bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması.
- E.** Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Somatik antidepresan sağaltım (örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu manik benzeri dönemler iki uçlu I bozukluğu olarak sayılmamalıdır.)
-

2.4.3. Depresif Dönem

Bipolar depresyonla, unipolar depresyon arasında çeşitli klinik farklar tanımlanmıştır. Psikomotor retardasyon; değersizlik, değişmeyen duygudurum ve belirgin anhedoni gibi melankolik belirtiler; hipersomnia ve kurşun paralizi gibi atipik belirtiler; psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülür. Anksiyete, başlangıç uykusuzluğu ve başkalarını suçlama unipolar depresyona oranla daha az görülür. Depresyonlu hastalarla yapılan 11 yıllık

izlem çalışmasında BP I bozukluğa dönüşmüş olanların, MDB tanısında kalanlara göre ilk depresif ataklarında psikotik özelliklerin ve hastaneye yatışların daha fazla olduğu gösterilmiştir⁵². Unipolar depresif hastalarla karşılaştırıldığında, bipolar depresif dönemlerin daha kısa sürdüğü bildirilmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık depresif dönemler, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanım bipolar depresyonda daha sık görülür⁵³. Tanımlanan klinik farklar patognominik değildir ve uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar / unipolar depresyon ayrımını yapmak olanaksızdır. Bir depresyon dönemi ne denli erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o denli yüksektir. DSM – IV- TR depresif dönem tanı ölçütleri Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: DSM IV-TR Depresif Dönem Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1.Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2.Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3.Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5’inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

4.Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.

5.Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.

6.Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7.Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması.

8.Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.

9.Yenileyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım için özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz.

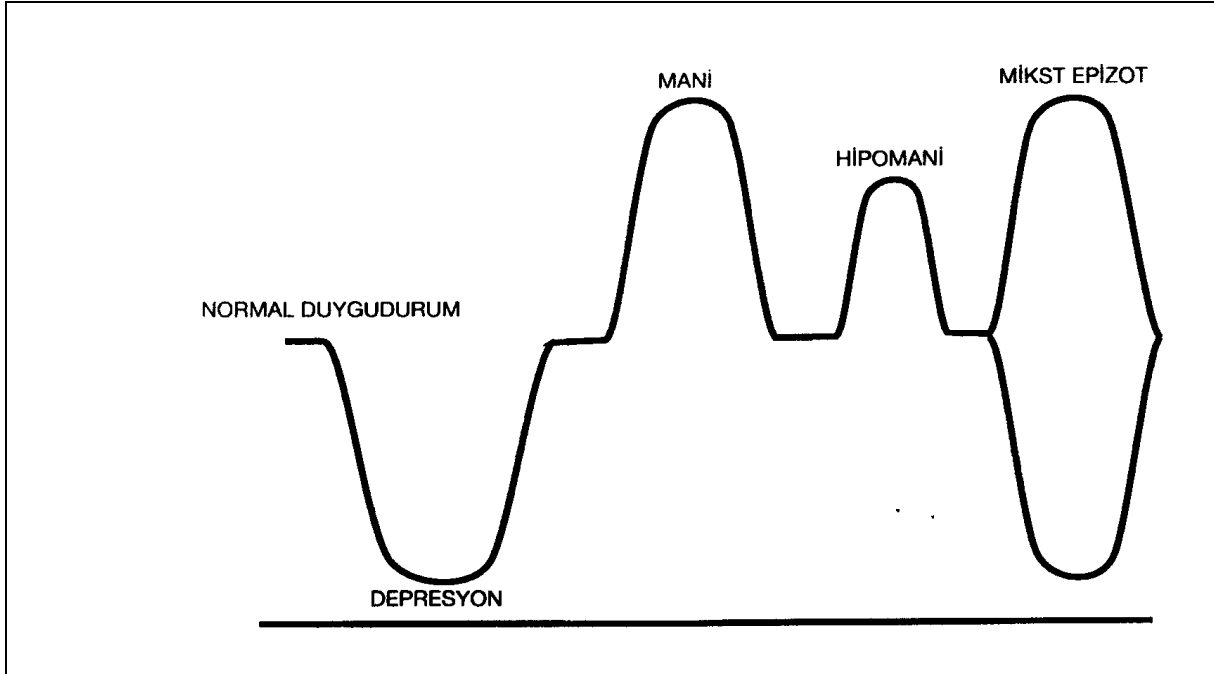
2.4.4. Karma Manik Dönem (disforik mani)

Karma mani, en az bir hafta süren hem manik, hem de depresif dönem belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemdir²⁹. Hasta hızla değişen duygudurum dalgalanmaları yaşar. Tanısal açıdan en önemli nokta mani sırasında görülen sendromal depresyon için DSM- IV-TR de belirtilen eşiğin karma mani tanısı için çok kısıtlayıcı olduğu doğrultusunda uluslararası bir uzlaşma sağlanmış olmasıdır^{54, 55, 56}. Karma mani tanısının koyulabilmesi için mani sırasında Mc Elroy ve ark.(1992), üç veya daha fazla, Akiskal ve ark.(1998), en az iki, Swann ve ark.(1997), en az bir depresyon belirtisinin yeterli olacağını önermişlerdir^{55,57}.

BP I hastalarının % 40'ının hastalığın gidişi sırasında karma durum geliştirdikleri bildirilmiştir. Kadınlarda daha sık görülür^{55,58}. Alkol ve madde kötüye kullanımı tabloya sıklıkla eşlik eder. Konfüzyon ve duygudurumla uyumsuz psikotik belirtiler daha sık görülür^{59, 60}. Özkıyım davranışı ciddi bir risk oluşturur⁶¹. Mani hastalarıyla karşılaştırıldığında karma mani hastalarının depresif mizaç özellikleri daha fazladır. Karma dönemlerin süresi yalın manik dönemlerden daha uzundur ve sağaltımı güçtür²⁴. Buna rağmen karma manik dönem yaşayan hastaların sonlanımları karma manik dönem yaşamayan hastalardan daha kötü bulunmamıştır. Alkol ve madde kötüye kullanımı ve erken hastalık başlangıcı gibi etkenlerin karma ve disforik mani riskini artırdığı düşünülmektedir. Erken başlangıçlı BPB olan kadınlar, karma mani açısından özellikle risk altında olabilir. Karma mani'de valproik asit ve atipik antipsikotiklere yanıt daha iyidir⁵⁷. DSM – IV- TR karma mani tanı ölçütleri Tablo 10'da gösterilmiştir. BPB dönemleri şematik olarak şekil 1'de gösterilmiştir.

Tablo 10: Karma mani DSM-IV TR tanı ölçütleri

- A.** En az 1 hafta süreyle, hemen hergün, hem manik hem de major depresif dönem ölçütlerine uyuyor olmak
- B.** Duygudurum bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda önemli bozulmaya yol açıyor ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektiriyor, ya da psikotik özellikli.
- C.** Belirtilerin bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamak



Şekil 1: BPB dönemleri, Stephen M. Stahl Essential Pharmacology (2000)⁶²

2.4.5. BP I Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM IV-TR sınıflandırmasına göre bipolar I bozukluk tanısı koyabilmek için bir manik dönemin yaşanmış olması gerekli ve yeterlidir.

2.4.6. Bipolar II Bozukluk

Bir ya da daha çok major depresif dönemin yanısıra, en az bir hipomanik dönemin yaşandığı bir klinik tablodur. Kadınlarda fazladır. Hızlı döngülü bir gidiş bipolar II de daha sıklıdır. Tanı ölçütleri tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: BPB II DSM IV-TR Tanı ölçütleri

-
- A. En az bir major depresif dönemin ya da geçirilmiş major depresif dönem öyküsünün varlığı
 - B. En az bir hipomanik dönemin ya da geçirilmiş hipomanik dönem öyküsünün varlığı
 - C. Manik ya da karma bir dönemin geçirilmemiş olması
 - D. A ve B ölçütlerindeki duygudurum belirtileri şizoaffectif bozukluğa uymaz.
 - E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğere önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.
-

2.4.7. Başka Türölü Adlandırılmayan BPB

Bipolar özellikler gösteren fakat herhangi bir özgül BPB’un tanı ölçütlerini karşılamayan klinik tablolarıdır. Klinik pratikte sıkça görölmelerine rağmen, bu konuyla ilgili literatür görece olarak azdır. Yineleyici kısa hipomani, ultra hızlı döngölü BPB, Histeroid disfori ve BPB’ un birincil ya da ikincil olduğunun anlaşılamadığı durumlar bu kategoride yer alır.

Yineleyici Kısa Hipomani: Dört günden kısa süren hipomanik tablolarıdır. Yineleyici kısa depresif bozukluğun hipomanik karşılığı olarak düşünölebilir. Klinik olarak, depresyonun eşlik etmediği yineleyici hipomanik dönemler şeklinde olabileceği gibi, süregelen depresif belirtilerin yanı sıra kısa süreli olduğu için siklotimik bozukluk tanısını karşılamayan durumlar olarak görölebilir.

Ultra Hızlı Döngölü BPB: Hipomanik ve manik veya depresif dönemler birkaç günde bir hızla değişir. Yaşanan dönemin tanı ölçütlerini karşılayan fakat gerekli süre ölçütünü karşılamayan durumlardır. Çoğu hastada değişim, belli bir düzende meydana gelir. Hastalardaki dönemler siklotimide olduğundan daha büyük amplitüdlere ve daha belirgin bozulmalara yol açar. Bu hastaların klinik olarak idaresi güçtür.

Histeroid Disfori: BP II bozukluğun siklotimik- irritabl özellikleri olan bir varyantı olarak düşünülebilir. Bu hastalara sıklıkla sınırda (borderline) kişilik olarak tanı konmaktadır.

Psikotik bozukluklar üzerine oturmuş manik ya da karma dönemler: Bipolar bozukluğun birincil ya da ikincil olduğunun anlaşılamadığı durumlardır^{63,64}. DSM-IV-TR'ye göre başka türlü adlandırılmayan BPB sınıflaması tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: DSM-IV-TR'ye göre başka türlü adlandırılmayan BPB sınıflaması

Başka türlü adlandırılmayan BPB kategorisi herhangi bir özgül BPB ölçütlerini karşılamayan, bipolar özelliklere sahip bozuklukları içermektedir. Örnekler aşağıda sıralanmaktadır:

1. Manik, hipomanik veya depresif dönem için asgari süre ölçütünü karşılamayan ancak belirti eşiği ölçütünü karşılayan, manik ve depresif belirtiler arasında hızlı değişimler (günlerce).
 2. Arada tekrarlayan depresif belirtiler olmaksızın yineleyici hipomanik dönemler.
 3. Sanrısız bozukluk, rezidüel şizofreni veya başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş manik veya hipomanik dönem.
 4. Kronik depresif belirtilerle birlikte giden, siklotimik bozukluk tanısı için fazla sık gözlenen hipomanik dönemler.
 5. Hekimin BPB olduğuna karar verdiği, ancak birincil mani veya genel tıbbi duruma bağlı mı veya madde kullanımının mı yol açtığını belirleyemediği durumlar
-

2.4.8. Bipolar Bozuklukta Klinik Gidiş Belirleyicileri

DSM IV -TR klinik gidiş özellikleri tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13: BPB DSM IV-TR Klinik gidiş belirleyicileri

A. En son dönemi tanımlayan belirleyiciler

- a. Şiddet : Hafif, orta, psikotik özellikleri olmayan ağır, kısmi remisyonunda, tam remisyonunda
- b. Kronik
- c. Katatonik özellikler gösteren
- d. Melankolik özellikler gösteren
- e. Atipik özellikler gösteren
- f. Postpartum başlangıçlı

B. Yineleyen dönemlerin gidişini tanımlayan belirleyiciler

- a. Uzunlamasına gidiş : Dönemler arasında tam düzelme olan ya da olmayan
 - b. Mevsimsel yapı gösteren
 - c. Hızlı döngülü
-

2.4.9. Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk

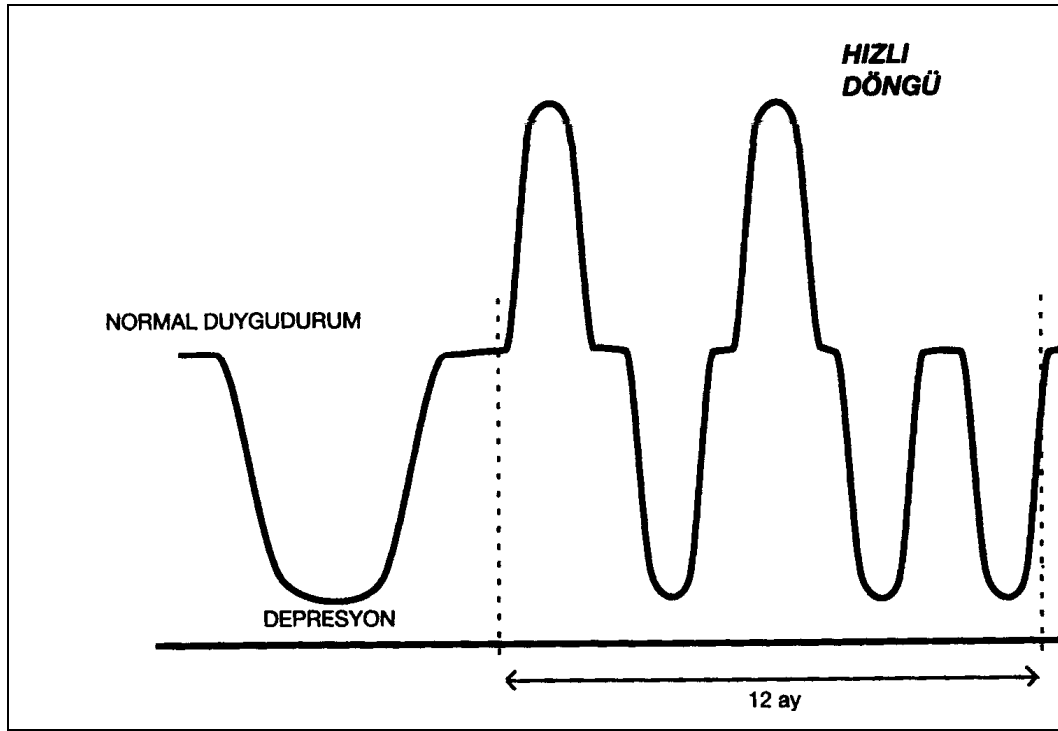
Hızlı döngülülük kavramı ilk kez Dunner ve Feive tarafından lityuma yanıtı düşük bir grup bipolar hastayı tanımlamak için ortaya atılmıştır⁶⁵. Hızlı döngülü bipolar bozukluk yılda en az dört hastalık dönemi yaşayan hastalar için kullanılır. Bir yıl içinde en az 4 duygudurum dönemi olan ve dönemlerin birbirinden 2 ay süren düzelme- kısmi düzelme ya da zıt kutuplarla birbirinden ayrıldığı tablolarıdır^{66, 67}. Manik, hipomanik ve karma dönemler aynı uçta kabul edilir. DSM IV- TR de hızlı döngü ayrı bir alt tip değilde gidiş belirleyicisi olarak kabul edilmiştir.

Tüm bipolar olguların yaklaşık % 20'sinin hızlı döngü yaşadığı bildirilmektedir. Hızlı dönemler daha geç iyileşir ve antikonvülzanlara daha iyi yanıt verir. Kadınlarda ve bipolar II bozukluğu olan kişilerde daha sık görülür⁶⁸. Çeşitli verilerin gözden geçirildiği bir çalışmada hızlı döngülü BPB'ta kadın-erkek oranının yaklaşık 3: 1 olduğu bildirilmiştir⁶⁹. Hipotiroidi, steroid hormonları ve antidepresanlar hızlı döngülülük ile ilişkilendirilmektedir.

Hızlı döngülü dönem yaşayan hastalarda zıt kutuplara geçiş örüntüsü kötü klinik gidişi gösterir. Tanı ölçütleri tablo 14’te verilmiştir. Hızlı döngülü BPB şekil 2 de şematik olarak gösterilmiştir.

Tablo 14: Hızlı döngülü BPB DSM IV- TR tanı ölçütleri

- 1.En az 4 gün süren hipomani dönemi
- 2.En az 1 hafta süren depresyon dönemi
- 3.En az 1 hafta süre manik dönem ya da hospitalizasyon
- 4.8 hafta süreyle dönemler arasında belirtisiz dönem
- 5.1 yıl içinde bu dönemlerden en az 4 tanesinin yaşanmış olması gerekmektedir.



Şekil 2: Hızlı döngülü BPB, Stephen M. Stahl Essential Pharmacology (2000)⁶²

Bir ay içinde 4 ya da daha fazla dönem yaşayan olgular Ultra hızlı döngülü, bir hafta içinde 4 ya da daha fazla dönem yaşayan veya gün içinde kaymalar gösteren olgular Ultradian Döngülü olarak tanımlanır.

Hızlı döngülü durumlar başlangıçlarına göre erken ve geç başlangıçlı olarak ikiye ayrılır. Erken başlangıçlı durumlarda hastalığın ilk dönemlerinden itibaren hızlı döngü varken, geç başlangıçlı durumlarda hızlı döngü yıllar sonra gelişir⁴⁴. Hızlı döngülü dönemler kendi içlerinde, % 42 oranında hızlı döngülü, % 26,8 oranında ultra hızlı döngülü, % 19,7 oranında da ultradian döngülü seyreder¹⁰. Hızlı döngü risk faktörleri tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15: BPB hızlı döngü risk etkenleri^{66,69}

Kadın cinsiyeti ve gonadal steroidler
Menapoz dönemi
Hipotiroidi
Uzun süre antidepresan kullanımı
Siklotimik kişilik
Temporal lob disritmileri
Alkol ve madde kötüye kullanımı

2.4.10. Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu

Mevsim değişikliklerinin kişinin ruhsal durumunu etkileme derecesinin normale göre fazla olması mevsimsellik olarak tanımlanır. Stresli olaylara disforik tepki gösteren yüksek nörotisizimli kişilerde kış aylarında daha fazla depresyon görüldüğü düşünülmektedir. Rozenthal, mevsimlerle duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiyi gözlemlemiş ve mevsimsel duygudurum bozukluğunu tanımlamıştır⁷⁰. Sonbahar- kış aylarında ortaya çıkan, ilkbahar-yaz aylarında iyileşme gösteren depresif belirtiler ile giden klinik tablolarıdır. Bu doğal eğilim ışık tedavisinin hafif hipomanik kaymaları nasıl tetiklediğini açıklamaktadır. DSM IV-TR’de özellikle tarif edilmediği halde, mevsimsel depresyonlar, geniş anlamda BP II ve BP III örüntüsüne uymaktadır. Son kanıtlar, klasik antidepresanların depresif dönemin bahar veya yaz aylarında ortaya çıkmasına sebep olarak mevsimselliği bozduğunu düşündürmektedir¹. Antidepresanların mevsimsel depresyonlarda yol açtığı bu değişiklikler hızlı döngülü görüngünün özel bir varyantını temsil ediyor olabilir. DSM-IV-TR’de yer almamasına karşın mevsimsel duygudurum bozukluğu; yazın görülen, kışın görülen ve tam oluşmamış tip olmak üzere üçe ayrılmaktadır^{71, 72}.

BPB da; kış-depresyon, yaz-mani döngüsüyle ilgili kanıtlar yetersiz olup, litaretür tarafından desteklenen genel bir mevsimsel örüntü yoktur. Mevsim değişiklikleri tüm insanları etkiler. Mevsimsel yapı belirleyicisi tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: DSM IV- TR mevsimsel yapı belirleyicisi

-
- A.** BP I, BP II ya da major depresif bozukluk; yineleyen tipte major depresif dönemlerin başlangıcı ile yılın belirli bir zamanı arasında düzenli ilişki vardır.
- B.** Yılın belirli zamanında da tam düzelme olmaktadır.
- C.** Son iki yıl içinde A ve B maddelerinde tanımlanan mevsimlik ilişkiyi gösteren iki major depresif dönem ortaya çıkmıştır ve aynı dönemde mevsimsel ilişki göstermeyen bir dönem olmamıştır.
- D.** Mevsimsel major depresif dönemler kişinin yaşamı boyunca görülen mevsimsel olmayan major depresif dönemlerden fazladır.
-

2.4.11. İkincil Mani

İlaç kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkan mani tablolarıdır. Daha önce BPB öyküsü olmadan, ilaç kullanımı veya tıbbi duruma bağlı ortaya çıkan ikincil mani olgularında aile öyküsü daha azdır. Bu nedenle yineleme riski düşüktür.

Depresyon öyküsü olmaksızın doğum sonrası dönemde gelişen maninin, BP I bozukluktan farklı olduğuna dair bazı fikirler olsada, ayrı bir lohusalık manisi tanısı için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle postpartum başlangıç, DSM IV-TR’de ayrı bir duygudurum bozukluğu tanısı olarak değil, doğum sonrası başlangıç belirleyicisi olarak yer almıştır.

Stresörlerle ortaya çıkan iyi tanımlanmamış mani formları tepkisel (reaktif) maniler olarak adlandırılırlar. Kişisel kayıp ve yas tetikleyici etkenler olarak düşünülmektedir ve tepki psikodinamik olarak kaybın inkarı olarak yorumlanmaktadır. Bu açıklama akla uygun gelmekle birlikte bu hastaların mani geçiren diğer hastalardan aile öyküsü açısından farklı olup olmadıklarını düşündürecek sistematik bir veri bulunmamaktadır. Aynı durum uyarıcı ilaç kötüye kullanımı, antidepresan tedavi veya uyku yoksunluğu ile birlikte hipomanik veya manik kayma geçiren depresif hastalar için de geçerlidir. Tüm bu durumlarda BPB’a yatkınlık aile öyküsünde mani varlığı ve ileride kendiliğinden gelişecek manilerle ilişkilidir. İkincil maniye sebep olan tıbbi durumlar tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: İkincil maniye sebep olan tıbbi durumlar¹

Tirotoksikoz
Sistemik lupus eritematozus (SLE)
Kore
Huntington hastalığı
Multiple skleroz (MS)
Serebrovasküler hastalık
Diensefalon ve 3. ventrikül tümörleri
Kafa travmaları
Kompleks parsiyel epileptik nöbetler
Sfilis, AIDS gibi fiziksel hastalıklar ya da
Steroid, amfetamin, hallüsinojenler
Alkol ve madde kötüye kullanımı

2.4.12. Psikotik Özellikli Mani

Psikotik belirtilerin ön planda olduğu manik dönemleri tanımlamak için kullanılır. Hastalarda dezorganize davranış, hatta uygunsuz duygulanım bile izlenebilir. Bu nedenle gerçek bipolar hastalar bile, yanlışlıkla şizofreni ya da şizoaffektif tanısı alabilmektedir. BPB tanılı hastaların yaklaşık % 50- 75'i psikotik semptom yaşarlar¹³. Hastaların kendi doldurdukları bir ankete dayalı olarak bir grup BPB' lu hastada yaşam boyu psikotik semptom prevalansı % 90 olarak saptanmıştır⁷³. % 50 den fazla hastada sanrılar izlenir. Duygudurumla ilgili sanrılar izlenebildiği gibi bizar, Schneieder'in birincil sıra belirtileri de görülebilir. Maniye daha çok işitsel tipte olmak üzere % 15 oranında halüsinasyonlar eşlik eder¹³. Katotoni ve yönelim bozukluğu görülen olgular vardır.

Psikotik mani erken başlangıçlı olgularda ve noro-gelişimsel bozukluğu olan bireylerde daha sık görülür. Psikotik özellik gösterenlerde hastalığın gidişi psikotik özellik göstermeyenlere göre kötü değildir ve psikotik özellik BPB'un daha ağır veya ilerlemiş formu olarak görülmemelidir. Fakat duygudurum ile uyumsuz psikotik belirtiler kötü prognoz göstergesidir⁷⁴. Duygudurum belirtilerinin olmadığı, iki haftadan uzun süren psikotik tablolarda tanı gözden geçirilmelidir.

2.5. Ayırıcı Tanı

Major depresyon ve BPB ayrımı: MD'da görülen belirtiler, BP depresyondaki belirtilerle benzerdir. Depresyonla gelen hastada geçirilmiş hipomanik- manik dönemin saptanması ayırıcı tanı için önemlidir. Uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar / unipolar depresyon ayrımını yapmak olanaksızdır. Bir depresyon dönemi ne denli erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ileride manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o denli yüksektir.

Distimi- Siklotimi ve BPB ayrımı: Distimide belirtiler MD'nu karşılamayan depresif yakınmalar şeklindedir. Hipomani ve maninin olmamasıyla ayırım yapılır.

Siklotimiden ayırım, duygudurumdaki dalgalanmanın, kısa süreli olması ve major depresif ve/ veya manik dönemlerin karşılanmaması ile yapılabilir. Siklotimi tanısıyla izlenen hastalarda manik dönem ya da major depresif dönem gözlenirse bipolar bozukluk tanısının yanına siklotimik bozukluk tanısı da konulmalıdır. Siklotimik hastaların yaklaşık 1/3'ü, daha sonra BPB tanısı alır. Fakat siklotimi BPB öncülü bir durum değildir ve koruyucu sağaltım gerekli değildir. Psikoterapiden yararlanırlar. Alkol ve madde bağımlılığı da sık izlenir.

Psikotik bozukluk ve bipolar ayrımı: Psikotik bozukluklardan kesin ayırım ancak izlem ile yapılabilir. Akut dönemdeki olgularda belirtiler ne kadar ağır ve ne kadar bizar olursa olsunlar başlangıçta şizofreni tanısı konulmamalıdır. Gözlem ve klinik seyir ayırma yardım eder. DDB'u için aile öyküsü, ara dönemde göreceli olarak işlevselliğin iyi olması şizofreniden ayırım için önemlidir.

Şizoafektif bozukluğun tanımlanmasında literatürde görüş birliği olmadığı için ayırım sorun oluşturur. Ara dönemde psikotik belirtilerin sürmesi ile ayırım yapılabilir.

Sınır kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk ayrımı: Sınır kişilik bozukluğunun BPB'den ayrımı özel bir güçlük gösterir. Sınır kişilik bozukluğu heterojen bir gruptur. Bu olgular dürtüsel, labil duygulanım gösteren kişilerdir. Boşluk hissi, süregen sıkıntı ve anhedoniden sıklıkla yakınırırlar. Kişilerarası ilişkileri tutarsızdır. Karma ya da disforik atak geçiren bipolar hastalar ve bipolar II hastalarının bir kısmı, yanlışlıkla sınır kişilik bozukluğu tanısı alır. Sağaltım farklılıkları açısından iki hastalık arasındaki ayırım yapılması zorunludur.

Sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı konan hastaların özelliği olan affektif değişkenlik ve impulsif davranışların paylaşılmış genlerden köken aldığına ve sınırdaki kişilik bozukluğunun bipolar spektrum içine alınmasının uygun olacağını bildiren çalışmalar vardır.

Toksik-organik nedenlerden ayrım: Deliryum durumlarında bilinç, yönelim ve algı bozukluğu baskındır. Manide ise bilinç ve yönelim bozukluğu genellikle olmaz.

Bazı bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya duygudurum bozukluğu tabloları çıkabilir. Bunların her birinin ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bunların bazıları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18: Duygudurum bozukluğuna yol açabilen bedensel sorunlar

Depresif belirti izlenebilen durumlar	Manik belirti izlenen durumlar
Baskınhemisferde oluşan inmeler	MSS’ i tutan lupus
Hipotiroidi	MSS tutulumu olan HIV enfeksiyonu
Cushing	Frontal lobu tutan tümörler , kanamalar
Pankreas kanseri	Presenil demans, ensefalit sonrası
Antihipertansif ilaçlar	Glukokortikoid sağaltımı
Oral kontraseptifler	Stimulan, semptomimetik ilaçlar, civa

2.6. Klinik Gidiş Özellikleri

2.6.1. Başlangıç Özellikleri

1-Başlangıç yaşı: Daha önceki çalışmalarda ilk sağaltım veya ilk hastane yatışındaki yaş, başlangıç yaşı olarak kabul ediliyordu. Ancak tanısız ölçütlerin gelişmesi ile, ilk major duygudurum dönemindeki yaştan hastalık başlangıcını belirlemek için daha geçerli bir ölçüt olduğu belirlenmiştir⁷⁵. Bu tanıyı kullanarak erişkin olgularda başlangıç yaşının geriye dönük belirlenmesi güçtür. Belirtilerin başlangıç zamanıyla hastaneye başvuru zamanları tutmayabilir. Çoğu durumda belirtiler sağaltıma başvurmada aylar yada yıllar önce başlar²⁴. 1992 yılında Strober, yazarların çoğu tarafından 40 yaşın erken ve geç başlangıçlı tanımlaması için seçilmesinin rastgele bir davranış olduğunu ve başlangıç yaşı etkisinin büyüklüğünü ötebileceğini bildirdi⁷⁶. Başlangıç yaşı olarak erken, ara ve geç başlangıç olarak 17,27 ve 46 yaşlarında pik yapan üç ayrı grup tanımlayan çalışmalar vardır³¹. Erken başlangıçlı olgularda genetik faktörlerin daha büyük rol oynadığı gösterilmiştir. Psikotik özellikli ve karma dönemler, ektanili durumlar, yaşam boyu panik bozukluk sıklığı, alkol-madde kullanımı ve özkıyım davranışı daha fazla görülür^{77, 78}. Erken başlangıç daha ağır

hastalık ve daha kötü prognoz gösterir ve bu durum bozukluğun kronik yapısı, duygudurum dengeleyicilere direnç, yüksek ek tanı ile ilişkilidir^{79, 80}. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile birlikte görülme özellikle erken başlangıç gösteren BPB için özgül bir durumdur. Bipolar olarak sınıflanan pediatrik olguların % 60-90'ı aynı zamanda DEHB tanı ölçütlerini de karşılar. DEHB, MDB, distimi, anksiyete ve davranım bozuklukları gibi çocukluk dönemine ait yaygın ve iyi tanımlanmış psikiyatrik hastalıklar ile semptomatik çakışma ya da BPB'un çocuklukta daha az tanınmasına neden olur⁸¹.

BPB'un yaklaşık olarak % 20'si ergenlik döneminde başlar. Bu nedenle geç çocukluk ve erken ergenlik dönemindeki depresyonların ileride BPB geliştirebileceği düşünülmelidir⁸². BPB'nin % 20-30'u 21 yaşından önce, % 10'u 50 yaşından sonra başlar.

2-Başlangıç Tipi: Depresif belirtilerin birkaç gün içinde akut olarak başlaması oldukça nadirdir. Genellikle başlangıç belirtileri hastalığın tam olarak ortaya çıkmasından bir kaç gün, hatta birkaç hafta önce başlar ve subakuttur. Hastaların % 20'sinden fazlasında bozukluğun tam olarak görülmesinden önce birkaç ay ile bir kaç yıl arasında değişen ön belirtiler olur¹³. Bunlar disfori, haz kaybı, psikomotor bozukluklar, suçluluk, yetersizlik duyguları gibi sendromal olmayan belirtilerdir.

Manik dönemler genellikle birkaç gün içinde akut olarak başlar. BPB'ta ilk dönemler sıklıkla depresiftir. Yapılan bir çalışmada BPB hastalarından oluşan örnekleme hastaların yaşadıkları ilk dönemlerin % 85'inin depresif, % 12'sinin manik ve % 3'ünün de karma olduğu bulunmuştur²⁴. Çalışmada manik dönemlerin, depresif ve karma dönemlere göre kısa sürdüğü, karma dönemlerin ise depresif dönemlerden uzun sürdüğü belirlenmiştir. Karma dönemle başlayanlarda kronikleşme daha yüksek saptanmıştır. Depresif dönemlerden önce hastaların % 45'i manik dönem yaşar ve 1 / 4 hastada depresif dönemleri manik dönem izler. İlk dönemler çevresel koşullar tarafından tetiklenirken daha sonra otonomi gelişir⁴⁸.

3- Tetik çeken etken: Psikososyal ya da fiziksel olayların, neden olmaktan çok, dönemlerin zamanlaması üzerinde etkili oldukları kabul edilmektedir. İlk hastalık döneminin yaşanmasında açıkça etkili oldukları görülmekle birlikte, daha sonraki hastalık dönemleri için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Tetik çeken olayların ilk hastalık döneminde etkili oldukları, ancak sonraki dönemlerde bu etkinin olmadığı düşünülmektedir. Herhangi bir hastalık dönemi için BPB'lu hastaların % 47'sinde, UPB'lu hastaların % 53'ünde hastalık dönemlerinin başlangıcında stresli yaşam olayı olduğu bildirilmiştir⁷. BPB tanılı hastaların

yaşadığı tüm dönemler düşünüldüğünde sadece dönemlerin % 13'ünün başlangıcından önce stresli bir yaşam olayı olduğu bulunmuştur.

2.6.2. Döngü ve Dönemin Süresi

Litaritürde görülen farklara karşın, depresif dönemlerin 2 ila 5 ay arasında sürdüğü söylenebilir⁸³. Manik dönemler ortalama 2 ay sürer. Karma dönemler 5 aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ile en uzun süren dönemlerdir⁸⁴. Hastalığın uzunlamasına seyrinde görülen dönem sayısı, hastalığın süresine ve koruyucu sağaltıma verilen yanıtla bağlıdır. Hastaların çoğunluğu 20 senelik bir hastalık süresinde üçten fazla dönem yaşarlar. Hastalığın seyrinde döngü uzunluğunu ve sıklığını değerlendirmek daha güvenilir bir yöntemdir. Döngü, bir dönemin sonundan bir diğer dönemin başlangıcına kadar geçen süre olarak tanımlanır. Döngü uzunlukları 68 haftadan birkaç yıla uzanan bir yelpazede büyük farklılıklar göstermektedir⁸⁵. Bazı yazarlar hastalığın seyri sırasında döngülerin giderek kısalıldığını bildirmektedir.

Turvey ve ark.(1999)'nın yaptığı bir çalışmada 2. döngünün 1. den kısa olduğu, 3. nün 2. den uzun olduğu 4.ve 5. döngülerin daha kısa olduğu gösterilmiştir⁸⁵. Başka bir çalışmada sadece 1. ve 2. döngü arasında sistematik kısalma olduğu bulunmuştur³⁵. Diğer bir çalışmada ise; 1. ve 2. dönem arasının 36 ay, 2.-3. dönem arasının 24 ay, 3.-4. dönem arasının 12 ay olduğu saptanmıştır³⁵.

Bipolar hastalar unipolar hastalara göre daha fazla hastalık dönemi yaşarlar ve döngü unipolarlara göre daha uzundur.

2.6.3. Özkıyım

Tüm BPB'lu hastaların % 25-50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu ve % 15-19'unun da bu yolla hayatlarını kaybettiği belirlenmiştir⁸⁶. Bu özkıyım oranı normal popülasyonun 20 katıdır^{87,88}. Tüm DDB'ları için özkıyım oranı % 5-7 olarak verilmektedir. Genel nüfustaki özkıyım oranlarında görülen cinsiyet farklılığına benzer şekilde, bipolar kadınlarda özkıyım girişimleri, bipolar erkeklerde de tamamlanmış özkıyımlar daha fazla görülür. Madde kötüye kullanımı özkıyım riskini anlamlı olarak arttırır. En fazla özkıyım riski taşıyan hastalar; daha önce özkıyım girişiminde bulunan, alkol kötüye kullanımı olan ,hastaneden yeni taburcu olan, hastalığın erken dönemindeki genç hastalar olduğu bildirilmiştir. Psikotik belirtilerin özkıyım üzerine etkisi kesin değilken, karma dönemlerin riski artırdığı bilinir. Özkıyım girişimi olan

hastaların hastalıkları süresince daha fazla depresif dönem yaşadıkları bilinmektedir. Tahmin edilebileceği gibi özkıyım davranışı depresif dönemde daha fazladır.

Psikiyatrik hastalıklar için özkıyım açısından belirlenmiş risk faktörlerinin çoğu BPB hastaları içinde geçerlidir. Hem umutsuzluk hem de saldırganlık özkıyım için potansiyel risk faktörüdür. İşlevsellikte görülen düşüşde özkıyım için risk faktörüdür. Erkek olmak, yaşlı olmak, yalnız yaşamak, beyaz ırk, cinsel kötüye kullanım, sınıf B kişilik bozukluğu (Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu, Histrionik Kişilik Bozukluğu, Narsistik Kişilik Bozukluğu), yüksek eğitim seviyesi ve yüksek sosyo-ekonomik düzey riski arttıran diğer faktörlerdir. Bu özellikler dikkate alınarak özkıyım girişimleri ve özkıyıma bağlı ölümler azaltılabilir^{87,88,89}. Lityumun özkıyım oranını ve genel ölüm oranını düşürdüğü konusunda tutarlı kanıtlar vardır⁷.

2.6.4. BPB ve Ektanılar

BPB ta eksen-I ve eksen-II ektanıları yaygındır. Yapılan bir çalışmada eksen-I ektanısı % 60. 8 olarak bildirilmiştir⁹⁰. Panik bozukluk, Sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol- madde kötüye kullanım ve bağımlılıkları BPB'ta sık görülen ektanılardır^{91,92}. BPB I tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada % 39 obsesif kompulsif bozukluk, % 26 özgül fobi, % 20 sosyal fobi olmak üzere anksiyete bozukluğu ek tanısı % 61.4 olarak bildirilmiştir⁹³. Bir başka çalışmada erişkin tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ektanısı % 15. 9 olarak verilmiştir⁹⁴. Ektanlı hastalarda; duygudurum bozukluğunun daha erken yaşta başladığı, daha şiddetli psikotik özellikler, hastanede daha uzun kalma süresi, düşük iyileşme oranları ve yüksek oranda hızlı döngü olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada birden fazla ektanı oranı % 22 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda ektanı daha fazladır⁶⁹.

Madde kötüye kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu erkeklerde daha fazla bildirilmektedir. Alkol ve madde kötüye kullanımının olduğu kişilerde hastalığın daha erken başlangıçlı olup daha şiddetli seyir gösterdiğine dair veriler mevcuttur. BPB'a yatkınlığı olan ancak dönem geçirmemiş bireylerde LSD, alkol, kokain, esrar, amfetaminle dönemlerin tetiği çekilebilir.

Herhangi bir duygudurum bozukluğu olan kişilerde alkol - madde kullanım bozukluğu olma riskinin 3 kat arttığı gösterilmiştir. BPB' u olan bireylerde alkol bağımlılığı riski 6 kat, alkol dışı madde bağımlılığı riski ise 8 kat artmıştır. Karma dönemler gösteren hastalarda madde kullanım bozukluğu daha fazladır.

BPB’ta obsesif- kompulsif, paranoid, histriyonik ve borderline kişilik bozuklukları daha fazla bildirilmiştir. Kişilik bozukluğunun hastalık şiddetini arttırdığı ve prognozu olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Eşlik eden kişilik bozukluğu varsa farmakolojik sağaltıma yanıt daha kötü olmaktadır.

2.6.5. İzlem Süresi ve Sonlanım Ölçütleri

BPB; gidiş, sonlanım ve sağaltıma yanıt verme açısından kişilerarasında büyük farklar gösteren yineleyici ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Yaşadıkları ilk dönemden itibaren BPB’li hastaların en önemli endişesi hastalıklarının klinik gidişlerinin nasıl olacağı ve iyileşme şanslarının ne kadar olduğudur. Klinisyenler açısından ise, klinik gidiş ve sonlanım hakkındaki bilgiler, hastalara daha doğru tanı konulabilmesi ve aynı zamanda uygulanan herhangi bir sağaltımın sonuçlarının değerlendirilebilmesi açısından önem taşımaktadır. Başlangıç yaşı, yaş, cinsiyet, sosyodemografik değişkenlerin klinik gidişte öngörücü etkileri bulunmadığı bildirilmiştir. Sosyo-ekonomik düzey ve sonlanım arasında herhangi bir ilişki bulunmamasının nedeni birçok çalışmada kötü gidişli düşük sosyoekonomik düzey hastalarının yer almaması olabilir. Geçmişte yaşanan dönemlerin sıklığı ileride yaşanacak dönemlerinde fazla olacağını ve daha olumsuz sonlanımı öngörmektedir. Hızlı döngülülük, hastalık öncesi düşük işlevsellik, madde kötüye kullanımı eştanısı ve şizoaftif belirtiler daha olumsuz gidişi öngörür. Kişilik bozukluğunun varlığı klinik gidiş ve sonlanımı olumsuz etkiler. Hastalığın yinleme sayısı ve şiddeti gidişi belirleyen en önemli etmenlerdendir. Sağaltıma iyi yanıt vermenin iyi klinik gidiş ve sonlanım ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İlk hastalık döneminin erken ve başarılı sağaltımının gidişi olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir^{95,96}. Yaşam olaylarının dönemleri artırıcı etkileri azdır.

Hastalığın yineleyici ve süregen doğasından dolayı, uzun süreli çalışmalar (10 yıldan daha uzun) sonlanıma yönelik en çok geçerliliği olan çalışmalardır. Bir yıldan daha az gözlem süreleriyle geçerli sonuçlara ulaşmak zordur ve kısa süreli çalışmalar sadece akut dönemin klinik gidişi hakkında bilgilendirici olur^{2, 37}.

Danimarka olgu kayıt çalışmasında, yaşanan her yeni dönemle birlikte hastalığın yinleme riskinin % 9 artış gösterdiği bulunmuştur. Angst, 16 yıl süren 159 unipolar ve 95 bipolar hasta ile yaptığı ileri dönük izlem çalışmasında, döngü uzunluğunun bipolar hasta grubunda yaşanan her yeni dönemle birlikte % 5 kısalacağını bildirmiştir.

Antipsikotik ilaçların hastalığın klinik gidişi ve sonlanım üzerindeki etkileri çelişkilidir. İyi antimanik etkileri olmasına karşın uzun süreli kullanımda depresif iniş çıkışları arttırabilirler.

Antidepresan kullanımıyla bağlantılı olarak birçok hastanın döngülerinde kötüleşme görülsede bu ilaçlar güncel sağaltımın önemli parçası olarak kalmaya devam etmektedir.

Ötimik dönemde dahi görülebilen ve genelde hastalığın ilerliyen dönemlerinde karşılaşılan bilişsel bozukluklar klinik gidiş ve sonlanım ile ilişkili olabilecek ve az çalışılmış bir alandır⁹⁷. Bilişsel bozulma bipolar bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi duygudurum dengeleyicilerdende kaynaklanıyor olabilir.

Bipolar bozukluk hastaları yüksek işlevsellik taşıyan iyi uyum sağlamış bireylerden, sosyal açıdan yetersiz, hiçbirzaman tam olarak iyileşmeyen ve tekrar eden hastalık depresmeleri yaşayan kronik bireylere kadar geniş bir yelpazede yer alırlar. BPB hastaları içinde % 15- 30 oranında istenmeyen sonlanımlı, süregen klinik gidişli bir hasta alt grubu olduğ bildirilmektedir. BPB taki klinik heterojenite genetik faktörlerle ilişkili olabilir. 1970’lerden itibaren yapılan çalışmalarda lityuma yanıt veren alttipin olduğu ve bu grubun kalıtsal yönünün güçlü olduğu bildirilmektedir.

Bipolar bozukluğun yıllar içinde “sönüp sönmediğini”, bazı alt grupların kötüleyip kötülemediğini ve bunun nasıl meydana geldiğini, yaşam dönemlerinin duygulanım belirtilerinin kalıcılığında ve niteliğinde tahmin edilebilir etkileri olup olmadığını belirlemek için uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

2.7. Sağaltım Yaklaşımları

Saha çalışmalarında BP I bozukluklu hastaların % 40 kadarının sağaltım almadığı ve doktor gözetiminde olanlarında kaygı verici ölçüde fazla miktarının uygunsuz tedavi aldığı tahmin edilmektedir¹. Son zamanlardaki çalışma serilerinde tek uçlu MD’lu hastaların % 25-55’inin daha sonra BP II veya BTA BPB tanısı aldığı öne sürülmektedir¹. Bipolar bozuklukta sağaltım, akut dönem ve sürdürüm dönemi olarak ikiye ayrılır. Belirti dönemlerinin sağaltımı ise başlıca hipomanik, manik, karma ve depresif dönemlerin sağaltımı olarak ayrılır.

2.7.1. Akut Dönem Sağaltımı

Akut mani sağaltımının amaçları; riskli davranışların denetim altına alınması, hastanın ve çevrenin güvenliğinin sağlanması, belirtilerin yatıştırılması ve yeni hastalık dönemlerinin

önlenmesine yönelik koruyucu sağaltıma hazırlık yapılmasıdır. BPB sağaltımında temel ilaçlar duygudurum dengeleyicilerdir. Akut dönemde, benzodiazepinler ve antipsikotikler de sağaltıma belli bir süre eklenebilir. İlaç seçiminde hastanın öforik ya da karma manisinin olması dikkate alınmalıdır. Ayrıca, psikotik belirtiler, hızlı döngü, belirti şiddeti, birlikte bulunan organik ve psikiyatrik bozukluklar, daha önceki sağaltım ve bu sağaltıma yanıt açıklığı kavuşturulmalıdır. Genel olarak lityum, klasik belirtileri (öforik mani) olan ve hafif şiddetteki olgularda ilk seçenektir. Karma manide, psikotik manide ve daha ağır mani formlarında sodyum valproat, lityuma tercih edilebilir. Hızlı döngülü olgularda sodyum valproat veya lamotrijin tercih edilmelidir. Özellikle hızlı kontrolün gerektiği şiddetli ajitasyonu olan hastalarda antipsikotikler ve benzodiyazepinler sağaltıma eklenebilir. Dirençli durumlarda ve gebelikte elektrokonvulsif terapi önerilir. Manik tablo düzelince antipsikotikler kesilip, duygudurum dengeleyicilerle (DDD) devam edilir.

Sağaltım da lityum ya da valproik asit kullanma ölçütleri tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Sağaltımda lityum ya da valproik asit kullanma ölçütleri (Sach 2002)¹⁰

Lityum seçim ölçütleri	Valproik asit seçim ölçütleri
Geçirilmiş dönem sayısının azlığı	Karma- disforik maninin varlığı
Hızlı döngü olmaması	Hızlı döngü varlığı
Madde kötü kullanımının olmaması	Öncesinde iyi yanıt alınması
Karma mani olmaması	Madde kötü kullanımı
Öforik mani	

Bipolar depresif dönem sağaltımının amacı, özkıym riskini gözeterek hastayı, olabilecek en etkili ve hızlı biçimde depresyondan çıkarmaktır. Depresyonun iyileşmesini hedeflerken, manik kayma, döngü hızlanması gibi süreçlere karşı da kaygı duyulmalı ve önlemler en üst düzeyde tutulmalıdır. Duygudurum dengeleyicilerin sağaltımda yer alması, özellikle manik kayma ve döngü hızlanmasına karşı çok önemlidir^{7,10}. Birçok çalışma kılavuzunda eğer doz en yüksek dozun altındaysa kullanılan duygudurum dengeleyicisinin dozunun arttırılması ilk adım olarak önerilmektedir. Ancak bu yaklaşıma ilişkin çok fazla kanıt bulunmamaktadır. Klasik olgularda ilk seçenek lityumdur. Yanıt alınamayan ve şiddetli

durumlarda sağaltıma antidepresanlar ve / veya lamotrijin eklenir. Antidepresanların düşük dozda başlanması, etkili olan en düşük dozun kullanılması ve antidepresan sağaltımın uzun sürdürölmemesi önerilir. Daha çok SSRI'lar tercih edilir. Ağır, katatonik ya da psikotik özellikli depresyonda ve gebelerde elektrokonzulsif terapi uygulanır.

Bipolar II hızlı döngölü olgularda sürdürümde tek başına etkili olduğuna ilişkin verilerden dolayı lamotrijin ilk seçenektir⁷.

Bipolar bozuklukta akut dönem sağaltımından sonra idame sağaltıma geçilir. İdame sağaltımın amacı, depresif kayma, rölaps ve nüksleri önlemektir^{98, 99}.

2.7.2. Koruyucu Sağaltım

Olası yeni dönemlerin önlenmesi hedeflenir²⁹. Hastaların çoğunda koruyucu sağaltıma akut dönemde etkili olan ilaçla devam edilir. Akut dönemin manik olduğu durumda duygudurum dengeleyicisinin dozunun azaltılması düşünölmelidir. Lityum ve sodyum valproat için maninin kontrolünde gereken dozun % 25 kadar azaltılmasını destekleyen veriler bulunmaktadır¹⁰⁰. Koruyucu sağaltıma genellikle hasta ikinci duygudurum dönemini geçirdikten sonra başlanır. Ailede bipolar hastalık öyküsü varsa ya da ilk dönem çok ağır geçtiyse koruyucu sağaltıma hemen başlanabilir.

2.7.3. Psikososyal Yaklaşımlar

Psikososyal yaklaşımlar ile, hastanın etkin biçimde ve gerçekçi düzeyde, hastalığı kendi denetiminde tutma çabası gösteren bir kişi haline gelmesi, psikososyal sorunlarla başa çıkması ve psikososyal işlevselliğın arttırılması hedeflenir. Psikoeğitim programları ve bilişsel davranışçı teknikler etkin hasta odaklı yaklaşımlardır. Bu yöntemlerin, hastalığa bağılı ikincil sorunların çözümünün yanısıra, hem sürdürüm sağaltımına eklendiğinde hem de depresif dönemlerin tedavisinde etkinliğı bildirilmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Çalışma grubu DSM IV- TR' ye göre, BPB tanısı konularak izlenen 50 hastadan oluşmuştur. Hastalar 2006 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde düzenli olarak izlenen hastalar içinden rastgele yöntemle seçilmişlerdir.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu

Bu çalışmada Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Çalışma Birimi (DBÇB) tarafından geliştirilen “Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu” kullanılmıştır. Bu formun geliştirilmesindeki amaç tüm ülke bazında BPB tanılı olguların ortak, sistematik bir kayıt formu ile izlenerek, ortak veri tabanı oluşturmaktır. Bu amaçla yaklaşık iki yıllık bir sürede tüm ülkede DBÇB'ne katılan hekimlerin ortak çabasıyla oluşturulan bu formun ilk bölümü “Duygudurum Bozukluğu Hasta Kayıt Formu” , ikinci bölüm ise “İzlem Formu” dur. Çalışmada bu formun kullanılmasındaki amaç; bipolar bozukluk biriminde izlenen hastaların yapılandırılmış ve sistematik bir kayıt formuyla verilerini toplamak ve hastaları izlemektir.

Çalışmada kullanılan duygudurum bozukluğu hasta kayıt formu (Ek 2) ; ilk bölüm; hastaların adı-soyadı, yaşı, cinsi, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, sosyoekonomik düzeyi gibi sosyodemografik verileri, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları, doğum ve çocukluk öyküsünü elde etmeyi amaçlayan otuz dört sorudan oluşmaktadır.

Sonraki on bir soruda duygudurum bozukluğu ilk dönem özellikleri, yirmi yedi soruda koruyucu sağaltım başlanmadan önceki dönem klinik gidiş özellikleri, sonraki yirmi dokuz soruda koruyucu sağaltım sonrası klinik gidiş özellikleri içeren verilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Diğer bölümlerde psikoaktif madde kullanımı, sağaltımda kullanılan ilaçlar ve zaman akış çizelgesi verileri yer almaktadır.

3.3. İstatistiksel İşlemler

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11. 0 İngilizce paket programı yardımıyla yapılmıştır¹⁰¹. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher Kesin Ki – kare testi uygulanmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında: student T testi parametrik varsayımların sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sosyodemografik veriler ve kullanılan ilaçlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler de sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya alınan toplam 50 hastanın 23'ü (% 46) kadın, 27'si (% 54) erkekti. Hastaların yaşları 17- 65 arasında, ortalama 32.32 ± 10.7 ' idi. İzlediğimiz hasta grubunun % 60'ı 18- 34 yaş grubunda, % 34'ü 35 ve üstü yaşta, % 6'sı 18 yaş altında idi. Hastaların % 84'ü lise ve yüksek öğrenim düzeyine sahipti. Ortalama öğrenim süresi 11.38 ± 3.3 yıldır. Hastaların büyük çoğunluğu (% 90) kent içinde yaşıyordu ve % 96'sının sağlık güvencesi vardı. % 88'i orta sosyoekonomik düzeye sahipti. BPB tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20: BPB tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	23	46
	Erkek	27	54
Yaş (17- 65)	32,32± 10,7 (ort± SD)		
Yaş dağılımı	18 <	3	6
	18- 24	11	22
	25- 34	19	38
	35- 44	12	24
	45- 54	3	6
	55- >55	2	4
Eğitim	Yok	1	2
	İlköğretim	7	14
	lise	22	44
	Yüksek öğretim	20	40
Eğitim Yılı (1- 15)	11,38± 3,3 (ort± SD)		
Medeni hal	Evli	21	42
	Dul	2	4
	Boşanmış-Ayrı yaşıyor	2	4
	Bekar	25	50
Meslek	Tam zamanlı İş (memur-İşçi)	28	56
	Ev hanımı	14	28
	İşsiz	2	4
	Emekli	4	8
	Çalışmıyor	2	4
Sosyal güvence	Var	48	96
	Yok	2	4
Sosyoekonomik Düzey	Üst	1	2
	Orta- üst	13	26
	Orta- alt	31	62
	Alt	5	10
Yaşadığı yer	Kent içi	45	90
	Kasaba	2	4
	Köy	3	6

4.2. Hastalık Başlangıç Özellikleri

Ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.9 ± 7 idi. Hastaların % 60'ında hastalık 24 yaş ve öncesinde başlamıştı. Belirtilerin ortaya çıkmasıyla sağaltıma başvuru arasında geçen süre 123.1 ± 398 gündü. İlk sağaltım yaşı 24.2 ± 7 idi. İlk dönem başlangıcında yaşam olayı varlığı % 60 oranındaydı. Başlangıç yaşı ve ilk dönem başlangıcında yaşam olayı varlığı açısından kadın erkek arasında istatistiksel fark yoktu. Hastalık başlangıç özellikleri tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21: Hastalık başlangıç özellikleri

		Tüm grup (ort $\pm$ SD)	Erkek (ort $\pm$ SD)	Kadın (ort $\pm$ SD)	
Yaş (17-65)		32.3 $\pm$ 10	33.8 $\pm$ 12	30.5 $\pm$ 8	t=1.07 df=48 p= 0.290
Hastalık başlangıç yaşı		23.9 $\pm$ 7	25.3 $\pm$ 7	22.3 $\pm$ 7	t=1.434 df=48 0.158
Hastalık Başlangıç Dağılımı n (%)	< 18	11 (% 22)	6 (% 22. 2)	5 (% 21. 7)	X ² = 2. 125 SD= 3 p= 0. 547
	18- 24	19 (% 38)	8 (% 29. 6)	11 (% 47. 8)	
	25- 34	15 (% 30)	10 (% 37)	5 (% 21. 7)	
	35- 44	5 (% 10)	3 (% 11. 1)	2 (% 8. 7)	
	45- 54	—	—	—	
	55- >55	—	—	—	
İlk sağaltım yaşı		24.2 $\pm$ 7	25.5 $\pm$ 7	22.7 $\pm$ 6	t=1.445 df=48 0.155
İlk belirtilerle sağaltım arasında geçen süre (gün)		123.1 $\pm$ 398	121 $\pm$ 421	124 $\pm$ 378	t=0.029 df=48 0.977
İlk hastaneye yatış yaşı		25.6 $\pm$ 8	27.6 $\pm$ 9	23.5 $\pm$ 7	t=1.654 df=48 0.106
İlk dönem başlangıcında yaşam olayı varlığı (N, %)		30 (60)	18 (66.7)	12 (52.2)	X ² =1.087 SD= 1 p= 0.297

İlk dönem başlangıcında yaşam olayı sıklığı kadınlarda % 66. 7, erkeklerde % 52. 2 olarak saptandı. En sık görülen yaşam olayları iş-eğitim sorunları (% 26. 7), ayrılık (% 23. 3) ve yakın ölümüydü (% 20). Bunu aile içi şiddet, evlilik, bedensel hastalık, gebelik- doğum ve askerlik takip ediyordu. Kadınlarda sıklık sırasına göre yakın ölümü, iş- eğitim sorunları, gebelik – doğum sık görülen yaşam olayları iken, erkeklerde ayrılık ilk sıradaydı.. Bunu iş, eğitim sorunları, bedensel hastalık ve askerlik sorunları takip ediyordu. Yaşam olayı çeşitleri Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Yaşam olayları çeşitleri

	Kadın n=12 % 66.7	Erkek n=18 % 52.2	Toplam n=30 % 60
Yakın Ölümü	5 (41.7)	1 (5.6)	6 (20)
Askerlik	-	1 (5.6)	1 (3.3)
İş, Eğitim Sorunları	3 (25)	5 (27.8)	8 (26.7)
Aile İçi Şiddet	1 (8.3)	1 (5.6)	2 (6.7)
Ayrılık (ev,sevgili)	-	7 (38.9)	7 (23.3)
Gebelik, Doğum ve	2 (16.7)	-	2 (6.7)
Bedensel Hastalık	-	2 (11.1)	2 (6.7)
Evlenme	1 (8.3)	1 (5.6)	2 (6.7)

4.3. İlk Dönem Klinik Özellikleri

Hastaların çoğunda (% 68) ilk dönem tanısı maniydi. İlk dönem tanısı hastaların % 26 sında depresyon, % 6 sında hipomani olarak saptandı. Bu dönemlerin % 56’sı şiddetliydi ve % 64 oranında psikotik özellik vardı. İlk dönem tanısı depresyon olanların % 61.5’inde melankolik özellik, % 15. 5’nde atipik özellik vardı. İlk dönem klinik özellikleri tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23: İlk geçirilen hastalık dönemi klinik özellikleri

				N	(%)
İlk Dönem Tanısı	Mani			34	(68)
	Hipomani			3	(6)
	Karma			—	
	Depresyon			13	(26)
	Distimi			—	
	Siklotimi			—	
	Ayırdedilemeyen			—	
İlk Dönem Şiddeti	Hafif			8	(16)
	Orta			14	(28)
	Şiddetli			28	(56)
İlk Dönem Alt Tipi	Psikotik özellik	Var n= 32 %= 64	DD uyumlu	15	(46. 8)
			DD uyumsuz	7	(21. 8)
			DD uyumlu ve DD uyumsuz	10	(31. 4)
			Toplam	32	(100)
		Yok		18	(36)
	Postpartum özellik	Var		—	
		Yok		50	(100)
	Depresyon n= 13	Melankolik özellik	Var	8	(61. 5)
			Yok	5	(38. 5)
		Katatonik özellik	Var	—	
			Yok	13	(100)
		Atipik özellik	Var	2	(15. 5)
			Yok	11	(84. 5)

İlk dönem tipi açısından kadın- erkek arasında istatistiksel fark yoktu. İlk dönemin cinsiyete göre dağılımı tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24: İlk dönemin cinsiyete göre dağılımı

	Kadın n= %	Erkek n= %	p
Mani	15 (65. 2)	19 (70. 4)	X ² = 0. 564 SD= 2 p= 0. 754
Hipomani	1 (4. 3)	2 (7. 4)	
Depresyon	7 (30. 4)	6 (22. 2)	
Karma	–	–	
Distimi	–	–	
Siklotimi	–	–	
Ayırdedilemeyen	–	–	

İlk hastalık dönemi hipomani veya depresyon olan hastaların, ilk dönemi mani olan hastalara oranla daha az sağaltım arayışı vardı. İlk dönem mani sağaltımında; % 44. 2 hastada antipsikotik, % 2.9’unda sadece duygudurum dengeleyici, % 41.2’sinde duygudurum dengeleyici ve antipsikotik birarada kullanılmıştı. İlk hastalık döneminde uygulanan sağaltım biçimi tablo 25’da gösterilmiştir.

Tablo 25: İlk hastalık döneminde düzelme

İlk dönem	Düzelme					
	Kendiliğinden n (%)	DDD n (%)	AP n (%)	AD n (%)	EKT n (%)	Kombinasyon n (%)
Mani n = 34	4 (11.7)	1 (2.9)	15 (44.2)	–	–	14 (41.2)
Hipomani n = 3	3 (100)	–	–	–	–	–
Depresyon n = 13	3 (23)	–	1 (7.7)	5 (38.5)	1 (7.8)	3 (23)
Karma	–	–	–	–	–	–

4.4. Hastalık Dönemleri

Hastaların geçirdikleri toplam dönem sayısı ortalaması 3.9 ± 2.2 'di ve büyük bir kısmı manik (2.4 ± 1.4) dönemdi. Geçirilmiş dönemlerin dağılımı Tablo 26'de gösterilmiştir.

Tablo 26: Hastalık dönemleri dağılımı

	(ort. $\pm$ SD)
Hastalık Süresi (0- 39)	8.4 ± 7.9
Geçirilmiş Toplam Dönem Sayısı (1- 12)	3.9 ± 2.2
Geçirilmiş Depresyon Dönem Sayısı (0- 7)	0.9 ± 1.3
Geçirilmiş Manik Dönem Sayısı (0- 6)	2.4 ± 1.4
Geçirilmiş Karma Dönem Sayısı (0- 3)	0.16 ± 0.5
Geçirilmiş Hipomanik Dönem Sayısı (0- 3)	0.3 ± 0.6

Toplam dönem sayısı ve tipi açısından kadın- erkek arasında istatistiksel fark yoktu. Bu dönemlerin dağılımının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27: Hastalık dönemlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Cinsiyet		p
	Kadın (n= 23)	Erkek (n= 27)	
	(ort $\pm$ SD)	(ort $\pm$ SD)	
Toplam Dönem Sayısı	3.9 ± 2.4	3.8 ± 2	$t=0.165$ df=48 $p= 0.870$
Toplam Manik Dönem Sayısı	2.5 ± 1.5	2.2 ± 1.3	$t=0.751$ df=48 $p= 0.456$
Toplam Depresyon Dönem Sayısı	1 ± 1.5	0.9 ± 1.1	$t=0.094$ df=48 $p= 0.926$
Toplam Hipomanik Dönem Sayısı	0.3 ± 0.5	0.4 ± 0.7	$t=0.544$ df=48 $p= 0.589$
Toplam Karma Dönem Sayısı	0.08 ± 0.2	0.22 ± 0.6	$t=0.934$ df=48 $p= 0.355$

4.5. Hastaların Öz ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hastaların % 14'ünde fiziksel hastalık, % 6'sında kafa travması, % 32'sinde travmatik yaşantı, % 12'sinde panik bozukluk, % 20'sinde sosyal fobi, % 22'sinde OKB, % 2'sinde hipokondriasis, % 6'sında PTSD öyküsü vardı. Hastaların % 68'inin ailelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. I. ve II. Derece yakınlarda en sık görülen psikiyatrik

hastalık duygudurum bozuklukları idi. Bunların da çoğu BPB'tu. Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri Tablo 28'da gösterilmiştir.

Tablo 28: Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri

				N	%
Bedensel Hastalık Öyküsü				7	14
Kafa Travması Öyküsü				3	6
Travmatik Yaşantı Öyküsü (Cinsel- Fiziksel)				16	32
Ektanı		Yok		27	54
		Var		23	46
			Sosyal fobi	10	20
			Panik bozukluk	6	12
			OKB	11	22
			Hipokondriazis	1	2
			PTSD	3	6
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü		Var	I.° Akraba	27	54
			II.° Akraba	18	36
			Toplam	34	68
		Yok		16	32
Ailede Görülen Ruhsal Hastalıklar	I.° Yakınlarda Ruhsal Hastalık Öyküsü	Bipolar Bozukluk		12	24
		Unipolar Bozukluk		7	14
		Şizofrenik Bozukluk		2	4
		Alkol Madde Bağımlılığı		4	8
		Diğer		2	4
		Toplam		27	54
	II.° Yakınlarda Ruhsal Hastalık Öyküsü	Bipolar Bozukluk		9	18
		Unipolar Bozukluk		–	–
		Şizofrenik Bozukluk		3	6
		Alkol Madde Bağımlılığı		2	4
		Diğer		4	8
		Toplam		18	36

4.6. Hastalık Süreci İle İlgili Klinik Özellikler

Hastaların % 22'sinde BPB 18 yaş ve altında, % 16'sında 30 yaş üstünde başlamıştı. Hastalık süresi 8.4 ± 7.9 yıl bulundu. Hastaların % 22'sinde özkıyım girişim öyküsü vardı. Özkıyım girişimlerinin çoğu ilaçla yapılmıştı. % 6'sında alkol kullanım öyküsü ve % 46'sında sigara içme öyküsü vardı. % 80 oranında psikotik özellik, % 42 oranında mevsimsel özellik vardı. Tüm olguların % 10'u hızlı döngülüydü. Hastaneye yatış sayısı ortalama 2 ± 1.5 kez olarak saptandı. Hastalık süreci ile ilgili klinik özellikler Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29: Hastalık süreci ile ilgili klinik özellikler

		N	%
Erken Başlangıçlı Bipolar Bozukluk (18 yaş ve altı)		11	22
Geç Başlangıçlı BPB (30 yaş üstü)		8	16
Hızlı Döngülülük Öyküsü		5	10
Mevsimsel Özellik Öyküsü		21	42
Psikoz Varlığı n= 40 (% 80)	DD uyumlu	20	50
	DD uyumsuz	4	10
	DD uyumlu ve DD uyumsuz	16	40
	Toplam	40	100
Özkıyım Girişimi	Var	11	22
	Yok	39	78
Özkıyım Girişimi Yöntemi	İlaç	10	20
	Atlama	1	2
	Toplam	11	22
Alkol Kullanım Bozukluğu		3	6
Sigara İçme Öyküsü		23	46
Hastalık Süresi (yıl) (ort. $\pm$ SD) (0- 39)	8.4 ± 7.9		
Hastaneye Ortalama Yatış Sayısı (ort. $\pm$ SD)(0- 8)	2 ± 1.5		
Hastaneye Yatış Sayısı	Yatış yok	6	12
	1 – 4 Kez	41	82
	5 ya da daha fazla	3	6

Hastalığın 18 yaştan önce başladığı olgular erken başlangıçlı olarak kabul edildi. Hastaların % 22'si erken başlangıçlıydı. Erken başlangıçlı olgularda kadın- erkek açısından istatistiksel fark yoktu. Hastalığın 18 yaşından önce başladığı grupta psikotik özellik ve

boşanmış/ ayrı / bekar olma istatistiksel olarak daha fazlaydı ($P = 0.03$ ve $P = 0.047$). Ayrıca özkıym girişiminde bulunma erken başlangıçlı grupta % 45. 5 oranındaydı, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Erken başlangıçlı olguların özellikleri Tablo 30’de gösterilmiştir.

18 yaşından önce başlayan olgularda geçirdikleri dönem sayıları ve hastaneye yatış sayıları ve süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hipomanik dönem sayısı erken başlangıçlı grupta anlamlı oranda fazlaydı. Erken başlangıçlı BPB olgularının geçirdikleri dönemler ve hastanede yatış sayıları Tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31: Erken başlangıçlı olguların dönemleri

	Başlama Yaşı Gruplama		P
	< 18y (n=11)	>=18y (n=39)	
	(ort $\pm$ SD)	(ort $\pm$ SD)	
Toplam Dönem Sayısı	4.2 $\pm$ 2.8	3.7 $\pm$ 2.0	U= 199. 5 p= 0. 718
Toplam Manik Dönem	2.0 $\pm$ 1.0	2.4 $\pm$ 1.5	U= 189. 5 p= 0. 546
Toplam Depresyon Dönemi	1.3 $\pm$ 2.0	0.8 $\pm$ 1.1	U= 189 p= 0. 520
Toplam Hipomanik Dönem	0.6 $\pm$ 0.6	0.2 $\pm$ 0.6	U= 144 p= 0. 035
Toplam Karma Dönem	0.1 $\pm$ 0.4	0.1 $\pm$ 0.5	U= 198. 5 p= 0. 506
Toplam Hastaneye Yatış	2.0 $\pm$ 1.2	2.0 $\pm$ 1.6	U= 208. 5 p= 0. 825
Toplam Hastalık Süresi	9. 4 $\pm$ 7. 2	8. 7 $\pm$ 7. 9	U= 186. 5 p= 0. 510

* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 30: Erken başlangıçlı olguların özellikleri

		Başlama Yaşı				p**
		< 18 y		>= 18y		
		n = 11	%= 22	n = 39	%= 78	
Cinsiyet	Kadın	5	(45.5)	18	(46.2)	X ² = 0. 02 SD= 1 p= 0. 967
	Erkek	6	(54.5)	21	(53.8)	
Yaşam Olayı		5	(45.5)	26	(66. 7)	p= 0. 293
Ektanı		5	(45. 5)	18	(46. 2)	X ² = 0. 002 SD= 1 p= 0. 967
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü		7	(63.6)	27	(69.2)	p= 0. 728
Ailede DDB Öyküsü		5	(45. 5)	19	(48. 7)	X ² = 0. 037 SD= 1 p= 0. 848
Ailede Bipolar Bozukluk Öyküsü		3	(27.3)	16	(41.0)	p= 0. 498
Mevsimsel Özellik		2	(18. 2)	19	(48. 7)	p= 0. 092
Hızlı Döngülü		1	(9. 1)	4	(10. 3)	p= 1. 00
Psikotik Özellik	DD uyumlu	5	(45. 5)	11	(28. 2)	p= 0. 03
	DD uyumsuz	3	(27. 3)	4	(10. 2)	
	DD uyumlu ve DD uyumsuz	1	(9)	6	(15. 4)	
	Toplam	9	(81.8)	21	(53.8)	

Tablo 30: Erken başlangıçlı olguların özellikleri :devamı

Özkıyım	5 (45.5)	7 (17.9)	p= 0. 105
Alkol Kullanım Bozukluğu	0 (0)	3 (7.7)	$X^2= 0.202$ SD= 1 p= 0. 967
Sigara kullanımı	4 (36.4)	19 (48.7)	$X^2= 0. 527$ SD= 1 p= 0. 468
Travmatik yaşantı öyküsü	3 (27. 3)	13 (33. 3)	p= 1.00
Boşanmış/ Ayrı / Bekar	10 (91)	19 (48. 7)	$X^2= 7. 97$ SD= 3 p= 0. 047
İlköğretim ve altı eğitim	1 (9. 1)	7 (41. 1)	$X^2= 2. 33$ SD= 3 p= 0. 506
4 ya da fazla dönem geçirme	4 (36. 4)	9 (23. 1)	p= 0. 445
3 ya da fazla hastaneye yatış	2 (18. 2)	6 (15. 4)	p= 1. 00
Hastalık süresi 9 yıl ya da fazla olan	4 (36. 4)	14 (35. 9)	p= 1. 00

* p < 0. 05 istatiksel olarak anlamlı

**sadece p değeri verilenlerde Fisher's Exact test kullanılmıştır

BPB başlama yaşı ile ilgili çalışmalarda geç başlangıç için kesinleşmiş bir sınır bulunmamaktadır. 30 ve 40 yaş üstünü geç başlangıç kabul eden çalışmalar vardır. Biz bu çalışmada 30 yaş üstünü geç başlangıç olarak kabul ettik. Tablo 32’de geç başlangıçlı BPB olgularının özellikleri gösterilmiştir.

Geç başlangıçlı olgularda hızlı döngülü durumlar ve ektanı varlığı istatistiksel olarak daha fazlaydı ($p= 0. 024$ ve $p= 0. 017$). 30 yaşından önce başlayan olgularda Boşanmış/ Ayrı / Bekar olma durumu istatistiksel olarak daha fazlaydı ($p= 0. 004$). Geç başlangıçlı BPB olguların geçirdikleri dönemlere ve hastanede kalışlarına göre karşılaştırma Tablo 33’de gösterilmiştir.

Tablo 33: Geç başlangıçlı olguların dönemleri

	Başlama Yaşı 30		P
	≤ 30 (n= 42)	> 30 (n= 8)	
	(ort $\pm$ SD)	(ort $\pm$ SD)	
Toplam Dönem Sayısı	3.8 $\pm$ 2. 0	4.3 $\pm$ 2. 8	U= 154. 5 $p= 0.714$
Toplam Manik Dönem	2.5 $\pm$ 1. 4	1.7 $\pm$ 1. 2	U= 117. 5 $p= 0.168$
Toplam Depresyon Dönemi	0.8 $\pm$ 1. 3	1.7 $\pm$ 1. 5	U= 110. 5 $p= 0.101$
Toplam Hipomanik Dönem	0.4 $\pm$ 0. 7	0.1 $\pm$ 0. 3	U= 135. 5 $p= 0.273$
Toplam Karma Dönem	0.04 $\pm$ 0. 2	0.7 $\pm$ 1. 0	U= 91.00 $p= 0.0001$
Toplam Hastaneye Yatış	2.0 $\pm$ 1. 3	2.2 $\pm$ 2. 6	U= 150.0 $p= 0.453$
Toplam Hastalık Süresi	8. 9 $\pm$ 7. 6	8. 63 $\pm$ 8. 5	U= 153. 5 $p= 0.700$

* $p < 0. 001$ istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 32: Geç başlangıçlı olguların özellikleri

		Başlama Yaşı 30		P**
		<=30y n = 42 %= 84	>30y n = 8 %=16	
Cinsiyet	Kadın	20 (47.6)	3 (37.5)	p= 0.711
	Erkek	22 (52.4)	5 (62.5)	
Yaşam Olayı		26 (61. 9)	5 (62. 5)	p= 1.00
Ektanı		16 (38. 1)	7 (87. 5)	p= 0.017
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü		30 (71.4)	4 (50.0)	p= 0.249
Ailede Duygudurum Bozukluk Öyküsü		21 (50. 0)	3 (37. 5)	p= 0. 704
Ailede Bipolar Bozukluk Öyküsü		17 (40. 5)	2 (25. 0)	p= 0. 693
Mevsimsel Özellik		18 (42. 9)	3 (37. 5)	p= 1.00
Hızlı Döngülü		2 (4. 8)	3 (37. 5)	p= 0.024
Psikotik Özellik	DD uyumlu	17 (40. 5)	3 (37. 5)	X ² = 3.12 SD= 3 p= 0.373
	DD uyumsuz	3 (7. 1)	1 (12. 5)	
	DD uyumlu ve DD uyumsuz	12 (28. 6)	4 (50)	
	Toplam	32 (76. 2)	8 (100)	
Özkıyım Varlığı		10 (23. 8)	2 (25. 0)	p= 1.00

Tablo 32: devamı

Alkol Kullanım Bozukluğu	3	(7. 1)	0	(0)	$X^2= 0.302$ SD= 1 p= 0. 857
Travmatik yaşantı öyküsü	13	(31)	3	(37. 5)	p= 0.699
Boşanmış/ Ayrı / Bekar	29	(69. 1)	–		p= 0.004
İlköğretim ve altı eğitim	7	(16. 7)	1	(12. 5)	$X^2= 6. 91$ SD= 3 p= 0.075
4 ya da fazla dönem geçirme	11	(26. 2)	2	(25)	p= 1.00
3 ya da fazla hastaneye yatış	6	(14. 3)	2	(25)	p= 0.598
9 yıl ya da fazla olan	15	(35. 7)	3	(37. 5)	p= 1.00

* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

**sadece p değeri verilenlerde Fisher's Exact test kullanılmıştır

BPB olgularının I. ve II. derece yakınlarında ruhsal hastalık öyküsü bulunmasının hastalık özelliklerine etkisi Tablo 34’de gösterilmiştir. İstatiksel analiz aile öyküsü varlığı ve yokluğuna göre yapılmıştır.

Tablo 34: Ailede ruhsal hastalık öyküsünün hastalık özelliklerine etkisi

		Aile Öyküsü						P**
		Sadece DDB öyküsü olanlar		Sadece BPB öyküsü olanlar		Toplam n(%)	Yok n(%)	
		var	yok	var	yok	n=34(68)	n =16(32)	
Cinsiyet	Kadın	11(45)	12(46)	8(42)	15(48)	15 (44.1)	8 (50)	X ² =0.152 df=1 p =0.697
	Erkek	13(54)	14(53)	11(58)	16(52)	19 (55.9)	8 (50)	
Yaşam Olayı	Var	15(62)	16(61)	13(68)	18(58)	24 (70.6)	7 (43.8)	X ² =3.326 df=1 p =0.068
	Yok	9(37)	10(38)	6(31)	13(42)	10 (29.4)	9 (56.3)	
Psikotik Özellik	Var	19(79)	21(80)	14(73)	26(84)	27 (79.4)	13 (81.3)	p =1.00
	Yok	5(21)	5(19)	5(26)	5(16)	7 (20.6)	3 (18.8)	
Mevsimsel Özellik	Var	11(45)	10(38)	11(58)	10(32)	15 (44.1)	6 (37.5)	X ² =0.196 df=1 p =0.658
	Yok	13(54)	16(61)	8(42)	21(67)	19 (55.9)	10 (62.5)	
Özkıyım Varlığı	Var	5(21)	7(27)	3(16)	9(29)	6 (17.6)	6 (37.5)	p =0.163
	Yok	19(79)	19(73)	16(84)	22(71)	28 (82.4)	10 (62.5)	
Erken Başlangıç	< 18y	5(20)	6(23)	3(16)	8(26)	7 (20.6)	4 (25)	p =0.728
	>= 18y	19(79)	20(77)	16(84)	23(74)	27 (79.4)	12 (75)	
Geç Başlangıç	<=30	21(87)	21(80)	17(89)	25(80)	30 (88.2)	12 (75)	p =0.249
	>30	3(12)	5(19)	2(10)	6(19)	4 (11.8)	4 (25)	

**sadece p değeri verilenlerde Fisher’s Exact test kullanılmıştır

Ailede ruhsal hastalık öyküsünün varlığının hastalık dönemlerine ve hastaneye yatışa etkisi Tablo 35’te gösterilmiştir

Tablo 35: Ailede ruhsal hastalık öyküsünün varlığının hastalık dönemlerine ve hastaneye yatışa etkisi

	Aile Öyküsü		P
	Var (n= 34)	Yok (n= 16)	
	(ort ± SD)	(ort ± SD)	
Toplam Dönem Sayısı	3.5± 1.7	4.7± 2.8	U= 208.0 p= 0.172
Toplam Manik Dönem Sayısı	2.3± 1.3	2.5± 1.6	U= 260.5 p= 0.805
Toplam Depresif Dönem Sayısı	0.7± 0.9	1.5± 1.9	U= 222.5 p= 0.267
Toplam Hipomanik Dönem Sayısı	0.2±0.5	0.5± 0.8	U= 228.5 p= 0.249
Toplam Karma Dönem Sayısı	0.1± 0.5	0.1± 0.4	U= 246.5 p= 0.347
Toplam Hastaneye Yatış	1.7± 1.5	2.5± 1.4	U= 236.0 p= 0.238

4.7. Sağaltım Özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların 38’i (% 76) ötimik dönemdeydi. Bu dönemde hastaların aldığı sağaltım değerlendirildiğinde 12 hasta (% 31. 5) sadece tekli duyugudurum dengeleyici kullanıyordu. Tüm ötimik hastalar içinde sadece lityum kullananlar % 18. 4, sadece karbamazepin kullananlar % 13. 1 idi. 26 hasta (% 68. 4) kombine sağaltım almaktaydı. Tüm ötimik hastaların % 7.8’i sadece ikili duyugudurum dengeleyici kullanıyordu. Hastaların ötimik dönemde aldıkları sağaltım tablo 36’de gösterilmiştir.

Tablo 36: Ötimik dönemde kullanılan ilaçlar

Ötimide kullanılan ilaç		N (n=38)	%
Duygudurum Dengeleyicileri	Lityum	7	18.4
	Valproik Asit	–	–
	Karbamazepin	5	13.1
	Toplam	12	31.5
Antipsikotik	Tipik	4	10.5
	Atipik	17	44.7
	Toplam	21	55.2
Antidepresan	SSRI	1	2.6
	SNRI	1	2.6
	Trisiklik	–	–
	Diğer	–	–
Benzodiyazepin		–	–
Kombinasyon	DDD + Antipsikotik	15	39.5
	DDD + Antidepresan	2	5.2
	İkili DDD	3	7.9
	İkili DDD + Antipsikotik	6	15.8
	İkili DDD + Antidepresan	–	–
	Toplam	26	68.4

Ötimik dönemde kullanılan duygudurum dengeleyici ilaçların doz ve kan düzeyleri ile, hastaların IGD skorları tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37: Ötimik dönemde kullanılan ilaç dozları ve klinik bulgular

		n	(ort ± SD)
Ötimi süresi (1- 328)		38	35. 2± 64
İGD skoru (Son bir yıl)	En kötü ay (50- 100)	38	70± 15
	En iyi ay (85- 100)	38	95± 5
	Ortalama (75- 100)	38	85± 5
Lityum	Doz (600- 1500)	28	1114± 179. 9
	Kan düzeyi (0. 15- 1. 10)	28	0.64± 0. 23
Valproik asit	Doz (800- 1250)	9	1061± 155. 6
	Kan düzeyi (3- 68)	9	51.5± 19. 8
Karbamazepin	Doz (200- 600)	9	444± 133
	Kan düzeyi (6- 8)	9	6. 8± 0. 7

5.TARTIŞMA

Hastalığa özgü özellikleri belirlemek açısından sosyodemeografik değişkenleri değerlendirdiğimiz de; olguların % 54'ü erkek, % 46'sı kadın idi. Çeşitli araştırmalardaki BPB tanısıyla izlenen hastaların cinsiyet özelliklerine bakıldığında: Kessing LV'nin yaptığı 1719 hastadan oluşan grupta % 45. 8 erkek, % 54. 2 kadın oranı belirlenmiştir¹⁰². Yakın dönemde yapılan 539 hastadan oluşan başka bir çalışmada % 44 erkek oranına karşın, % 56 kadın oranı belirlenmiştir¹⁰³. Stanley Foundation Bipolar izleme çalışmasında 261 hastanın % 56'sının kadın % 44'ünün erkek olduğu görülmüştür. Farklı geniş çaplı ve alan çalışmalarında % 63 kadın % 37 erkek , % 57 kadın % 43 erkek , % 51 kadın % 49 erkek , % 51 kadın % 49 erkek şeklinde benzer oranlar bulunmuştur¹⁰⁴. Özerdem ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yatan hastaların % 55. 3'ü kadın , % 44,7'si erkektir¹⁰⁵. 2003 Yılında yayınlanan başka bir çalışmada ise 258 hastanın % 45 'i erkek, % 55'i ise kadındır¹⁰⁶. Kliniğimizde yapılan başka bir çalışmada 260 hastanın % 51. 2 'si erkek, % 48. 8'i kadın olarak saptanmıştır¹⁰⁷. BP I bozukluğunun kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görüldüğü düşünülmektedir³⁵. Bipolar bozukluğun fenomenolojisinde cinsiyet farklılıkları yeterince çalışılmamıştır ve çelişkili sonuçlar vardır. Bunda hastalığın her iki cinste eşit görülmesinin rolü olabileceği düşünülebilir. Hastalığın her iki cinste eşit görülmesine karşın klinik özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır⁶⁹.

Çalışmamızda olguların diğer sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların % 88'i orta sosyoekonomik düzeye sahipti, % 56'sı tam zamanlı (memur- işçi- öğrenci) bir işle uğraşıyordu ve % 96'sının sağlık güvencesi vardı. % 50'si bekar, % 42'si evli, % 8'i dul ve boşanmıştı. Büyük çoğunluk (% 84) lise ve yüksek öğretim düzeyine sahipti, ortalama eğitim süresi 11 ± 3.3 yıldır (tablo 20). Daha önce kliniğimizde yapılan bir çalışmada BPB tanılı 260 hasta geriye dönük değerlendirilmiş ve benzer sosyodemografik veriler saptanmıştı. Litaratürde BPB tanılı hastaların üst sosyo-ekonomik düzeyde olduğu yönünde bilgiler olmakla birlikte bu veriler kesin değildir^{10,29,33}. Bu çalışmalarda sosyo-ekonomik düzeyi düşük hastaların çalışma kapsamı dışında tutulduğu anlaşılmaktadır. Bu araştırmalar ile çalışmaya aldığımız olguların sosyo-ekonomik ve sosyokültürel özellikleri birbirlerine benzemektedir. Ancak çalışmamızın belli sosyokültürel düzeydeki toplum

kesimine hizmet veren üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde yapılmış olması veriler incelenirken göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur.

Çalışmaya aldığımız hastaların yaş dağılımına baktığımızda, % 60'nının 18- 34 yaş aralığında olduğunu görüyoruz. Burdan da, çalışma grubunun genç- erişkin yaşta, sosyal güvencesi olan üçüncü basamak sağlık hizmetine ulaşma kolaylığı olan, belli bir sosyokültürel özellikte hasta grubu olduğu yorumu yapılabilir. Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde hastalığın daha sık görüldüğü bildirilmektedir^{10,29,33}. Ancak bu fark, erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır olabilir. Çalışmamızda evli ve bekar hastaların sayısı yaklaşık olarak eşitti (% 50'ye karşı % 42); ayrı ve boşanmışların sayısı ise oldukça düşüktü (% 8). Ayrı ve boşanmışların düşük saptanması kültürel yapıdan kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada saptanan % 44 evli, % 39 bekar oranı çalışmamıza benzerdir¹⁰⁵.

Hastalığın başlangıç özelliklerine bakacak olursak; hastalık başlangıç yaşı ort. 23.9 ± 7.3 'tü. Kadın ve erkek arasında başlama yaşı ile ilgili anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.158$, Tablo 21) . Daha eski çalışmalarda BPB'un başlangıç yaşında tutarlı hiçbir cinsiyet farklılığı bulunmamıştır¹³. Ancak tanı için katı işlerliği olan ölçütlerin kullanıldığı daha yakın döneme ait çapraz kesitsel çalışmalarda kadınlarda mani ve bipolar bozukluğun başlangıç yaşının daha geç olabileceği öne sürülmüştür¹⁰⁸. Yaşamın orta döneminde daha yüksek sıklık oranları olduğu da tanımlanmıştır¹⁰⁹. Ayrıca, başlangıç yaşı dağılımlarının araştırıldığı çalışmalarda, BPB'un ailesel geçiş ve klinik belirtilere dayanarak ayırt edilebilen alt grupları tanımlanmıştır¹¹⁰. Son çalışmalar başlangıç yaşına göre erken, ara ve geç başlangıçlı olarak üç alt grubun olduğunu gösterdi³¹. Ancak başlangıç yaşına göre alt grupların kesin bir tanımı da yoktur, çünkü başlangıç yaşının retrospektif olarak belirlenmesi güçtür. Belliver ve arkadaşları hastalık başlangıcı için 17, 27 ve 46 yaşlarında pik yapan üç ayrı alt grup tanımladılar ve BP I tanılı 368 hastadan oluşan bağımsız başka bir örnekleme aynı bulguları tekrar saptadılar^{31,110}. Kaynaklarda BP I bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 20'dir³¹. Ancak belirtilerin başlangıç zamanı ile hastaneye başvuru zamanları tutmayabilir. Belirtiler genelde hekime başvurmadan önce çıkar. Viguera ve ark.(2001), BP I veya BP II tanılı 360 hastada yaptıkları çalışmada kadınların başlangıçta erkeklere göre 3.2 yaş daha büyük olduklarını bulmuşlardır. BP I bozukluğu olan 69 olgulu başka bir çalışmada kadınların yaşının hem depresyon hem de maninin başlangıcında anlamlı derecede daha büyük olduğu bulunmuştur¹¹¹. BPB'un başlangıç yaşındaki cinsiyet farklılıkları kadınların

erkeklere göre daha geç değerlendirmeye veya sağaltıma başvurmaları ile de bağlantılı olabilir. Bir alışma kadınların BPB tanısı almada gecikmeler yaşamasının erkeklere göre daha olası olduğunu göstermiřtir¹¹². Çalışmamızda ortalama hastalık başlama yaşı 23. 9± 7 olarak bulunmuştur. Başlama yaşının dağılımına baktığımızda ise; hastaların % 60'ının hastalık başlama yaşı 24 yaş ve öncesi idi. Bu sonuçlar ile büyük bir grubun hastalığının geç ergenlik döneminde başladığı yorumu yapılabilir. % 30'unda ise başlama yaşı 25- 34, % 10'unda 35- 44 arasında idi. Kadın- erkek arasında ise başlama yaşı açısından istatistiksel fark yoktu (Tablo 21).

NIMH (National Institute of Mental Health) tarafından desteklenen ve 5 ayrı merkezde 20861 hasta ile yürütülen epidemiyolojik tarama çalışmasında BPB'un ortalama başlangıç yaşı 20, riskli yaş grubu ise 15-19 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmada başlangıç yaşı 25 ± 10.13 ve diğer çalışmalarda 23-25 bulunmuřtur¹¹³. Yapılan çalışmalarda hastalığın başlama yaşı 21 , ilk sağaltım ve hastaneye yatış 31 yařtır¹⁰⁶. Kliniğimizde yapılan bir çalışmada başlangıç yaşı ort. 24.8 ± 9.1 idi. Başka bir çalışmada ilk belirtiler 20 yaşında ve ilk hastalık 23 yaşında görülmüştür. Aynı çalışmada hastaneye ilk başvuru 30 'lu yaşlardadır. Aradaki 10 yıllık dönem ilk atakların depresyon olması nedeniyle olabilir. Kliniğimizde yapılan başka bir çalışmada hastalık belirtileriyle sağaltıma başlama arasında geçen süre ortalama 0,5 ± 1.80 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ilk belirtilerle sağaltım arasında geçen süre 123. 1 ± 398 gün olarak belirlendi. Hastalık belirtilerinin başlamasıyla sağaltıma başlama arasındaki dönemin fazla olmamasının nedeni hasta grubunu orta- st sosyo-ekonomik düzeyde, sosyal güvencesi olan, sağaltıma kolay ulaşabilecek bir grup olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca grubun çoğunda ilk atağın mani olması bu durumu açıklayabilir.

Hastalık başlangıcında 30 hastada (% 60) zorlu yaşam olayı saptandı. Kliniğimizde yapılan geriye dönük bir çalışmada hastalık başlangıcında zorlu yaşam olayı varlığı % 41. 5 idi. Cinsiyete göre dağılımda ise önemli bir fark bulunmadı. Zorlu yaşam olaylarının dağılımı incelendiğinde; % 20 yakın ölümü, % 26. 7 iş ve eğitim sorunları, % 23. 3 ayrılık, gebelik- doğum, aile içi şiddet, evlilik, askerlik ve bedensel hastalıklar bulundu. Erkek ve kadın arasında yaşam olayı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 22). Ancak kadınlarda yakın ölümü, iş- eğitim sorunları, gebelik- doğum sorunları daha sık iken erkeklerde ayrılık ilk sırayı almakta, ardından iş- eğitim sorunları, bedensel hastalıklar gelmektedir. Araştırmalar dönemlerin ortaya çıkmasıyla zorlu yaşam olayları

arasında kısmen ilişki olduğunu göstermiştir. İlk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere çevresel streslerin daha az eşlik ettiği bildirilmektedir. İlk dönemi genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar, fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Köln çalışmasında BPB hastalarının % 47'sinin bir hastalık döneminin başlangıcında stresli bir yaşam olayı yaşadıkları saptanmıştır. Yinelemenin son bir ay içerisinde yaşanan yaşam olayından sonra daha sık görüldüğü bildirilmiştir⁶⁹. Uzun vadeli seyirde yaşanan tüm dönemlerin analizinde, sadece dönemlerin yaklaşık % 13'ünün başlangıcından önceki 6 aylık sürede stresli bir yaşam olayı bulunmuştur. Artık psikososyal ve fiziksel olayların neden olmaktan çok dönemlerin zamanlaması üzerine etkili olduğu kabul edilmektedir. Çoğu ruhsal hastalıkta olduğu gibi BPB'ta biyolojik bileşen yanında psikososyal boyutun önemli olduğu bilinmektedir.

BPB dönemlerin yinelemesi nedeniyle ilerleyici bir gidiş göstermekte ve ciddi psikososyal işlev bozukluklarına neden olabilmektedir. Özellikle BPB dönem aralarında görülen eşikaltı belirtiler psikososyal uyumdaki bu bozulmayı daha da artırmakta ve gidişi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemlerin ani ve şiddetli olması ve bunu durgun bir dönemin izlemesi de tipiktir. BP hastaların % 40-50 oranında alevlenme ve psikososyal işlevsellikte bozulma gösterdikleri saptanmıştır¹¹³. Ruhsal bozukluğun en biyolojik olanlarında bile kavrayış ve sağaltım açısından psikososyal yönler çok önemlidir.

Hastaların 34'ünde (% 68) ilk hastalık dönemi mani, 13'ünde (% 26) depresyon, 3'ünde (% 6) hipomani olarak saptandı. İlk dönem tipi açısından kadın- erkek arasında istatistiksel fark yoktu ($p=0.754$, Tablo 24). İlk dönemi mani olan hastaların % 70. 4'ü erkek, % 65. 2'si kadındı. Erkeklerin depresyondan çok manik dönemle başvurdıkları görülmektedir. İstatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasada ilk dönemde depresyonla başvuran kadınların oranı erkeklerden fazlaydı. İlk hastalık dönemlerinin % 64'ü psikotik özellikli, ilk depresyon döneminin % 61. 5'i melankolik özellikli, % 15. 5'i atipik özellikliydi. Hastaların yarısından fazlasında (% 56) ilk hastalık dönemi şiddetliydi.

Literatürde cinsiyete dayalı bakış açısı yalnız klinik görünüm ve gidiş özelliklerinden değil kadının yaşam boyu üreme sürecinde yer alan menarj, puberte, gebelik doğum sonrası ve menapoz gibi evrelerin hastalığın gidişi ve sağaltımı üzerine önemli etkileri olabileceğinden önem taşımaktadır. BPB'ü olan kadınların erkeklere oranla depresyona daha yatkın oldukları biçiminde yaygın bir klinik görüş vardır. 16 yıllık bir izlem çalışmasında bipolar erkek hastaların dönemlerinin %35'ini mani , %36'sını depresyon olarak

geçirdikleri, kadınların ise %14'ünü mani ve %60'ının depresyon olarak geçirdikleri saptanmıştır. Ayrıca kadınlara göre BPB'ü olan erkeklerin mani nedeni ile daha çok hastaneye yattıkları belirlenmiştir⁶⁹. Başka bir çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha şiddetli manik dönem geçirme eğiliminde olduğu bulunmuştur. Blackwood ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ilk dönemin depresyon olma olasılığı erkeklerde % 67, kadınlarda ise % 75 olarak bildirilmiştir³⁹. Kliniğimizde yapılan başka bir çalışmada 69 olgunun (% 26.5) ilk dönemi depresyon, 150 olgunun (% 57.7) mani, 33 olgunun (% 12.7) hipomani, 3 olgunun (% 1. 2) karma dönem olduğu belirlenmiştir. Danimarkada 1719 hastadan oluşan, BPB'ta cinsiyet farklılıklarını belirlemeye yönelik yapılan sekiz yıllık izlem çalışmasında dönem alt tipi açısından belirgin cinsiyet farklılığı saptanmamıştır¹⁰². Benzer olarak psikotik semptomların sıklığında ve yaşanan dönemin şiddetinde de cinsiyet farklılığı saptanmamıştır¹⁰². Aynı çalışmada cinsiyetler arasındaki tek farkın psikiyatrik yatış sırasında, kadınlarda daha fazla karma dönem görülürken, erkeklerde madde kötüye kullanımı ek tanısının daha fazla olması olarak bildirilmiştir¹⁰².

Çalışmamızdaki bulgulara paralel olarak literatürde dönemlerin % 59 oranında psikotik özellikli olduğu bildirilmektedir. Kaynaklarda % 50 sanrı , % 15 varsanı görülebildiği bildirilmiştir^{104,114}.

Hastaların orta ve hafif şiddette yaşanan hastalık dönemlerinde hastaneye başvurmadıkları, özellikle orta ve hafif depresif bulgular varken yardım arama çabasının olmadığı, belirtiler şiddetlenince ya da hastanın sosyal çevresini daha çok rahatsız edecek manik belirtiler ortaya çıkınca hastaneye başvurdıkları düşünülebilir. Bu durum genel olarak değerlendirildiğinde çalışmamızda olguların çoğunun ilk döneminin şiddetli psikotik özellikli mani olarak saptanmasını açıklayabilir. Güney İsrail'de yapılan bir çalışmada manik depresif hastalar arasında çalışmamıza benzer olarak manik gidişin baskınlığından söz edilmektedir. Bu Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmalarla zıtlık gösterir, bu farklılık iklim nedeniyle bahar-yaz dönemlerinin uzun olması manide artışın nedeni olabilir şeklinde yorumlanmıştır⁷⁰.

Çalışmada hastalık süresini ortalama 8.4 ± 7.9 yıl olarak bulduk. Yapılan çalışmalarda ortalama hastalık süresi 20 yıldır ve bu sürede hastaların ortalama 3'ten fazla dönem yaşadıkları bildirilmektedir¹⁰⁴. Çalışmamızda hastalık süresi boyunca ortalama 3.9 ± 2.2 dönem yaşandığı belirlendi. Geçirilmiş manik dönem sayısı 2.4 ± 1.4 , hipomanik dönem sayısı 0.3 ± 0.6 , depresif dönem sayısı 0.9 ± 1.3 idi. Geçirilen tüm hastalık dönemlerinin

cinsiyete göre dağılımında istatistiksel fark yoktu (Tablo 27). Kliniğimizde yapılan başka bir çalışmada hastalık süresi ortalama $14,3 \pm 8,7$ yıl olarak bulunmuştu. Aynı çalışmada toplam dönem sayısı ortalama 3.64 ± 2.5 , manik dönem sayısı ortalama 2.26 ± 2.08 , depresif dönem sayısı 0.73 ± 1.37 , hipomanik dönem sayısı 0.4 ± 0.7 idi.

Kadınların daha çok depresif dönem geçirdikleri ve erkeklerin daha çok manik dönem geçirdikleri sonucunu bulan üç çalışma vardır¹¹⁵. Ancak tersi olarak diğer çalışmalar bu konuda cinsiyet farklılığı bulmamışlardır¹¹⁶. Geriye dönük ve ileriye dönük çalışmalarda, cinsiyetin hastalık gidişine etkisiyle ilgili çelişkili veriler vardır. Bu farklılık yöntem sorunları ya da cinsiyetin dönem sayılarına ve hastaneye yatış sayısına etkisi olmaması ile açıklanmaktadır. Ayrıca bu alandaki çalışmaların uzmanlaşmış duygudurum bozukluğu kliniklerindeki hastalarla yapılmış olması BPB'un alt tiplerindeki cinsiyet farklılıklarını etkiliyor olabilir. Bulgulardaki farklılığın bir diğer önemli nedeni de önceki dönemlerin yanlış hatırlanmasıdır^{78,116}.

İlk hastalık dönemi sağaltımı değerlendirildiğinde, ilk dönemi hipomani ve depresyon olan hastaların, ilk dönemi mani olan hastalara oranla daha az sağaltım arayışı olduğu görülüyor. Hipomanilerin % 100'ü, depresyonların da % 23'ü kendiliğinden düzelmişti. İlk dönemi mani olan hastaların % 44'ünde antipsikotik (AP), % 41'inde hem AP hem duygudurum dengeleyici (DDD) kullanıldığı anlaşılmaktaydı. Depresyonlarında % 38.5'inde antidepresan (AD), % 23'ünde AD + DDD birlikte kullanılmıştı. Sadece DDD ile dönem sağaltımı yapılan bir olgu vardı (Tablo 25). Bu sonuç da BPB akut dönem sağaltımında DDD'ye ek olarak AD ya da AP kullanımı gerekliliği vurgulanmaktaydı. Ancak olguların çoğunun dönem özelliklerinin şiddetli olmasının da bunda katkısı olduğu söylenebilir.

Hastalık başlama yaşı hastalığın sürecini etkileyen önemli özelliklerden biridir. Farklı başlangıç yaşlarını temel alarak fenomenolojik karşılaştırma çabaları literatürde yer almaktadır. Ancak geç başlangıç yaşı tanımlamaları üzerine bir anlaşmaya varılamamıştır. Genel olarak erken başlangıç için 18 yaş altı kabul edilmektedir. Geç başlangıç yaşı için ise 30 ya da 40 yaş sonrasını ele alan çalışmalar vardır. 1992 yılında, Strober yazarların çoğu tarafından 40 yaşın erken ve geç başlangıçlı tanımlaması için seçilmesinin rastgele bir davranış olduğunu ve başlangıç yaşı etkisinin büyüklüğünü örtbileceğini bildirdi⁷⁶. Son dönemlere kadar çalışmalar erken ve geç başlangıçlı erken veya orta- erişkin dönemi olarak belirledi ve juvenil başlangıçlı bipolar bozukluğu değerlendirmeye almayıp alt grupları

belirlemek için kesin başlangıç yaş eşiklerini düşünmedi. Ancak, erişkin, adolesan ve prepubertal dönem başlangıcı olan olgular arasındaki klinik görünümdeki ve aile öyküsündeki farklılıklar uzun zamandan beri bilinmektedir. Son dönemde yapılan çalışmalarda erken, ara ve geç olmak üzere üç ayrı başlangıç yaşından bahsedilmektedir. Fakat kesin başlangıç yaş eşikleri konusunda uzlaşıya varılamamıştır ve bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Biz daha fazla veri olması nedeniyle çalışmamızda hastaları erken ve geç başlangıçlı olarak ayırdık ve 30 yaş üzerini geç başlangıç olarak kabul ettik.

Erken başlangıç daha ağır hastalık ve daha kötü uzun dönem sonuçları ile ilişkilidir ve bozukluğun kronik yapısı, duygudurum dengeleyicilere direnci ve yüksek ektanı düzeyi ile ilişkilidir^{77,79,80}. Yüksek sıklıkta özkıyım girişimi, akademik başarısızlık, madde bağımlılığı, kişiler arası iletişim bozukluğu ve sık hastaneye yatış ile ilişkilidir. Ayrıca, erken başlangıçlı BPB'un doğal seyri epizodik ve akuttan çok kronik ve sürekli. Daha fazla psikotik belirti, daha sık manik dönem, daha fazla karma durum yaşarlar. Yaşam boyu panik bozukluğu, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi ektanı durumları daha sık gözlenir. Erken başlangıçlı BPB'da biyolojik sorunların daha yoğun yaşandığı psikososyal gelişimi daha çok aksattığı bilinmekte ve bu tür hastaların sağaltımında her iki yaklaşımın önem kazandığı görülmektedir¹¹⁴.

Çalışmamızda, olguların % 22'sinin ilk hastalık döneminin 18 yaşından önce başladığı saptandı. Bunların % 45. 5'i kadın, % 54. 5'i erkekti ve cinsiyetler açısından istatistiksel fark yoktu. Erken başlangıçlı olgularda yaşam olayı, mevsimsel özellik, alkol ve sigara kullanım bozuklukları, ailede ruhsal hastalık öyküsü, travmatik yaşantı öyküsü, 4'den fazla dönem geçirme, 3'den fazla hastaneye yatış, hastalık süresi açısından 18 yaş sonrası başlayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamadı. Erken başlangıçlı grupta % 81. 8 oranında psikotik özellik varlığı saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0. 03$). Ayrıca boşanmış/ ayrı/ bekar olma özelliği de erken başlangıçlı olgularda % 91 oranındaydı ve bu fark da istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= 0. 04$). Erken başlangıçlı olgularda % 45. 5, geç başlangıçlı olgularda % 17. 9 oranında özkıyım girişimi vardı, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 30). Geçirdikleri toplam hastalık dönemi sayısı, depresif dönem sayısı ve toplam hastalık süresi 18 yaş sonrası başlayanlara göre daha fazla olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 31). Toplam hipomanik dönem sayısı erken başlangıçlı olgularda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazlaydı ($p= 0. 03$).

Olguların % 16'sında hastalık 30 yaşından sonra başlamıştı. Bunların % 47. 6'sı kadın, % 52.4'ü erkektir. Ailede ruhsal hastalık öyküsü, zorlu yaşam olayı, psikotik özellik, mevsimsel özellik ve özkıyım girişimi, travmatik yaşantı öyküsü, 4'den fazla dönem geçirme, 3'den fazla hastaneye yatış açısından 30 yaş öncesi başlayanlara göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. 30 yaş sonrası hastalık başlayan olgularda hızlı döngülü olma ve ektanı bulunması istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.02$, $p=0.01$, Tablo 32). Hastalık dönemleri açısından 30 yaş sonrası hastalık başlıyanlarda karma dönem geçirme istatistiksel olarak anlamlı oranda fazlaydı ($p=0.0001$). Ayrıca geç başlangıçlı olgular, istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da daha fazla depresif dönem yaşadıkları görülmüştür (Tablo 33).

Hastalık süreci ile ilgili diğer özellikler değerlendirildiğinde; 5 (% 10) hastada hızlı döngülülük, 21(% 42) hastada mevsimsel özellik, 40 (% 80) hastada psikotik özellik vardı. Bu psikotik özelliklerin % 50'si duygudurumla uyumluydu. Yalnızca duygudurum uyumsuz psikotik özellik bulunma oranı % 10 gibi az bir orandaydı. Yatış sayısı ortalama 2 ± 1.5 'ti. Hastaların % 82'sinin hastaneye yatış sayısı 5'ten azdı.

Dunner ve Fieve'nin eski bir çalışması hızlı döngü prevelansını % 13 olarak bildirmektedir⁶⁵. Takip eden çalışmalardan gelen veriler prevelansın % 13- 20 arasında olduğunu göstermektedir, fakat % 56 gibi yüksek oranlar veren çalışmalarda vardır¹¹⁷. Bu uyumsuzluklar, belirli oranda, hızlı döngülülüğünün yorumlanmasındaki farklılıklara ve yöntem farklılıklarına bağlıdır.

Mevsimsel özellik % 28 olarak bildirilmiştir. Dönemlerin yarısından fazlasının psikotik özellikli olduğu bilinmektedir.

Literatürde bir ülkedeki kültürel eğilimlerin özkıyım riskini arttırabileceği bilinir. Umutsuzluk ve saldırganlık özkıyım için risktir. İşlevsellikte düşüş, erkek olmak, yaşlı olmak, yalnız yaşayan erkek olmak, yüksek eğitim ve sosyoekonomik düzey, karma dönemler özkıyım riskini arttırır. Gözden geçirmelerde BPB'lu hastaların % 25 – 50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu ve % 15-19'unun bu yolla hayatlarını kaybettikleri bilinir. Özkıyım sonucu hayatlarını kaybetme olasılığı genel popülasyonun 20 katıdır. Bizim çalışmamızda olguların % 22'sinde özkıyım girişimi öyküsü saptanmıştır. Özkıyımda en sık kullanılan yöntem ilaç alımıydı. Özkıyım girişimi ile hastalığın erken ve geç başlangıcı ve ailede hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak hastalığı 18 yaş öncesi başlayanlarda özkıyım girişimi öyküsü oranı % 45. 5 gibi yüksek bir orandadır.

Çalışmamızda hastaların % 52'sinde alkol- madde (nikotin) kullanım öyküsü vardı. Epidemiyolojik çalışmalarda madde kötüye kullanım bozukluğu ektanısının yaygınlığı % 40- 60 gibi oranlara çıkabilir. Bunun daha çok dönem geçirmeye ve daha fazla sayıda hastaneye yatışa neden olduğu bildirilir. Aynı zamanda sağaltıma yanıt da düşer. Klinik gidiş ve sonlanımı olumsuz etkiler. Bu madde kullanımı dışında sağaltıma uyumsuzlukla ilintili olabilir. Çalışmalarda alkol kullananlarda özkıyım % 38 iken, kullanmayanlarda % 22 dir.

BPB'ta ektanı sık görülen bir durumdur. Mc Elroy ve ark.(2001)'nın yaptığı çalışmada ektanı % 65 olarak verilmektedir¹¹⁸. Aynı çalışmada anksiyete bozuklukları % 42 olarak bildirilmiştir. BPB I tanılı hastalarla yapılan başka bir çalışmada % 39 obsesif kompulsif bozukluk, % 26 özgül fobi, % 20 sosyal fobi olmak üzere anksiyete bozukluğu ektanısı % 61.4 olarak bildirilmiştir⁹³. Çalışmamızda hastaların % 46'sında ektanı saptandı. En sık (% 22) görülen ektanı obsesif kompulsif bozukluktu. Diğer ektanılar sosyal fobi (% 20), panik bozukluk (% 12), PTSB (% 6) ve hipokondriazis (% 2) olarak saptandı (Tablo 28).

BPB kalıtsal yatkınlık gösteren bir hastalıktır. Birinci derece akrabalarda bir duygudurum bozukluğu görülme sıklığı normal popülasyona göre 8-18 kat daha fazla olarak bildirilmektedir^{38,46}.

Çalışmamızda; ailede ruhsal hastalık öyküsü % 68 olarak bulunmuştur. Birinci derece yakınlarında herhangi bir ruhsal hastalık varlığı % 54 oranındadır. Sıklık sırasına göre % 24'ü BPB, % 14'ü UPB, % 4'ü şizofrenik bozukluk ve % 8'i alkol madde bağımlılığı idi. İkinci derece yakınlarında ruhsal hastalık öyküsü % 36 olarak saptandı. İkinci derece yakınlarında da en sık görülen psikiyatrik hastalık BPB (% 18) tu. Bunu şizofrenik bozukluk (% 6), alkol-madde bağımlılığı (% 4) ve diğer hastalıklar takip ediyordu. Ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunan 34 olgudan % 44.1'i kadın, % 55.9'u erkekti. Ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile yaşam olayı, psikotik özellik, mevsimsel özellik, özkıyım girişi, erken ve geç başlangıç arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (Tablo 34). Ayrıca hastaların geçirdikleri dönem sayıları, hastaneye yatış sayıları ile de bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 35).

Çalışmaya aldığımız olguların 38'i (% 76) ötimik dönemdeydi. Ötimi döneminde, hastaların % 31. 5'i sadece herhangi bir DDD kullanıyorlardı. Ötimik hastaların % 7. 9'u ikili DDD kullanıyorlardı. Geri kalan % 60. 6 DDD'ye ek olarak AP ve AD ilaç alıyorlardı.

Sadece lityum kullanarak ötimide olan hasta oranı % 18. 4 idi(Tablo 36). Bu oranda koruyucu dönem sağaltımında yalnız lityum kullanma oranının oldukça düşük olduğunu vurgulayan bir sonuçtu. Sonuç olarak BPB koruyucu sağaltımında kombinasyon sağaltımının oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Bulgular değerlendirilirken çalışmanın kısıtlılıklarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı örneklem grubunun az olmasıdır. Çalışmada aynı zaman da hastanemiz bipolar polikliniğinde hastaların takibinde kullanılabilecek bir veri formu oluşturulması da amaçlanmıştır. Ve bu çalışma daha sonra yapılacak çalışmalar için veri tabanı oluşturmayı amaçlıyan bir ön çalışma niteliğindedir. Hem örneklem grubunun küçük olması hem de çalışmanın belli sosyokültürel düzeydeki toplum kesimine hizmet veren bir üniversite hastanesinde yapılmış olması elde edilen sonuçların bipolar hastaların tümüne genelleştirilmesini olanaklı kılmamaktadır.

6. SONUÇ

BPB önemli ölçüde morbidite, mortalite ve sağlıkla ilgili yüksek harcamalarla giden yineleyici ve süregen bir bozukluktur. Bipolar bozuklukluğun mani ve depresyon dönemleri ile süren arada normal evreler içeren süregen bir hastalık olduğu tanımı, zamanla yerini BPB'un heterojen yapıda olduğu ve alt formlar ile ilgili fenotipik belirteçlerin tanımlanması gerektiği sonucuna bıraktı. Günümüzde bozukluğun, psikososyal işlevselliği önemli derecede etkilemesi nedeniyle hastalığın özelliklerini belirlemek, düzenli ve sürekli olarak izlemek ve sağaltımını planlamak önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada; 2006 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimine başvuran BPB tanılı 50 hastanın sosyodemografik verileri, ilk hastalık döneminin klinik özellikleri, hastalık süreci ve gidiş özellikleri, kullanılan sağaltım yöntemleri ve klinik özellikleri etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

1. 23 (% 46) kadın, 27 (% 54) erkek toplam 50 hasta çalışmaya alındı. Kadın-erkek sayısı açısından istatistiksel fark yoktu.
2. Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 32.32 ± 10.7 idi. % 60'ı 18- 34 yaş aralığındaydı.
3. Hastaların % 84'ünün lise- yüksek eğitilmiş olduğu , % 88'inin orta sosyoekonomik düzeyde bulunduğu, % 96'sının sosyal güvence kapsamında olduğu, % 90'ının kentte yaşadığı belirlenmiştir.
4. Hastalık başlangıç yaşı ortalaması 23.9 ± 7.3 idi. Olguların % 60'ının hastalık başlama yaşı 24 yaş ve önceydi. Kadın ve erkek hastalar arasında başlama yaşı ile ilgili anlamlı bir fark bulunmadı.
5. İlk dönem başlangıcında % 60 oranında da zorlu yaşam olayı bulunmuştur. Dönem öncesi en fazla görülen yaşam olayı, kadınlarda yakın ölümü, erkeklerde iş ve eğitim sorunları olarak saptandı.
6. Hastaların % 68'i nin ilk dönemleri maniydi. İlk dönemlerin % 56'sı şiddetli klinik belirtiler göstermiş ve % 64'ü psikotik özellikliydi.
7. İlk hastalık dönemi hipomani ya da depresyon olan olguların, ilk dönemi mani olanlara oranla daha az sağaltım arayışı vardı.

8. BPB'un yineleyici dönemlerle seyrettiği çalışmamızda da görülmüştür. 8.4 ± 7.9 yıllık hastalık süresi boyunca ortalama 3.9 ± 2.2 toplam dönem yaşandığı görülmüştür.

9. Geçirilen tüm hastalık dönemlerinin cinsiyete göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı. İstatistiksel anlamlılık olmasa da erkeklerin daha fazla sayıda karma dönem yaşadığı belirlenmiştir.

10. Hastaların % 10'unda hızlı döngü belirlendi.

11. Hastaların % 80'inde psikotik özellikli dönem vardı.

12. Hastalarımızın % 22'sinde özkıyım girişimi öyküsü bulunmuştur.

13. Hastalarda BPB'la birlikte yaşam boyu bir ektanı bulunma oranı % 46 idi. Varolan ektanılarının % 98'i anksiyete bozukluklarıydı.

14. BPB'un kalıtsal yatkınlık gösteren bir hastalık olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık öyküsü % 68'dir. Birinci derece yakınarda ruhsal hastalık varlığı % 54'tü, bunların da % 38'inde duygudurum bozukluğu olduğu bulundu. İkinci derece yakınarda ruhsal hastalık varlığı % 36 olarak saptandı. Ancak aile öyküsü varlığıyla klinik değişkenler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

15. Klinik gidiş açısından değerlendirildiğinde; olguların % 22'si erken başlangıçlıydı. Erken başlangıçlı olgularda dönem sayısı, mevsimsel özellik, özkıyım varlığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü, alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı bir ilişki bulunmadı. Erken başlangıçlı olgularda psikotik özellik varlığı ve boşanmış/ bekar/ ayrı olma anlamlı olarak fazlaydı. Ayrıca erken başlangıçlı grupta özkıyım girişiminde bulunma % 45. 5 idi, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi.

16. Geç başlangıçlı olgularda hızlı döngü ve ektanı varlığı istatistiksel olarak anlamlıydı. Yine geç başlangıçlı olgularda karma dönem sayısı anlamlı oranda fazlaydı.

17. Olguların % 76'sı ötimik dönemdeydi. Ötimik dönemde yalnızca tek DDD kullananlar % 31. 5, yalnızca lityum kullananlar % 18. 4 oranındaydı. % 68. 4 kombine sağaltım kullanmaktaydı. Bu sonuçlar da koruyucu dönem sağaltımında kombinasyon sağaltım oranının oldukça yüksek olduğu dikkat çekmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2007**.
2. **Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot M-L, Bellivier F.** Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disorders*, **2005**; 7:111-118
3. **Akiskal HS, Downs J, Jordan P et al.** Affective disorders in referred children and younger siblings of manic- depressives. Mode of onset and prospective course. *Arch. Gen. Psychiatry*, **1985**; 42: 996-1003.
4. **Strober M, Schmidt- lackner S, Freeman R et al.** Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **1995**; 34: 724-731.
5. **Luborsky L.** Clinicians'judgements mental health. *Arch Gen Psychiatry*, **1962**; 7: 407- 417.
6. **Begeley CE, Annegers JF, Swann AC et al.** The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: an estimate based on incidence and course of illness. *Pharmacoeconomics*, **2001**; 19: 483-495.
7. **Oral T.** *İki uçlu bozukluk*. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, **2002**: 441- 503.
8. **Kaplan H, Saddoc B.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Ed, **2000**; 1284-1289.
9. **Angst J Marneros A.** Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord*. **2001**; 67: 3-19.
10. **Işık E.** *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. İstanbul:Görsel SanatlarBasımevi, **2003**: 467-540.
11. **Akiskal HS.** The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clinic Psychopharmacology*, 1996; 16: 4-14.
12. **Işık E.** *Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Mani*. İstanbul: Boğaziçi Matbaası, **1991**; 20- 21.
13. **Goodwin FK, Jamison KR.** *Manic- Depressive İllness*. New York: Oxford University, **1990**.

14. **Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR.** The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry*, **1976**; 133: 905- 908.
15. **Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı, DSM-III-R.* Hekimler Yayın Birliği. 2.Baskı, Ankara, **1991**: 127-139.
16. **Gelder M, Mayou R, Cowen P.** *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 4.Baskı, **2001**: 269-325.
17. **Schou M.** The new bipolar era and beyond . *J Affect Disord*, **2001**; 67: 1-2.
18. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C, 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, **2001**.
19. **Akiskal HS, Akiskal K.** Reassessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance artistic creativity. *Eur Psychiatry*, **1988**; 3: 29- 36.
20. **Akiskal HS, Pinto O.** The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr. Clin. North Am.*, **1999**; 22: 517- 534.
21. **Angst J.** The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J. Affect. Disord.*, **1998**; 50: 143- 151.
22. **Akiskal HS.** The bipolar spectrum: research and clinical perspectives. *Encephale*, **1995**; 21 (no. 6): 3- 11.
23. **Akiskal HS, Bourgeois ML, Jules Angst ve ark..** Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*, **2000**; 59:5-30.
24. **Bebbington P, Ramana R.** The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid*, **1995**; 30: 279-292.
25. **Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C.** The epidemiology of DSM III-R Bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med*, **1997**; 27: 1079-1089.
26. **Winokur G.** Is there a common genetic factor in bipolar and unipolar affective disorder. *Compr Psychiatry*, **1980**; 21: 460- 464.
27. **Ball WA, Whybrow PC.** Biology of depression and mania. *Current Opinion in Psychiatry*, **1993**; 6: 27- 34.
28. **Weissman NM, Bland RC, Canino GJ.** Cross- national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, **1996**; 276: 293- 299

29. **Güleç C, Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği , Ankara: MedicoGraphics Matbaası, **2007**.
30. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.** *Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı, Baltimore: Williams & Wilkins, **1994** :2: 524-580.
31. **Bellivier F, Golmard J, Rietschel M.** Age at onset in Bipolar I Affective Dis Further evidence for three subgroups *Am J Psych*. **2003**; 160: 999-1001.
32. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan & Sadoc Klinik Psikiyatri*. 9. Baskıdan alınmış Türkçe baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2005**.
33. **Köroğlu E.** *Duygudurum Bozuklukları*: Ankara, Hekimler Yayın Birliği, **1996** :1: 429-448.
34. **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* . 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, **2001**: 291-342.
35. **Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori P.** Recurrence of BPD and major depresyon. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, **2003**; 253: 236-240.
36. **Rice J, Reich T, Nancy C A, Endicott J, Eerdewegh M V.** The familial transmsion of Bipolar Illness , *Arch Gen Psychiatry*, **1987**; 44: 441-447.
37. **Belmaker RH.** Bipolar disorder. *N Engl J Med*, **2004**; 351: 476- 486.
38. **Sourney D, Mussat I ve Mendlewicz J.** *Genetics of BPD, J Affect Disord*. **2000**; 18: 278- 286.
39. **Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ.** Genetic Studies of Bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry Supply*, **2001**; 41: 6-134.
40. **Taner E, Yüksel N.** Affektif bozuklukların genetiği, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **1998**; 1(1): 5- 12.
41. **Manning JS, Cannor PD, Sahai A.** The bipolar spectrum of depression in primary care. *Arch Farm Med*, **1998**; 7: 63- 71.
42. **Yazıcı O, Kora K, Üçok A ve ark.** Predictors of lithium prophylalaxis in bipolar patients. *J Affect Disord*, **1999**; 55: 133- 142.
43. **Kruger S, Cooke RG, Hasey GM et al.** Comorbidity of obsessive- compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord*, **1997**; 34: 117- 120.
44. **Kilzich N, Akiskal HS.** Rapid- cycling bipolar disorder. An overview of research and clinical experience, *Psychiatry Clin North Am*, **1999**; 22(3): 585- 607.

45. **Mac Q, Glenda M, Young L, Trevor, Joffe, Russell T.** A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* **2001**;103(3): 163- 170.
46. A family study of manic- depressive (Bipolar I) disease, *Arch Gen Psychiatry*, **1995**; 52: 367-373.
47. **Baron M.** Genetic linkage and bipolar disorder. *J Affect Disord*, **2001**; 67: 267-373.
48. **Ceylan ME, Oral ET.** *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları.* 1. Baskı, 4. Cilt, İstanbul, CSA Medikal Yayın. **2001**:1-71.
49. **Coryell W, Scheftner WA, Keller M ve ark..** The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*, **1993**;150:703-720.
50. **Lam D, Wong G.** Prodromes , coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med*, **1997**; 27: 1091-1100.
51. **Post RM.** Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic. *Biol Psychiatry*, **1992**; 32: 469- 484.
52. **Coryell W, Endicott J, Maser JD.** Long term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am J Psychiatry*, **1995**; 152: 385- 390.
53. **Bowden CL,** Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression: Review. *Psichiatri Serv*, **2001**; 52: 51- 55.
54. **Mc Elroy SL, Keck PE, Pope HGJ et al.** Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am. J. Psychiatry*, **1992**; 149: 1633-1644.
55. **Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois M et al.** Gender, temperament and the clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J. Affect. Disord.*, **1998**; 50: 175- 186.
56. **McElroy SL, Strakowski SM, Keck PE et al.** Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr. Psychiatry*, **1995**; 36: 184- 194.
57. **Swann AC, Bowden CL, Morris D et al.** Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex. *Arch. Gen. Psychiatry*, **1997**; 54: 37- 42.
58. **Dell'Osso L, Placidi GF, Nassi R et al.** The manic- depressive mixed state: Familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female inpatients. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, **1991**; 240: 234- 239.

59. **Dell’Osso L, Akiskal HS, Freer P et al.** Psychotic and non psychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schi-zoffective disorders. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, **1993**; 243: 75- 81.
60. **Perugi G, Akiskal HS, Micheli C et al.** Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J. Affect. Disord.*, **1997**; 43: 169- 180.
61. **Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC et al.** Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am. J. Psychiatry*, **1998**; 155: 1753- 1755
62. **Stahl SM.** *Essential Psychopharmacology, neuroscientific basis and practical applications*. 1.th Ed, Cambridge University Press: **2000**.
63. **Kortan G, Yenilmez Ç, Aksaray G, Kaptanoğlu C.** Karma ve saf maninin klinik özellikleri açısından karşılaştırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2000**; 11(2): 87-94.
64. **Yenilmez Ç, Kaptanoğlu C., Erol A, Seber G.** Mani alttıpleri: Bir karşılaştırma çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1998**; 9(2): 99-106.
65. **Dunner DL, Fieve RR.** Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch Gen Psychiatry*, **1974**; 30: 229- 233.
66. **Vahip S., Akdeniz F.** Hızlı döngülü iki uçlu duygudurum bozukluk ve seyri. Ege Üniversite Tıp Fakültesi Yayınlar, **1999**; 8:23-27.
67. **Calabrese J.** Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. *J Affect Disord. Disorders*, **2001**;13: 241-355.
68. **Leibenluft E.** Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry*, **1996**; 153: 163- 173.
69. **N. Karamustafaoğlu, Alpay N, Tomruk B.** İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 5(1): 28-36.
70. **Osher Y, Yaroslavsky, Belmaker R. J Biol** Predominant polarity of Bipolar Patients in Israel, *Psychiatry Res*, **2000**; 1: 187-189.
71. **Mgnugsan A.** An overview of epidemiological studies on seasonal affective disorder- *Acta Psychiatr Scand*, **2000** : 12 : 108- 123 .
72. **Magnusson A.** An overview of epidemiological studies on seasonal affective disorder, *Acta Psychiatr Scand*, **2000**; 101: 176-184.
73. **Dunayevich E, Keck PE.** Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep*, **2000**; 2: 286- 290.

74. **Tohen M, Hennen J, Baldessarini R, Strakowski S.** Two year and functional recovery in 219 cases of first episode affective disorder with psychotic features, *Am J Psychiatry* , **2000**; 157(2): 220-228.
75. **Geller B, Tillman R, Craney JL et al.** Four- year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry*, **2004**; 61: 459- 467.
76. **Strober M.** Relevance of early age-of-onset in genetic studies of bipolar affective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **1992**; 31: 606- 610.
77. **Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R et al.** Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic- depressive illness? *J Affect Disord*, **2000**; 58: 215- 221.
78. **Yildiz A, Sach GS.** Age onset of psychotic versus non- psychotic bipolar illness in men and in women. *J Affect Disord*, **2003**; 74: 197- 201.
79. **Biederman J, Mick E, Faraone SV et al.** Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biol Psychiatry*, **2000**; 48: 458- 466.
80. **Craney JL, Geller B.** A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disord*, **2003**; 5: 243- 256.
81. **Delbello MP, Geller B.** Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord*, **2001**; 3: 325- 334.
82. **Reddy YCJ, Srinath S.** Juvenile bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, **2000**; 102: 162-170.
83. **Angst J, Sellaro R.** Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol. Psychiatry*, **2000**; 48: 445- 457.
84. **Mc. Elroy SL, Akiskal HS.** The mixed bipolar disorder, *J Affect Disord*, **2000**: 63- 88.
85. **Turvey CL, Coryell WH, Solomon DA et al.** Long- term prognosis of bipolar I disorder. *Acta Psychiatr. Scand.*, **1999**; 99: 110- 119.
86. **Jamison KR.** Suicide and bipolar disorders. *Ann.N.Y. Acad. Sci.*, **1986**; 487: 301- 315.
87. **Tsai SY, Kuo Cj, Chen CC, Lee HC.** Risk factors for completed suicid in BPB. *J Clin Psychiatry*, **2002**; 63(6): 469-76.

88. **Maria A, Quendo MD, Christine W., B. Broadsky, B. Parsons, Gretchen L, Kevin M J.** Suicidal behavior in bipolar mood disorder; clinical Charecteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord*, **2000**; 59: 107-117.
89. **Post R.** Factors associated with suicide attempts in 648 patients with BPD in stanley foundation Bipolar network. *J Affect Disord*, **2000**; 48 : 304-317.
90. **Pini S, Dell’Osso L, Mastrocinque C et al.** Axis I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features. *Br J Psychiatry*, **1989**; 175: 467- 471.
91. **Yerevanian B.** Anxiety Disorders comorbidity in mood disorder subgroups. *J Affect Disord*, **2001**; 67: 167-173.
92. **Rihmer Z, Szadoezky, Janos F, Kiss K, Papp Z.** Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depresyon. *J Affect Disord* , **2001**; 67: 175-179.
93. **Tamam L, Ozpoyraz N.**Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology*, **2002**; 35(4): 203- 209.
94. **Tamam L, Tuglu C, Karatas G ve ark.** Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosc.*, **2006**; 60(4):480-5.
95. **Frederick K Goodwin, S Nassır Ghaemi.**The course of bipolar disorder and the nature of agitated depression, *Am J Psychiatry*, **2003**; 160(12): 2077-2079.
96. **Solomon D,Leon A, Endicott J, Coryell W,Keller M., Pasternak M.**Unipolar mania over the course of a 20 year fallow- up study, *Am J Psychiatry*, **2003**; 160: 2049-2051.
97. **Kessing LV, Olsen EW, Mortensen PB, Andersen PK.** Dementia in affective disorder: a case register study, *Acta Psychiatr Scand*, **1999**; 100: 176-185.
98. **Ghaemi N, Ko J, Rosenguist K, Kontos N.** Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depresion , *Am. J Psychiatry*, **2004**; 161:163-165.
99. **Schou M.** Lithium treatment at 52 , *J Affect Disord* , **2001**; 67: 21-32.
100. **Bowden CL, Calabrese JR, Mc Elroy SL et al.** A randomized, placebo- controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, **2000**; 57: 481- 489.
101. **SPSS Inc.** *SPSS for Windows*. Version 11.0 , Chicago Inc., **2000**.
102. **Kessing LV.** Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord*, **2004**; 6: 421- 425.

103. **Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM et al.** Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am J Psychiatry*, **2005**; 162(7):1273-80.
104. The stanley Foundation Bipolar Network II, *Br J Psychiatry*, **2001**; 178(41): 177 – 83.
105. **Özerdem A, Tunca Z, Kaya N.** The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic, *J Affect Disord*, **2001**; 64: 27-34.
106. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method, *J. Clin Psychiatry*, **2003**; 64(6): 680-690.
107. **Gülşen G.** Bipolar bozukluk: 14 yıllık dönemin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2004**.
108. **Raymont V, Bettany D, Frangous S.** The Maudsly Bipolar Disorder Project: clinical characteristics of bipolar disorder I in a catchment area treatment sample. *Eur Psychiatry*, **2003**; 18: 13- 17.
109. **Sibisi CD.** Sex differenses in the age of onset of bipolar affective illness. *Br J Psychiatry*, **1990**; 156: 842- 845.
110. **Bellivier F, Golmard JL, Henry C et al.** Admixture analysis of age at onset in bipolar I affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **2001**; 58: 510- 512.
111. **Robb JC, Young LT, Cooke RG et al.** Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcomes survey (SF- 20) subscale scores. *J Affect Disord*, **1998**; 49: 189- 193.
112. **Viguera A, Baldessarini R, Tondo L.** Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disord*, **2001**; 3: 245- 252.
113. **Oğuzhanoglu A.** Bipolar ve major depresif bozuklukların klinik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma, Türkiye’de Psikiyatri Dergisi, **2001**; 3(2): 95-101.
114. **Suppes T, Leverich GS, Keck EP, Nolen AW, Denicoff KD, Altshuler LL, McElroy SL, Rush JA, Kupka R, Frye MA, Bickel M, Post RM.** The stanley foundation bipolar treatment outcome network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients, *J Affect Disord* , **2001**; 67: 45-59.
115. **Roy- Byrne P, Post RM, Uhde TW et al.** The longitudinal course of recurrent affective illness: life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, **1985**; 317: 1- 34.
116. **Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ et al.** Gender and bipolar illness. *J Clin Psychiatry*, **2000**; 61: 393- 396.

117. **Maj M, Magliano L, Pirozzi R et al.** Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, **1994**; 151: 1015- 1019.
118. **McElroy, Susan L, Lori L et al.** Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, **2001**; 158(3): 420- 426.

8. EKLER

8.1 EK 1: Bigilendirme ve onay formu

8.2 EK 2: Veri toplama formu

Ç.Ü.TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

Bipolar bozukluk polikliniğinde ayaktan izlenen hastaların değerlendirilmesi çalışması.

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Bipolar bozukluk yaşam boyu süren ve ataklarla seyreden bir duygudurum bozukluğudur. Kişinin sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkiler. Sürekli, düzenli ve etkin bir tedavi ile sözkonusu olumsuz etkiler önlenabilir.

Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz ile Araş. Gör. Dr. Nedim Turhan tarafından yürütülmekte olan bu araştırma, bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen hastaların sosodemografik, klinik özelliklerini tanımlamayı ve uzun dönemde hastalığın seyrini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla çalışmaya katılan hastalar klinik görüşme ve psikolojik testlerle değerlendirilecektir.

Bu araştırmada hasta fiziksel ve ruhsal yönden zarar görmeyecektir. Zarar görmesi durumunda tedavisi tarafımızca sağlanacaktır.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Normal tedavi giderleri dışında size ve sosyal güvenlik kurumunuza ek mali yük oluşturmayacak bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Bu hakları kullanmanız tedavinizde bir aksamaya yol açmayacaktır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

**YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE KLİNİK GÖRÜŞME VE
PSİKOLOJİK TESTLERİN UYGULANMASINI
KABUL EDİYORUM**

**ADI SOYADI
TARİH
İMZA**

DDB HASTA KAYIT FORMU

1. Adı-Soyadı:	Dosya tarihi
Adres:	ATÜ Prot.No /
Telefon:	DDB Prot.No /
2. Cinsiyet:	1. Kadın 2. Erkek Görüşmecisi:
3. Doğum tarihi (GG/AA/YY):	Memleketi:
4. Öğrenim düzeyi:	1.Yok 2. Okur-yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5.Yüksek 6. Master/Doktora
5. Toplam öğrenim yılı:	
6. Meslek:	
7. Çalışabilirlik:	1. Çalışıyor /öğrenci 2. İşsiz 3. Çalışmıyor 4. Emekli 5. Ev kadını
8. Medeni durum:	1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı
9. Çocuk sayısı:	K (yaş _____) E (yaş _____)
Gebelik sayısı:	Düşük: Küretaj:
10. Sosyo-ekonomik durum (hasta ve klinisyene göre):	1. Alt 2. Orta-alt 3. Orta-üst 4. Üst
11. Yaşadığı yer (kodlayınız):	1. Kent içi 2.Varoş 3. Kasaba 4. Köy
12. Sosyal güvence:	1.Var (Türü) 2.Yok
13. Birlikte yaşadığı kişi(ler):	1. Ana-baba 2. Eş-çocuk 3. 1 + 2 - 4 4. Kardeş 5. Akraba 4. Arkadaş 7. Partner 8. Tek
14. Sosyal destekler:	1.Var 2. Yok 3. Yetersiz
15. Kardeş sayısı:	Öz K (yaşları _____) E (yaşları _____) Üvey K (yaşları _____) E (yaşları _____)
16. Aşağıda kodlanmış (kesinleşmiş olan) hastalıkları akrabalarındaki varlık durumlarına göre işaretleyiniz:	
1.BP 2.UP 3.Siklotimi 4.Distimi 5.Şizofreni 11.Diğer (.....)	
6.Panik boz 7.Alkol 8.Madde 9.İntihar 10.Yeme boz	
1° akrabalar: Anne _____ Baba _____ Erkek kardeş _____	
Kız kardeş _____ Oğlu _____ Kızı _____	
2° akrabalar (_____ : _____) (_____ : _____) (_____ : _____)	
17. Eşlik eden hastalık (2, 3 ise açıklayınız):	1.Yok 2.Psikiyatrik (.....) 3.Tıbbi (.....)
18. Geçmiş Diğer Psikiyatrik Öykü (SCID):	1.Yetersiz bilgi 2.Yok 3. Eşikaltı 4.Var
Panik Boz Sosyal fobi OKB Yeme boz. Psikoz Hipokondriasis Kişilik boz PTSD Alkol-madde Diğer (.....)	
19. Bunların herhangi biri nedeniyle ilk tedavi yaşı:	

20. Kötüye kullanım / Travma: 1. Var 2. Yok 3. Bilinmiyor (Var ise şiddet / tarih ve biçim belirtin)

a. Cinsel b. Fiziksel c. Duygusal d. İntihar e. Yasal f. Diğer

Türü
Şiddet
Tarih

21. Çocukluk Öyküsü (DSM ölçütleri kullanınız ve kodlayınız) 1.Yetersiz bilgi 2.Yok 3. Eşikaltı 4.Var

a. Hastalık ADHD LD Enüresis Ayrılık Anks Dürtü denetim boz Diğer

b. İşlevsellik (1. Zayıf 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi): Akademik (ilköğretim) Sosyal

22. Doğum 1.Normal 2. Müdahaleli 3. Sezaryen 4. Bilinmiyor

23. Doğumda: 1. Normal 2. Morarma 3. Sarılık 4. Bilinmiyor

24. Febril konvülsiyon 0.Yok 1.Var 2. Bilinmiyor

25. Büyük hastalık, ameliyat: 0.Yok 1.Var 2. Bilinmiyor

Varsa: Açıklama Tarih:

Açıklama Tarih:

Açıklama Tarih:

26. Sikluslar gün..... 1. Düzenli 2. Düzensiz 3. Menapozda (yaşı:____) Menarş yaşı ____

Hastalık dönemleriyle ilişkisi 0. Yok 1. Var 2. Bilinmiyor

Premenstrüel Sendrom 0. Yok 1. Var 2. Bilinmiyor

Şu anki doğum kontrol yöntemi 0. Yok 1. OC 2. Mekanik 3. Takvim

27. MSS: Kafa travması 0. Yok 1. Var

Bilinç yitimi varsa yaşı ____ süresi Sn Dk Saat Gün

Nöbet: (Türü:) Tedavi:

SVA Migren MS Diğer Tedavi:

28. Endokrin: DM Hipotiroidi Hipertiroidi Diğer Tedavi:

29. Toraks: Kardiyak Solunumsal Astım Diğer Tedavi:

30. Batın: Hepatit Diğer Tedavi:

31. Ürogenital Tedavi:

32. Cilt: Psöriasis Allerji (Türü) Diğer Tedavi:

33. Eklemler: RA Osteoartroz Tedavi:

34. Diğer: Tedavi:

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU KLİNİK GİDİŞ ÖZELLİKLERİ

İLK EPİSOD

35. Başlangıç yılı:

36. Başlangıç yaşı:

37. İlk hastalık dönemi (episod):

1. Öforik mani 2. Karma episod 3. Hipomani
4. Depresyon 5. Distimiyle başlamış 6. Siklotimi
7. Ayırdedilemedi (Açıklayın)

38. Ortaya çıkışta yaşam olayı : 0.Yok 1.Var (.....) 2.Yetersiz Bilgi

39. Şiddeti (DSM-IV) 1.Hafif 2.Orta 3.Şiddetli

40. Postpartum özellik: 0.Hayır 1.Evet 2.Yetersiz Bilgi

41. Psikoz 0.Yok 1.DD uyumlu
2.DD uyumsuz 3.1+2 4.....

42. Katatonik özellik (DSM-IV): 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

43. Melankolik özellik (DSM-IV): 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

44. Atipik Dep belirtisi 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

45. Düzelme: 0. Yok 1.Kendiliğinden
2. DDD ile (.....)
3. AP'le (.....)
4. AD'la (.....)
5. EKT
6. Kombinasyon (.....+.....+.....)
7. Diğer (.....)

KORUYUCU SAĞALTIM BAŞLANMADAN ÖNCEKİ DÖNEM

(*Oran: %_ görülen yere var/yok oranı yazılmalı)

46. Bilgi: 0. Yok 1. Var (0 ise bundan sonraki soruları boş bırakınız)
47. Toplam episod sayısı: (0 ise bundan sonraki soruları yanıtlamayın)
48. Toplam hastaneye yatış:
49. Episod şiddeti ort. (DSM-IV) 1. Hafif 2. Orta 3. Şiddetli
50. Episod sayısı: Mani Hipomani Depresyon
51. İlk tedavi yaşı: Tedavi:
52. Alışlagelmiş başlangıç: 1. Hızlı 2. Yavaş
53. Alışlagelmiş bitiş: 1. Hızlı 2. Yavaş
54. Ortalama episod süresigün
55. Mevsimsel özellik 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%
56. Psikotik özellik 0. Yok 1. D. uyumlu 2. D. uyumsuz 3. 1+2 Oran: %
57. Katatonik özellik (DSM) 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%
58. Melankolik özellik (DSM) 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%
59. Atipik Depresyon belirtisi 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%
60. Postpartum özellik: 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%
61. Episodda yaşam olayı: 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%
62. İntihar girişimi sayısı:
63. İntihar yöntemi: 1. İlaç 2. Ası 3. Atlama 4. Ateşli silah 5. Diğer
64. Episod örüntüsü: 1. DöM 3. MöD 5. MDMDMD 7. UP-D
2. DMö 4. MDö 6. UP-M 8. Tutarsız 9. ?
65. Episodlararası tam düzelme: 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi
66. Kronik gidiş (2 yıl < episod): 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi
67. Sıklık (yılıda) episod (ardışık episodlar zıt kutuptan ya da 8 haftalık ötimi ile birbirinden ayrılmalı)
68. Hızlı döngülülük: 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi
69. AD ile M/m kayma 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi
70. Varsa AD / /
71. Karma episod 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%
72. Ort. GAF skoru:

KORUYUCU SAĞALTIM SONRASI

(*Oran: %_ görülen yere var/yok oranı % olarak yazılmalı)

73. Koruyucu sağaltım evresi: (M/D)

Başlanma Tarihi:

74. Aldığı sağaltım:

75. Koruyucu sağaltım kesintiye uğramış mı? 0. Hayır 1. Evet 2. Yetersiz Bilgi

Evet ise süresi:.....

Sonuç:.....

76. Sağaltıma uyum:

1. İyi 2. Bozuk

77. İlaç doz ve düzeyleri yeterli mi?

0. Hayır 1. Evet 2. Yetersiz Bilgi

78. Koruma altında episod sayısı:

79. Toplam hastaneye yatış sayısı:

80. Episod şiddeti ortalama (DSM-IV)

1. Hafif 2. Orta 3. Şiddetli

81. Episod sayısı:

Mani Hipomani Depresyon Karma

81. Alışlagelmiş başlangıç:

1. Hızlı 2. Yavaş

82. Alışlagelmiş bitiş:

1. Hızlı 2. Yavaş

83. Ortalama episod süresigün

84. Mevsimsel özellik

0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oranı: ____ / ____

85. Psikoz

0. Yok 1. D. uyumlu 2. D. uyumsuz 3. 1+2 Oran%

86. Katatonik özellik (DSM-IV)

0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%

87. Melankolik özellik (DSM-IV):

0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oranı%

88. Atipik Depresyon belirtisi

0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%

89. Postpartum özellik

0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oran%

90. Episodla çıkan yaşam olayı: 0. Yok

1. Var 2. Yetersiz Bilgi Oranı%

91. İntihar girişimi sayısı:

92. İntihar yöntemi:

1. İlaç 2. Ası 3. Atlama 4. Ateşli silah 5. Diğer

93. Episod örüntüsü:

1. DöM 2. DMö 3. MöD 4. MDö 5. MDMDMD 6. UP-M 7. UP-D 8. Tutarsız 9. ?

94. Episodlararası tam düzelme: 0. Yok

1. Var 2. Yetersiz Bilgi

95. Kronik gidiş (2 yıl < episod): 0. Yok

1. Var 2. Yetersiz Bilgi

96. Sıklık (yılıda)episod (ardışık episodlar zıt kutuptan ya da 8 haftalık ötimi ile birbirinden ayrılmalı)

97. Hızlı döngülülük:

0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

98. AD ile M/m kayma

0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

99. Varsa AD / /

100. Ort. GAF skoru:

Psikoaktif Madde Kullanımı

	Şimdiki Tarih / Miktar	Son kullanım Tarihi / Miktar	Geçmişte En fazla	Başlangıç Yaşı	Tedavi (yıl)	Durum (*)
Etil Alkol						
Kafein f/g						
Nikotin p/g						
Marijuana						
Amfetamin						
Kokain						
PCP						
LSD						
Opiatlar						

* Kötüye kullanım ya da bağımlılık durumunu belirtiniz

Değerlendirme

DSM IV kodlarını kullanınız

I. Eksen: _____

II. Eksen: _____

III. Eksen: _____

IV. Eksen (stresörler):

V. Eksen (GAF): Son 1 yılda : _____ Geçen yıl En iyi _____ En kötü _____

Öneriler / Plan

*ÖZEL NOT:

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Nedim Turhan

Doğum Tarihi ve Yeri: 05. 08. 1975/ İskenderun

Medeni Durum: Evli

Adres: Toros Mah. Kasım Ener bulvarı berke sitesi C blok 2/ 4 seyhan/ ADANA

Telefon: 0-505-6259003

Fax: -

E mail: nedimturhan@ yahoo.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Varsa Mezuniyet Derecesi: -

Görev Yerleri: Köprüköy sağlık ocağı/ Erzurum

Dernek Üyelikleri: Türk Psikiyatri Derneği

Alınan Burslar: -

Yabancı Dil(ler): İngilizce