

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE
BİPOLAR BOZUKLUK PREVALANSI VE İLİŞKİLİ RİSK
ETMENLERİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Fatma AKDENİZ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ömer AYDEMİR

Manisa, 2015

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. Tarihçe	3
2.3. Sınıflandırma	5
2.4. Epidemiyoloji	10
2.4.1.Genel Veriler	10
2.4.2. Risk Faktörleri	12
2.4.3. Türkiye’deki Veriler	14
2.5. Amaç	15
III. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Hasta Grubu	16
3.2. Veri Toplama Araçları	16
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	16
3.2.2. Hipomani Soru Listesi	17
3.2.3.DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu(SCID Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu)	18
3.3. Uygulama ve İstatistiksel Değerlendirme	19
IV. BULGULAR	21
V. TARTIŞMA	39
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
VII. ÖZET	54
VIII. İNGİLİZCE ÖZET	56

IX. KAYNAKLAR	58
X. EKLER	73

ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan tez hocam; Prof.Dr.Ömer AYDEMİR'e, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan ve bana destek veren hocalarım; Prof.Dr.Erol ÖZMEN'e, Prof.Dr.Ayşen ESEN DANACI'ya, Prof.Dr.Mehmet Murat DEMET'e, Prof.Dr.Artuner DEVECİ'ye, Doç.Dr.Oryal TAŞKIN'a, Doç.Dr.Erol OZAN'a, tez sürecimde beraber büyük bir zevkle çalıştığım sevgili asistan doktor arkadaşım Dr.Siğnem ÖZTEKİN'e, asistanlık sürecimde dostluklarını, maddi ve manevi her türlü desteklerini benden esirgemeyen başta Dr.Didem SÜCÜLLÜOĞLU DİKİCİ olmak üzere tüm sevgili asistan doktor arkadaşlarıma, Uzm.Psik.Nilüfer KARACA ve diğer tüm klinik psikologlarımıza, sekreterimiz Gülseren KÖMÜRCÜ'ye ve ayrıca psikiyatri kliniğinde beraber büyük bir zevk ve uyum içerisinde çalıştığım tüm hemşirelerimize ve psikiyatri kliniği ekibimize canı gönülden teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Fatma Akdeniz

Mayıs 2015

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk önemli derecede morbidite ve mortaliteye neden olan, tekrarlayıcı manik ve depresif epizodlar ve ötimi adı verilen iyilik dönemleriyle karakterize ciddi ve süreğen bir hastalıktır. Bipolar bozukluk tanısının konmasının zor olduğu, sıklıkla bu tanının atlandığı veya yanlış tanı konulduğu, çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir[1]. İlk görüşmede bipolar bozukluğu olan hastaların neredeyse %40'ına yanlış tanı konulduğunu ve gerçek tanının ise ancak yıllar sonra saptanabildiği bildirilmiştir[2]. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1-2 olarak bildirilmektedir. Farklı tanımları olsa da bipolar yelpaze bozuklukları söz konusu olduğunda (bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk da dahil edildiğinde) bu oran daha da yükselerek %2.6'dan %6.5'e ulaşmaktadır[3]. Bipolar bozuklukları tanıyabilmekteki bu zorluklar toplum tabanlı yaygınlık çalışmalarının yapılmasını, dolayısıyla risk gruplarını ve olası etkenlerin belirlenmesini de kısıtlamaktadır. Bipolar bozukluk tanısının atlanması ya da geç tanı konulması tedaviyi de geciktirerek olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bipolar bozukluğun atlanmasını engellemek ve gerçek risklerle, riskli grupların belirlenmesini sağlamak için epidemiyolojik değerlendirmelere gereksinim vardır. Uluslararası alanda bipolar bozukluğun görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını araştıran çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve sonuçları yayınlanmıştır. Diğer yandan ülkemizde genel psikiyatrik epidemiyoloji çalışmaları yapılmakla beraber, bipolar bozukluk özelinde yapılmış bir epidemiyolojik çalışma henüz yürütülmemiştir. Bu konudaki gereksinim dikkat çekicidir. Bizim araştırmamızda toplum araştırmasından önce gereksinimleri belirlemek açısından üniversite öğrencileri arasında epidemiyolojik özellikleri araştıran bir çalışma yürütülmesi planlanmıştır. Biz bu araştırmamızda bipolar bozukluğun genç erişkinlerde görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını belirlemek

amaçlanmıştır. Bizim çalışmamız ile ileride yapılması planlanan epidemiyolojik çalışmalar için bir ön araştırma planlanmıştır.

Bu çalışmada öncelikle bipolar bozukluğun tanımı, tarihçesi, sınıflandırılması, epidemiyolojisi sırasıyla ele alınacaktır. Sonrasında bipolar bozukluk epidemiyolojisini ve risk faktörlerini araştıran çalışmalardan bahsedilecektir. Daha sonra ise, bu araştırmanın amacı, yöntemi, bulguları ve tartışması verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

1. TANIM:

Bipolar bozukluk öforik uyarılma ve depresif gerileme ile kendini belli eden tanı konulması ve sağaltımı kolay farmakolojik sağaltımla sonlanımı iyi olan bir bozukluk olarak tanımlanmıştır[4]. Kraepelin zamanından beri psikoz-manyak-depresif (PMD) olarak bilinen bu hastalığa daha çok Amerikan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Mental bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı) etkisi ile artık iki uçlu (bipolar) duygudurum bozukluğu denilmektedir[5]. Bipolar bozukluklar DSM IV (Mental bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı IV. baskı) sınıflamasına göre “Duygudurum Bozuklukları” içinde değerlendirilebilir[6]. Bipolar bozukluk bir çok yerde bipolar affektif (duygudurum) bozukluk olarak adlandırılmasına karşın, bu bozukluklarda önemli patoloji kişinin o anki emosyonel içeriğinin dışavurumu olan “affekt”de değil kişinin sürekli içsel durumu olan “mizaç (duygudurumu, mood)”tır[7].

2. TARİHÇE:

Duygudurum bozuklukları yaklaşık 2500 yıldan bu yana, insanlık tarihinin en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanmıştır. Mani ve depresyonun varlığı hakkındaki kanıtlar antik çağlara kadar uzanmaktadır. İlyada destanında Homeros, öfke ve gazap anlamına gelen “mani” sözcüğünü kullanmıştır. Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır[8].

Hipokrat, M.Ö. 450’li yıllarda, umutsuzluk, keder, sinirlilik ve yemek yememe şeklindeki klinik görünüm için “melankoli” tanımını kullanmıştır. Eski Yunan kaynaklarında da taşkın duygudurumla giden tablolar tanımlanmıştır.

Milattan sonra (M.S.) birinci yüzyılda Soranus, taşkın duygudurumla giden tabloların melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir. Daha sonra Kapadokyalı Areatus M.S. 150 yılında melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemleyerek ve aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir[8].

Duygudurum bozukluklarında “döngüsel hastalık” kavramı ilk kez 1851 yılında Avusturyalı bir nörolog olan W. Griesinger tarafından gündeme getirilmiştir[9]. 1854 yılında Jules Falret, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini belirleyerek bu hastalıklara “Folie Circularie” adını vermiştir. Baillarger’de aynı dönemlerde yaşamış bir bilim adamıdır ve durumu tanımlamak için “iki şekilli delilik” terimini kullanmıştır.

Kraepelin 1895 yılında “manik depresif hastalık” tanımlamasını ilk kez ortaya koyarak hastalığın klinik görünümünü tanımlamış ve bir anlamda duygudurum bozuklukları spektrumunun gelişiminin temellerini atmıştır[10]. Karma durumları ilk tanımlayan kişi de yine Kraepelin’dir. Daha sonra Bleuer, 1930’larda depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı “Affektif Bozukluklar” olarak adlandırmıştır.

1959 yılında Avusturyalı bilim adamı Leonard K. bipolar ve unipolar hastalık ayrımını yaparak halen güncel olarak kullanımda olan bipolarite kavramını klinik kullanıma kazandırmıştır. Sadece depresif epizodlarla seyreden tabloya unipolar hastalık, manik ve depresif epizodlarla ya da sadece manik epizodlarla seyreden tabloya bipolar hastalık demiştir. 1970’li yıllarda bipolar bozukluk ve depresif bozukluk ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır[11].

Günümüzde Avrupa’da daha çok ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Hastalıkların ve bunlarla ilişkili sağlık sorunlarının uluslararası istatistiksel sınıflandırılması), Amerika Birleşik Devletleri’nde ise daha çok DSM sınıflandırma dizgeleri kullanılmaktadır. Biz sınıflandırmada DSM’nin Amerikan Psikiyatri Birliğinden telif hakları alınarak sayın Prof. Dr. Ertuğrul

Köroğlu tarafından Türkçe'ye çevrilen yeniden gözden geçirilmiş IV. baskısını (DSM IV-TR) temel aldık.

3. SINIFLANDIRMA

Duygudurum bozuklukları, depresif bozukluklar, bipolar bozukluklar ve etyolojilerine göre adlandırılan iki bozukluk olarak, genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu biçiminde ayrılır.

DSM-IV-TR'de Bipolar Bozukluk Çeşitleri:

- 1- Bipolar I bozukluğu
- 2- Bipolar II bozukluğu
- 3- Siklotimik bozukluk
- 4- Başka bir şekilde tanımlanmamış bipolar bozukluk [12].

Bipolar I bozukluğu en az bir manik epizodunun olduğu depresif dönem/dönemler ile karakterizedir. Bipolar II bozukluğunda hipomanik epizotların (en az dört gün süren) yanı sıra tekrarlayan majör depresyon atakları da görülmektedir. Siklotimik bozukluk olan kişilerde hafif düzeyde duygudurum oynamaları olur. Bu kişiler durgun oldukları zaman daha kendi içlerine kapanık, içe dönük, karamsar, ağlamaklı biri olurlar ve üretkenlikleri düşer. Coşkun oldukları zaman daha enerji dolu, daha fazla insan içine giren, daha övünge ve şakacı biri olurlar [12].

DSM-IV-TR'de Manik Dönem Ölçütleri:

DSM-IV-TR'de Manik Dönem Ölçütleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır [13-14]:

A. En az bir hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli kabarmış, taşkın ya da irritabil, aşırı bir duygudurumun olması.

B. Duygudurum bozukluğu sırasında, aşağıdaki belirtilerden en az üçünün belirgin olarak bulunması:

1. Benlik saygısında abartılı artma
2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin sadece üç saatlik bir uykudan sonra kendisini dinlenmiş hisseder)
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da lafa tutma
4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı
5. Dikkat dağınıklığı yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan)
7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma ör. Elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesiz cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yaptırımları yapma

C. Bu duygudurum bozukluğu mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine veya başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek.

D. Bu belirtilerin bir madde kullanımına ör. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmaması.

DSM-IV-TR'de Hipomanik Dönem Ölçütleri:

DSM-IV-TR'de Hipomanik Dönem Ölçütleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir[13-14].

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabil ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Manik epizottaki belirtileri görülür.

C. Bu epizot sırasında, kişide belirtilerin olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki belirgin bir değişiklik olur.

E. Bu epizot, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir.

F. Bu belirtiler bir maddenin (ör. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-IV-TR’de Depresif Dönem Ölçütleri:

DSM-IV-TR’de Depresif Dönem Ölçütleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır[14].

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

1. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum
2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma veya artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması
3. Kilo alımı ya da kilo kaybı
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 normal dışı suçluluk duygularının olması
8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde

yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da karasızlık

9. Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen intihar etme düşünceleri ve intihar etmeye yönelik tasarılarının olması.

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri ekarte edilmiş olmalıdır,

E. Yas'a bağlı durum ekarte edilmelidir.

Son yapılan bir çalışmada Eşik-altı maniden bahsedilmiş ve Bipolar bozukluk prodrom dönem kriterleri belirlenmiştir[15]. Çalışmaya göre tanımlamalar:

15-25 yaş arasında olup geçtiğimiz son 12 ay için aşağıdaki 3 gruptan birini karşılayanlar;

I. Grup 1: Eşik-altı mani:

4 günden az olup birbirini izleyen ardışık en az 2 gün süren anormal ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabil ayrı bir duygudurum döneminin olması ve aşağıdaki listeden en az iki kriterliğin varlığı (irritabilite varsa en az 3 kriter)

1. Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite
2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin sadece üç saatlik bir uykudan sonra kendisini dinlenmiş hisseder)
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da lafa tutma
4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı
5. Dikkat dağınıklığı
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan)

II. Grup 2: Depresyon + Siklotimik Belirtiler

Depresyon:

Geçtiğimiz son 1 hafta içinde depresif duygudurum ya da anhedoni olması ve aşağıdaki listeden en az 2 kriterin varlığı

1. Anlamlı kilo kaybı olması
2. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması
3. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması
4. Yorgunluk ya da enerji kaybı olması
5. Değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının olması
6. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık olması
7. Yineleyem ölüm ya da intihar düşüncelerinin olması

+ Siklotimik Belirtiler:

Birçok sayıda eşik-altı maniyi karşılmayan Grup 1'deki belirtilerinin olması ve çok sayıda depresyon belirtilerinin olması (örn; Grup 1'deki eşik altı mani belirtilerinin 24 saat içinde sadece 4 saat için karşılanması ve yaşam boyu toplamda en az 4 gün belirtilerin karşılanması)

III. Grup 3: Depresyon + Genetik Risk

Depresyon:

Geçtiğimiz son 1 hafta içinde depresif duygudurum ya da anhedoni olması ve aşağıdaki listeden en az 2 kriterin varlığı

1. Anlamlı kilo kaybı olması
2. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması
3. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması
4. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık olması
5. Yineleyem ölüm ya da intihar düşüncelerinin olması

+ Genetik Risk:

1. Derece akrabada Bipolar bozukluk olması

4. EPİDEMİYOLOJİ

4.1. Genel Veriler:

Bipolar bozukluklarla ilgili ilk epidemiyolojik verilerin 1970'li yıllarda, daha çok hastanede *manik-depresif hastalık* tanısı ile yatan ve bu tanı altında hem unipolar hem de bipolar bozukluk hastalarının arasından gerçek bipolar bozukluk olgularının ayrıştırılması ile ortaya çıkmaya başladığı görülmektedir. Klinik ortamda yapılan bu çalışmalara ek olarak o yıllarda bipolar bozukluk tanısı ile hastaneye yeni yatırılan olguların da takip edilerek hastalık insidansının hesaplanmaya başlandığı dikkat çekmektedir. Klinik dışı ortamlarda bipolar bozukluk yaygınlığının araştırılmaya başlanması, 1980'lerde büyük ölçekli epidemiyolojik araştırmaların ortaya çıkması ile mümkün hale gelmiştir.

Geçtiğimiz on yıl içinde ruhsal bozuklukların yaygınlık (prevalans) oranlarını araştıran, dünyanın farklı bölgelerinde gerçekleştirilmiş, ondan fazla epidemiyolojik çalışmalardan bipolar bozukluklara ait bulgular ile birlikte daha küçük ölçekli çalışmaların verilerini de içeren, kapsayıcı bazı derlemeler bize bipolar bozukluğun epidemiyolojisi hakkında bilgiler sunmaktadır[16-17-18-19-20-21]. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı için hesaplanan kümülatif değer yaklaşık %1 olarak kabul edilmektedir.

Az miktarda çalışma bipolar I bozukluk dışında diğer bipolar spektrum bozukluklarına da yer vermektedir. Zürih kohort toplum çalışmasının verilerini de (1-3 gün süren kısa hipomaniler dahil olmak üzere) dikkate alan bu derlemede, tanı için kullanılan ölçütlerin dar veya geniş olmasına bağlı olarak bipolar spektrum bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığının %2.8-6.5 arasında olabileceği bildirilmektedir[18,22]. Epidemiyolojik Toplama Alanı Çalışması (*Epidemiologic Catchment Area Study*) verilerini hipomani için

daha geniş tanı ölçütlerini kullanarak yeniden analiz ettiklerinde bipolar spektrum bozuklukları için yaşam boyu yaygınlık oranının %1.3'den %6.4'e çıktığını bildirmektedirler[23]. Aynı süreç Ulusal Komorbidite Çalışması-Replikasyon (NCS-R) verileri için uygulandığında bipolar spektrum bozuklukları için oran %2.1'den %4.5'e çıkmaktadır[24]. Bunlara karşın epidemiyolojik araştırmalarda olduğu gibi, klinik dışı örneklemelerden elde edilen veriler aracılığı ile hipomani değerlendirmesinin yeterince güvenilir olamayacağı görüşü bu alandaki en önemli tartışma konusunu oluşturmaktadır.

Bu çalışmalardan elde edilen kümülatif yaşam boyu yaygınlık oranı %1.2, 12 aylık oran ise %0.8 olarak bulunmaktadır. ICD-10 tanı ölçütlerinin kullanıldığı çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmıştır[25]. Etiyopya çalışmasında yaşam boyu yaygınlık oranı %1.8 olarak bulunmuştur[26]. Etiyopya'nın bir başka bölgesinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise bu oran %0.5 olarak bulunmuştur[27]. Derry Bölgesi-İrlanda'da yaptıkları çalışmada ise 12 aylık yaygınlık oranı %0.15 olarak bulunmuştur[28].Yapılan başka bir çalışmada (NHANES III) ise DSM-III-R ölçütleri kullanılmış ve yaşam boyu yaygınlık oranı bipolar I ve II bozukluk için toplam %1.6 olarak saptanmıştır[29].

Bipolar bozukluklara ait sıklık oranları çoğunlukla hastane yatışlarından elde edilen kayıtlara dayanmaktadır.Genel olarak ilk dönem mani ve bipolar I bozukluk görülme sıklığının yıllık 1.7-6.5/100.000 arasında değiştiği bildirilmektedir[30]. İngiltere'nin üç büyük kentinde yapılan bir araştırmada bipolar bozukluk insidansı 4/100.000 olarak bulunmuştur [31]. Yine İngiltere'nin farklı bir bölgesinde ICD-10 tanı ölçütleri kullanılarak yapılan ve ilk dönem psikotik depresyon ve şizoafektif bozukluk olgularının da içlendiği bir başka çalışmada afektif psikozlar için yıllık insidans 8.43/100.000 olarak bulunmuştur [25,32]. Bazı çalışmalarda insidans açısından cinsiyetler arasında fark olduğu bildirilse de, bu konuda tutarlı veri bulunmamaktadır[33].

4.2. Risk Faktörleri:

a. Başlangıç yaşı:

Bipolar bozukluğun sıklıkla 20'li yaşlarda başladığı kabul edilmektedir[34]. Olguların yarısından fazlasında başlangıç 20 yaşın altındadır [24,35]. Başka bir çalışmada 20-25 yaş aralığında yıllık insidansın 16.3/100.000 olduğunu; bu grupta diğer yaş gruplarına kıyasla aile öyküsünde bipolar bozukluk görülme sıklığının daha fazla olması, hastalığın ilk döneminin daha şiddetli olması ve atipik belirtilerin daha fazla gözlenmesi gibi bulguların da, erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olguların bipolar bozukluğun farklı formlarını temsil etmesi yönünde kanıt oluşturabileceğini belirtmektedirler[36].

Bipolar II bozuklukta başlangıç yaşının bipolar I bozukluk olgularına göre biraz daha yüksek olabileceği kabul edilmektedir [37]. Erkeklerde başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğu da bazı çalışmalarda bildirilmektedir[38,39,40].

b. Cinsiyet:

Alan çalışmalarından elde edilen bulgulara göre bipolar bozukluk görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında bir fark bulunmamaktadır[29,41,42]. Ancak kimi araştırmacılar bu verinin dikkatle ele alınması gerektiğini, özellikle klinik dışı çalışmalarda daha zor saptanan bipolar II bozukluk olgularında kadın cinsiyetinin daha baskın olduğunu belirtmektedirler[33]. Kadınlarda hastalanmanın daha fazla depresyon, erkeklerde ise daha fazla mani şeklinde olduğu; bazı araştırmacılar tarafından ortaya atılan unipolar mani alt tipinin yine erkeklerde daha fazla olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir[43,44].

c. Sosyoekonomik düzey:

Sosyoekonomik düzey ve Bipolar bozukluk arasındaki ilişki açısından çelişkili veriler bulunmaktadır. Bipolar bozukluk ile ilişkili ilk epidemiyolojik çalışmalarda, orta ve üst sosyoekonomik düzeyde olanlarda Bipolar bozukluk riskinin arttığı bulunmuşken, daha sonraki çalışmalar bunu desteklememiştir[45,46]. Son yapılan alan çalışmalarında bipolar bozukluk, daha öncekilerin tam tersine, düşük sosyoekonomik düzeyde daha fazla

bulunmuştur[47]. Bir çalışmada düşük eğitim düzeyindekilerde mani oranı daha yüksek bulunmuştur[48]. Başka bir çalışmada yatan Bipolar bozukluk hastalarında sosyoekonomik düzey daha yüksek bulunmuştur[49].

d. Medeni durum:

Ayrı yaşayan, dul veya boşanmış kişilerde de, hiç evlenmemiş veya evli olanlara kıyasla, bipolar bozukluk daha fazla gözlenmektedir[29,41,42]. Buna karşılık Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile 15 ülkede yürütülen geniş kapsamlı bir başka çalışmada bipolar bozukluk ortalama gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde daha fazla saptanmıştır[50].

e. Ailede Bipolar Bozukluk Tanısı Varlığı:

Son yıllarda bipolar bozukluk için bir veya birkaç özgül gen bulunamayacağı, belki yüzlerce genin etkilerinin birlikte değerlendirilmesinin gerektiği öne sürülmektedir[51]. Bu nedenle bipolar bozukluğun ailesel yönünün olduğu kabul edilir. Aile üyelerinden birinde bipolar bozukluk olan kişiler arasında bipolar bozukluk görülme oranı toplumdakinden daha yüksektir[52]. Bipolar bozukluk hastalarının birinci dereceden akrabalarında hem bipolar bozukluk, hem de diğer duygudurum bozukluklarının görülme sıklığı daha yüksek oranda bulunmuştur[53]. Bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının çocuklarında bipolar bozukluk riski %13 oranında bulunmuştur[54]. Bir gözden geçirmede bipolar bozukluk riskinin bir yumurta ikizinde %40-70, hastaların birinci dereceden akrabalarında %5-10 arasında olduğunu; hastalarla kan bağı olmayanlarda %0,5-1,5 arasında olduğu bulunmuştur[55]. Duygudurum bozukluklarının eş hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde %75, çift yumurta ikizlerinde %20 bulunmuştur[56]. İkiz çalışmalarında kalıtsallık oranı %80-90 arasında bulunmuştur[57].

f. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık Varlığı:

Bipolar bozukluk ve diğer DSM-IV Eksen I bozuklukları arasındaki ektanı oranlarının büyüklüğüne yönelik veriler giderek artmaktadır. NCS-R çalışmasında yaşam boyu bipolar bozukluk tanısı konmuş olguların %90'ından daha fazlasında bir başka bozukluğun yaşam boyu tanı ölçütlerinin karşılandığı saptanmıştır. Hatta bipolar spektrum bozukluk tanısı konmuş olanların %70'inde üç veya daha fazla bozukluk öyküsü bulunduğu

da bildirilmiştir. Bipolar bozukluk ile en sık birlikte görülen bozukluklar anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır[58]. Türkiye’de klinik ortamdaki bipolar bozukluk hastalarında yapılmış ektanı çalışmalarında anksiyete bozukluğu oranının %30-60 arasında olduğu gösterilmiştir[59,60]. Bipolar bozuklukla en çok hangi anksiyete bozukluğunun birlikte bulunduğuna ilişkin veriler henüz genellemelerden oldukça uzaktır. Çocukluk döneminden itibaren yapılan uzun izlem çalışmalarında, çocukluk çağında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya depresyon tanısı konan çocuklarda erken yetişkinlik döneminde bipolar bozukluk gelişmesinin, diğer başka bozukluklara kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla olduğu gösterilmiştir[61,62,63,64].

g. Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Varlığı:

Bipolar bozukluk ve çeşitli fiziksel hastalıkların birlikteliği özellikle klinik ortamlarda sıkça karşılaşılan tablolardır[65]. Yapılan gözlemlerin klinik ortamda olması nedeni bias oluşturabileceği iddiasından hareketle, bu veriyi klinik dışı alanda tekrar değerlendiren çalışmaların sonucunda da kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve migren gibi bazı fiziksel hastalıkların bipolar bozukluk ile sıklıkla birlikte görüldüğünü desteklemektedir[50,66].

4.3. Türkiye’deki Veriler:

Türkiye’de sadece bipolar bozukluk epidemiyolojisi ile ilişkili yapılmış çalışma bulunmamakla beraber genel psikiyatrik hastalıklar epidemiyolojisi başlığı yapılan alan çalışmalarında bipolar bozukluk ile ilişkili de bazı veriler bulunmamaktadır. Sivas il merkezinde SCID ile yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.71, bir yıllık yaygınlığı %0.43 ve nokta yaygınlığı %0.21 oranında bulunmuştur. Bipolar I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.43 oranında bulunurken, bipolar II bozukluğun yaygınlığı %0.14, siklotimik bozukluğun yaygınlığı ise %0.14 oranında bulunmuştur[67].

Sivas’ta yapılan bir çalışmada, halen iyi durumdaki 44 hastada bipolar bozukluk başlama yaşı ortalaması 20,68 olarak bulunmuştur. Eksen I ve eksen II komorbiditesi olan hastalarda başlama yaşı, komorbiditesi olmayanlardan daha düşük (19,80) bulunmuştur[68]. Yine Sivas’ta yapılan alan çalışmasında, bipolar bozukluğun başlama yaşı ortalaması 19,6 olarak

bulunmuştur[67]. Aydın'da yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk başlangıç yaşı 27,7 olarak bulunmuştur[69].

Sivas'ta yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk erkeklerde %0.82, kadınlarda %0.62 oranında bulunup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur[67]. Bipolar bozukluğun ilk nöbetlerinin erkeklerde mani, kadınlarda depresyon olarak ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir[70].

Sivas'ta ayaktan başvuran, halen iyi durumdaki bipolar bozukluğu olan hastalar arasında bekarların oranı %63,6 olarak bulunmuştur[68].

Sivas'ta yapılan alan çalışmasında, hastaların %90'ının eğitim düzeyi lise ve üzerinde bulunmuştur[67].

Sivas'ta ayaktan başvuran, halen iyi durumdaki hastaların 1. dereceden akrabalarında bipolar bozukluğun yaygınlık oranı %13.6 olarak bulunmuştur[68]. Aydın'da yapılan çalışmada bipolar bozukluk hastalarının %57,7'sinin ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün olduğu bulunmuştur[69].

5. AMAÇ

Uluslar arası alanda bipolar bozukluğun görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını araştıran çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve sonuçları yayınlanmıştır. Bu çalışmalardan bazılarının sonuçları yukarıda sunulmuştur. Diğer yandan ülkemizde genel psikiyatrik epidemiyoloji çalışmaları yapılmakla beraber, bipolar bozukluk özelinde yapılmış bir epidemiyolojik çalışma henüz yürütülmemiştir. Bu konudaki gereksinim dikkat çekicidir. Bizim araştırmamızda toplum araştırmamızdan önce gereksinimleri belirlemek açısından üniversite öğrencileri arasında epidemiyolojik özellikleri araştıran bir çalışma yürütülmesi planlanmıştır. Biz bu araştırmamızda bipolar bozukluğun genç erişkinlerde görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını belirlemek amaçlanmıştır. Bizim çalışmamız ile ileride yapılması planlanan epidemiyolojik çalışmalar için bir ön araştırma planlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Hasta Grubu

Araştırma, Nisan 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesinde yürütülmüştür. Araştırma evreni Celal Bayar Üniversitesi bünyesinde tüm fakülte ve yüksekokullarda 1. sınıfta okuyan tüm öğrencilerden oluşmuştur. Celal Bayar Üniversitesi bünyesinde 2012-2013 Eğitim-Öğretim yılında toplam 11035 öğrenci 1. sınıfta eğitim görmektedir. Yapılan hesaplamada Bipolar Bozukluk yaygınlığı toplam %2.4 (tüm bipolar bozukluk yaygınlık hızı) ve kabul edilebilir en düşük yaygınlık %1 (Bipolar bozukluk tip I ve tip II'nin toplam yaygınlığı) kabul edildiğinde örneklem %95 güven aralığına göre 1337 ve %99 güven aralığı için ise 2122 olarak belirlenmektedir. Oluşabilecek hatalar da göz önüne alındığında örneklem grubu 2400 olarak belirlenmiştir ve örneklem grubu basit rasgele örnekleme yöntemine göre belirlenmiştir. Araştırmada Celal Bayar Üniversitesi bünyesinde tüm fakülte ve yüksekokullarda 1. sınıfta okuyan tüm öğrencilerden toplam 2757 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen gönüllü öğrencilere çalışmanın amacı anlatılıp sözel onayları alındıktan sonra yazılı onam formu doldurulup onayları alınmıştır (Ek 3).

Araştırmaya Alma Ölçütleri:

1. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek,
2. 18 yaşından büyük olmak,
3. Araştırma yönergesini izleyecek işbirliğine sahip olmak

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

Herhangi bir dışlama ölçütü bulunmamaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1.Sosyodemografik Bilgi formu:

Katılımcıların sosyodemografik verilerini, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini almaya yönelik hazırlanmış formdur. Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup içeriğinde; isim, yaş, cinsiyet, medeni durum, telefon, e-mail adresi, bölümü, öğrenim türü, kiminle yaşadığı, herhangi bir psikiyatrik hastalığının olup olmadığı, varsa ne olduğu, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadığı, herhangi bir tıbbi hastalığının olup olmadığı, varsa ne olduğu, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı, herhangi bir madde kullanıp kullanmadığı, birinci derece yakınında bipolar bozukluk olup olmadığı, ikinci derece yakınında bipolar bozukluk olup olmadığı, birinci derece yakınlarında herhangi bir psikiyatrik hastalık olup olmadığı, ikinci derece yakınlarında herhangi bir psikiyatrik hastalık olup olmadığı, gelir düzeyi ve hiç dönem tekrarı olup olmadığı bulunmaktadır (Ek 1).

3.2.2. Hipomani Soru Listesi – 32 Gözden Geçirilmiş Formu (HCL-32R):

Hipomani Soru Listesi – 32 Gözden Geçirilmiş Formu (HCL-32R) başta mani ve hipomani dönemleri olmak üzere duygudurum dönemlerini tarayarak bipolar bozukluğa duyarlı grupları belirlemeyi hedeflemektedir. Ölçek sekiz soru başlığından oluşmaktadır. İlk iki soru öz bildirime dayalı olarak genel durumu değerlendirme amaçlıdır. Üçüncü sorunun altında 32 sorudan oluşan ve evet/hayır diye yanıtlanması beklenen manik/hipomanik soru listesi bulunmaktadır. Duygudurum belirtilerinin dördüncü soruda yaşam üzerine etkisi, beşinci soruda başka insanlar üzerine etkisi, altıncı soruda süresi sorgulanmaktadır. Yedinci soruda böyle duygudurum dönemleri olup olmadığı ve sekizinci soruda ise yılın kaç gününün böyle yaşandığı araştırılmaktadır. Ölçeğin sekiz sorusunun yönergesi birbirinden farklıdır. İlk soruda bugünkü durumuyla ruh hali araştırılıp yedili Likert tipi değerlendirme istenmektedir. İkinci soruda ruh halini başka insanlara göre dördümlü Likert tipi değerlendirmesi istenmektedir. Üçüncü soruda evet/hayır biçiminde yanıtlanan ve duygudurum belirtilerini sorgulayan 32 madde bulunmaktadır (Ek 2). Dördüncü soru dördümlü Likert tipi dört maddeden oluşmaktadır. Beşinci soru beşli Likert tipi, altıncı ve yedinci sorular ise ikili değerlendirme sağlamaktadır. Sekizinci soruda ise bir yılda kaç günün duygudurum

belirtisiyle geçtiği belirtilmektedir. Ölçeğin asıl puanlaması üçüncü sorudaki 32 maddeden elde edilen puanların toplanmasıdır. Buna göre evet yanıtlarına 1, hayır yanıtlarına ise 0 puan verilir. Böylece toplam puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe sürümünün kesme puanı 14/15 olarak elde edilmiştir. Buna göre 14 puanın üzerinde olan denekler bipolar bozukluk açısından risk grubunu oluşturmaktadır. Ölçeğin özgün formu Angst ve ark. tarafından geliştirilmiştir[71]. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır[72]. Türkçe formun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,914 olarak hesaplanmıştır. Duygudurum bozuklukları grubundaki hastaların Hipomani Soru Listesi-32 Gözden Geçirilmiş Form puanı ile Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nden aldıkları puan arasındaki bağıntıya bakıldığında, $r=0,379$ ($p=0,003$) olarak elde edilmiştir. Bipolar bozukluğu bulunan tüm hasta gruplarının elde ettiği puan ortalaması, major depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol grubunun elde ettiği puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur ($t=2,297$, $p=0,023$). Hipomani Soru Listesi-32 Gözden Geçirilmiş Form'un bipolar grubu ile major depresif bozukluk ve kontrol grubunu kapsayan ROC çözümlemesinde ROC eğrisinin altında kalan alan 0,747 olarak saptanmıştır[72].

3.2.3. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu

(Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-CV):

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DYKG-I), First ve ark. tarafından geliştirilmiştir. DYKG-I nin eğitim toplantılarında görüşmeciler arası güvenilirliğinin iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (DYKG-I/KV)'nun Türkçe ye çevrilip uyarlanması yapılmıştır. Daha sonra iki merkezde yürütülen çalışmayla DYKG-I/KV nin görüşmeciler arası güvenilirliği ortaya konmuştur. DYKG-I/KV nin görüşmeciler arası güvenilirliğinde Kappa katsayıları 0.52-1.00 arasında saptanmıştır[73]. DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme nin Türkçe formunun güvenilirliğinde bu katsayılar 0.57-1.00 arasında bulunmuştur. DYKG-I, altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan

araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizodları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken, madde kullanım bozuklukları ve anksiyete ve diğer bozukluklar birer modulde yer almaktadır. Önceki DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzun dan farklı olarak, posttravmatik stres bozukluğu tüm ölçütleriyle sorgulanırken, bazı bozukluklar tanı ölçütü olmadan yalnızca birkaç soruyla araştırılmaktadır. Bu bozukluklar arasında fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve yeme bozuklukları bulunmaktadır. DYKG-I nin 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamındaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse bile, kullanımı yarı-yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeci DYKG-I nin sorularına ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. Ortalama kullanım süresi 45-90 dakika arasındadır. Bizim araştırmada kullandığımız duygudurum epizodları ve duygudurum bozukluklarını sorgulayan iki modül ortalama 15-20 dakika arasında sürmektedir[73].

3.3. Uygulama ve İstatiksel Değerlendirme

Araştırma için öncelikli olarak Celal Bayar Üniversitesi Rektörlüğü'ne başvurularak araştırma için gerekli izin alınmıştır. Ardından üniversite bünyesindeki tüm fakülte ve yüksekokulların 1. sınıf öğrencilerinden toplam 2757 kişiye ulaşılarak araştırmayı kabul eden tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ve HCL-32R uygulaması yapılmıştır. HCL-32R uygulamasından 14 puanın üzerinde puan alan öğrenciler ile 14 puanın altında kalan öğrencilerin %5'i Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na davet edilerek yüz yüze görüşmeyle, gelmeyi kabul etmeyenlere ise telefonda görüşülerek SCID'in iki duygudurum modülü ile DSM-IV Duygudurum Bozukluğu tanıları araştırılmıştır ve telefonda bipolar bozukluk açısından riskli olduğu düşünülen kişiler Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na davet

edilerek onlarla da yüz yüze görüşme sağlanmıştır. Düşük puan almasına karşın görüşme için davet edilen %5'lik gönüllü grubu ise uygulanan ölçeğin kontrolünü sağlayıp özgüllük ve duyarlılığını sınanmıştır.

İstatistiksel değerlendirmede, araştırmanın verileri SPSS for Windows version 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Sosyodemografik verilerde gruplar arasında fark olup olmadığını saptamak için oransal değerler için ki-kare testi, numerik değerler için t testi uygulanmıştır. Testlerde doldurulmayan veriler araştırmaya hiç dahil edilmemiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 1. Araştırmaya katılanların HCL-32R puanlarına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
HCL-32R puanı 14 ve üzeri olanlar	1688	61,20
HCL-32R puanı 14 altı olanlar	1069	38,80
Toplam	2757	100

Araştırmaya katılan 2757 katılımcının %61,20'si (n=1688) HCL-32R puanı 14 ve üzerinde almıştır (Bkz. Tablo:1).

Tablo 2. HCL-32R puanları 14 ve üzerinde almış olan katılımcıların Duygudurum bozuklukları tanılarına göre dağılımları

Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
HCL-32R puanı 14 ve üzeri olanlar	1688	61,20
Bipolar I Bozukluk	10	0,40
Bipolar II Bozukluk	13	0,50
Muhtemel Bipolar Bozukluk	10	0,40
Prodrom döneminde Bipolar Bozukluk	3	0,10
Şimdiki Depresif Bozukluk	11	0,40
Geçirilmiş Depresif Bozukluk	40	1,50

Distimi	1	0,00
Şimdiki Depresyon+Geçirilmiş Depresyon	3	0,10
Distimi+Depresif Bozukluk	2	0,10
Sağlıklı	1104	40,00
Ulaşılamayan	491	17,80
HCL-32R puanı 14 altı olanlar	1069	38,80
Toplam	2757	100

HCL-32R puanı 14 ve üzerinde olanların psikiyatrik değerlendirmesi sonunda % 0,40'ında (n=10) bipolar I bozukluk, %0,50'sinde (n=13) bipolar II bozukluk, %0,40'ında (n=10) muhtemel bipolar bozukluk, %0,10'unda (n=3) prodrom döneminde bipolar bozukluk tanıları saptanmıştır. Ayrıca %40'ında (n=11) şimdiki depresif bozukluk, %1,50'sinde (n=40) geçirilmiş depresif bozukluk, %0,00'ında (n=1) distimi, %0,10'unda (n=3) şimdiki depresif bozukluk ile beraber geçirilmiş depresif bozukluk ve %0,10'unda (n=2) distimi ve depresif bozukluk saptanmıştır. HCL-32R puanı 14 ve üzerinde olanların %40,00'ında (n=1104) herhangi bir duygudurum bozukluğu saptanmamıştır. HCL-32R puanı 14 ve üzerinde olanların %17,80'ine (n=491) telefon veya mail adresi olmadığı ya da görüşmek istemedikleri için ulaşılamamıştır (Bkz Tablo:2).

Tablo 3. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	1285	46,60
Erkek	1462	53,40
Toplam	2747	100

Katılımcıların %46,60'ın (n=1285) kadın, %53,40'ın (n=1462) erkek cinsiyetinde olduğu gözlenmiştir (Bkz. Tablo:3).

Tablo 4. Araştırmaya katılanların ek psikiyatrik hastalık varlığına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	97	3,50
Yok	2600	94,50
Toplam	2697	100

Katılımcıların %3,50'sinde (n=97) ek psikiyatrik hastalık olduğu bildirilmiştir (Bkz. Tablo:4).

Tablo 5. Araştırmaya katılanların ek tıbbi hastalık varlığına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	292	10,60
Yok	2400	87,40
Toplam	2692	100

Katılımcıların %10,60'sında (n=292) ek tıbbi hastalık olduğu bildirilmiştir (Bkz. Tablo:5).

Tablo 6. Araştırmaya katılanların sigara-alkol dahil madde kullanımı varlığına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	771	28,00
Yok	1961	72,00
Toplam	2732	100

Katılımcıların %28,00'inde (n=771) sigara ve alkol dahil madde kullanımı olduğu bildirilmiştir (Bkz. Tablo:6).

Tanı	Madde Türü							
	Sigar a	Alk ol	Diğer madd e	Sigar a + Alkol	Sigar a + Diğer	Alko l + Diğ er	Sigara + Alkol + Madde	Tota l
Bipolar I Bozukluk	1	0	0	2	1	0	1	5
Bipolar II Bozukluk	2	1	0	4	0	0	1	8
Muhtemel Bipolar Bozukluk	0	2	0	2	0	0	0	4
Prodrom döneminde Bipolar Bozukluk	1	0	0	0	0	0	0	1
Şimdiki Depresif Bozukluk	2	0	1	0	0	0	1	4
Geçirilmiş Depresif Bozukluk	10	3	0	8	0	0	0	21
Distimi	1	0	0	0	0	0	0	1
Şimdiki Depresyon+Ge çirilmiş Depresyon	0	1	0	1	0	0	0	2

Distimi+Depresi f Bozukluk	1	0	0	0	0	0	0	1
Sağlıklı	132	86	4	132	0	1	7	362
Ulaşılamayan	57	38	5	48	1	0	11	160
Toplam	207	131	10	197	2	1	21	569

Tablo 7. Araştırmaya katılanların kullandıkları madde türleri

Çalışmaya katılanların kullandıkları maddeler sigara, alkol ve diğer madde (esrar vs.) şeklinde sayısal verileri tablodaki gibi bildirilmiştir. Bipolar I bozukluğu saptananlardan 1 kişinin sigara, 2 kişinin sigara ve alkol, 1 kişinin sigara ve madde, 1 kişinin sigara, alkol ve madde kullandığı bildirilmiştir. Bipolar II bozukluğu saptananlardan 2 kişinin sigara, 1 kişinin alkol, 4 kişinin sigara ve alkol, 1 kişinin sigara, alkol ve madde kullandığı bildirilmiştir. Muhtemel olarak bipolar bozukluğu olduğu saptanan 2 kişinin alkol, 2 kişinin sigara ve alkol kullanadığı bildirilmiştir. Prodrom döneminde bipolar bozukluk saptanan 1 kişinin sigara kullandığı bildirilmiştir (Bkz. Tablo:7).

Tablo 8. Araştırmaya katılanların birinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk varlığına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	84	3,00
Yok	2631	97,00
Toplam	2715	100

Katılımcıların %3,00'unun (n=84) birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olduğu bildirilmiştir (Bkz. Tablo:8).

Tablo 9. Araştırmaya katılanların ikinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk varlığına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	148	5,40
Yok	2566	94,60
Toplam	2714	100

Katılımcıların %5,40'ının (n=148) ikinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olduğu bildirilmiştir (Bkz. Tablo:9).

Tablo 10. Araştırmaya katılanların birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	146	5,30
Yok	2587	94,70
Toplam	2733	100

Katılımcıların %5,30'unun (n=146) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu bildirilmiştir (Bkz. Tablo:10).

Tablo 11. Araştırmaya katılanların ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	244	8,90
Yok	2487	91,10
Toplam	2731	100

Katılımcıların %8,90'unun (n=244) ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu bildirilmiştir (Bkz. Tablo:11).

Tablo 12. Araştırmaya katılanların yaşa ve HCL-32R puanlarına göre dağılımı

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yaş	1,00	54,00	20,26	2,54
HCL-32R puanı	0,00	32,00	14,78	5,62

Katılımcıların yaş ortalaması $20,26 \pm 2,54$ saptanmıştır, minimum yaş 1,00 ve maksimum yaş 54,00 olarak saptanmıştır. Katılımcıların HCL-32R puanı ortalaması $14,78 \pm 5,62$ saptanmıştır, minimum 0,00 puan, maksimum 32 puan olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo:12).

Tablo 13. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların yaş ortalamalarına göre dağılımı

Yaş	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma
Bipolar bozukluk	36	19,69	0,21
Sağlıklı	969	20,23	0,07

Bipolar bozukluk saptananların (n=36) yaş ortalaması $19,69 \pm 0,21$ saptanmıştır. Herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı almayanların (n=969) yaş ortalaması $20,23 \pm 0,07$ saptanmıştır (Bkz. Tablo:13).

Hastalardan alınan bilgilere göre 18 kişinin ilk epizotlarının 16-17'li yaşlarda depresif şikayetlerle başladığı bildirilmiştir. 3 hastanın ilk epizotlarının 17'li, 2 hastanın ise 19'lu yaşlarda hipomanik ve manik epizot dönemleriyle başladığı bildirilmiştir. Diğer 13 hastanın ilk epizot yaşları ve özellikleri deyatlı ve net öykü verememelerine bağlı olarak ergenlik dönem özellikleri ile ayırt edilememeleri ve bazı katılımcıların da görüşmeye gelmemeleri nedeniyle belirlenememiştir.

Tablo 14. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların cinsiyetlerinin karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	22	61,10	14	38,90	36	100
Sağlıklı	449	40,80	651	59,20	1100	100
Toplam	471	41,50	665	58,50	1136	100

p<0,05*

p<0,01*

Bipolar bozukluk tanısı alanların %61,10'unun (n=22) kadın, %38,90'ının (n=14) erkek cinsiyetinde olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluğun kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5,915$; p=0,015), (Bkz tablo 14).

Tablo 15. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların kimlerle yaşadığının karşılaştırılması

	Aile		Arkadaş evi		Yurt		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	14	38,80	11	30,60	11	30,60	36	100
Sağlıklı	501	45,80	208	19,00	384	35,10	1093	100
Toplam	515	45,60	219	19,40	395	35,00	1129	100

($\chi^2=2,964$; p=0,227)

Bipolar bozukluk tanısı alanların %38,90'ının (n=14) ailesi ile beraber, %30,60'ının (n=11) arkadaş evinde, %30,60'ının (n=11) yurttaki kaldığı saptanmıştır. Ailesi yanında kalanlar, arkadaş evinde kalanlar ve yurttaki kalanlar bipolar bozukluk görülme sıklığı açısından karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2,964$; p=0,227), (Bkz tablo 15).

Tablo 16. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların öğrenim durumlarının karşılaştırılması

	1. Öğrenim		2. Öğrenim		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	19	54,30	16	45,70	35	100
Sağlıklı	600	55,00	491	45,00	1091	100
Toplam	619	55,00	507	45,00	1126	100

($\chi^2=0,007$; $p=0,934$)

Bipolar bozukluk tanısı alanların %54,30'unun (n=19) 1. öğretimde öğrenim gördüğü, %45,70'inin (n=16) 2. öğretimde öğrenim gördüğü saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanlar öğrenim durumlarına göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,007$; $p=0,934$), (Bkz tablo 16).

Tablo 17. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların ek psikiyatrik hastalık varlığına göre karşılaştırması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	4	11,10	32	88,90	36	100
Sağlıklı	36	3,30	1051	96,70	1087	100
Toplam	40	3,60	1083	96,40	1123	100

$p<0,05^*$

$p<0,01^*$

Bipolar bozukluk tanısı alanların %11,10'unda (n=4) ek psikiyatrik hastalık olduğu saptanırken, sağlıklı olanların %3,30'unda (n=36) ek psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluğu saptananlarda ek psikiyatrik hastalık olarak 2 kişide anksiyete bozukluğu, 1 kişide dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve 1 kişide obsesif kompulsif bozukluk olduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu olanlarda ek psikiyatrik hastalık

görölme sıklığı sağılıklı olanlara göre daha fazla bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları ek psikiyatrik hastalık varlığı açısından sağılıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,255$; $p=0,014$), (Bkz tablo 17).

Tablo 18. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağılıklı olanların psikiyatrik ilaç kullarımlarının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	5	13,90	31	86,10	36	100
Sağılıklı	17	1,60	1073	98,40	1090	100
Toplam	22	2,00	1104	98,00	1126	100

$p<0,05^*$

$p<0,01^*$

Bipolar bozukluk tanısı alanların %13,90'ının ($n=5$) psikiyatrik ilaç kullandığı saptanırken, sağılıklı olanların %1,60'ının ($n=17$) psikiyatrik ilaç kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluğu saptananlarda ek psikiyatrik ilaç kullanımı olarak 3 kişide SSRI, 1 kişide Ritalin kullanımı olduğu belirlenmiştir. 1 kişi görüşmeye gelmediği için ne ilaç kullandığı bilinmemektedir. Bipolar bozukluğu olanlarda psikiyatrik ilaç kullanma sıklığı sağılıklı olanlara göre daha fazla bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları psikiyatrik ilaç kullanımı açısından sağılıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=27,679$; $p<0,0001$), (Bkz tablo 18).

Tablo 19. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların ek tıbbi hastalık varlığına göre karşılaştırması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	8	22,90	27	77,10	35	100
Sağlıklı	109	10,10	970	89,90	1079	100
Toplam	117	10,50	997	89,50	1114	100

p<0,05*

p<0,01*

Bipolar bozukluk tanısı alanların %22,90'unda (n=8) ek tıbbi hastalık olduğu saptanırken, sağlıklı olanların %10,10'unda (n=109) ek tıbbi hastalık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluğu saptananlarda ek tıbbi hastalık olarak; 2 kişide migren, 1 kişide hasimoto tiroidi, 1 kişide polikistik over, 1 kişide idrar inkontinansı, 1 kişide akut romatizmal hastalık, 1 kişide göz kuruluğu olduğu belirlenmiştir. 1 kişi görüşmeye gelmediği için ek tıbbi hastalığının ne olduğu bilinmemektedir. Bipolar bozukluğu olanlarda ek tıbbi hastalık görülme sıklığı sağlıklı olanlara göre daha fazla bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları ek tıbbi hastalık varlığı açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5,868$; p=0,015), (Bkz tablo 19).

Tablo 20. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların tıbbi ilaç kullanımlarının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	7	21,90	25	78,10	32	100
Sağlıklı	110	10,10	977	89,90	1087	100
Toplam	117	10,50	1002	89,50	1119	100

p<0,05*

p<0,01*

Bipolar bozukluk tanısı alanların %21,90'ının (n=7) tıbbi ilaç kullandığı saptanırken, sağlıklı olanların %10,10'unun (n=110) tıbbi ilaç kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluğu saptananlarda ek tıbbi ilaç kullanımı olarak; 2 kişinin migren ilacı, 1 kişinin tiroid ilacı, 1 kişinin oral kontraseptif, 1 kişinin ürünler antispazmotik, 1 kişinin antibiyotik, 1 kişinin göz yaşı damlası kullandığı belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu olanlarda tıbbi ilaç kullanma sıklığı sağlıklı olanlara göre daha fazla bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları tıbbi ilaç kullanımı açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4,588$; $p=0,032$), (Bkz tablo 20).

Tablo 21. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların sigara-alkol dahil madde kullanımlarının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	18	50,00	18	50,00	36	100
Sağlıklı	358	32,60	739	67,40	1097	100
Toplam	376	33,20	757	66,80	1133	100

$p<0,05^*$

$p<0,01^*$

Bipolar bozukluk tanısı alanların %50,00'sinin (n=18) sigara-alkol dahil madde kullandığı saptanırken, sağlıklı olanların %32,60'ının (n=358) sigara-alkol dahil madde kullandığı saptanmıştır. Bipolar I bozukluğu saptananlardan 1 kişinin sigara, 2 kişinin sigara ve alkol, 1 kişinin sigara ve madde, 1 kişinin sigara, alkol ve madde kullandığı bildirilmiştir. Bipolar II bozukluğu saptananlardan 2 kişinin sigara, 1 kişinin alkol, 4 kişinin sigara ve alkol, 1 kişinin sigara, alkol ve madde kullandığı bildirilmiştir. Muhtemel olarak bipolar bozukluğu olduğu saptanan 2 kişinin alkol, 2 kişinin sigara ve alkol kullanadığı bildirilmiştir. Prodrom döneminde bipolar bozukluk saptanan 1 kişinin sigara kullandığı bildirilmiştir. Bipolar bozukluğu olanlarda sigara-alkol dahil madde kullanma sıklığı sağlıklı olanlara göre daha fazla bulunmuştur.

Bipolar bozukluk hastaları sigara-alkol dahil madde kullanımı açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4,759$; $p=0,030$), (Bkz tablo 21).

Tablo 22. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların sigara-alkol hariç madde kullanımlarının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	3	16,70	15	83,30	18	100
Sağlıklı	8	2,20	354	97,80	362	100
Toplam	11	2,90	369	97,10	380	100

$p<0,05^*$

$p<0,01^*$

Bipolar bozukluk tanısı alanların %16,70'inin (n=3) sigara-alkol hariç diğer maddeleri kullandığı saptanırken, sağlıklı olanların %2,20'sinin (n=8) sigara-alkol hariç diğer maddeleri kullandığı saptanmıştır. Bipolar I bozukluğu saptanan 2 kişide ve bipolar II bozukluğu saptanan 1 kişide sigara-alkol hariç diğer madde kullanımı olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluğu olanlarda sigara-alkol hariç diğer maddeleri kullanma sıklığı sağlıklı olanlara göre daha fazla bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları sigara-alkol hariç diğer maddeleri kullanma açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12,749$; $p<0,0001$), (Bkz tablo 22).

Tablo 23. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların birinci derecede akrabalarında bipolar bozukluk varlığının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	3	8,60	32	91,40	35	100
Sağlıklı	35	3,20	1052	96,80	1087	100

Toplam	38	3,40	1084	96,60	1122	100
--------	----	------	------	-------	------	-----

($\chi^2=2,968$; $p=0,085$)

Bipolar bozukluk tanısı alanların %8,60'ının ($n=3$) birinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk olduğu, sağlıklı olanların %3,20'sinin ($n=35$) birinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanların birinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk görülme sıklığı biraz daha fazla bulunmakla beraber sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2,968$; $p=0,085$), (Bkz tablo 23).

Tablo 24. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların ikinci derecede akrabalarında bipolar bozukluk varlığının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	6	17,10	29	82,90	35	100
Sağlıklı	69	6,30	1018	93,70	1087	100
Toplam	75	6,70	1047	93,30	1122	100

$p<0,05^*$

$p<0,01^*$

Bipolar bozukluk tanısı alanların %17,10'unun ($n=6$) ikinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk olduğu, sağlıklı olanların %6,30'unun ($n=69$) ikinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanların ikinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk görülme sıklığı sağlıklı olanların ikinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk görülme sıklığından daha fazla olduğu bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları ikinci derece akrabalarında Bipolar bozukluk görülmesi açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,335$; $p=0,012$), (Bkz tablo 24).

Tablo 25. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların birinci derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	4	11,10	32	88,90	36	100
Sağlıklı	59	5,40	1038	94,60	1097	100
Toplam	63	5,60	1070	94,40	1133	100

($\chi^2=2,181$; $p=0,140$)

Bipolar bozukluk tanısı alanların %11,10'unun (n=4) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu, sağlıklı olanların %5,40'ının (n=59) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanların birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık görülme sıklığı biraz daha fazla bulunmakla beraber sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2,181$; $p=0,140$), (Bkz tablo 25).

Tablo 26. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların ikinci derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığının karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	8	22,20	28	77,80	36	100
Sağlıklı	102	9,30	992	90,70	1094	100
Toplam	110	9,70	1020	90,30	1130	100

$p<0,05^*$

$p<0,01^*$

Bipolar bozukluk tanısı alanların %22,20'sinin (n=8) ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu, sağlıklı olanların %9,30'unun (n=102) ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanların ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık görülme sıklığı sağlıklı olanların ikinci derece akrabalarında

psikiyatrik hastalık görülme sıklığından daha fazla olduğu bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastaları ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık görülmesi açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,599$; $p=0,010$), (Bkz tablo 26).

Tablo 27. Bipolar bozukluğu olanlar ve sağlıklı olanların okulda dönem tekrarı varlığına göre karşılaştırılması

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk	3	8,30	33	91,70	36	100
Sağlıklı	83	7,60	1009	92,40	1092	100
Toplam	86	7,60	1042	92,40	1128	100

($\chi^2=0,027$; $p=0,871$)

Bipolar bozukluk tanısı alanların %8,30'unun (n=3)okulda derslerinden başarısız olduğu ve dönem tekrarı yaptığı, sağlıklı olanların %7,60'ının (n=83) dönem tekrarı yaptığı saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanlar dönem tekrarı yapmalarına göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,027$; $p=0,871$), (Bkz tablo 27).

Tablo 28. Lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	B	Std.Hata	Wald	S. D	P	Exp(β p)
S-A hariç madde	-3,694	1,106	11,148	1	0,001	0,025
Cinsiyet	-1,424	0,804	3,138	1	0,076	0,241
Yaş	0,254	0,265	0,917	1	0,338	1,289
Ek	19,75	7130,039	0,000	1	0,99	377917930,38

psikiyatrik H.	0				8	1
Psk. ilaç kullanımı	-2,656	1,505	3,115	1	0,078	0,070
Ek tıbbi H.	-0,458	1,212	0,143	1	0,706	0,633
Ek tıbbi ilaç kullanımı	-1,302	1,130	1,329	1	0,249	0,272
S-A dahil madde	-18,426	40192,995	0,000	1	1,000	0,000
1. derece akr. BB	14,228	8292,332	0,000	1	0,999	1511238,756
2. derece akr. BB	-0,073	1,364	0,003	1	0,957	0,929
1. derece akr. PH	18,395	6968,139	0,000	1	0,998	97421713,033
2. derece akr. PH	-1,376	1,019	1,824	1	0,177	0,252
Sabit	17,806	40192,995	40192,995	1	1,000	54065462,691

Temel istatistiksel analizlerde anlamlı bulunan ve literatürde anlamlı olduğu bildirilen bağımsız değişkenler ileri analizlerde tekrar değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerden alınan cinsiyet, ek psikiyatrik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı varlığı, ek tıbbi hastalık varlığı, tıbbi ilaç kullanımı varlığı, sigara-alkol dahil madde kullanımı varlığı, sigara-alkol hariç diğer madde kullanımı varlığı, birinci derece akrabada bipolar bozukluk varlığı, ikinci derece akrabada bipolar bozukluk varlığı, birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık varlığı ve ikinci derecede akrabada psikiyatrik hastalık varlığı basamaklı (stepwise) analizinde değerlendirildiğinde bu değişkenlerden üçü olan madde kullanımı ($p<0,0001$), tıbbi ilaç kullanımı

($p<0,0001$) ve cinsiyetin ($p<0,0001$) bipolar bozukluk sıklığını attırdığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Temel istatistiksel analizlerde anlamlı bulunan ve literatürde anlamlı olduğu bildirilen bağımsız değişkenler lojistik regresyon analizinde tekrar değerlendirilmiştir ve lojistik regresyon analizinde anlamlı bir model kurulabilmiştir. Lojistik regresyonda bipolar bozukluk olanlar ve sağlıklı olanları ayırt etmekte belirleyici faktör olarak madde kullanımının ($wald=11,148$; $p=0,001$) iki grubu ayırt etmekte bağımsız katkısı olduğu görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, diğer değişkenler istatistiksel olarak anlamlılığını kaybetmiştir (Bkz tablo 28).

5. TARTIŞMA

Bipolar Bozukluk tekrarlayıcı manik ve depresif epizodlarla ötimi adı verilen iyilik dönemleriyle karakterize yaşamı etkileyen önemli zihinsel hastalıklardan biridir. Bipolar bozuklukta yanlış tanı nedeniyle hastaların büyük bölümü etkili tedaviye geç dönemde başlayabilmektedirler[74]. Bunun nedenlerinden bir tanesi hastalığın çoğu kez depresyon ile başlaması, ancak tanı konabilmesi için mutlaka manik dönemin görülmesi zorunluluğudur[75]. Bir diğer neden ise hastaların hipomani ve hatta hafif düzeydeki manik dönemleri net biçimde anımsayamamaları ve bilgi verememeleridir[76]. Bu nedenle bipolar hastalarda erken tanı konulması, tedaviye erken başlanması ve hastalığın seyri açısından oldukça önemlidir. Uluslararası alanda bipolar bozukluğun görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını araştıran çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve sonuçları yayınlanmıştır. Diğer yandan ülkemizde genel psikiyatrik epidemiyoloji çalışmaları yapılmakla beraber, bipolar bozukluk özelinde yapılmış bir epidemiyolojik çalışma henüz yürütülmemiştir. Bu konudaki gereksinim dikkat çekicidir.

Bu çalışmada amaç olarak toplum araştırmasından önce gereksinimleri belirlemek açısından üniversite öğrencileri arasında epidemiyolojik özellikleri araştıran bir çalışma yürütülmesi planlanmıştır. Bu araştırmadaki amacımız bipolar bozukluğun genç erişkinlerde görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını belirlemek ve ileride yapılması planlanan epidemiyolojik çalışmalar için bir ön araştırma sağlamak olarak özetlenebilir.

Sosyodemografik Özellikler Yönünden Karşılaştırma

Bizim araştırmamızda araştırmaya katılan 2757 katılımcının %61,20'si (n=1688) HCL-32R puanı 14 ve üzerinde almıştır. Ölçeğin Türkçe sürümünün kesme puanı 14/15 olarak elde edilmiştir ve bu kesme puanında özgüllük

%69,8 ve duyarlılık %71,0 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin özgün çalışmasında da kesme puanı 14 olarak elde edilmiştir ancak özgüllük %51 iken duyarlılık %80 olarak bulunmuştur[76]. İspanyolca sürümünde de kesme puanı 14 olarak elde edilmiştir ve özgüllük ve duyarlılık düzeyleri sırasıyla %79 ve %85 olarak hesaplanmıştır[77]. Ölçeğin İtalyanca sürümünün çalışmasında da 14/15 kesme puanı elde edilerek özgüllük %69 ve duyarlılık %73 düzeyinde bulunmuştur[78]. Bir çok çalışmada bizim araştırmamızda kullandığımız kesme puanı ile hemen hemen benzer özgüllük ve duyarlılık düzeylerinde bulunan aynı kesme puanı kullanılmıştır.

Araştırmamızda HCL-32R puanı 14 ve üzerinde olanların psikiyatrik değerlendirmesi sonunda % 0,40'ında (n=10) bipolar I bozukluk, %0,50'sinde (n=13) bipolar II bozukluk, %0,40'ında (n=10) muhtemel bipolar bozukluk, %0,10'unda (n=3) prodrom döneminde bipolar bozukluk tanıları saptanmıştır. Ayrıca %40'ında (n=11) şimdiki depresif bozukluk, %1,50'sinde (n=40) geçirilmiş depresif bozukluk, %0,00'ında (n=1) distimi, %0,10'unda (n=3) şimdiki depresif bozukluk ile beraber geçirilmiş depresif bozukluk ve %0,10'unda (n=2) distimi ve depresif bozukluk saptanmıştır. HCL-32R puanı 14 ve üzerinde olanların %40,00'ında (n=1104) herhangi bir duygudurum bozukluğu saptanmamıştır. HCL-32R'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında HCL-32R'nin tanı gruplarını ayırt ediciliği ölçek puanlarının tanı grupları arasında karşılaştırılmasıyla sağlanmıştır ve bipolar bozukluk gruplarının puan ortalaması major depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol gruplarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ve ayırt ettiği gösterilmiştir. Ancak bipolar I bozukluk ve bipolar II bozukluk grupları arasında ise fark bulunmamıştır. Ölçeğin özgün geliştirme çalışmasında[76], Çince sürümünün çalışmasında[79] ve Almanca sürümü çalışmaları da benzer bulgular elde edilmiştir[80,81]. Bizim araştırmamızda literatürle uyumlu veriler elde edilmekle beraber katılımcıların beklenen oranların üzerinde HCL-32R'ten yüksek puan almalarının nedeninin ergenlik çağına bazı ruhsal özelliklerin hipomani ve mani ile benzerlik göstermesi (APA 2002) olduğu düşünülmüştür. Ergenlik döneminin en temel ortak özelliği tutarsızlıktır. Ergenin davranış ve tavırlarında bu denli belirgin bir tutarsızlık yaşaması

aslında iç dünyasındaki fırtınaları ve çelişkileri yansıtır. Bu durumun sonucunda HCL-32R maddelerinin bazılarında yanlış pozitifliğe neden olabilecek ancak ergenliğin normal özellikleri arasında değerlendirilebilen; depresif ve hipomanik epizot özellikleri ile giden duygudurum dalgalanmaları, benmerkezci ve ılımlı antisosyal davranışların neden olduğu öfke sorunları, okul başarısında düşme ve okul devamsızlığı gibi normal ergenlik dönemi özelliklerine yol açabilir. Bu tür davranışlar gösteren bir erişkin için kolaylıkla ciddi ruhsal sorunların varlığı akla gelebilir. Ancak ergenlik döneminde bu davranışlar genellikle normal “psödopatolojiyi” tanımlar ve bu davranışları tanımlarken erişkin normlarını kullanmak yerine ergenlik dönemi sürecinin ve amacının göz önünde bulundurarak değerlendirme yapmak gerekmektedir[82].

Bipolar bozukluğun sıklıkla 20’li yaşlarda başladığı kabul edilmektedir[34]. Olguların yarısından fazlasında başlangıç 20 yaşın altındadır [24,35]. Başka bir çalışmada 20-25 yaş aralığında yıllık insidansın 16.3/100.000 olduğunu; bu grupta diğer yaş gruplarına kıyasla aile öyküsünde bipolar bozukluk görülme sıklığının daha fazla olması, hastalığın ilk döneminin daha şiddetli olması ve atipik belirtilerin daha fazla gözlenmesi gibi bulguların da, erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olguların bipolar bozukluğun farklı formlarını temsil etmesi yönünde kanıt oluşturabileceğini belirtmektedirler[36]. Bipolar II bozuklukta başlangıç yaşının bipolar I bozukluk olgularına göre biraz daha yüksek olabileceği kabul edilmektedir [37]. Erkeklerde başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğu da bazı çalışmalarda bildirilmektedir[38,39,40]. Bizim araştırmamızda da bipolar bozukluk saptananların (n=36) yaş ortalaması 19,69±0,21 saptanmıştır. Hastalardan alınan bilgilere göre 18 kişinin ilk epizotlarının 16-17’li yaşlarda depresif şikayetlerle başladığı bildirilmiştir. 3 hastanın ilk epizotlarının 17’li, 2 hastanın ise 19’lu yaşlarda hipomanik ve manik epizot dönemleriyle başladığı bildirilmiştir. Son zamanlarda bipolar bozuklukta semptomların başlama yaşı ile tedavi arayışı ve tedaviye başlama yaşı arasında uzun gecikmeler (yaklaşık 6,5 yıl) olduğunu gösteren çalışmalar bildirilmiştir[83,84]. Bipolar bozukluk hastalarına ilk başta en sık olarak depresif bozukluk tanısının

konulduğu ve antidepresan tedavilerinin başlandığı bildirilmektedir[83]. Antidepresanların bipolar bozukluk tedavisinde monoterapide kullanılmasının hastalığın seyrini kötüleştirdiğine dair yapılan yayınlar giderek artmaktadır[85,86,87]. Bizim araştırmamızda da literatürle uyumlu olarak bipolar bozukluğun çoğu zaman ilk olarak ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde depresif epizot belirtileriyle başladığı, ayrıca bipolar bozukluk hipomanik ve manik epizot dönemlerinin ergenlik dönem özellikleri ile karışması nedeniyle epizot dönemlerinin ayırt edilmesinde güçlükler olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle bipolar hastalar erken dönemlerde gözden kaçabilmektedir ve bu hastaların başlarda yanlış tanı alarak uygun olmayan ilaçlarla tedavi edilme riskleri olduğu dikkat çekicidir.

Birçok çalışmada bipolar bozukluğun yaygınlığının cinsiyete göre değişmediği, bipolar bozukluğun kadınlar ve erkeklerde eşit oranlarda olduğu bulunmuştur[45,49,88,89,90,91,92,93]. Alan çalışmalarından bazılarında elde edilen bulgulara göre bipolar bozukluk görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında bir fark bulunmamaktadır[29,41,42]. Biz araştırmamızda bipolar bozukluk tanısı alanların %61,10'unun (n=22) kadın, %38,90'ının (n=14) erkek olduğu, bipolar bozukluğun kadınlarda görülme sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu ve bipolar bozukluk hastaları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur($\chi^2=5,915$; $p=0,015$). Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda da bipolar bozukluk sıklığının araştırmamızdaki sonuçlarla benzer olarak cinsiyete göre farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. ECA çalışmasında kadınlarda erkeklere oranla 1.2 kat daha fazla bipolar bozukluk görüldüğü gösterilmiştir[94]. Have ve arkadaşları ise bipolar bozukluğun yaygınlığını kadınlarda %2.2, erkeklerde %1.6 oranında olarak bizim araştırmamız ile benzer şekilde bildirmişlerdir[95]. Ancak bazı araştırmalarda bizim sonuçlarımızın tam tersi olarak bipolar bozukluğun erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bunlar arasında Avustralya'da bipolar bozukluğun yaygınlığını erkeklerde %3.1, kadınlarda %2.0 oranında bulmuşlardır[96]. Etiyopya'da bipolar bozukluğun yaygınlığını erkeklerde %0.6, kadınlarda %0.3 oranında bulup erkeklerde kadınların 2 katı yaygınlık

oranları bildirmişlerdir[27]. Kimi araştırmacılar bu verinin dikkatle ele alınması gerektiğini, özellikle klinik dışı çalışmalarda daha zor saptanan bipolar II bozukluk olgularında kadın cinsiyetinin daha baskın olduğunu belirtmektedirler[33]. Yukarıda bildirilen çalışmalarda bizim çalışmamızın tam aksine erkeklerde bipolar bozukluk görülme sıklığının daha fazla bulunmasının nedeni daha zor saptanan bipolar II bozukluk olgularının gözden kaçması olabilir. Bipolar bozukluğunu epizot özelliklerinin farklı olması nedeniyle de cinsiyetler arasında da farklılıklar bulunabilir. Buna bağlı olarak bazı çalışmalarda kadınlarda depresif dönemlerin daha fazla sayıda ve daha uzun süreli görüldüğü, hızlı döngülü bipolar bozukluk riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir[90,92,97,98,99]. Bipolar bozukluğun ilk nöbetinin kadınlarda daha fazla depresyon, erkeklerde ise daha fazla mani şeklinde olduğu bildirilmiştir[43,70]. Bazı araştırmacılar tarafından ortaya atılan unipolar mani alt tipinin yine erkeklerde daha fazla olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir[43,44]. Bizim araştırmamızda da başlangıç epizot özellikleri ile ilişkili yukarıda tartışıldığı gibi benzer veriler bulunmaktadır.

Ek Psikiyatrik Hastalık Yönünden Karşılaştırma

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk ve diğer DSM-IV Eksen I bozuklukları arasındaki ektanı oranlarının büyüklüğüne yönelik veriler giderek artmaktadır. NCS-R çalışmasında yaşam boyu bipolar bozukluk tanısı konmuş olguların %90'ından daha fazlasında bir başka bozukluğun yaşam boyu tanı ölçütlerinin karşılandığı saptanmıştır. Hatta bipolar spektrum bozukluk tanısı konmuş olanların %70'inde üç veya daha fazla bozukluk öyküsü bulunduğu da bildirilmiştir. Bipolar bozukluk ile en sık birlikte görülen bozukluklar anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır[58]. Bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluklarının birlikteliğinin sıklığını araştıran çok sayıda epidemiyolojik ya da klinik, geniş ölçekli çalışma yapılmıştır[100,101,102]. Çalışmalardan elde edilen bulgular, bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı görülme sıklığının % 24 ile % 93 arasında değiştiğini

göstermektedir[45,101,102,103,104]. Geniş ölçekli bir yurtdışı çalışmasında, Boylan ve arkadaşları, 138 bipolar bozukluk hastasından % 55.8'inde en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısı bulunduğunu, % 31.8'inde ise birden fazla anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildirmişlerdir[100]. Ülkemizde bu yönde yapılmış en az üç farklı klinik kesitsel araştırma bulunmaktadır ve Türkiye'de klinik ortamdaki bipolar bozukluk hastalarında yapılmış ek tanı çalışmalarında anksiyete bozukluğu oranının %30-60 arasında olduğu gösterilmiştir[59,60,105]. Ülkemizde yapılan bir klinik çalışmada, 70 bipolar I bozukluk tanısı konmuş düzelme dönemindeki hastalarda, yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanı sıklığının % 61.4, çoğul anksiyete bozukluğu sıklığının ise % 38.6 olduğu bulunmuştur[59]. Benzer çalışma deseniyle, benzer özelliklere sahip bir hasta grubunda yapılan bir diğer çalışmada, bu oranlar sırasıyla % 27.1, % 10 olarak bildirilmiştir[60]. Anksiyete bozuklukları ayrı ayrı ele alındığında, bipolar bozuklukta en sık, hangi anksiyete bozukluğu ek tanısının bulunduğunu belirlemek güçtür. Bipolar bozukluğa eşlik eden anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar ve farklı sıralamalar bildirilmiştir[106]. Bu süreçte karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, bipolar bozukluk olgularının büyük bir bölümünün, aynı anda birden fazla anksiyete bozukluğu tanı ölçütünü karşılamasıdır[100]. Bipolar bozuklukla en çok hangi anksiyete bozukluğunun birlikte bulunduğuna ilişkin veriler henüz genellemelerden oldukça uzaktır. Çocukluk döneminden itibaren yapılan uzun izlem çalışmalarında, çocukluk çağında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya depresyon tanısı konan çocuklarda erken yetişkinlik döneminde bipolar bozukluk gelişmesinin, diğer başka bozukluklara kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla olduğu gösterilmiştir[61,62,63,64]. Bizim araştırmamızda bipolar bozukluk tanısı alanların %11,10'unda (n=4) ek psikiyatrik hastalık olduğu saptanırken, sağlıklı olanların %3,30'unda (n=36) ek psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak bipolar bozukluğu olanlarda ek psikiyatrik hastalık görülme sıklığı sağlıklı olanlara göre daha fazla bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($\chi^2=6,255$; $p=0,014$). Daha önceki yapılan çalışmaların çoğunda bizim çalışmamızdan farklı olarak

bipolar bozukluk tanısı alan ve yaşam boyu takip edilen hastalarda ek psikiyatrik tanıları araştırılmıştır. Bizim araştırmamızda farklı olarak ilk kez bipolar bozukluk tanısı almış ve henüz hiç duygudurum dengeleyici tedavi kullanmamış hastalarda eşlik eden ek psikiyatrik tanı oranları bildirilmiştir. Bu hastalar yaşam boyu takip edildiği zaman eşlik eden ek psikiyatrik tanı oranlarının daha da artacağı ön görülebilir.

Ek Psikiyatrik İlaç Kullanımı Yönünden Karşılaştırma

Bipolar bozukluk hastalarında diğer psikiyatrik hastalıkları tedavi ederken, öncelikler mutlaka belirlenmeli, diğer hastalık belirtileri sorgulanmalı, ardından tedaviye bir yön verilmelidir[107]. Çünkü duygudurumu kontrol altına almadan antidepresan ilaç başlanması, bipolar bozukluk dönemlerinin alevlenmesine yol açarak psikiyatrik belirtilerinin daha da kötüleşmesine neden olabilir, çünkü psikiyatrik hastalık tedavisinde kullanılan ilaçların büyük çoğunluğu (Örn. SSRI, trisiklik antidepresanlar (TSA) v.b.) bipolar hastalarda manik kaymaya ya da hızlı döngüye neden olabilirler[108]. Bu unsurların tedavi eden hekimler tarafından dikkate alınıp, yarar-zarar dengesine göre, farmakoterapide hangi ilaçların kullanılacağına karar verilmesi zorunludur. Olgu sunumları, açık çalışmalar ve klinik gözlemlerden elde edilen sonuçları gözden geçiren makalelerde de değerli tartışmalar yapılmış ve bu tür ek tanıli hastaların tedavisine yönelik önerilerde bulunulmuştur. Araştırmaların bir kısmı bipolar bozukluğun kontrolüne öncelik verilmesinin zorunlu olduğunu belirtmiş ve tedaviye duygudurum düzenleyicilerle başlanmasını, daha sonra gerekirse antidepresan eklenmesini önermişlerdir[109]. Diğer bazı yazarlar, bu hastalarda bilişsel davranışçı terapiler gibi farmakoterapi dışı seçeneklerin göz önünde tutulmasını istemişlerdir[108]. Manik hastalarda bu seçeneğin kullanımının sınırlı olduğuna da dikkat çekilerek, en doğru yaklaşımın, hastaların duygudurum düzenleyicileri ve atipik antipsikotiklerle düzeltilmelerinin ardından, diğer psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlardan

(TSA'lar yerine SSRI'lar gibi) manik kaymaya yol açma riski daha az olanların eklenmesi olduğu belirtilmiştir[108]. Bizim araştırmamızda bipolar bozukluk tanısı alanların %13,90'ının (n=5) psikiyatrik ilaç kullandığı saptanırken, sağlıklı olanların %1,60'ının (n=17) psikiyatrik ilaç kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluğu saptananlarda ek psikiyatrik ilaç kullanımının SSRI kullanımı olduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluk hastaları psikiyatrik ilaç kullanımı açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=27,679$; $p<0,0001$). Araştırmamızın daha önce bipolar bozukluk tanısı almamış ve hiç duygudurum dengeleyici tedavi kullanmamış bir grupta yapıldığını düşünürsek elde ettiğimiz verilerin yukarıda bahsedildiği gibi hem bipolar bozuklukta eşlik eden psikiyatrik hastalıklar açısından hem de antidepresan kullanımının tetiklediği bipolar bozukluk epizotları açısından oldukça önemli olduğu sonucuna varılabilir.

Ek Tıbbi Hastalık ve Ek Tıbbi İlaç Kullanımı Yönünden Karşılaştırma

Bipolar bozukluk ve çeşitli fiziksel hastalıkların birlikteliği özellikle klinik ortamlarda sıkça karşılaşılan tablolardır[65]. Yapılan gözlemlerin klinik ortamda olması nedeniyle araştırmalardaki eşlik eden ek tıbbi hastalık oranlarının yüksek olabileceği düşüncesinden yola çıkarak klinik dışı alanda tekrar değerlendiren çalışmaların sonucunda da kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve migren gibi bazı fiziksel hastalıkların bipolar bozukluk ile sıklıkla birlikte görüldüğünü desteklemektedir[50,66]. Bizim araştırmamızda bipolar bozukluk tanısı alanların %22,90'unda (n=8) ek tıbbi hastalık olduğu saptanırken, sağlıklı olanların %10,10'unda (n=109) ek tıbbi hastalık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluğu saptananlarda ek tıbbi hastalık olarak migren, hashimatro tirodi, polikistik over, idrar inkontinansı, akut romatizmal hastalık ve göz kuruluğu olduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu olanlarda ek tıbbi hastalık görülme sıklığı sağlıklı olanlara göre literatürle uyumlu olarak daha fazla bulunmuştur aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5,868$; $p=0,015$). Ayrıca bipolar bozukluk tanısı alanların

%21,90'ının (n=7) tıbbi ilaç kullandığı saptanırken, sağlıklı olanların %10,10'unun (n=110) tıbbi ilaç kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluk hastaları tıbbi ilaç kullanımı açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4,588$; $p=0,032$). Bizim araştırmamızın da hastane dışı alanda ve tıbbi hastalıklar açısından düşük risk içeren genç bir araştırma grubunda yapılmış olduğunu göz önünde bulundurursak bipolar bozukluk tanısı olanlarda ek fiziksel hastalık görülme ve ek tıbbi ilaç kullanma oranlarının normal toplumdaki yüksek olduğu düşüncesine varılabilir.

Ailede Bipolar Bozukluk ve Diğer Psikiyatrik Hastalıkların Varlığı Yönünden Karşılaştırma

Son yıllarda araştırmalar bipolar bozukluğun klasik Mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini, polimorfik ve multifaktöriyel bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bipolar bozukluk için bir veya birkaç özgün gen bulunamayacağı, belki yüzlerce genin etkilerinin birlikte değerlendirilmesinin gerektiği öne sürülmektedir[51]. Bu nedenle bipolar bozukluğun ailesel yönünün olduğu kabul edilir. Aile üyelerinden birinde bipolar bozukluk olan kişiler arasında bipolar bozukluk görülme oranı toplumdakinden daha yüksektir[52]. Bipolar bozukluk hastalarının birinci dereceden akrabalarında hem bipolar bozukluk, hem de diğer duygudurum bozukluklarının görülme sıklığı daha yüksek oranda bulunmuştur[53]. Bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının çocuklarında bipolar bozukluk riski %13 oranında bulunmuştur[54]. Bir gözden geçirmede bipolar bozukluk riskinin bir yumurta ikizinde %40-70, hastaların birinci dereceden akrabalarında %5-10 arasında olduğunu; hastalarla kan bağı olmayanlarda %0,5-1,5 arasında olduğu bulunmuştur[55]. Duygudurum bozukluklarının eş hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde %75, çift yumurta ikizlerinde %20 bulunmuştur[56]. İkiz çalışmalarında kalıtsallık oranı %80-90 arasında bulunmuştur[57]. Ayrıca Türkiye'de yapılan bir çalışmada Aydın'da bipolar

bozukluk hastalarının %57,7'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu bildirilmiştir[69]. Bizim araştırmamızda bipolar bozukluk tanısı alanların %8,60'ının (n=3) birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olduğu, sağlıklı olanların %3,20'sinin (n=35) birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme sıklığı yaklaşık iki kat daha fazla bulunmakla beraber sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=2,968$; $p=0,085$). Yine bipolar bozukluk tanısı alanların %11,10'unun (n=4) ise birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu, sağlıklı olanların %5,40'ının (n=59) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanların birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık görülme sıklığı daha fazla bulunmakla beraber sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=2,181$; $p=0,140$). İstatistiksel fark olmaması ama sayısal fark olmasının örneklem grubunun büyüklüğüyle ilgili olduğu düşünülmektedir. İkinci derecede akrabalarda psikiyatrik hastalık görülme açısından değerlendirildiğinde; bipolar bozukluk tanısı alanların %17,10'unun (n=6) ikinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olduğu, sağlıklı olanların %6,30'unun (n=69) ikinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alanların ikinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme sıklığı sağlıklı olanların ikinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme sıklığından daha fazla olduğu ve bunun literatürle uyumlu olarak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($\chi^2=6,335$; $p=0,012$). Bipolar bozukluk tanısı alanların %22,20'sinin (n=8) ise ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu, sağlıklı olanların %9,30'unun (n=102) ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk hastaları ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık görülmesi açısından sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($\chi^2=6,599$; $p=0,010$). Yapılan araştırmalarda bipolar bozukluk tanısı olan bireylerinin birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme

riski daha yüksek bulunmuşken bizim araştırmamızda literatürden farklı olarak bipolar bozukluk tanısı alanların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme sıklığını açısından anlamlı fark bulunmazken ikince derece akrabalarında bipolar bozukluk ve diğer psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının anlamlı olarak yüksek saptanmasının nedenin örneklem grubunun büyüklüğüyle ilgili olduğu düşünülmüştür. Bizim araştırmamızın gücü ailesel yatkınlığı ve kalıtımı kanıtlamak olmadığı için örneklem büyüklüğü onu dikkate almamıştır ve istatistiksel farkı göstermede yetersiz kalabilir.

Eşlik Eden Madde Kullanımı Varlığı Açısından Karşılaştırma

Madde kullanım bozukluğu genel nüfus içinde bipolar bozukluktan bağımsız olarak ta sık görülen bir durumdur. Madde kullanım bozukluğu genel toplumda %13, yaşam boyu %18 oranında görülmekteyken[110], alkol-madde kullanım bozukluğunun bipolar bozuklukla beraber görülme sıklığı artarak iki bozukluğun birlikteliğinin çeşitli araştırmalarda %6 ile %69 arasında değişiklik gösterdiği bilinmektedir[111]. Bu durum neredeyse 2-3 bipolar hastadan birinde madde kullanım bozukluğu olduğu şeklinde yorumlanabilir[112,113]. Çalışmalarda eşlik eden madde kullanım oranlarının bipolar I bozukluk hastalarında bipolar II bozukluk hastalarına göre daha fazla olduğu bildirilmiştir[112]. Ayrıca hipomanik durumlarda disforik duyudurum olması halinde hastaların daha fazla madde kullanma eğilimi olduğu görülmüştür[114]. Yasal olması nedeniyle daha çok gözden kaçabilen alkol ve nikotin kullanımı açısından ayrı olarak değerlendirdiğimizde alkol kullanım bozukluğu genel toplumda %13 civarında iken bipolar bozukluk ile beraber olduğunda bu oranın %45'lere çıktığı bildirilmiştir ve eşlik eden riskli alkol kullanımı açısından bipolar I bozukluk bipolar II bozukluktan daha risklidir[115,116]. Nikotin kullanımı açısından değerlendirdiğimizde elimizdeki epidemiyolojik veriler bipolar bozukluk hastalarının %80'inin yaşam boyu nikotin kullandıklarını, hastaların %17'sinin ise halen nikotin kullanımlarına devam ettiğini göstermektedir[117]. Esrar kullanımı açısından

değerlendirdiğimizde ise bipolar bozukluk hastaları tarafından en sık olarak kullanılan sokak maddesi esrardır[118,119]. Bipolar bozukluk hastalarında esrar kullanımı %8 ile %22 arasında değişiklik gösterirken, yaşam boyu kullanımda sıklık %30 ile %64'e çıkmaktadır[120]. Bipolar bozuklukta eşlik eden esrar kullanımının semptomların şiddetini arttırdığı, tedaviye yanıtı azalttığı[121], son yıllarda yapılan bir çalışmada hastalığın erkek yaşlarda başlamasına ve yıl başına düşen hipomanik, manik ve depresif epizot sayısında artmaya neden olduğu gösterilmiştir[122]. Bizim araştırmamızda da bipolar bozukluk tanısı alanların %50,00'sinin (n=18) sigara-alkol dahil madde kullandığı saptanırken, sağlıklı olanların %32,60'ının (n=358) sigara-alkol dahil madde kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluğu olanlarda sigara-alkol dahil madde kullanma sıklığı sağlıklı olanlara göre literatürle uyumlu olarak daha fazla bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($\chi^2=4,759$; $p=0,030$). Sigara ve alkol dışındaki diğer maddelerin kullanımı açısından değerlendirdiğimizde bipolar bozukluk tanısı alanların %16,70'inin (n=3) sigara-alkol hariç diğer maddeleri kullandığı saptanırken, sağlıklı olanların %2,20'sinin (n=8) sigara-alkol hariç diğer maddeleri kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluğu olanlarda sigara-alkol hariç diğer maddeleri kullanma sıklığı da sağlıklı olanlara göre literatürle uyumlu olarak daha yüksek oranlarda bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($\chi^2=12,749$; $p<0,0001$). Bipolar bozukluk ve madde kullanımı birlikte bulunmasının sık hastaneye yatışlar, intihar riski ve kötü işlevsellik, erken hastalık başlangıcı, tek başına lityum tedavisinde başarısızlık olması, saldırganlık ve dürtüsellik daha fazla olması, bilişsel bozulmanın daha belirgin olması açısından kötü gidiş ve tedaviye yanıt açısından çok önemli olduğu bilinmektedir. Bipolar bozukluk ve madde kullanımı birlikte bulunmasının sık hastaneye yatışlar, intihar riski ve kötü işlevsellik, erken hastalık başlangıcı, tek başına lityum tedavisinde başarısızlık olması, saldırganlık ve dürtüsellik daha fazla olması, bilişsel bozulmanın daha belirgin olması açısından kötü gidiş ve tedaviye yanıt açısından çok önemli olduğu bilinmektedir[123,124]. Bipolar bozuklukta ataklar stresörle tetiklenebilir, stresörle tetiklenen bu ataklarda hastalarda

madde kullanımı riski daha fazladır ve yineleyen duygudurum epizotları yineleyen madde kullanımına neden olabilir[125]. Ayrıca bipolar bozukluk hastalarında eşlik eden madde kullanımının hastalığın seyrini etkileyerek epizotları tetiklediği ve bipolar bozukluk ile eşlik eden madde kullanımının birbirini tetikleyen bir kısır döngüye neden olduğu gösterilmiştir[126]. Bizim araştırmamızda daha öncesinde tanı konulmamış ve hiç tedavi almamış hastaların madde kullanım oranları bildirilmiş olup bu veriler bipolar bozuklukta komorbid madde kullanımının değerlendirilmesi açısından oldukça önemli verilerdir.

Üstünlükler ve Kısıtlılıklar

Araştırmanın üstünlükleri olarak; toplum araştırmasından önce gereksinimleri belirlemek açısından üniversite öğrencileri arasında bipolar bozukluk özelinde epidemiyolojik özellikleri araştıran ilk ön çalışma olması, daha öncesinde tanı konulmamış ve hiç tedavi almamış hastaların değerlendirilmesi, testten yüksek alan tüm katılımcıların aynı kişi tarafından değerlendirilmesi, epidemiyolojik verileri değerlendirmek için yeterince büyük bir örneklem grubu ile çalışılması sayılabilir.

Araştırmanın kısıtlılıkları olarak; ergenlik çağında bazı ruhsal özelliklerin hipomani ve mani ile benzerlik göstermesi nedeniyle beklenen oranların üzerinde HCL-32R'ten çok fazla sayıda yüksek puan alan kişinin olması, yüksek puan alan herkesin SCID ile değerlendirilmesi gerekmesi ve değerlendirmek için hastaneye davet edilen kişilerin bir bölümünün hastaneye gelmeyi kabul etmemesi nedeniyle telefonda görüşülerek SCID uygunmak zorunda kalınması, sosyodemografik verilerin self test ile değerlendirilmesi sayılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada öncelikle bipolar bozukluğun tanımı, tarihçesi, sınıflandırılması, epidemiyolojisi sırasıyla ele alınmış, bipolar bozukluk hastalarının epidemiyolojik ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasından bahsedilmiş, çalışmanın deseni açıklanmış, çalışmada kullanılan gereçler ve istatistiksel yöntemler tanıtılmıştır. Sonrasında çalışmanın verileri ayrıntılı tablolarla verilip açıklanmış ve tartışılmıştır.

Bipolar bozukluk önemli derecede morbidite ve mortaliteye neden olan, tekrarlayıcı manik ve depresif epizodlar ve ötimi adı verilen iyilik dönemleriyle karakterize ciddi ve süregelen bir hastalıktır. Bipolar bozukluk tanısının konmasının zor olduğu, sıklıkla bu tanının atlandığı veya yanlış tanı konulduğu, çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. İlk görüşmede bipolar bozukluğu olan hastaların neredeyse %40'ına yanlış tanı konulduğunu ve gerçek tanının ise ancak yıllar sonra saptanabildiği bildirilmiştir. Bipolar bozuklukları tanıyabilmekteki bu zorluklar toplum tabanlı yaygınlık çalışmalarının yapılmasını, dolayısıyla risk gruplarını ve olası etkenlerin belirlenmesini de kısıtlamaktadır. Bipolar bozukluk tanısının atlanması ya da geç tanı konulması tedaviyi de geciktirerek olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bipolar bozukluğun atlanmasını engellemek ve gerçek risklerle, riskli grupların belirlenmesini sağlamak için epidemiyolojik değerlendirmelere gereksinim vardır. Uluslararası alanda bipolar bozukluğun görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını araştıran çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve sonuçları yayınlanmıştır. Diğer yandan ülkemizde genel psikiyatrik epidemiyoloji çalışmaları yapılmakla beraber, bipolar bozukluk özelinde yapılmış bir epidemiyolojik çalışma henüz yürütülmemiştir. Bu konudaki gereksinim dikkat çekicidir. Bizim araştırmamızda toplum araştırmasından önce gereksinimleri belirlemek açısından üniversite öğrencileri arasında epidemiyolojik özellikleri araştıran bir çalışma yürütülmesi planlanmıştır. Biz bu araştırmamızda

bipolar bozukluğun genç erişkinlerde görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını belirlemek amaçlanmıştır. Bizim çalışmamız ile ileride yapılması planlanan epidemiyolojik çalışmalar için bir ön araştırma planlanmıştır.

Gelecekteki çalışmalarla ilgili; Türkiye’de bipolar bozukluk konusunda yayınlar artmakla beraber, çalışmaların tamamına yakını başvuru esaslı ya da yatan hasta verileridir. Bu durum verilerin genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Toplum temelli epidemiyolojik çalışmaların yapılması, Türkiye’nin değişik bölgelerinde yapılmış klinik çalışma verilerinin bir havuzda toplanması hastalığın bize özgü özelliklerinin tanınmasına, risk ve koruyucu etkenlerinin saptanmasına katkısı olacaktır. Son dönemde yapılan az sayıdaki toplum temelli çalışma ve çok merkezli klinik çalışma gelecek için umut vericidir. Ayrıca bipolar bozukluğun epidemiyolojisi ile evrensel çalışma çok sayıda olmakla birlikte, özellikle bu hastalığın nedenini anlamaya yönelik gen-çevre etkileşimini dikkate alan çalışmalarda eksiklikler bulunmaktadır. Bu nedenle yapılan epidemiyolojik çalışmaların genetik yönü dikkate alınarak planlanması çok yararlı olacaktır.

7. ÖZET

Giriş: Uluslararası alanda bipolar bozukluğun görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını araştıran çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve sonuçları yayınlanmıştır. Diğer yandan ülkemizde genel psikiyatrik epidemiyoloji çalışmaları yapılmakla beraber, bipolar bozukluk özelinde yapılmış bir epidemiyolojik çalışma henüz yürütülmemiştir. Bu konudaki gereksinim dikkat çekicidir.

Amaç: Bizim araştırmamızda toplum araştırmasından önce gereksinimleri belirlemek açısından üniversite öğrencileri arasında epidemiyolojik özellikleri araştıran bir çalışma yürütülmesi planlanmıştır. Biz bu araştırmamızda bipolar bozukluğun genç erişkinlerde görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını belirlemek amaçlanmıştır. Bizim çalışmamız ile ileride yapılması planlanan epidemiyolojik çalışmalar için bir ön araştırma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada Celal Bayar Üniversitesi bünyesinde tüm fakülte ve yüksekokullarda 1. sınıfta okuyan tüm öğrencilerden toplam 2757 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ve HCL-32R uygulaması yapılmıştır. HCL-32R uygulamasından 14 puanın üzerinde puan alan öğrenciler ile 14 puanın altında kalan öğrencilerin %5'i Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na davet edilerek yüz yüze görüşmeyle, gelmeyi kabul etmeyenlere ise telefonda görüşülerek SCID'in iki duygudurum modülü ile DSM-IV Duygudurum Bozukluğu tanıları araştırılmıştır ve telefonda bipolar bozukluk açısından riskli olduğu düşünülen kişiler Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na davet edilerek onlarla da yüz yüze görüşme sağlanmıştır.

Sonuçlar ve tartışma: Celal Bayar Üniversitesi 1. sınıf öğrencilerinde bipolar bozukluk prevalansı 1,40 saptanmıştır. Cinsiyet, ek psikiyatrik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı varlığı, ek tıbbi hastalık varlığı, tıbbi ilaç kullanımı varlığı, sigara-alkol dahil madde kullanımı varlığı, sigara-alkol hariç diğer madde kullanımı varlığı, birinci derece akrabada bipolar bozukluk varlığı, ikinci derece akrabada bipolar bozukluk varlığı, birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık varlığı ve ikinci derecede akrabada psikiyatrik hastalık varlığı değerlendirilmiştir. Bunlardan madde kullanımı, tıbbi ilaç kullanımı ve cinsiyetin bipolar bozukluk sıklığını attırdığı ileri analizlerde anlamlı bulunmuştur. Bipolar bozukluk olanlar ve sağlıklı olanları ayırt etmekte belirleyici faktör olarak madde kullanımının iki grubu ayırt etmekte bağımsız katkısı olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bipolar bozuklukları tanıyabilmekteki bu zorluklar toplum tabanlı yaygınlık çalışmalarının yapılmasını, dolayısıyla risk gruplarını ve olası etkenlerin belirlenmesini de kısıtlamaktadır. Bipolar bozukluk tanısının atlanması ya da geç tanı konulması tedaviyi de geciktirerek olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bipolar bozukluğun atlanmasını engellemek ve gerçek risklerle, riskli grupların belirlenmesini sağlamak için epidemiyolojik değerlendirmelere gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, epidemiyoloji, prevalans, risk etmenleri

8. İNGİLİZCE ÖZET

Background: Various studies have been conducted and the results have been published investigating the prevalence, incidence and risk groups of bipolar disorder in the international area. Although, psychiatric epidemiology studies done in our country, bipolar disorder has not yet carried out an epidemiological study conducted in private. Requirement in this area are attractive.

Aim: Our study among university students in terms of research to determine requirements before the community is planned to conduct a study of the epidemiological characteristics. We research the incidence of bipolar disorder in young adults, aimed to determine the prevalence and risk groups. Our study made a preliminary survey is planned for the future epidemiological studies that are planned.

Material and Methods: At this research were reached in 2757 people of all students studying in 1st class at the Celal Bayar University in all faculties and schools. The participants were applied sociodemographic data form and the HCL-32 applications form. The students who were scored above 14 points from HCL-32 applications form and 5% of students fall below the score 14 were invited to the Celal Bayar University School of Medicine Department of Psychiatry with face to face, while those who refused to come on the phone discussing SCID DSM with two mood module mood Disorders-IV diagnoses were investigated and bipolar disorder is considered in terms of the people that risk Celal Bayar University School of Medicine Department of Psychiatry Department were invited to the meeting is provided in face to face with them.

Results: The prevalence of bipolar disorder were found 1.40 at the 1st class students in the Celal Bayar University. Gender, the

additional presence of psychiatric illness, psychiatric drug use presence, additional medical diseases presence of medical drug use presence, the presence of the use of non-alcohol substance, including the presence of the use of other materials excluding non-alcohol, first-degree relatives of bipolar disorder presence of bipolar in second-degree relatives the presence of disorder, the presence of psychiatric disorders in first-degree relatives and second degree relatives were assessed in the presence of psychiatric disorders. In the further analyses were significant the substance abuse, the medical drug use and gender frequency hopping bipolar disorder. Substance use was found the decisive factor as the independent contribution which is to distinguish the two groups bipolar disorder and the healthy ones.

Conclusions: The difficulties in the field bipolar disorder diagnosis difficulties was limited in making this community-based study of prevalence, the risk groups and the identification of possible factors. Treatment of bipolar diagnosed late or missed diagnosis of the disorder leads to negative consequences in delaying. To prevent the by passing of bipolar disorder, and with real risks, there is a need for epidemiological assessment to ensure the identification of risk groups.

Keywords: Bipolar disorder, epidemiology, prevalence, risk factors

9. KAYNAKLAR

1. Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM ve ark. (1999) Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? J Affect Disord, 52:135–144.
2. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK (2002) ‘Cade’s disease’ and beyond: misdiagnosis, antidepressant use and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. Can J Psychiatry, 47:125–134.
3. Angst J (1998) The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J Affect Disord, 50:143-151.
4. Akiskal Hagop S., Juan Jose Lopez-Ibor, Norma Sartorius, (2002), Bipolar Disorder, John Wiley&Sons Ltd., s:1-3.
5. Öztürk MO, (2004), Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: 10. Basım
6. Amerikan Psikiyatri Birliği, çeviren Köroğlu E,(2001), Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
7. Kaplan H, Sadock B., (2004), Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri Türkçe, sayfa 158.
8. Angst J Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Dissord. 2001; 67: 3-19.
9. Iık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. stanbul:Görsel Sanatlar Basımevi, 2003; 467-540.

10. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clinic Psychopharmacology*, 1996; 16: 4-14.
11. Leonard K. *Aufteilung der endogen Psychosen*. Berlin: Akademieverlag; 1957, (<http://www.psychiatry.org>)
12. Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet* 2013;381:1663-71.
13. Simavi V. *Klinik Psikiyatri* 2004;Ek1: 41-44.
14. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR Official Site (<http://www.psychiatry.org>)
15. Bechdolf A, Ratheesh A, Cotton SM et al. The predictive validity of bipolar at-risk (prodromal) criteria in help-seeking adolescents and young adults: a prospective study. *Bipolar Disord* 2014: 1-12.
16. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276(4): 293–99.
17. Waraich P, Goldner EM, Somers JM et al. (2004) Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 49(2): 124–138.
18. Bauer M, Pfennig A (2005) Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 46: 8–13.
19. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D et al. (2005) Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4): 425–434.
20. Sherazi R, McKeon P, McDonough M et al. (2006) What's new? The clinical epidemiology of bipolar I disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 14(6): 273–284.

21. Goodwin F, Jamison K (2007) Manic-Depressive Illness, 2. baskı, Oxford, Oxford University Press.
22. Angst J (1995) Epidemiology of the bipolar spectrum. *Encephale*, 21(6): 37-42.
23. Judd LL, Akiskal HS (2003) The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Reanalysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord*, 73(1–2): 123–131.
24. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J ve ark. (2007) Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5): 543–552.
25. World Health Organization (WHO) (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. (Çev. Ed: MO Öztürk, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
26. Fekadu A, Shibre T, Alem A ve ark. (2004) Bipolar disorder among an isolated island community in Ethiopia. *J Affect Disord*, 80(1): 1–10.
27. Negash A, Alem A, Kebede D ve ark. (2005) Prevalence and clinical characteristics of bipolar I disorder in Butajira, Ethiopia: A community-based study. *J Affect Disord*, 87(2): 193-201.
28. McConnell P, Bebbington P, McClelland R ve ark. (2002) Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland—population study in the District of Derry. *Br J Psychiatry*, 181: 214–219.
29. Jonas BS, Brody D, Roper M ve ark. (2003) Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(11): 618–624.
30. Sherazi R, McKeon P, McDonough M ve ark. (2006) What's new? The clinical epidemiology of bipolar I disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 14(6): 273–

284.

31. Lloyd T, Kennedy N, Fearon P ve ark (2005) Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities: results from the AESOP study. *Br J Psychiatry*, 186: 126-31.
32. Proctor SE, Mitford E, Paxton R (2004) First episode psychosis: a novel methodology reveals higher than expected incidence; a reality-based population profile in Northumberland, UK. *J Eval Clin Pract*, 10: 539–547.
33. Merikangas KR, Pato M (2009) Recent developments in the epidemiology of bipolar disorder in adults and children: Magnitude, correlates, and future directions. *Clin Psychol Sci Prac*, 16: 121-133.
34. Suppes T, Leverich GS, Keck PE ve ark (2001) The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network, II: demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord*, 67:45–59.
35. Rihmer Z, Angst J (2005) Mood disorders: Epidemiology. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8.baskı, 1.cilt, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, s. 1575-1581.
36. Kennedy N, Everitt B, Boydell J (2005a) Incidence and distribution of first-episode mania by age: results from a 35-year study. *Psychol Med*, 35: 855–863.
37. Rihmer Z, Angst J (2005) Mood disorders: Epidemiology. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8.baskı, 1.cilt, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, s. 1575-1581.
38. Viguera A, Baldessarini R, Tondo L (2001) Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disord*, 3: 245–252.
39. Raymont V, Bettany D, Frangou S (2003) The Maudsley Bipolar

Disorder Project: clinical characteristics of bipolar disorder I in a catchment area treatment sample. *Eur Psychiatry*, 18:13–17.

40. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S (2005b) Gender Differences in Incidence and Age at Onset of Mania and Bipolar Disorder Over a 35-Year Period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry*, 162: 257-262.

41. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS ve ark. (2005) Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 66(10): 1205–1215.

42. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J ve ark. (2007) Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5): 543–552.

43. Yazıcı O, Kora K, Üçok A ve ark (2002) Unipolar Mania: A Distinct Disorder *J Affect Disord*, 71 (1-3): 97-103.

44. Benazzi, F (2006) Symptoms of depression as possible markers of bipolar II disorder. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biol Psychiatry*, 30 (3), 471–477.

45. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C ve ark. (1997) The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med*, 27:1079-1089.

46. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30:279-292.

47. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Eds.), T Oral (Çev. Ed.), Duygudurum Bozuklukları, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2006, İstanbul, Sigma Publishing, 2007, s.33-54.

48. Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ. Affective disorders. LN Rubins, DA Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, Free Press, 1991, p.53-80.
49. Joska JA, Stein DJ. Mood disorders. RE Hales, SC Yudofsky, GO Gabbard (Eds.), *Textbook of Psychiatry*, fifth ed., Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008, p.457-505.
50. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. (2008) Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*, 192(5): 368–375.
51. Schulze TG. Genetic research into bipolar disorder: the need for a research framework that integrates sophisticated molecular biology and clinically informed phenotype characterization. *Psychiatr Clin N Am* 2010;33:67-82.
52. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi, DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Eds.), T Oral (Çev. Ed.), *Duygudurum Bozuklukları*, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2006, İstanbul, Sigma Publishing, 2007, s.33-54.
53. Özyıldırım I, Cakir S, Yazici O. Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2010; 25:47-51.
54. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:1157-1167.
55. Craddock N, Jones I, Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet* 1999; 36:585-594.
56. Kendler KS, Eaves LJ, Walters EE, et al. The identification and validation of distinct depressive syndromes in a population-based sample of

female twins. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:391-399.

57. Shih RA, Belmonte PL, Zandi PP. A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders . Int Rev Psychiatry 2004; 16:260-283.

58. Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry, 62(7): 768–768.

59. Tamam L, Özpoyraz N (2002) Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. Psychopathol, 35:203-209.

60. Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M ve ark. (2006) The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. Isr J Psychiatry Relat Sci, 43(1): 10-15.

61. Cohen D, Taieb O, Flament M ve ark (2000) Absence of cognitive impairment at long-term follow-up in adolescents treated with ECT for severe mood disorder. Am J Psychiatry, 157 (3): 460–462.

62. Johnson, SL, Nowak A (2002) Dynamical patterns in bipolar depression. Person Soc Psychol Rev, 6(4): 380–387.

63. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J ve ark (2004). Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: Findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. J Affect Disord, 82 (Suppl. 1): S45–58.

64. Moreno C, Laje G, Blanco C ve ark (2007) National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. Arch Gen Psychiatry, 64(9): 1032–1039.

65. McIntyre RS, Konarski JZ, Soczynska JK (2006) Medical comorbidity in bipolar disorder: Implications for functional outcomes and health service

utilization. Psychiatr Serv, 57(8): 1140–1144.

66. Saunders K, Merikangas K, Low NCP ve ark (2008) Impact of comorbidity on headache-related disability. Neurology, 70(7): 538–547.

67. Özdemir Ö, Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas, 2007.

68. Meydan G. İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Anne-Babalarında Eksen I, Eksen II Tanılarının İncelenmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas, 2010.

69. Gültekin BK, Günderici A, Balcı MV, ve ark. Duygudurum bozukluğu tanısı ile yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: Bir ön bildirim. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18: 183-188.

70. Yazıcı O. Bipolar bozukluk. C Güleç, E Köroğlu (Eds.), Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.429-442.

71. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta E, Scott J: The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. J Affect Disord 2005; 88:217-233.

72. Aydemir Ö, Akkaya C, Altınbaş K, Kora K, Sücüllüoğlu Dikici D, Akdeniz F, Kalaycı F, Oral ET, Vahip S. Hipomani Soru Listesi-32-Yenilenmiş Sürümün Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi Antalya, 2011.

73. Öztürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999), “DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması.” İlaç ve Tedavi Dergisi;12:233-6.

74. Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar

disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005; 1: 4.

75. Berk M, Dodd S, Callaly P, Berk L, Fitzgerald P, de Castella AR, Filia S, Filia K, Tahtalian S, Biffin F, Kelin K, Smith M, Montgomery W, Kulkarni J. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *J Affect Disord.* 2007; 103: 181-186.

76. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta E, Scott J: The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders* 2005; 88:217-233.

77. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, Pérez F, Oliveras MA, Valle J, Lahuerta J, Angst J; EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *J Affect Disord* 2007; 101:43-55.

78. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini PL, Gamma A, Angst J. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; 8;2:2.

79. Wu YS, Angst J, Ou CS, Chen HC, Lu RB. Validation of the Chinese version of the hypomania checklist (HCL-32) as an instrument for detecting hypo(mania) in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2008;106:133-143.

80. Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG, Skeppar P, Adolfsson R, Angst J. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association

to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples.
Compr Psychiatry 2007;48:79-87.

81. Holtmann M, Pörtner F, Duketis E, Flechtner HH, Angst J, Lehmkuhl G. Validation of the Hypomania Checklist (HCL-32) in a nonclinical sample of German adolescents. J Adolesc 2009;32:1075-1088.

82. Güvenir T, Delikanlı, Ergen ve Normallik,
http://www.tanerguvenir.com/kitapicerik.php?section_id=201

83. Berk, M., Dodd, S., Callaly, P., Berk, L., Fitzgerald, P., De Castella, A. R., ... & Kulkarni, J. (2007). History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. Journal of affective disorders, 103(1), 181-186.

84. Hirschfeld, R.M., Lewis, L., Vornik, L.A., 2003. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J. Clin. Psychiatry 64, 161–174.

85. Altshuler, L.L., Post, R.M., Leverich, G.S., Mikalaukas, K., Rosoff, A., Ackerman, L., 1995. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. Am. J. Psychiatry 152, 1130–1138.

86. Ghaemi, S.N., Boiman, E.E., Goodwin, F.K., 2000. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. J. Clin. Psychiatry 61, 804–808 (quiz 809).

87. Ghaemi, S.N., Rosenquist, K.J., Ko, J.Y., Baldassano, C.F., Kontos, N.J., Baldessarini, R.J., 2004. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. Am. J. Psychiatry 161, 163–165.

88. Angst J. The course of affective disorders. Psychopathology. 1986;19 Suppl 2:47-52.

89. Wiessman MM, Bruce RC, Leaf PJ. Affective disorders. LN Robins, DA Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, Free Press, 1991, p.53-80.
90. Jefferson JW, Grist JH. Mood disorders. RE Hales, SC Yudofsky (Eds.), *Synopsis of Psychiatry*, Washington, American Psychiatry Press, 1996, p.439-468.
91. Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Elisabeth Wells, J., ... & Olds, R. J. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar disorders*, 7(2), 119-125.
92. Rihmer Z, Angst J. Dugudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. BJ Sadock, VA Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, H aydın, A Bozkurt (Çev. Eds.), sekizinci baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2007, s1575-1582.
93. McIntosh AM, Sussmann J, Goodwin GM, Mood disorders. EC Johnstone, DC Owens, SM Lawrie, AM McIntosh, M Sharpe (Eds.), *Companion to Psychiatric Studies*, eight ed., Edinburgh, Elsevier, 2010, p.427-452.
94. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
95. Regeer, E. J., Ten Have, M., Rosso, M. L., Hakkaart-van Roijen, L., Vollebergh, W., & Nolen, W. A. (2004). Prevalence of bipolar disorder in the general population: a Reappraisal Study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 374-382.
96. Goldney, R. D., Fisher, L. J., Grande, E. D., Taylor, A. W., & Hawthorne, G. (2005). Bipolar I and II disorders in a random and representative

Australian population. Australian and New Zealand journal of psychiatry, 39(8), 726-729.

97. Coryell W, Endicott J, Keller M. Rapidly cycling affective disorder. Demographics, diagnosis, family history, and course. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:126-131.

98. Rotondo, A., Mazzanti, C., Dell'Oso, L., Rucci, P., Sullivan, P., Bouanani, S., ... & Cassano, G. B. (2002). Catechol o-methyltransferase, serotonin transporter, and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in bipolar disorder patients with and without comorbid panic disorder. American Journal of Psychiatry, 159(1), 23-29.

99. Arnold LM, Gender differences in bipolar disorder. Psychiatr Clin North Am 2003; 26:595-620.

100. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M ve ark. (2004) Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry, 65:1106-1113.

101. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F ve ark. (2003) Anxiety disorders in 318 bipolar patients: Prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. J Clin Psychiatry, 64:331-335.

102. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR ve ark. (2004) Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). Am J Psychiatry, 161:2222-2229.

103. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T ve ark. (2001) Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry, 158:420-426.

104. Pini S, Cassano GG, Simonini E ve ark. (1997) Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and

dysthymia. J Affect Disord, 42:145-153.

105. Ünal A (2002) Bipolar bozukluğa komorbid eksen-I ve eksen-II tanılarının araştırılması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ. With bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. Bipolar Disord, 6:470-479.

106. Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F ve ark. (2004) Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. Rev Bras Psiquiatr, 26(Suppl 3): 31-36.

107. Myers JE, Thase ME (2000) Anxiety in the patient with bipolar disorder: recognition, significance and approaches to treatment. Psychiatr Ann, 30:456-464.

108. Sasson Y, Chopra M, Harrari E ve ark. (2003) Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. Int J Neuropsychopharmacol, 6:139-144.

109. Perugi G, Toni C (2004) Bipolarity presenting as anxiety disorder. Primary Psychiatry, 11:31-35.

110. Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of general psychiatry, 64(7), 830-842.

111. Yasseen, B., Kennedy, J. L., Zawertailo, L. A., & Busto, U. E. (2010). Comorbidity between bipolar disorder and alcohol use disorder: association of dopamine and serotonin gene polymorphisms. Psychiatry research, 176(1), 30-33.

112. Farren, C. K., Hill, K. P., & Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. Current psychiatry reports, 14(6), 659-666.

113. Vornik, L. A., & Brown, E. S. (2005). Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. *The Journal of clinical psychiatry*, 67, 24-30.
114. Agosti, V., & Stewart, J. W. (2008). Hypomania with and without dysphoria: comparison of comorbidity and clinical characteristics of respondents from a national community sample. *Journal of affective disorders*, 108(1), 177-182.
115. Cardoso BM, Kauer SM, Dias VV, Andreazza AC, Cereser KM, Kapczinski F. The impact of comorbid alcohol use in bipolar patients. *Alcohol*. 2008; 42:451–457. [PubMed: 18760714]
116. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1997; 54:313–321. [PubMed: 9107147]
117. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA*. 2000; 284:2606–2610. [PubMed: 11086367]
118. Strakowski SM, DelBello MP, Fleck DE, Arndt S. The Impact of Substance Abuse on the Course of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry* 2000; 48:477–485. PMID:11018221.
119. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2001; 3(4): 181–188. PMID:11552957.
120. Brown ES, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *Journal of Affective Disorders* 2001; 65(2):105–115. PMID:1135623.
121. Van Rossum I, Boomsma M, Tenback D, Reed C, Van Os J. Does Cannabis Use Affect Treatment Outcome in Bipolar Disorder? A Longitudinal Analysis. *The Journal*

alofNervousandMentalDisease2009; 197(1):35–40.

122. Lev-Ran S, LeFoll B, McKenzie K, George TP, Rehm J. Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders: characteristics, co-morbidities and clinical correlates. *Psychiatry Research*. 2013; 209(3):459–65 doi:10.1016/j.psychres.2012.12.014 PMID:23312479.

123. Cardoso, B. M., Sant'Anna, M. K., Dias, V. V., Andreazza, A. C., Ceresér, K. M., & Kapczinski, F. (2008). The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*, 42(6), 451-457.

124. Hoblyn, J. C., Balt, S. L., Woodard, S. A., & Brooks 3rd, J. O. (2009). Substance use disorders as risk factors for psychiatric hospitalization in bipolar disorder. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 60(1), 50-55.

125. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *The American journal of psychiatry*. 2005; 162(8):1403–13. [PubMed: 16055761]

126. Post, RM.; Leverich, GS. *Treatment of Bipolar Illness: A Case Book for Clinicians and Patients*. WW Norton, Inc; 2008.

10. EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad Soyad :

Cinsiyet : Kadın..... Erkek.....

Yaş :

Medeni Haliniz : Bekar..... Evli..... Boşanmış.....

Telefon :

E-mail :

Bölümünüz :

1. Öğretim..... 2. Öğretim.....

Kiminle yaşıyorsunuz? Aile..... Arkadaş evi.....

Yurt.....

Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? Evet.....

Hayır.....

Evet ise nedir?.....

Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? Evet..... Hayır.....

Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı? Evet..... Hayır.....

Evet ise nedir?.....

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet..... Hayır.....

Herhangi bir madde kullanıyor musunuz? Evet..... Hayır.....

Evet ise Sigara..... Alkol..... Diğer.....

Birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş) Bipolar Bozukluk (Manik-depresif hastalığı) olan var mı? Evet..... Hayır.....

İkinci derece yakınlarınızda (amca, dayı, hala, teyze, dede, nene) Bipolar Bozukluk (Manik-depresif hastalığı) olan var mı? Evet..... Hayır.....

Birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş) herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı? Evet..... Hayır.....

İkinci derece yakınlarınızda (amca, dayı, hala, teyze, dede, nene) herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı? Evet..... Hayır.....

Kendinizi hangi gelir düzeyinde hissediyorsunuz? Düşük..... Orta.....

Yüksek.....

Hiç dönem tekrarı yaptınız mı? Evet..... Hayır.....

EK-2

Son bir aydır kendinizi nasıl hissediyordunuz?

	Evet	Hayır
1.Daha az uykuya ihtiyacım olur	☐	☐
2.Daha enerjik ve daha aktif hissedirim	☐	☐
3.Daha fazla kendime güvenliyim	☐	☐
4.İşimden daha fazla hoşlanırım	☐	☐
5.Daha sosyalim (daha fazla telefon konuşmaları yapar, daha fazla dışarı çıkarım)	☐	☐
6.Daha çok gezmek isterim ve gezerim	☐	☐
7.Daha hızlı araba sürme eğilimim olur veya sürerken daha fazla risk alırım	☐	☐
8.Daha fazla/çok fazla para harcarım	☐	☐
9.Gündelik hayatımda daha fazla risk alırım (işimde ve/veya diğer aktivitelerimde)	☐	☐
10.Fiziksel olarak daha aktifim (spor vs.)	☐	☐
11.Daha fazla aktiviteler veya projeler planlarım	☐	☐
12.Daha fazla fikirlerim olur, daha yaratıcıyım	☐	☐
13.Daha az utangaç veya tutuk olurum	☐	☐
14.Daha renkli ve gösterişli elbiseler giyer/makyaj yaparım	☐	☐
15.Daha fazla insanla buluşmayı isterim veya gerçekten buluşurum	☐	☐
16.Daha fazla seksle ilgilenirim ve/veya artmış cinsel arzularım vardır	☐	☐
17.Daha fazla işveli ve/veya cinsel yönden daha aktifim	☐	☐
18.Daha fazla konuşurum	☐	☐
19.Daha hızlı düşünürüm	☐	☐
20.Konuşurken daha fazla şakalar ya da kelime oyunları yaparım	☐	☐
21.Dikkatim daha kolay dağılır	☐	☐
22.Pek çok yeni şeyle ilgilenirim	☐	☐
23.Düşüncelerim konudan konuya sıçrar	☐	☐
24.Herşeyi daha hızlı ve/veya daha kolay yaparım	☐	☐
25.Daha fazla sabırsızım ve/veya daha kolay sinirlenirim	☐	☐
26.Başkaları için tüketici veya sinirlendirici olabilirim	☐	☐
27.Daha fazla ağız kavgasına/tartışmaya girerim	☐	☐
28.Duygudurumum daha yüksek, daha iyimserdir	☐	☐
29.Daha fazla...		
i. çay içerim	☐	☐
ii. kahve içerim	☐	☐
30.Daha fazla sigara içerim	☐	☐
31.Daha fazla alkollü içki içerim	☐	☐
32.Daha fazla hap alırım (uyku verici, yatıştırıcı, uyarıcı...)	☐	☐

ÇALIŞMANIN ADI

Celal Bayar Üniversitesi 1. Sınıf Öğrencilerinde Bipolar Bozukluk Prevalansı ve İlişkili Risk Etmenleri Çalışması

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışmanın amacı Bipolar Bozukluğun görülme sıklığını, yaygınlığını ve risk gruplarını belirlemektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu araştırmada hastalardan herhangi bir kan alınmayacak veya ilaç uygulanmayacaktır. Araştırmaya katılan gönüllülerden sadece sosyodemografik veri formu ve evet/hayır biçimde yanıtlanan toplam 32 maddeden oluşan ve tahminen 15-20 dakika sürecek 1 ölçeği doldurmaları istenecektir. Riskli gruplarla psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptandığı durumda tedavi ve takip tarafımızca düzenlenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Depresyon zannedilerek tedavi edilen hastaların bir kısmı aslında bipolar bozukluğa (manik-depresif hastalığa) sahiptir. Ancak bunların saptanabilmesi için tarama amaçlı ölçekler kullanılmalıdır. Türkçe’de kullanılan ve yüksek özgüllük ve duyarlılığa sahip bir ölçek bulunmaması nedeniyle bazı hastalar gözden kaçabilmektedir. Bu çalışmayla bipolar hastaları saptamaya yönelik geliştirilen bir tanı tarama aracıyla olası bipolar bozukluk hastaları saptanacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hastalığımla ilgili bilgiler gizli kabul edilecektir. Doktorum dosyamı inceleyebilir. Bazı bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafından yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı iznim olmadan, benimle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, benden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Fatma Akdeniz: 05063587647 akdenizfatma@yahoo.com
2. Ömer Aydemir: 05333476927 soaydemir@yahoo.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
--	--	-----------------------

<i>Adres ve Telefon:</i>	
--------------------------	--

- 1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi
- 2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi