



**T.C**  
**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DÜZELME DÖNEMİNDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARININ  
KALINTI BELİRTİLERİNİN HASTANIN SOSYO-DEMOGRAFİK, HASTALIK  
VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ VE İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

**Dr. Mustafa CANBAZOĞLU**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA-2010**



**T.C**  
**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DÜZELME DÖNEMİNDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARININ  
KALINTI BELİRTİLERİNİN HASTANIN SOSYO-DEMOGRAFİK, HASTALIK  
VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ VE İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

**Dr. Mustafa CANBAZOĞLU**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI**

**BURSA-2010**

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Türkçe Özet	ii
İngilizce Özet	iv
Giriş	1
Gereç ve Yöntem	34
Bulgular	39
Tartışma ve Sonuç	56
Kaynaklar	79
Ekler	88
Teşekkür	102
Özgeçmiş	103

## ÖZET

Bu çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğinde düzenli olarak izlenen ve remisyonda olan Bipolar Bozukluk hastalarında eşik-altı kalıntı duygu durumu belirtilerinin hastanın sosyo-demografik, hastalık ve tedavi özellikleri ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran, remisyon döneminde olan, başka bir ruhsal hastalığı olmayan hastalar alınmıştır. Değerlendirmede Sosyo-demografik bilgi formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDS), Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmaya alınan toplam 120 hastanın 65'i (%54,2) kadın, 55'i (%45,8) erkekti, yaş ortalaması  $40,76 \pm 12,28$  yıl idi. Hastalık süresi ortalama  $15,39 \pm 8,10$  yıl ve ortalama geçirdikleri atak sayısı  $8,81 \pm 8,3$ 'dür. Hastaların ilaç tedavisi ile kalıntı duygu durumu belirtileri ve işlevsellik durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. YMDÖ puanı ile hastalığın başlangıç yaşı ve süresi, hastanın yaşı, takip süresi, hastaneye yatış sayısı, medeni durumu, çalışma durumu ve bipolar tipi arasında ise anlamlı ilişki bulundu. HAM-D puanı ile hastanın düzenli takip süresi, cinsiyeti, hastalığın 18 yaş altında başlaması ve son dönem tipi arasında da anlamlı ilişki bulundu. Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve toplam atak sayısı arttıkça hastaların damgalanma hissini olumsuz yönde etkilendiği görüldü. Psikososyal işlevselliğini gösteren İGD puanı ile hastalığın başlangıç yaşı, hastanın takip süresi, cinsiyeti, medeni durumu ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulundu. Hastaların toplumsal ve psikososyal işlevselliği üzerine depresif kalıntı belirtilerin manik kalıntı belirtilerden daha olumsuz etkilerinin olduğu saptandı.

Sonuç olarak, Bipolar Bozukluğun yıllar içinde "sönüp sönmediğini", bazı alt grupların kötüleşip kötüleşmediğini ve bunun nasıl meydana geldiğini,

yaşam dönemlerinin duygu durumu belirtilerinin kalıcılığında ve niteliğinde tahmin edilebilir etkileri olup olmadığını belirlemek için uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu kanaatine varıldı.

**Anahtar kelimeler:** Bipolar Bozukluk, klinik özellikler, tedavi özellikleri, kalıntı belirtiler, psikososyal işlevsellik.

## SUMMARY

### **Relationship Of Residual Symptoms, Sociodemographic Characteristics, Illness And Treatment Characteristics And Their Effect On Functionality Of Bipolar Patients In Remission**

In the current study, it was aimed to determine the relationship of subthreshold affective indicators, demographic characteristics, illness and treatment characteristics of remitted bi-polar disorder patients who are regularly followed up at Uludağ University Psychiatry Department.

Participants of the study were chosen among bipolar patients who applied to Uludağ University who are in remission with no comorbidity. Scales used for the assessment were, Socio Demographic Information Form, Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Functionality at Bipolar Disorder Scale, and General Assessment of Functionality (GAF).

A total of 120 patients participated to the study, of whom 65 (54.2%) were female and 55 (45.8%) were male with mean age of 40.76 (SD=12.28). Mean illness duration was 15.39 years (SD=8.10), mean episode number was 8.81 (SD=8.3). There was no significant relationship between pharmacotherapy, residual affective symptoms and functionality of patients.

There was a significant relationship between YMRS scores, onset age of illness, duration of illness, regular follow-up duration of the patient, total number of hospitalizations, marital status, working status and subtype of bipolar disorder. There was a significant relationship between HAM-D scores, regular follow-up duration, gender of the patient, onset of illness before age 18 and last episode type. As the onset age of illness, duration of illness and total number of episodes increased stigmatization experienced by patients also increased. There was a significant relationship between psychosocial functionality of the patients as evaluated by GAF, and onset age of illness, regular follow-up duration of patients, gender, marital status

and working status. It was found that depressive residual symptoms have more negative effects over social and psychological functionality compared to manic residual symptoms.

For future research longitudinal studies are required to observe whether bipolar disorder extinguishes by time, whether some subtypes grow worse and whether life events have predictable influences over stability and quality of affective symptoms.

**Key words:** Bipolar disorder, clinical characteristics, treatment characteristics, residual symptoms, psychosocial functioning.

## GİRİŞ

Yaklaşık 2500 yıldan beri insanlığın en sık görülen hastalıkları arasında tanımlana gelmiş olmasına rağmen, duygu durumu bozuklukları ancak yakın zamanlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (1). Mani ya da hipomani ile dönüşümlü olarak giden depresif dönemler Bipolar Bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bipolar Bozuklukların değişken mani ve depresyon dönemleri ile süren arada normal evreler içeren süreğen bir hastalık olduğu tanımı zamanla yerini bu bozukluğun heterojen yapıda olduğu ve alt formları ile ilgili belirteçlerin tanımlanması gerektiği düşüncesine bırakmıştır (2). Bipolar Bozuklukların genel nüfus içinde görülme sıklığının %1 olduğu şeklindeki klasik bilgi gün geçtikçe daha çok sorgulanmakta, bu gruptaki bozuklukların genel nüfusun %5'inde ve bütün depresyonlar içinde %0'lere kadar yükselebilen oranlarda görüldüğüne dair ikna edici veriler bulunmaktadır (1). Bipolar Bozuklukların sınırlarındaki bu genişleme büyük ölçüde Bipolar Bozukluk Tip II (BB-II)'nin daha iyi saptanabilmesine bağlıdır. Bipolar Bozukluk (BB) yüksek özkıyım girişimi, kötü akademik başarı, insanlarla sorunlu iletişim, yüksek madde kötüye kullanım oranları, yasal güçlükler ve çok sayıda hastaneye yatış gibi çocuk, ergen ve yetişkinlerin hayatlarına ciddi biçimde zarar verebilen kronik bir süreçtir (3, 4). Sonlanımının her zaman iyi olmadığı, ekonomik ve sosyal maliyetinin çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Yanlış tanı olasılığının sık olduğu ve doğru tanı konulana kadar bazen yaklaşık 10 yıl geçebileceği bildirilmektedir (5). Tanı koymadaki ve sağaltıma başlamadaki gecikmeler hastalara çok büyük yükler getirmektedir. Tanıyı güçleştiren faktörlerden biri de ek tanılı durumların fazla olmasıdır. Bundan dolayı gerek klinik uygulamalarda gerekse araştırmalarda, tanı ölçütlerinde yer alan belirtilere odaklanılmakta, eşik altı belirtilere genellikle önem verilmemektedir (6). Üstelik hastaların dile getirmesine karşın, bu tür belirtilerin önemsenmemesi sık karşılaşılan bir uygulamadır. Hâlbuki eşik altı belirtiler, düzelme ve alevlenmelerle seyreden kronik bozukluklarda önemli bir klinik özellik olabilir



(7). Eşik altı belirtiler hastalığa özgü tipik belirtilerin hafif şiddette olanlarıdır. Hastalığın akut döneminin başlangıcındaki öncül (prodromal) ve hastalığın yatışmasından sonra devam eden kalıntı (rezidüel) belirtiler eşik altı belirtilerin en sık rastlanan şekilleridir. Kronik seyirli hastalıklarda, tanı ölçütlerini karşılayacak şiddete ulaşmayan dalgalanma dönemleri de eşik altı belirti kapsamında değerlendirilir (8). Belirgin iyileşmeye karşın, devam eden silik hastalık belirtilerine kalıntı belirtiler denmektedir. Hastalığın sekline göre çok değişik kalıntı belirtiler ortaya çıkabilir. Kalıntı belirtiler, hastalığın yinleme olasılığının yüksek olduğunu göstermesi bakımından önemlidir (9). Bipolar Bozukluğun kronik seyirli ve dalgalanmalarla giden bir hastalık olması nedeniyle, bu hastalıkta da kalıntı belirtilerin bulunması beklenen bir durumdur. Bipolar Bozuklukta, düzelleme döneminde bile hem bilişsel işlevlerde, hem de toplumsal işlevsellikte bozulma olduğu gösterilmiştir. Duygu durumu ötimik olan bipolar hastalarda, dikkatte, sözel öğrenmede, bellekte ve frontal yürütücü işlevlerde bozulma güvenilir biçimde gösterilmiştir. Martinez-Aran ve ark. (10) duygu durumu ötimik olan bipolar hastalarda sözel bellekte ve frontal yürütücü işlevlerde bilişsel işlev bozukluğu bildirmiştir. Quraishi ve Frangou (11) sözel bellekte bozulmanın güvenilir biçimde gösterildiğini ve kalıntı manik ve depresif belirtilerin perseveratif hata sayısında, sözel akıcılıkta ve plan yapabilme yetisinde kusurlara neden olduğunu belirtmiştir. Yaş, hastalık öncesi zeka düzeyi (IQ) ve depresif belirtiler için kontrol edildiğinde, düzelleme döneminde olan iki uçlu hastalar sağlıklı gönüllülere göre yürütücü işlevlerde daha kötü performans göstermiştir (12). Mur ve ark. (13) yürütücü işlevlerde bozulmanın ve inhibisyon yitiminin iki uçlu bozukluğun şiddetinden veya kullanılan ilaçların etkisinden bağımsız olarak bu bozukluğun önemli bir özelliği olduğunu ileri sürmüştür. Maudsley İki Uçlu Bozukluk Projesinde, Frangou ve ark. (14) bozukluk süresinin ve belirtilerin düzeyinin gözlenen bilişsel bozulmanın ortaya çıkmasına katkıda bulunduğunu ve yürütücü işlevlerin değişik yönlerine etki gösterme eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Malhi ve ark. (15) hem iki uçlu depresif, hem de manik hastalarda psikososyal işlevsellik ile bağıntı gösteren orta düzeyde bilişsel bozulma

örüntüsü saptamış, ama psikososyal işlevsellikte belli düzeyde bozulma yaşasalar bile, hastaların bilişsel olarak büyük oranda korunmuş olduklarını göstermiştir. Robinson ve Ferrier (16) bilişsel bozulmanın, bozukluğun başlamasından önce bile var olan, sürekli bir yatkınlık etkeni olabileceğini ileri sürmüştür. Diğer yandan, iş yaşamında bozulma, toplumsal ve boş zaman etkinliklerine uyum zorluğu ve evlilik uyumunda bozulma gibi toplumsal uyum bozuklukları iyileşmiş iki uçlu hastalarda saptanmaktadır (17). Ayrıca Bipolar Bozuklukta farklı çalışmalar çeşitli sosyodemografik ve klinik özelliklerin hastalığın gidişini ve sonlanışını etkilediğini göstermektedir (18).

## **1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi**

### **1.1. XIX. Yüzyıl Öncesi Fikirler**

Mani ve depresyonun varlığının bilinmesi antik çağlara kadar dayanmaktadır. Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır. Homeros, İlyada destanında Yunanca'da öfke ve gazap anlamına gelen "mani" sözcüğünü kullanmıştır. M.Ö. 450'li yıllarda; umutsuzluk, keder, sinirlilik ve yememe şeklindeki klinik görünüm için Hipokrat, "melankoli" terimini kullanmıştır. Yunanca "kara" ve "safra" anlamındaki sözcüklerden türetilmiş olmasına rağmen bu terimi halen üzüntü ve depresyonun şiddetli formlarını tanımlamakta kullanıyoruz (19). Eski Yunan kaynaklarında taşkın duygu durumuyla giden tablolar tanımlanmıştır. Milattan sonra ( M.S.) birinci yüzyılda Soranus, taşkın duygu durumuyla giden tabloların melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir (1). Daha sonra Kapadokyalı Areatus (M.S. yaklaşık 150) melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemiş ve aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir. M.S. beşinci yüzyılda Caelius Aurelianus maniyi iki geniş tipe ayırdı: 1) arada iyileşme dönemleri ile giden geçici bir tip ve 2) süreğen bir tip. Her iki durum da gençlerde oluyor ve görünüşe göre erkeklerde kadınlara göre daha sık ortaya çıkıyordu. Aşık olmak, öfke, keder, şok veya korku hastalığın gelişimini hızlandırabiliyordu. Bazı hastaların kendilerini Tanrı, ünlü bir aktör veya "dünyanın merkezi"

sandıkları belirtilmiştir (19). Kraepelin'in hocası da olan Griesinger tarafından ilk kez dönemsal hastalık kavramı gündeme getirildiği bildirilmektedir (20).

### **1.2. XIX. Yüzyıl Sonrası Fikirler**

1854 yılında Jules Falret, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemiş ve bu hastalıklara "Folie Circulaire" adını vermiştir. Aynı yıllarda Baillarger aynı durumu tanımlamak için "iki şekilli delilik" terimini kullanmıştır. Kraepelin 1895 yılında duygu durumu bozukluklarını manik-depresif delilik başlığı altında topladı ve manik-depresif hastalığı ilk tanımlayan kişi oldu. (19, 21). Hastalığın klinik görünümünü tanımlamış ve bir anlamda manik-depresif bozukluk spektrumunu geliştirmiştir (22). Karma durumları ilk tanımlayan kişi yine Kraepelin'dir. Bleuler; 1930'larda depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı "afektif bozukluklar" olarak adlandırmıştır. 1938 yılında elektrokonvulzif sağıltımın bulunması ve depresyon üzerine olumlu etkisi, kafa travmaları sonrası mani ve depresyon benzeri tabloların gözlenmesi, dikkatleri bu hastalardaki subkortikal düzensizliğin önemine çekmiştir. Daha sonraki yıllarda nöroleptiklerin, antidepresif ilaçların ve ardından lityumun kullanıma girmesi; bu hastalıklarda birçok biyokimyasal kuramın öne sürülmesine neden olmuştur (23). Leonard ilk kez 1957 yılında; bipolar ve unipolar hastalık kavramını kazandıran kişi olmuştur. Sadece depresif veya manik dönemle seyreden tabloya unipolar hastalık, manik ve depresif dönemlerle seyreden tabloya bipolar hastalık demiştir (19). 1970'li yıllarda psikopatolojilerin sınıflandırılması ile ilgili önemli çalışmalar yapılmış ve bu hastaların tümü için "duygulanım bozukluğu" (affective disorders) tanımı kabul görmüştür. Bipolar Bozukluk (BB) ve Depresif Bozukluk (DB) ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır (20).

### **1.3. Günümüze Doğru Tanımlamalardaki Değişiklikler**

Major depresif bozukluğun (MDB) ve BB'nin ayrı iki hastalık olduğu ilk kez 1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition; DSM III) resmi sınıflandırma kapsamına alınmıştır (24). Afektif bozukluklar tanımı kabul edilmiş ve afektif bozukluklar kapsamında BB ile depresyon arasında

ayrım yapılmıştır. Dunner ve ark.'nın (25) önerisiyle bipolar bozukluk kendi içinde BB-I ve BB-II olarak iki alt tipe ayrılmıştır. DSM III-R (1987) ile birlikte afektif bozukluklar tanımı yerine halen tanı sınıflamalarında kullanılan duygu durumu bozuklukları tanımı gündeme gelmiştir (26). Sadece şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması nedeniyle duygu durumu bozuklukları tanımı kabul edilmiştir (20).

DSM-IV (1994) ve DSM-IV-TR (2000) sınıflandırmaları arasında belirgin bir fark olmayıp “Duygu Durumu Bozukluğu” başlığı altında şu tanımları getirmiştir (27).

### 1. Depresif Bozukluklar

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

### 2. Bipolar Bozukluklar

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

### 3. Diğer Duygudurum Bozuklukları

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

**Tablo-1:** DSM-IV-TR, BAB sınıflandırılması (27).

**BPB I:** Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mixt) tip dönem geçirilmesi.

**BPB II:** En az bir major depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı

**Siklotimik Bozukluk:** Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve major depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süreğen bir şekilde sürmesi.

**Başka Türü Adlandırılmayan BPB:** Herhangi özgül bir BPB'nin tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar.

**Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu:** Genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik bir sonucu olarak ya da bir maddenin etkisi veya

yoksunluğu sırasında ortaya çıkan ve bipolar özellikler gösteren bozukluklar.

**BaşkaTürlü Adlandırılmayan Duygudurum Bozukluğu:** Duygudurumu belirtileriyle giden ancak herhangi özgül bir duygu durumu bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar.

Duygu durumu bozukluklarında, klinik durumlar arasında dönüşümler görülebildiğinden bu bozuklukların tanı sistemlerinde yer aldığı biçimiyle bipolar ve unipolar gibi kesin sınırlarla ayrılmasının doğru olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca, bu ayrımın arada kalan olguları tanımlamada da yetersiz kaldığı üzerinde durulmaktadır. DSM tanı sınıflamaları dışında, bu alanda yapılan çalışmalarda tanı sınıflaması dışında kalan farklı klinik durumlar olduğu da bildirilmiştir. Tanı sistemlerindeki Bipolar Bozukluk (BB) sınıflandırmasına en fazla katkı ve eleştiri Akiskal tarafından yapılmıştır. Akiskal, DSM'deki BB sınıflandırmasını genel anlamda yetersiz olması, bazı noktalarda ise tutucu olması nedeniyle eleştirmektedir. Bipolar ve Unipolar depresyonun aynı şekilde tanımlanmış olması, "silik bipolar" bozuklukların yeterince ele alınmamış olması, karma tip dönemler için depresif ve manik dönem ölçütlerinin tam karşılanmasının gerekmesi, ailede BB öyküsüne yer verilmemesi ve mizaç özellikleri üzerinde durulmaması Akiskal'ın eleştirdiği bazı noktalar. Ayrıca Akiskal, unipolar / bipolar ayrımı arasında hala tanımlanmamış duygu durumu bozukluklarına dikkat çekmiş ve kısa depresif dönemle giden kronik hipomanik olan hastalardan, akrabaları arasında BB olan depresif hastalara kadar yeterince tanımlanmamış klinik durumları bir araya toplamış ve "Bipolar Spektrum" kavramını gündeme getirmiştir. BB-I ve BB-II' nin dışında farklı klinik özellikleri olan ara gruplar olduğundan da söz etmiştir. Sağaltımla ortaya çıkan hipomanik kaymanın BB olduğu, karma maniler kadar karma depresyonların da varlığı, BB-II'de depresyonun belirgin rolü ve kişilik bozuklukları ile BB arasındaki ilişki Akiskal'ın üzerinde durduğu diğer konulardır (21). Hipertimik mizaç ve/veya bipolar aile öyküsü varlığında tekrarlayan depresif dönemlerle giden durumlar için "yalancı unipolar" tanımını kullanmış ve bunların tüm unipolar depresyon hastalarının %10-20'sini oluşturduğunu bildirmiştir. Ayrıca hastanın o anlık durumuna göre bir sınıflamada yer almasının yanılgıya neden olacağını belirtmektedir (28).

Akiskal'ın sınıflama sistemlerinden farklı olarak öne sürdüğü bipolar spektrum sınıflandırması Tablo-2'de gösterilmiştir.

**Tablo-2:** Bipolar spektrum, Akiskal ve Pinto'dan değiştirilerek alınmıştır (29).

<b>BB ½:</b> Şizobipolar bozukluk; aşırı psikotik belirtiler yada şizoaffektif varyantlar izlenebilir
<b>BB I:</b> Manik- Depresif hastalık.
<b>BB I ½:</b> Uzamış hipomani ve depresyon.
<b>BB II:</b> Spontan hipomanik dönemler ve depresyon.
<b>BB II ½:</b> Siklotimiye eklenmiş depresyon.
<b>BB III:</b> Antidepresan ya da somatik sağaltımla hipomanik nöbet izlenen depresyon.
<b>BB III ½ :</b> Madde ve/ veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları.
<b>BB IV:</b> Hipertimiye eklenen depresyon.

## 2. Sıklık ve Yaygınlığı (Epidemiyoloji)

### 2.1. Bipolar Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı

Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0,4-1,6 (ortalama 1,2) arasındadır. Bipolar spektrum olarak ele alındığında, bu oran %3-6 arasındadır (30-33). Bipolar bozuklukta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000'dir (32, 34, 35). Unipolar depresyonun, Bipolar bozukluğa oranı 10:1 ile 4:1 arasındadır (36). BB'nin yaşam boyu yaygınlığı farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermez; bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğunu düşündürmektedir (37).

### 2.2. Cinsiyet ve Yaş

Unipolar depresyona zıt olarak bipolar bozuklukta cinsiyet oranı tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak eşittir. Bipolar bozukluğun başlangıcı major depresyondan daha erkendir. MDB'un başlangıcı ortalama 30'lu yaşlar iken, bipolar bozukluk 20'li yaşlar dolayında başlar (1). Çoğu çalışmada bimodal başlama yaşı bulunmuştur. En sık başlama yaşı 18 ve 44 yaşları arasında belirirken 50 yaşından sonra genellikle riskin azaldığı kabul edilir (33). Bipolar-I ve bipolar-II bozukluğunun başlangıç yaşı birbirine yakındır, fakat bipolar-II bozukluğunda başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir (1). Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır (38, 39). Yapılan

çalışmalarda mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24,4, kadınlarda 24,8 bulunmuştur (21). Bipolar-I bozukluğu kadınlarda erkeklerde eşit oranlarda gürölmesine karşın, bipolar-II bozukluğu kadınlarda daha sık gürölür (1). Bipolar-I bozukluğunun erkeklerde daha çok bir manik dönemle, kadınlarda ise daha çok bir major depresif dönemle başladığı bildirilse de veriler kesin değildir. Doğum sonrası dönemde kadınlarda bipolar bozukluk depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu bipolar bozukluğa sahiptir. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemekle birlikte, hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır (1). Kadınlarda, karma durumlar ve hızlı döngü daha sık gürölmektedir (20, 35, 38, 39, 41, 42).

### **2.3. Aile Öyküsü**

Bipolar bozukluk tanılı hastaların birinci derece akrabalarında, bipolar bozukluk tanı riskinin %3-8 arasında değiştiği bildirilmiştir (1). Normal popülasyon da ise bu oran çok daha düşüktür (%0,4-1,6). Hem anne hem de babada BB varsa çocuklarında duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (43).

### **2.4. Sosyoekonomik Durum**

Düşük sosyoekonomik sınıflarda daha sık gürölen unipolar depresyonun aksine, bipolar bozukluk sosyal sınıfla çok ilişkili gözükmemektedir. Üst sosyoekonomik düzeyde daha sık gürüldüğünü bildiren çalışmalar olmasına rağmen veriler kesin değildir. şehirde ve taşrada yaşamakla bipolar bozukluk arasında ilişki kuran bulgular da vardır. Çeşitli çalışmalarda şehirli ortamlarda yaşayanlarda belirgin olarak daha yüksek bipolar bozukluk oranları bulunmuştur (20, 33, 38).

### **2.5. Medeni Durum**

Depresyonda olduğu gibi evlenmemiş olmak bipolar bozuklukta yüksek risk ile ilişkilidir (33). Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde de daha sık gürölür (20, 38). Ancak bu fark erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır da olabilir.

### **3. Bipolar Bozukluğun Etyolojisi**

#### **3.1. Genetik**

Bipolar bozuklukta genetik bir geçişin önemi çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (44, 45). Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü destekler (46). Bipolar bozukluk ve major depresif bozukluk birlikte ele alındığında, monozigot ikizlerdeki konkordansın (%79,5), dizigot ikizlerden (%23) 3,5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Monozigotlarda konkordansın tam olmaması, penetransı tam olmayan gen ve çevresel nedenlerin rolünü düşündürmektedir (47).

Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ana-babada hastalık oranı, evlat edinen ana-babadan yüksek bulunmuştur (48). Bu çalışma biyolojik ana-babadaki riskin, bipolar bozukluk için üç, major depresif bozukluk için iki, özkiyim için altı kat artmış olduğunu göstermiştir. Moleküler genetik alanındaki çalışmalar, çelişkili sonuçlar vermiştir. Bipolar bozukluk ile 5, 11, 18 ve X kromozomları için bağlantı bildirilmiştir. 18p bölgesindeki bir lokusun hastalıktan sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir (34, 40, 45, 49). Bipolar depresyonda Unipolar depresyona göre genetik etkenler daha önemlidir (50).

Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır. Ancak bunun çok sayıda genle ilişkili olduğu, bunlardan bazılarının hastalığa yatkınlık için daha fazla bir etkinlikte olduğu ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu karmaşık bir geçiş düşünülmüştür. Bulgular; bipolar bozukluğun klasik mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir (20, 39, 44, 45, 51).

#### **3.2. Nörokimyasal Nedenler**

Davranış, biliş ve duygunun esas temelleri beyindeki çoklu hücreyel etkileşimlerde yatar. Nörokimyasal sistemler, kan akımı ile gelen yayılım yoluyla, direkt inervasyonla veya lokal salınım ve direkt difüzyon yoluyla duyguları ve bilişleri düzenler. Duygu durumu bozuklukları ile en yakından



ilişkili duygu ve biliş devreleri temelde yerel devrelerden ve beynin prefrontal korteks, singulat girus, amigdala, hipokampus, insula, ventral striatum ve talamus gibi özgül bölgeleri arasındaki uzun hiyerarşik devrelerden oluşur. Duygu durumu bozuklukları büyük olasılıkla ya bu duygu ve biliş devrelerini oluşturan nöronların ya da bunların işlevlerini düzenleyen nörokimyasal sistemlerin işlev bozukluğu sonucudur (52). Nörokimyasal çalışmalar daha çok biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Patofizyolojide norepinefrin (NE), serotonin (5HT) ve dopamin (DA) üzerinde durulmaktadır. Manik atak sırasında NE aktivitesinde artış vardır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) NE metaboliti olan MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, VMA (vanilmandelik asit) düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (53). Serotonerjik sistemin bipolar bozuklukta rolü, lityumun serotonerjik sistem üzerindeki etkisi nedeniyle gündemde kalmaktadır. Lityum beyin serotonin işlevini arttırmaktadır (20). Duygu durumu bozuklukları açısından en önemli serotonin reseptörleri 5-HT<sub>1A</sub>, 5-HT<sub>2</sub>, 5-HT<sub>4</sub>, 5-HT<sub>6</sub> ve 5-HT<sub>7</sub> alt tipleridir. 5-HT<sub>2C</sub> reseptör agonistleri mezokortikolimbik DA işlevini azaltırken, 5-HT<sub>2C</sub> reseptör antagonistleri bu işlevi artırır. Serotonin sistemi 5-HT<sub>2C</sub> reseptörleri ile mezokortikolimbik DA işlevi üzerine hem fazik hem de tonik kontrol sergilerken, nigrostriatal DA işlevinin düzenlenmesinde önemli bir rol oynuyor gibi görünmemektedir (52). Dopamin aktivitesinin genel olarak depresyonda düştüğü, manide yükseldiği düşünülmektedir. L-DOPA, amfetamin ve metilfenidat gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniye tetiklemesi, manik atak sırasında BOS'da DA metaboliti olan homovalinik asit (HVA), serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) ve sodyum düzeylerinin yüksek bulunması ve depresif atakta ise bu metabolitlerin tersine azalması bu görüşü desteklemektedir (1, 54, 55). Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu (kolinerjik yetersizlikten) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir. Melatonin nokturnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, folikül stimulan hormon (FSH) bazal salınımı ve erkeklerde testosteron

seviyesinin düşüklüğü, kortizol salınımının sirkadiyan ritminde bozulma bildirilen nöroendokrin düzensizliklerdir. Çok sayıda çalışmada hızlı döngülü bipolar hastalığı olanlarda klinik ve subklinik tiroid hastalığı yaygınlığı araştırılmış ve çoğunda subklinik hipotiroidi bulunmuştur. Hızlı döngülü hastalarda tiroperoksidaz otoantikoları yüksek saptanmıştır (52).

### **3.3. Psikososyal Etkenler**

Duygu durumu bozukluklarında, ilk atakların genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki ataklara stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemi duyarlılaşma modelinin (Kindling modeli) geliştirilmesine neden olmuştur (38, 49, 56, 57). İlk atağı genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar, fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin gen ekspresyonuna neden olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelenmesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden atakların oluşmasını kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (58).

## **4. Bipolar Bozukluğun Klinik Özellikleri ve Tanı Ölçütleri**

Bipolar bozukluğu olan bir hasta hekime; mani, depresyon ya da karma (mikst) atak tabloları ile gelebilir. Çoğu hastada kesin tanı, ancak tipik bir manik atak izlendikten sonra konabilmektedir. DSM-IV sınıflamasına göre Bipolar-I bozukluğu tanısı konabilmesi için, mutlaka bir manik atağın yaşanmış olması gerekli ve yeterlidir (20). DSM-IV-TR Bipolar Bozukluk Tip-I tanı ölçütleri Tablo-3'de gösterilmiştir.

**Tablo-3:** DSM-IV-R'ye göre Bipolar-I Bozukluk Tanı Ölçütleri (27).

- |  |
|--|
| <p>A. En az bir manik ya da karma bir atak vardır.</p> <p>B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ilerde ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.</p> <p>C. Duygudurum atakları şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır.</p> <p>D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.</p> <p>E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> |
|--|

#### **4.1. Manik Atığın Klinik Özellikleri**

Mani tablosu tipik olarak 1-2 hafta içinde gelişir, ancak gün ya da saatler içinde başlayan olgular da olabilir. Manik atak da; düşünce akışı hızlanmıştır, konuşma yüksek volümlüdür ve araya girmek güçtür (basınçlı konuşma), bir düşünceden diğerlerine süratle geçildiği fikir uçuşmaları olabilir, benlik duygusu ve kendine güven abartılı artmıştır (grandiozite). Öfori, neşe artışı, engellenme eşiğinde düşme, yeni ilgi alanları, riskli ve zevk veren davranışlar belirgindir. Dikkat çekecek kadar renkli ya da abartılı giyinebilir. Taşkınlık, öfke, saldırganlık hastaların %75'inde görülür. Spontan dikkati ileri derecede artmıştır ve en küçük uyarın dikkatini çekebilir. Bu nedenle istemli dikkati ise aşırı derecede dağınıktır ve dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulmuştur. Hastaların %75'inde sanrılar vardır. Sanrı ve varsanılar duygu durumuna uygun olabileceği gibi uygunsuz da olabilir. Psikomotor hızlanma, uyku gereksiniminde azalma, cinsel istekte artış vardır (20, 38, 39). DSM IV-TR'ye göre manik atak tanı ölçütleri Tablo-4'te gösterilmiştir.

**Tablo-4: Manik Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri (27).**

<p><b>A.</b> En az 1 hafta süreyle ( hastaneye yatış gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli şekilde yükselmiş, öforik ya da irritable ayrı bir duygu durumu döneminin varlığı.</p> <p><b>B.</b> Duygu durumu bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (duygu durumu yalnızca irritable ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Abartılı yükselmiş benlik değer duygusu ya da grandiyözite.</li><li>2. Uyku gereksiniminde azalma.</li><li>3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.</li><li>4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşi sıra gelmesi.</li><li>5. Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konu dışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.</li><li>6. Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.</li><li>7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme ( örn. Aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)</li></ol> <p><b>C.</b> Belirtilerin karma (mikst) tip döneme uymaması.</p> <p><b>D.</b> Duygu durumu bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde önemli bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması.</p> <p><b>E.</b> Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>Not: Somatik antidepresan sağaltım ( örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı ) açıkça neden olduğu manik benzeri dönemler Bipolar I bozukluğu olarak sayılmamalıdır.)</p>
--

#### **4.2. Hipomanik Atak**

Hipomanik atağın kabarmış, duygu durumu öforik, olağandışı iyi olma durumu, neşelilik ya da kendini yükseklerde hissetme olarak tanımlanabilir. Duygu durumu bozukluğunun taşkın niteliği, toplumsal, kişilerarası ya da mesleki etkileşimlerde bulunmak için istek gösterme ile belirlidir. Belirgin bir grandioziteden çok eleştirilmeye gelemeyen bir kendine güven duygusunun olduğu benlik saygısında abartılı bir artış vardır. Hipomanik ataktaki bir kişi çoğu zaman biraz daha yüksek sesle ve her zamankinden daha hızlı konuşur, ancak konuşmalarını kesmek zor değildir. Düşünce uçuşmaları sık görülmez, olsa bile kısa aralıklarla sürer. Amaca yönelik etkinlikte artma vardır. Cinsel etkinlikte bir artma olabilir. Ancak manik atakta olduğu gibi

işlevsellikte belirgin bozulma olmaz (27, 38, 39). DSM-IV-TR'ye göre hipomanik atak tanı ölçütleri Tablo-5'de verilmiştir.

**Tablo-5: Hipomanik Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri (27).**

<p><b>A.</b> Olağan, depresif olmayan duygu durumundan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.</p> <p><b>B.</b> Duygu durumu bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (duygu durumu yalnızca irritabl ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.</li><li>2. Uyku gereksiminde azalma.</li><li>3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.</li><li>4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi.</li><li>5. Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.</li><li>6. Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.</li><li>7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)</li></ol> <p><b>C.</b> Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.</p> <p><b>D.</b> Duygu durumu bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir düzeydedir.</p> <p><b>E.</b> Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açaca ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.</p> <p><b>F.</b> Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>Not: Somatik antidepresan sağaltımın (örn. ilaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu hipomanik benzeri dönemler Bipolar II bozukluğu olarak sayılmamalıdır.)</p>
---

### 4.3. Depresif Atak

Depresif bir hastanın bipolar spektrum bozukluğu mu yoksa unipolar depresif bozukluk içinde mi olduğunun farkına varılması önemli hale gelmektedir. Gerçek hayatta bipolar depresyon ile unipolar depresyon hastaları aynı belirtilere sahip olabilirler. Bipolar depresyonla, unipolar depresyon arasında çeşitli klinik farklar da tanımlanmıştır. Psikomotor retardasyon; değersizlik, değişmeyen duygu durumu ve belirgin anhedoni gibi melankolik belirtiler; hipersomnia ve kurşun paralizisi gibi atipik belirtiler; psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülür. Anksiyete, başlangıç

uykusuzluğu ve başkalarını suçlama unipolar depresyona oranla daha az görülür. Depresyonlu hastalarla yapılan 11 yıllık izlem çalışmasında Bipolar I bozukluğa dönüşmüş olanların, MDB tanısında kalanlara göre ilk depresif ataklarında psikotik özelliklerin ve hastaneye yatışların daha fazla olduğu gösterilmiştir (59). Unipolar depresif hastalarla karşılaştırıldığında, bipolar depresif dönemlerin daha kısa sürdüğü bildirilmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık depresif dönemler, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanım bipolar depresyonda daha sık görülür (60). Ayrıca birinci derece akrabalarda bipolar spektrum bozukluğunun varlığı hastanın da unipolar depresyondan çok bipolar depresyon olabileceğini düşündürülebilir (61). Tanımlanan klinik farklar patognominik değildir ve uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar/unipolar depresyon ayrımını yapmak olanaksızdır. Bir depresyon atağı ne denli erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik atak yaşamanın habercisi olma olasılığı o denli yüksektir. DSM-IV-TR depresif atak tanı ölçütleri Tablo-6'da gösterilmiştir.

**Tablo-6:** DSM-IV-TR depresif atak tanı ölçütleri (27).

<p><b>A.</b> 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 (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.</p> <p><b>1.</b> Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurumu.</p> <p><b>2.</b> Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)</p> <p><b>3.</b> Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.</p> <p><b>4.</b> Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.</p> <p><b>5.</b> Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.</p> <p><b>6.</b> Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması.</p> <p><b>7.</b> Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması.</p> <p><b>8.</b> Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.</p> <p><b>9.</b> Yenileyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım için özgül bir tasarının olması.</p> <p><b>B.</b> Bu belirtiler bir Mikst (karma) atağın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p> <p><b>C.</b> Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p> <p><b>D.</b> Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p><b>E.</b> Bu belirtiler Yas'la daha iyi açıklanamaz.</p>
---

#### **4.4. Karma (Mikst) Atak**

Karma dönem, en az bir hafta süren hem manik, hem de depresif atak belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemdir (27, 38). Belirtiler arasında sıklıkla, ajitasyon, insomnia, iştah düzensizlikleri, psikotik özellikler ve intihar düşünceleri vardır. Hasta hızla değişen duygu durumu dalgalanmaları yaşar. Tanısal açıdan en önemli nokta mani sırasında görülen sendromal depresyon için DSM-IV-TR'de belirtilen eşiğin karma mani tanısı için çok kısıtlayıcı olduğu doğrultusunda uluslararası bir uzlaşma sağlanmış olmasıdır (62-64).

Karma dönem tanısının koyulabilmesi için mani sırasında, Mc Elroy ve ark. (63) üç veya daha fazla, Akiskal ve ark. (64) en az iki, Swann ve ark. (65) en az bir depresyon belirtisinin yeterli olacağını önermişlerdir. Bipolar-I hastalarının %40'ının hastalığın gidişi sırasında karma durum geliştirdikleri bildirilmiştir. Kadınlarda daha sık görülür (63, 66). Alkol ve madde kötüye kullanımı tabloya sıklıkla eşlik eder. Konfüzyon ve duygu durumuyla uyumsuz psikotik belirtiler daha sık görülür (67, 68). Özkıyım davranışı ciddi bir risk oluşturur (69). Mani hastalarıyla karşılaştırıldığında karma mani hastalarının depresif mizaç özellikleri daha fazladır. Karma dönemlerin süresi yalın manik ataklardan daha uzundur ve sağaltımı güçtür (34). Buna rağmen karma manik atak yaşayan hastaların sonlanımları yaşamayanlardan daha kötü bulunmamıştır. Alkol ve madde kötüye kullanımı ve erken hastalık başlangıcı gibi etkenlerin karma ve disforik mani riskini artırdığı düşünülmektedir. Erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan kadınlar, karma mani açısından özellikle risk altında olabilir. Karma manide valproik asit ve atipik antipsikotiklere yanıt daha iyidir (65). DSM-IV-TR karma atak tanı ölçütleri Tablo-7'de gösterilmiştir.

**Tablo-7: Karma Atak DSM-IV-TR tanı ölçütleri (27)**

- |  |
|--|
| <p><b>A.</b> En az 1 hafta süreyle, hemen her gün, hem manik hem de major depresif dönem tanı ölçütlerine uyuyor olmak</p> <p><b>B.</b> Duygu durumu bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda önemli bozulmaya yol açıyor ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektiriyor, ya da psikotik özellikler gösteriyor.</p> <p><b>C.</b> Bu belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> |
|--|

**4.5. Bipolar II Bozukluğu**

Bir ya da daha çok major depresif atağın yanı sıra, en az bir hipomanik atağın yaşandığı bir klinik tablodur. Bu tanının konabilmesi için, hastanın tam bir manik atak geçirmemiş olması kuraldır. Kadın hastalarda erkeklere oranla daha fazladır. Hızlı döngülü bir gidiş Bipolar II bozuklukta daha sıktır (20). Tanı ölçütleri Tablo-8'de verilmiştir.



**Tablo-8:** Bipolar II bozukluk DSM-IV-TR Tanı ölçütleri (27).

- |   |
|---|
| <p>A. En az bir major depresif atağın ya da geçirilmiş major depresif atak öyküsünün varlığı</p> <p>B. En az bir hipomanik atağın ya da geçirilmiş hipomanik atak öyküsünün varlığı</p> <p>C. Manik ya da karma atakların geçirilmemiş olması</p> <p>D. A ve B ölçütlerindeki duygu durumu belirtileri şizoaffektif bozukluğa uymaz.</p> <p>E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.</p> |
|---|

#### 4.6. Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk

Hızlı döngülülük kavramı ilk kez Dunner ve Feive tarafından lityuma yanıtı düşük bir grup bipolar hastayı tanımlamak için ortaya atılmıştır (70). Hızlı döngülü bipolar bozukluk yılda en az dört hastalık dönemi yaşayan hastalar için kullanılır. Bir yıl içinde en az 4 duygu durumu dönemi olan ve dönemlerin birbirinden 2 ay süren düzelme, kısmi düzelme ya da zıt kutuplarla birbirinden ayrıldığı tablolarıdır (71, 72). Manik, hipomanik ve karma ataklar aynı uçta kabul edilir. DSM-IV-TR’de hızlı döngü ayrı bir alt tip değil de gidiş belirleyicisi olarak kabul edilmiştir. Tüm bipolar olguların yaklaşık %20’sinin hızlı döngü yaşadığı bildirilmektedir. Hızlı döngülü olanlar daha geç iyileşir ve antikonvülzanlara daha iyi yanıt verir. Kadınlarda ve Bipolar II bozukluğu olan kişilerde daha sık görülür (73). Çeşitli verilerin gözden geçirildiği bir çalışmada hızlı döngülü bipolar bozuklukta kadın-erkek oranının yaklaşık 3:1 olduğu bildirilmiştir (74). Hipotiroidi, steroid hormonları, menopoz döneminde olma, temporal lob disritmileri ve antidepresanlar hızlı döngülülük ile ilişkilendirilmektedir. Hızlı döngülü atak yaşayan hastalarda zıt kutuplara geçiş örüntüsü kötü klinik gidişi gösterir. Tanı ölçütleri Tablo-9’da verilmiştir.

**Tablo-9:** Hızlı döngülü bipolar bozukluk DSM-IV-TR tanı ölçütleri (27).

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. En az 4 gün süren hipomani dönemi</li><li>2. En az 1 hafta süren depresyon dönemi</li><li>3. En az 1 hafta süre manik dönem ya da hospitalizasyon</li><li>4. 8 hafta süreyle dönemler arasında belirtisiz dönem</li><li>5. 1 yıl içinde bu dönemlerden en az 4 tanesinin yaşanmış olması gerekmektedir.</li></ol> |
|--|

Bir ay içinde 4 ya da daha fazla atak yaşayan olgular ultra hızlı döngülü, bir hafta içinde 4 ya da daha fazla atak yaşayan veya gün içinde kaymalar gösteren olgular “Ultradian Döngülü” olarak tanımlanır. Hızlı döngülü durumlar başlangıçlarına göre erken ve geç başlangıçlı olarak ikiye ayrılır. Erken başlangıçlı durumlarda hastalığın ilk dönemlerinden itibaren hızlı döngü varken, geç başlangıçlı durumlarda hızlı döngü yıllar sonra gelişir (40). Hızlı döngülü dönemler kendi içlerinde, %42 oranında “hızlı döngülü”, %26,8 oranında “ultra hızlı döngülü”, %19,7 oranında da “ultradian döngülü” seyreder (20).

#### **4.7. Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk**

Bipolar özellikler gösteren fakat herhangi bir özgül bipolar bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamayan klinik tablolarıdır. Klinik pratikte sıkça görülmelerine rağmen, bu konuyla ilgili literatür görece olarak azdır. Yineleyici kısa hipomani, çok hızlı döngülü bipolar bozukluk, histeroid disfori ve bipolar bozukluğun birincil ya da ikincil olduğunun anlaşılamadığı durumlar bu kategoride yer alır.

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

**Çok Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk:** Hipomanik ve manik veya depresif ataklar birkaç günde bir hızla değişir. Yaşanan dönemin belirti eşliği tanı ölçütlerini karşılayan, fakat gerekli süre ölçütünü karşılamayan kısa süreli durumlarıdır. Günler içinde manik belirtilerden depresif belirtilere dönüş gösteren çok hızlı döngülü bipolar bozukluktur. Çoğu hastada değişim, belli bir düzende meydana gelir. Hastalardaki ataklar siklotimide olduğundan daha büyük amplitüdlere ve daha belirgin bozulmalara yol açar. Bu hastaların klinik olarak idaresi güçtür.

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

**Psikotik bozukluklar üzerine oturmuş manik ya da karma dönemler:** Bipolar bozukluğun birincil ya da ikincil olduğunun anlaşılamadığı durumlardır (75, 76).

DSM-IV-TR'ye göre başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk sınıflaması Tablo-10'da verilmiştir.

**Tablo-10:** DSM-IV-TR'ye göre başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk sınıflaması (27).

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk kategorisi her hangi bir özgül bipolar bozukluk ölçütlerini karşılamayan, bipolar özelliklere sahip bozuklukları içermektedir. Örnekler aşağıda sıralanmaktadır:

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

#### 4.8. Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu

Mevsim değişikliklerinin kişinin ruhsal durumunu etkileme derecesinin normale göre fazla olması mevsimsellik olarak tanımlanır. Stresli olaylara disforik tepki gösteren yüksek nörotisizimli kişilerde kış aylarında daha fazla depresyon görüldüğü düşünülmektedir. Rozenthal, mevsimlerle duygu durumu bozuklukları arasındaki ilişkiyi gözlemlemiş ve mevsimsel duygu durumu bozukluğunu tanımlamıştır (77). Sonbahar-kış aylarında ortaya çıkan, ilkbahar-yaz aylarında iyileşme gösteren depresif belirtiler ile giden klinik tablolarıdır. Bu doğal eğilim ışık tedavisinin hafif hipomanik kaymaları

nasıl tetiklediğini açıklamaktadır. DSM-IV-TR' de özellikle tarif edilmediği halde, mevsimsel depresyonlar, geniş anlamda Bipolar II ve Bipolar III örüntüsüne uymaktadır. Son kanıtlar, klasik antidepresanların depresif dönemin bahar veya yaz aylarında ortaya çıkmasına sebep olarak mevsimselliği bozduğunu düşündürmektedir (1). Antidepresanların mevsimsel depresyonlarda yol açtığı bu değişiklikler hızlı döngülü görüngünün özel bir varyantını temsil ediyor olabilir. DSM-IV-TR' de yer almamasına karşın mevsimsel duygu durumu bozukluğu; yazın görülen, kışın görülen ve tam oluşmamış tip olmak üzere üçe ayrılmaktadır (78).

Bipolar bozuklukta; kış-depresyon, yaz-mani döngüsüyle ilgili kanıtlar yetersiz olup, literatür tarafından desteklenen genel bir mevsimsel örüntü yoktur. Mevsim değişiklikleri tüm insanları etkiler. Mevsimsel yapı belirleyicisi Tablo-11'de gösterilmiştir.

**Tablo-11:** DSM-IV-TR mevsimsel yapı belirleyicisi (27)

- |  |
|--|
| <p><b>A.</b> Bipolar I, Bipolar II ya da majör depresif bozukluk; yineleyen tipte majör depresif dönemlerin başlangıcı ile yılın belirli bir zamanı arasında düzenli ilişki vardır.</p> <p><b>B.</b> Yılın belirli zamanında da tam düzelme olmaktadır.</p> <p><b>C.</b> Son iki yıl içinde A ve B maddelerinde tanımlanan mevsimlik ilişkiyi gösteren iki majör depresif atak ortaya çıkmıştır ve aynı dönemde mevsimsel ilişki göstermeyen bir atak olmamıştır.</p> <p><b>D.</b> Mevsimsel majör depresif ataklar kişinin yaşamı boyunca görülen mevsimsel olmayan majör depresif ataklardan fazladır.</p> |
|--|

#### 4.9. İkincil Mani

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

Depresyon öyküsü olmaksızın doğum sonrası dönemde gelişen maninin, Bipolar-I bozukluğunda farklı olduğuna dair bazı fikirler olsa da, ayrı bir lohusalık manisi tanısı için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle postpartum başlangıç, DSM IV-TR'de ayrı bir duygu durumu bozukluğu tanısı olarak değil, doğum sonrası başlangıç belirleyicisi olarak yer almıştır.

Stresörlerle ortaya çıkan iyi tanımlanmamış mani formları tepkisel (reaktif) maniler olarak adlandırılırlar. Kişisel kayıp ve yas tetikleyici etkenler olarak düşünülmektedir ve tepki psikodinamik olarak kaybın inkârı olarak yorumlanmaktadır. Bu açıklama akla uygun gelmekle birlikte bu hastaların mani geçiren diğer hastalardan aile öyküsü açısından farklı olup olmadıklarını düşündürecek sistematik bir veri bulunmamaktadır. Aynı durum uyarıcı ilaç kötüye kullanımı, antidepresan tedavi veya uyku yoksunluğu ile birlikte hipomanik veya manik kayma geçiren depresif hastalar için de geçerlidir. Tüm bu durumlarda bipolar bozukluğa yatkınlık, aile öyküsünde mani varlığı ve ileride kendiliğinden gelişecek manilerle ilişkilidir (1, 20). Antidepresan ilaç kullanımı sonrasında mani oluşma riskinin, bipolar I bozukluğunda, bipolar II'den daha fazla olduğu bulunmuştur (79). İkincil maniye sebep olan tıbbi durumlar Tablo-12'de verilmiştir.

**Tablo-12:** İkincil maniye sebep olan tıbbi durumlar (1)

<ul style="list-style-type: none"><li>•Tirotoksikoz</li><li>•Sistemik lupus eritamatozus (SLE)</li><li>•Kore</li><li>•Huntington hastalığı</li><li>•Multiple skleroz (MS)</li><li>•Serebrovasküler hastalık</li><li>•Diensefalon ve 3. ventrikül tümörleri</li><li>•Kafa travmaları</li><li>•Kompleks parsiyel epileptik nöbetler</li><li>•Sfilis, AIDS gibi fiziksel hastalıklar ya da</li><li>•Steroid, amfetamin, hallüsinojenler, alkol ve madde kötüye kullanımı</li></ul>
---

#### **4.10. Psikotik Özellikli Mani**

Psikotik belirtilerin ön planda olduğu manik dönemleri tanımlamak için kullanılır. Hastalarda dezorganize davranış, hatta uygunsuz duygulanım bile izlenebilir. Bu nedenle gerçek bipolar hastalar bile, yanlışlıkla şizofreni ya da şizoaffektif tanısı alabilmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastaların yaklaşık %50- 75'i psikotik belirti yaşarlar (24). Hastaların kendi doldurdıkları bir ankete dayalı olarak bir grup bipolar bozukluklu hastada yaşam boyu psikotik

belirti prevalansı %90 olarak saptanmıştır (80). %50'den fazla hastada sanrılar izlenir. Duygu durumuyla ilgili sanrılar izlenebildiği gibi bizar, Schneieder'in birincil sıra belirtileri de görülebilir. Maniye daha çok işitsel tipte olmak üzere %15 oranında halüsünasyonlar eşlik eder (24). Katotoni ve yönelim bozukluğu görülen olgular da vardır. Psikotik mani, erken başlangıçlı olgularda ve nöro-gelişimsel bozukluğu olan bireylerde daha sık görülür. Psikotik özellik gösterenlerde hastalığın gidişi psikotik özellik göstermeyenlere göre kötü değildir ve psikotik özellik bipolar bozukluğun daha ağır veya ilerlemiş formu olarak görülmemelidir. Fakat duygu durumu ile uyumsuz psikotik belirtiler kötü prognoz göstergesidir (81). Duygu durumu belirtilerinin olmadığı, iki haftadan uzun süren psikotik tablolarda ise tanı gözden geçirilmelidir (20).

### **5. Ayırıcı Tanı**

Benzer belirtileri ile oldukça karmaşık bir grup hastalığı içeren duygu durumu bozukluklarının arasından biopolar bozukluk tanısını koyabilmek için detaylı bir öykü şarttır. Hastanın eşinden ya da yakınlarından bilgi almak da, hastanın atlayabileceği hipomanik ya da manik belirtilerin saptanmasına ve dolayısıyla hastalık hakkında daha kesin bir fikir oluşturulmasına yardımcı olacaktır (20).

**Major depresyon ve bipolar bozukluk ayrımı:** MD'da görülen belirtiler, bipolar depresyondaki belirtilerle benzerdir. Depresyonla gelen hastada geçirilmiş hipomanik-manik dönemin saptanması ayırıcı tanı için önemlidir. Uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar / unipolar depresyon ayrımını yapmak olanaksızdır. Bir depresyon dönemi ne denli erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik atak yaşamının habercisi olma olasılığı o denli yüksektir (1, 82).

**Distimi-Siklotimi ve bipolar bozukluk ayrımı:** Distimide belirtiler MD'nu karşılamayan depresif yakınmalar şeklindedir. Hipomani ve maninin olmamasıyla ayırım yapılır. Siklotimiden ayırım, duygu durumundaki dalgalanmanın, kısa süreli olması ve major depresif ve/veya manik dönemlerin karşılanmaması ile yapılabilir. Siklotimi tanısıyla izlenen

hastalarda manik atak ya da major depresif atak gözlenirse bipolar bozukluk tanısının yanına siklotimik bozukluk tanısı da konulmalıdır. Siklotimik hastaların yaklaşık 1/3'ü, daha sonra bipolar bozukluk tanısı alır. Fakat siklotimi bipolar bozukluk öncülü bir durum değildir ve koruyucu sağaltım gerekli değildir. Psikoterapiden yararlanırlar. Alkol ve madde bağımlılığı da sık izlenir (1, 20).

**Psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk ayrımı:** Özellikle psikotik özellikler gösteren, dezorganize konuşma ve davranışların gözleendiği manik tablolar şizofreniyle karışabilmektedir. Psikotik bozukluklardan kesin ayırım ancak izleme ile yapılabilir. Akut dönemdeki olgularda belirtiler ne kadar ağır ve ne kadar bizar olursa olsunlar başlangıçta şizofreni tanısı konulmamalıdır. Gözlem ve klinik seyir ayırma yardım eder. Duygu durumu bozukluğu için aile öyküsü, ara dönemde göreceli olarak işlevselliğin iyi olması şizofreniden ayırım için önemlidir.

Şizoafektif bozukluğun tanımlamasında literatürde görüş birliği olmadığı için ayırım sorun oluşturur. Ara dönemde psikotik belirtilerin sürmesi ile ayırım yapılabilir (1, 20)

**Sınır kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk ayrımı:** Sınır (borderline) kişilik bozukluğunun bipolar bozukluktan ayrımı özel bir güçlük gösterir. Sınır kişilik bozukluğu heterojen bir gruptur. Bu olgular dürtüsel, labil duygulanım gösteren kişilerdir. Boşluk hissi, süreğen sıkıntı ve anhedoniden sıklıkla yakınırlar. Kişilerarası ilişkileri tutarsızdır. Karma ya da disforik atak geçiren bipolar hastalar ve Bipolar II hastalarının bir kısmı, yanlışlıkla sınır kişilik bozukluğu tanısı alabilir. Tedavi farklılıkları açısından iki hastalık arasındaki ayırımın yapılması zorunludur. Sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı konan hastaların özelliği olan affektif değişkenlik ve impulsif davranışların paylaşılmış genlerden köken aldığı ve sınırdaki kişilik bozukluğunun bipolar spektrum içine alınmasının uygun olacağını bildiren çalışmalar da vardır (20, 82).

**Toksik-organik nedenlerden ayırım:** Deliryum durumlarında bilinç, yönelim ve algı bozukluğu baskındır. Manide ise bilinç ve yönelim bozukluğu genellikle olmaz. Bazı bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak

ortaya duygu durumu bozukluğu tabloları çıkabilir. Bunların her birinin ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bunların bazıları Tablo-13'te gösterilmiştir.

**Tablo-13:** Duygu durumu bozukluğuna yol açabilen bedensel sorunlar (20)

Depresif belirti izlenebilen durumlar	Manik belirti izlenen durumlar
<ul style="list-style-type: none"><li>•Baskın hemisferde oluşan inmeler</li><li>•Hipotiroidi</li><li>•Cushing</li><li>•Pankreas kanseri</li><li>•Antihipertansif ilaçlar</li><li>•Oral kontraseptifler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•MSS' i tutan lupus</li><li>•MSS tutulumu olan HIV enfeksiyonu</li><li>•Frontal lobu tutan tümörler, kanamalar</li><li>•Presenil demans, ensefalit sonrası</li><li>•Glukokortikoid sağaltımı</li><li>•Stimulan, sempatomimetik ilaçlar, civa</li></ul>

## 6. Klinik Gidiş Özellikleri

### 6.1. Başlangıç Özellikleri

**1-Başlangıç yaşı:** Daha önceki çalışmalarda ilk tedavi veya ilk hastane yatışındaki yaş, başlangıç yaşı olarak kabul ediliyordu. Ancak tanısız ölçütlerin gelişmesi ile ilk major duygu durumu atağındaki yaşın hastalık başlangıcını belirlemek için daha geçerli bir ölçüt olduğu belirlenmiştir (83). Bu tanımı kullanarak erişkin olgularda başlangıç yaşının geriye dönük belirlenmesi güçtür. Belirtilerin başlangıç zamanıyla hastaneye başvuru zamanları tutmayabilir. Çoğu durumda belirtiler sağaltıma başvurmadan aylar ya da yıllar önce başlar (34). 1992 yılında Strober, yazarların çoğu tarafından 40 yaşın erken ve geç başlangıçlı tanımlaması için seçilmesinin rastgele bir davranış olduğunu ve başlangıç yaşı etkisinin büyüklüğünü örtebileceğini bildirdi (84). Başlangıç yaşı olarak erken, ara ve geç başlangıç olarak 17, 27 ve 46 yaşlarında tepe yapan üç ayrı grup tanımlayan çalışmalar vardır (85). Erken başlangıçlı olgularda genetik faktörlerin daha büyük rol oynadığı gösterilmiştir. Psikotik özellikli ve karma dönemler, ektanılı durumlar, yaşam boyu panik bozukluk sıklığı, alkol-madde kullanımı ve özkıyım davranışı daha fazla görülür (86, 87). Erken başlangıç daha ağır hastalık ve daha kötü prognoz gösterir ve bu durum bozukluğun kronik yapısı, duygu durumu dengeleyicilerine direnç, yüksek ek tanı ile ilişkilidir (88, 89). Dikkat eksikliği



hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile birlikte görülme özellikle erken başlangıç gösteren bipolar bozukluk için özgül bir durumdur. Bipolar olarak sınıflanan pediyatrik olguların %60-90'ı aynı zamanda DEHB tanı ölçütlerini de karşılar. DEHB, MDB, distimi, anksiyete ve davranım bozuklukları gibi çocukluk dönemine ait yaygın ve iyi tanımlanmış psikiyatrik hastalıklar ile semptomatik çakışma ya da bipolar bozukluğun çocuklukta daha az tanınmasına neden olur (90). Bipolar bozukluğun yaklaşık olarak %20'si ergenlik döneminde başlar. Bu nedenle geç çocukluk ve erken ergenlik dönemindeki depresyonların ileride bipolar bozukluk geliştirebileceği düşünülmelidir (91). Bipolar bozuklukların %20-30'u 21 yaşından önce, %10'u 50 yaşından sonra başlar.

**2-Başlangıç Tipi:** Depresif belirtilerin birkaç gün içinde akut olarak başlaması oldukça nadirdir. Genellikle başlangıç belirtileri hastalığın tam olarak ortaya çıkmasından birkaç gün, hatta birkaç hafta önce başlar ve subakuttur. Hastaların %20'sinden fazlasında bozukluğun tam olarak görülmesinden önce birkaç ay ile bir kaç yıl arasında değişen ön belirtiler olur (24). Bunlar disfori, haz kaybı, psikomotor bozukluklar, suçluluk, yetersizlik duyguları gibi sendromal olmayan belirtilerdir.

Manik dönemler genellikle birkaç gün içinde akut olarak başlar. Bipolar bozuklukta ilk dönemler sıklıkla depresiftir. Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarından oluşan örnekleme hastaların yaşadıkları ilk atakların %85'inin depresif, %12'sinin manik ve %3'ünün de karma olduğu bulunmuştur (34). Çalışmada manik atakların, depresif ve karma ataklara göre kısa sürdüğü, karma atakların ise depresif ataklardan uzun sürdüğü belirlenmiştir. Karma ataklarla başlayanlarda kronikleşme daha yüksek saptanmıştır. Depresif ataklardan önce hastaların %45'i manik atak yaşar ve 1/4 hastada depresif atakları manik atak izler. İlk ataklar çevresel koşullar tarafından tetiklenirken daha sonra otonomi gelişir (53).

**3-Tetik çeken etken:** Psikososyal ya da fiziksel olayların, neden olmaktan çok, atakların zamanlaması üzerinde etkili oldukları kabul edilmektedir. İlk hastalık atağının yaşanmasında açıkça etkili oldukları görülmekle birlikte, daha sonraki ataklar için aynı şeyi söylemek mümkün

değildir. Herhangi bir hastalık dönemi için bipolar bozukluklu hastaların %47'sinde, unipolar bozukluklu hastaların %53'ünde hastalık ataklarının başlangıcında stresli yaşam olayı olduğu bildirilmiştir (21). Bipolar bozukluk tanılı hastaların yaşadığı tüm ataklar düşünüldüğünde sadece atakların %13'ünün başlangıcından önce stresli bir yaşam olayı olduğu bulunmuştur.

### **6.2. Döngü ve Dönemin Süresi**

Literatürde görülen farklılara karşın, depresif atakların 2 ila 5 ay arasında sürdüğü söylenebilir (92). Manik ataklar ortalama 2 ay sürer. Karma ataklar 5 aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ile en uzun sürenlerdir (93). Hastalığın uzunlamasına seyirinde görülen atak sayısı, hastalığın süresine ve koruyucu sağaltıma verilen yanıtla bağlıdır. Hastaların çoğunluğu 20 senelik bir hastalık süresinde üçten fazla atak yaşarlar. Hastalığın seyirinde döngü uzunluğunu ve sıklığını değerlendirmek daha güvenilir bir yöntemdir. Döngü, bir atağın sonundan bir diğer atağın başlangıcına kadar geçen süre olarak tanımlanır. Döngü uzunlukları 68 haftadan birkaç yıla uzanan bir yelpazede büyük farklılıklar göstermektedir (94). Bazı yazarlar hastalığın seyri sırasında döngülerin giderek kıaldığını bildirmektedir. Turvey ve ark.'nın (94) yaptığı bir çalışmada 2. döngünün 1. den kısa olduğu, 3. nün 2. den uzun olduğu 4. ve 5. döngülerin daha kısa olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada sadece 1. ve 2. döngü arasında sistematik kısalma olduğu bulunmuştur (42). Diğer bir çalışmada ise; 1. ve 2. dönem arasının 36 ay, 2.-3. dönem arasının 24 ay, 3.-4. dönem arasının 12 ay olduğu saptanmıştır (42). Bipolar hastalar unipolar hastalara göre daha fazla hastalık dönemi yaşarlar ve döngü unipolarlara göre daha uzundur.

### **6.3. Özkıyım**

Tüm bipolar bozukluklu hastaların %25-50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu ve %15-19'unun da bu yolla hayatlarını kaybettiği belirlenmiştir (95). Bu özkıyım oranı normal populasyonun 20 katıdır (96, 97). Tüm duygu durumu bozuklukları için özkıyım oranı %5-7 olarak verilmektedir. Genel nüfustaki özkıyım oranlarında görülen cinsiyet farklılığına benzer şekilde, bipolar kadınlarda özkıyım girişimleri, bipolar erkeklerde de tamamlanmış özkıyımlar daha fazla görülür. Madde kötüye kullanımı özkıyım riskini anlamlı

olarak arttırır. En fazla özkıyım riski taşıyan hastaların, daha önce özkıyım girişiminde bulunan, alkol kötüye kullanımı olan, hastaneden yeni taburcu olan, hastalığın erken dönemindeki genç hastalar olduğu bildirilmiştir. Psikotik belirtilerin özkıyım üzerine etkisi kesin değilken, karma atakların riski artırdığı bilinir. Özkıyım girişimi olan hastaların hastalıkları süresince daha fazla depresif atak yaşadıkları bilinmektedir. Tahmin edilebileceği gibi özkıyım davranışı depresif atak döneminde daha fazladır. Psikiyatrik hastalıklar için özkıyım açısından belirlenmiş risk faktörlerinin çoğu bipolar bozukluk hastaları içinde geçerlidir. Hem umutsuzluk hem de saldırganlık özkıyım için potansiyel risk faktörüdür. İşlevsellikte görülen düşüşde özkıyım için risk faktörüdür. Erkek olmak, yaşlı olmak, yalnız yaşamak, beyaz ırk, cinsel kötüye kullanım, sınıf B kişilik bozukluğu (Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu, Histrionik Kişilik Bozukluğu, Narsistik Kişilik Bozukluğu), yüksek eğitim seviyesi ve yüksek sosyo-ekonomik düzey riski arttıran diğer faktörlerdir. Bu özellikler dikkate alınarak özkıyım girişimleri ve özkıyıma bağlı ölümler azaltılabilir (96-98). Lityumun özkıyım oranını ve genel ölüm oranını düşürdüğü konusunda tutarlı kanıtlar vardır (21).

#### **6.4. Bipolar Bozukluk ve Ektanılar (Komorbidite)**

Bipolar bozuklukta eksen-I ve eksen-II etkânıları yaygındır. Yapılan bir çalışmada eksen-I etkânısı %60,8 olarak bildirilmiştir (99). Panik bozukluk, sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılıkları bipolar bozuklukta sık görülen etkânılardır (100, 101). Bipolar I tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada %39 obsesif kompulsif bozukluk, %26 özgül fobi, %20 sosyal fobi olmak üzere anksiyete bozukluğu ek tanısı %61,4 olarak bildirilmiştir (102). Bir başka çalışmada erişkin tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etkânısı %15,9 olarak verilmiştir (103). Ektanılı hastalarda; duygu durumu bozukluğunun daha erken yaşta başladığı, daha şiddetli psikotik özellikler, hastanede daha uzun kalma süresi, düşük iyileşme oranları ve yüksek oranda hızlı döngü olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada birden fazla etkânı oranı %22 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda etkânı daha fazladır (74). Madde kötüye kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu erkeklerde daha fazla bildirilmektedir. Alkol ve

madde kötüye kullanımının olduğu kişilerde hastalığın daha erken başlangıçlı olup daha şiddetli seyir gösterdiğine dair veriler mevcuttur. Bipolar bozukluğa yatkınlığı olan ancak atak geçirmemiş bireylerde LSD, alkol, kokain, esrar, amfetaminle atakların tetiği çekilebilir. Herhangi bir duygu durumu bozukluğu olan kişilerde alkol-madde kullanım bozukluğu olma riskinin 3 kat arttığı gösterilmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerde alkol bağımlılığı riski 6 kat, alkol dışı madde bağımlılığı riski ise 8 kat artar. Karma ataklar yaşayan hastalarda madde kullanım bozukluğu daha fazladır. Bipolar bozuklukta obsesif-kompulsif, paranoid, histriyonik ve borderline kişilik bozukluklarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kişilik bozukluğunun hastalık şiddetini arttırdığı ve prognozu olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Eşlik eden kişilik bozukluğu varsa ilaç tedavisine yanıt daha kötü olmaktadır.

### **6.5. İzleme Süresi ve Sonlanma Ölçütleri**

Bipolar bozukluk; gidiş, sonlanma ve tedaviye yanıt verme açısından kişilerarasında büyük farklar gösteren yineleyici ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Yaşadıkları ilk dönemden itibaren bipolar bozukluğu olan hastaların en önemli endişesi hastalıklarının klinik gidişlerinin nasıl olacağı ve iyileşme şanslarının ne kadar olduğudur. Klinisyenler açısından ise, klinik gidiş ve sonlanma hakkındaki bilgiler, hastalara daha doğru tanı konulabilmesi ve aynı zamanda uygulanan herhangi bir sağaltımın sonuçlarının değerlendirilebilmesi açısından önem taşımaktadır. Başlangıç yaşı, yaş, cinsiyet, sosyodemografik değişkenlerin klinik gidişte öngörücü etkileri bulunmadığı bildirilmiştir. Sosyo-ekonomik düzey ve sonlanma arasında herhangi bir ilişki bulunmamasının nedeni birçok çalışmada kötü gidişli düşük sosyoekonomik düzey hastalarının yer almaması olabilir. Geçmişte yaşanan atakların sıklığı ileride yaşanacakların daha fazla olacağını ve daha olumsuz sonlanmayı öngörmektedir. Hızlı döngülülük, hastalık öncesi düşük işlevsellik, madde kötüye kullanımı eştanısı ve şizoaffektif belirtiler daha olumsuz gidişi öngörür. Kişilik bozukluğunun varlığı klinik gidiş ve sonlanmayı olumsuz etkiler. Hastalığın yineleme sayısı ve şiddeti gidişi belirleyen en önemli etmenlerdendir. Tedaviye iyi yanıt vermenin iyi klinik gidiş ve sonlanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İlk hastalık

döneminin erken ve başarılı tedavisinin gidişi olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (104, 105). Yaşam olaylarının atakları arttırıcı etkileri azdır. Hastalığın yineleyici ve süregen doğasından dolayı, uzun süreli çalışmalar (10 yıldan daha uzun) sonlanmaya yönelik geçerliliği en çok olan çalışmalardır. Bir yıldan daha az gözlem süreleriyle geçerli sonuçlara ulaşmak zordur ve kısa süreli çalışmalar sadece akut dönemin klinik gidişi hakkında bilgilendirici olur (2, 106). Danimarka olgu kayıt çalışmasında, yaşanan her yeni atakla birlikte hastalığın yineleme riskinin %9 artış gösterdiği bulunmuştur. Angst, 16 yıl süren 159 unipolar ve 95 bipolar hasta ile yaptığı ileri dönük izleme çalışmasında, döngü uzunluğunun bipolar hasta grubunda yaşanan her yeni dönemle birlikte %5 kısaldığını bildirmiştir (42). Antipsikotik ilaçların hastalığın klinik gidişi ve sonlanma üzerindeki etkileri çelişkilidir. İyi antimanik etkileri olmasına karşın uzun süreli kullanımda depresif iniş çıkışları arttırabilirler. Antidepresan kullanımıyla bağlantılı olarak birçok hastanın döngülerinde kötüleşme görülsede bu ilaçlar güncel sağaltımın önemli parçası olarak kalmaya devam etmektedir. Ötimik dönemde dahi görülebilen ve genelde hastalığın ilerleyen dönemlerinde karşılaşılan bilişsel bozukluklar klinik gidiş ve sonlanma ile ilişkili olabilecek ve az çalışılmış bir alandır (107). Bilişsel bozulma bipolar bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi duygu durumu dengeleyicilerinden de kaynaklanıyor olabilir. Bipolar bozukluk hastaları yüksek işlevsellik taşıyan iyi uyum sağlamış bireylerden, sosyal açıdan yetersiz, hiç bir zaman tam olarak iyileşmeyen ve tekrar eden hastalık depresmeleri yaşayan kronik bireylere kadar geniş bir yelpazede yer alırlar. Bipolar bozukluk hastaları içinde %15-30 oranında istenmeyen sonlanımlı, süregen klinik gidişli bir hasta alt grubu olduğu bildirilmektedir. Bipolar bozukluktaki klinik heterojenite genetik faktörlerle ilişkili olabilir. 1970'lerden itibaren yapılan çalışmalarda lityuma yanıt veren alt tipin olduğu ve bu grubun kalıtımsal yönünün güçlü olduğu bildirilmektedir. Bipolar bozukluğun yıllar içinde "sönüp sönmediğini", bazı alt grupların kötüleyip kötülemediğini ve bunun nasıl meydana geldiğini, yaşam dönemlerinin duygulanım belirtilerinin kalıcılığında ve niteliğinde tahmin

edilebilir etkileri olup olmadığını belirlemek için uzun süreli izleme çalışmalarına ihtiyaç vardır.

## **7. Tedavi Yaklaşımları**

Saha çalışmalarında Bipolar I bozukluğu olan hastaların %40 kadarının tedavi almadığı ve doktor gözetiminde olanlarında çoğunun uygunsuz tedavi aldığı tahmin edilmektedir (1). Son zamanlardaki çalışma serilerinde unipolar MDB'li hastaların %25-55'inin daha sonra Bipolar II veya BTA-Bipolar bozukluk tanısı aldığı öne sürülmektedir (1). Bipolar bozuklukta tedavi, akut dönem ve sürdürüm dönemi olarak ikiye ayrılır. Belirti dönemlerinin sağaltımı ise başlıca hipomanik, manik, karma ve depresif dönemlerin sağaltımı olarak ayrılır.

### **7.1. Akut Dönem Tedavisi**

Akut mani tedavisinin amaçları; riskli davranışların denetim altına alınması, hastanın ve çevrenin güvenliğinin sağlanması, belirtilerin yatıştırılması ve yeni hastalık dönemlerinin önlenmesine yönelik koruyucu sağaltıma hazırlık yapılmasıdır (1). Bipolar bozukluk tedavisinde temel ilaçlar duygu durumu dengeleyicilerdir (DDD). İlke olarak, manik dönem tedavisi; 1. Yalnızca DDD'leri ile 2. Bunların benzodiazepinler ya da antipsikotiklerle kombinasyonu ile 3. Yalnızca antipsikotikler ya da bunların benzodiazepinlerle kombinasyonu ile 4. EŞT ile yapılabilir. Tedavi araçlarının seçimi için ilk belirleyiciler, atağın şiddeti, psikotikliği, alt tip özellikleri, birlikte bulunan organik ve psikiyatrik bozukluklar ve önceki ataklarda iyi yanıt verdiği bilinen tedavi araçlarının saptanması olabilir (108). Genel olarak lityum, klasik belirtileri (öforik mani) olan ve hafif şiddetteki olgularda ilk seçenektir. Karma manide, psikotik manide ve daha ağır mani formlarında sodyum valproat, lityuma tercih edilebilir. Hızlı döngülü olgularda sodyum valproat veya lamotrijin tercih edilmelidir. Özellikle hızlı kontrolün gerektiği şiddetli ajitasyonu olan hastalarda antipsikotikler ve benzodiyazepinler tedaviye eklenebilir. Dirençli durumlarda ve gebelikte elektroşok tedavisi önerilir. Tedavi aracı ne olursa olsun, dönem sona erdikten ve hasta premorbid

davranış çizgisine bütünüyle geri döndükten sonra, dönemin yeniden alevlenmesini (relapsı), önlemek amacıyla tedaviyi 3-6 ay daha sürdürmek doğru bir yaklaşımdır. Daha sonra antipsikotikler kesilip, DDD'lerle devam edilir (1, 108).

Bipolar depresif dönem tedavisinin amacı, özkıyım riskini gözeterek hastayı, olabilecek en etkili ve hızlı biçimde depresyondan çıkarmaktır. Depresyonun iyileşmesini hedeflerken, manik kayma, döngü hızlanması gibi süreçlere karşı da kaygı duyulmalı ve önlemler en üst düzeyde tutulmalıdır. DDD'lerin tedavide yer alması, özellikle manik kayma ve döngü hızlanmasına karşı çok önemlidir (20, 21). Birçok tedavi kılavuzunda eğer doz en yüksek dozun altındaysa kullanılan DDD'nin dozunun artırılması ilk adım olarak önerilmektedir. Ancak bu yaklaşıma ilişkin çok fazla kanıt bulunmamaktadır. Klasik olgularda ilk seçenek lityumdur. Yanıt alınamayan ve şiddetli durumlarda tedaviye antidepresanlar ve/veya lamotrijin eklenir. Antidepresanların düşük dozda başlanması, etkili olan en düşük dozun kullanılması ve antidepresan tedavisinin uzun sürdürülmemesi önerilir. Daha çok SSRI'lar tercih edilir. Ağır, katatonik ya da psikotik özellikli depresyonda ve gebelerde elektroşok tedavisi uygulanır. Bipolar II hızlı döngülü olgularda sürdürümde tek başına etkili olduğuna ilişkin verilerden dolayı lamotrijin ilk seçenektir (21).

Bipolar bozuklukta akut dönem tedavisinden sonra idame tedaviye geçilir. İdame tedavinin amacı, depresif kayma, depreşme ve yinelemeleri önlemektir (109, 110).

## **7.2. Koruyucu Tedavi**

Koruyucu tedavide olası yeni dönemlerin önlenmesi hedeflenir (38). Hastaların çoğunda koruyucu tedaviye akut dönemde etkili olan ilaçla devam edilir. Akut dönemin manik olduğu durumda duygu durumu dengeleyicisinin dozunun azaltılması düşünülebilir. Lityum ve sodyum valproat için maninin kontrolünde gereken dozun %25 kadar azaltılmasını destekleyen veriler bulunmaktadır (111). Koruyucu tedaviye genellikle hasta ikinci duygu durumu atağını geçirdikten sonra başlanır. Ailede bipolar hastalık öyküsü varsa ya da ilk dönem çok ağır geçtiyse koruyucu tedaviye hemen başlanabilir (21).

### 7.3. Psikososyal Yaklaşımlar

Psikososyal yaklaşımlar ile hastanın etkili biçimde ve gerçekçi düzeyde, hastalığı kendi denetiminde tutma çabası gösteren bir kişi haline gelmesi, psikososyal sorunlarla başa çıkması ve psikososyal işlevselliğin arttırılması hedeflenir. Psikoeğitim programları ve bilişsel davranışçı teknikler etkili hasta odaklı yaklaşımlardır. Bu yöntemlerin, hastalığa bağlı ikincil sorunların çözümünün yanısıra, hem sürdürüm sağaltımına eklendiğinde hem de depresif dönemlerin tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (21, 38).

Duygu durumu belirtilerinin toplumsal ve psikososyal işlevsellikteki bozulma üzerine etkisi giderek daha çok ilgi çekmektedir. Bu alanda yapılmış birçok çalışma bulunmasına karşın, toplumsal ve psikososyal işlevsellikteki bozulmanın durumluk mu, yoksa sürekli mi olduğu konusunda bulgular çelişkilidir. Biz bu kalıntı belirtilerinin hastanın sosyo-demografik, hastalık ve tedavi özellikleriyle ve işlevsellik durumu ile yakından ilişkili olabileceğini düşündük. Bu nedenle de, bu çalışmada kalıntı duygu durumu belirtilerinin hastanın sosyo-demografik, hastalık ve tedavi özellikleri ile ilişkisi ve işlevselliği üzerine etkisini ortaya çıkarmayı amaçladık.

Bu çalışmada, Eylül 2009 - Haziran 2010 yılı içinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Duygudurumu Polikliniği ve Genel Psikiyatri Polikliniği'nde izlenen BB tanılı ve remisyonda olan hastaların kalıntı duygu durumu belirtileri ile sosyo-demografik ve klinik özellikleri, psiko-sosyal işlevsellikleri ve kullanmakta oldukları tedaviler arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.



## GEREÇ VE YÖNTEM

Denekler, 01.09.2009-01.09.2010 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Duygu Durumu Polikliniği ve Genel Psikiyatri polikliniği tarafından izlenen ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre "Bipolar Bozukluk" tanı kriterlerini karşılayan, o an düzelme döneminde olan ve çalışmaya alma kriterlerini karşılayan kişiler arasından seçildi. Bu çalışma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul onayı alındı (09.06.2009 / 2009-11/15).

### A. Çalışmaya Alma Kriterleri

Çalışmaya; 18-65 yaşları arasında olan, araştırmanın yönergesini anlayabilecek, ölçekleri doldururken birebir destek gerektirmeden yapabilecek ve araştırma protokolüne uyum sağlayabilecek zihinsel ve fiziksel yeterliliğe sahip kişiler alındı. Hastaların remisyon durumu, tanı görüşmesi sırasında 17 maddeli Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)'nde 7 ve altında ve 11 maddeli Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDS)'nde 8 ve altında puan almak olarak belirlenmiştir. Bu çerçevede tüm hastaların DSM-IV-TR (Ek-7, Ek-8) tanı kriterlerine göre Bipolar Bozukluk tanısında ve düzelme döneminde oldukları gösterilmiştir. Tüm deneklerin yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

### B. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Bipolar bozukluk dışında herhangi bir eşlik eden ruhsal bozukluğu bulunanlar, sistemlerin sorgulanması yoluyla saptanan nörolojik ve tıbbi bir hastalığı bulunanlar ve alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olanlar çalışmaya alınmadı.

### **C. Uygulanan Ölçek ve Testler**

Çalışmaya alınan tüm hastalara; hastaların dosya kayıtlarının incelenmesi ve hasta ile görüşme neticesinde sosyo-demografik veri formu uygulanmıştır. Bu form aracılığıyla hastanın sosyo-demografik ve klinik bilgileri (bozukluk başlangıç yaşı, geçirilen dönem sayısı, hastaneye yatış sayısı, halen kullandığı tedavi) toplanmıştır (Ek-1). Depresif belirtilerin değerlendirilmesi, yapılandırılmış bir görüşmesi olan 17 maddeli Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile yapılmıştır. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve ark. (112) tarafından tamamlanmıştır. Manik belirtilerin değerlendirilmesinde, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) kullanılmıştır. Bu ölçeğin Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karadağ ve ark. (113) tarafından yapılmıştır. Anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi ve bilişsel ve somatik anksiyete belirtilerinin saptanması ve derecelendirilmesinde 14 ana maddeden ve her madde altında tek tek semptomların yer aldığı Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) kullanılmıştır. Bu ölçeğin Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Yazıcı ve ark. (114) tarafından yapılmıştır. Hastanın çeşitli alanlardaki işlevsellik düzeyinin değerlendirilmesi için 11 alt ölçek ve 52 maddeden oluşan Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) uygulanmıştır. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve ark. (115) tarafından yapılmıştır. Mental sağlık ve hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğin değerlendirilmesi için tüm hastalara İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD) üzerinden 0 ila 100 arası bir puan verilmiştir (DSM-VI-TR Eksen-V). Bu formlar ve ölçekler, aynı klinisyen tarafından, denekler ile yüz yüze görüşme yoluyla dolduruldu. Hastalar kesitsel olarak tek bir görüşme ile değerlendirilmiştir.

#### **a. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)**

Bu form ile kişilerin, temel sosyo-demografik özellikleri ve hastalığı ile ilgili klinik bilgileri; bozukluk başlangıç yaşı, hastaneye ilk yatış zamanı ve toplam yatış sayısı, kaç yıldır hekim takibi altında olduğu, bipolar bozukluğun

tipi, ilk ve son dönemi ve toplam geçirilen dönem sayısı, halen kullandığı tedavi ve EŞT tedavisi alıp almadığı gibi bilgiler hastanın dosya kayıtlarından ve hasta ile yapılan görüşmeden elde edilmiştir.

**b. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ, Ek-2)**

Young ve ark. (116) tarafından manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karadağ ve ark. (113) tarafından yapılmıştır. Toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli Likert tipinde, diğer dördü dokuzlu Likert tipinde sağlamaktadır. Klinisyen tarafından hastalarla görüşme sırasında ölçek üzerine işaretlenerek doldurulur. Her bir maddeden elde edildiği puanların toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir. Tanı koymak için kullanılmaz.

**c. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D, Ek-3)**

Hamilton ve ark. (117) tarafından klinik araştırma amaçlı geliştirilmiş depresyon düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçektir. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve ark. (112) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada yapılandırılmış bir görüşmesi olan 17 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Dokuz madde 0-4, sekiz madde 0-2 puan aralığında değerlendirilir. En yüksek puan 53'tür ve tanı koymak için kullanılmaz.

**d. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A, Ek-4)**

Hamilton ve ark. (118) tarafından klinik araştırma amacıyla geliştirilmiş anksiyete düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçektir. Arkonaç ve ark. tarafından Türkçe'ye çevirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. (114) tarafından yapılmıştır. Türkçeye çevrilen, ölçeğin 14 ana maddeden ve her madde altında tek tek semptomların yer aldığı versiyonudur. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Her maddeye 0-4 arası bir puan verilir ve her bir maddenin puanı toplanarak toplam puana ulaşılır. Bu ölçek deneklerin anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi ve bilişsel ve somatik anksiyete belirtilerinin saptanması ve derecelendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

### **e. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ, Ek-5)**

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından bipolar bozukluğu olan hastaların belirtili dönemde veya dönemler arası iyileşme sırasında tüm alanlarda gösterdikleri işlevsellik düzeyini belirlemek ve ölçmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve ark. (115) tarafından yapılmıştır. Ölçek 11 alt ölçekten oluşmuştur ve 52 madde içermektedir: duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş/meslek. Bir öz bildirim ölçeği olduğu için hasta tarafından doldurulur. Değerlendirme üçlü Likert tipinde yapılmaktadır. Ölçeğin 52-maddeli biçimi toplam puanı 52 ile 156 arasında olabilmektedir. Buna göre maddelerden 2, 4, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 52 numaralı maddeler giderek artan yönde 1-2-3 biçiminde puanlanır. Kalan maddelerden 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 49, 50, 51 giderek azalan yönde 3-2-1 biçiminde puanlanır. Ölçeğin veya alt ölçeklerin kesme puanları hesaplanmamıştır, karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Daha yüksek puan daha iyi işlevselliği göstermektedir.

### **f. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD, Ek-6)**

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ölçeği DSM-IV-TR de klinisyenin, kişinin genel işlevsellik düzeyi ile ilgili yargısını belirtmesi için kullanılır. İGD Ölçeği sadece psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğin değerlendirilmesi amacıyla kullanılır, fiziki (ya da çevresel) kısıtlılıklara bağlı işlevsellikteki bozulma hesaba katılmaz. İGD ölçeği değerlendirmesi kişinin o sıradaki genel işlevselliğinin derecelendirilmesi için kullanılmıştır. İGD Ölçeği puanı Eksen V'te belirtildiği gibi kişilere 0 ile 100 arasında bir puan verilerek elde edilmiştir (27).

## D. İstatistik Analiz

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 13.0 İngilizce paket programı yardımıyla yapılmıştır (119). İlk önce verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplandı, sonra Shapiro-Wilk testi ile normallik varsayımı sağlanıp sağlanmadığı araştırıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler için korelasyon testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulandı. Grupların değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Willis ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak  $\alpha=0,05$  belirlenmiştir. Ayrıca sosyodemografik veriler ve kullanılan ilaçlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler de sunulmuştur.

## BULGULAR

### 1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya alınan toplam 120 hastanın 65'i (%54,2) kadın, 55'i (%45,8 ) erkekti. Yaş ortalaması  $40,76 \pm 12,28$  yıl idi. Hastaların 53'ü (%44,2) yükseköğretim düzeyine sahipti. Medeni durumları bakımından da 73'ü (%60,8) evli idi. Çalışma durumu bakımından ise 46'sı (%38,3) aktif olarak çalışıyordu ve %92,5'nin sosyal güvencesi vardı. Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo-14'de gösterilmiştir.

**Tablo-14:** Çalışmaya alınan BAB tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri

		N	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	65	54,2
	Erkek	55	45,8
<b>Yaş (19-65)</b>	40,76 ± 12,28 (ort ± SD)		
<b>Eğitim</b>	İlkokul	24	20
	Ortaokul	13	10,8
	Lise	30	25
	Yükseköğretim	53	44,2
<b>Medeni hal</b>	Hiç evlenmemiş	37	30,8
	Evli	73	60,8
	Boşanmış / Dul	10	8,3
<b>Çalışma durumu</b>	İşsiz	15	12,5
	Ev hanımı	29	24,2
	Çalışıyor (memur-işçi)	46	38,3
	Emekli	30	25
<b>Sosyal güvence</b>	Yok	9	7,5
	Var	111	92,5

Hastalığın başlangıç yaşına göre hastaların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek üzere hastalar 2 ayrı gruba ayrılmıştır. Hastalığı 18 yaşından önce ve sonra başlayanlar ve hastalık başlangıç yaşı 30'dan büyük ve küçük olanlar. Birinci grupta erken başlangıçlı sayısı (18 yaş altı) 17 iken, ikinci grupta (30 yaş altı) ise 85 idi. Hastalığı 18 yaş altında başlayanlarda medeni durum bakımından hiç evlenmemiş olma oranı (%58,8), 18 yaş ve üstü başlangıç yaşına göre belirgin olarak daha yüksek

bulundu. Hastalığın erken başlaması yüksek öğrenim durumunu kısmen de olsa olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. İşsizlik oranı hastalığın 18 yaş altı başlayan grupta (%23,5) diğer gruplara göre biraz daha yüksek bulundu. Çalışmaya alınan hastaların hastalık başlangıç yaşına göre sosyodemografik özellikleri Tablo-15'de gösterilmiştir.

**Tablo-15:** Hastalığın başlangıç yaşına göre sosyodemografik durumları.

		Başlangıcın 18 yaşına göre gruplandırıldığında				Başlangıcın 30 yaşına göre gruplandırıldığında			
		<18 y n=17		≥ 18 y n=103		< 30 y n=85		≥30y n=35	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	8	47,1	57	55,3	44	51,8	21	60,0
	Erkek	9	52,9	46	44,7	41	48,2	14	40,0
<b>Medeni durum</b>	Hiç evlenmemiş	10	58,8	27	26,2	32	37,6	5	14,3
	Evli	7	41,2	66	64,1	47	55,3	26	74,3
	Boşanmış/Dul	0	0,0	10	9,7	6	7,1	4	11,4
<b>Eğitim durumu</b>	İlkokul	3	17,6	21	20,4	18	21,2	6	17,1
	Ortaokul	4	23,5	9	8,7	11	12,9	2	5,7
	Lise	4	23,5	26	25,2	19	22,4	11	31,4
	Yüksekokul	6	35,3	47	45,6	37	43,5	16	45,7
<b>Çalışma durumu</b>	İşsiz	4	23,5	11	10,7	12	14,1	3	8,6
	Ev hanımı	7	41,2	22	21,4	22	25,9	7	20,0
	Çalışıyor (memur-işçi)	4	23,5	42	40,8	34	40,0	12	34,3
	Emekli	2	11,8	28	27,2	17	20,0	13	37,1

## 2. Hastalık Özellikleri

Çalışmaya alınan tüm hastaların %14,17'sinde (n=17) bipolar bozukluk 18 yaş altında, %29,17'sinde (n=35) 30 yaş ve üstünde başlamıştı. Hastalık başlangıç yaşı ortalama 25,37±8 idi. Hastalık süresi ortalama 15,39±8,10 yıl bulundu. Hastalık süresinin kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görüldü. İlk belirtilerin başlaması ile tedaviye gelme arasında geçen ortalama süre 17,24±54 ay olarak bulundu. Bu süre kadınlarda (9,94±26,91 ay) erkeklerden (25,87±73,82 ay) daha kısa olmasına rağmen istatistiksel olarak (p=0,054) anlamlı değildi. Hastalık başlangıcı ile bu hastalık nedeniyle ilk hastaneye yatış arasında geçen ortalama süre 47,89±77,4 ay bulundu. Hastaneye yatış sayısı ortalama 2,53±2,4 kez olarak saptandı. Hastalar ortalama 108,55±89 aydır düzenli

hekim takibi altındaydılar. Hastaların %94,2'i Bipolar Tip-I idi. Tüm olguların %20'si hızlı döngülüydü, %18,3'ü geçmişte EKT tedavisi görmüştü. Hastalık süreci ile ilgili klinik özellikler Tablo-16'da gösterilmiştir.

**Tablo-16:** Çalışmaya alınan BAB tanılı hastaların cinsiyete göre klinik özellikleri

		Tüm Grup (ort ± SD)		Kadın (ort ± SD)		Erkek (ort ± SD)		p*
Hastalık başlangıç yaşı		25,37 ± 8		25,29± 7,99		25,47± 8,29		0,784
Hastalık süresi (1-52 yıl)		15,39±8,10		13,96± 8,3		17,07± 12,32		0,424
İlk belirtiler ile tedaviye gelme arasında geçen süre (ay)		17,24 ± 54		9,94±26,91		25,87± 73,82		0,054
Hastalık başlangıcı ile ilk hastaneye yatış arasında geçen süre (ay)		47,89 ± 77,4		50,49± 68		44,94± 87,35		0,207
Hastaneye yatış sayısı		2,53± 2,4		2,53± 2,55		2,52± 2,2		0,560
Ne kadar süredir düzenli hekim takibi altında (ay)		108,55± 89		112,32± 93		104,1± 84,84		0,837
		N	%	N	%	N	%	p*
Bipolar bozukluk tipi	Tip-I	113	94,2	62	95,4	51	92,7	0,701
	Tip-II	7	5,8	3	4,6	4	7,3	
Geçmişte EŞT tedavisi	Yok	98	81,7	51	78,5	47	85,5	0,324
	Var	22	18,3	14	21,5	8	14,5	
Hızlı döngü varlığı	Yok	86	71,7	41	63,1	45	81,8	0,059
	Var	24	20	16	24,6	8	14,5	
	Belirsiz	10	8,3	8	12,3	2	3,6	
Hastalık başlangıcı <18 / ≥18	< 18	17	14,17	8	12,3	9	16,4	0,526
	≥ 18	103	85,83	57	87,7	46	83,6	
Hastalık başlangıcı <30 / ≥ 30	< 30	85	70,83	44	67,7	41	74,5	0,411
	≥ 30	35	29,17	21	32,3	14	25,5	

\* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya alınan tüm hastaların toplam geçirdikleri atak sayısı 8,81± 8,3 olarak bulundu. Toplam geçirdikleri manik atak sayısı 3,7± 3,18, depresif atak sayısı 3,8± 5, karma atak sayısı 0,2± 0,78 ve hipomanik atak sayısı 1,07± 3,43 olarak bulundu. Geçirilen atak sayısı bakımından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Toplam geçirilen hastalık ataklarının cinsiyete göre dağılımı Tablo-17'de gösterilmiştir.



**Tablo-17:** Toplam hastalık ataklarının cinsiyete göre dağılımı.

	<b>Tüm Grup</b> (ort ± SD)	<b>Kadın</b> (n=65) (ort ± SD)	<b>Erkek</b> (n=55) (ort ± SD)	<b>p</b>
Toplam atak sayısı (1-50)	8,81± 8,3	8,78± 6,79	8,85± 9,9	0,253
Toplam Manik Atak Sayısı (0-19)	3,7± 3,18	3,90± 3,2	3,47± 3,17	0,354
Toplam Depresyon Atağı Sayısı (0-30)	3,8± 5	3,93± 4,11	3,70± 6,04	0,062
Toplam Karma (Mikst) Atak Sayısı (0-5)	0,2± 0,78	0,26± 0,90	0,12± 0,61	0,296
Toplam Hipomanik Atak Sayısı (0-25)	1,07± 3,43	0,67± 2,37	1,54± 4,34	0,303

Tüm hastaların ilk geçirdikleri hastalık atağı %59,2'sinin manik, %35,8'nin depresifti, son geçirilen atak olarak ise %60'nın manik iken %30,8'i depresifti. İlk ve son geçirilen atak özellikleri açısından da kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. İlk ve son geçirilen hastalık ataklarının cinsiyete göre dağılımı Tablo-18'de gösterilmiştir.

**Tablo-18:** İlk ve son geçirilen hastalık ataklarının cinsiyete göre dağılımı.

		<b>Tüm Grup</b>		<b>Kadın</b>		<b>Erkek</b>		<b>p</b>
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>İlk geçirilen atak tipi</b>	Mani	71	59,2	40	61,5	31	56,4	0,308
	Depresyon	43	35,8	20	30,8	23	41,8	
	Mikst(Karma)	5	4,2	-		-		
	Hipomani	1	0,8	-		-		
<b>Son geçirilen atak tipi</b>	Mani	72	60	38	58,5	34	61,8	0,507
	Depresyon	37	30,8	22	33,8	15	27,3	
	Mikst(Karma)	3	2,5	-		-		
	Hipomani	8	6,7	-		-		

Hastalığın başlangıç yaşına göre geçirilen atak sayılarına bakıldığında, hastalığın 18 yaş altı veya 18 yaş ve üstünde başlaması ile geçirilen atak sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Hastalığın başlangıç yaşı olarak 30 yaş altı veya 30 yaş ve üstüne göre bakıldığında da geçirilen atak sayıları arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Toplam hastaneye yatış sayıları bakımından da başlangıç yaşı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

### 3. Tedavi özellikleri ile duygu durumu belirtileri ve işlevsellik durumunun karşılaştırılması

Çalışmaya alınan tüm hastaların halihazırda kullanmakta oldukları tedavi ile kalıntı belirtilerin ve genel ve psikososyal işlevsellik düzeylerinin ilişkisi araştırıldı. Hastalar aldıkları tedaviye göre 10 gruba ayrıldı. İlaçsız takipte olan sadece 2 kişi (%1,7) vardı. Genel olarak bakıldığında ise toplamda %38,3'nün DDD (Lityum veya Antiepileptik) ve AP kombinasyonu tedavisi kullandığı söylenebilir. Hastaların sadece %23,4'nün tekli DDD ile takip edildiğini, geri kalan %75'nin de ikili veya üçlü ilaç kombinasyonu tedavisi ile takip ve tedavi edildiğini görmekteyiz. Hastaların kullandıkları tedavi özellikleri ve sayıları Tablo-19'da gösterilmiştir.

**Tablo-19:** Kullandıkları tedavi özelliklerine göre hasta grupları.

Kullanılan tedavi durumu*	N	%
İlaçsız	2	1,7
Li	14	11,7
AE	14	11,7
Li+AE (2AE)	4	3,3
AP (AAP/TAP/3AAP)	5	4,2
DDD (Li/AE)+AD (2AD)	14	11,7
Li+AP (AAP/TAP/2AAP)	19	15,8
AE+AP (2AE+1-2AAP/+TAP)	27	22,5
Li+AE+AP (1-2 AAP/TAP)	9	7,5
DDD (Li/1-2AE)+AD+AAP	12	10,0
<b>Toplam</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

\*Li= Sadece lityum kullanan, AE=Sadece antiepileptik kullanan, Li+AE (2AE)= lityum ve antiepileptik kombinasyonu kullanan, AP (AAP/TAP/3AAP)=Sadece herhangi bir antipsikotik kullanan, DDD (Li/AE)+AD (2AD)=Herhangi bir duygudurum düzenleyici ve antidepresan kombinasyonu kullanan, Li+AP (AAP/TAP/2AAP)=Lityum ve herhangi bir antipsikotik kombinasyonu kullanan, AE+AP (2AE+1-2AAP/+TAP)=Antiepileptik ve herhangi bir antipsikotik kombinasyonu kullanan, Li+AE+AP (1-2 AAP/TAP)=Lityum, Antiepileptik ve herhangi bir antipsikotik kombinasyonu kullanan, DDD (Li/1-2AE)+AD+AAP=Duygudurum düzenleyici, antidepresan ve atipik antipsikotik kombinasyonu kullanan

Kullanılan tedavi özellikleri bakımından ilaçsız olan (n=2), Lityum ve Antiepileptik kombinasyonu (n=4) kullanan ve sadece herhangi bir AP kullanan (n=5) hasta gruplarında bulunan vaka sayıları istatistiksel analiz için yetersiz olduğu için bu gruplar değerlendirme dışında bırakılmıştır. Gruplar arasında, kalıntı belirtiler için YMDÖ, HAM-D, HAM-A ve alt ölçekleri toplam puanları açısından fark bulunup bulunmadığına bakıldı. İşlev düzeyi açısından da İGD puanı, BBİÖ ve alt ölçeklerinin toplam puanları arasında

fark bulunup bulunmadığına bakıldı. Hastaların kullandıkları tedavi özelliği ile kalıntı belirtiler arasındaki ilişkiye bakıldığında mani, depresyon ve anksiyete belirtileri ile kullanılan tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastaların işlevsellik durumu ile kullanılan tedavi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise sadece BBIÖ-İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ( $p=0,017$ ) alt ölçeği ile anlamlı ilişki saptandı. Onun dışındaki diğer işlevsellik alanları ile kullanılan tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Kullanılan tedavi özellikleri ile hastaların klinik ve sosyo-demografik özellikleri de birbiriyle karşılaştırıldı. Sadece hastanın yaşı ( $p=0,012$ ) ve hastalığın başlangıç yaşı ( $p=0,003$ ) ile kullanılan tedavi özelliği arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi. Onun dışındaki diğer klinik ve sosyo-demografik özellikler ile kullanılan tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Kullanılan tedavi özellikleri ile kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu arasındaki ilişki değerleri sırayla Tablo-20 ve Tablo-21’de gösterilmiştir.

**Tablo-20:** Tedavi özellikleri ile kalıntı belirtiler arasındaki ilişki durumu.

		YMDÖ	p*	HAM-D	p*	HAM-A	p*
1	Li	0,78± 1,05	0,308	2,57± 2,27	0,477	11,42±10,25	0,908
2	AE	1,57± 2,02		2,14± 2,24		9,0± 7,71	
3	DDD (Li/AE)+AD (2AD)	0,28± 0,82		3,21± 1,80		12,5± 8,37	
4	Li+AP (AAP/TAP/2AAP)	1,31± 2,42		2,21± 1,96		11,78±13,28	
5	AE+AP (2AE+1-2AAP/+TAP)	1,44± 2,25		2,07± 1,87		10,74± 9,74	
6	Li+AE+AP (1-2 AAP/TAP)	0,33± 0,7		2,88± 2,14		8,44± 3,67	
7	DDD (Li/1-2AE)+AD+AAP	1,08± 1,56		3,00± 2,33		14,33±12,26	

\*  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı

**Tablo-21:** Tedavi özellikleri ile işlevsellik arasındaki ilişki durumu.

		İGD	p*	BIÖ	p*
1	Li	81,42±4,97	0,149	113,5± 8,33	0,414
2	AE	80,71±8,51		106,85±17,09	
3	DDD (Li/AE)+AD (2AD)	80,0±6,50		109± 11,9	
4	Li+AP (AAP/TAP/2AAP)	78,05±9,62		111,89±11,06	
5	AE+AP (2AE+1-2AAP/+TAP)	81,14±7,90		111,51±13,21	
6	Li+AE+AP (1-2 AAP/TAP)	73±6,10		105± 5,8	
7	DDD (Li/1-2AE)+AD+AAP	79,16±8,48		108,91± 9,47	

\* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

#### 4. Hastalık özellikleri ile duygu durumu belirtileri ve işlevsellik durumunun karşılaştırılması

Çalışmaya alınan tüm hastaların yaşı, hastalığının başlangıç yaşı, hastalığının süresi, toplam hastaneye yatış sayıları ve toplam geçirdikleri dönem sayıları ile manik kalıntı belirtilerinin değerlendirildiği toplam YMDÖ puanı, depresif kalıntı belirtilerinin değerlendirildiği toplam HAM-D puanı ve anksiyete belirtilerinin değerlendirildiği toplam HAM-A ve HAM-A alt ölçekleri ile karşılaştırıldı. Ayrıca bu özellikleri, bipolar hastaların çeşitli alanlardaki işlevsellik durumunu değerlendirmek için yapılan toplam BBIÖ ve alt ölçeklerinin puanı ve kişinin psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğinin genel değerlendirilmesi için yapılan İGD ölçeği puanı ile de karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler olan hastaların cinsiyeti, eğitim durumları, medeni durumları ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ve bipolar tipi, ilk ve son dönem tipi, hızlı döngünün bulunup bulunmaması, geçmişte EŞT tedavisi görüp görmediği ve hastalığın başlangıç yaşı gibi hastalık özellikleri de kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu ile karşılaştırılmıştır.

Hastaların yaşı ile YMDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,354$ ,  $p<0,001$ ) ve hastaların yaşı arttıkça manik kalıntı belirtilerinin anlamlı bir şekilde azaldığı bulundu. Yaşın artması ile HAM-A Genitoüriner semptomlar alt ölçeği puanının ( $r=0,193$ ,  $p=0,035$ ) da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı tespit edildi. Hastanın yaşı ile depresif kalıntı belirtiler (HAM-D) ve toplam HAM-A ve diğer kalıntı anksiyete

belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastaların yaşı ile BBIÖ-Cinsel işlevsellik alt ölçeği puanı ( $r=-0,237$ ,  $p=0,009$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon bulundu.

Hastalığı başlangıç yaşı ile YMDÖ ( $r=-0,211$ ,  $p=0,020$ ) ve HAM-A Anksiyeteli mizaç alt ölçeği ( $r=-0,207$ ,  $p=0,023$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon bulundu. Bu da hastalığın başlangıç yaşı yükseldikçe manik kalıntı belirtilerin ve anksiyeteli mizaç belirtilerinin azaldığını göstermektedir. Hastalığın başlangıç yaşı ile depresif kalıntı belirtiler ve diğer kalıntı anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastalığı başlangıç yaşı ile İGD puanı ( $r=0,234$ ,  $p=0,010$ ) ve BBIÖ'nin Damgalanma hissi ( $r=0,200$ ,  $p=0,028$ ), Günlük etkinlikler ( $r=0,243$ ,  $p=0,008$ ) ve İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ( $r=0,187$ ,  $p=0,040$ ) alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon bulundu.

Hastalığın süresi ile YMDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,253$ ,  $p=0,005$ ), HAM-A Kognitif semptomlar ( $r=0,329$ ,  $p<0,001$ ) ve HAM-A Genitoüriner semptomlar ( $r=0,261$ ,  $p=0,004$ ) arasında ise pozitif bir korelasyon olduğu bulundu. Hastalığın süresi ile depresif kalıntı belirtiler ve diğer anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastalığın süresi ile BBIÖ'nin Damgalanma hissi ( $r=-0,231$ ,  $p=0,011$ ) ve Cinsel işlevsellik ( $r=-0,227$ ,  $p=0,013$ ) alt ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyon bulundu. Hastalık süresi ile İGD ve BBIÖ'nin diğer alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Hastaların düzenli hekim takibi süresi ile YMDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon ( $r=-0,199$ ,  $p=0,029$ ), toplam HAM-D puanı ( $r=0,232$ ,  $p=0,011$ ) ve HAM-A'nın Kognitif semptomlar ( $r=0,224$ ,  $p=0,014$ ) ve Genitoüriner semptomlar ( $r=0,282$ ,  $p=0,002$ ) alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon bulundu. Hastaların düzenli hekim takibi süresi ile BBIÖ-Arkadaşlarıyla ilişkiler alt ölçek puanı ( $r=0,229$ ,  $p=0,012$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon, İGD puanı ( $r=-0,190$ ,  $p=0,037$ ) ve BBIÖ-Cinsel işlevsellik alt ölçek puanı ( $r=-0,227$ ,  $p=0,013$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon

bulundu. Hastaların düzenli hekim takibi süresi ile toplam hastaneye yatış sayısı ve toplam geçirilen atak sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon bulundu.

Toplam hastaneye yatış sayısı ile YMDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon ( $r=-0,188$ ,  $p=0,040$ ) olduğu, diğer belirtiler ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulundu. Ancak toplam hastaneye yatış sayısı ile depresif kalıntı belirtiler (HAM-D) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Toplam hastaneye yatış sayısı ile BBIÖ-Cinsel işlevsellik alt ölçek puanı ( $r=-0,270$ ,  $p=0,003$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon bulundu. Diğer işlevsellik alanları ile anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Toplam geçirilen atak sayısı ile HAM-A'nın Bilişsel belirtiler ( $r=0,254$ ,  $p=0,005$ ) alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu, diğer kalıntı belirtiler ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulundu. Toplam geçirilen atak sayısı ile BBIÖ'nin Cinsel işlevsellik ( $r=-0,263$ ,  $p=0,004$ ) ve Damgalanma hissi alt ölçeği ( $r=-0,283$ ,  $p=0,002$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon bulundu. Hastaların yaşı ve hastalık süreciyle ilgili bazı özellikler ile kalıntı duygu durumu belirtileri ve işlevsellik durumu arasındaki korelasyon analizi sırayla Tablo-23 ve Tablo-24'de gösterilmiştir.

**Tablo-23:** Hastaların yaşı ve hastalık süreciyle ilgili bazı özellikler ile kalıntı duygu durumu belirtileri arasındaki korelasyon analizi.

	Hastanın yaşı	Hastalığın başlangıç yaşı	Hastalığın süresi	Hastanın düzenli takip süresi	Toplam hastaneye yatış sayısı	Toplam geçirilen atak sayısı
Top. YMDÖ	<b>r=-0,354</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>r=-0,211</b> <b>p=0,020</b>	<b>r=-0,253</b> <b>p=0,005</b>	<b>r=-0,199</b> <b>p=0,029</b>	<b>r=-0,188</b> <b>p=0,040</b>	r=-0,120 p=0,192
Top. HAM-D	r=0,062 p=0,498	r=-0,132 p=0,152	r=-0,175 p=0,054	<b>r=0,232</b> <b>p=0,011</b>	r=0,006 p=0,946	r=0,179 p=0,050
Top. HAM-A	r=-0,019 p=0,841	r=-0,130 p=0,156	r=0,080 p=0,388	r=0,081 p=0,382	r=0,009 p=0,924	r=0,073 p=0,430
HAM-A-Anksiyeteli mizaç	r=-0,103 p=0,262	<b>r=-0,207</b> <b>p=0,023</b>	r=0,039 p=0,672	r=-0,048 p=0,599	r=-0,063 p=0,492	r=-0,028 p=0,760
HAM-A-Gerilim	r=-0,121 p=0,187	r=-0,058 p=0,526	r=-0,098 p=0,288	r=0,018 p=0,844	r=0,002 p=0,986	r=0,000 p=0,996
HAM-A-Korkular	r=-0,124 p=0,179	r=-0,154 p=0,094	r=-0,026 p=0,777	r=-0,093 p=0,313	r=-0,003 p=0,973	r=-0,019 p=0,836
HAM-A-Uykusuzluk	r=0,026 p=0,775	r=-0,040 p=0,665	r=0,000 p=1,000	r=0,036 p=0,696	r=-0,075 p=0,415	r=-0,029 p=0,753
HAM-A-Kognisyon	r=0,174 p=0,057	r=-0,158 p=0,084	<b>r=0,329</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>r=0,224</b> <b>p=0,014</b>	r=0,028 p=0,759	<b>r=0,254</b> <b>p=0,005</b>
HAM-A-Depresif mizaç	r=0,092 p=0,319	r=-0,012 p=0,896	r=0,118 p=0,201	r=0,145 p=0,115	r=0,013 p=0,887	r=0,091 p=0,321
HAM-A-Somatik	r=0,015 p=0,874	r=0,067 p=0,464	r=-0,035 p=0,703	r=-0,040 p=0,665	r=-0,046 p=0,617	r=0,055 p=0,549
HAM-A-Duygusal somatik	r=-0,075 p=0,417	r=-0,065 p=0,479	r=-0,037 p=0,685	r=-0,122 p=0,183	r=-0,011 p=0,908	r=0,004 p=0,969
HAM-A-Kardiyovasküler semp.	r=-0,096 p=0,299	r=-0,048 p=0,605	r=-0,076 p=0,412	r=0,046 p=0,618	r=-0,064 p=0,490	r=-0,001 p=0,989
HAM-A-GİS semp.	r=0,024 p=0,795	r=-0,042 p=0,649	r=0,061 p=0,509	r=0,107 p=0,243	r=0,136 p=0,140	r=-0,025 p=0,787
HAM-A-GÜS semp.	<b>r=0,193</b> <b>p=0,035</b>	r=-0,042 p=0,648	<b>r=0,261</b> <b>p=0,004</b>	<b>r=0,282</b> <b>p=0,002</b>	r=0,060 p=0,516	r=0,114 p=0,216
HAM-A-Otonamik semp.	r=-0,016 p=0,859	r=-0,085 p=0,356	r=0,047 p=0,611	r=-0,031 p=0,737	r=-0,001 p=0,993	r=0,061 p=0,510
HAM-A-Görüşme sırasındaki davranış bel.	r=-0,094 p=0,310	r=-0,112 p=0,225	r=-0,024 p=0,799	r=0,121 p=0,188	r=0,055 p=0,553	r=0,087 p=0,347
HAM-A-Panik atak semp.	r=-0,044 p=0,630	r=-0,124 p=0,178	r=0,044 p=0,635	r=0,018 p=0,847	r=0,017 p=0,854	r=0,088 p=0,339

\*p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

**Tablo-24:** Hastaların yaşı ve hastalık süreci ile ilgili bazı özellikler ile işlevsellik durumu arasındaki korelasyon analizi

	Hastanın yaşı	Hastalığın başlangıç yaşı	Hastalığın süresi	Hastanın düzenli takip süresi	Toplam hastaneye yatış sayısı	Toplam geçirilen atak sayısı
İGD	r=0,083 p=0,365	<b>r=0,234**</b> <b>p=0,010</b>	r=-0,083 p=0,365	<b>r=-0,190</b> <b>p=0,037</b>	r=-0,116 p=0,206	r=-0,177 p=0,053
Top. BBIÖ	r=0,034 p=0,715	r=0,158 p=0,085	r=-0,083 p=0,367	r=0,069 p=0,456	r=-0,006 p=0,946	r=-0,107 p=0,244
BBIÖ-Duygusal işlevsellik	r=0,054 p=0,557	r=0,024 p=0,799	r=0,045 p=0,622	r=0,120 p=0,191	r=-0,034 p=0,710	r=-0,024 p=0,797
BBIÖ-Zihinsel işlevsellik	r=-0,024 p=0,791	r=0,087 p=0,342	r=-0,097 p=0,293	r=0,002 p=0,982	r=-0,021 p=0,823	r=-0,168 p=0,066
BBIÖ-Cinsel işlevsellik	<b>r=-0,237</b> <b>p=0,009</b>	r=-0,068 p=0,459	<b>r=-0,227</b> <b>p=0,013</b>	<b>r=-0,191</b> <b>p=0,037</b>	<b>r=-0,270</b> <b>p=0,003</b>	<b>r=-0,263</b> <b>p=0,004</b>
BBIÖ-Damgalanma hissi	r=-0,064 p=0,488	<b>r=0,200</b> <b>p=0,028</b>	<b>r=-0,231</b> <b>p=0,011</b>	r=-0,033 p=0,719	r=0,011 p=0,909	<b>r=-0,283</b> <b>p=0,002</b>
BBIÖ-İçe kapanıklık	r=0,130 p=0,156	r=0,160 p=0,081	r=0,029 p=0,750	r=0,109 p=0,237	r=-0,082 p=0,373	r=0,112 p=0,223
BBIÖ-Ev içi ilişkiler	r=0,101 p=0,272	r=0,166 p=0,071	r=-0,010 p=0,917	r=0,147 p=0,110	r=0,047 p=0,611	r=-0,016 p=0,860
BBIÖ-Arkadaşlarıyla ilişkiler	r=0,145 p=0,114	r=0,023 p=0,802	r=0,153 p=0,095	<b>r=0,229</b> <b>p=0,012</b>	r=0,100 p=0,278	r=0,163 p=0,075
BBIÖ-Toplumsal etkinliklere katılım	r=-0,107 p=0,244	r=-0,076 p=0,411	r=-0,068 p=0,463	r=0,083 p=0,365	r=0,040 p=0,664	r=-0,055 p=0,554
BBIÖ-Günlük etkinlikler	r=0,145 p=0,114	<b>r=0,243</b> <b>p=0,008</b>	r=-0,017 p=0,850	r=0,036 p=0,695	r=0,078 p=0,396	r=0,040 p=0,667
BBIÖ-İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	r=0,107 p=0,244	<b>r=0,187</b> <b>p=0,040</b>	r=-0,019 p=0,834	r=-0,086 p=0,350	r=0,013 p=0,889	r=-0,030 p=0,747
BBIÖ-İş	r=0,158 p=0,084	r=0,096 p=0,296	r=-0,112 p=0,223	r=0,075 p=0,415	r=0,115 p=0,212	r=0,015 p=0,867

\* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

Hastaların cinsiyeti ile HAM-D ve HAM-A arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, kadın hastalarda depersif kalıntı belirtilerin erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı (p=0,041) bir şekilde daha fazla olduğu tespit edildi. Buna paralel olarak anksiyete belirtilerinin de kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı (p=0,009) bir şekilde daha fazla olduğu saptandı. Hastaların cinsiyeti ile İGD arasında istatistiksel olarak anlamlı (p=0,006) bir ilişki olduğu, erkeklerin psikososyal işlevsellik puanının



(81,96±8,33) kadınlardan (77,89±7,43) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastaların medeni durumları, çalışma durumu ve bipolar tipi ile YMDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Hiç evlenmemiş olanlarda manik kalıntı belirtilerinin, evli ve boşanmış/dul olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu tespit edildi. Medeni durumun cinsiyete göre dağılımı ve YMDÖ ilişkisine bakıldığında (Tablo-27) ise özellikle evli olan grubun kadın ve erkek hastaları arasında manik kalıntı belirtiler açısından istatistiksel olarak ( $p=0,044$ ) anlamlı bir fark olduğu ve evli kadınlarda manik kalıntı belirtilerinin evli erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu saptandı. Hiç evlenmemiş olanların çoğunun (%59,5) kadın olduğunu, aynı şekilde boşanmış/dul olanların da çoğunun (%90) yine kadınlardan oluştuğunu görmekteyiz (Tablo-27). Medeni durum ile İGD puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,007$ ) bir ilişki tespit edildi. Evli olan grubun psikososyal işlevsellik puanı (81,57±7,49), hiç evlenmemiş (77,18±9,0) ve boşanmış/dul (76±4,59) olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı. Medeni durumun cinsiyete göre dağılımı ve İGD ilişkisine bakıldığında (Tablo-27) ise özellikle hiç evlenmemiş grubundaki kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p=0,030$ ) olduğu görüldü ve hiç evlenmemiş kadınların İGD puanının hiç evlenmemiş erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edildi.

Çalışma durumu açısından bakıldığında ise, "işsiz" olan grubun manik kalıntı belirtilerinin diğerlerine göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu tespit edildi. İşlevsellik durumu açısından da çalışanların İGD puanı işsiz, ev hanımı ve emekli olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktı.

Bipolar tipi açısından bakıldığında ise, bipolar tip I olanların manik kalıntı belirtilerinin tip II olanlara göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu tespit edildi. Geçmişte EŞT tedavisi görenlerin İGD puanı istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,020$ ) bir şekilde daha düşük bulundu. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve bazı klinik özellikleri ile kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu arasındaki ilişki sırasıyla Tablo-25 ve Tablo-26'da gösterilmiştir.

**Tablo-25:** Hastaların sosyodemografik özellikleri ve bazı klinik özellikleri ile kalıntı belirtiler arasındaki ilişki.

		YMDÖ	p*	HAM-D	p*	HAM-A	p*
Hastanın cinsiyeti	Kadın	1,29±2,08	0,803	<b>2,78±2,06</b>	<b>0,041</b>	<b>13,63±11,06</b>	<b>0,009</b>
	Erkek	1,10±1,74		<b>2,07±2,02</b>		<b>9,05±8,93</b>	
Eğitim durumu	İlkokul	0,5±0,97	0,345	2,75±2,17	0,668	12,79±10,51	0,086
	Ortaokul	1,53±2,72		2,61±2,10		12,76±15,25	
	Lise	1,13±1,71		2,23±2,38		8,56±9,58	
	Yüksekokul	1,49±2,09		2,41±1,85		12,33±9,2	
Medeni durumu	Hiç evlenmemiş	<b>2,18±2,39</b>	<b>0,001</b>	2,32±2,29	0,523	12,48±12,4	0,813
	Evli	<b>0,71±1,5</b>		2,46±1,99		10,89±9,24	
	Boşanmış/Dul	<b>1,2±1,54</b>		2,9±1,85		12,7±10,48	
Çalışma durumu	İşsiz	<b>2,2±2,3</b>	<b>0,004</b>	2,13±2,41	0,158	11,46±14,98	0,437
	Ev hanımı	<b>1,68±2,3</b>		2,93±2,12		14±10,97	
	Çalışan	<b>1,17±1,9</b>		2,02±1,8		10,3±8,75	
	Emekli	<b>0,3±0,65</b>		2,83±2,15		11,06±9,36	
Bipolar tipi	Tip I	<b>1,28±1,96</b>	<b>0,031</b>	2,38±2,05	0,130	11,19±10,02	0,318
	Tip II	<b>0,0±0,0</b>		3,57±2,14		17±14,64	
Hızlı döngünün olup olmaması	Yok	1,09±1,85	0,283	2,31±2,02	0,478	10,55±9,53	0,206
	Var	1,25±2,04		2,75±2,09		13,45±12,37	
	Belirsiz	2,1±2,28		3±2,44		15,3±11,53	
Geçmişte EKT tedavisi görüp görmemesi	Yok	1,35±2,02	0,051	2,29±1,96	0,114	11,28±10,38	0,421
	Var	0,54±1,26		3,18±2,38		12,63±10,39	

\* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

**Tablo-26:** Hastaların sosyodemografik özellikleri ve bazı klinik özellikleri ile işlevsellik durumu arasındaki ilişki.

		İGD	p*	BBIÖ	p*
Hastanın cinsiyeti	Kadın	<b>77,89±7,43</b>	<b>0,006</b>	108,3±12,4	0,114
	Erkek	<b>81,96±8,33</b>		111,74±12,97	
Eğitim durumu	İlkokul	79,79±6,16	0,488	105,66±10,71	0,118
	Ortaokul	76,53±8		111,92±12,65	
	Lise	80±8,73		111±14,51	
	Yüksekokul	80,37±8,51		110,66±12,45	
Medeni durumu	Hiç evlenmemiş	<b>77,18±9,0</b>	<b>0,007</b>	108,56±15,54	0,923
	Evli	<b>81,57±7,49</b>		110,45±11,56	
	Boşanmış/Dul	<b>76±4,59</b>		110,6±9,82	
Çalışma durumu	İşsiz	<b>80,33±9,53</b>	<b>0,043</b>	111,3±18,07	0,237
	Ev hanımı	<b>76,58±7,49</b>		107,24±12,37	
	Çalışan	<b>82,02±7,45</b>		112±11,98	
	Emekli	<b>79,06±8,06</b>		108,43±10,9	
Bipolar tipi	Tip I	80± 8,09	0,154	110,19±12,86	0,186
	Tip II	75,7± 7,31		104,85±9,63	
Hızlı döngünün olup olmaması	Yok	80,8±8,05	0,081	110,2±13,38	0,673
	Var	76,75±7,96		109,29±10,12	
	Belirsiz	78±7,14		108,5±13,61	
Geçmişte EKT tedavisi görüp görmemesi	Yok	<b>80,5±8,31</b>	<b>0,020</b>	110,42±12,88	0,305
	Var	<b>76,45±6,12</b>		107,45±12	

\* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

**Tablo-27:** Medeni durumun cinsiyete göre ayrımı ve bunların İGD ve YMDÖ arasındaki ilişki durumu

Medeni durum				YMDÖ	İGD
		N	%	p*	p*
		Hiç evlenmemiş	Kadın	22	59,5
Erkek	15	40,5			
Evli	Kadın	34	46,6	<b>0,044</b>	0,192
	Erkek	39	53,4		
Boşanmış/Dul	Kadın	9	90,0	0,400	1,00
	Erkek	1	10,0		

\* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

Hastaların yaşadığı ilk ve son atak tipine göre kalıntı belirtilere ve işlevsellik durumuna bakarsak, sadece son atağın HAM-D (p=0,012) ve HAM-A (p=0,006) puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edildi. Manik kalıntı belirti puanı ve işlevsellik durumu ile anlamlı bir

ilişki bulunamadı. Hastanın yaşadığı ilk ve son atak tipine göre kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu arasındaki ilişki Tablo-28'de gösterilmiştir.

**Tablo-28:** Hastanın yaşadığı ilk ve son atak tipine göre kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu arasındaki ilişki.

		YMDÖ	p	HAM-D	p	HAM-A	p	İGD	p	BiÖ	p
İlk atak tipi	Manik	1,09±1,77	0,936	2,23±2,01	0,520	9,52±8,143	0,179	80,25±7,92	0,748	111,33±12,43	0,112
	Depresif	1,16±1,88		2,44±1,96		12,09±10,15		79,95±7,88		107,67±12,41	
Son atak tipi	Manik	1,06±1,79	0,563	<b>2,13±2,03</b>	<b>0,012*</b>	<b>9,05±8,51</b>	<b>0,006*</b>	79,9±8,37	0,609	110,55±14,08	0,306
	Depresif	1,08±2,05		<b>3,18±2,158</b>		<b>15,16±12,42</b>		79,27±7,48		109,08±10,49	

\* p < 0,05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

Hastalığın başlangıç yaşına göre, hastalar ilk önce 18 yaş altı ve 18 yaş ve üstüne göre gruplandırıldı ve buna göre kalıntı belirtiler ve işlevsellik arasındaki ilişkiye bakıldı. Daha sonra 30 yaş altı ve 30 yaş ve üstüne göre gruplandırıldı ve buna göre kalıntı belirtiler ve işlevsellik arasındaki ilişkiye bakıldı. Başlangıç yaşı bakımından sadece 18 yaş altı ve üstüne göre gruplandırıldığında HAM-D ve HAM-A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Hastalığı 18 yaşından önce başlayanların, 18 yaş ve üstünde başlayanlara göre HAM-D ve buna eşlik eden HAM-A puanları anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu tespit edildi. Hastalığın 30 yaş altı veya üstünde başlaması ile kalıntı belirtiler ve işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastalığın başlangıç yaşı ile kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu arasındaki ilişki Tablo-29'da gösterilmiştir.

Tablo-29: Hastalığın başlangıç yaşına göre kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu arasındaki ilişki.

Hastalığın başlangıç yaşı	YMDÖ	p	HAM-D	p	HAM-A	p	İGD	p	BBIÖ	p
<b>18 yaş altı ve üstüne göre gruplamada</b>	<18	2±2,64	3,52±1,97	<b>0,016*</b>	18±14,78	<b>0,045*</b>	76,94±7,09	0,110	108,64±13,95	0,801
	≥18	1,07±1,76	2,28±2,04		10,46±9,09		80,22±8,17		110,08±12,58	
<b>30 yaş altı ve üstüne göre gruplamada</b>	<30	1,42±2,08	2,48±2,02	0,697	11,77±10,41	0,585	78,95±8,05	0,150	109,22±13,31	0,703
	≥30	0,68±1,38	2,40±2,21		10,94±10,33		81,71±7,94		111,48±11,21	

\* p < 0,05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

## 5. Duygu durumu belirtilerinin hastaların işlevselliği üzerine etkileri

Kalıntı duygu durumu belirtilerinin hastaların işlevselliği üzerine etkisini değerlendirmek için YMDÖ, HAM-D, HAM-A puanları ile İGD ve toplam BBIÖ ile alt ölçeklerinin korelasyon analizi yapılarak bakıldı. Depresif kalıntı belirtileri gösteren HAM-D puanı ile hastaların İGD puanı, toplam BBIÖ puanı ve BBIÖ'nin Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, Damgalanma hissi, İçer kapanıklık, Arkadaşlarıyla ilişkiler, Toplumsal etkinliklere katılım ve İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu tespit edildi. Buna paralel olarak, ansiyete belirtilerini gösteren HAM-A puanı ile hastaların İGD puanı, toplam BBIÖ puanı ve BBIÖ'nin Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, Damgalanma hissi, Arkadaşlarıyla ilişkiler ve Toplumsal etkinliklere katılım alt ölçekleri arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon saptandı. Manik kalıntı belirtilerinin ölçüldüğü YMDÖ puanı ile yalnız İGD puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu, diğer yandan, toplam BBIÖ ve alt ölçeklerinin puanı ile YMDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edildi. Kalıntı duygu durumu belirtileri ile psikososyal ve toplumsal işlevsellik arasındaki korelasyon analizi Tablo-30'da gösterilmiştir.

**Tablo-30:** Kalıntı duygu durumu belirtileri ile psikososyal ve toplumsal işlevsellik arasındaki korelasyon analizi.

	Top. HAM-D	Top. YMDÖ	Top. HAM-A
İGD	<b>r=-0,645</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>r=-0,261</b> <b>p=0,004</b>	<b>r=-0,495</b> <b>p&lt;0,001</b>
Top. BİÖ	<b>r=-0,419</b> <b>p&lt;0,001</b>	r=-0,069 p=0,454	<b>r=-0,276</b> <b>p=0,002</b>
BİÖ-Duygusal işlevsellik	<b>r=-0,227</b> <b>p=0,012</b>	r=-0,071 p=0,439	<b>r=-0,288</b> <b>p=0,001</b>
BİÖ-Zihinsel işlevsellik	<b>r=-0,314</b> <b>p&lt;0,001</b>	r=-0,155 p=0,090	<b>r=-0,256</b> <b>p=0,005</b>
BİÖ-Cinsel işlevsellik	<b>r=-0,479</b> <b>p&lt;0,001</b>	r=0,00 p=0,999	<b>r=-0,279</b> <b>p=0,002</b>
BİÖ-Damgalanma hissi	<b>r=-0,334</b> <b>p&lt;0,001</b>	r=-0,092 p=0,317	<b>r=-0,224</b> <b>p=0,014</b>
BİÖ-İçe kapanıklık	<b>r=-0,242</b> <b>p=0,008</b>	r=-0,074 p=0,421	r=-0,154 p=0,094
BİÖ-Ev içi ilişkiler	r=-0,061 p=0,507	r=0,075 p=0,415	r=0,068 p=0,460
BİÖ-Arkadaşlarıyla ilişkiler	<b>r=-0,212</b> <b>p=0,020</b>	r=-0,072 p=0,435	<b>r=-0,198</b> <b>p=0,031</b>
BİÖ-Toplumsal etkinliklere katılım	<b>r=-0,222</b> <b>p=0,015</b>	r=-0,001 p=0,988	<b>r=-0,204</b> <b>p=0,025</b>
BİÖ-Günlük etkinlikler	r=-0,089 p=0,335	r=-0,023 p=0,804	r=-0,008 p=0,934
BİÖ-İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	<b>r=-0,203</b> <b>p=0,026</b>	r=-0,031 p=0,739	r=-0,049 p=0,594
BİÖ-İş	r=-0,088 p=0,338	r=-0,078 p=0,395	r=-0,110 p=0,233

\* p < 0. 05 istatistiksel olarak anlamlı

\*\* Koyu renkte gösterilenler istatistiksel olarak anlamlı olan değerlerdir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

### 1. Sosyodemografik Özellikler

Hastalığa özgü özellikleri belirlemek açısından sosyodemografik değişkenleri değerlendirdiğimizde; olguların %54,2'si kadın, %45,8'i erkek idi. Çeşitli araştırmalardaki bipolar bozukluk tanısıyla izlenen hastaların cinsiyet özelliklerine bakıldığında: Kessing LV'nin (120) yaptığı 1719 hastadan oluşan grupta %45,8 erkek, %54,2 kadın oranı belirlenmiştir. Yakın dönemde yapılan 539 hastadan oluşan başka bir çalışmada %44 erkek oranına karşın, %56 kadın oranı belirlenmiştir (121). Stanley Foundation Bipolar izleme çalışmasında 261 hastanın %56'sının kadın %44'ünün erkek olduğu görülmüştür. Farklı geniş çaplı ve alan çalışmalarında %63 kadın %37 erkek , %57 kadın %43 erkek , %51 kadın %49 erkek , %51 kadın %49 erkek şeklinde benzer oranlar bulunmuştur (122). Özerdem ve ark.'nın (123) yaptığı bir çalışmada yatan hastaların %55,3'ü kadın , %44,7'si erkektir. Bipolar I bozukluğunun kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görüldüğü düşünülmektedir (42). Bipolar bozukluğun fenomenolojisinde cinsiyet farklılıkları yeterince çalışılmamıştır ve çelişkili sonuçlar vardır. Bunda hastalığın her iki cinste eşit görülmesinin rolü olabileceği düşünülebilir. Hastalığın her iki cinste eşit görülmesine karşın klinik özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır (74).

Çalışmamızda olguların diğer sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %38,3'ü tam zamanlı (memur-işçi) bir işle uğraşıyordu ve %92,5'nin sağlık güvencesi vardı. %30,8'i hiç evlenmemiş, %60,8'i evli, %8,3'ü dul ve boşanmıştı. Çoğu (%69,2) lise ve yüksek öğretim düzeyine sahipti (Tablo-14). Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastaların üst sosyo-ekonomik düzeyde olduğu yönünde bilgiler olmakla birlikte bu veriler kesin değildir (20, 38). Bu araştırmalar ile çalışmaya aldığımız olguların sosyo-ekonomik ve sosyokültürel özellikleri birbirlerine benzemektedir.

Çalışmaya aldığımız hastaların yaş dağılımına baktığımızda, %70,83'nün (n=85) 30 yaş altında olduğunu görüyoruz. Burdan da, çalışma grubunun genç-erişkin yaşta, sosyal güvencesi olan, sağlık hizmetine ulaşma kolaylığı olan, belli bir sosyokültürel özellikte olan hasta grubu olduğu görülmektedir. Bu grubun çoğunluğunun özelleşmiş bir bipolar polikliniğinden alınmış olması bu durumu açıklayabilir. Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde hastalığın daha sık görüldüğü bildirilmektedir (20, 38). Ancak bu fark, erken başlangıçlı olan hastalardaki evlilikle olan uyumsuzluğun daha fazla olmasını yansıtır olabilir. Çalışmamızda evli hastaların sayısı hiç evlenmemiş hastalardan daha yüksekti (%60,8'e karşı %30,8); boşanmış ve dul sayısı ise oldukça düşüktü (%8,3). Boşanmış ve dul olanların düşük saptanması, ülkemizde boşanmanın hala batı toplumlarından düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hastalığı 18 yaş altında başlayanlarda ise hiç evlenmeme oranı evli olanlardan daha yüksek bulundu (%58,8'e karşı %41,2). İşsizlik oranı da hastalığın 18 yaş altı başlayan grupta (%23,5) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulundu (Tablo-15). Bu durum, erken başlangıcın evlilikle uyumsuzluğu ve sosyal ve mesleki işlevsellikteki azalma ile ilişkili olabilir. Erken başlangıçlı bipolar bozukluklu hastalarda çalışma oranlarının düşük olduğunu bildiren yayınlar bu görüşü desteklemektedir (124, 125).

## 2. Hastalık Özellikleri

Hastalığın başlangıç özelliklerine bakacak olursak; hastalık başlangıç yaşı ortalama  $25,37 \pm 8$  idi. Kadın ve erkek arasında başlama yaşı ile ilgili anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0,784$ , Tablo-16). Daha eski çalışmalarda da bipolar bozukluğun başlangıç yaşında tutarlı hiç bir cinsiyet farklılığı bulunmamıştır (24). Ancak tanı için katı ölçütlerin kullanıldığı daha yakın döneme ait çapraz kesitsel bir çalışmada kadınlarda mani ve bipolar bozukluğun başlangıç yaşının daha geç olabileceği öne sürülmüştür (126). Ayrıca, başlangıç yaşı dağılımlarının araştırıldığı çalışmalarda, bipolar bozukluğun ailesel geçiş ve klinik belirtilere dayanarak ayırt edilebilen alt



grupları tanımlanmıştır (127). Son çalışmalar başlangıç yaşına göre erken, ara ve geç başlangıçlı olarak üç alt grubun olduğunu gösterdi (85). Ancak başlangıç yaşına göre alt grupların kesin bir tanımı da yoktur, çünkü başlangıç yaşının retrospektif olarak belirlenmesi güçtür. Kaynaklarda bipolar I bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 20'dir (85). Ülkemizde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmada başlangıç yaşı  $25 \pm 10.13$  ve diğer çalışmalarda 23-25 bulunmuştur (33, 34, 128, 132). Bu sonuçlar da bizim çalışmamızla uyumludur. Viguera ve ark. (129) bipolar I veya bipolar II tanılı 360 hastada yaptıkları çalışmada kadınların başlangıçta erkeklere göre 3,2 yaş daha büyük olduklarını bulmuşlardır. Bipolar I bozukluğu olan 69 olguluk başka bir çalışmada ise kadınların yaşının hem depresyon hem de maninin başlangıcında anlamlı derecede daha büyük olduğu bulunmuştur (130). Bipolar bozukluğun başlangıç yaşındaki cinsiyet farklılıkları kadınların erkeklere göre daha geç değerlendirmeye veya tedaviye başvurmaları ile de bağlantılı olabileceği söylenmiş ve yapılan bir çalışma kadınların bipolar bozukluk tanısı almada gecikmeler yaşamasının erkeklere göre daha olası olduğunu göstermiştir (129). Ancak belirtilerin başlangıç zamanı ile hastaneye başvuru zamanları tutmayabilir. Yapılan bazı çalışmalarda hastalığın başlama yaşı 21, ilk tedavi ve hastaneye yatış 31 yaş olarak bulunmuş (131). Başka bir çalışmada ilk belirtiler 20 yaşında ve ilk hastalık 23 yaşında görülmüştür. Aynı çalışmada hastaneye ilk başvuru 30 'lu yaşlardadır. Aradaki 10 yıllık dönem ilk atakların depresyon olması nedeniyle olabilir. Çalışmamızda ise, hastaların ilk belirtilerinin başlaması ile tedaviye gelme arasında geçen süre ortalama  $17,24 \pm 54$  ay olarak bulundu. Bu durum erkeklerde  $25,87 \pm 73,82$  ay iken, kadınlarda ise  $9,94 \pm 26,91$  ay olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark ( $p=0,054$ ) olmamasına rağmen, bizim çalışmamız kadınların erkeklere göre daha geç değerlendirmeye veya tedaviye başvurdukları görüşünü desteklememektedir. Hastalık belirtilerinin başlamasıyla tedaviye başlama arasındaki dönemin uzun olmamasının nedeni hasta grubunun orta-üst sosyo-ekonomik düzeyde, sosyal güvencesi olan, tedaviye kolay ulaşabilecek bir grup olmasıyla da açıklanabilir. Ayrıca grubun çoğunda ilk atağın mani (%59,2) olması bu

durumu açıklayabilir. Bizim çalışmamızda ilk belirtilerin başlaması ile ilk hastaneye yatış zamanı arasında geçen süre ortalama  $47,89 \pm 77,4$  ay olarak saptandı. Kadın ve erkek arasında ilk hastaneye yatış zamanı ile ilgili anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0,207$ ). Bu da bizim hastamızın ilk hastaneye yatışının ortalama 29-30 yaşlarında olduğunu göstermektedir ve diğer çalışmalarla uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Bu çalışmada hastalık süresi ortalama  $15,39 \pm 8,10$  yıl olarak bulundu. Kadın ve erkek arasında hastalık süresi ile ilgili de anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0,424$ , Tablo-16). Yapılan çalışmalarda ortalama hastalık süresi 20 yıldır ve bu sürede hastaların ortalama 3'ten fazla atak yaşadıkları ve ortalama atak sayısının 9 olarak bildirilmektedir (1, 122). Çalışmamızda hastalık süresi boyunca ortalama  $8,81 \pm 8,3$  atak yaşandığı belirlendi. Geçirilmiş manik atak sayısı  $3,7 \pm 3,18$ , depresif atak sayısı  $3,8 \pm 5$ , karma atak sayısı  $0,2 \pm 0,78$  ve hipomanik atak sayısı  $1,07 \pm 3,43$  idi. Geçirilen tüm hastalık ataklarının cinsiyete göre dağılımında istatistiksel fark yoktu. İlk ve son geçirilen atak sayıları bakımından da kadın ve erkek arasında istatistiksel fark yoktu (Tablo-17 ve 18). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da hastalık süresi ortalama  $14,3 \pm 8,7$  yıl olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada toplam atak sayısı ortalama  $3,64 \pm 2,5$ , manik atak sayısı ortalama  $2,26 \pm 2,08$ , depresif atak sayısı  $0,73 \pm 1,37$ , hipomanik atak sayısı  $0,4 \pm 0,7$  idi (132).

Kadınların daha çok depresif atak geçirdikleri, erkeklerin ise daha çok manik atak geçirdikleri sonucunu bulan üç çalışma vardır (133). Ancak tersine diğer çalışmalar bu konuda cinsiyet farklılığı bulmamışlardır (134). Geriye dönük ve ileriye dönük çalışmalarda, cinsiyetin hastalık gidişine etkisiyle ilgili çelişkili veriler vardır. Bu farklılık yöntem sorunları ya da cinsiyetin atak sayılarına ve hastaneye yatış sayısına etkisi olmaması ile açıklanmaktadır. Bulgulardaki farklılığın bir diğer önemli nedeni de önceki atakların yanlış hatırlanmasıdır (87, 134).

Hastaların 71'inde (%59,2) ilk hastalık atağı mani, 43'ünde (%35,8) depresyon, 5'inde (%4,2) karma ve 1'inde (%0,8) hipomani olarak saptandı. İlk atak tipi açısından kadın-erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0,308$ ). Hem erkeklerin hem de kadınların depresyondan çok ilk manik

dönemle başvurdukları görülmektedir. Son geçirilen hastalık atağı tüm hastaların 72'sinin (%60) mani iken, 37'sinin (%30,8) depresyon, 3'ünün (%2,5) karma ve 8'nin (%6,7) hipomani olarak saptandı. Son atak tipi açısından da kadın-erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0,507$ , Tablo-18). İstatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da son atakta depresyonla başvuran kadınların oranı erkeklerden fazlaydı.

Literatürde cinsiyete dayalı bakış açısı yalnız klinik görünüm ve gidiş özelliklerinden değil kadının yaşam boyu üreme sürecinde yer alan menarj, puberte, gebelik doğum sonrası ve menapoz gibi evrelerin hastalığın gidişi ve sağaltımı üzerine önemli etkileri olabileceğinden önem taşımaktadır. Bipolar bozukluğu olan kadınların erkeklere oranla depresyona daha yatkın oldukları biçiminde yaygın bir klinik görüş vardır. 16 yıllık bir izlem çalışmasında bipolar erkek hastaların ataklarının %35'ini mani, %36'sını depresyon olarak geçirdikleri, kadınların ise %14'ünü mani ve %60'ının depresyon olarak geçirdikleri saptanmıştır. Ayrıca kadınlara göre bipolar bozukluğu olan erkeklerin mani nedeni ile daha çok hastaneye yattıkları belirlenmiştir (74). Blackwood ve ark.'nın (45) yaptıkları çalışmada ilk atağın depresyon olma olasılığı erkeklerde %67, kadınlarda ise %75 olarak bildirilmiştir. Danimarka'da 1719 hastadan oluşan, bipolar bozuklukta cinsiyet farklılıklarını belirlemeye yönelik yapılan sekiz yıllık izlem çalışmasında atak alt tipi açısından belirgin cinsiyet farklılığı saptanmamıştır (120). Ülkemizde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmada olgunun ilk atağın %26,5 depresyon, %57,7 mani, %12,7 hipomani, %1,2 karma olduğu belirlenmiştir (132).

Toplam hastaneye yatış sayısı ortalama  $2,53 \pm 2,4$  olarak bulundu. Kadın ve erkek arasında hastaneye yatış sayısı ile ilgili anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0,560$ ). Başlangıç yaşına göre, hastalığın 18 yaş altı ve üstünde ( $p=0,669$ ) veya 30 yaş altı ve üstünde ( $p=0,056$ ) başlaması ile toplam hastaneye yatış sayısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Farklı başlangıç yaşlarını temel alarak fenomenolojik karşılaştırma çabaları literatürde yer almaktadır. Ancak geç başlangıç yaşı tanımlamaları

üzerine bir anlaşmaya varılamamıştır. Genel olarak erken başlangıç için 18 yaş altı kabul edilmektedir. Geç başlangıç yaşı için ise 30 ya da 40 yaş sonrasını ele alan çalışmalar vardır. Son dönemde yapılan çalışmalarda erken, ara ve geç olmak üzere üç ayrı başlangıç yaşından bahsedilmektedir. Fakat kesin başlangıç yaş eşikleri konusunda uzlaşmaya varılamamıştır ve bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Biz daha fazla veri olması nedeniyle çalışmamızda hastaları erken ve geç başlangıçlı olarak ayırdık ve 18 yaş altını erken başlangıç, 30 yaş üzerini geç başlangıç olarak kabul ettik. Çalışmamızda hastalığın başlangıç yaşına göre, geçirilen toplam atak sayısı ve depresif, manik, hipomanik ve karma atak sayıları ile hastalığın 18 yaş altı ve üstünde başlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Hastalığın başlangıç yaşı olarak 30 yaş altı ve üstüne göre bakıldığında da geçirilen atak sayıları arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da toplam hastalık atağı sayısı, depresif atak sayısı ve toplam hastalık süresi ile hastalığın 18 yaş altı ve üstü başlaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, toplam hipomanik atak sayısı ise erken başlangıçlı olgularda anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (132). Erkiran ve ark.'nın (135) yapmış olduğu bir çalışma da erken başlangıçlı hastalarda hastaneye yatış sayı ortalaması, hastanede yatış süresi geç başlangıçlı hastalardan daha fazla saptanmış ve erken başlangıcın gidiş üzerine olumsuz etkisi olduğu değerlendirilmiştir. Diğer çalışmalarda, manik atak ve depresif atak sayı ve süreleri erken başlangıçlı bipolar hastalarda daha fazla bildirilmiştir (136, 137). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hastaneye yatış sayısı, hastalığın süresi, hastalık başlangıcından yatışa kadar geçen süre ve hastalık başlangıcından tedaviye kadar geçen süre ile ilgili hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (138). Bizim bulgularımız da bu son çalışmayı desteklemektedir. Ancak bu konuda daha ayrıntılı çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Hastalık süreci ile ilgili diğer özellikler değerlendirildiğinde; 24 (%20) hastada hızlı döngülülük, 22 (%18,3) hastada geçmişte EŞT tedavisi görme

vardı. Hastaneye yatış sayısı ortalama  $2,53 \pm 2,4$  ti. Kadın ve erkekler arasında hastaneye yatış sayısı bakımından ( $p=0,560$ ) anlamlı bir fark yoktu.

Dunner ve Fieve'nin eski bir çalışması hızlı döngü prevelansını %13 olarak bildirmektedir (70). Takip eden çalışmalardan gelen veriler prevelansın %13- 20 arasında olduğunu göstermektedir, fakat %56 gibi yüksek oranlar veren çalışmalarda vardır (139). Bu uyumsuzluklar, belirli oranda, hızlı döngülülüğün yorumlanmasındaki farklılıklara ve yöntem farklılıklarına bağlıdır.

### **3. Tedavi özellikleri ile duyu durumu belirtileri ve işlevsellik durumunun karşılaştırılması**

Çalışmamızın asıl amaçlarından bir tanesi olan tedavi özelliklerinin hastanın kalıntı duyu durumu belirtileri ve işlevselliği üzerine etkisinin olup olmadığının araştırılmasıydı. Ataklar arası dönemin değerlendirildiği durumlarda bile birçok hastada eşikaltı belirtilerin bulunduğu, bu dönemdeki kalıntı belirtilerin önemli prognostik rolü olduğu bilinmektedir (140). Bu nedenle tedavinin kalıntı belirtiler ile ilişkisinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu amaçla hastalar kullandıkları tedavi durumuna göre 10 gruba ayrıldı (Tablo-19). Genel olarak bakıldığında ise toplamda %38,3'nün DDD (Lityum veya Antiepileptik) ve AP kombinasyonu tedavisi kullandığı söylenebilir. Hastaların sadece %23,4'nün tekli DDD ile takip edildiği, geri kalan %75'nin de DDD'ye ek olarak AP ve AD ilaç kombinasyonu ile takip ve tedavi edildiği görülmekte. Bu sonuç da bipolar hastalarda koruyucu dönem tedavisinin sadece tek bir DDD ile gerçekleşme oranının ne kadar düşük olduğunu ve tek başına bir DDD'nin hastaların çoğu şikayetlerini gidermede yetersiz olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak bipolar bozuklukta koruyucu tedavide kombinasyon tedavisi oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kullandıkları tedavi özelliği ile kalıntı belirtiler arasındaki ilişkiye bakıldığında manik (YMDÖ), depresif (HAM-D) ve anksiyete (HAM-A) kalıntı belirtileri ile kullanılan tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunamamıştır. Hastaların işlevsellik durumu ile kullanılan tedavi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise sadece BBIÖ-Inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ( $p=0,017$ ) alt ölçeği ile anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Onun dışında diğer işlevsellik alanları ile kullanılan tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-20 ve 21). Daha önce yapılan çalışmalar DDD'ler ve atipik AP'lerin her ikisinin de bilişsel işlevselliği geliştirmiyor ya da kötüleştiriyor olduğunu göstermiştir (10, 141). Bazı duyu durumu düzenleyicilerinin ve özellikle lityumun psikomotor hız ve sözel hafızayı negatif yönde etkiledikleri bulunmuştur (142). Keller ve ark.'nın (143) bir çalışması kalıntı belirtilerle duyu durumu düzenleyicilerinin yetersiz kullanımı arasında ilişki göstermektedir. Yazarlar bu çalışmalarında düşük serum lityum düzeyinde (0,4-0,6 mEq/L) izlenen hastaların yarısından fazlasında eşikaltı belirtilerin bulunduğunu ve bunun da major bir duyu durumu nöbetinin ortaya çıkma riskini dört kat artırdığını bildirmiştir. Gitlin ve ark. (144) yeterli kan düzeyinde ilaç kullanan hastalarda da kalıntı belirtilerin tahmin edilenden daha fazla olduğu halde, geriye dönük olarak alınan bilginin çok güvenilir olmaması yüzünden ve uzun bir aradan sonra hafif belirtilerin hatırlanmasının güçlüğü nedeniyle, eşikaltı durumların belirlenmesinin güçlüğü üzerinde durmaktadırlar. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise DDD'nin yeterli miktarda kullanılması ile kullanılmamasının kalıntı belirtiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuş. Aynı çalışmada yeterli DDD kullanan hastalarda İGD puanları ile değerlendirilen genel işlev düzeyinin kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek düzeyde olduğu, ancak yetiyitimi, yatakta geçirilen gün sayısı ve yaşam kalitesi açısından bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (145). Tedavinin işlevsellik düzeyi üzerine etkisini araştıran çalışmalarda, ilaç kan düzeylerinin düzenli olarak izlenmesi ve yeterli olup olmadığının netleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (146). Bizim çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biri DDD kullanan hastalarda ilaç kan düzeylerinin değerlendirmeye alınmamış olmasıdır.

DDD'lerinin yeterli dozda alınmasına rağmen kalıntı belirtilerin sürmesi hastalara ek psikotrop ilaç verilmesine neden olmaktadır. Nitekim

bizim örneğimizizin %75'i DDD dışında da ilaç kullanmaktadır. Özer ve ark.'nın (145) yapmış olduğu çalışmada ek ilaç kullanan hastalardan, AP ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre, depresyon veya anksiyete kalıntı belirti puanları farklılık göstermezken, manik belirti puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. Benzer şekilde AD ilaç kullanan hastalarda kullanmayanlara göre, manik ve anksiyete kalıntı belirti puanları farklılık göstermemiş, ancak depresif kalıntı belirti puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. AP kullanan hastalarda ise kullanmayanlara oranla daha düşük genel işlev düzeyi ve daha fazla yetiyitimi saptanmış, AD kullanan ve kullanmayan hastalar arasında gidiş ile ilgili değerlendirmelerin hiç birinde anlamlı fark bulunamamıştır. AP ilaçların bilinen yan etkileri nedeniyle uzun dönem kullanıldıklarında genel olarak bipolar hastalarda işlevsellik düzeyini olumsuz etkileyebildiği bildirilmektedir (147). O'Connell ve ark. (148) AP ilaç alan hastaların işlev düzeylerinin daha kötü olduğunu saptamışlar ve hastalara manik döneme girdikçe daha fazla AP ilaç eklendiği şeklinde bulgularını tartışmışlardır. Mani ve özellikle mesleki işlevsellik arasındaki ters yöndeki ilişki başka çalışmalarla da gösterilmiştir (149, 150). Özer ve ark.'nın (145) yapmış oldukları çalışmada ise genel işlev düzeyindeki düşüklüğe ve yeti yitimindeki yükseklığe, AP ilaçların yan etkilerinin değil, değerlendirmenin yapıldığı dönemde hastalara AP ilaç verilmesine temel oluşturan manik belirtilerin neden olduğu sonucuna varılmıştır. Yine de, birçok bipolar hastası değişik ilaç kombinasyonları kullanmakta ve bu nedenle hangi ilacın neyi etkilediğini bulmak çok zorlaşmaktadır. Hastanın ilacını araştırma nedeni ile bırakması etik olarak doğru olmadığı için bipolar hastalar ile yapılan bu tarz araştırmaların en önemli kısıtlayıcı özelliği budur. Bundan dolayı da bu yönde yapılmış çalışma sayısı kısıtlıdır. Bizim çalışmamızdan çıkan sonuca göre hastaların kullandığı tedavinin, manik ve depresif kalıntı belirtileri ve işlevselliğin üzerine anlamlı bir etkisi bulunmadığı söylenebilir. Ancak kullanılan tedavinin kalıntı belirtiler ve işlevsellik üzerine etkisinin olmadığını kesin olarak söylemek mümkün değildir. Çünkü bizim çalışmamızda değerlendirmeye alınan hastaların hepsi ilaç tedavisi altındaydı. İlaçların

kalıntı belirtiler ve işlevsellik üzerine etkisinin olup olmadığını söylemek için ilaçsız olan hastalar ile karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

#### **4. Hastalık özellikleri ile duygu durumu belirtileri ve işlevsellik durumunun karşılaştırılması**

Çalışmaya alınan tüm hastaların yaşı, hastalığının başlangıç yaşı, hastalığının süresi, toplam hastaneye yatış sayıları ve toplam geçirdikleri atak sayıları ile manik kalıntı belirtilerin değerlendirildiği toplam YMDÖ puanı, depresif kalıntı belirtilerin değerlendirildiği toplam HAM-D puanı ve anksiyete belirtilerinin değerlendirildiği toplam HAM-A ve HAM-A alt ölçeklerinin puanı karşılaştırıldı. Aynı şekilde, hastaların çeşitli alanlardaki işlevsellik durumunu değerlendirmek için bakılan BBIÖ ve alt ölçeklerinin puanı ve kişinin psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğinin genel değerlendirilmesi için bakılan İGD ölçeği puanı ile hastalık özellikleri ve sosyo-demografik özellikler karşılaştırıldı.

Hastaların yaşı ile YMDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,354$ ,  $p<0,001$ ) ve hastaların yaşı arttıkça manik kalıntı belirtilerin anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edildi. Yaşın artması ile HAM-A Genitoüriner semptomlar alt ölçeği puanının ( $r=0,193$ ,  $p=0,035$ ) da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı görüldü. Hastanın yaşı ile depresif kalıntı belirtiler ve toplam HAM-A ve diğer kalıntı anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastaların yaşı ile BBIÖ-Cinsel işlevsellik alt ölçeği puanı ( $r=-0,237$ ,  $p=0,009$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu tespit edildi. Hem HAM-A Genitoüriner semptomlar hem de BBIÖ-Cinsel işlevsellik alt ölçeği yaşla birlikte olumsuz etkilenmesi bize hastalıktan bağımsız olarak yaşın artması ile kişilerin cinsel işlevselliklerinin azaldığı ve cinsel sorunlarının da arttığını göstermektedir.

Yaş ilerledikçe manik kalıntı belirtilerin anlamlı bir şekilde azalması, yaş arttıkça klinik tabloya manik belirtilerin daha az hakim olup olmadığı sorusunu akla getirdi? Bunun için yakından ilişkili olduğu için bir de hastalık süresine ve hastalık başlangıç yaşına bakmak gerekir. Hastalığın süresi



arttıkça da manik kalıntı belirti puanının anlamlı bir şekilde azaldığını görmekteyiz. Aynı şekilde hastalığın başlangıç yaşı arttıkça da yine manik kalıntı belirti puanının anlamlı bir şekilde azaldığı bulundu. Bipolar bozukluk çoğunlukla 20'li yaşlar dolayında başlar (1). Çoğu çalışmada bimodal başlama yaşı bulunmuş, en sık başlama yaşı 18 ve 44 yaşları arasında görülürken 50 yaşından sonra genellikle riskin azaldığı kabul edilir (33). Erken başlangıç daha ağır bir hastalık ve daha kötü prognoz gösterir ve bu durum bozukluğun kronik yapısı, duygu durumu dengeleyicilerine direnç ve yüksek ek tanı ile ilişkili bulunmuştur (88, 89). Geç başlangıçlı olanların da daha iyi prognozlu olduğu bilinmektedir. Sonuç olarak, yaşın artması ile manik belirtilerin klinik tabloya daha az hakim olup olmadığı konusunda kesin bir şey söylemek için bunun başka çalışmalarla da desteklenmesi gerekmektedir.

Hastalığın başlangıç yaşı ile YMDÖ ( $r=-0,211$ ,  $p=0,020$ ) ve HAM-A Anksiyeteli mizaç alt ölçeği ( $r=-0,207$ ,  $p=0,023$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon bulundu. Bu da hastalığın başlangıç yaşı yükseldikçe manik kalıntı belirtilerin ve anksiyeteli mizaç belirtilerinin azaldığını göstermektedir. Hastalığın başlangıç yaşı ile depresif kalıntı belirtiler ve diğer kalıntı anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Hastalığı başlangıç yaşı ile İGD puanı ( $r=0,234$ ,  $p=0,010$ ) ve BBİÖ'nin Damgalanma hissi ( $r=0,200$ ,  $p=0,028$ ), Günlük etkinlikler ( $r=0,243$ ,  $p=0,008$ ) ve İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ( $r=0,187$ ,  $p=0,040$ ) alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon bulundu. Bu da hastalık ne kadar geç başlarsa hastaların bu alanlardaki işlevselliğinin kısmen korunduğunu, ne kadar erken başlarsa da bu alanlardaki işlevselliğinin daha fazla bozulduğunu göstermektedir. Hastalığı erken başlangıçlı olan hastaların "damgalanma hissi" geç başlangıçlılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Yani hastalığın erken başlaması, o kişide toplum tarafından damgalandığı hissini arttırdığı görülmüştür. Yukarıda da bahsedildiği gibi, erken başlangıç daha ağır hastalık ve daha kötü uzun dönem sonuçları ile ilişkilidir ve bozukluğun kronik yapısı, duygu durumu dengeleyicilerine direnç, yüksek ek tanı düzeyi ile ilişkilidir (88, 89). Erken

başlangıçlı olgularda genetik faktörlerin daha büyük rol oynadığı gösterilmiştir. Psikotik özellikli ve karma ataklar, ektanılı durumlar, yaşam boyu panik bozukluğu sıklığı, alkol-madde kullanımı ve özkıyım davranışı daha fazla görülür. Ayrıca kişiler arası iletişim bozukluğu ve sık hastaneye yatış ile ilişkilidir (86, 87). Erken başlangıçlı bipolar bozukluğun doğal seyri epizodik ve akut çok kronik ve süreklidir. Daha fazla psikotik belirti, daha sık manik atak, daha fazla karma durum yaşarlar. Erken başlangıçlı bipolar bozuklukta biyolojik sorunların daha yoğun yaşandığı psikososyal gelişimi daha çok aksattığı bilinmekte ve bu tür hastaların sağaltımında her iki (psikofarmakolojik ve psikososyal) yaklaşımın önem kazandığı görülmektedir (151). Tüm bu nedenler hastalık başlangıcı daha erken olanların psikososyal işlevselliğinin düşük olmasını, damgalanma hissini yüksek olmasını, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ile günlük etkinliklerdeki işlevselliğinin daha düşük olmasını açıklamaktadır.

Hastalığın süresi ile YMDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,253$ ,  $p=0,005$ ), HAM-A Bilişsel belirtiler ( $r=0,329$ ,  $p<0,001$ ) ve HAM-A Genitoüriner semptomlar ( $r=0,261$ ,  $p=0,004$ ) arasında ise pozitif korelasyon olduğu tespit edildi. Bu da hastalığın süresi arttıkça manik kalıntı belirtilerin anlamlı bir şekilde azaldığını, ancak HAM-A'nın bilişsel ve genitoüriner anksiyete belirtilerinin arttığını göstermektedir. Hastalığın süresi ile depresif kalıntı belirti puanı ve diğer anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. HAM-A Bilişsel belirtiler alt ölçeği ile hastanın düzenli hekim takibi süresi ve toplam geçirilen atak sayısının da anlamlı bir ilişkisinin olduğu görülmekte. Bu da bize hastalığın süresi ve geçirilen atak sayısı arttıkça bilişsel yakınmaların giderek arttığını göstermektedir. Doğal olarak hastalık süresi ve geçirilen atak sayısı arttıkça takip süresinin de artması beklenir.

Yaş, hastalık öncesi zeka düzeyi (IQ) ve depresif belirtiler için kontrol edildiğinde, remisyonda bipolar bozukluğu olan hastaların sağlıklı gönüllülere göre yürütücü işlevlerde daha kötü performans gösterdiği bulunmuştur (12). Frangou ve ark. (14) bozukluk süresinin ve belirtilerin düzeyinin gözlenen bilişsel bozulmanın ortaya çıkmasına katkıda bulunduğunu ve yürütücü

işlevlere değişik açılardan etki gösterme eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Robinson ve Ferrier (16) bilişsel bozulmanın, bozukluğun başlamasından önce bile var olan, sürekli bir yatkınlık etkeni olabileceğini ileri sürmüştür. Bizim çalışmamızda ise hastalığın süresi arttıkça sadece kognitif yakınmaların anlamlı bir şekilde arttığı bulundu. Kalıntı duygu durumu belirtilerinin ise azaldığı (manik belirtiler) veya anlamlı bir değişikliğe uğramadığı sonucu çıkmıştır.

Hastalığın süresi ile BBİÖ'nin Damgalanma hissi ( $r=-0,231$ ,  $p=0,011$ ) ve Cinsel işlevsellik ( $r=-0,227$ ,  $p=0,013$ ) alt ölçekleri arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulundu. Bu da hastalık süresi arttıkça hastaların bu alanlardaki işlevselliğinin daha kötü olduğunu göstermektedir. Burada asıl önemli olan hastalık süresi arttıkça hastaların "damgalanma hissi" nin anlamlı olarak daha yüksek olduğudur. Bu durumun bir bakıma hastalığın erken yaşta başlaması ile de yakından ilişkili olduğu söylenebilir.

Hastaların düzenli hekim takibi süresi ile YMDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon ( $r=-0,199$ ,  $p=0,029$ ), toplam HAM-D puanı ( $r=0,232$ ,  $p=0,011$ ) ve HAM-A'nın Bilişsel belirtiler ( $r=0,224$ ,  $p=0,014$ ) ve Genitoüriner semptomlar ( $r=0,282$ ,  $p=0,002$ ) alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu tespit edildi. Bu da hastanın düzenli hekim takibi süresi arttıkça manik kalıntı belirtilerinin anlamlı bir şekilde daha az olduğunu, ancak depresif kalıntı belirtilerinin ve bilişsel ve genitoüriner anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Hastaların düzenli takip süresinin, hastalık süresi ve başlangıç yaşı ile yakından ilişkisi vardır. Aynı zamanda hastanın yaşı arttıkça takip süresinin de artması beklenen bir durumdur. Bu da bize bilişsel ve genitoüriner belirtilerinin neden yüksek olduğunu açıklamaktadır. Diğer yandan düzenli hekim takibi süresi arttıkça depresif kalıntı belirti puanının daha fazla olması, hastaların düzenli bir şekilde hekim takibine gelmesini sağlayan belirtilerin daha çok depresif belirtiler olduğunu göstermektedir.

Hastaların düzenli hekim takibi süresi ile BBİÖ-Arkadaşlarıyla ilişkiler alt ölçek puanı ( $r=0,229$ ,  $p=0,012$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon, İGD puanı ( $r=-0,190$ ,  $p=0,037$ ) ve BBİÖ-Cinsel işlevsellik

alt ölçek puanı ( $r=-0,227$ ,  $p=0,013$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu tespit edildi. Bu da takibi düzenli olanların arkadaşları ile ilişkilerindeki işlevselliğin anlamlı olarak daha iyi olduğunu, ancak cinsel işlevselliğin azaldığını ve cinsel sorunların daha fazla olduğunu göstermektedir. Diğer yandan da genel işlevselliği daha iyi olanların düzenli takibe gelme süresinin azaldığı, genel işlevselliği daha kötü olanların ise düzenli hekim takibine gelme süresinin ve tedavi uyumunun daha iyi olduğu görülmektedir. Bu da, hastaları düzenli hekim takibine getiren bir diğer faktörün de genel işlev düzeylerinin düşüklüğü olduğunu göstermektedir. Bu varsayımı İGD ile HAM-D puanları arasında anlamlı negatif ilişkinin olması da desteklemektedir. Hastaların düzenli hekim takibi süresi ile toplam hastaneye yatış sayısı ve toplam geçirilen atak sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu saptandı. Bu da hastaların geçirdiği atak sayısı fazla ise düzenli takibe gelme süresi ve hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak hastaların düzenli hekim takibine gelmesini sağlayan faktörlerin daha çok depresif belirtiler, genel işlevsellik durumu ve geçirilen atak sayısı olduğunu söyleyebiliriz.

Toplam hastaneye yatış sayısı ile YMDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon ( $r=-0,188$ ,  $p=0,040$ ) olduğu, diğer belirtiler ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edildi. Bu da hastaların ne kadar çok hastaneye yatışı olursa manik kalıntı belirtilerinin anlamlı bir şekilde daha az olduğunu göstermektedir. Ancak, hastaneye yatış sayısının depresif kalıntı belirtiler üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı da görülmüştür. Buradan şu sonucu çıkarabiliriz; hastaların hastaneye yatışının daha çok manik kalıntı belirtilerin giderilmesine etkisinin olduğunu, ancak depresif kalıntı belirtiler üzerine etkisinin sınırlı olduğudur. Biopolar hastaların daha çok manik dönemde yatarak tedavi edildiğini düşünecek olursak bu sonucun da beklenen bir durum olduğunu söyleyebiliriz. Toplam hastaneye yatış sayısı ile BBİÖ-Cinsel işlevsellik alt ölçek puanı ( $r=-0,270$ ,  $p=0,003$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon olduğu tespit edildi. Bu da hastaların hastaneye yatış sayısı ve geçirdiği toplam atak sayısı arttıkça cinsel işlevselliğinin olumsuz etkilenmekte olduğunu göstermektedir. Bunun

bir diğ er nedeni ise hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin artması, hastalık süresi arttıkça da atak sayısının ve hastaneye yatış sayısının artması ve tüm bunlara bağı lı olarak hastaların cinsel işlevselliğ inin olumsuz etkilenmesi olabilir.

Toplam geçirilen atak sayısı ile HAM-A'nın Bilişsel belirtiler ( $r=0,254$ ,  $p=0,005$ ) alt ölçeğ i arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon olduğ u, diğ er kalıntı belirtiler ile anlamlı bir ilişkinin olmadığ ı tespit edilmiştir. Bu da hastaların geçirdikleri toplam atak sayısının artması ile bilişsel belirtilerinin arttığ ını göstermektedir. Ancak toplam atak sayısının manik ve depresif kalıntı belirtiler üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığ ını da görmekteyiz. Sonuç olarak hastalık süresi, düzenli takip süresi ve toplam geçirilen atak sayısı arttıkça hastaların bilişsel fonksiyonlarının bozulduğ u ve bu konudaki şikayetlerinin arttığ ı görülmektedir. Ancak biz direkt olarak bilişsel fonksiyonları değerlendirecek bir test yapmadığ ımız için bu konuda kesin bir şey söylememiz mümkün değ ildir.

Yapılan çalışmalarda ötimik dönemde dahi görülebilen ve genelde hastalığ ın ilerleyen dönemlerinde karşılaşılan bilişsel bozuklukların klinik gidiş ve sonlanım ile ilişkili olabileceğ i söylenmiştir (107). Bilişsel bozulma bipolar bozukluğ un bir belirtisi olabileceğ i gibi kullanılan psikotrop ilaçlardan da kaynaklanıyor olabilir. Bu konuda kesin bir şey söylemek için daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Toplam geçirilen atak sayısı ile BBiÖ'nin Cinsel işlevsellik ( $r=-0,263$ ,  $p=0,004$ ) ve Damgalanma hissi alt ölçeğ i ( $r=-0,283$ ,  $p=0,002$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif korelasyon saptandı. Onun dışında diğ er işlevsellik alanları ile anlamlı bir ilişkisi bulunamadı. Bu da toplam geçirilen atak sayısı arttıkça hastaların "damgalanma hissi"nin olumsuz yönde etkilendiğ ini ve anlamlı olarak daha yüksek olduğ unu göstermektedir. Hastanın yaşı, hastalık süresi, düzenli takip süresi, toplam yatış sayısı ve geçirilen atak sayısı arttıkça cinsel işlevselliğ inin olumsuz etkilendiğ ini görmekteyiz. Hastaların yaşı arttıkça doğ al olarak hastalıktan bağımsız bir şekilde cinsel işlevselliklerinin azalması beklenen bir durumdur. Diğ er yandan ise hastalık süresi, takip süresi, toplam yatış sayısı ve toplam geçirilen atak

sayısı arttıkça hastaların maruz kaldığı psikotrop ilaç miktarı da artmaktadır ve bunun da hastaların cinsel işlevselliklerini ve şikayetlerini olumsuz yönde etkilemesi beklenebilir. Bizim çalışmamızda ise, hastaların kullandığı tedavi özellikleri ile cinsel işlevsellik ve şikayetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmaması, kullanılan tedavinin cinsel fonksiyonlar açısından bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Ancak herhangi bir psikofarmakolojik ajan kullanmanın bile cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkileme ihtimali vardır ve bizim çalışmamız bunu ayırt etmemiştir. Çünkü değerlendirmeye alınan tüm olgular ilaç tedavisi altındaydı.

Bipolar bozukluğun gidiş ve sonlanması, belirli bir zaman dilimi içerisindeki atak sıklığı, bazen de hem atakların hem de eşikaltı belirtilerin değerlendirilmesi ve psikososyal işlev düzeyi şeklinde farklı alanlarda değerlendirilmektedir. Farklı değerlendirme alanlarının birbiri ile ilişkisi konusunda yapılacak en kolay yorum, birçok çalışmada da gösterildiği gibi, çok sayıda atak görülen ya da belirtilerin sürekli olduğu hastalarda psikososyal işlev düzeyinin olumsuz etkileneceği şeklindedir (146-149). Geçirilen atakların sıklığı ve psikososyal işlev düzeyi arasındaki ilişkiyi tartışırken elbette etkileşimin iki yönlülüğünü hesaba katmak gerekir. Psikososyal işlev bozulması ve çeşitli stresli yaşam olayları yeni atakları uyarabilir. Ortaya çıkan ataklar ise bir kısır döngü oluşturarak işlev düzeyini daha da aşağı çekebilir. Gitlin ve ark. (144) sık aralıklarla izleyerek, ataklar arasındaki belirtileri derecelendirdikleri çalışmalarında, bu ara dönemlerdeki belirti düzeyinin psikososyal işlev düzeyi ile atak sayısından daha fazla ilişkili olduğunu da belirtmektedirler. Bizim çalışmamızda toplam atak sayısı ile işlevsellik arasındaki ilişkinin daha az çıkması çalışma yöntemi farklılığına da bağlı olabilir.

Hastaların cinsiyeti ile HAM-D ve HAM-A puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Kadın hastaların depersif kalıntı belirtilerinin erkeklere göre anlamlı ( $p=0,041$ ) bir şekilde daha fazla olduğu tespit edildi. Buna paralel olarak anksiyete belirtileri de kadınlarda erkeklere göre anlamlı ( $p=0,009$ ) bir şekilde daha fazla olduğu görüldü. Hastaların medeni durumları, çalışma durumu ve bipolar tipi ile YMDÖ puanı arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Hiç evlenmemiş olanların manik kalıntı belirtileri, evli ve boşanmış/dul olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu tespit edildi. Medeni durumun cinsiyete göre dağılımı ve YMDÖ puanı ilişkisine bakıldığında ise özellikle evli olan grubun kadın ve erkek hastaları arasında manik kalıntı belirtiler açısından istatistiksel olarak ( $p=0,044$ ) anlamlı bir fark olduğu ve evli kadınlarda manik kalıntı belirtilerin evli erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görüldü. Hiç evlenmemiş olanların çoğunun (%59,5) kadın olduğunu, aynı şekilde boşanmış/dul olanların da çoğunun (%90) yine kadınlardan oluştuğunu görmekteyiz. Çalışma durumu açısından bakıldığında ise, “işsiz” olan grubun manik kalıntı belirtileri diğerlerine göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bulundu. İşlevsellik durumu açısından da çalışanların İGD puanı işsiz, ev hanımı ve emekli olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktı. Bipolar tipi açısından bakıldığında ise, bipolar-I olanların manik kalıntı belirtilerinin bipolar-II olanlara göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bulundu.

Hastaların cinsiyeti ile İGD puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,006$ ) bir ilişki olduğu görüldü. Erkeklerin psikososyal işlevsellik puanı ( $81,96\pm 8,33$ ) kadınlardan ( $77,89\pm 7,43$ ) anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktı. Medeni durum ile İGD puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,007$ ) bir ilişki bulundu. Evli olan grubun psikososyal işlevsellik puanı ( $81,57\pm 7,49$ ), hiç evlenmemiş ( $77,18\pm 9,0$ ) ve boşanmış/dul ( $76\pm 4,59$ ) olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulundu. Medeni durumun cinsiyete göre dağılımı ve İGD puanı ilişkisine bakıldığında ise özellikle hiç evlenmemiş grubundaki kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p=0,030$ ) olduğu bulundu ve hiç evlenmemiş kadınların İGD puanının hiç evlenmemiş erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha düşük çıktı.

Bipolar bozuklukta cinsiyet oranı tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak eşittir. Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır (38, 39). Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemekle birlikte, hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişinde çeşitli

cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır (1). Kadınlarda, karma durumlar ve hızlı döngü daha sık görülmektedir (20, 35, 38, 39, 41, 42). Bipolar bozukluğu olan kadınların erkeklere oranla depresyona daha yatkın oldukları biçiminde yaygın bir klinik görüş vardır. 16 yıllık bir izleme çalışmasında bipolar erkek hastaların dönemlerinin %35'ini mani, %36'sını depresyon olarak geçirdikleri, kadınların ise %14'ünü mani ve %60'ının depresyon olarak geçirdikleri saptanmıştır. Ayrıca kadınlara göre bipolar bozukluğu olan erkeklerin mani nedeni ile daha çok hastaneye yattıkları belirlenmiştir (74). Evlenmemiş olmak bipolar bozuklukta yüksek risk ile ilişkilidir (33). Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde de daha sık görülür (20, 38). Ancak bu fark erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır olabilir.

Çalışmamızda da kadınlarda depresif ve anksiyete kalıntı belirti miktarı erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha fazlaydı. Bu çalışmada geçirilen atak sayıları bakımından erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir fark olmaması bu durumu kadınların daha fazla depresif atak geçirmesi ile açıklamayı engellemektedir. Genel işlevsellik durumunun erkeklerde kadınlardan yüksek oluşu, hiç evlenmemiş olanların çoğunun kadın oluşu, aynı şekilde boşanmış/dul olanların da çoğunun yine kadınlardan oluşması bu hastalığın kadınların işlevselliğini daha olumsuz etkilediği anlamına gelebilir. Ayrıca, toplumun kadına yüklediği sorumluluk ve görevlerin de bu sonucun ortaya çıkmasında katkısı olabilir. Eğer evli bir erkek bipolar bozukluk hastası olursa genellikle eşi onunla ilgileniyor ve birlikte yaşamaya devam ediyor. Oysa bir kadın bipolar hastası olursa ya hiç evlenemiyor ya da evli ise eşi tarafından terk edilme durumu ile karşı karşıya kalabiliyor. Bu durum da kadınlardaki hiç evlenmemiş ve dul oranının daha yüksek olmasını açıklamaktadır.

Literatürde cinsiyete dayalı bakış açısı, yalnız klinik görünüm ve gidiş özelliklerinden değil kadının yaşam boyu üreme sürecinde yer alan menarj, puberte, gebelik doğum sonrası ve menapoz gibi evrelerin hastalığın gidişi ve tedavisi üzerine önemli etkileri olabileceğinden önem taşımaktadır.



Evli olan grubun genel işlevsellik puanı, hiç evlenmemiş ve boşanmış/dul olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkması, işlevselliği iyi olanların evlenebildiği veya evliliği sürdürebildiği, ancak işlevselliği düşük olanların ya hiç evlenemediği ya da evliliğini sürdüremediği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca evliliğin de hastaların işlevselliğini bir noktaya kadar koruduğu anlamını da çıkarabiliriz. Hiç evlenmemiş olanların manik kalıntı belirti puanlarının daha yüksek olması da bunu desteklemektedir. Aynı zamanda hastaların çalışma durumu ile manik kalıntı belirtiler arasında anlamlı ters ilişkinin olması, bu kalıntı belirtilerin hastaların çalışma alanındaki işlevsellik durumunu olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Hastaların yaşadığı ilk ve son ataklarına göre kalıntı belirtilere ve işlevsellik durumuna bakarsak, sadece son atağın HAM-D ve HAM-A puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olduğu bulundu. İlk ve son atağın manik kalıntı belirti puanı ve işlevsellik durumu ile anlamlı bir ilişkisi bulunamadı. Buradan hastaların geçirdiği ilk hastalık atağının kalıntı belirtiler ve işlevsellik üzerine belirgin bir etkisinin olmadığını, ancak son geçirilen hastalık atağının depresif ve buna eşlik eden ansiyete kalıntı belirtileri üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğunu söyleyebiliriz. Özellikle son hastalık atağı depresyon olanların depresif kalıntı belirtileri son atağı manik olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek çıktı. Bu da depresif belirtilerin daha geç iyileştiğinin bir göstergesi olabilir. Yapılan çalışmalarda manik atakların, depresif ve karma ataklara göre kısa sürdüğü, karma atakların ise depresif ataklardan uzun sürdüğü belirlenmiştir (34). Dolayısıyla, son atağı depresif olanların depresif belirtilerinin daha fazla olması beklenebilen bir durumdur.

Kaya ve ark.'nın (152) yapmış olduğu çalışmada, 6 aydır remisyonda olan ve son atağı depresif olanların HAM-D puanları, aynı şekilde son atağı manik olanların da YMDÖ puanları kontrol grubuna göre önemli derecede daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sosyal geri çekilme son atağı hem depresif hem de manik olanlarda kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuş. Dahası, son atağı mani olan grup özgürlük ve ihtiyaç

konusunda daha çok bozukluk gösterirken; son atağı depresyon olan grup meşguliyet konusunda daha çok bozukluk göstermiştir. Bu çalışmada son atağı depresyon veya mani olan remisyondaki hastalarla kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Oysa bizim çalışmamızda kontrol grubunun olmaması bir sınırlılıktır. Bu durum da, sadece depresif belirtilerde anlamlı bir farkın ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Başlangıç yaşı bakımından sadece 18 yaş altı ve üstüne göre gruplandırıldığında HAM-D ve HAM-A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Hastalığı 18 yaşından önce başlayanların, 18 yaş ve üstünde başlayanlara göre depresif ve buna eşlik eden anksiyete kalıntı belirtileri anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görüldü. Hastalığın 30 yaş altı veya üstünde başlaması ile kalıntı belirtiler ve işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Yapılan çalışmalarda erken başlangıcın daha ağır bir hastalık ve daha kötü prognozu gösterdiğini ortaya koymaktadır ve bu durum bozukluğun kronik yapısı, duygu durumu dengeleyicilerine direnç ve yüksek ek tanı ile ilişkilidir. Ayrıca, erken başlangıçlı bipolar bozukluğun doğal seyri epizodik ve akuttan çok kronik ve sürekli dir. Daha fazla psikotik belirti, daha sık manik atak, daha fazla karma durum yaşarlar (88, 89). Bundan dolayı erken başlangıçlı olanlarda görülen daha ağır klinik seyir sebebiyle kalıntı belirtilerin daha fazla olması beklenebilen bir durumdur. Ancak bu çalışmada farklı olarak sadece depresif kalıntı belirtilerde anlamlı bir fark bulunmuştur.

## **5. Duygu durumu belirtilerinin hastaların işlevselliği üzerine etkileri**

Bipolar hastaların remisyon dönemlerinde, manik veya depresif ataklardan arta kalan belirtilerden en çok öne çıkanılar duygu durumu ve bilişsel belirtilerdir. Sosyal, davranışsal ve nörolojik istem dışı semptomlar daha az önem taşırlar (153). Bu belirtiler mesleki ve sosyal işlevselliği etkilediği gibi yaşam kalitesini de etkilemektedir (154, 155). Psikososyal işlevsellik bipolar bozukluğun üç evresinde de bozulmaktadır (15). Aile ve

sosyal işlev alanlarındaki psikososyal bozulma ise maniden çok depresyon atakları ile ilişkili bulunmuştur (144). Ayrıca, semptomatik olarak ilerleme kaydedilse bile bipolar hastaların neredeyse %20-30'unda sosyal işlevsellikte bozukluk bulunmaktadır (53). Diğer yandan, iş yaşamında bozulma, toplumsal ve boş zaman etkinliklerine uyum zorluğu ve evlilik uyumunda bozulma gibi toplumsal uyum bozuklukları iyileşmiş iki uçlu hastalarda saptanmaktadır (17). Eşik-altı kalıntı duygu durumu belirtilerinin mi bilişsel ve toplumsal işlevlerde bozulmaya yol açtığı, yoksa remisyonda iken bilişsel bozulmanın kendi başına mı psikososyal işlev bozukluğunun nedeni olduğu yeterince açıklığa kavuşturulmamıştır. Yapılan çalışmalarda eşik-altı duygu durumu belirtileri göz önüne alındığında, eşik-altı depresif belirtiler psikososyal işlevleri oldukça bozduğu; ancak eşik-altı manik belirtilerin psikososyal işlevsellik üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (156). Kaya ve ark.'nın (157) yapmış olduğu çalışma ise, remisyondaki bipolar bozuklukta bilişsel bozulmanın görünürdeki neden olmadığını ortaya koymuş ve bunun yerine, işlevsellikteki bozulmanın kaynağı olarak eşik-altı kalıntı duygu durumu belirtilerinin önemli olabileceği söylenmiştir. Öte yandan bilişsel belirtilerin işlevsellikteki bozulmanın asıl nedeni olduğunu ileri süren çalışmalar da vardır (13).

Bu çalışmada depresif veya manik belirtilerin toplumsal ve psikososyal işlevsellik üzerine etkisi araştırılmıştır ve manik belirtilerin değil, ama kalıntı depresif belirtilerin hem toplumsal, hem de psikososyal işlevsellik üzerine olumsuz etkilerinin daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Anksiyete belirtilerinin de birçok işlevsellik alanında depresif belirtilere eşlik ettiği görülmektedir. Manik kalıntı belirtilerin ise sadece psikososyal işlevsellik üzerine olumsuz etkisinin olduğu, ancak bipolar hastaların çeşitli alanlardaki toplumsal işlevselliğini değerlendiren BBİÖ ve alt ölçek puanları üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Buradaki bulguları incelerken bazı sınırlılıkları göz önünde bulundurmak gereklidir. Bu çalışma kesitsel ve örneklem sayısı görece küçüktür. Kesitsel olarak değerlendirilmiş olması nedeni ile önceki dönemlerin işlevsellik üzerine etkisi değerlendirilmemiştir. Kalıntı duygu

durumu belirtilerinin etkisini ortaya koymak için, uzunlamasına izlem çalışmaları gereklidir. Ayrıca hastalar arasında remisyonunda olma süreleri bakımından da belirli bir limit konmamıştır.

İkinci olarak tüm hastalar ilaç tedavisi altında oldukları için, ilaçların bulgular üzerine etkisini dışlamak mümkün değildir. Hastaların ilaçlarını keserek araştırma yapmak etik olmadığından, bu koşul bipolar bozukluk alanındaki araştırmaların önemli bir sınırlılığıdır. Ayrıca tedavinin işlevsellik düzeyi üzerine etkisini araştıran çalışmalarda, ilaç kan düzeylerinin düzenli olarak izlenmesi ve yeterli olup olmadığının netleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bizim çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biri de DDD kullanan hastalarda ilaç kan düzeyinin değerlendirmeye alınmamış olmasıdır.

Sonuç olarak, bipolar bozuklukluğun mani ve depresyon dönemleri ile süren arada normal evreler içeren süregen bir hastalık olduğu tanımı, zamanla yerini bipolar bozuklukluğun heterojen yapıda olduğu ve alt formlar ile ilgili fenotipik belirteçlerin tanımlanması gerektiği sonucuna bırakmıştır. Günümüzde bozukluğun, psikososyal işlevselliği önemli derecede etkilemesi nedeniyle hastalığın özelliklerini belirlemek, düzenli ve sürekli olarak izlemek ve tedavisini planlamak önem kazanmaktadır. Bu çalışmada depresif veya manik belirtilerin toplumsal ve psikososyal işlevsellik üzerine etkisi araştırılmıştır ve manik belirtilerin değil, ama kalıntı depresif belirtilerin hem toplumsal, hem de psikososyal işlevsellik üzerine olumsuz etkilerinin daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Anksiyete belirtilerinin depresif belirtilere eşlik ettiği görülmüştür. Her ne kadar bu çalışmada kalıntı depresif belirtiler daha etkili gibi görünmekteyse de, uzunlamasına izleme çalışmalarıyla işlevsellikteki bozulmanın gelişimi ortaya konmalıdır. Hastalığı erken yaşta başlayanların depresif kalıntı belirtilerinin daha fazla olduğu, psikososyal işlevselliği, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve günlük etkinliklerdeki işlevselliği daha düşük olduğu ve damgalanma hissini yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların damgalanma hissini asıl etkileyen faktörlerin de hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi ve toplam geçirilen atak sayısı olduğunu söyleyebiliriz. Hastalık süresi, düzenli takip süresi ve toplam geçirilen atak sayısı arttıkça da hastaların bilişsel fonksiyonlarının bozulduğu

ve bu konudaki şikâyetlerinin arttığı görülmüştür. Hastaların geçirdiği ilk hastalık ataklarının kalıntı belirtiler ve işlevsellik üzerine belirgin bir etkisinin olmadığı, ancak son geçirilen hastalık atağının kalıntı depresif ve buna eşlik eden ansiyete belirtileri üzerine anlamlı etkisinin olduğunu tespit edilmiştir. Genel işlevsellik durumunun erkeklerde kadınlardan yüksek oluşu, hiç evlenmemiş olanların çoğunun kadın oluşu, aynı şekilde boşanmış/dul olanların da çoğunun yine kadınlardan oluşmasından hareketle, bu hastalığın kadınları daha olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. İşlevselliği iyi olanların evlenebildiği veya evliliği sürdürebildiği, ancak işlevselliği düşük olanların ya hiç evlenemediği ya da evliliğini sürdüremediği görülmüştür. Bipolar bozukluk kronik seyirli ve uzun süreli takip ve tedavi gerektiren bir hastalık olduğu için hastalar belli aralıklarla hekim kontrolüne gelmeleri gerekmektedir. Hastaların düzenli hekim takibine gelmesini sağlayan nedenlerin daha çok depresif belirtiler, genel işlevsellik durumu düşüklüğü ve geçirilen atak sayısı olduğunu söyleyebiliriz. Hastaların remisyon döneminde çeşitli tedaviler kullandığı, bu dönemde tek başına bir duygu durumu düzenleyici ile takip ve tedavi oranının çok düşük olduğu ve koruyucu tedavide kombinasyon tedavisi oranının oldukça yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Hastaların kullandıkları tedavi tipinin kalıntı duygu durumu belirtileri ve işlevsellik durumu üzerine anlamlı bir fark yaratmadığı da tespit edilmiştir. Ancak, bu ilaçların kalıntı belirtiler ve işlevsellik durumu üzerine hiç etkisinin olmadığını da söylemek mümkün değildir. Çünkü değerlendirmeye alınan tüm hastalar çeşitli tedaviler kullanmaktaydılar. Subklinik belirtilerin özgül tedavi stratejileri ile azaltılması sağlanabilirse, hastalığın uzun dönem sonlanışı olumlu etkilenebilir.

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

## KAYNAKLAR

1. Aydın H, Bozkurt A, (çeviri editörleri). Kaplan&Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
2. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot ML, Bellivier F. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disorders* 2005; 7:111-18.
3. Akiskal HS, Downs J, Jordan P et al. Affective disorders in referred children and younger siblings of manic- depressives. Mode of onset and prospective course. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 996-1003.
4. Strober M, Schmidt-lackner S, Freeman R et al. Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 724-31.
5. Begeley CE, Annegers JF, Swann AC et al. The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: an estimate based on incidence and course of illness. *Pharmacoeconomics*, 2001; 19: 483-95.
6. Fava GA, Kellner R. Prodromal symptoms in affective disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 823-30.
7. Sütçigil L, Cansever A. Bipolar Bozukluk ve Eşik Altı Belirtiler. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006, 2: 17-22.
8. Tomba E, Rafanelli C, Fava GA. The clinical implications of subclinical symptoms in bipolar disorder. In: Vieta E (ed). *Bipolar disorders: clinical and therapeutic progress*. 1st edition. Madrid: Editorial Medica Panamerica; 2002. 143-57.
9. Sonino N, Zielenzy M, Fava GA, Fallo F, Boscaro M. Risk factors and long-term outcome in pituitary-dependent Cushing's disease. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81:2647-52.
10. Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sanchez-Moreno J, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:262-70.
11. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2002; 72:209-26.
12. Ferrier IN, Stanton BR, Kelly TP, Scott J. Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 175:246-51.
13. Mur M, Portella MJ, Martínez-Arán A, Pifarré J, Vieta E. Persistent neuropsychological deficit in euthymic bipolar patients: executive function as a core deficit. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1078-86.
14. Frangou S, Donaldson S, Hadjulic M, Landau S, Goldstein LH. The Maudsley Bipolar Disorder Project: executive dysfunction in bipolar disorder I and its clinical correlates. *Biol Psychiatry* 2005; 58:859-64.
15. Malhi GS, Ivanovski B, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell PB, Vieta E, Sachdev P. Neuropsychological deficits and functional impairment in

- bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disord* 2007; 9:114-25.
16. Robinson LJ, Ferrier IN. Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disord* 2006; 8:103-16.
  17. Bauwens F, Pardoën D, Staner L, Dramaix M, Mendlewicz J. Social adjustment and the course of affective illness: a one-year controlled longitudinal study involving bipolar and unipolar outpatients. *Depress Anxiety* 1998; 8:50-7.
  18. Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW et al. The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 23-30.
  19. Stone MH. Duygudurum Bozukluklarının Tarihsel Yönleri, Oral ET. (çeviri editörü). *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. 1. baskı. İstanbul: Sigma Publishing 2007; 1: 3-15
  20. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi; 2003: 467-540.
  21. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı; 2002. 441-503.
  22. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 4-14.
  23. Işık E. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Mani. İstanbul: Boğaziçi Matbaası; 1991. 20-1.
  24. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University; 1990.
  25. Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 1976; 133: 905-08.
  26. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, DSM-III-R*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1991. 127-39.
  27. Köroğlu E (çeviri editörü). *Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, DSM-IV-TR*. 4. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
  28. Akiskal HS, Akiskal K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance artistic creativity. *Eur Psychiatry* 1988; 3: 29-36.
  29. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 517-34.
  30. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50: 143-51.
  31. Akiskal HS. The bipolar spectrum: research and clinical perspectives. *Encephale* 1995; 21: 3- 11.
  32. Akiskal HS, Bourgeois ML, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59:5-30.
  33. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU, Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyolojisi. Oral ET (çeviri editörü). *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. 1. baskı. İstanbul: Sigma Publishing 2007; 3:33-54

34. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* 1995; 30: 279-92.
35. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C. The epidemiology of DSM III-R Bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997; 27: 1079-89.
36. Winokur G. Is there a common genetic factor in bipolar and unipolar affective disorder. *Compr Psychiatry* 1980; 21: 460-4.
37. Weissman NM, Bland RC, Canino GJ. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293- 99
38. Güleç C, Köroğlu E, (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
39. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. 7th edition, Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. 2: 524-80.
40. Kilzich N, Akiskal HS. Rapid-cycling bipolar disorder. An overview of research and clinical experience, *Psychiatry Clin North Am* 1999; 22: 585-607.
41. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 8. baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. 291-342.
42. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori P. Recurrence of BPD and major depresyon. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 236-40.
43. Rice J, Reich T, Nancy CA, Endicott J, Eerdewegh MV. The familial transmision of Bipolar Illness, *Arch Gen Psychiatry*, 1987; 44: 441-7.
44. Sournay D, Mussat I, Mendlewicz J. Genetics of BPD, *J Affect Disord* 2000; 18: 278-86.
45. Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. Genetic Studies of Bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry Supply* 2001; 41: 6-134.
46. Taner E, Yüksel N. Affektif bozuklukların genetiği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1998; 1: 5-12.
47. Manning JS, Cannor PD, Sahai A. The bipolar spectrum of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1998; 7: 63-71.
48. Kruger S, Cooke RG, Hasey GM et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord* 1997; 34:117-20.
49. Mac Q, Glenda M, Young L, Trevor, Joffe, Russell T. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001;103: 163-70.
50. Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Leon A, A family study of manic-depressive (Bipolar I) disease. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 367-73.
51. Baron M. Genetic linkage and bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 67: 267-373.
52. Delgado PL, Moreno FA. *Duygudurum Bozukluklarının Nörokimyası*. Oral ET (çeviri editörü). *Duygururum Bozuklukları Temel Kitabı*. 1. baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2007. 6:101-116



53. Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 4. Cilt. 1. baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın; 2001. 1-71.
54. Yazıcı O, Kora K, Üçok A et al. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord* 1999; 55: 133-42.
55. Young LT, Warsh JJ, Kish SJ, Sharinak K, Hornykeiwicz O. Reduced brain 5-HT and elevated NE turnover and metabolites in bipolar affective disorder. *Biol Psychiatry* 1994; 35:121-7.
56. Coryell W, Scheftner WA, Keller M et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150:703-20.
57. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med* 1997; 27: 1091-100.
58. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic. *Biol Psychiatry* 1992; 32: 469-84.
59. Coryell W, Endicott J, Maser JD. Long term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 385- 90.
60. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression: Review. *Psichiatri Serv* 2001; 52: 51-5.
61. Oral T (çeviri editörü). Depresyon ve Bipolar Bozukluk. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. 3. baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2010.
62. Mc Elroy SL, Keck PE, Pope HGJ et al. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1633-44.
63. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois M et al. Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study ( EPIMAN). *J Affect Disord* 1998; 50: 175-86.
64. Mc Elroy SL, Strakowski SM, Keck PE et al. Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr Psychiatry* 1995;36:184-94.
65. Swann AC, Bowden CL, Morris D et al. Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 37- 42.
66. Dell'Osso L, Placidi GF, Nassi R et al. The manic- depressive mixed state: Familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991; 240: 234-9.
67. Dell'Osso L, Akiskal HS, Freer P et al. Psychotic and non psychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schi-zo affective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243: 75- 81.
68. Perugi G, Akiskal HS, Micheli C et al. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J Affect Disord* 1997; 43: 169-80.

69. Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC et al. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1753-5.
70. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 229-33.
71. Vahip S, Akdeniz F. Hızlı döngülü iki uçlu duygudurum bozukluk ve seyri. İzmir: Ege Üniversite Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. 8:23-27.
72. Calabrese J. Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. *J Affect Disord* 2001;13: 241-355.
73. Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 163-73.
74. Karamustafalıoğlu N, Alpay N, Tomruk B. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 28-36.
75. Kortan G, Yenilmez Ç, Aksaray G, Kaptanoğlu C. Karma ve saf maninin klinik özellikleri açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 87-94.
76. Yenilmez Ç, Kaptanoğlu C, Erol A, Seber G. Mani alt tipleri: Bir karşılaştırma çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9: 99-106.
77. Osher Y, Yaroslavsky A, Belmaker RJ. Predominant polarity of Bipolar Patients in Israel. *Psychiatry Res* 2000; 1: 187-9.
78. Mgnugsan A. An overview of epidemiological studies on seasonal affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000;12:108-84.
79. Hirshfeld MR. Update on treatment of bipolar depresyon. New development in the treatment of bipolar disorder Philadelphia: APA; May 19 2002. 20-23.
80. Dunayevich E, Keck PE. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 286-90.
81. Tohen M, Hennen J, Baldessarini R, Strakowski S. Two year and functional recovery in 219 cases of first episode affective disorder with psychotic features, *Am J Psychiatry* 2000; 157: 220-8.
82. Oral T (çeviri editörü). *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*, 1. baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2007.
83. Geller B, Tillman R, Craney JL et al. Four- year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 459-67.
84. Strober M. Relevance of early age-of-onset in genetic studies of bipolar affective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 606-10.
85. Bellivier F, Golmard J, Rietschel M. Age at onset in Bipolar I Affective Dis Further evidence for three subgroups *Am J Psych* 2003; 160: 999-1001.
86. Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic- depressive illness? *J Affect Disord* 2000; 58: 215-21.

87. Yildiz A, Sach GS. Age onset of psychotic versus non- psychotic bipolar illness in men and in women. *J Affect Disord* 2003; 74: 197-201.
88. Biederman J, Mick E, Faraone SV et al. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biol Psychiatry* 2000; 48: 458-66.
89. Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disord* 2003; 5: 243-56.
90. Delbello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2001; 3: 325-34.
91. Reddy YCJ, Srinath S. Juvenile bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 162-70.
92. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 445-57.
93. Mc. Elroy SL, Akiskal HS. The mixed bipolar disorder, *J Affect Disord* 2000: 63-88.
94. Turvey CL, Coryell WH, Solomon DA et al. Long- term prognosis of bipolar I disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 110-9.
95. Jamison KR. Suicide and bipolar disorders. *Ann NY Acad Sci* 1986; 487: 301-15.
96. Tsai SY, Kuo Cj, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicid in BPB. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 469-76.
97. Maria A, Quendo MD, Christine W, Broadsky B, Parsons B, Gretchen L, Kevin MJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder; clinical charecteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000; 59: 107-17.
98. Post R. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with BPD in stanley foundation Bipolar network. *J Affect Disord* 2000; 48:304-17.
99. Pini S, Dell'Osso L, Mastrocinque C et al. Axis I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features. *Br J Psychiatry*, 1989; 175: 467-71.
100. Yerevanian B. Anxiety Disorders comorbidity in mood disorder subgroups. *J Affect Disord* 2001; 67: 167-73.
101. Rihmer Z, Szadoezky, Janos F, Kiss K, Papp Z. Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depresyon. *J Affect Disord* 2001; 67: 175-9.
102. Tamam L, Ozpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology* 2002; 35: 203-9.
103. Tamam L, Tuglu C, Karatas G ve ark. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosc* 2006; 60:480-5.
104. Goodwin FK, Ghaemi SN. The course of bipolar disorder and the nature of agitated depresssion. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2077-9.
105. Solomon D, Leon A, Endicott J, Coryell W, Keller M. Pasternak M. Unipolar mania over the course of a 20 year fallow- up study, *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2049-51.

106. Belmaker RH. Bipolar disorder. *N Engl J Med* 2004; 351: 476-86.
107. Kessing LV, Olsen EW, Mortensen PB, Andersen PK. Dementia in affective disorder: a case register study, *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 176-85.
108. Yazıcı O. Bipolar-1 ve Bipolar-2 Bozuklukları, *Psikiyatri Temel Kitabı*. Köroğlu E, Güleç C (editörler). 2. baskı. Ankara: HYB; 2007. 274-6.
109. Ghaemi N, Ko J, Rosengquist K, Kontos N. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression, *Am J Psychiatry* 2004; 161:163-5.
110. Schou M. Lithium treatment at 52. *J Affect Disord* 2001; 67: 21-32.
111. Bowden CL, Calabrese JR, Mc Elroy SL et al. A randomized, placebo-controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:481-9.
112. Aydemir Ö, Deveci A, İçelli İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Yapılandırılmış Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu Versiyonunun güvenilirlik ve geçerliği. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006; 8: 18-21.
113. Karadağ F, Oral ET, Yalçın AF, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13:107-14.
114. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik Ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;8: 114-20.
115. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Kalkan Oğuzhanolu N, Koçal N, Devrimci Özgüven H, Akkaya C, Devrim Başterzi A, Karlıdağ R, Yenilmez Ç, Özerdem A, Kora K, Tamam L, Gülseren S, Oral ET, Vahip S. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18: 344-52.
116. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. Arating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-35.
117. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosur Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
118. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-5.
119. SPSS Inc. SPSS for Windows. Version 13.0, Chicago Inc., 2003.
120. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004; 6: 421-5.
121. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM et al. Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1273-80.
122. The Stanley Foundation. Bipolar Network II. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 177–83.
123. Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic, *J Affect Disord* 2001; 64: 27-34.
124. Carlson GA. Early Onset Bipolar Disorder: Clinical and Research Considerations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005; 34:333-343,

125. Mc Elroy SL, Strakowski SM, West SA et al. Phenomenology of Adolescent and Adult Mania in Hospitalized Patients with Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:44-49.
126. Raymont V, Bettany D, Frangous S. The Maudsly Bipolar Disorder Project: clinical characteristics of bipolar disorder I in a catchment area treatment sample. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 13-7.
127. Bellivier F, Golmard JL, Henry C et al. Admixture analysis of age at onset in bipolar I affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 510-12.
128. Oğuzhanoğlu A. Bipolar ve major depresif bozuklukların klinik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi* 2001; 3: 95-101.
129. Viguera A, Baldessarini R, Tondo L. Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disord* 2001; 3: 245-52.
130. Robb JC, Young LT, Cooke RG et al. Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcomes survey (SF- 20) subscale scores. *J Affect Disord* 1998; 49:189-93.
131. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Rush AJ, Keck PE Jr, McElroy SL, Luckenbaugh DA, Pollio C, Kupka R, Nolen WA. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method, *J. Clin Psychiatry* 2003; 64: 680-90.
132. Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme (Uzmanlık Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi; 2007.
133. Roy-Byrne P, Post RM, Uhde TW et al. The longitudinal course of recurrent affective illness: life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1985; 317:1-34.
134. Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ et al. Gender and bipolar illness. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 393-6.
135. Erkıran M, Karamustafalıoğlu N, Tomruk N ve ark. Ergen ve Erişkin Başlangıçlı Maninin Fenomenolojik Farklılıkları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:21-30.
136. Carlson GA, Strober M, Affective Disorders in Adolescence: Issues in Misdiagnosis. *J Clin Psychiatry* 1978; 39:59-66,
137. Coryell W, Norten SG, Mania During Adolescence. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168:611-3.
138. Tütüncü R, Örsel S, Özbay MH. Bipolar bozukluk başlangıç yaşının klinik ve gidiş özellikleriyle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2007;10: 63-8.
139. Maj M, Magliano L, Pirozzi R et al. Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1015-9.
140. Fava GA, Subclinical symptoms in mood disorders: Pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med* 1999; 29:47-61.
141. Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TD. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review. *Bipolar Disord* 2001;3: 106–50.
142. Pachet AK, Wisniewski AM. The effects of lithium on cognition: an updated review. *Psychopharmacology* 2003;170:225–34.

143. Keller MB, Lavori PW, Kane JW et al. Subsyndromal symptoms in bipolar disorder: a comparison of standard and low serum levels of lithium. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:371-6.
144. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL et al. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1635-40.
145. Özer KS, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar Hastalarda Ataklar Arası Dönemde Tedavi ve Gidiş İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12: 111-20.
146. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS et al. Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:665-71.
147. Zarate CA, Antipsychotic drug side effect issues in bipolar manic patients. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61: 52-61.
148. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L et al. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br J Psychiatry* 1991; 159:123-9.
149. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS, Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152:379-384.
150. Gitlin MJ, Hammen C, Syndromal and psychosocial outcome in bipolar disorder: A complex and circular relationship. *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*, JF Goldberg, Harrow M (eds). Washington, American Psychiatric Press, 1999; 39-55.
151. Suppes T, Leverich GS, Keck EP, Nolen AW, Denicoff KD, Altshuler LL, McElroy SL, Rush JA, Kupka R, Frye MA, Bickel M, Post RM. The stanley foundation bipolar treatment outcome network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 2001; 67: 45-59.
152. Kaya E, Aydemir Ö, Selçuki D. Residual symptoms in bipolar disorder: The effect of the last episode after remission. *Progress in Neuro-Psychophar Biol Psychiatry* 2007; 31: 1387–92.
153. Keitner GI, Solomon DA, Ryan CE, et al. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry* 1996;37:362–7.
154. Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A. Chronicity, milder forms and cognitive impairment in bipolar disorder. In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Satorius N (eds). *Bipolar disorder*. West Sussex: JohnWiley & Sons; 2002. 182–4.
155. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of literature. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:72–89.
156. Malhi GS, Cahill CM, Ivanovski B, Lagopoulos J. A neuropsychologic image of bipolar disorder. *Clin Approaches Bipolar Disord* 2006; 5:2-13.
157. Kaya E, Aydemir Ö, Selçuki D. Remisyondaki iki uçlu hastalarda kalıntı duygudurum belirtilerinin bilişsel ve toplumsal işlevsellik üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:124-30.

## EKLER

### EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

**Adı ve Soyadı:**

**Dosya numarası:**

**Cinsiyet:** Erkek  Kadın

**Yaş (Yıl):**

**Eğitim Düzeyi:** Okur yazar değil  Okur yazar  İlkokul mezunu   
Ortaokul mezunu  Lise mezunu  Yüksek okul mezunu

**Medeni Durumu:** Hiç evlenmemiş  Evli  Eşi ölmüş  Boşanmış

**İşi:** Çalışıyor, maaş alıyor  Maaş almadan çalışıyor  İşi yok, çalışabilir   
İşi yok, çalışamaz  Emekli  Diğer: .....

**Sosyal Güvencesi:**

**Hastalık Başlangıç Yaşı:**

**Hastalık Başladıktan Ne Kadar Süre Sonra Doktora Başvurmuş:**

**Kaç Yıldır Hekim Takibi Altında:**

**İlk Hastaneye Yatışı Hastalık Başlangıcından Kaç Yıl Sonra Gerçekleşmiş:**

**Kaç Kez Hastaneye Yatırılmış:**

**BAB Tipi:** Bipolar Tip I  Bipolar Tip II

**Toplam Epizod Sayısı:** Manik: Depresif: Mixt: Hipomanik:

**İlk Epizod:** Manik  Depresif  Mixt  Hipomanik

**Son Epizod:** Manik  Depresif  Mixt  Hipomanik

**Hızlı Döngü:** Var  Yok  Belirsiz

**Şu An Kullandığı Tedavi:**

**Tedavi Hikayesi:** Tipik Antipsikotik   
Atipik Antipsikotik   
Hem Tipik, Hem Atipik Antipsikotik   
Benzodiazepin/ Hipnotik   
Antidepresan   
Lityum   
Antikonvulzan

**EKT Hikayesi Var mı?:** Yok  Var  (Seans.....)

## EK-2: Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılınan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

### YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

#### 1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

#### 2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

#### 3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciyeye yönelik aleni cinsel eylem

#### 4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

#### 5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

#### 6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basıncılı. durdurulamayan, sürekli konuşma



## **7) Düşünce yapı bozukluğu**

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

## **8) Düşünce içeriği**

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

## **9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış**

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

## **10) Dış görünüm**

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

## **11) İçgörü**

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

## EK-3: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

### HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME KILAVUZU

**GÖZDEN GEÇİRME:** Geçen (hangi gün ise onu belirterek) beri, son bir hafta ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. O zamandan bu yana kendinizi nasıl hissediyordunuz?

- H1 **(Kendinizi iyi hissettiğiniz zamana göre) geçtiğimiz hafta içinde ruh haliniz nasıldı?**
- Kendinizi mutsuz ya da çökkün hissediyor muydunuz?
- Üzgün? Ümitsiz? Çaresiz? Değersiz?
- Geçtiğimiz haftada, hangi sıklıkta (hastanın ifadesiyle eşdeğer) hissettiniz? Her gün? Gün boyu?
- Hiç ağlıyor muydunuz?
- DEPRESİF RUH HALİ** (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
0. Yok
  1. Yalnızca soruları cevaplarırken anlaşılıyor.
  2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
  3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
  4. **YALNIZCA ÜSTÜ ÖRTÜLÜ OLARAK:** sözel ya da sözel olmayan iletişimde kendiliğinden izleniyor.
- Eğer 1-4 üzerinde puan almışsa, sorun: Ne zamandır böyle hissediyorsunuz?**
- H2 **Eğer ayaktan hasta ise: Bu hafta (evde ya da ev dışında) çalışabildiniz mi?**
- Eğer hayır ise: Neden çalışamadınız?
- Eğer çalışmaktaysa: (İyi hissettiğiniz zamandaki gibi) her zaman yapabildiğiniz miktarda iş yapabiliyor muydunuz?
- (İş dışında) geçtiğimiz hafta içinde zamanınızı nasıl geçiriyordunuz?**
- (Belirttiği şeyleri) yapmaktan zevk alıyor muydunuz, yoksa yapmak için kendinizi zorluyor muydunuz?
- Eskiden yapıp şu anda yapmayı bıraktığınız şeyler var mı? **EĞER EVET İSE:** Neden?
- Olmasını beklediğiniz herhangi bir şey var mı?
- ÇALIŞMA VE AKTİVİTELER**
0. Herhangi bir sorunu yok.
  1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak yetersizlik duyguları ya da düşünceleri
  2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da kayıtsız, kararsız ya da mütereddit olmasından anlaşılıyor (işine ya da aktivitelerine kendini vermesi gerektiğini düşünüyor).
  3. Aktivitelerine harcadığı süre ya da üretkenlik azalmış. Hastanede yatarken klinik işlerinin dışında her gün 3 saatten daha az zaman harcıyor.
  4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermiyor ya da servis işlerini bile yardımsız yapamıyor.
- H3 **Normal durumunuza göre, geçtiğimiz hafta cinsel isteğiniz nasıldı?** (Yalnızca cinsel ilişkide bulunup bulunmadığınızı değil, aynı zamanda cinselliğe olan ilginizi de soruyorum – ne ölçüde aklınıza geliyordu.)
- Cinselliğe olan ilginizde herhangi bir değişiklik oldu mu? (çökkün olmadığınız döneme göre)?
- Cinsellik aklınıza sıkça takılan bir konu mudur? Eğer hayır ise: İyi hissettiğiniz zamana göre, bu sizin için farklı bir durum mu? (Biraz daha mı az, yoksa çok daha mı az?)
- GENİTAL SEMPTOMLAR** (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
0. Yok / Anlaşılamadı
  1. Hafif
  2. Şiddetli

- H4 **Geçtiğimiz hafta içinde iştahınız nasıldı?** (Normal iştahınızla kıyasladığınız zaman?)
- Yemek için kendinizi zorluyor muydunuz?
- Çevrenizdeki insanlar yemeniz için sizi zorluyorlar mıydı? (Öğün atlıyor muydunuz?)
- Mide ya da barsak rahatsızlığınız oluyor muydu? (Bunlar için herhangi bir şey almak zorunda kaldınız mı?)
- H5 **Çökkün ya da moralsiz hissettiğinizden beri, hiç kilo verdiniz mi?**
- EĞER EVET İSE: Son bir hafta içinde hiç kilo verdiniz mi? (Çökkün hissettiğiniz için miydi?) Ne kadar verdiniz?
- Emin değilseniz: Giysilerinizin artık bol geldiğini düşünüyor musunuz?
- H6 **Geçtiğimiz haftadaki uykunuz ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum.**
- İlk yattığınızda uykuya dalmada güçlük çekiyor muydunuz?** (Yatağa hemen yattıktan sonra uykuya dalmak ne kadar sürüyordu?)
- Bu hafta kaç gece uykuya dalmada güçlük çektiniz?
- H7 **Geçtiğimiz hafta boyunca, gece yarısı uykudan uyanıyor muydunuz?** EĞER EVET İSE: Yataktan kalkıyor muydunuz? Kalkınca ne yapıyordunuz? (Yalnızca tuvalete mi gidiyordunuz?)
- Yeniden yattığınızda hemen uykuya dalabiliyor muydunuz? Bazı geceler uykunuzun rahatsız ya da huzursuz olduğunu hissettiniz mi?
- H8 **Geçtiğimiz hafta sabahları en geç saat kaçta uyanıyordunuz?** (Uyanma saati:.....)
- Eğer erken ise: Çalar saat ile mi, yoksa kendiliğinden mi uyanıyordunuz? Normalde saat kaçta uyanırsınız (yani kendinizi iyi hissettiğiniz zaman)?
- SOMATİK SEMPTOMLAR**  
**GASTROİNTESTİNAL:**
0. Yok.  
1. İştahsız, ancak ısrar olmaksızın yiyor.  
2. Başka biri zorlamasa yemek yemiyor.  
Gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
- ZAYIFLAMA (A ya da B'yi doldurunuz)**
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.  
1. Varolan hastalığına bağlı olası zayıflama.  
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı  
3. Değerlendirilemedi
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.  
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama  
2. Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama  
3. Değerlendirilemedi
- Not: Eğer olanaklıysa, 3 puan vermekten kaçının.**
- UYKUYA DALAMAMA**
0. Uykuya dalmada zorluk çekmiyor.  
1. Bazen gece yattığında uyuyamadığından yakınıyor-yarım saatten fazla süreli.  
2. Her gece uykuya dalma güçlüğünden yakınıyor.
- GECE SIK UYANMA**
0. Herhangi bir sorunu yok.  
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor.  
2. Gece yarısı uyanıyor- yataktan kalkma (tuvalet gereksinimi hariç).
- SABAH ERKEN UYANMA**
0. Herhangi bir sorunu yok.  
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.  
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

H9

**Geçtiğimiz hafta, gücünüz-kuvvetiniz nasıldı?**

EĞER ENERJİ EKSİKLİĞİ VARSA: Kendinizi yorgun hissediyor muydunuz? (Zamanın ne kadarında? Ne denli kötü bir durumdu?)

Bu hafta herhangi bir ağrı ya da sızınız var mıydı? (Ya bel ağrısı, baş ağrısı ya da kas ağrıları?)

Kol ve bacaklarınızda, belinizde ya da başınızda ağırlık hissediyor muydunuz?

**SOMATİK SEMPTOMLAR GENEL:**

0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızılama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet

H10

Geçtiğimiz hafta bazı şeyleri yanlış yaptığınızı ya da başka insanları hayal kırıklığına uğrattığınızı hissederek kendinizi eleştiriyor muydunuz?

EĞER EVET İSE: Düşünceleriniz neydi?

Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey konusunda suçluluk hissediyor musunuz? Ya çok uzun zaman önce olmuş şeyler konusunda?

(BU DEPRESYONU) bir biçimde kendi başınıza kendinizin getirdiğinizi düşünüyor musunuz?

Hastalanmanızın size cezalandırma olduğunu hissediyor musunuz?

H11

**Geçtiğimiz hafta hayatın yaşamaya değer olmadığına dair düşünceleriniz oldu mu? EĞER EVET İSE: Peki ya keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler? Kendinize zarar verme ya da öldürme düşünceleri oldu mu?**

EĞER EVET İSE: Neler düşündünüz? Gerçekten kendinize zarar verecek bir şey yaptınız mı?

H12

**Geçtiğimiz hafta kendinizi özellikle gergin ya da sinirli hissediyor muydunuz?**

EĞER EVET İSE: Peki bu, çökkün ya da üzgün olmadığınız zamankinden daha mı fazla?

Alışık olmadık biçimde kavgacı ya da sabırsız mıydınız?

Normalde kaygılanmayacağınız önemsiz küçük şeyler için çok fazla kaygılandığınızı oldu mu? EĞER EVET İSE: Örneğin ne gibi?

**SUÇLULUK DUYGULARI**

0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Geçmişteki hatalarından ya da günahlarından dolayı suçluluk düşünceleri ya da düşünce uğraşları.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk sanrıları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel varsanılar görüyor.

**İNTİHAR**

0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş.

**RUHSAL ANKSİYETE**

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülmüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

H13 **Geçtiğimiz hafta, bazen ruhsal endişeyle birlikte görülen okuyacağım bedensel belirtilerden herhangi biri var mıydı? Ben size listeyi yavaş okuyacağım - eğer belirtilerden biri varsa, lütfen kesip belirtin. (VAROLAN BELİRTİLERİ SAĞ TARAFTA DAİRE İÇİNE ALIN.)**  
**ağız kuruluğu, hazımsızlık, gaz, ishal, mide krampı, geğirme, çarpıntı, baş ağrısı, soluk soluğa kalma, yüksek sesle iç çekme, sık idrara çıkma, terleme**

Bunlar yalnızca kendinizi çökkün ya da mutsuz hissetmekteyken mi ortaya çıkıyordu?  
EĞER EVET İSE: Geçtiğimiz hafta bunlar sizi ne ölçüde rahatsız etti? (Ne ölçüde rahatsızlık yarattı? Bunlar zamanın ne kadarında ya da ne sıklıkta vardı?)

Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı ya da bu belirtilere yol açabilecek herhangi bir ilaç alıyor musunuz?  
(EĞER EVET İSE: Bedensel hastalığı ya da ilacı kaydedin, ama her durumda belirtileri puanlayın:  
.....  
...)

H14 **Geçtiğimiz hafta, düşünceleriniz ne ölçüde beden sağlığınıza ya da bedeninizin nasıl çalıştığına odaklanıyordu (normal düşüncelerinizle kıyaslayınca)?**  
(Hasta olmaktan ya da hastalanmaktan çok evhamlanıyor muydunuz? Gerçekten bununla meşgul oluyor muydunuz?)

Geçtiğimiz hafta, bedensel olarak kendinizi nasıl hissettiğiniz konusunda çok yakınırdı mıydınız?

Gerçekten kendinizin yapabileceği şeyler konusunda başkalarından yardım ister misiniz?  
EĞER EVET İSE: Örneğin ne gibi? Ne sıklıkta oldu?

H15 **Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın.**

H16 **Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın.**

**EĞER TELEFON GÖRÜŞMESİ İSE: Konuşmanızın ya da bedensel hareketlerinizin ağırlaştığını hissediyor musunuz? Hiç sizde bu durumu fark edip belirten oldu mu?**

### **SOMATİK ANKSİYETE**

(anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:  
Gastrointestinal - Ağız kuruluğu, hazımsızlık, gaz, ishal, mide krampı, geğirme  
Kardiyovasküler - Çarpıntı, baş ağrısı  
Solunumla ilgili - hiperventilasyon, iç çekme  
Sık idrara çıkma  
Terleme)

0. Yok.
1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Aşırı şiddetli

### **HİPOKONDRIYAZİS**

0. Yok.
1. Kuruntulu (sağlığı konusunda)
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyak sanrılar

### **İÇGÖRÜ**

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde ya da depresyonda değil.
1. Hastalığını biliyor ama bunu kötü yiyeceklerle, aşırı çalışmaya, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu hiç kabul etmiyor.

**RETARDASYON** (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor

H17 **Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın.**

**EĞER TELEFON GÖRÜŞMESİ İSE:**  
**Konuştuğumuz gibi, kıpır kıpır hareket halinde ya da oturduğunuz yerde oturamaz durumda mısınız?** Örneğin ellerinizle oynamak, saçınızı çekiştirmek ya da ayağınızı vurmak gibi şeyler yapıyor musunuz? Huzursuz olduğunuzu başkaları da fark ediyor mu?

4. Tam stuporda.

**AJİTASYON**

0. Yok.
1. Kıpır kıpır olma
2. Elleriyle oynama, saçını çekiştirme vb.
3. Hareket etme, sakın biçimde oturamama
4. Elini ovuşturma, tırnak yeme, saçını yolma, dudaklarını ısırma.

## EK-4: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

### HAMILTON ANKSİYETE DERECENDİRME ÖLÇEĞİ

#### 1-Anksiyeteli Mizaç

- a) Endişeler .....0 1 2 3 4  
b) Kötü bir şey olacağı beklentisi .....0 1 2 3 4  
c) Korkulu bekleyiş .....0 1 2 3 4  
d) İrritabilite .....0 1 2 3 4

#### 2- Gerilim

- a) Gerilim duyguları .....0 1 2 3 4  
b) Bitkinlik .....0 1 2 3 4  
c) İrkilme tepkileri .....0 1 2 3 4  
d) Kolayca ağlamaya başlama .....0 1 2 3 4  
e) Ürperme .....0 1 2 3 4  
f)Yerinde duramama, gevşeyememe .....0 1 2 3 4

#### 3- Korkular

- a) Karanlıktan korkma .....0 1 2 3 4  
b) Yalnız bırakılmaktan korkma .....0 1 2 3 4  
c) Hayvanlardan korkma .....0 1 2 3 4  
d) Trafikten ve kalabalıktan korkma .....0 1 2 3 4

#### 4- Uykusuzluk

- a) Uykuya dalmada güçlük .....0 1 2 3 4  
b) Bölünmüş uyku .....0 1 2 3 4  
c) Doyurucu olmayan uyku .....0 1 2 3 4  
d) Uyanıldığında bitkinlik hissi .....0 1 2 3 4  
e) Düşler, karabasanlar, gece korkuları .....0 1 2 3 4

#### 5- Entelektüel (Kognitif)

- a) Konsantrasyon güçlüğü .....0 1 2 3 4  
b) Bellek zayıflaması .....0 1 2 3 4

#### 6- Depresif Mizaç

- a) İlgisi yitimi, hobilerden zevk alamama .....0 1 2 3 4  
b) Erken uyanma .....0 1 2 3 4  
c) Depresyon .....0 1 2 3 4  
d) Gün içinde dalgalanmalar .....0 1 2 3 4

#### 7- Somatik (Musküler)

- a) Ağrılar .....0 1 2 3 4  
b) Seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar .....0 1 2 3 4  
c) Diş gıcırdatma, titrek konuşma .....0 1 2 3 4

#### 6- Somatik (Duyusal)

- a) Kulak çın/aması .....0 1 2 3 4  
b) Görme bulanıklığı .....0 1 2 3 4  
c) Sıcak v.e soğuk basmaları .....0 1 2 3 4  
d) Güçsüzlük duyguları .....0 1 2 3 4  
e) Karıncalanma duyumu .....0 1 2 3 4

#### 9- Kardiyovasküler Semptomlar

- a) Taşikardi .....0 1 2 3 4  
b) Çarpıntı .....0 1 2 3 4  
c) Göğüste ağrılar .....0 1 2 3 4  
d) Damarların titremesi .....0 1 2 3 4  
e) Baygınlık duygusu .....0 1 2 3 4  
f) Ekstrasistoller .....0 1 2 3 4

### 10- Gastrointestinal Semptomlar

- a) Yutma güçlüğü .....0 1 2 3 4  
b) Bağırsaklarda gaz .....0 1 2 3 4  
c) Karında ağrı, yanma, dolgunluk duyumları .....0 1 2 3 4  
d) Bulantı, kusma, gurultu .....0 1 2 3 4  
e) İshal .....0 1 2 3 4  
f) Kilo kaybı .....0 1 2 3 4  
g) Konstipasyon .....0 1 2 3 4

### 11- Genitoüriner Semptomlar

- a) Sık İşeme .....0 1 2 3 4  
b) Amenore .....0 1 2 3 4  
c) Menoraji .....0 1 2 3 4  
d) Frijidite gelişimi .....0 1 2 3 4  
e) Libido kaybı, empotans .....0 1 2 3 4

### 12- Otonamik Semptomlar

- a) Ağız kuruluğu .....0 1 2 3 4  
b)Yüz kızarması .....0 1 2 3 4  
c) Solgunluk .....0 1 2 3 4  
d) Terleme eğilimi .....0 1 2 3 4  
e) Baş dönmesi .....0 1 2 3 4  
f) Baş ağrısı .....0 1 2 3 4  
g) Saçların diken diken olması .....0 1 2 3 4

### 13- Görüşme sırasındaki davranış

- a) Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme,  
ellerde titreme .....0 1 2 3 4  
b) Alında kırışma, gergin yüz .....0 1 2 3 4  
c) İç çekme veya hızlı soluma .....0 1 2 3 4  
d) Yutkunma, geçirme .....0 1 2 3 4  
e) Dilate pupiller, ekzoftalmi .....0 1 2 3 4  
f) Canlı tendon sıçramaları .....0 1 2 3 4

### 14- Panik atak semptomları

- a) Titreme yada sarsılma .....0 1 2 3 4  
b) Nefes darlığı yada boğuluyor gibi olma duyumları .....0 1 2 3 4  
c) Soluğun kesilmesi .....0 1 2 3 4  
d) Göğüste sıkıntı hissi .....0 1 2 3 4  
e) Derealizasyon yada depersonalizasyon .....0 1 2 3 4  
f) Kontrolünü kaybedeceği yada çıldıracağı korkusu .....0 1 2 3 4  
g) Ölüm korkusu, çıldırma korkusu .....0 1 2 3 4  
h) Paresteziler (uyuşma yada karıncalanma duyumları) .....0 1 2 3 4  
i) Üşüme, ürperme yada ateş basmaları .....0 1 2 3 4

### Puanlama

0. Yok

1. Hafif (Düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (Daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir.)

3. Şiddetli (Sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (Kişiyi iş göremez duruma getirici)



## EK-5: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ)

Hasta Adı soyadı:

Tarih:

### BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

#### DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, güüneceklere gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştüğünü söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

#### ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
4	Kitap yada gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

#### CİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

#### DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamanıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

#### İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

#### EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			

22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

### ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

### TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/teyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

### GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

### İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

### İŞ

		Evet	Kısmen	Hayır
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

## EK-6: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)

### İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) Ölçeği

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düşüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
100	<b>Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.</b>
91	
90	<b>Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).</b>
81	
80	<b>Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).</b>
71	
70	<b>Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.</b>
61	
60	<b>Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).</b>
51	
50	<b>Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).</b>
41	
40	<b>Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşıgelir ve okulda başarısızdır).</b>
31	
30	<b>Davranışları hezeyanlar ve hallüsinasyonlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevsel değildir (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).</b>
21	
20	<b>Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizmedir)</b>
11	
10	<b>Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.</b>
1	
0	<b>Bilgi yetersiz.</b>

### **EK-7: DSM-IV-R'ye göre Bipolar-I Bozukluk Tanı Ölçütleri**

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

### **EK-8: DSM-IV-TR'ye göre Bipolar-II bozukluk Tanı ölçütleri**

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

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, görgü ve tecrübelerinden yararlandığım Prof. Dr. Selçuk Kırlı, Doç. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu, Doç. Dr. Cengiz Akaya ve Yrd. Doç. Dr. S. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan Nöroloji Anabilim Dalı, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli tüm çalışma arkadaşlarıma, hem klinik içi çalışmalarda hem de tez çalışmam sırasında yardımlarını hiç esirgemeyen Uzm. Psk. Birgül Aydın ve Uzm. Psk. Şengül Hafızoğlu'na, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı üyesi Araş. Gör. Şengül Cangür'e, Psikiyatri kliniğinin tüm hemşireleri ve personeline,

Desteklerini her zaman hissettiğim, tüm eğitim ve öğrenim hayatım süresince büyük fedakârlıklara katlanmak zorunda kalan annem, rahmetli babam ve ablam'a,

Desteği, sevgisi ve anlayışı için sevgili eşime saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZGEÇMİŞ

22.03.1976 Kırcaali doğumluyum. İlköğrenimi Bulgaristan'da tamamladıktan sonra 1990 yılında ailemle birlikte Türkiye'ye göç ettim. Lise öğrenimimi Bursa Çınar Lisesi'nde tamamladıktan sonra 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimine başladım. 1995 yılında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yatay geçiş yaptım ve 1999 yılında oradan mezun oldum. 1999-2005 yılları arasında Bursa'nın İznik ilçesinde pratisyen hekim olarak çalıştım. Aralık 2005'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim süresince ayrıca Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği'nin düzenlediği Bilişsel ve Davranışçı Psikoterapi eğitimi ve Cinsel Sağlık ve Eğitim Derneği'nin düzenlediği Cinsel Terapi eğitimi aldım. Evli ve bir çocuk babasıyım.