

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

**SİVAS İL MERKEZİNDE İKİ UÇLU DUYGUDURUM  
BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI, EŞ TANILAR VE  
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Özgür ÖZDEMİR  
UZMANLIK TEZİ**

**SİVAS  
2007**

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

**SİVAS İL MERKEZİNDE İKİ UÇLU DUYGUDURUM  
BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI, EŞ TANILAR VE  
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Özgür ÖZDEMİR  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof.Dr. Orhan DOĞAN**

**SİVAS  
2007**

## TEŞEKKÜR

Gerek uzmanlık eğitimim boyunca gerekse tez çalışmam sırasında her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen, bilimsel gelişmemde büyük paya sahip olan tez danışmanım, hocam sayın Prof.Dr. Orhan DOĞAN'a teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca bilimsel katkılarının yanı sıra gösterdikleri anlayış ve yakınlık sayesinde, bu zorlu süreci katlanabilir kılan hocalarım; Psikiyatri Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri sayın Doç.Dr. Nesim KUĞU ve Sayın Doç.Dr. Gamze AKYÜZ'e teşekkür ederim. Ayrıca istatistik konusundaki çok değerli katkıları için Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi sayın Yrd.Doç.Dr. Ziyet ÇINAR'a, tez çalışmam sırasındaki anlayışları ve katkıları için, birlikte çalışmaktan her zaman büyük keyif aldığım, psikiyatri anabilim dalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma, alan çalışması sırasındaki katkıları için sayın Uzm.Psk. Gülhan COŞAR'a, emeği geçen herkese ve tüm hastalarım içtenlikle teşekkür ederim.

Son olarak her zaman yanımda olan, sınırsız ve karşılıksız destekleriyle bana güç veren aileme teşekkür ederim.

Dr. Özgür ÖZDEMİR

## ÖZET

Bu çalışmada, Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığının belirlenmesi, eş tanıların saptanması ve hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini 1406 birey oluşturmuş olup sonuçlar tabakalı örnekleme yöntemiyle il merkezine genellenebilmektedir.

Çalışmada yaşı 16 ve üzerinde olan 1406 bireye, SCID-I duygudurum bozuklukları modülü uygulanarak iki uçlu duygudurum bozukluğu olanlar saptandı. İkinci aşamada hastalara SCID-I'in diğer modülleri ve SCID-II uygulanarak eksen I ve eksen II eş tanısı varlığı araştırıldı. Son olarak SF-36 uygulanarak yaşam kaliteleri değerlendirildi.

İki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %0.71, bir yıllık yaygınlığı %0.43 ve nokta yaygınlığı %0.14 oranlarında bulundu. Ayrıca yaşam boyu yaygınlık oranı; iki uçlu I bozukluğu için %0.43, iki uçlu II bozukluğu için %0.08 ve siklotimik bozukluk için %0.14 olarak bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek bulundu.

Hastaların %30'unda en az bir eksen I ve %50'sinde eksen II eş tanısı saptandı. Eksen I eş tanısının %20'sini yaygın anksiyete bozukluğu ve %10'unu agorafobisiz panik bozukluğu oluştururken, eksen II eş tanıları sırasıyla şizoid, sınır, antisosyal, kaçınan ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olup hepsinin görülme oranı %10'du.

Hasta grubunda, kontrol grubuna oranla SF-36'nın fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek değerleri anlamlı olarak daha düşük bulundu.

**Anahtar kelimeler:** İki uçlu duygudurum bozukluğu, yaşam boyu yaygınlık, eş tanı, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

In this study, it is aimed to determine the prevalence of bipolar affective disorder, the existence of comorbid disorders and to investigate the quality of life among patients. The sample of study consists of 1406 individuals. The results could be apply to the city center, with stratified sampling method.

In the study, bipolar affective disorder was determined among people, who are at the age of 16 or over, by carrying out affective disorders module of SCID-I to 1406 individuals. In the second step, the other modules of SCID-I and SCID-II were used to determine the existence of comorbid disorders among patients. Terminally SF-36 is used to evaluate the quality of life.

The lifetime prevalence of bipolar affective disorder was found as %0.71, and one year prevalence was %0.43, current prevalence was %0.14. Furthermore, the lifetime prevalences for bipolar I disorder, bipolar II disorder and cyclotimic disorder were found respectively %0.43, %0.08 and %0.14. Even though it does not make a statistical significance, the lifetime prevalence of bipolar affective disorder is determined more for males.

An axis I comorbidity was found in %30 of patients and an axis II comorbidity was found in %50 of patients. The axis I comorbidities were respectively, %20 generalized anxiety disorder and %10 panic disorder without agoraphobia. The axis II comorbidities were schizoid, borderline, avoidant, antisocial and obsessive compulsive personality disorders. Their prevalences were both %10 for each other.

The subscales of SF-36, such as physical role impairment, general health, social functioning and emotional role impairment values were significantly lower in patients than control group.

**Key words:** Bipolar affective disorder, lifetime prevalence, comorbid, quality of life

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b>	iii
<b>ÖZET</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>İÇİNDEKİLER</b>	vi
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	vii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	viii
<b>I. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	1
<b>II. GENEL BİLGİLER</b>	2
<b>II.1. TANIM</b>	2
<b>II.2. TARİHÇE</b>	2
<b>II.3. EPİDEMİYOLOJİ</b>	4
<b>II.4. ETİYOLOJİ</b>	6
<b>II.5. KLİNİK ÖZELLİKLER</b>	8
<b>II.6. TANI</b>	9
<b>II.7. AYIRICI TANI</b>	10
<b>II.8. EŞ TANI</b>	11
<b>II.9. GİDİŞ VE SONLANMA</b>	12
<b>II.10. YAŞAM KALİTESİ</b>	13
<b>II.11. SAĞALTIM</b>	14
<b>III. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	17
<b>IV. BULGULAR</b>	21
<b>IV.1. ÖRNEKLEMİN TANITILMASI</b>	21
<b>IV.2. EPİDEMİYOLOJİK BULGULAR</b>	26
<b>V. TARTIŞMA</b>	34
<b>VI. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	44
<b>KAYNAKLAR</b>	45
<b>EKLER</b>	55

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- CIDI:** Composite International Diagnostic Interview  
**DSM:** Diagnostical and Statistical Manuel of Mental Disorders  
**ECA:** Epidemiological Catchment Area  
**EKT:** Elektro Konvulsif Tedavi  
**GABA:** Gama Amino Bütirik Asit  
**ICD:** International Classifications of Diseases  
**MHPG:** 3-Metoksi-4-Hidroksi Fenilglükol  
**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

## TABLOLAR DİZİNİ

- Tablo 1.** Örneklem grubunun cinsiyete göre dağılımı. S.22
- Tablo 2.** Örneklem grubunun medeni duruma göre dağılımı. S.22
- Tablo 3.** Örneklem grubunun eğitim durumuna göre dağılımı. S.22
- Tablo 4.** Örneklem grubunun mesleğe göre dağılımı S.23
- Tablo 5.** Örneklem grubunun sağlık güvencesine göre dağılımı S.23
- Tablo 6.** Örneklem grubunun aile yapısına göre dağılımı. S.23
- Tablo 7.** Örneklem grubunun yaşanan yerdeki durumuna göre dağılımı. S.23
- Tablo 8.** Örneklem grubunun konut durumuna göre dağılımı. S.24
- Tablo 9.** Örneklem grubunun aylık gelir durumuna göre dağılımı. S.24
- Tablo 10.** Örneklem grubunun aile bireylerinde fiziksel hastalık varlığı. S.24
- Tablo 11.** Örneklem grubunun kendilerinde fiziksel hastalık varlığı. S.24
- Tablo 12.** Örneklem grubunun aile bireylerinde ruhsal hastalık varlığı. S.25
- Tablo 13.** Örneklem grubunda ruhsal hastalık varlığı. S.25
- Tablo 14.** Örneklem grubunda ruhsal hastalık süresi. S.25
- Tablo 15.** Örneklem grubunun ruhsal hastalık ilaç kullanım öyküsü. S.25
- Tablo 16.** Örneklem grubunda alışkanlık öyküsü. S.26
- Tablo 17.** İki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu, son bir yıllık ve nokta yaygınlığı. S.26
- Tablo 18.** Duygudurum bozukluğu alt tiplerinin yaşam boyu, son bir yıllık ve nokta yaygınlığı. S.27
- Tablo 19.** İki uçlu duygudurum bozukluğunun cinsiyete göre dağılımı. S.27
- Tablo 20.** İki uçlu duygudurum bozukluğunun medeni duruma göre dağılımı. S.28
- Tablo 21.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların aylık gelir düzeyi. S.28
- Tablo 22.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların eğitim durumu. S.29
- Tablo 23.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların meslek dağılımı. S.29
- Tablo 24.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda aile yapısı. S.29
- Tablo 25.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların ailesinde ruhsal hastalık varlığı. S.30
- Tablo 26.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda ilaç kullanım öyküsü. S.30
- Tablo 27.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda alışkanlık öyküsü. S.31



**Tablo 28.** İki uçlu duygudurum bozukluğu ve kişilik bozukluğu eş tanısı. S.32

**Tablo 29.** Hasta ve kontrol gruplarında bir yıl öncesine göre şimdiki genel sağlık durumu. S.33

**Tablo 30.** SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek değerleri. S.33

## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Duygudurum bozuklukları 2500 yıldan bu yana, insanlığın bilinen en yaygın hastalıklarından biridir (1). İki uçlu duygudurum bozukluğu ciddi hastalık, iş görememe ve ölümle ilişkili süregelen bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada 15-44 yaş arası nüfusta yeti yitimiyle ilişkili hastalıklar arasında 6. sırada gelmektedir (2). Sosyal ve ekonomik yükü ağırdır, sosyal güvenlik kurumları için büyük bir parasal yük oluşturmaktadır (3).

DSM-IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV 4<sup>th</sup> Ed.) iki uçlu bozukluklar: İki uçlu I bozukluk, iki uçlu II bozukluk, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılamayan iki uçlu bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (4).

Yakın zamana kadar iki uçlu duygudurum bozukluğunun toplumdaki yaygınlığının %1'in altında olduğuna inanılırdı. Son 10 yılda yapılan çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunun kapsamı genişletilmiştir (5,6). Yeni elde edilen veriler bu hastalığın yaygınlığının %5'e kadar çıkabileceği konusunda kanıtlar sunmaktadır (7). İki uçlu duygudurum bozukluğu aynı zamanda yüksek eş tanı sıklığıyla birlikte olabilmektedir (8).

İki uçlu duygudurum bozukluğunda hastaların yaşam kalitesinde düşüş görülmektedir (9). İş kaybı, boşanma, aile içi çatışmalar ve sosyal uyum bozukluğu gibi sorunlar ataklar döneminde daha sık görülür (10).

Bu çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğunun toplumdaki yaygınlığının saptanarak, ülkemizde yeterli sayıda olmayan epidemiyolojik çalışmalara katkıda bulunulması, ayrıca eksen I ve eksen II eş tanılarının belirlenmesi ve hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## II. GENEL BİLGİLER

### II.1. Tanım

Bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilmek yetisine duygulanım denir. Duygudurum ise bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunmasıdır (11).

İki uçlu duygudurum bozukluğu belli bir düzen olmadan tekrarlayan manik, depresif ya da karma dönemlerle giden, dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumuna dönebildiği süregelen seyirli bir duygulanım bozukluğudur (12). DSM-IV-TR’de iki uçlu duygudurum bozuklukları: İki uçlu I bozukluk, iki uçlu II bozukluk, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluk şeklinde tanımlanmıştır. İki uçlu I bozukluk da kendi içinde altı alt başlığa ayrılmıştır: Tek manik dönem, en son dönem hipomanik, en son dönem manik, en son dönem karışık, en son dönem depresif, en son dönem belirlenmemiş (4).

### II.2. Tarihçe

İki uçlu duygudurum bozukluğu kavramının kökeni Eski Yunan düşünürlerinin klasik dönem yapıtlarına dayanır. Mani ve melankoli tanımlanan en eski hastalıklardandır. Hipokrat (M.Ö. 460-337) mani ve melankoliyi sistematik olarak tanımlayan ilk düşünürdür. Asklepiades, Aurelius Cornelius Celsus, Efesli Soranus ve Galenus gibi çok sayıda klasik dönem Eski Yunan düşünürü bu konuda çeşitli yapıtlar vermişlerdir. Aristo 2000 yıl önce yazdığı Problemata adlı yapıtında iki uçlu spektrum kavramının bazı biçimlerini tanımlamış, aynı kişide birden fazla iki uçlu dönemlerin olduğunu belirtmiş ve distimi ile majör depresyon arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır (13). Mani ve melankoli arasındaki ilişkiyi açık şekilde ilk tanımlayan ise Kapadokyalı Aretaeus’dur (14). Aretaeus gülen, oynayan, gündüz ve gece dans eden, kalabalık pazar yerlerine giderek bahse tutuşan, kısa süre sonra da kederli, donuk ve hareketsiz

duran bir grup öforik hasta tanımlamıştır. Günümüz iki uçlu duygudurum bozukluğu literatürü Aretaeus'un yapıtlarıyla başlamaktadır (13).

Alman psikiyatrist Wilhelm Griesinger 1845'de mani ve melankoli ilişkisinin yanı sıra mevsimsel özelliğe dikkat çekmiş; maninin ilkbaharda, melankolinin ise sıklıkla sonbahar ve kışın sık görüldüğünü belirtmiş, ayrıca hızlı döngülü duygudurum bozukluklarını tanımlamıştır (14).

Pinel (1801) ve Esquirol (1838) geleneksel kavramlara ek olarak manik ve melankolik dönemlerin ayrı sendromlar olduğunu bildirmiştir. 1854'te Fransız psikiyatrist Jean-Pierre Falret bu tabloyu '*folie circulaire*' (döngüsel delilik) olarak tanımlayarak bulgularını yayınlamıştır. Alman psikiyatrist Emil Kraepelin'in endojen psikozları '*dementia praecox*' (erken bunama) ve 'manik-depresif delilik' olarak ayırması psikiyatrinin gelişimi açısından önemlidir. Kraepelin depresif ve döngüsel formlar arasındaki farklılığı belirtmiş ve tüm duygudurum bozuklukları tiplerini tek bir manik-depresif kavramı altında toplamıştır. 'Döngüsel delilik' ve 'manik depresif delilik' kavramları özellikleriyle birlikte 1899'da iki ayrı çalışma olarak yayımlanmıştır.

1960'lı yıllarda Jules Angs ve Carlo Perris iki uçlu bozukluk kavramını yeniden ele almış, genetik ve çevresel etkenlerin oluşumda rol oynadığını ortaya koymuş ve unipolar maninin klinik ve genetik olarak iki uçlu bozukluklarla ilişkili olduğunu bildirerek bu kavramın ayrı bir klinik tanım olmadığını belirtmiştir (14).

Siklotimi ilk kez 1870'lerde Karl Kahlbaum tarafından depresyon ve taşkınlığın dönemsel değişikliği olarak tanımlanmıştır. Siklotiminin iki uçlu spektrum bozukluğuna mı dahil olduğu, ya da bir mizaç ve kişilik bozukluğu mu olduğu konusunda kesin görüş birliği yoktur (15). Hipomani kavramı ilk kez 1881'de Erich Mendel tarafından hipertimik kişiliği tanımlamak için kullanılmıştır. 1904'de Carl Gustav Jung stabil submanik belirtilerle giden bir grup hasta tanımlamış, bunlarda alevlenmelerle giden bir gidiş olduğunu alkolizm, huzursuzluk, suç işleme gibi sosyal sorunlar görüldüğünü bildirmiştir (14). 'Bir uçlu' ve 'iki uçlu' kavramları Karl Kleist tarafından tanımlanmıştır (6).

1980'de DSM-III'ün kullanıma girmesiyle birlikte 'affektif bozukluklar' (duygulanım bozukluğu) tanımı kabul edilmiş, 1987'de DSM-III-R'de ise 'duygudurum bozuklukları' tanımı benimsenmiştir. 1994'te DSM-IV'ün kabulüyle birlikte dört tip iki uçlu bozukluk tanımlanmıştır: İki uçlu I bozukluk, iki uçlu II

bozukluk, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluklar. ICD-10'da (International Classification of Diseases) ise iki uçlu bozukluklar 'bipolar affektif bozukluk' olarak tanımlanmıştır (16).

### II.3. Epidemiyoloji

Bir toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığının, sıklığının, hastalanma riski altındaki bireylerin saptanması; toplumun ruhsal bozukluklarla ilgili tutum ve inanışlarının, toplumun bu konuda nasıl eğitilebileceğinin belirlenmesi; en uygun klinik uygulamaların ve ülkenin ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi için epidemiyolojik çalışmaların yapılması gereklidir (17).

İki uçlu duygudurum bozukluğu önemli ölçüde hastalık, iş görememe, sosyal ve ekonomik kayıpla ilişkili, ciddi, süregelen ve sık görülen bir hastalıktır (2). İki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4, iki uçlu II bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.3-4.8 ve siklotiminin yaşam boyu yaygınlığı %0.5-6.3 arasında değişmektedir. Bu bozukluklar için bildirilen bir yıllık ve nokta yaygınlık oranları çok daha düşüktür; iki uçlu I bozukluğun bir yıllık yaygınlığı %0.9-1.3 arasında, nokta yaygınlığı ise %0.4-0.5 arasındadır. İki uçlu spektrum için verilen nokta yaygınlık oranı da %0.4-0.5 arasındadır. Siklotiminin bir yıllık yaygınlığının %0.5-1.4 oranında olduğu bildirilirken nokta yaygınlığı konusunda yeterli çalışma yoktur. Aynı şekilde iki uçlu II bozukluğu için de gerek bir yıllık gerekse nokta yaygınlığı konusundaki çalışmalar yetersizdir (1). ABD'de yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında iki uçlu duygudurum bozuklukları yaşam boyu yaygınlık oranı %1.5 olarak bulunurken, Avrupa ülkelerinde yapılan ESEMED (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasında bu oran %1.0 olarak bulunmuştur (18).

Yakın zamana kadar iki uçlu duygudurum bozukluğunun genel toplumdaki yaygınlığının %1'in altında olduğu kabul edilirdi. Son yıllarda yapılan çalışmalarda bu oranın %5'e kadar çıkabildiği görülmüştür (7). Amerikan Ulusal Depresif ve Manik-depresif Birliği iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların üçte birine bozukluğun ilk 10 yılında tanı konmadığını, sıklıkla depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni, kişilik bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gibi tanılar konduğunu bildirmiştir (19). DSM-IV tanı sistemindeki duygudurum bozuklukları için süre ya da şiddet ölçütlerini karşılamayan, bir ya da daha fazla depresif belirti gösteren bireylerde, belirgin hastalık

ve işlev bozukluğu görülebilir. ‘Eşik altı’ olarak tanımlanan bu durumlar majör depresif bozukluğun ya da iki uçlu duygudurum bozukluğunun hafif biçimleri olarak değerlendirilmektedir (1). Hastaların bir kısmının, hipomanik belirtileri hastalık olarak kabul etmeyerek bu konuda sağlıklı bilgi vermemesi de yaygınlık oranının düşük bulunmasında etken olabilir (18). Akiskal iki uçlu duygudurum bozuklukları kavramı için, eşik altı belirtileri de içeren 8 ayrı tanı önermiştir (7). Son yıllarda kabul gören ‘iki uçlu spektrum’ kavramı, iki uçlu I bozukluğunu, 2 gün süren hipomaninin tanı için yeterli görüldüğü iki uçlu II bozukluğunu, karma maniye, ilaç sağaltımının yol açtığı hipomaniye, yineleyen kısa hipomaniye ve hızlı döngülü iki uçlu bozukluğu içermektedir (20). Bu kavram doğrultusunda Angst ve ark.’nın yaptığı Zürih alan çalışmasında iki uçlu duygudurum bozukluğu yaygınlığı %5.5 oranında bulunurken (21), Szadoczky ve ark. Macaristan’da aynı oranı %5 olarak bulmuştur (22). Literatürde iki uçlu spektrumun yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6.5 arasında değişmektedir (21).

Başlangıç yaşı sıklıkla 20 civarındadır. İleri yaşlarda manik dönem daha ender görülür. İki uçlu I ve iki uçlu II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır (23,24). İki uçlu duygudurum bozukluğunun depresif dönemlerinin başlangıç yaşı daha ileridir. Ailesel iki uçlu bozukluk öyküsü olan kişilerde ise duygudurum bozuklukları önemli ölçüde erken yaşlarda başlar. İleri yaşlarda daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (25).

İki uçlu I bozukluğun görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. İki uçlu II bozukluk ve ‘karma disforik mani’, ‘kış depresyonu’, ‘atipik klinik görünümlü iki uçlu depresyon’ ve ‘hızlı döngülü iki uçlu depresyon’ gibi alt tiplerin kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. İki uçlu duygudurum bozukluğu erkeklerde en sık manik dönemle başlar (23).

Bekâr olmak, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak iki uçlu duygudurum bozukluğu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Majör depresif bozukluk ve iki uçlu duygudurum bozukluğu boşanmış, ayrı yaşayan ya da dul olanlarda daha sık görülür (1).

Birçok çalışmada iki uçlu I bozukluk ile düşük sosyoekonomik düzey arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. İki uçlu II bozuklukta ise gerek eğitim düzeyi gerekse de sosyoekonomik düzey toplum ortalamasının üzerindedir (1).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların üçte ikisinde düzensiz bir mevsimsel gidiş olmasına rağmen, mani yaz mevsiminde, depresyon ise ilkbahar ve sonbahar mevsimlerinde daha sık görülür. Tekrarlayan duygudurum bozukluğu olan bireylerde %20-25 oranında mevsimsel seyir görülür (1).

Önemli bir toplumsal sorun olan özkıyım, iki uçlu duygudurum bozukluğunun seyrini olumsuz etkilemektedir. Bu hastalarda yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığı %10-15 oranındadır ve manik nöbetlerde depresif nöbetlere oranla daha sık görülmektedir (26).

Son epidemiyolojik çalışmalar iki uçlu duygudurum bozukluğunun klinik örneklem ve toplumdaki yaygınlığının önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir (1).

#### **II.4. Etiyoloji**

İki uçlu duygudurum bozukluğunun etiyolojisinde enfeksiyöz ajanlar, doğum travmaları, çevresel etkenler, genetik yatkınlık, kullanılan ilaç ve maddeler gibi çeşitli biyopsikososyal etkenler önemli görülmektedir (27).

İki uçlu duygudurum bozukluğu, psikiyatrik hastalıklar içinde kalıtsal özelliğin klinik anlamda en çok görüldüğü karmaşık bir genetik bozukluktur (28). Çok sayıda aile ve ikiz çalışmaları bu bozukluğun kalıtsal yönünü ortaya koymuştur (1). Genetik geçiş şekli tam olarak ortaya konabilmiş değildir. Birden fazla duyarlı genin yatkınlığıyla oluştuğu sanılmaktadır (27).

İki uçlu duygudurum bozukluğunun toplumdaki yaygınlığı %1 civarındayken bu hastaların birinci derece akrabalarında bu oran %3-9 arasında değişmektedir (1). Monozigot ikizlerde %40-70 olan birlikte hastalanma oranı dizigotlarda %10-20 bulunmuştur (28). Biyolojik anne babasında duygudurum bozukluğu olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık verilse bile, bunlardaki iki uçlu duygudurum bozukluğu görülme oranı normalden yüksektir. Biyolojik anne babasında iki uçlu duygudurum bozukluğu olmayan çocuklar, bu rahatsızlıkları bulunan anne babaya evlatlık verilse bile iki uçlu duygudurum bozukluğu riski artmaz (27). Sonuç olarak epidemiyolojik veriler, aile ve ikiz araştırmaları iki uçlu duygudurum bozukluğunun oluşumunda kalıtımın önemli rol oynadığını göstermektedir (29).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunun biyolojik temellerinin belirlenebileceği yönünde bulgular elde edilmesine rağmen henüz bu

hastalığı açıklayabilecek bir insan ya da hayvan modeli bulunmamaktadır (28). İki uçlu duygudurum bozukluğu için norepinefrin, serotonin ve dopaminle ilgili varsayımlar geliştirilmiştir. Beyinde nörotransmitter azalmasının depresyon etiyolojisinde rol oynadığı ileri sürülmüştür (28). Manik hastaların idrarlarında norepinefrinin metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksifenilglükol (MHPG) artışının belirlenmesi ve bu artışın tedaviyle normal düzeye inmesi iki uçlu duygudurum bozukluğunun manik döneminde norepinefrin artışını düşündürmektedir (30). Ayrıca manik hastalarda beyin omurilik sıvısı MHPG düzeyleri ve idrar homovalinik asit düzeylerinin yüksekliği bu bulguyu desteklemektedir.

Serotonin etkinliğinin azalmasının özkıyım dahil şiddet davranışı ve dürtüsel davranış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. 5-HT<sub>2</sub> reseptör alt tipinde etkinlik artışı depresyona eşlik etmektedir. Depresyonda serotoninin hem artmış etkisi hem de azalmış etkisi görülebilir (30). Dopaminin iki uçlu duygudurum bozukluğu etiyolojisindeki rolünün diğer katekolaminlere oranla daha az olduğu ileri sürülmüştür (28). Lesitin gibi asetilkolin öncülleri bazı hastalarda manik belirtileri azaltarak depresyona yol açabilmektedir. Antikolinerjik ilaçların ani kesilmesi de kolinerjik geri tepme nedeniyle depresyonda tekrarlamaya neden olmaktadır (30).

Hayvan çalışmalarında kronik strese gama amino bütirik asit (GABA) düzeyinin azaldığı, antidepresan tedaviyle GABA reseptör aktivitesinde artış olduğu gösterilmiştir (30).

Tiroid işlev bozukluğu duygudurum düzenlenmesinden sorumlu monoaminerjik sistemlerde anormal dalgalanmalar oluşturabilir (30). Ciddi ya da orta derecedeki depresyon ve mani, tirotropin serbestleştirici hormona (TRH), azalmış tirotropin uyarıcı hormon (TSH) yanıtı ile ilişkilidir (31). Klinik hipotiroidinin manik belirtilerle birlikte ortaya çıkabildiği ve klinik hipotiroidisi olan hastalarda tiroid hormonu yerine koyma tedavisinin hızlı uygulanması sonucunda da mani gelişebileceği gösterilmiştir (28). Duygudurum bozuklukları ile üreme hormonları arasında yakın bir ilişki olduğu ileri sürülmüştür (32). Histerektomi ve total ooferektomi sonrası yapılan değerlendirmelerde depresyonun artmış bulunması bu hormonların depresyon etiyolojisinde rol oynadığını düşündürmüştür.

Sol frontal ön kortikal ya da subkortikal bölgelerdeki travmatik zedelenmelerde ikincil depresyon, sağ hemisfer, limbik sistem, temporobazal bölgeler, bazal ganglionlar ve talamus zedelenmelerinde ikincil mani gelişmektedir (30). Bu bulgulara



dayanarak limbik-talamik-kortikal halka ve limbik-striatal-pallidal-talamik-kortikal halkadaki anatomik değişikliklerin birincil duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasından sorumlu olabileceği düşünülmektedir (30).

Dinamik yaklaşımlar mani ile depresyonun bağlantılı olduğunu varsayar ve maniyi depresyona karşı bir savunma olarak görür. Freud depresyonlarda gerçek sevgi nesnesi ya da bilinçdışı imgesel bir yitimin var olduğunu düşünür (11). Karl Abraham manik dönemlerin altta yatan depresyona karşı bir savunma düzeneği olduğunu düşünmüştür. Melanie Klein maninin depresyona karşı savunma düzeneği olduğunu kabul eder, depresif durumun ise kişide sevgi nesnesi kaybı ile ortaya çıkan ve agresyonun neden olduğu anksiyete sonucu oluştuğunu ileri sürer (12).

Bilişsel görüşe göre depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden itibaren kendisine, geleceğe, dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır ve bu kavramlar giderek olumsuz yargı, düşünce ve tutumlara neden olur. Olumsuz düşünce ve kavramlardan duygulanım bozukluğu oluşur (11).

Davranışçı görüşe göre, depresyon çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumu sonucu oluşmaktadır (12).

## **II. 5. Klinik Özellikler**

Manik dönemde kişinin uyumunu bozarak hastaneye yatmasını gerektirecek düzeyde ağır taşkınlık olur, buna karşılık hipomanideki taşkınlık hastaneye yatışı gerektirmeyecek düzeydedir ve kısa sürer.

Manik dönemdeki hastalar genelde kendi istekleri dışında hastaneye getirilirler. Aşırı hareketli, konuşkan, coşkulu, aşırı neşeli ya da öfkeli olabilir, çevreye karşı alaycı, küçümseyici davranışlarda bulunabilir. Giyimleri sosyal ve ekonomik konumlarıyla uyumsuz olabilir. Konuşma miktarları artmış, yüksek sesle ve hızlı konuşabilirler. Bazen konuşmaları kesilemeyecek tarzda basınçlı olur ve asıl konudan uzaklaşırlar, çağrışımları dağınık ve hızlıdır.

Duygulanımlarında coşku ya da çevresine de bulaşabilen neşe bulunabilir, engellendiklerinde öfke ve saldırganlık gelişebilir. Hastalarda kendiliğinden dikkat artmışken en küçük uyaranlarla dikkat kolayca dağılır. Dikkatleri hızla başka uyaranlara kayar. Duygudurumla uyumlu işitsel varsanılar görülebilir. Hastalarda uykusuzluk görülür, çok az uyumalarına rağmen uyku ihtiyacı duymazlar ve

kendilerini güçlü ve enerjik hissedebilirler.

Karma manide disforik duygudurum, kızgınlık, ajitasyon, uykusuzluk, grandiyözite, cinsel istek artışı, özkıyım düşüncesi, kötülük görme sanrıları ve konfüzyon görülür (20). İki uçlu I bozukluğu olan hastaların %40'ının hastalığın gidişi sırasında karma mani geliştirdikleri bildirilmiştir (7). İki uçlu II bozuklukta belirti yoğunluğunun daha az, gidişin daha ağır olması, bu bozukluğa bağlı özelliklerin altında kişilik özelliklerinin yattığını düşündürmektedir (20).

Depresyon dönemlerinde hastaların hareketlerinde yavaşlama ve durgunluk görülür. Konuşma miktarları azalır, yavaş ve alçak sesle konuşurlar. Genel olarak isteksizlik, keyifsizlik, etkinliklerden zevk alamamak, bunaltı ve sık ağlama isteği görülebilir. Algı bozukluğu görülmez, ancak unutkanlık sık görülür.

Düşünce içeriklerinde çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, değersizlik duyguları ve özkıyım düşünceleri olabilir. Özellikle orta yaş döneminde bedensel yakınmalar da sıklıkla eşlik eder. Hareketlerde yavaşlama, konuşmada, iş yapmada zorlanmalar ve kişisel bakımda azalmalar görülebilir. İştah kaybı ya da aşırı yeme isteği, uyku artışı ya da uykusuzluk görülebilir. Halsizlik, güçsüzlük ve çabuk yorulmadan yakınırılar. Cinsel isteksizlik ve uyarılma sorunları eşlik edebilir (1,11,12,33).

İki uçlu duygudurum bozukluğunun her iki cinsiyette eşit oranda görüldüğü bildirilse de erkekler daha çok manik, kadınlar daha çok depresif ve karma dönem yaşarlar (20).

## **II.6. Tanı**

İki uçlu I bozukluk tanısı koymak için en az bir manik dönemin bulunması gerekir. Tekrarlayan duygudurum dönemleri olan kişilerde en son dönemin yapısını belirtmek için altı ayrı tanı seti tanımlanmıştır: İki uçlu I bozukluk, tek manik dönem; iki uçlu I bozukluk, en son dönem hipomanik; iki uçlu I bozukluk, en son dönem manik; iki uçlu I bozukluk, en son dönem dönem karışık; iki uçlu I bozukluk, en son dönem depresif; iki uçlu I bozukluk, en son dönem belirlenmemiş.

İki uçlu II bozukluk tanısı koymak için bir ya da birden fazla depresif dönemin varlığı ve en az bir hipomanik dönemin bulunması gerekir. En az 2 yıl süreli olarak hipomanik belirtilerle giden birçok dönemin ve majör depresif dönemin tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerle giden birçok dönemin bulunması halinde siklotimik bozukluk tanısı konur. Herhangi bir özgül iki uçlu bozukluk tanı

ölçütlerini karşılamayan, iki uçlu özellikler gösteren bozukluklar, başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluk başlığı altında tanımlanmıştır (4). İki uçlu duygudurum bozukluklarıyla ilgili DSM-IV tanı ölçütleri Ek-I'de verilmiştir.

## II.7. Ayırıcı Tanı

Duygudurum bozukluğu tanısının doğru olarak konamaması yetersiz tedavinin yanı sıra iş kaybı, eğitimin sürdürülememesi, boşanma ve özkıyım gibi sonuçlara yol açar (1). İki uçlu bozukluğu olan hastanın ilk kez depresif yakınmalarla hekime başvurması yanlış olarak majör depresyom tanısının konulmasına ve tedavide antidepresan başlanarak manik nöbetin ortaya çıkmasına neden olabilir (12). Ajite depresyon, döngüsel depresyon, dönemsel uyku düzensizlikleri, dirençli depresyon, uygunsuz cinsel davranışlar, dönemsel dürtüsel davranışlar ve irritabilite, özkıyım davranışları, tutarsız kişilik özellikleri göstermek iki uçlu duygudurum bozukluğunun göstergeleri olabilir (1).

Bir yakının kaybı ile ortaya çıkan yasta kişi kendine saygısını yitirmez, yas uzarsa özsaygı yitimi, yetersizlik ve değersizlik düşünceleri, yaşamı anlamsız görme ve depresyon görülebilir (11).

Psikotik özellik gösteren, dezorganize konuşma ve davranışların gözlemlendiği manik tablolar şizofreniyle karışabilir (12). Şizofrenik taşkınlık durumunda davranışlar, sanrılar ve varsanılar düzensiz, dağınık ve duygudurumla uyumsuzdur (11). Şizofrenide manik dönem ölçütlerine uyan anlamlı duygudurum bozukluğu yoktur (33). Şizofreni süregendir, bazen kısmi düzelmeler olsa da düzelleme dönemlerinde şizofreninin negatif belirtileri görülebilir. İki uçlu bozuklukta ise, iyilik dönemlerinde hastalık belirtileri genelde yoktur (11).

Sınır kişilik bozukluğu olan hastalarda, yoğun disforik dönemler, irritabilite ya da anksiyete gibi duygudurum dengesizlikleri görülebilir. Karma ya da disforik atak geçiren bazı hastalara yanlışlıkla sınır kişilik bozukluğu tanısı konabilir (12).

Psödopsikoz durumları bazen mani nöbetine benzeyebilir. Çoğu birkaç günde yatıştır, bunda büyüklük sanrıları, aşırı para harcama ve saldırgan davranış görülmez (11).

Kafa travmaları, enfeksiyonlar, ağır karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, beyin ırları, ameliyat sonrası deliryum durumları ve bazı ilaç zehirlenmelerinde mani ile karışabilecek taşkınlık durumları izlenebilir (11).

## II.8. Eş Tanı

Duygudurum bozukluğu bulunan bireylerde eksen I eş tanı bozukluğu bulunma riski artmıştır. En sık görülenler alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğudur. (1). ECA çalışmasında iki uçlu I bozuklukta %61 madde kullanım bozukluğu, %21 panik bozukluğu, %21 obsesif kompulsif bozukluk eş tanısı saptanmış olup bu oranlar tek uçlu bozuklukta görülen eş tanıların yaklaşık iki katıdır (1).

İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında yaşam boyu alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı %44.7, ilaç bağımlılığı %33.5, herhangi bir madde bağımlılığı %56.1 olarak bulunmuştur. İki uçlu duygudurum bozukluğu için verilen bu değerler diğer ruhsal bozukluklar için bulunan değerlerden daha yüksektir (34). Bir başka çalışmada iki uçlu I bozuklukta herhangi bir madde bağımlılığı sıklığı %61, alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı oranı %46.2 olarak bulunmuş, bu değerler iki uçlu II bozukluk için ise sırayla %48 ve %39 olarak verilmiştir (35). İki uçlu duygudurum bozukluğunda alkol kullanımının sağaltıcı etkisi vardır, alkol kullanan hastalarda bu bozukluk kullanmayanlara göre 10 yıl daha geç ortaya çıkmaktadır (36).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunda anksiyete bozuklukları eş tanısının yüksek oranda görüldüğü gösterilmiş, yaşam boyu anksiyete bozukluğu eş tanısı %24-93 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Hastaların büyük kısmında birden fazla anksiyete bozukluğu eş tanısı vardır. En sık panik bozukluğu eş tanısı görülmektedir. Anksiyete bozukluğu eş tanısı olan hastalarda genel psikopatoloji düzeyinin arttığı, tedaviye yanıtın azaldığı, hastalık sürecinin olumsuz etkilendiği ve özkıyım riskinin arttığı görülmüştür (37).

Çeşitli çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunda obsesif kompulsif bozukluk (OKB) eş tanısı %7-39 arasında, ortalama %10 olarak bildirilmiştir (37). İki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda OKB gelişme riskinin, unipolar depresyonu olanların 2 katı, diğer ruhsal bozukluğu olan hastaların 3 katı olduğu bildirilmiştir (38). İki uçlu duygudurum bozukluğu ile panik bozukluğu arasındaki ilişkiyi dile getiren çalışmalarda, bu bozuklukta panik bozukluğu eş tanısını %6-43 arasında vermiştir (39). Bazı çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunda en sık görülen anksiyete bozukluğu eş tanısının panik bozukluğu olduğu görülmüştür (40). Buna karşılık yaygın anksiyete bozukluğunu en sık görülen eş tanı olarak bildiren yayınlar da vardır (41).

Genel olarak yaygın anksiyete bozukluğunun eş tanı yaygınlığı %3-43 arasında verilmektedir (29). Otto ve ark. 1214 iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hasta üzerinde yaptıkları çalışmada travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu eş tanı yaygınlığını %16 olarak bulmuştur, bu oranın genel toplumda görülen yaygınlığın 2 katı olduğu bildirilmiştir (42). Epidemiyolojik çalışmalarda bu oran %7-21 arasında değişmektedir (40). Sosyal anksiyete bozukluğu eş tanısının %5-47.2 oranları arasında olduğu bildirilmiştir (39). Eş tanılı hastaların büyük kısmında sosyal anksiyete bozukluğunun iki uçlu bozukluktan daha önce başladığı düşünülmektedir (43).

İki uçlu duygudurum bozukluğunda eksen II eş tanı sıklığı %40-50 olarak verilmektedir. B ve C kümesi kişilik bozuklukları daha sık görülmektedir. En sık görülen kişilik bozuklukları obsesif kompulsif, sınır, narsistik ve çekingen kişilik bozukluklarıdır (8). Kişilik bozukluğu eş tanısı da hastalığın gidişi üzerinde olumsuz etkiler yaratır; özkıyım riskinin artışı, tedaviye olumsuz yanıt ve kalıntı belirtilerin sıklığının artışıyla ilişkilidir (44).

Çeşitli ruh sağlığı kuruluşlarına başvuran, iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların %60'ında bir diğer ruhsal bozukluk eş tanısı olduğu, bu hastaların %30'unun sağaltım gördüğü, bu hastaların %80'inde de fiziksel hastalık eş tanısı olduğu bildirilmiştir (26).

## II.9. Gidiş ve Sonlanma

Genel olarak bozukluğun başlangıcı, nöbetlerin yinelemesi, iyileşme dönemleri süre, sıklık ve klinik belirtiler bakımından çok değişkendir. Mani nöbeti en az bir hafta, ortalama 4-6 hafta sürer, hipomani nöbeti ise daha kısa sürer ve daha hafif belirtilerle geçer. Tedavi edilmeyen olgularda maninin ortalama süresi 7 aydır (45). Uygun tedaviyle mani nöbeti birkaç gün içinde yatıştır. Çoğu hasta iyileşme döneminden bir süre sonra yeni bir mani ya da depresyon nöbeti geçirir. Genç yaşlarda başlayan iki uçlu duygudurum bozukluğunda nöbet aralığı daha uzun, orta ve ileri yaşlarda başlayanlarda ise nöbet aralıkları daha kısadır. Dört yıllık izlemde en az bir kez yineleme oranı %72, iki kez yineleme oranı %45, üç ya da daha fazla yineleme oranı %28 olarak verilmektedir (45). Hastaların %15'i bir yıl içinde 4 ya da daha çok sayıda atak geçirir, bu hastalar hızlı döngülü olarak kabul edilir (12). İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların %13-56'sında hızlı döngü gözlemlendiği bildirilmiştir (46).

İyilik dönemlerinde belirgin bir rahatsızlık bulgusu görülmeyebilir, hastalar

yaşamlarını uyumlu şekilde sürdürebilirler. Buna rağmen hastaların bir kısmında öfori, büyüklük sanrıları, uyku sorunları, psikomotor hareket artışı, aşırı cinsel eğilim gibi süregelen bulgular görülebilir (47). Maniden depresyona depresyondan maniye kaymalar sık görülmektedir. Koruyucu tedaviyle nöbetlerin sıklık ve şiddeti azaltılabilir (11). İki uçlu bozukluk olgularında özkıyım girişimi oranı % 25, özkıyım sonucu ölüm ise % 10 olarak verilmektedir (45).

Hafif ya da orta şiddette depresyon nöbeti iki üç haftadan birkaç aya kadar sürer. Bir nöbet geçiren olguların yarısında hastalık yineler, nöbet sayısı arttıkça yineleme riski de artar. İlk nöbetten sonra %50, ikinci nöbetten sonra %70, üçüncü nöbetten sonra %90 yineleme riskinin olduğu bildirilmiştir (45). Nöbetin süresi hastalığın doğal gidişine, psikososyal etkenlere, yetersiz ve eksik sağaltıma bağlı olabilir (11). Sağaltım görmeyenlerde özkıyım girişimi sıklıktır. Genç yaşta başlayan depresyonlarda iyilik dönemi daha uzun sürer ve yinelemeler daha azdır. Yaş ilerledikçe depresyon nöbetlerinin sıklığı ve şiddeti artar. Depresyon tanısıyla antidepresan başlanan hastaların %5-10'unda iki uçlu duygudurum bozukluğu gelişmektedir (48). İki uçlu II bozukluğu sıklıkla stabil bir gidiş gösterir ve nadiren iki uçlu I bozukluğa geçiş gösterir (1).

Sık depresyon nöbeti geçirenlerde ileri dönemlerde iş ve aile yaşamında önemli sorunlar görülür.

## **II.10. Yaşam Kalitesi**

İki uçlu duygudurum bozukluğunda yaşam kalitesinin düştüğü çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (49,50). İki uçlu duygudurum bozukluğu geleneksel olarak, yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı, belirtilerin derecesi gibi nesnel ölçütlerle değerlendirilmekteydi. Günümüzde ise sağaltım konusundaki çalışmalar, iyi olmanın nesnel ve öznel ölçütlerini içermektedir. Bu açıdan yaşam kalitesi, günümüzde üzerinde durulan bir çalışma alanıdır (51).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalar fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarında, genel topluma oranla önemli bozukluklar göstermektedir. Bozukluğun düzelme ve alevlenmelerle seyreden döngüsel gidişi, bireyin ailesel, mesleki ve sosyal uyumunu; fiziksel, emosyonel, sosyal ve işlevsel iyilik halini ve bir bütün olarak yaşam kalitesini bozmaktadır (9). Artan kanıtlar bu hastalarda, düzelen ilk hastalık nöbetinden sonra ve nöbetler arasındaki iyilik dönemleri sırasında da işlevsellikte

bozulmanın görüldüğü yönündedir (52). Duygudurum düzenleyici ilaç kullananlarda genel işlevsellik düzeyi daha yüksek bulunmuştur (53). Yirmi beş yaşında iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan bir kadında, ortalama yaşam beklentisinde 9 yıl, üretkenliğinde 14 yıl ve normal sağlığında 12 yıllık bir kayıp oluşacağı ileri sürülmüştür (50).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalara tanının geç konması, bir süre uygun sağıltım almamaları ya da hiç sağıltım görmemeleri, bir kısmının sağıltım önerilerine uymaması gibi nedenler bozukluğun gidişini olumsuz etkilemektedir (19). Hastalarda belirti olmaması hastaların işlevselliğinin düzeldiğini göstermemektedir. Bir çalışmada, iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların işlevselliğinde, ilk manik nöbetlerinden 6 ay sonra %30, 24 ay sonra %38 oranında düzelme görülmüştür (54). Bu bulgular iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda sendromal düzelmeyi ölçmeye ek olarak, işlevsel düzelmeyi ölçmenin de önemini göstermektedir. Yaşam kalitesi, işlevsel düzelmenin ya da kötüleşmenin bir ölçüsüdür.

Yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. İki uçlu duygudurum bozukluğuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği yoktur (9). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, yaygın kullanılan, hastaların bakış açısından mental, emosyonel, fiziksel ve psikosoyal işlevselliği değerlendiren, güvenilir bir genel sağlık durumu ölçeğidir (50). Dünya Sağlık Örgütü tarafından, insanların kendi durumlarına ait algılarını, içinde yaşadıkları kültür, yaşam beklentileri, hedefleri, ölçütleri ve ilgileri açısından ölçmek için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO-QoL), titizlikle geliştirilmiş, uluslararası kullanımı olan bir ölçektir (1). Mezzich ve ark. tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeği de fiziksel ve ruhsal iyilik hali, bireysel ve toplumsal işlevsellik, toplumsal destekler, bireysel ve ruhsal doyum gibi alanları kapsayan, geçerli ve güvenilir bir ölçektir (1). Avrupa yaşam kalitesi ölçeği (EuroQoL) kendi kendini değerlendirme ölçeğidir ve sağlığın 5 boyutunu içerir: Hareketlilik, öz bakım, olağan etkinlikler, ağrı ya da huzursuzluk, anksiyete ya da depresyon (55).

### **II.11. Sağıltım**

Akut mani nöbetinde hasta, kendisine ve çevresine zarar vermeyecek şekilde uygun yaklaşımla değerlendirilmelidir. Uygun ortama alınarak dış uyaranlar en aza indirilmeli, gerektiğinde yapılan işlemin amacı anlatılarak yatıştırıcı enjeksiyon yapılmalıdır. Ağır taşkınlık durumlarında tedavi hastaneye yatırılarak yapılmalıdır.

Duygudurum düzenleyicilerinin koruyucu etkisi ortaya çıkana kadar sağaltım antipsikotik ve benzodiyazepinlerle desteklenmelidir. Antipsikotiklerden haloperidol 10-20 mg/gün dozda, klorpromazin 300-1000 mg/gün dozda verilebilir. Zuklopentiksölün hızlı etkili formu kas içi uygulandığında 3-4 gün süren etki eder. Klasik antipsikotik uygulanırken ekstra piramidal sistem yan etkileri konusunda dikkatli olunmalı, tedaviye biperiden eklenmelidir. Yeni kuşak antipsikotiklerden risperidon 2-6 mg, olanzapin 10-20 mg, ketiyapin 150-750 mg, aripiprazol 15-30 mg, ziprasidon 80-160 mg günlük dozlarda kullanılabilir (1,56). Bu ilaçların yanı sıra benzodiyazepinlerden klonazepam ve lorazepam da yatıştırıcı olarak sağaltıma eklenebilir (11).

İki uçlu duygudurum bozukluğu için temel ilaçlar duygudurum düzenleyicileridir. İlk seçenek olarak lityum, karbamazepin ve valproik asit kullanılmaktadır. Lityum sağaltımı böbrek, tiroid, kalp işlevleri ve kan tablosu değerlendirilerek günlük 300 mg başlanır, kan düzeyi sağaltımda 0.8-1.6 mEq/Lt, korumada 0.6-1.2 mEq/Lt olacak şekilde artırılır. İki uçlu bozuklukta ayrıca karbamazepin 400-800 mg, valproik asit 800-2000 mg günlük dozlarda kullanılabilir. Gabapentin, okskarbazepin, topiramat ve lamotrijin de duygudurum düzenleyici etkisi olan antiepileptiklerdir (57). Özer ve ark.'nın yaptığı çalışmada duygudurum düzenleyici ilaç kullanan hastalarda, antipsikotik kullananlara göre genel işlev düzeyi daha yüksek bulunmuştur (53).

İlaç sağaltımıyla yatışmayan, yeme içmeyi reddeden, saldırgan olabilen olgularda elektro-konvulsif tedavi (EKT) uygulanır. Hasta genelde 6-8 kez EKT ile yatıştır, gereğinde 10-12 kez EKT yapılabilir. EKT ayrıca gebelerde iki uçlu duygudurum bozukluğunda en güvenilir sağaltım yoludur.

İki uçlu bozukluk depresyon dönemlerinde hastada yeme içmeyi reddetme, fiziksel durumda kötüleşme, konuşmama, sanrı varlığı, özkıyım girişimi ya da düşüncesi varlığında hastaneye yatırarak sağaltımı sürdürmek gerekir. Duygudurum düzenleyici ilaç sağaltımı bu dönemde de sürdürülmelidir. İlk seçenek ilaç lityumdur, lamotrijinin depresif dönemlerde daha etkili olduğu ileri sürülmektedir (12). Ciddi tablolarla lityuma ek olarak antidepresanlar da başlanabilir. Manik dönemi tetikleme riski nedeniyle düşük dozlarda kullanılmalıdır. Uygun doz ve yeterli süre ilaç sağaltımına yanıt vermeyen hastalarda EKT uygulanması etkili bir yöntemdir (12).

Koruyucu sağaltıma en az iki nöbetten sonra başlanması, aile öyküsü varlığında ya da ilk nöbetin ağır seyretmesi durumunda ilk nöbetten sonra başlanması



önerilmektedir. Koruyucu olarak lityum, karbamazepin, valproik asit, okskarbazepin ve lamotrijin kullanılır. İki nöbet arasında bir yıldan uzun iyilik dönemleri oluyorsa, nöbetler kısa sürüyor ve sağaltıma erken yanıt veriyorsa koruyucu sağaltım vermeksizin nöbetlerin sağaltılması düşünülebilir. Önemli bir sorun yoksa, koruyucu sağaltımın beş yıl sürdürülmesi önerilmektedir (11).

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

#### III.1. Alanın Tanıtılması

Sivas İç Anadolu Bölgesi'nde Yukarı Kızılırmak Havzası'nda yer alan, tarihsel geçmişi bakımından ülkemizin en eski yerleşim alanlarında biridir. Merkez ilçenin yüzölçümü 3226 km<sup>2</sup>, il merkezinin denizden yüksekliği 1285 metredir. 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre Sivas ili genel nüfusu 755.091, il merkezi nüfusu 251.776 kişidir. Sivas sosyoekonomik gelişme bakımından ülkemiz ortalamasının altında bulunmakta, yüksek işsizlik oranı nedeniyle her yıl önemli ölçüde göç vermektedir. Geleneksel tutum ve anlayışlar günümüzde de sürmektedir. Sivas ilinin sosyodemografik ve kültürel özellikleri Türkiye genelini temsil etmemektedir.

Bu çalışmaya yalnız Sivas il merkezinde yaşayan kişilerden örneklem oluşturulmuş, ilçe merkezleri ve kırsal bölgelerde yaşayan 503.315 kişi çalışmaya alınmamıştır. Sivas ilinde iki uçlu bozuklukla ilgili bugüne kadar yapılan bir epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır.

#### III.2. Evrenin Saptanması ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni Sivas il merkezinde yaşayan yaşı 16 ve üzerinde olan kişilerden oluşmuştur. Sivas il merkezinde yapılacak araştırmalarda kullanılmak üzere Çınar tarafından geliştirilen örneklem planındaki listeye göre saptanan sokaklardan tabakalı örnekleme yöntemiyle gidilecek cadde ve sokaklar belirlendi (58). Bu örneklem planına göre düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip sokak, cadde, lojman ve kooperatif evlerinden oluşan 510 hanelik bir örneklem seçildi (Ek-II). Seçilen örneklem yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik düzey yönünden evreni temsil etmektedir.

#### III.3. Veri Toplama Araçları

### **1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Bu form bölümümüzce geliştirilmiş olup kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, aile yapısı, yaşanılan yerdeki durumu, konut ve gelir durumu, ailede ve kendisinde fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü, hastalık süresi, ruhsal hastalık nöbet sayısı, ilaç kullanım öyküsü ve alışkanlıkları ile ilgili sorular bulunmaktadır (Ek-III). Çalışmaya katılan 1406 kişiye uygulanmıştır.

### **2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36)**

Kısa Form-36 yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçektir (Ek-IV). Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik bozukluğu olanlarda da kullanılmaktadır. Sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilir ve özürlülükteki küçük değişimleri saptamada duyarlıdır. Fiziksel işlevsellik, fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlamaları, sosyal işlevsellik, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur; yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır (59). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve Türk toplumunun standartları elde edilmiştir (60). Çalışmamızda iki uçlu bozukluk tanısı konan 10 hastaya ve 10 kişilik kontrol grubuna olmak üzere 20 kişiye uygulanmıştır.

### **3. DSM-IV Eksen I İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)**

SCID-I, DSM-IV eksen I bozuklukları için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiş olup 1996’da yayımlanmıştır. Altı tanı modülünden oluşmaktadır: Duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar. Her bozukluk için ‘şu anda’ ve ‘yaşam boyu’ tanı konup konmadığı araştırılır. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (61).

### **4. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-II)**

DSM-III-R için eksen II de yer alan kişilik bozuklukları tanısı için Spitzer ve ark.

tarafından geliştirilmiştir. Bunda yer alan 12 kişilik bozukluğu tanısının 10'u DSM-IV'de yer alırken pasif agresif ve depresif kişilik bozuklukları yer almamaktadır. Türkçe çeviri ve uyarlaması Sorias ve arkadaşlarınca yapılmıştır (62).

### **III.4. Uygulama**

#### **Örneklem**

Tabakalı örneklem yöntemi uygulanarak Sivas il merkezini temsil eden ev halkı örneklem seti kullanıldı. Beş yüz on hanelik bir örneklem büyüklüğü seçilerek her bir mahalledeki hane sayısı mahalle nüfusuyla orantılı olarak belirlendi. Her mahallede hangi sokakların ve her sokakta kaç hanenin ziyaret edileceği önceden saptandı. Evde bulunmama ya da ziyareti kabul etmeme olasılıklarına karşı her mahalle için yedek haneler belirlendi. Görüşmeyi gerekçe göstermeksizin kabul etmeyen, uygun olmadıklarını belirten ya da bireyleri evde bulunmayan hane sayısı 29'du. Bunların yerine yedek olarak belirlenen haneler ziyaret edildi. Bu şekilde toplamda 510 hane ziyaret edilerek hedeflenen hane sayısına ulaşıldı.

Bütün mahalleler 9 seviyeli sistem içinde sosyoekonomik düzeye göre önceden sınıflandırılmıştı. Bu 9 seviye sırayla düşük, orta, yüksek olarak gruplandırıldı. Sosyoekonomik düzeyi belirlemede ana ölçütler; il merkezine uzaklık, binaların özellikleri ve ailelerin gelir durumuydu. Seçilen örneklem yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik düzey yönünden evreni temsil etmektedir.

Çalışma öncesinde Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Başkanlığı'ndan (Karar No: 2007-6/4) ve Sivas İl Emniyet Müdürlüğü'nden gereken yasal izinler alındı. Hane ziyaretleri önceden haber verilmeden yapıldı. Ziyarete izin belgesi ve kurum kimlikleri gösterilerek hane halkının izni alındı. Her hanede yaşı 16 ve üzerinde olan bireylerin sayısı belirlenerek evde olanlarla görüşüldü, evde olmayanlarla aynı gün içinde yapılan ikinci ziyarette görüşüldü. Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı onay alındı.

#### **Görüşmeler**

Çalışma 2007 yılı Nisan ve Haziran ayları arasında bir psikiyatri asistanı ve üç intern doktor tarafından yapıldı. Çalışma öncesinde intern doktorlara kullanılan tanı araçları hakkında eğitim verildi. Ziyaretler şehrin sosyokültürel yapısı göz önüne

alınarak en az bir bayan intern doktorun varlığında gerçekleştirildi. Çalışma evlerde yüz yüze yapıldı. Görüşülen kişiyle olanaklı olduğu ölçüde yalnız görüşüldü. Genç bayanlarla yapılan görüşmeler tercih etmeleri durumunda bayan intern doktor tarafından yapıldı. Intern doktor görüşmeleri psikiyatri asistanı tarafından denetlendi ve süpervizyon verildi. İlk aşamada örneklem için seçilen 510 hanedeki yaşı 16 ve üzerinde olan bireylere (n=1406) sosyodemografik bilgi formu verildi ve ardından SCID-I duygudurum nöbetleri modülü ve duygudurum bozuklukları modülü uygulandı. İkinci aşamada iki uçlu I, iki uçlu II bozukluk ve siklotimik bozukluk tanısı konan hastalara SCID-I'in tüm diğer modülleri uygulanarak eş tanı varlığı araştırıldı ve SF-36 verildi. Üçüncü ve son aşamada ise önceden haber vererek ve izin alınarak iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan hastalara ikinci ev ziyareti gerçekleştirildi. Bu ziyarette hastalara SCID-II kişilik bozuklukları klinik görüşme formu uygulanarak kişilik bozukluğu eştanı varlığı araştırıldı. Sosyodemografik bilgi formu taranarak tanı konan hastalarla aynı yaş grubu ve cinsiyete mensup 10 sağlıklı birey belirlendi ve kontrol grubu oluşturmak amacıyla SF-36 uygulandı.

### **III.5. İstatistiksel Yöntem**

Çalışmamızın verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versiyon 11) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde Khi-kare ( $\chi^2$ ) testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma, denek sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilmiş olup yanılma yüzdesi 0.05 olarak alınmıştır. Khi-kare ilgili varsayımlar yerine getirilemediğinden bazı tablolardaki veriler yalnızca yüzdelerle gösterilmiştir.

## IV. BULGULAR

### IV.1. Örneklemin Tanıtılması

Çalışmaya alınan 1406 bireyin en küçük yaşı 16, en büyük yaşı 90 olup yaş değerleri  $39.83 \pm 17.10$  olarak bulunmuştur. Bu bireylerin 606'sı (%43.1) erkek, 800'ü (%56.9) kadındır (Tablo 1). Evli olan denek sayısı 939 (%66.8), bekâr olanların sayısı ise 395'ti (%28.1). Deneklerin 64'ü (%4.6) dul, 8'i (%0.6) boşanmıştı (Tablo 2). Deneklerin 745'i (%53.0) ilköğretim okulu mezunuydu, yalnız ilkokulu bitirenler de bu gruba alındı, 363'ü (%25.8) lise ve dengi okul mezunu, 97'si (%6.9) yüksek okul mezunuydu. Deneklerin 201'i (%14.3) okuryazar değildi (Tablo 3). Mesleğe göre dağılımda 640 kişi (%45.5) ev kadınıydı, çalışmayan bekar kadınlar da bu gruba alındı. Geri kalanların 207'si (%14.7) öğrenci, 170'i (%12.1) işçi ve işçi emeklisi, 90'ı (%6.4) memur ve memur emeklisi, 160'ı (%11.4) serbest meslek sahibiydi, esnaf ve çiftçiler bu gruba alındı. Diğer 139 kişi (%9.9) ise işsiz, sürekli işi olmayan bireylerdi (Tablo 4). Deneklerin 819'u (%58.3) sosyal güvence olarak SSK'ya mensuptu, 250 kişi (%17.8) Emekli Sandığı ve diğer resmi kurumlara, 123 kişi (%8.7) Bağ-Kur'a mensuptu. Doksan dört kişinin (%6.4) Yeşil Kartı vardı, 120 kişinin (%8.5) ise bir sosyal güvencesi yoktu (Tablo 5). Deneklerin 1059'u (%75.3) çekirdek aileye, 333 kişi (%23.7) geniş aileye mensuptu. On dört kişi (%1.0) ise anne babanın bir arada olmadığı parçalanmış aileye mensuptu (Tablo 6). Bireylerin 1240'ı (%88.2) şehrin yerlisiydi (Tablo 7). Deneklerin 1015'i (%72.2) kendi evinde oturmakta, 391'i (%27.8) kiracıydı (Tablo 8). Aylık geliri 751-1500 YTL arasında olan kişi sayısı 626 (%44.5), 750 YTL ve altında olan kişi sayısı 603 (%42.9) ve 1501 YTL ve üzerinde olanların sayısı ise 177 kişi (%12.6) olarak bulundu (Tablo 9). Deneklerin 704'ünde (%50.1) aile bireylerinde, 342'sinde (%24.3) ise kendilerinde herhangi bir fiziksel hastalık vardı (Tablo 10 ve 11). Deneklerin 264'ünün (%18.8) aile bireylerinde tanı konmuş ya da tanısı kesin olmayan ancak ilaç kullanan en az bir ruhsal hastalık vardı (Tablo 12). Kendisinde ruhsal hastalık olan denek sayısı 106 (%7.5) olarak bulundu (Tablo 13). Bu

deneklerin bozukluk süreleri ve ilaç kullanma durumları Tablo 14 ve 15’de verilmiştir. Deneklerin 1067’sinin (%75.9) herhangi bir alışkanlığı yokken, 313 kişi (%22.3) sigara, 25 kişi (%1.8) alkol ve 1 kişi (%0.1) madde kullanmaktaydı (Tablo 16). Hastaların sosyodemografik verilerine ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

**Tablo 1.** Örneklem grubunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	800	56.9
Erkek	606	43.1
Toplam	1406	100.0

**Tablo 2.** Örneklem grubunun medeni duruma göre dağılımı

Medeni durumu	Sayı	%
Evli	939	66.8
Bekâr	395	28.1
Dul	64	4.5
Boşanmış	8	0.6
Toplam	1406	100.0

**Tablo 3.** Örneklem grubunun eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu	Sayı	%
İlköğretim	745	53.0
Lise	363	25.8
Okuryazar değil	201	14.3
Yüksek öğrenim	97	6.9
Toplam	1406	100.0

**Tablo 4.** Örneklem grubunun mesleğe göre dağılımı

Meslek	Sayı	%
Ev hanımı	640	45.5
Öğrenci	207	14.7
İşçi	170	12.1
Serbest	160	11.4
Diğer	139	9.9
Memur	90	6.4
Toplam	1406	100.0

**Tablo 5.** Örneklem grubunun sağlık güvencesine göre dağılımı

Sağlık güvencesi	Sayı	%
SSK	819	58.3
Emekli sandığı ve resmi	250	17.8
Bağ-Kur	123	8.7
Güvencesiz	120	8.5
Yeşil kart	94	6.7
Toplam	1406	100.0

**Tablo 6.** Örneklem grubunun aile yapısına göre dağılımı

Aile yapısı	Sayı	%
Çekirdek aile	1059	75.3
Geniş aile	333	23.7
Parçalanmış aile	14	1.0
Toplam	1406	100.0

**Tablo 7.** Örneklem grubunun yaşadığı yerdeki durumuna göre dağılımı

Yaşanan yerdeki durum	Sayı	%
Şehrin yerlisi	1240	88.2
Göç etmiş	166	11.8
Toplam	1406	100.0



**Tablo 8.** Örneklem grubunun konut durumuna göre dağılımı

Konut durumu	Sayı	%
Kendi evi	1015	72.2
Kira	391	27.8
Toplam	1406	100.0

**Tablo 9.** Örneklem grubunun aylık gelir durumuna göre dağılımı

Aylık gelir durumu	Sayı	%
750 YTL ve daha düşük	603	42.9
751-1500 YTL arası	626	44.5
1501 YTL ve üzeri	177	12.6
Toplam	1406	100.0

**Tablo 10.** Örneklem grubunun aile bireylerinde fiziksel hastalık varlığı

Ailede fiziksel hastalık	Sayı	%
Hipertansiyon	420	59.7
Koroner damar hastalıkları	133	18.9
Urlar ve kanser	18	2.5
Diğer hastalıklar	133	18.9
Toplam	704	100.0

**Tablo 11.** Örneklem grubunun kendilerinde fiziksel hastalık varlığı

Kendinde fiziksel hastalık	Sayı	%
Yok	1064	75.7
Var	342	24.3
Toplam	1406	100.0

**Tablo 12.** Örneklem grubunun aile bireylerinde ruhsal hastalık varlığı

Ailede ruhsal hastalık	Sayı	%
Yok	1142	81.2
Var	264	18.8
Toplam	1406	100.0

**Tablo 13.** Örneklem grubunda ruhsal hastalık varlığı

Kendinde ruhsal hastalık	Sayı	%
Yok	1300	92.5
Var	106	7.5
Toplam	1406	100.0

**Tablo 14.** Örneklem grubunda ruhsal hastalık süresi

Hastalık süresi	Sayı	%
5 yıldan uzun	58	54.7
4-5 yıl	5	4.7
1-3 yıl	28	26.4
1 yıldan az	15	14.2
Toplam	106	100.0

**Tablo 15.** Örneklem grubunun ruhsal hastalık için ilaç kullanım öyküsü

İlaç kullanım öyküsü	Sayı	%
Düzensiz	46	43.4
Sürekli ve düzenli	39	36.8
Sürekli ve düzensiz	13	12.3
İlaç kullanmayan	8	7.5
Toplam	106	100.0

**Tablo 16.** Örneklem grubunda alışkanlık öyküsü

Alışkanlıklar	Sayı	%
Yok	1067	75.9
Sigara	313	22.2
Alkol	25	1.8
Madde	1	0.1
Toplam	1406	100.0

#### IV.2. Epidemiyolojik Bulgular

Çalışmamızda iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %0.71, son bir yıl için yaygınlığı %0.43 ve nokta yaygınlığı %0.21 olarak bulundu (Tablo 17). İki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.43 bulunurken bu değerler iki uçlu II bozukluk için %0.14 ve siklotimik bozukluk için %0.14 olarak bulundu. Tablo 18’de duygudurum bozukluğu alt tiplerinin yaşam boyu, son bir yıllık ve nokta yaygınlıkları verilmiştir.

**Tablo 17.** İki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu, son bir yıllık ve nokta yaygınlığı

Yaşam boyu yaygınlık	Sayı	%
Var	10	0.71
Yok	1396	99.29
Son bir yıllık yaygınlık		
Var	6	0.43
Yok	1400	99.57
Nokta yaygınlık		
Var	3	0.21
Yok	1403	99.79
Toplam	1406	100.00

**Tablo 18.** Duygudurum bozukluğu alt tiplerinin yaşam boyu, son bir yıllık ve nokta yaygınlığı

Alt tip	Yaşam boyu yaygınlık		Yıllık yaygınlık		Nokta yaygınlık	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İki uçlu I	6	0.43	3	0.21	1	0.07
İki uçlu II	2	0.14	1	0.08	0	0.00
Siklotimik	2	0.14	2	0.14	2	0.14
Toplam	10	0.71	6	0.43	3	0.21

Çalışmamızda iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan 10 hastanın 5'i kadın (%50), 5'i (%50) erkekti (Tablo 19). İki uçlu duygudurum bozukluğu erkeklerde %0.82, kadınlarda %0.62 bulundu, erkek ve kadın cinsiyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0.753$ ).

**Tablo 19.** İki uçlu duygudurum bozukluğunun cinsiyete göre dağılımı

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kadın	5	0.62	795	99.38	800	100.0
Erkek	5	0.82	601	99.18	606	100.0
Toplam	10	0.71	1396	99.29	1406	100.0

$p=0.753$

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları şu şekilde bulundu: Evli 3 kişi (%30), bekâr 5 kişi (%50), boşanmış 2 kişi (%20) (Tablo 20). Medeni duruma göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, bu farklılığı 'boşanmış' grubu oluşturmaktadır.

**Tablo 20.** İki uçlu duygudurum bozukluğunun medeni duruma göre dağılımı

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni durumu						
Evli	3	0.32	936	99.68	939	100.0
Bekâr	5	1.26	390	98.74	395	100.0
Boşanmış	2	25.0	6	75.00	8	100.0
Dul	0	0.0	64	100.00	64	100.0
Toplam	10	0.71	1396	99.29	1406	100.0

 $\chi^2=71.05, p=0.000$ 

Çalışmamızda yer alan hastaların 6'sının (% 60) aylık aile geliri 751-1500 YTL arasındaydı, 3 kişinin (%30) aylık geliri 750 YTL ve altındaydı, 1 kişinin (%10) aylık geliri ise 1501 YTL üzerindeydi (Tablo 21). Gelir dağılımları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

**Tablo 21.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların aylık gelir düzeyi

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gelir						
0-750 YTL	3	0.50	600	99.50	603	100.0
751-1500 YTL	6	0.95	620	99.05	626	100.0
1501 YTL ve Üzeri	1	0.55	176	99.45	177	100.0
Toplam	10	0.71	1396	99.29	1406	100.0

 $\chi^2=0.98, p=0.611$ 

Hastaların 6'sı (%60) Emekli Sandığı ya da resmi kurum güvencesine sahipken 2 hasta (%20) SSK mensubu, 2 hasta (%20) ise Yeşil Kartlıydı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı, Emekli Sandığı'na mensup bireylerde iki uçlu bozukluk anlamlı olarak daha yüksek orandaydı ( $\chi^2=17.03, p=0.004$ ). Tüm hastalar şehrin yerlisiydi, göç ederek gelen yoktu. ( $\chi^2=1.35, p=0.716$ ). Dokuz kişi kendi evinde otururken bir kişi kirada oturmaktaydı. Aralarındaki fark anlamsızdı ( $\chi^2=1.59, p=0.207$ ). Eğitim durumuna göre değerlendirmede iki uçlu bozukluk yaygınlık oranı yüksekokul grubunda diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 22).

Mesleklere göre değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 23). İki uçlu bozukluğu olan hastalardan 8'i (%80) çekirdek aileye, 2'si (%20) parçalanmış aileye mensuptu, aralarındaki fark anlamsız bulundu (Tablo 24).

**Tablo 22.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların eğitim durumu

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim						
Okuryazar değil	0	0.0	201	100.0	201	100.0
İlköğretim	1	0.01	744	99.99	745	100.0
Lise	7	1.92	356	98.08	363	100.0
Yüksek	2	2.06	95	97.94	97	100.0

$$\chi^2=15.13, p=0.002$$

**Tablo 23.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların meslek dağılımı

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Meslek						
Ev hanımı	4	0.62	636	99.38	640	100.0
İşçi	2	1.17	168	98.83	170	100.0
Memur	2	2.22	88	97.78	90	100.0
Öğrenci	1	0.48	206	99.52	207	100.0
Serbest	1	0.62	159	99.38	160	100.0
Diğer	0	0.0	139	100.0	139	100.0
Toplam	10	0.71	1396	99.29	1406	100.0

$$\chi^2=0.96, p=0.966$$

**Tablo 24.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda aile yapısı

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aile yapısı						
Çekirdek	8	0.75	1051	99.25	1059	100.0
Parçalanmış	2	14.28	12	85.72	14	100.0
Geniş	0	0.0	333	100.0	333	100.0
Toplam	10	0.71	1396	99.29	1406	100.0

$$\chi^2= 1.08, p=0.582$$

İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan 10 hastanın dördünün ailesinde fiziksel hastalık vardı. On kişinin ikisinde bir fiziksel hastalık vardı. Ailesinde ruhsal hastalık olanların sayısı sekizdi (%80), bu kişilere alınan öyküye göre tanı kondu, tanı için herhangi bir ölçek uygulanmadı. Ailesine ruhsal hastalık olanlarda iki uçlu duygudurum bozukluğu görülme oranı olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 25).

**Tablo 25.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanların ailesinde ruhsal hastalık varlığı

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	8	3.03	256	96.97	264	100.0
Yok	2	0.17	1140	99.83	1142	100.0
Toplam	10	0.71	1396	99.29	1406	100.0

p=0.000

**Tablo 26.** İki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda ilaç kullanım öyküsü

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlaç kullanım öyküsü						
Yok	2	25.0	6	75.0	8	100.0
Sürekli düzenli	6	15.38	33	84.62	39	100.0
Sürekli düzensiz	1	7.69	12	92.31	13	100.0
Düzensiz	1	2.17	45	97.83	46	100.0
Toplam	10	7.5	96	92.5	106	100.0

$\chi^2=6.76$ , p=0.08

İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan hastaların 6'sı (%60) sürekli ve düzenli ilaç kullanırken 2 kişi (%20) hiç ilaç kullanmamıştı. Tablo 26'da iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan hastalarla en az bir kez ruhsal hastalık tanısı konan deneklerin (n=106) ilaç kullanım öyküleri verilmiştir. Gruplar arasındaki fark önemsizdir.

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların 4'ü (%40) sigara, biri (%10) alkol kullanıyordu, 5 kişinin (%50) herhangi bir alışkanlık öyküsü yoktu (Tablo 27). Gruplar arasındaki fark önemsizdi.

**Tablo 27.** İki uçlu duygudurum bozukluğunda alışkanlık öyküsü

İki uçlu bozukluk	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alışkanlık						
Sigara	4	1.27	309	98.73	313	100.0
Alkol	1	4.00	24	96.0	25	100.0
Madde	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Yok	5	0.46	1062	99.54	1067	100.0
Toplam	10	0.71	1396	99.29	1406	100.0

$\chi^2=6.14$ ,  $p=0.105$

#### IV.3. Klinik Özellikler

Çalışmamızda iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan 10 hastanın hastalık süresi en az 1 yıl, en çok 35 yıl, ortalama  $10.90 \pm 9.62$  yıl olarak bulundu. İki hasta yaşamları boyunca hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmamış ve herhangi bir tedavi görmemişti. Geri kalan 8 hastanın 6'sı en az 1, en çok 14 kez olmak üzere hastaneye yatarak tedavi görmüştü. Halen duygudurum düzenleyici ilaç kullanan hasta sayısı 7 idi (%70), bunlardan 6 kişi lityum (%60), 1 kişi (%10) ise valproik asit kullanıyordu.

#### IV.4. Eş Tanılı Durumlar

SCID-I duygudurum nöbetleri ve duygudurum bozuklukları modülü uygulanarak iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan hastalara SCID-I diğer modülleri ve SCID-II kişilik bozuklukları klinik görüşme formu uygulanarak eksen I ve eksen II eş tanılı durumların varlığı araştırıldı. Eksen I değerlendirmemize göre 2 hastada (%20) yaygın anksiyete bozukluğu eş tanısı saptandı. Bir hastada (%10) agorafobisiz panik bozukluğu eş tanısı bulundu. Diğer 7 hastada (%70) anksiyete bozukluğu eş tanısı saptanmadı. İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan hastalarda madde kullanım bozukluğu, somatoform bozukluk, yeme bozukluğu ve uyum bozukluğu eş tanısı saptanmadı.

Eksen II değerlendirmesine göre ise 5 hastada (%50) kişilik bozukluğu eş tanısı



saptandı. Bunların dağılımı Tablo 28’de gösterilmiştir. Hastalarda paranoid, şizotipal, histriyonik, narsisistik, bağımlı, pasif agresif, self defeating ve başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu eş tanısı saptanmadı.

İki hastada hem eksen I hem de bir eksen II eş tanısı birlikte görüldü. Bir kişide agorafobisiz panik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğu, diğer hastada ise yaygın anksiyete bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu eş tanılarına birlikte raslandı.

**Tablo 28.** İki uçlu duygudurum bozukluğu ve kişilik bozukluğu eş tanısı

Kişilik bozukluğu eş tanısı	Sayı	%
Şizoid	1	10
Sınır	1	10
Antisosyal	1	10
Çekingen	1	10
Obsesif kompulsif	1	10
Toplam	5	50

#### IV.5. Yaşam Kalitesi

İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konan hastaların yaşam kalitesi SF-36 kullanılarak değerlendirildi. Bulgular örneklem içinden seçilen ve hasta grubuyla yaş ve cinsiyet yönünden benzer olan kontrol grubu değerleriyle karşılaştırıldı. Hasta grubundaki 10 bireyin yaş ortalaması  $30.50 \pm 9.07$ , kontrol grubundaki 10 bireyin yaş ortalaması  $30.80 \pm 10.08$  olarak bulundu. Yaş yönünden gruplar arası farklılık önemsizdir ( $p=0.820$ ). Her iki gruptaki bireylerin 5’i (%50) kadın, 5’i (%50) erkektir.

Kontrol grubundaki 10 bireyden kendisini 1 yıl öncesine göre biraz daha iyi hisseden 4 kişi (%40), hemen hemen aynı hisseden 6 kişi (%60) bulunurken, hasta grubundaki 10 kişiden 4’ü (%40) kendini 1 yıl öncesine göre daha iyi, 2 kişi (%20) ise çok daha kötü olarak değerlendirmiştir (Tablo 29).

Her iki gruptaki bireylerin alt ölçek puanları karşılaştırıldığında fiziksel işlevsellik, ağrı, vitalite, mental sağlık yönünden gruplar arası fark önemsiz bulunurken ( $p>0.05$ ), fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol güçlüğü

yönünden farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). SF-36 alt ölçek değerleri Tablo 30'da verilmiştir.

**Tablo 29.** Hasta ve kontrol gruplarında bir yıl öncesine göre şimdiki genel sağlık durumu

Gruplar	Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam
Kontrol Sayı	3	5	2	0	0	10
%	30.0	50.0	20.0	0.0	0.0	100.0
Hasta Sayı	0	4	3	1	2	10
%	0.0	40.0	30.0	10.0	20.0	100.0
Toplam Sayı	3	9	5	1	2	20
%	15.0	45.0	25.0	5.0	10.0	100.0

$\chi^2= 6.31$ ,  $p= 0.177$

**Tablo 30.** SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek değerleri

	Kontrol	Hasta		
SF-36 alt ölçekler	$\chi^2 \pm SD$	$\chi^2 \pm SD$	t	p
Fiziksel işlevsellik	29.60 $\pm$ 0.84	27.30 $\pm$ 4.66	1.533	0.087
Fiziksel rol güçlüğü	8.00 $\pm$ 0.00	6.50 $\pm$ 1.77	2.666	0.013
Ağrı	10.09 $\pm$ 1.42	8.67 $\pm$ 2.62	1.504	0.208
Genel sağlık	22.08 $\pm$ 2.12	16.68 $\pm$ 6.10	2.644	0.034
Vitalite	17.30 $\pm$ 2.40	16.00 $\pm$ 4.54	0.799	0.618
Sosyal işlevsellik	9.70 $\pm$ 0.67	7.80 $\pm$ 2.78	2.100	0.044
Emosyonel rol güçlüğü	6.00 $\pm$ 0.00	4.90 $\pm$ 1.28	2.703	0.013
Mental sağlık	22.40 $\pm$ 2.57	21.30 $\pm$ 7.33	0.366	0.424

## V. TARTIŞMA

### V.1. Yaygınlık

Çalışmamızda iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %0.71, bir yıllık yaygınlığı %0.43 ve nokta yaygınlığı %0.21 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili literatürde yer alan çalışmalarla uyumludur. İki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.4-1.6 arasında değişmekte olup ortalama %0.8'dir. İki uçlu II bozukluğun ortalama yaşam boyu yaygınlığı ise %0.5'tir (56). Siklotimik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %0.4-1 arasındadır. Çalışmamızda yaşam boyu yaygınlık oranı iki uçlu I bozukluk için %0.43, iki uçlu II bozukluk için %0.14 ve siklotimik bozukluk için %0.14 bulundu. Duygudurum değişiklikleri hastaların çok azında yakınmaya neden olur, bu nedenle siklotimik bozuklukta tedaviye başvuru oranı düşüktür (63). Kullanılan tanısal araçların duyarlılığı, belirtilerin ciddiyeti, kültür ve toplumun yaş, cinsiyet ve sosyal sınıf bakımından temsil edilebilir olması epidemiyolojik bulguları etkilemektedir (64).

Waraich ve ark. (2004) bu konudaki yüksek nitelikli olarak değerlendirdikleri yayınları gözden geçirdikleri çalışmada 15 yaş ve üzerindeki nüfusta iki uçlu I bozukluğun bir yıllık yaygınlığını %0.72 ve yaşam boyu yaygınlığını %0.80 olarak bulmuştur. Çalışmamızda iki uçlu I bozukluk için yıllık yaygınlık %0.21 bulundu. Yüksek nitelikli çalışmalarda saptanan duygudurum bozukluğu yaygınlık oranları genel psikiyatrik literatürde yaygın olarak bildirilen oranlara göre daha düşük bulunmuştur(65). Bu düşük oranlar DSM ölçütleriyle ilişkilendirilmiş, (Composite International Diagnostic Interview (CIDI) kullanılan çalışmalarda saptanan oranlar daha yüksek bulunmuştur (65). Wittchen ve ark.'nın (1992) eski Batı Almanya'da 1366 denek üzerinde yaptıkları çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğu manik tipin yaşam boyu yaygınlığı %0.5, döngüsel tipin yaşam boyu yaygınlığı %0.1 olarak bulunmuştur (66). Stefansson ve ark.'nın (1991) İzlanda'da 862 denekle yaptıkları çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğu ve atipik iki uçlu duygudurum bozukluğu

yaşam boyu yaygınlığı sırayla %0.2 ve %0.5 olarak bulunmuştur (67). Wells ve ark.'nın (1989) Yeni Zelanda'da yaptıkları çalışmada iki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.7 bulunmuştur (68). Kessler ve ark. (1997) ABD'ndeki çalışmada iki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığını %0.4 olarak bulmuştur (69). Tüm bu çalışmalarda tanısal araç olarak DSM-III-R tanı ölçütleri kullanılmıştır. Fogarty ve ark. (1994) Kanada'da 3258 denekle yaptıkları çalışmada Tanısal Görüşme Şeması kullanarak iki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığını %0.6 bulmuştur (70). Japonya'da 1029 denek üzerinde yapılan araştırmada iki uçlu duygudurum bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı %0.1 (71), Etiyopya'da 68378 denek taranarak yapılan çalışmada %0.5 (24), Avustralya'da 3015 denekle yürütülen çalışmada ise (72) bu oran %2.5 bulunmuştur. Schaffer ve ark.'nın (2006) Kanada'da 36.984 denekle yaptıkları çalışmada ise, iki uçlu duygudurum bozukluğu için yaşam boyu yaygınlık oranı %2.2 olarak verilmiştir (2). Pini ve ark.'nın 10 Avrupa Birliği ülkesinde yapılan araştırmaları inceledikleri çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğunun yıllık yaygınlığı %1.0, yaşam boyu yaygınlığı %1.5-2.0 arasında bulunmuştur (73).

Hollanda'da yürütülen NEMESIS çalışmasında CIDI kullanılarak 7076 denekle görüşülmüş ve iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %1.9, iki yıllık yaygınlığı %2.4 olarak bulunmuştur (74). CIDI'nin iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı konusunda yüksek değerler verme olasılığı çalışmanın sınırlılığı olarak belirtilmiştir (75). ABD'de 18000'den fazla denekle yürütülen ECA çalışmasında iki uçlu duygudurum bozukluğu yaşam boyu yaygınlık oranı %0.8 bulunurken (1), Ulusal Eş Tanı Çalışmasında %1.6 bulunmuştur (21). Yalnız iki uçlu II bozukluğun değerlendirildiği 11 çalışmada bu bozukluk için saptanan yaşam boyu yaygınlık oranları %0.5-1.9 arasında değişmektedir (21).

Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaların sayısı çok azdır. Noyan ve ark. (2001) tarafından mevsimsel duygudurum bozukluğunun yaygınlığı araştırılmış ve bu oran %2.21, eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğunun yaygınlık oranı ise %9.22 olarak bulunmuştur (76).

Çalışmamızda iki uçlu duygudurum bozukluğu için bulduğumuz değerler literatürle uyumludur. ABD'deki çalışmalarda kullanılan Duygudurum Bozuklukları Anketinin yanlış pozitif sonuçlar verdiği ve yaygınlık oranlarını hatalı olarak yüksek verdiği bildirilmiştir (18). Ancak son yıllarda ortaya atılan iki uçlu spektrum kavramı ve bu alanda yapılan çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu

yaygınlık oranının çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu kavramda iki uçlu duygudurum bozukluğu tanı ölçütleri yumuşatılarak tanının kapsamı genişletilmiştir (6,77). Klasik antidepresanlara yanıt vermeyen majör depresyon tanılı hastaların duygudurum düzenleyicileri ve yeni antikonvülzanlara ya da atipik antipsikotiklere yanıt vermesi iki uçluluğun kanıtı olarak görülmektedir (77). Hipomani tanısı için gerekli olan, gün boyu süren, sürekli kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin en az 4 gün sürmesi koşulu bu kavramda 1-3 gün olarak ele alınmış, ergenlerde 1 gün süren hızlı döngülü dönemler tanımlanmıştır. İki uçlu duygudurum bozukluğunun bazı görünümüleri tanıyı zorlaştırabilir. İlk manik ya da hipomanik dönem kendini açığa çıkarana kadar iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konamayabilir. Depresif bozukluğu olan hastaların %5-10'unda iki uçlu duygudurum bozukluğu geliştiği bildirilmektedir (78). Hipomanik dönemi normal düşünce ve davranıştan ayırmak zor olabilir. İki uçlu duygudurum bozukluğunun iş yeri ve okulla ilgili olarak ortaya çıkan erken dönem belirtileri hemen bu hastalıkla ilişkilendirilmemektedir. Hastaların bir kısmı da yardım ve sağaltım talebinde bulunmamaktadır. Tüm bu güçlükler nedeniyle iki uçlu duygudurum bozukluğuna hemen tanı konmadığı ve yaygınlık oranının düşük bulunduğu bildirilmiştir (75). Diğer tanı ölçütlerinin varlığında dönemin uzunluğunun hipomani için tanı ölçütü olmayabileceği ileri sürülmüş, öfori ve iritabilitenin de hipomaninin temel tanı ölçütleri içinde yer alması gerektiği belirtilmiştir (5). İki uçlu duygudurum bozukluğu kavramı içinde tanımlanan 'yumuşak iki uçluluk' tanımı içinde yer alan iki uçlu II½ bozukluk majör depresif dönemle beraber siklotiminin bulunması, iki uçlu III bozukluk majör depresif dönemle birlikte ilaca bağlı hipomaninin bulunması, iki uçlu IV bozukluk majör depresif dönemle birlikte hipertiminin bulunması olarak tanımlanmış ve bunlar için DSM-IV ölçütlerinde yer almayan bir dizi tanı ölçütü önerilmiştir (79).

Eşik altı olgular da katıldığında iki uçlu spektrum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %5-8 arasında olabileceği belirtilmiştir (7,80). Angst İsviçre'de yaptığı çalışmada %5.50 (21), Szadocky Macaristan'da yaptığı çalışmada %5.10'luk (22) iki uçlu duygudurum bozukluğu yaygınlık oranı saptamıştır. Kessler ve Akiskal ABD'de 9282 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada CIDI ve SCID kullanarak iki uçlu duygudurum bozukluğu için yaşam boyu yaygınlık oranını %4.40 olarak vermiştir (81). Biz çalışmamızda DSM-IV ölçütleri doğrultusunda yalnızca iki uçlu I, iki uçlu II, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluk yaygınlığını

araştırdık. İki uçlu spektrum tanıları içinde yer alan diğer bozukluklara DSM-IV tanı sisteminde yer almadığı için araştırmamızda yer vermedik.

Çalışmamızda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte, iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını kadınlarda %0.62, erkeklerde %0.82 oranında bulduk. Genel literatürde iki uçlu duygudurum bozukluğunun her iki cinsiyette eşit olarak görüldüğü, iki uçlu II bozukluğun ise kadınlarda daha sık olduğu bildirilmektedir (1). Buna karşılık iki uçlu duygudurum bozukluğunun erkeklerde ya da kadınlarda daha sık olduğunu bildiren yayınlar da vardır. Goldney ve ark.'nın (2005) Avustralya'da yaptığı çalışmada erkeklerde %3.1, kadınlarda %2.0 (72); Negash ve ark.'nın (2005) Etiyopya'da yaptığı çalışmada erkeklerde %0.6, kadınlarda %0.3 oranında bulunmuştur (24). Ten Have ve ark. (2002) Hollanda'da iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını kadınlarda %2.2, erkeklerde %1.6 oranında bulmuştur (75).

İki uçlu duygudurum bozukluğunda başlangıç yaşı sıklıkla 20 yaş civarı olup olguların yarısından çoğunda 20 yaşından önce başlar, yaşlılıkta ilk manik dönem nadir görülür (1). Çalışmamızdaki hastalarda en erken atak yaşı 14, en geç yaş 26 olup ortalama  $19.6 \pm 3.97$ 'dir. Bu yönden bulgularımız literatürle uyumludur (1).

Boşanma, ayrı yaşama, bekâr olmak iki uçlu duygudurum bozukluğunda risk etkenleri olarak kabul edilmektedir; iki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda aile parçalanması belirgin olarak artmıştır (1). Çalışmamızda yer alan hastaların 3'ü (%10) evli, 5'i (%50) bekâr, 2'si (%20) boşanmıştı. İki uçlu duygudurum bozukluğu boşanmış hastalarda anlamlı olarak daha yüksek oranda görülmekteydi (Tablo 20). Schafer ve ark. (2006) hastaların %42.2'sinin evli, %37.2'sinin bekâr, %18.0'inin ayrılmış ya da boşanmış, %2.5'inin ise dul olduğunu bildirmiştir (2). ABD'de 17-39 yaş arasındaki nüfusta yapılan bir çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda boşanmış, ayrı yaşayan ya da dul olanların oranı %22.7 bulunmuştur (82). İki uçlu I bozukluk hastalarda düşük gelir düzeyine, işsizliğe, sosyal statüde düşmeye neden olurken; iki uçlu II bozuklukta hastaların gelir düzeylerinin ve sosyoekonomik statülerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (1). Hastaların gelir durumu açısından çalışmamızda gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken (Tablo 21), eğitim düzeyi bakımından yüksekokul mezunlarında anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 22). Çalışmamızda meslekler ve aile yapısı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 23, Tablo 24).

## V.2. Eş Tanı

Duygudurum bozukluğu olan bireylerde bir ya da birden çok eş tanıli eksen I bozukluğu bulunur, en sık görülenleri alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı ve anksiyete bozukluğudur. En sık görülen anksiyete bozuklukları ise panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğudur (1). Kadınlarda yeme bozuklukları eş tanısının daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da vardır (23). İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konanlarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu eş tanısı %24-93 arasında değişmektedir (37). Çalışmamızda yaşam boyu ve şimdiki eksen I eştanısı %30 olarak bulundu. Bunun tamamı anksiyete bozukluğu eş tanısıydı. Madde kullanımıyla ilişkili bozukluk, somatoform bozukluk, yeme bozukluğu ve uyum bozukluğu eş tanısı saptanmadı. Anksiyete bozukluğu eş tanısı konan 3 hastadan 2'sinde (%20) yaygın anksiyete bozukluğu, diğerinde ise (%10) agorafobisiz panik bozukluğu vardı. Çalışmamızda herhangi bir alışkanlığı ya da bağımlılığı olmayan grupla, olan gruplar arasında iki uçlu duygudurum bozukluğu yaygınlık oranları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 27).

Çalışmamızda tanı koyduğumuz iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarından yalnızca birinde alkol kullanım öyküsü vardı ve bu hasta için bağımlılık ya da kötüye kullanım tanı ölçütleri karşılanmıyordu. Literatürdeki çalışmalarda alkol ya da madde bağımlılığı ya da kötüye kullanım yaygınlığı oranı oldukça yüksektir. ECA çalışmasında iki uçlu duygudurum bozukluğunda yaşam boyu alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanım yaygınlığı %44.7, ilaç bağımlılığı yaygınlık oranı %33.5 olarak bildirilmiştir (34). Aynı çalışmada iki uçlu I bozukluk için herhangi bir madde bağımlılığı yaygınlığı %61.0, alkol bağımlılığı yaygınlığı %46.2 olarak verilirken; bu oranlar iki uçlu II bozukluk için sırasıyla %48.0 ve % 39.0 olarak verilmiştir (83). İki uçlu duygudurum bozukluğunda alkol ve madde bağımlılığı eş tanısı tedaviyi zorlaştırır, hastalığın süregenleşmesini, hastanın işlev kaybını ve ölüm riskini artırır. Alkol ve madde bağımlılığı eş tanısı olan hastalarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu yaygınlığı bu eş tanıların bulunmadığı hastalara göre 3 kat daha yüksektir (84). Alkol bağımlılığı olan iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında, olmayanlara oranla yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (85,86). İki uçlu duygudurum bozukluğunda alkol bağımlılığı eş tanısı erkeklerde daha sık görülmektedir (87,88).

Çalışmamızdaki alkol bağımlılığı eş tanı yaygınlığının batı ülkelerinde yapılan çalışmalara göre düşük bulunması şehrin sosyokültürel özelliklerine ve alkole karşı olan olumsuz tutuma bağlanabilir. Alkolün İslam dininde yasaklanmış olması, hastalık tanısı konduktan sonra hastaların sıklıkla hocalara götürülerek manevi destek arayışlarına girilmesi, hastalara dinsel telkinlerde bulunulması alkol kullanım oranının düşmesini sağlamış olabilir. Ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğunda alkol bağımlılığı eş tanı yaygınlığı düşük oranda (%10) bulunmuştur (57). Bu çalışmada alkol bağımlılığı tanısı konan tüm hastalarda bağımlılığın, iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konduktan sonra başladığı belirtilmiştir.

Epidemiyolojik, klinik ve aile çalışmalarında iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda alkol ve madde bağımlılığı eş tanısının en sık görülen eş tanı olduğunu ileri sürülürken yeni çalışmalarda anksiyete bozukluğu eş tanısının daha yaygın olduğu bildirilmiştir (89,90). İki uçlu duygudurum bozukluğunda anksiyete bozukluğu eş tanısı özkıyım için önlenabilir bir risk etkenidir, özkıyım düşüncesini ve girişim riskini arttırmaktadır. Özkıyımın önlenmesinde strateji belirlemek açısından eş tanı anksiyete bozukluğunun tanınması yararlı olabilir (91). En sık görülen eş tanı anksiyete bozukluğu alt tipi konusunda kesin görüş birliği yoktur, çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir (39,43,92-94). ABD’de yapılan Ulusal Eştanı Çalışmasında iki uçlu duygudurum bozukluğu olanların %92.9’unda anksiyete bozukluğu eş tanısı saptanırken alkol ve madde bağımlılığı eş tanısı %72.0 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu %47.2, travma sonrası stres bozukluğu %38.8, obsesif kompulsif bozukluk %21.0, panik bozukluğu %20.0 oranında bulunmuştur (39,89). McElroy ve ark. (2001) iki uçlu duygudurum bozukluğunda anksiyete bozukluğu ve alkol ve madde bağımlılığı eş tanılarını eşit oranda, %42 olarak bulmuştur. Bu çalışmada yeme bozukluğu eş tanısı ise %5’tir. Agorafobili panik bozukluğu en sık görülen anksiyete bozukluğu iken en sık görülen madde bağımlılıkları alkol ve marihuanadır (40). Simon ve ark. (2004) iki uçlu duygudurum bozukluğunda anksiyete bozukluğu eş tanı oranını %51.2 olarak vermiştir (95). Anksiyete bozukluğu eş tanı varlığı erken başlangıç yaşı, düzelme olasılığının azalması, ilaç tedavisine ve lityuma daha az yanıt, yaşam kalitesinde düşme, daha kısa süren ötimik dönem, artan alkol ve madde kullanımı oranı ve artan özkıyım riskiyle ilişkili bulunmuştur (95). 65 ve üzeri yaştaki iki uçlu bozukluğu olan hastalarla yapılan



bir çalışmada yaşam boyu alkol ve madde bağımlılığı eş tanısı %38.1, panik bozukluğu eş tanısı %19.0, yaygın anksiyete bozukluğu eş tanısı %15.5 olarak saptanmıştır (96). Bir başka çalışmada ise erken yaşlarda (19 yaş ve öncesinde) anksiyete bozukluğu tanısı konanlarda ilerde iki uçlu duygudurum bozukluğu gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir (97). Alkol bağımlılığı olan iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında anksiyete bozukluğu eş tanısı, olmayanlara göre daha yüksektir (98,99). Edmonds ve ark.'nın (1998) yaptığı ailesel genetik çalışmasında da yüksek eş tanı oranları bildirilmiştir: %27.3 panik bozukluğu, %12.7 fobik bozukluk, %1.8 obsesif kompulsif bozukluk, %9.1 alkolle ilişkili bozukluklar ve %7.3 yeme bozukluğu eş tanısı bulunmuştur (100). Ülkemizde yapılan bir çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğunda %46 eksen I, %48 eksen II ve %22 çoğul eş tanı saptanmıştır. En sık görülen eksen I eş tanısı obsesif kompulsif bozukluk iken en sık görülen eksen II eş tanısının sınır kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır (57).

Çalışmamızda eksen I tanıları içinde yer alan alkol ve madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, somatoform bozukluk ve uyum bozukluğu eş tanısı saptanmamıştır. Yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı ECA çalışmasında %0.1-0.5 arasında bulunurken, somatoform bozukluk için bu değer %0.1 olarak verilmiştir (1). Çalışmamızda bu hastalıkların eş tanısının bulunmaması bunların genel toplumdaki yaşam boyu yaygınlık oranlarının çok düşük olmasına ve çalışmamızda eş tanısı değerlendirilen hasta sayısının düşük olmasına bağlı olabilir. Aynı şekilde uyum bozukluğunun psikiyatri hastaları içindeki yaşam boyu yaygınlığı %10 olarak bildirilirken (33), yukarda söz edilen sınırlayıcı etkenlerden dolayı çalışmamızda eş tanısı saptanmamıştır. Örneklem içinde yalnızca 10 kişiye iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konması ve bu sayının geniş kapsamlı bir eş tanı çalışması için yetersiz olması çalışmamızı bu alanda sınırlayıcı bir etkendir.

Çalışmamızda hastalardan 5'ine (%50) eksen II tanısı konmuştur. Bir kişiye (%10) şizoid, bir kişiye (%10) çekingen, bir kişiye (%10) sınır, bir kişiye (%10) antisosyal ve bir kişiye de (%10) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunda eksen II eş tanısı yaygınlığı %40-50 arasında bulunmuştur (101,102). En sık raslanan kişilik bozuklukları histriyonik, obsesif kompulsif, sınır ve çekingen kişilik bozuklukları iken şizoid, şizotipal ve bağımlı kişilik bozukluğu daha nadir görülmektedir (103). Sınır kişilik bozukluğunun iki uçlu duygudurum bozukluğunda sık görülmesi nedeniyle bu

iki uçlu duygudurum bozukluğunun atipik bir biçimi olabileceği ileri sürülmüştür (104). Ülkemizde Üçok ve ark.'nın (1998) çalışmasında iki uçlu duygudurum bozukluğu olanlarda en az bir kişilik bozukluğu eş tanısı %47.7 olarak bulunurken, en sık görülen kişilik bozuklukları obsesif kompulsif ve histriyonik kişilik bozukluğu olarak saptanmıştır (103). Genel eksen II eş tanı yaygınlığı bulgularımız literatürle uyumludur, ancak her bir kişilik bozukluğu için hasta sayısının azlığı nedeniyle genelleme yapılamamaktadır. İki uçlu duygudurum bozukluğunda eksen I ve eksen II eş tanılarının varlığını daha iyi değerlendirebilmek için daha fazla çalışmaya gerek vardır.

### **V.3. Yaşam Kalitesi**

Çalışmamızda iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı koyduğumuz hastaların yaşam kalitesini SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğiyle değerlendirerek bu değerleri kontrol grubuyla karşılaştırdık. İki grup arasında SF-36 fiziksel işlevsellik, ağrı, vitalite ve mental sağlık alt ölçekleri arasında anlamlı fark bulunmazken; fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçeklerinde hasta grubundaki değerler anlamlı olarak daha düşük bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kontrol grubunda sağlığını bir yıl öncesine göre kötü ya da orta derecede hissedenden kimse yokken hasta grubunda bir kişi orta (%10), iki kişi (%20) daha kötü olarak nitelendirmiştir.

Yaşam kalitesi kavramı yalnızca hastalığın olmamasıyla sınırlı değildir. Kişinin mental, fiziksel, sosyal, işlevsel ve ruhsal alanlarda sağlıklı olmasını içerir (105). Son dönemlerde yapılan çalışmalarda iki uçlu duygudurum bozukluğunda yaşam kalitesinin düşük olduğu ve duygudurum dönemlerine göre değişiklik gösterdiği ileri sürülmüştür (106). İki uçlu duygudurum bozukluğuyla yaşam kalitesi arasında çok yönlü ve karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Depresif belirtilerin düzeyi, kadın cinsiyeti, tanı konmadan geçen sürenin uzunluğu iki uçlu duygudurum bozukluğunda düşük yaşam kalitesinin belirteçleri olarak ileri sürülmüştür (105). İki uçlu duygudurum bozukluğu kişinin eğitim, mesleki, parasal, sosyal ve kişiler arası ilişkilerinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır (51). İki uçlu duygudurum bozukluğunda sıklıkla alkol ve madde bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu eş tanılarının ayrı ayrı varlığı yaşam kalitesindeki bozulmayı artırmaktadır (107-109). Her iki eş tanının varlığında ise yaşam kalitesi değerleri yalnız anksiyete bozukluğu ve yalnız alkol ve madde bağımlılığı eş tanısının

varlığına göre anlamlı olarak daha çok düşmektedir (110). Anksiyete bozukluğu eş tanısı varlığında özkıyım girişimi oranı da artmaktadır (108). Lityum, karbamazepin ve antipsikotiklerle ilişkili olarak görölen kilo ve vücut kitle indeksi artışı iki uçlu duygudurum bozukluğunda kontrol grubuna göre daha yüksektir ve yaşam kalitesini bozan bir etken olarak ortaya çıkar (111). İki uçlu duygudurum bozukluğunda genel tıbbi hastalık eş tanısı da yüksek orandadır ve bu grupta yaşam kalitesi değerleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur (112). Arnold ve ark.'nın (2000) yaptığı çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında SF-36'nın fiziksel işlevsellik alt ölçeğindeki farklılık genel topluma göre anlamsız bulunurken diğer alt ölçek puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (49). Yatham ve ark.'nın (2004) çalışmasında ise depresif dönemde olan iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (50). Bu bulgular vitalite dışında çalışmamızla uyumludur. Çalışmamızda fiziksel işlevsellik, ağrı, vitalite ve mental sağlık alt ölçeklerinde anlamsız sonuçlar bulunması hastaların SF-36'yı yanıtladıkları sırada ötimik dönemde olmalarına bağlı olabilir. Sierra ve ark.'nın (2005) çalışmasında ise iki uçlu duygudurum bozukluğunda tüm SF-36 alt ölçek değerleri kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (9). Piccinni ve ark.'nın (2007) çalışmasında ise iki aydan uzun süredir remisyonda olan iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında, remisyon süresi iki aydan kısa olan ya da manik ya da depresif bulgusu olan gruplara oranla fiziksel işlevsellik, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve mental sağlık alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada manik bulgusu olanlarda, depresyon bulgusu olanlara göre vitalite, genel sağlık ve mental sağlık alt ölçeklerinde daha yüksek puanlar bulunmuştur (52). Çeşitli çalışmalarda depresif dönemlerde yaşam kalitesi değerlerinin daha düşük olduğu ve iki uçlu duygudurum bozukluğunda yaşam kalitesi düşüklüğü için öngörücü bir etken olduğu ileri sürölmüştür (55,113). İki uçlu duygudurum bozukluğunda genel olarak yaşam kalitesinin en iyi ötimik dönemde olduğu, manik/hipomanik dönemde karışık ve depresif dönemlere göre daha iyi olduğu ve en kötü depresif dönemde olduğu bildirilmiştir (114). Yaşam kalitesindeki bozulmanın iki uçlu I bozuklukla sınırlı olduğunu bildiren çalışmaların (109) yanı sıra, iki uçlu II bozuklukta yaşam kalitesinin iki uçlu I bozukluğa göre daha fazla bozulduğunu bildiren yayınlar da vardır (105,115,116). Ülkemizde Özer ve ark.'nın yaptığı çalışmada, ataklar arası dönemde olan ve duygudurum düzenleyici ilaç

kullanan hastalarda, kullanmayanlara göre genel işlevsellik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada antipsikotik kullanan hastalarda kullanmayanlara göre işlevsellik daha kötü, yeti yitimi daha fazla bulunmuştur (53).

İki uçlu duygudurum bozukluğu ve yaşam kalitesi konusunda yapılan çalışmalar genel olarak bu hastalarda yaşam kalitesinde çeşitli işlevsellik alanlarında önemli düşüşler olduğunu belirtmiştir. Depresif dönemlerde diğer dönemlere göre yaşam kalitesinde daha ciddi bozukluğun görüldüğünü bildiren yayınlar çoğunluktadır. Çalışmamızda tanı konan tüm hastalara SF-36 uygulanmakla birlikte, hasta sayısının az olması nedeniyle ötimik, manik ya da depresif durumlar arasında karşılaştırma yapılmamıştır. Yine aynı nedenle iki uçlu I, iki uçlu II bozukluk ve siklotimik bozukluğu olanların yaşam kalitesi de karşılaştırılmamış, tüm iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalar için genel değerler verilmiştir. Gerek ötimik, manik ve depresif dönemlerin, gerekse de iki uçlu I, iki uçlu II ve siklotimik bozukluğun yaşam kalitelerini ortaya koymak için daha geniş kapsamlı çalışmalara gerek vardır.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, eş tanılarının varlığı ve hastaların yaşam kalitesinin araştırılması amaçlandı.

Çalışmamızda Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %0.71, yıllık yaygınlığı %0.43, nokta yaygınlığı ise %0.21 olarak bulundu. İki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.43, bir yıllık yaygınlığı %0.21, nokta yaygınlığı %0.07; iki uçlu II bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.14, bir yıllık yaygınlığı %0.07; siklotimik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.14, bir yıllık yaygınlığı %0.14 ve nokta yaygınlığı %0.14 olarak bulundu.

Hastaların %30'una (n=3) DSM-IV eksen I bozuklukları eş tanısı kondu: Yaygın anksiyete bozukluğu (%20) ve agorafobisiz panik bozukluğu (%10). Hastaların %50'sine (n=5) eksen II eş tanısı kondu: Sınır kişilik bozukluğu (%10), şizoid kişilik bozukluğu (%10), antisosyal kişilik bozukluğu (%10), çekingenn kişilik bozukluğu (%10) ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%10). Hastaların %20'sinde (n=2) eksen I ve eksen II eş tanıları beraber saptandı.

Hasta grubunda kontrol grubuna göre SF-36'nın fiziksel rol gücülüğü, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol gücülüğü alt ölçek puanları anlamlı düzeyde daha düşük bulundu.

Çalışmamız Sivas il merkeziyle sınırlı kalmıştır. İki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığını, eş tanılarını daha iyi ortaya koymak ve hastaların yaşam kalitesini daha iyi saptamak için kapsamlı çalışmalara gerek vardır.

İki uçlu duygudurum bozukluğunda eksen I ve eksen II eş tanı oranı yüksektir. Bu durum hastanın yaşam kalitesinin yanı sıra sosyal, mesleki, ailesel ve parasal açılardan da bozulmalara yol açar; özkıyım girişimi riskini artırır. İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konurken eş tanılarının dikkatli araştırılarak saptanması sağaltımın daha doğru şekilde uygulanmasını sağlayarak hastanın yaşam kalitesinin, sosyal, mesleki, ailesel, parasal işlevselliğinin ve yaşam beklentisinin artmasına katkıda bulunabilir.

### KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth ed., Philadelphia; Lippincott Williams&Wilkins, 2005.
2. Schaffer A, Carney J, Cheung A, Veldhuizen S, Levitt A. Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. Can J Psychiatry 2006; 51:9-16.
3. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (psychotic) Disorders. Bipolar Disord 2005; 7:326-337.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th Edition, Washington DC, APA Press, 1994.
5. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorder and hypomania. J Affect Disord 2003; 73:133-146.
6. Angst J, Gamma A. A new bipolar spectrum concept: a brief review. Bipolar Disord 2002; 4(Suppl.1):11-14.
7. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, MöllerHJ, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorder. J Affect Disord 2000; 59:5-30.
8. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. Compr Psychiatry 2003; 44:28-34.
9. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. Bipolar Disord 2005; 7:159-165.
10. Bidzinska L. Stress factors in affective disorders. Br J Psychiatry 1984; 144:161-166.
11. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Sekizinci baskı, Ankara, Feryal Matbaası, 2001.
12. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003.

13. Pies R. The historical roots of the “bipolar spectrum”: did Aristotle anticipate Kraepelin’s broad concept of manic-depression? *J Affect Disord* 2007; 100:7-11.
14. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001; 67:3-19.
15. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16(Suppl.1):4-14.
16. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. MO Öztürk (çev.), Ankara, Medikomat Matbaası, 1993.
17. Doğan O (Yayın sorumlusu). Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası, 1995.
18. Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common reed to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 4:1-4.
19. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic-depressive Association survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31:281-294.
20. Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. İki Uçlu Bozukluk. ET Oral (çev.), İstanbul, CSA Medikal Yayın, 2003.
21. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50:143-151.
22. Szadocky E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Furedi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998; 50:153-162.
23. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7:119-125.
24. Negash A, Alem A, Kebede D, Deyessa N, Shibre T, Kullgren G. Prevalence and clinical characteristics of bipolar I disorder in Butajira, Ethiopia: a community based study. *J Affect Disord* 2005; 87:193-201.
25. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996; 60:174-196.

26. Dubowsky SL, Davies R, Dubowsky AN. Mood disorders. RE Hales, SC Yudofsky (eds.), *Essentials of Clinical Psychiatry*, second ed., Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004, p.243-338.
27. Savaş AH, Yumru M. Bipolar (iki uçlu) bozuklukta genetik çalışmalar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2006; 2:10-16.
28. Ceylan ME, Oral ET. *Duygudurum Bozuklukları*. İstanbul, 2001.
29. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1552-1562.
30. Sofuoğlu S, Gönül AS. Bipolar bozukluğun nörobiyolojisi. *Duygudurum Dizisi* 2001; 6:288-300.
31. Larsen JK, Faber J, Christensen EM, Bendsen BB, Solstad K, Gjerris A, et al. Relationship between mood and TSH response to TRH stimulation in bipolar affective disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29:917-924.
32. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol & Metabol Clin North America* 1997; 26:279-294.
33. Güleç C, Köroğlu E (eds.). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
34. Chengappa NKR, Levine J, Gershon S, Kupfer DJ. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. *Bipolar Disord* 2000; 2:191-195.
35. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *J Am Med Assoc* 1990; 264:2511-2518.
36. Winokur G, Turvey C, Akiskal HS, Coryell W, Solomon D, Leon A, Mueller Endicott J, Maser J, Keller M. Alcoholism and drug abuse in three groups- bipolar I, unipolar and their acquaintances. *J Affect Disord* 1998; 50:81-89.
37. Tamam L. Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18:59-71.
38. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res* 1995; 59:57-64.



39. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002; 68:1-23.
40. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck Jr PE, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:420-426.
41. Boylan KR, Bieling PJ, Mariott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1106-1113.
42. Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disord* 2004; 6:470-479.
43. Perugi G, Akiskal HS, Toni C, Simonini E, Gemignani A. The temporal relationship between anxiety disorder and (hypo)mania: a retrospective examination of 63 panic, social phobic and obsessive-compulsive patients with comorbid bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 67:199-206.
44. Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan AE. Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiye’de Psikiyatri* 2007; 9:18-25.
45. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar. İkinci baskı*, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2001.
46. Kilzieh N, Akiskal HS. Rapid-cycling bipolar disorder: an overview of recent research and clinical experience. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22:585-607.
47. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48:445-457.
48. Preda A, MacLean RW, Mazure CM, Bowers Jr. MB. Antidepressant associated mania and psychosis resulting in psychiatric admission. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:30-33.
49. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck Jr PE. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord* 2000; 57:235-239.

50. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Haris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord* 2004; 6:379-385.
51. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res* 2006; 15:25-37.
52. Piccinni A, Catena M, Debbio AD, Marazziti D, Monje C, Schiavi E, et al. Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar outpatients. *Compr Psychiatry* 2007; 48:323-328.
53. Özer SK, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:111-120.
54. Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000; 157:220-228.
55. Hayhurst H, Palmer S, Abbott r, Johnson T, Scott J. Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures. *Qual Life Res* 2006; 15:1271-1280.
56. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium 2006. Arlington, Virginia, APA, 2007.
57. Yüksel N. Psikofarmakoloji. İkinci baskı, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003.
58. Çınar Z. Sivas İl Merkezinde Yapılacak Sağlık Araştırmalarında Kullanılmak Üzere Çeşitli Sayı ve Nitelikte Örneklem Planının Geliştirilmesi. Yayımlanmamış Biyoistatistik Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1990.
59. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2006.
60. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:102-106.
61. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. A Çorapçıoğlu (Çev. ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
62. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik

- Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu. S Sorias (Çev. ed.), İzmir, Ege Üniversitesi Yayınları, 1990.
63. Cansever A, Özşahin A. Siklotimik bozukluk. Duygudurum Dizisi 2001; 5:241-246.
  64. Marneros a. Mood disorders: epidemiology and natural history. Psychiatry 2006; 5:119-122.
  65. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry 2004; 49:124-138.
  66. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1992; 241:247-258.
  67. Stefansson JG, Lindal E, Björnsson JK, Guomundsdottir A. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:142-149.
  68. Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA. Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. Aust N Z J Psychiatry 1989; 23:315-326.
  69. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhau S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. Psychol Med 1997; 27:1079-1089.
  70. Fogarty F, Russell JM, Newman SC, Bland RC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Mania. Acta Psychiatr Scand 1994; 89(Suppl.376):16-23.
  71. Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. Psychiatric Res 2004; 121:293-301.
  72. Goldney RD, Fisher LJ, Grande ED, Taylor AW. Bipolar I and II disorders in a random and representative Australian population. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39:726-729.
  73. Pini S, deQueiroz V, Pagnin D, Pesawas L, Angst J, Cassano GB, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. Eur

- Neuropsychopharmacol 2005; 15:425-434.
74. Regeer EJ, ten Have M, Rosso ML, van Roijen LH, Vallebergh W, Nolen WA. Prevalence of bipolar disorders in the general population: a reappraisal study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:374-382.
  75. ten Have M, Vollebergh V, Bijl R, Molen WA. Bipolar disorder in the general population in the Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002; 68:203-213.
  76. Noyan MA, Karababa AO, Veznedaroğlu B, Elbi H, Korukoğlu S. İzmir’de yarı kırsal bir bölgede mevsimsel duygudurum bozukluğunun yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2:169-174.
  77. Katzow JJ, Hsu DJ, Ghaemi SN. The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar Disord* 2003; 5:436-442.
  78. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30:279-292.
  79. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche E. Validating the soft bipolar spectrum in the French National EPIDEP study: the prominence of BP-II ½. *J Affect Disord* 2006; 96:207-213.
  80. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking in to account subthreshold cases. *J Affect Disord* 2003; 73:121-131.
  81. Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RMA, Merikangas KR, et al. Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord* 2006; 96:259-269.
  82. Jonas BS, Brody D, Roper M, Narrow WE. Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:618-624.
  83. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *J Am Med Assoc* 1990; 264: 2511-2518.
  84. Mitchell JD, Brown ES, Rush AJ. Comorbid disorders in patients with bipolar

- and concomitant substance dependence. *J Affect Disord* 2007; 102:281-287.
85. Potash JB, Kane HS, Chiu Y, Simpson SG, MacKinnon DF, McInnis MG, et al. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry* 2000; 157:2048-2050.
  86. Comtois KA, Russo JE, Roy-Byrne P, Ries RK. Clinicians assessments of bipolar disorder and substance abuse as predictors of suicidal behavior in acutely hospitalized psychiatric inpatients. *Biol Psychiatry* 2004; 56:757-763.
  87. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff K, et al. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160:883-889.
  88. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Nichols M, Caldeira NA, Sher L, Dervic K, et al. Agression and substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006; 8:496-502.
  89. McIntyre RS, Soczynska JK, Bottas A, Bordbar K, Konarski JZ, Kennedy SH. Anxiety disorders and bipolar disorder: a review. *Bipolar Disord* 2006; 8:665-676.
  90. Goodwin RD, Hoven CW. Bipolar-panic comorbidity in the general population: prevalence and associated morbidity. *J Affect Disord* 2002; 70:27-33.
  91. Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW, et al. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2007; 41:255-264.
  92. Simon NM, Otto MW, Fischmann D, Racette S, Nierenberg AA, Pollack MH, et al. Panic disorder and bipolar disorder: anxiety sensitivity as a potential mediator of panic during manic states. *J Affect Disord* 2005; 87:101-105.
  93. Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S, Nassini S, Toni C, Milanfranchi A, et al. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar II connection? *J Psychiatr Res* 1999; 33:53-61.
  94. Pini S, Maser JD, Dell'Osso L, Abelli M, Muti M, Gesi C, Cassano GB. Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder: a clinical replication. *Anxiety Disord* 2006; 20:1148-1157.

95. Simon NM, Otto MW, Wisniewski RR, Fossey M, Sağduyu K, Frenk E, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2222-2229.
96. Goldstein BI, Herrmann N, Shulman KI. Comorbidity in bipolar disorder among the elderly: results from an epidemiological community sample. *Am J Psychiatry* 2006; 163:319-321.
97. Goldstein BI, Levitt AJ. Prevalence and correlates of bipolar I disorder among adults with primary youth-onset anxiety disorders. *J Affect Disord* 2007; (in press).
98. Levander E, Frye MA, McElroy S, Suppes T, Grunze H, Nolen WA, et al. Alcoholism and anxiety in bipolar illness: differential lifetime anxiety comorbidity in bipolar I women with and without alcoholism. *J Affect Disord* 2007; 101:211-217.
99. Goodwin RD, Stayner DA, Chinman MJ, Wu P, Tebes JK, Davidson L. The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. *Compr Psychiatry* 2002; 43:245-252.
100. Edmonds LK, Mosley BJ, Admiraal AJ, Olds RJ, Romans SE, Silverstone T, et al. Familial bipolar disorder: preliminary results from the Otago Familial Bipolar Genetic Study. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 823-829.
101. Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J. Prevalence of axis II comorbidity in bipolar patients with and without alcohol use disorders. *Ann Clin Psychiatry* 1999; 11:187-195.
102. Barbato N, Hafner RJ. Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:276-280.
103. Üçok A, Karaveli D, Kundakçı T, Yazıcı O. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry* 1998; 39:72-74.
104. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorder. *Compr Psychiatry* 2007; 48:145-154.
105. Gazalle FK, Hallal PC, Andreazza AC, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Weyne F, et al. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2007; (in press).
106. Namjoshi MA, Buesching DP. A review of the health-related quality of life

- literature in bipolar disorders. *Qual Life Res* 2001; 10:105-115.
107. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of life and anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder and panic disorder. *Psychopathology* 2003; 36:255-262.
  108. Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC, Cereser KM, Gazalle FK, Tramontina J, et al. Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Can J Psychiatry* 2007; 52:175-181.
  109. Albert U, Rosso G, Maina G, Bogetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord* 2007; (in press).
  110. Singh J, Mattoo SK, Sharan P, Basu D. Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disord* 2005; 7:187-191.
  111. Wang PW, Sachs GS, Zarate CA, Marangell LB, Calabrese JR, Goldberg JF, Sagduyu K, Miyahara S, Ketter TA. Overweight and obesity in bipolar disorders. *J Psychiatr Res* 2006; 40:762-764.
  112. Fenn HH, Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Williford WO, Kilbourne AM, et al. Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span. *J Affect Disord* 2005; 86:47-60.
  113. Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS, Sachs GS, Thase ME. Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Compr Psychiatry* 2006; 47:161-168.
  114. Vojta C, Kinosian B, Glick H, Altshuler L, Bauer MS. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42:190-195.
  115. Maina G, Albert U, Bellodi L, Colombo C, Faravelli C, Monteleone P, et al. Health-related quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:207-212.
  116. Robb JC, Cooke RG, Devins GM, Young LT, Joffe RT. Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Psychiatr Res* 1997; 31:509-517.

## EK-I

### İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ (DSM-IV)

DSM-IV-TR’de majör depresif nöbet için tanı ölçütleri şu şekildedir:

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

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

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

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

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

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

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

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

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

9. Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek için özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karışık dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

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

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel



bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

DSM-IV-TR’de manik nöbetin tanı ölçütleri (4):

A. En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

1. Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite.
2. Uyku gereksinmesinde azalma.
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı.
5. Dikkat dağınıklığı (dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir).

6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.

7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu belirtiler karışık dönemin ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-IV-TR’de karışık dönemin tanı ölçütleri:

A. En az 1 haftalık bir dönem boyunca hemen her gün, hem bir manik dönem hem de bir majör depresif dönem için tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-IV-TR’de hipomanik dönemin tanı ölçütleri:

- A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.
- B. Manik dönem B ölçütünün karşılanması.
- C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.
- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.
- E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.
- F. Bu belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

## EK-II

**ÇALIŞMA KAPSAMINA ALINAN EVLERİN SOSYOEKONOMİK  
DÜZEYLERİNİN (SED) MAHALLELERE GÖRE DAĞILIMI**

Mahalleler	SED			Mahalleler	SED		
	D	O	Y		D	O	Y
Akdeğirmen	8	5	2	Kaleardı	-	2	2
Alibaba	7	8	2	Karşıyaka	6	3	-
Altuntabak	16	12	-	Kılavuz	6	9	-
Aydoğan	8	11	4	Kızılırmak	4	3	-
Bahtiyarbostan	2	-	-	Küçük Minare	4	1	1
Çayyurt	3	5	5	Mehmet Paşa	1	5	4
Çiçekli	4	8	-	Mısmılırmak	2	1	-
Dedebalı	7	1	-	Örtülüpınar	10	4	1
Demircilerardı	1	1	-	Paşabey	-	1	1
Dört Eylül	21	13	2	Pulur	-	-	4
Ece	4	3	2	Sularbaşı	1	1	-
Emek	9	10	1	Tuzlugöl	3	-	-
Esentepe	7	6	1	Ulanak	1	4	1
Eskikale	1	1	1	Üçlerbey	2	2	-
Ferhatbostan	1	2	1	Yahyabey	4	4	1
Gökçebostan	8	7	2	Yapı	8	8	1
Gökmedrese	-	-	2	Yenidoğan	11	9	-
Gülyurt	1	3	1	Yeşilyurt	7	2	1
Halil Rıfat Paşa	2	4	1	Yiğitler	-	2	-
İnönü	13	7	-	Yüceyurt	10	3	1
TOPLAM					203	171	45

D: Düşük, O: Orta, Y: Yüksek

**EVLERİN SOSYOEKONOMİK DÜZEYLERİNİN (SED) CADDE, LOJMAN  
VE KOOPERATİF EVLERİNE GÖRE DAĞILIMI**

Caddeler, lojmanlar ve kooperatif evleri	SED			Caddeler, lojmanlar ve kooperatif evleri	SED		
	D	O	Y		D	O	Y
Abdi İpekçi Cad.	1	4	1	Niksar Cad.	2	-	-
Alibaba Cad.	1	2	-	Otuzdokuz Evler	2	-	-
Cemal Gürsel Cad.	-	1	-	Öğretmen Evleri	1	1	-
Dikilitaş Cad.	-	1	-	Paşabostan Cad.	2	1	-
Fevzi Çakmak Cad	-	-	3	Rahmi Günay Cad	-	1	5
H.Rıfat Paşa Cad.	2	3	2	Sabri Koçak Cad.	1	-	-
Hayri Sığırcı Cad.	1	2	-	Sait Paşa Cad.	-	1	-
Hikmet Işık Cad.	1	1	2	Seyran Evler	-	1	-
Höllüklük Cad.	1	3	-	Şehitler Cad.	1	-	-
İnönü Cad.	1	-	-	Türk-İş Blokları	1	2	-
Kazancılar Cad.	1	-	-	Üniversite Lojmanları	-	-	5
Kepenek Cad.	1	2	1	Yeni Ata Sanayi	-	1	-
Kışla Cad.	-	2	-	Yıldız Evler	-	1	1
Kurtcebe Noyan Cad.	1	1	-	Yiğitler Cad.	-	1	-
Mevlana Cad.	4	5	-	YSE Blokları	-	1	1
M.Akif Ersoy Cad.	-	1	-	Yüzüncü Yıl Sitesi	1	1	-
Menderes Cad.	-	1	-				
TOPLAM					26	43	22

D: Düşük, O: Orta Y: Yüksek

### EK-III

#### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**Adı, soyadı:** .....

**Cinsiyeti:** 1) E 2) K

**Yaşı: .....**

**Medeni durumu:** 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış ayrı yaşıyor

**Çocuk sayısı:.....**

**Eğitim düzeyi:** 1) Okuryazar değil 3) Lise  
2) İlköğretim 4) Yüksekokul / Üniversite

**Mesleği:** 1) İşçi 4) Ev hanımı  
2) Memur 5) Serbest  
3) Öğrenci 6) Diğer

**Sosyal güvencesi:** 1) Yok 4) Emekli sandığı  
2) SSK 5) Yeşil kart  
3) Bağ-Kur 6) Özel sigorta

**Aile yapısı:** 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile

**Yaşanılan yerdeki durum:** 1) Şehrin yerlisi 2) Göç ederek gelmiş

**Konut durumu:** 1) Kendi evi 2) Kira

**Ailenin aylık gelir durumu:** 1) 750 YTL ve daha düşük 2) 751-1500 YTL arası  
3) 1501 YTL ve üzeri

**Ailede fiziksel hastalık öyküsü:** 1) Var 2) Yok

1) HT 2) KAH 3) CA 4) Diğer

**Kendisinde fiziksel hastalık öyküsü:** 1) Var 2) Yok

1) HT 2) KAH 3) CA 4) Diğer

**Ailede ruhsal hastalık öyküsü:** 1) Var 2) Yok

Varsa hangisi .....

**Kendisinde ruhsal hastalık öyküsü:** 1) Var 2) Yok

**Hastalık süresi:** 1) 1 yıldan az 2) 1-3 yıl 3) 4-5 yıl 4) 5 yıldan uzun

**Ruhsal hastalık atağı sayısı:.....**

**İlaç kullanım öyküsü:** 1) Sürekli ve düzenli 2) Sürekli ve düzensiz  
3) Düzensiz 4) Hiç ilaç kullanımı yok

**Alışkanlıkları:** 1) Sigara 2) Alkol 3) İlaç-madde 4) Diğer 5) Yok

**EK-IV**  
**SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?  
A. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
B. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
C. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
D. Merdivenle çok sayıda kat çıkma  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
E. Merdivenle bir kat çıkma  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
F. Eğilme veya diz çökme  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
G. Bir-iki kilometre yürüme  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
H. Birkaç sokak öteye yürüme  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
I. Bir sokak öteye yürüme  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor  
J. Kendi kendine banyo yapma ya da giyinme  
I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor
4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz ya da diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?  
A. İş ya da diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?  
I- Evet II- Hayır  
B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?  
I- Evet II- Hayır  
C. İş ya da diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?  
I- Evet II- Hayır

D. İş ya da diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)?

I- Evet II- Hayır

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük ya da kaygı) sonucu olarak işiniz ya da diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

A. İş ya da diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

I- Evet II- Hayır

B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

I- Evet II- Hayır

C. İşinizi ya da diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

I- Evet II- Hayır

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş ya da komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Şiddetli e) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

B. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

C. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

D. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

E. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

F. Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

G. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

H. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman  
I. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

**10.** Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş ya da akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

**11.** Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlıştır?

A. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış  
e) Kesinlikle yanlış

B. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış  
e) Kesinlikle yanlış

C. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış  
e) Kesinlikle yanlış

D. Sağlığım mükemmel.

a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış  
e) Kesinlikle yanlış