

Güz / Autumn 2017

Cilt / Volume 7

Sayı / Issue 3

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: March, June, September, December

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey

E. Timuçin Oral

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Publishing Manager

Ömer Aydemir

Genel Yayın Yönetmenleri / Editors-in-Chief

Mustafa Sercan, Simavi Vahip

Yayın Yönetmenleri / Editors

Berna Binnur Kıvırcık Akdede, Artuner Deveci, Kürşat Altınbaş

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors

Aylin Ertekin Yazıcı, Medine Yazıcı, Pınar Çetinay, Sedat Batmaz, Özlem Kuman Tuncel, Damla İşman Haznedaroğlu

Danışma Kurulu / Advisory Board

Fisun Akdeniz, İzmir

Erhan Akıncı, İzmir

Tunç Alkın, İzmir

Cem Atbaşoğlu, Ankara

Ayşe Devrim Başterzi, İstanbul

Can Cimilli, İzmir

Murat Demet, Manisa

Halise Devrimci Özgüven, Ankara

Burcu Raşan Erim, Bolu

Turan Ertan, İstanbul

Ayşen Esen Danacı, Manisa

Cüneyt Evren, İstanbul

Peykan Gökalp, İstanbul

Leyla Gülseren, İzmir

Cem İncesu, İstanbul

İsmet Kırpınar, İstanbul

Işın Baral Kulaksızoğlu, İstanbul

Fatih Öncü, İstanbul

Özen Önen Sertöz, İzmir

Hüseyin Soysal, İstanbul

Cengiz Tuğlu, Edirne

Zeliha Tunca, İzmir

Raşit Tükel, İstanbul

Simavi Vahip, İzmir

Yankı Yazgan, İstanbul

Olcay Yazıcı, İstanbul

Mustafa Yıldız, Kocaeli

Şahika Yüksel, İstanbul

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği

Tunus Cad. 59/5

Kavaklıdere, Ankara

Tel. 0312 468 74 97

www.psikiyatri.org.tr

e-posta:

soaydemir@yahoo.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel : 0 312 431 3062

Faks : 0 312 431 3602

e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.

Matbaacılar Sanayi Sitesi 1516/1 Sk. No: 27

Yenimahalle, Ankara

Tel : 0 312 395 2128

Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: Nisan 2018

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazıların belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kaleme alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleleyen bir olgu, tek aralık ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okumayı, anlaşılmasını ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonda ayrı sayfalarda verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılacaktır.
- Metin içinde numaralar üstsimge niteliğinde yazılacaktır. Örnek: 1.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında verilir.
- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak

numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)

- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer almaz.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stilinin daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılmış)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı);
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (*italik yazılmalıdır*).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (isimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (*italik*).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (*italik yazılmalıdır*)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).

- Bildiri adı.
- Kongre adı (*italik yazılmalıdır*)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12 -16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

Dergide Makale (Elektronik): Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- [Çevrimiçi]
- Yayın yılı;
- Cilt numarası;
- (Sayı)
- Makalenin sayfa numaraları.
- Ulaşılabilirliği adres: URL ya da DOI
- [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabilirliği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabilirliği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (*italik olmalıdır*)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabilirliği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebilirliği adres: [Erişim 18 temmuz 2008].

önsöz

Güz 2017

Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi Psikiyatride Güncel bu kez de klinik uygulamada oldukça önemli bir gereksinim olduğunu gözlemlediğimiz bir konu ile karşınızda: **Tanıdan Sağaltıma Zor Bipolar Hastalar...**

Bipolar bozukluk genellikle erken erişkinlikle başlar, yineleyicidir, özkıyım riski ve işlevsellikte sorunlar yaratma potansiyeli oldukça yüksektir. Başarılı sağaltım birçok hastanın risk, komplikasyon ve yitimlerinin en az düzeyde kalmasını sağlayabilmektedir. Yetersiz sağaltım uygulanan ya da sağaltıma yeterli yanıt alınamayan bipolar bozukluk tanılı hastalarda bu sonuçların hastalara fazlasıyla bedel ödettiği de açıktır. Her hastanın ayrı bir hasta olduğu ve kişiye özgü formülasyonla gereksinimlerin belirlenerek sağaltımın ona göre planlanması gerektiği de artık uygulamada ödün verilemeyecek bir standarttır.

Öte yandan bazı özelliklerin ve durumların çok sayıda hastada olağan bipolar bozukluk sağaltımında ciddi güçlükler yaratabildiği de yaygın karşılaşılan durumlardır. Bedensel ve psikiyatrik ektanidan sağaltıma uyum ve katılım güçlüklerine, sağaltıma dirençli tablolardan adli süreçlere birçok konu bu kapsamda ele alınabilir. Dahası bu tür zor hastalar belki de sanıldığı kadar aksine olağan ve zor olmadığı düşünülen hastalardan sayıca çok daha fazladır.

Psikiyatride Güncel'in bu sayısında bipolar bozukluk tanılı zor hastalar zorluk yaratan birçok özellik yönünden ayrıntılı değerlendirmeye alınmıştır.

Öncelikle ektanların varlığında bipolar bozukluğa yaklaşım ve sağaltım üç ayrı yazı ile ele alınmıştır: “*Psikiyatrik ektanlı bipolar bozuklukta tanı ve sağaltım*” Kaan Kora tarafından; “*Bipolar bozuklukta bedensel hastalıklar: Nasıl tanırız? Nasıl tedavi ederiz?*” E.Timuçin Oral ve Bahri İnce tarafından ve “*Alkol ve madde kullanım bozukluğu eşliğinde bipolar bozukluk*” başlıklı yazı da Berna Diclener Uluğ tarafından oldukça kapsamlı ve klinisyen gereksinimleri gözetilerek kaleme alınmıştır.

Gerek hastaların ve yakınlarının gerekse klinisyenlerin en çok zorlandığı konuların başında gebelik ve adli sorunlar gelmektedir. “*Gebelik ve lohusalıkta bipolar bozukluk ve gebelik düşünen hasta ve ailesine kılavuzluk*” Fisun Akdeniz ve Ebru Aldemir tarafından kaleme alınmıştır. Ceza yasasından medeni yasaya, zorla yatıştan zorla sağaltım uygulanmasına birçok önemli konu çok öğretici öneriler ve olgu örnekleri ile “*Adli yönü ile zor bipolar hastalar: Medeni yasadaki ceza yasasına adli süreçler*” başlığı altında Doğan Yeşilbursa ve Deniz Güneş tarafından ele alınmıştır.

Sağaltıma ilk uygulamalarda yeterli yanıt alınamayan dirençli hastalar ve uzun dönem sağaltımda karşılaşılan zorluklar da beş yazıya konu olmuştur: “*Sağaltıma dirençli manik hastalar ve tedaviyi reddeden manik hastalar*” (Ömer Aydemir); “*Dirençli bipolar depresyon: Tanıdan sağaltıma*” (Simavi Vahip); “*Belki de en zor... Bipolar bozukluk tanılı hastaların uzun dönem tedavisi*” (Olca Yazıcı); “*Uzun dönem sağaltım sürdürmede zorlanan hastalar: Anlamak ve ele almak için ipuçları*” (Işıl Vahip) ve “*Bipolar bozukluk sağaltımında duyudurum dengeleyici ilaçların yan etkileri ve başatma yolları*” (Aylin Uluşahin). Yazıların tümünde klinisyenlerin gereksinimleri doğrultusunda olgu örnekleri ve önerilere de yoğun biçimde yer verilmiştir.

Hastaların ve yakınlarının ağır bedeller ödeyebildiği bipolar bozukluklarda, özellikle zor olgularda, daha etkili sağaltım için meslektaşlarımızın uzattığı eli güçlendirmesi umuduyla ...

Prof. Dr. Simavi Vahip

Konuk Yayın Yönetmeni

İçindekiler

Güz 2017

Bu Sayının Konusu:

Tanıdan Sağaltıma Zor Bipolar Hastalar

- | | |
|---|-----|
| ■ Önsöz | III |
| ■ Psikiyatrik ektanlı bipolar bozuklukta tanı ve sağaltım
<i>Kaan Kora</i> | 173 |
| ■ Bipolar bozuklukta bedensel hastalıklar: Nasıl tanırız? Nasıl tedavi ederiz?
<i>E.Timuçin Oral, Babri İnce</i> | 186 |
| ■ Alkol ve madde kullanım bozukluğu eşliğinde bipolar bozukluk
<i>Berna Diclenu Uluğ</i> | 198 |
| ■ Gebelik ve lohusalıkta bipolar bozukluk ve gebelik düşünen hasta ve ailesine kılavuzluk
<i>Fisun Akdeniz, Ebru Aldemir</i> | 211 |
| ■ Adli yönü ile zor bipolar hastalar: Medeni yasadan ceza yasasına adli süreçler
<i>Doğan Yeşilbursa, Deniz Güneş</i> | 221 |
| ■ Tedaviye dirençli manik hastalar ve tedaviyi reddeden manik hastalar
<i>Ömer Aydemir</i> | 233 |
| ■ Dirençli bipolar depresyon: Tanımdan sağaltıma
<i>Simavi Vahip</i> | 240 |
| ■ Belki de en zoru... Bipolar bozukluk tanılı hastaların uzun dönem tedavisi
<i>Olca Yazıcı</i> | 253 |
| ■ Uzun dönem sağaltımı sürdürmede zorlanan hastalar: Anlamak ve ele almak için ipuçları
<i>Işıl Vahip</i> | 264 |
| ■ Bipolar sağaltımında duygudurum dengeleyici ilaçların yan etkileri ve başatme yolları
<i>Aylin Uluşahin</i> | 274 |

Psikiyatrik ektanlı bipolar bozuklukta tanı ve sağaltım

Kaan Kora

Özgeçmiş: 1966 yılında İstanbul'da doğdu. 1990 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991-1996 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı. Bir süre Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi'nde psikiyatri konsültan hekimi olarak görev yaptıktan sonra 2001 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliği görevine başladı. 2017 yılına kadar Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Bipolar Bozukluklar Özei Dal Polikliniği sorumlu öğretim üyesi olarak eğitim ve araştırma aktivitelerini yürütmüştür.

Türkiye Psikiyatri Derneği, Bipolar Bozukluklar Derneği, Türk-Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Psikososyal Sağlık Derneği, Psikolojik Rehabilitasyon ve Eğitim Programları Derneği gibi mesleki örgütlerde kurucu üye veya yönetim kurulu üyesi olarak görev yapmaktadır.

İletişim: Vizyon Psikiyatri, Bağdat Caddesi 270/3, 34738 Caddebostan İstanbul

E-posta: kaankora@gmail.com

ÖZET

Bipolar bozukluklar, sıklıkla farklı psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği bir klinik gidiş göstermektedir. Amerikan Ulusal Ektanı (Komorbidite) Anketi verilerine göre, bipolar bozukluk hastalarının %95'ine yaşamboyu en az üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı konduğu bildirilmiştir. Ektanı varlığı, erken yaşta başlangıç, hızlı döngümlü gidiş, zaman içinde hastalık dönemlerinin şiddetlenmesi ve birinci derece yakınlarda artmış madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Ektanı varlığının artmış özkıyım girişimi, depresyon ile başlangıç ve lityuma kötü yanıt ile de ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre bir eksen I veya eksen II ektansı olan bipolar bozukluk hastalarının, hastalık başlangıcından itibaren uygun sağaltıma ulaşma sürelerinin, saf bipolar bozukluk hastalarına göre çok daha uzun olduğu belirtilmektedir. Bipolar bozuklukta psikiyatrik ektanı varlığının yüksek oranda olmasının nedenleri halen yeterince aydınlatılmamış olmasına rağmen, bipolar bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklar için bir risk faktörü olması veya bipolar bozukluk ile varolan ektanın ortak patofizyolojiye sahip olmaları sonucunda sıklıkla bir arada görüldükleri gibi çeşitli açıklamalar bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta ektanı olarak görülen psikiyatrik bozuklukların genellikle, bipolar bozuklukta önce başladığı düşünölmektedir. On yıllık, toplum temelli bir izlem çalışmasında, ergenlik döneminde başlayan çeşitli psikiyatrik bozuklukların yetişkinlik döneminde görölebilecek erken başlangıçlı bipolar bozukluk için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Buna karşın, obsesif kompulsif bozukluğun veya madde kullanım bozukluklarının bipolar bozuklukta daha sonra başladığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu yazıda bipolar bozuklukta sık görülen çeşitli psikiyatrik ektanlıların varlığının tanı ve sağaltım açısından yarattığı güçlükler ve bunlara yönelik stratejiler ele alınacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, ektanı, tanı, sağaltım

ABSTRACT

Diagnosis and treatment in bipolar disorder with psychiatric comorbidity

Bipolar disorder has a clinical course frequently accompanied by various clinical disorders. According to the American National Comorbidity Survey, it is estimated that 95% of patients with bipolar disorder have been diagnosed with three or more psychiatric disorders in their lifetime. Presence of comorbid disorders have been found to correlate with early onset of the disorder, rapid cycling, aggravation of the episodes during course of the disorder, and an increased rate of drug abuse in the first degree relatives. There are also studies indicating that comorbidity is correlated with increased suicide rates, onset with a depressive episode, and treatment outcomes unresponsive to lithium. As DSM-IV criteria point out, bipolar disorder patients with an Axis I or Axis II comorbid diagnosis, have a longer time to achieve appropriate treatment compared with patients without the comorbid disorders. Although the reasons of high comorbidity rates in bipolar disorder are still far from being conclusive, various explanations concur on the observation that bipolar disorder constitutes a major risk factor for other psychiatric disorders or that bipolar disorder and the comorbid disorders are coexistent because of shared pathophysiological backgrounds. It is generally assumed that the comorbid psychiatric disorders have an earlier onset than bipolar disorder. In a 10 year long community based follow up study, it was shown that various psychiatric disorders that began in adolescence were risk factors for early onset bipolar disorder. On the other hand, there are some studies which indicate that obsessive-compulsive disorder or substance related and addictive disorders develop secondarily to bipolar disorder. This article aims to provide a brief review on the difficulties encountered in diagnosis and treatment of bipolar disorder in the presence of comorbid psychiatric disorders and on the available strategies to manage these obstacles.

Key words: Bipolar disorder, comorbidity, diagnosis, treatment

Erken yaşlarda başlayan, tekrarlayıcı, hastalık dönemleri arasında eşik altı veya kalıntı belirtilerin de zaman zaman gözleendiği bipolar bozukluk, özellikle doğru tanı konamadığı için uygun sağaltımın geciktiği veya sağaltım yanıtının yeterli olmadığı olgularda işlevselliği önemli ölçüde bozucu ve yaşam kalitesini azaltıcı bir bozukluktur. Tüm bu zorlayıcı özelliklerinin yanında bipolar bozukluk, sıklıkla farklı psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği bir klinik gidiş göstermektedir.

Klinik pratikte psikiyatrik ektanın bir istisna olarak karşılaşılabileceğimizden çok daha sık gözlenmesinin, Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ve Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD) gibi tanı sınıflandırma sistemlerinin sunduğu bakış açısından kaynaklandığını ileri sürenler bulunmaktadır¹. Öte yandan, bipolar bozuklukta diğer tüm bozukluklara kıyasla daha yüksek oranlarda psikiyatrik ektanı ile karşılaşıldığı da çoğu araştırmacı tarafından kabul görmektedir. Amerikan Ulusal Ektanı (Kororbidite) Anketi verilerine göre, bipolar bozukluk hastalarının %95'ine yaşamboyu en az üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı konduğu bildirilmiştir². Bipolar bozukluk tanılı 288 hastanın alındığı bir başka çalışmada ise, hastaların %65'inin çalışma sırasında DSM-IV tanı ölçütlerine göre en az bir yaşam boyu eksen I bozukluk ektansı olduğu saptanmıştır³. Aynı çalışmada hastaların %42'sinde iki veya daha fazla, %24'ünde ise üç veya daha fazla yaşamboyu eksen I bozukluk tanısı olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada ektanı varlığı erken yaşta başlangıç, hızlı döngülü gidiş, zaman içinde hastalık dönemlerinin şiddetlenmesi ve birinci derece yakınlarında artmış madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur³. Ektanı varlığının artmış özkıyım girişimi⁴, depresyon ile başlangıç⁵ ve lityuma kötü yanıt⁶ ile de ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.

Bipolar bozuklukta ektanı olarak görülen psikiyatrik bozuklukların genellikle, bipolar bozukluktan önce başladığı düşünülmektedir⁷. On yıllık, toplum temelli bir izlem çalışmasında, ergenlik döneminde başlayan çeşitli psikiyatrik bozuklukların yetişkinlik döneminde görülebilecek erken başlangıçlı bipolar bozukluk için risk faktörü olduğu gösterilmiştir⁸. Buna karşın, obsesif kompulsif bozukluğun⁹, veya madde kullanım bozukluklarının¹⁰ bipolar bozukluktan daha sonra başladığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.

“ Amerikan Ulusal Ektanı (Kororbidite) Anketi verilerine göre, bipolar bozukluk hastalarının %95'ine yaşamboyu en az üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı konduğu bildirilmiştir. ”

DSM-IV tanı ölçütlerine göre bir eksen I veya eksen II ektansı olan bipolar bozukluk hastalarının, hastalık başlangıcından itibaren uygun sağaltıma ulaşma sürelerinin, saf bipolar bozukluk hastalarına göre çok daha uzun olduğu belirtilmektedir¹¹. Ektanı varlığının tanısal süreçleri etkilemesi ve doğru tanıya kadar geçen süreyi uzatmasının bunun önemli bir nedeni olduğu belirtilmektedir¹².

Bipolar bozuklukta psikiyatrik ektanı varlığının yüksek oranda olmasının nedenleri halen yeterince aydınlatılmamıştır. Bipolar bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklar için bir risk faktörü olması veya bipolar bozukluk ile varolan ektanın ortak patofizyolojiye sahip olmaları sonucunda sıklıkla bir arada görüldükleri gibi çeşitli açıklamalar bulunmaktadır⁷.

Yakın zamana kadar bipolar bozuklukta psikiyatrik ektanı görülme oranlarının yaşla birlikte azaldığı kabul edilse de 60 yaş üzerindeki bipolar bozukluk hastalarının alındığı bir çalışmada anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme oranı %35 olarak bildirilmektedir¹³. Bunun da ötesinde, 40 kadar çalışma verisinin değerlendirildiği bir gözden geçirmede, anksiyete bozukluğu ektansı oranının yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak, yaşamboyu görülme sıklığı %45 olarak bildirilmektedir¹⁴.

“ Bipolar bozuklukta en sık görülen ektanılar anksiyete bozukluklarıdır. Yaşamboyu prevalansın araştırıldığı bir meta-analizde bipolar I ve bipolar II bozukluk hastaları arasında bir fark bulunmadığı gösterilmiştir. ”

“Anksiyete bozukluğu ektanısı bipolar bozukluk hastalarında daha erken yaşta hastalık başlangıcı, frekans artışı ve hızlı döngülülük, ötimi dönemlerinin kısalması, depresyon süre ve sıklığında artış, karma belirtilerde artış, eşik altı belirtilerde artış, alkol-madde kullanım bozukluğu sıklığında artış gibi genel olarak prognozu olumsuz yönde etkileyecek diğer değişkenler ile ilişkili bulunmuştur.”

Bipolar bozukluğun alt tiplerinde eksen I psikiyatrik ektanı oranlarının dağılımının araştırıldığı bir çalışmada bipolar I ve bipolar II bozukluk arasında bir fark olmadığı gösterilmiştir³. Bipolar bozuklukta en sık görülen ektanı olarak anksiyete bozukluklarının yaşamboyu prevalansının araştırıldığı 40 kadar çalışmanın meta-analizinin yapıldığı bir çalışmada da bipolar I ve bipolar II bozukluk hastaları arasında bir fark bulunmadığı gösterilmiştir¹⁴. Buna karşın madde kullanım bozukluklarının bipolar I bozukluk hastalarında daha sık görüldüğüne işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır¹⁵.

Kadın bipolar bozukluk hastalarında, madde kullanım bozuklukları dışında diğer tüm psikiyatrik ve fiziksel hastalık ektanılarının daha fazla görüldüğü, bu durumun da kadın hastalarda sağaltım yanıtları ve iyileşme üzerinde çok daha olumsuz etki yarattığı belirtilmektedir¹⁶⁻¹⁹.

Bu yazıda, bipolar bozukluk hastalarında görülen tüm psikiyatrik ektanıları ele almak mümkün olmadığından, en sık görülen bozukluklara yönelik tanı ve sağaltım yaklaşımları ele alınacaktır. Bipolar bozukluk hastalarında sıklıkla karşılaşılan alkol ve madde kullanım bozuklukları ektanısı *Psikiyatride Güncel*'in bu sayısında bir başka yazının konusu olduğundan bu konuya bu yazıda yer verilmeyecektir.

Anksiyete bozuklukları ektanısı

Anksiyete belirtilerinin genel prevalansı ve hem manik hem de depresif dönemlerin kendine özgü belirtileri ile sıklıkla bir arada görülüyor olmasından yola çıkarak, bipolar bozukluk ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinin de çok yaygın olacağını tahmin etmek zor değildir. ABD'de yapılan Ulusal Komorbidite Çalışması'nda, bipolar I bozukluk tanısı konan hastaların %92'sinin yaşamboyu bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini de karşıladıkları belirtilmektedir. Hastaların %47'sinde sosyal fobi, %39'unda travma sonrası stres bozukluğu tanısı bulunmakta idi. Her ne kadar bu birliktelik, başka çalışmalarda da yüksek oranlarda bildirilmiş olsa da, bu çalışmada 55 yaş üstü hastaların alınmamış olmasının, çok daha yüksek bir oranın bulunmasına neden olduğu belirtilmektedir²⁰. Bipolar I bozukluk hastalarında yaşam boyu anksiyete bozukluğu ektanı varlığını araştırılan toplam 29 çalışmanın verilerinin değerlendirildiği bir meta-analizde ise herhangi bir anksiyete bozukluğu oranı %43 olarak bulunmuştur. Bu analizde ilk sıradaki panik bozukluk ektanısını, sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu takip etmektedir²¹.

Bipolar I ve II bozukluk hastalarının birlikte değerlendirildiği toplam 40 çalışmanın verilerinin katıldığı bir başka meta-analizde de yaşamboyu bir anksiyete bozukluğu oranı %45 olarak bulunmuştur¹⁴. Bu analizin verilerine göre bipolar bozukluk hastalarında ektanı olarak ilk sırada yaygın anksiyete bozukluğu yer almakta ve onu sırası ile travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu takip etmektedir. Bu meta-analiz verilerine göre bipolar bozukluk varlığı, anksiyete bozukluğu riskini üç kat artırmaktadır. Ayrıca anksiyete bozukluğu ektanısının bipolar bozukluk hastalarında artmış hastane yatışı sayısı, kötü prognoz, düşük sağaltım yanıtı, artmış özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyım ile ilişkili olduğu bildirilmiştir¹⁴. Anksiyete bozukluğu ektanısı bipolar bozukluk hastalarında daha erken yaşta hastalık başlangıcı, frekans artışı ve hızlı döngülülük, ötimi dönemlerinin kısalması, depresyon süre ve sıklığında artış, karma belirtilerde artış, eşik altı belirtilerde artış, alkol-madde kullanım bozukluğu sıklığında artış gibi genel olarak prognozu olumsuz yönde etkileyecek diğer değişkenler ile de ilişkili bulunmuştur^{22,23}.

“BPB-OKB ektanı olgularındaki obsesif kompulsif belirtilerin genellikle epizodik olduğu, belirtilerin neredeyse aniden ortaya çıktığı, hızlı bir kötüleşmenin bir süre devam ettiği ve yine ani düzelmelerin gözlendiği, tekrarlayıcı bir süreç ile seyrettiği görüşü pek çok çalışma verisi ile desteklenmiştir.”

Herhangi bir anksiyete bozukluğu ektanısının bipolar bozukluk hastalarında yüksek oranlarda olduğunun pek çok çalışmada gösterilmesi ile birlikte, aslında bu oranın bipolar bozukluk hastalarındaki depresif dönemlere eşlik eden anksiyete belirtileri nedeni ile artış gösterdiğini ileri süren görüşler de bulunmaktadır²⁴. Ötımik bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ektanısı varlığını araştıran 10 çalışmanın verilerinin derlendiği güncel bir meta-analizde, hastaların %35’inde bir anksiyete bozukluğu bulunduğu, bunun da sağlıklı nüfustan yaklaşık 4.6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir²⁵.

Panik bozukluk epidemiyolojik açıdan, bipolar bozukluk ile yüksek eştanı gösteren bir bozukluk olarak gösterilmiştir. Bipolar I ve bipolar II bozukluk hastalarının tarandığı bir araştırmada, yaşam boyu panik bozukluk geçirme oranı %20.8 olarak bulunmuştur ki bu oran major depresyon hastaları (%10) ve toplam nüfus (%0.8) için saptanan oranlardan çok yüksektir²⁶. NIMH destekli bir genetik çalışmada, ailevi panik ve panik bozukluk tanısının bipolar bozukluğu olan kişide hızlı duygudurum kayması olasılığını artırdığı saptanmıştır²⁷. Aynı çalışmaya ait bir başka makalede, bipolar bozukluğun genetik heterojenitesini belirlemede panik bozukluk varlığının bir gösterge olarak kullanılabileceği işaret edilmektedir²⁸.

Kanıt düzeyi yüksek olmasa da, anksiyete bozukluğu ektanısı bulunan bipolar bozukluk hastalarında duygudurum dengeleyici olarak valproatın ilk tercih olarak seçilmesi yaygın kabul edilen bir görüş haline gelmiştir²⁹. Antidepresan ilaçlara yanıtız olan veya sık duygudurum dalgalanmalarından yakınan panik bozukluk hastaları ile yapılan bir açık çalışmada valproatın

anksiyete belirtilerini ortadan kaldırmada etkili olduğu gösterilmiştir³⁰. Valproatın, eşik altı duygudurum dalgalanmalarına olan etkisi üzerinden, özgül olmayan anksiyete belirtilerini kontrol etmede yardımcı olduğu düşünülmektedir³¹.

Lityumun panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu üzerine etkisine yönelik herhangi bir çalışma verisi bulunmamaktadır. Lityum kullanan hastalarda olanzapın ve lamotrijin eklenmesinin anksiyete belirtileri üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, her iki ilaç etkili bulunmuş olup, olanzapın lamotrijinden daha etkili olarak saptanmıştır³². Divalproex ve plasebo ile karşılaştırıldığı tek çalışmada da, ketiyapın anksiyete belirtilerini azaltmada daha etkin bulunmuştur³³. Benzodiazepinler, uzun dönem sağaltımında kullanım için uygun olmamaları, antidepresan ilaçlar da manik kayma ve hızlı döngülülüğe yol açma riskleri açısından bu endikasyon için genellikle önerilmemektedir³⁴. Çalışmaların büyüklüğu ve süresi, alınma ölçütlerinde anksiyete belirtileri/bozuklukları açısından belirsizlikler gibi faktörler dikkate alındığında, güvenilir bir ilaç seçeneği üzerinde uzlaşmaya uzak olduğumuz söylenebilir.

Anksiyete bozukluklarında etkinliği kanıtlanmış hemen tüm psikoterapi ve psikososyal girişimlerin bipolar bozukluk ektanısı bulunduğunda da uygulanabileceği, hatta ilk sırada düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), farkındalık temelli bilişsel terapi, grup terapisi, psikoeğitim gibi çeşitli yöntemlerin araştıırıldığı toplam 22 çalışmaya ait verilerin değerlendirildiği bir sistematik gözden geçirmede, psikoeğitim dışında diğer tüm yöntemlerin tek başına anksiyete belirtilerini gidermede etkili bulunduğu bildirilmektedir³⁵. Bir başka derlemede bipolar bozuklukta etkinliği gösterilmiş kişilerarası ilişki terapisi, kişilerarası sosyal ritim terapisi gibi yöntemlerin eşlik eden anksiyete belirtileri üzerinde BDT kadar etkili olmadığına işaret edilmektedir³⁶.

Tablo 1. Bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu ektanısı

Sıklık	Ayrııcı tanı	Ektanı varlığında sağaltım
%35-92	Bipolar depresyon ve karma belirtilerin eşlik ettiği duygudurum dönemleri içinde yer alan anksiyete belirtileri, sadece o dönemde sınırlıdır	<ul style="list-style-type: none"> - Bilişsel davranışçı terapi etkilidir - Antidepresan ilaçların manik kayma dikkate alınmalıdır - Duygudurum dengeleyici olarak ilk seçenek valproat düşünülebilir

"Bu yazının tümüne ve dergideki diğer yazıların tümüne ulaşmak için dergiyi online satış bölümünden satın alabilirsiniz..."