

## Duygudurum Bozuklukları

Yrd. Doç. Dr. Emrah SONGUR  
Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

## Duygulanım vs. Duygudurum

- **Duygulanım (Affect)**
  - Bireyin uyarılara, olaylara, düşüncelere, anılara neşe, öfke, üzüntü gibi duygusal tepki ile katılabilme yetisidir.
- **Duygudurum (Mood)**
  - Bireyin belli bir süre, belli sınırlarda, belli tip bir duygulanım içinde bulunuşudur.

## Duygudurumun tipleri

- **Normal duygudurum**  
*Euthymia=Ötîmi*
  - Belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösteren, fakat kişinin kendisine ya da yakınlarının gözlemlerine göre **aşırılığı olmayan** bir duygusal durumdur.
- **Taşkın duygudurum**  
*Elated mood, high mood, euphoria= Öforî*
  - Kişinin günlük yaşamında **aşırı neşelilik, kendini aşırı iyi hissetmesi** egemendir.

## Duygudurumun sınıflandırılması (devam)

- **Çökkün/depresif duygudurum**  
*Low mood, depressed mood= Deprese*
  - Kişinin günlük yaşamında **üzüntü, elem, hüzn** duygusu egemendir.
- **Sıkıntılı, tedirgin duygudurum**  
*Dsyphoric mood= Disforî*
  - Kişinin günlük yaşamında **tedirginlik, sıkıntı, öfke** ve mutsuzluk egemendir.

### DSM-5'e göre duygudurum bozukluklarının sınıflandırılması

Depresyon Bozuklukları	İkiüçlü (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar
• Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu	• İkiüçlü (Bipolar) I Bozukluğu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manî Dönemi</li> <li>• Hipomani Dönemi</li> <li>• Yeğîn (Major) Depresyon Dönemi</li> </ul>
• Yeğîn (Majör) Depresyon Bozukluğu	• İkiüçlü (Bipolar) II Bozukluğu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipomani Dönemi</li> <li>• Yeğîn (Major) Depresyon Dönemi</li> </ul>
• Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimî)	• Siklotimî Bozukluğu
• Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disforî Bozukluğu	• Maddenin/ilacın Yol Açtığı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
• Maddenin/ilacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu	• Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
• Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu	• Tanımlanmış Diğer Bir İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
• Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu	• Tanımlanmamış İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
• Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu	

### ICD-10'a göre duygudurum bozukluklarının sınıflandırılması

- Manik dönem (nöbet)
- Bipolar duygulanım bozukluğu
- Depresif dönem
- Yineleyici depresif bozukluk (tekuçlu depresif bozukluk)
- İnatçı duygudurum (duygulanım) bozuklukları
- Başka duygudurum (duygulanım) bozuklukları
- Duygudurum (duygulanım) bozuklukları, belirlenmemiş.

## Duygudurum Bozukluklarının Sıklığı

	Yaşam Boyu Prevalans (%)		Yaşam Boyu Prevalans (%) (Ort.)
<i>Bipolar I Bozukluk</i>	0-2,4	<i>Major Depresif Epizot</i>	5-17 (12)
<i>Bipolar II Bozukluk</i>	0,3-4,8	<i>Distimik bozukluk</i>	3-6 (5)
<i>Siklotimi</i>	0,5-6,3	<i>Minör Depresif Bozukluk</i>	10 (-)
<i>Hipomani</i>	2,6-7,8	<i>Tekrarlayıcı Kısa Depresif Bozukluk</i>	2,6-7,8

Sadock B. J., Sadock V. A. & Ruiz P. (2014) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 11th Ed. Wolters Kluwer

## MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

## Epidemiyoloji

- Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında **en sık** görülenlerden birisi olup tüm tıbbi durumlar arasında **yeti yitimine** en çok sebep olan hastalıktır.
- Ergenlik öncesi **K=E**, ergenlikten sonra **K>E**
  - Yaşam boyu prevalans
    - Kadınlarda %10-25
    - Erkeklerde %5-12
- Bir yıllık prevalansı %2,7-10,3
- Toplumda yaşam boyu prevalansı %5-17 (Ort. 12)

### Depresif Bozuklukların Güncel Sınıflandırması

ICD-10	DSM-5
• Depresif nöbet	• Major Depresif Nöbet (Tek/tekrarlayan nöbet)
• Tekrarlayıcı depresif bozukluk	• Süreğen depresif bozukluk (distimi)
• Süreğen duygudurum bozukluğu	• Premenstrüel depresif bozukluk
• Başka duygudurum bozukluğu	• Madde/ilaçla ortaya çıkan depresif bozukluk
• Belirlenmemiş duygudurum bozukluğu	• Başka tıbbi durumdan kaynaklanan depresif bozukluk
	• Başka belirlenmiş depresif bozukluk
	• Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu

## Tanı

- En az **2 hafta süre**yle aşağıdaki belirtiler hafif, orta ya da ağır derecede görülür.
  - Eğer belirtiler ağır ise **bir haftalık süre** tanı koymak için yeterli olur.
- Belirtilerden biri **mutlaka hayattan zevk alamama veya çökkünlük** olmak kaydıyla 9 belirtiden en az **5'i** görülmeli.
  - **Tanı sadece duyguduruma bakılarak konulmaz.**
- Belirtilerin kişinin **günlük yaşamında işlevselliğini** belirgin olarak bozması gerekir.

## Belirtiler ve Bulgular

1. Çökkünlük
2. İsteksizlik ve hayattan zevk alamama
3. Yorgunluk ve enerji azalması
4. Kiloda değişiklikler
5. Uyku bozuklukları
6. Psikomotor yavaşlama
7. Değersizlik ve suçluluk duyguları
8. Dikkat bozukluğu
9. Ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri

## Çökkünlük

- Keyifsizlik → Derin üzüntü ve iç acısı duyma
  - **Sabah bunaltısı**: Bunaltı hissi özellikle sabah saatlerinde daha belirgindir.
- Çökkün yüz ifadesi, düşük ses tonu, yavaş konuşma görülebilir.
- **Kişisel bakımda** azalma olabilir.
- Sık ve kolay **ağlama** yakınmaları
  - Bazı hastalar “İçimden ağlama geliyor ama bunu bile yapabilecek gücüm yok” diye ifade edebilirler.
- **Atipik depresyonda** çökkün duygudurum olumlu ortamlarda hafifleyebilir, ortadan kalkabilir.

## Hayattan Zevk Alamama

- Sıklıkla tanımlanan esiden istekle ve zevkle yapılan, ilgilenilen şeylere karşı **isteksizlik** ve **zevk alamama** (*anhedoni*) önemli bir depresyon belirtisidir.

## Yorgunluk ve Enerjide Azalma

- “Bedenimde ağır halsizlik hissediyorum”
- “Hiçbir iş yapmıyorum ama gene de hep yorgunum”
- Sabah kalktığımda kolumu bile kaldıramıyorum”
- Başka bir **organik sebep yoksa** mutlaka hastalarda depresyon araştırılmalıdır.

## Kiloda Değişiklikleri

- Hastaların çoğunda (%85) **yeme isteği azalır**. Genelde **kilo kaybı** olur. Daha az sıklıkla kimi hastalarda da **aşırı yeme ve kilo artışı** görülebilir.
- Hastaların **%10**'unda **tıkınırcasına yeme atakları** sonucu kilo alımı görülebilir.
- Çok ağır hastalarda yeme, içme tamamen kesilebilir.
  - Hastanın **TPN** ile beslenmesi gerekebilir.

## Uyku Bozuklukları

- Uykuya dalmada güçlük, normal uyumaya karşı sabah erken saatte uyanma (*terminal insomnia*) ve tekrar uykuya dalamama, uykularda sık bölünme gibi şikayetler görülebilir.
- Uykudaki değişiklikler;
  - **REM uykusu** uykunun başlangıç dönemine doğru kayar.
  - REM dönemleri **daha uzun**
  - **Toplam uyku süresi** kısalır
  - **Uyku derinliği** azalır.

## Psikomotor Yavaşlama veya Ajitasyon

- Hastanın hareketlerinde, düşüncesinde ve konuşmalarında yavaşlama olur.
  - Çok ağır depresyonlarda hiç konuşmama (**mutizm**) görülebilir.
- **Psikomotor yavaşlama hastanın öznel yaşantısına göre değil muayene sırasındaki gözleme göre belirlenir.**
- Ağır bunaltılı hastalarda yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirginlik (**psikomotor ajitasyon**) da görülebilir.

## Değersizlik ve Suçluluk Duyguları

- Hastanın **özsaygısı** çok azalmıştır.
  - Kendisini işe yaramaz, değersiz ve küçük görür. Bazen bu düşünceler küçüklük sanrılarına (**mikromanyak hezeyanlar**) dönüşebilir.
- Suçlanma, değersizlik, işe yaramazlık düşünceleri **cezalandırılma beklentilerine** yol açar.
  - Çok ağır durumlarda kötülük görme sanrıları (**perseküsyon sanrıları**) da görülebilir.

## Dikkat Bozuklukları

- Hastalar **dikkatlerini toplamakta güçlük** çeker.
- Dikkat bozukluğuna bağlı unutkanlık (**psödodemans**) görülebilir. Depresyondaki bellek bozukluğu dikkat bozukluğuna bağlıdır. Antidepresan tedaviyle azalır.

## Ölüm Düşünceleri ve İntihar Girişimleri

- Depresyon düşünülen hastaların ölüm ve intihar düşünceleri mutlaka **sorgulanmalıdır**.
- Depresyon hastalarının **%75'**inde ölme isteği ve intihar düşünceleri gözlenir.
  - Tamamlanmış intiharların **%60'**ında depresif bozukluk görülmüştür.
- **Daha önce intihar girişimi hikayesi olan hastalarda intihar riski daha fazla olduğundan dikkatli olunmalıdır.**
  - Ciddi ağır intihar riski **hastaneye yatış endikasyonu**dur.

## İntihar Riskinin Değerlendirilmesinde Yer Alan Önemli Bileşenler<sup>1</sup>

- İntihar ya da homisid düşünceleri, niyeti ya da planının olması,
- İntiharın anlamının ve bu düşüncelerin ölümle sonlanması riskinin belirlenmesi,
- Psikotik belirtilerin, emir veren işitsel varsanların ya da şiddetli anksiyetenin olması,
- Alkol ya da madde kullanımının olması,
- Önceden girişimde bulunma öyküsü ve bu girişimlerin ağır olması
- Ailede geçmiş ya da yakın zamanda intihar öyküsü olması

1. Küey, L. & Gülveren, Ş.(2008). Sağlık Öncesi Değerlendirme, Tanısal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. In O. Yılmaz, T. Oral & S. Vahip (Eds.), Depresyonun Sağlıkta Sorun Kaynak Kitabı (pp. B-34). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

## Diğer Belirti ve Bulgular

- Diurnal değişim
  - 24 saat içinde belirtiler **dalgalanma** gösterir. Sabah sıkıntılı kalkma, gün içinde iyiye gidış, akşam daha iyi hissetme
- Bedensel belirtiler
  - **Hipokondriak uğraşlar** ve **bedensel yakınmalar** (özellikle orta yaş depresyonlarının başlangıcında) görülebilir.

## Diğer Belirti ve Bulgular (Devam)

- Anksiyete
  - **Ajite depresyon**larda tabloya anksiyete ve disfori de eşlik edebilir.
- Cinsel istekte azalma
  - Hasta yaşamanın her alanında ağır bir isteksizlik içinde olduğu gibi cinsel istek ve eylemde azalma, zevk alamama da hastalığın olağan bir parçasıdır.
  - Hastalığın başlangıç safhalarında ortaya çıkar ve **tedaviyle en geç düzelen** belirtilerendir.

## Özetle...

- Depresyon döneminde en sık görülen ana belirti ve bulgular;
  - Çökkün ve bulnaltılı duygudurum
  - Genel isteksizlik, hayattan zevk alamama
  - Enerji azlığı, çabuk yorulma
  - Dikkati yoğunlaştırmada güçlük, dalgınlık
  - Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
  - Uykuda azalma veya artma
  - İştah ve kilo değişikliği
  - Ölüm ve intihar düşünceleri
  - Psikomotor yavaşlama ve ajitasyon

## Tanı için...

- Depresif duygudurum veya isteksizlik ya da zevk alamamanın da içinde olduğu en az 5 belirti olmalıdır.
- Belirtiler günlük işlevselliği belirgin olarak olumsuz yönde etkilemelidir.
- Bu belirtiler en az 2 hafta sürmelidir.
  - Ağır olgularda 1 hafta da yeterlidir.

## Etiyoloji

- Biyolojik nedenler
  - Biyolojik aminler
  - Nöroendokrin değişiklikler
  - Kalıtsal nedenler
  - Beyinde yapısal bozukluklar
  - Uyku bozuklukları
- Psikolojik nedenler
  - Yaşam olayları
  - Hastalık öncesi (premorbid) kişilik
  - Psikoanalitik kuram
  - Benlik (Ego) psikolojisi
  - Öğrenilmiş çaresizlik

## Biyolojik nedenler

- Biyolojik aminler
  - Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde en çok üzerinde durulan biyojenik aminler norepinefrin (NE), dopamin (DA) ve serotonin'dir. Depresyonda genel olarak **NE, DA ve 5HTZ düzeylerinde** düşmeden, manide ise artıştan söz edilmektedir.
- Nöroendokrin değişiklikler
  - Duygudurum bozukluklarında **hipotalamus-hipofiz-tiroid ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aksları**ndaki patolojilerden söz edilmektedir. Özellikle **adrenal** akstaki bozukluktur.
- Kalıtsal nedenler
  - Duygudurum bozukluklarında **kalıtsal yatkınlık** söz konusudur. İkiz çalışmalarında monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre risk daha fazladır. Moleküler biyoloji alanında yapılan çalışmalarda **bu genetik geçişin türü kesin olarak belirlenmemiştir.**

## Biyolojik nedenler (Devam)

- Beyinde yapısal bozukluklar
  - Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında MDB'da **frontal loba ve kaudat çekirdekte küçülme, frontal kortikal kan akımında azalma**, Bipolar Bozukluk'ta **ventriküllerde genişleme** gözlenmektedir.
- Uyku bozuklukları
  - Major Depresif Bozukluk'ta özellikle uyku EEG'sinde bazı değişiklikler gözlenmektedir.
    - REM latansında kısalma,
    - Uyku başlangıcında REM yoğunluğunda artış,
    - Uyku başlangıcının gecikmesi gibi değişiklikler görülür.

## Psikolojik nedenler

- Yaşam olayları
  - Erken yaştaki kayıp (< 11 yaşta ebeveyn kaybı) ve ayrılıkların reseptör düzeyinde değişiklikler yaptığı ve ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturduğundan sözedilmektedir.
- Hastalık öncesi (premorbid) kişilik özellikleri
  - Hastalık öncesi kesin bir kişilik tipi belirlenmemesine karşın **oral bağımlı, obsesif kompulsif ve histrionik** kişilik özelliği olanlarda depresyona eğilim olduğu düşünülmektedir.

## Psikolojik nedenler (Devam)

- Psikoanalitik kuram
  - Psikoanalitik kurama göre depresyonda bir sevgi nesnesi kaybı sözkonusudur. Yaşamın erken dönemlerinde *bozuk anne-çocuk ilişkisi* nedeniyle **sevgi nesnesine karşı ikili (ambivalan) duygular** gelişmiştir. Sevgi nesnesine karşı olan ikili duygular kişinin kendisine yöneltilir. Böylece kişinin özsaygısı azalır, kendini değersiz ve suçlu gömeye başlar, depresyon gelişir.

## Psikolojik nedenler (Devam)

- Benlik (Ego) Psikolojisi
  - Bu kurama göre benliğin 3 alanda özsever amaçları vardır. Bunlar;
    - **Değerli** ve **sevilen** biri olmak
    - **Güçlü** ve **üstün** olmak
    - **İyi** ve **seven** olmaktır.
- Öğrenilmiş çaresizlik
  - Çocukluk çağında yaşanan deneyimler bazı temel düşünce ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olur. Oluşan bu şemalar kişinin erişkin yaşamında kendine ve dünyaya bakışını ve davranışlarını biçimlendirir.

## Ayırıcı Tanı

- Fiziksel Hastalıklar
- İlaçlar/Maddeler
- Diğer ruhsal hastalıklar
- Depresyon belirtileriyle karışan diğer ruhsal durumlar

## Depresyona yol açan organik nedenler

- **Nörolojik Hastalıklar**
  - Epilepsi (Temporal Lob Epilepsisi)
  - Travmatik Beyin Hasarı
  - Parkinson Hastalığı
  - Huntington Hastalığı
  - Alzheimer Hastalığı
  - Serebrovasküler Olay
  - Demans
  - MS Tümörleri
  - Multiple Skleroz
  - Kronik Subdural Hematom
  - Normal Basıncılı Hidroselali
  - Wilson Hastalığı
- **Vitamin Eksiklikleri (Pelegra, Pernisöz Anemi, Tiamin, B<sub>12</sub>, Folat Eksikliği)**
  - Sheehan Hastalığı
  - Üremi
  - Porfiri
- **İnfeksiyon Hastalıkları**
  - Nörosifiliz
  - HIV/AIDS
  - Busellozis
  - Ensefalit
  - Enfeksiyöz Hepatit
  - İnfluenza
  - Viral Pnömoni
  - Mononükleozis
  - Tüberküloz
  - Subakut Bakteriyel Endokardit
- **Metabolik ve Endokrin Hastalıklar**
  - Hipertiroidizm
  - Addison Hastalığı
  - Cushing Hastalığı
  - Parathormon Bozuklukları
- **Kardiyovasküler Hastalıklar**
  - Kronik Kalp Nematığı
  - İskemik Kalp Hastalığı
  - Mitral Valv Prolapsusu
  - Kardiyomegali
- **Neoplastik Hastalıklar**
  - Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri
  - Paraneoplastik Sendromlar
  - Bronkojenik Karsinom
  - Diseminere Karsinomatozis
  - Lenfoma
- **Diğer Sistemik Hastalıklar**
  - Böbrek Yetmezliği
  - Peptik Ülser
  - Kronik Yorgunluk
  - Kronik Ağrı
  - Pankreatit
- **İnflamatuvar Hastalıklar**
  - Kollajen-damar Hastalıkları
  - Sistemik Lupus
  - Romatoid Artrit
  - İntabi Barsak Hastalığı

1. Jodanis, Sani D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-504.  
2. İplikçi, Ayhan K., İplikçi E. (2013) Depresyonun Biyolojik Biyolojisi. Çocuk, Ergen, Bireyin ve Yaşlarda. Depresif ve Bipolar Bozukluk 71-103

## Depresyona Yol Açabilen Maddeler

- **Anajezikler**
  - İndometazin
- **Antibiyotikler**
  - Ampisilin
  - Streptomisin
  - Tetrasiklin
- **Antihipertansifler**
  - Propranolol
  - Diazepin
  - Klonidin
  - Diltiazem
  - Enalapril
- **Antineoplastikler**
  - Siklofosfor
  - Vinkristin
- **H<sub>2</sub> Reseptör Antagonistleri**
  - Simetidin
- **Anti-parkinson ilaçları**
  - L-dopa
- **Ağır Metaller**
  - Kurşun
  - Cıva
- **Sedatif-hipnotikler ve MSS Depresanları**
  - Barbitüratlar
  - Benzodiazepinler
  - Alkol
- **Anti-migren ilaçları**
  - Flunarizin
- **Steroidler**
  - Kortikosteroidler
  - Gonadal Steroidler
- **Dijitaler**
  - Digoksin
- **İnterferonlar**
  - İnterferon-b
- **Akne ilaçları**
  - İzoretinoin
- **Psikostimülanlar**
  - Amfetamin
- **Diğer Merkezi Sinir Sistemi İlaçları**
  - Amantadin
  - Bromokriptin
  - Fenobazinler
  - Fenitoin
  - Antikonvülsanlar
- **Diğer**
  - İnsektisidler
  - Oral Kontraseptifler

1. Jodanis, Sani D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-504.  
2. İplikçi, Ayhan K., İplikçi E. (2013) Depresyonun Biyolojik Biyolojisi. Çocuk, Ergen, Bireyin ve Yaşlarda. Depresif ve Bipolar Bozukluk 71-103

## Diğer ruhsal hastalıklar

- Post-psikotik Depresyon
- Obsesif Kompulsif Bozukluğa Sekonder Depresyon
- Diğer Anksiyete Bozukluklarına Sekonder Depresyon

## Depresyon belirtileriyle karışan diğer ruhsal durumlar

- Şizofreninin negatif belirtileri
  - **Duygudurum küntleşmiştir.** Depresyonda ise duygulanım çökkünlük yönüne kaymıştır
  - Depresif belirtiler sıklıkla akut psikotik atak sırasında ortaya çıkar (1).
  - Tedavi gören şizofreni hastalarında psikotik atağın yatışmasından sonra %25 oranında post-psikotik depresif atak görülür (2).
- Katatonik şizofreni
  - Negativizmi olan hastalar depresyon ile karışabilir.
- Demans
- Yas
  - Benlik saygısında azalma görülmez.

1. Koreen AR, Sinitz SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in Firstepisode schizophrenia. Am J Psychiatry. 993;150: 1643-1643.  
2. McGlashan TH, Carpenter WT Jr. Postpsychotic depression in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(2):231-239.

## Tedavi

- İlaç Tedavisi
- Somatik Tedaviler
- Psikoterapi

## İlaç Tedavisi

- Antidepresan ilaçlar kullanılır.
  - Trisiklik antidepresanlar
    - En eski antidepresan ilaçlar
    - Çok etkili lakin yan etkileri fazla
  - Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSGİ)
    - En çok tercih edilen antidepresanlardır
    - Yan etkileri trisiklik antidepresanlara göre oldukça azdır.
    - Kullanımları kolaydır.
  - Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
  - Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri

## Tedaviye Uyumun Arttırılmasına Yardımcı Olabilecek Noktalar<sup>1</sup>

- İlacın ne sıklıkla ve ne zaman alınacağı,
- İlacın yararlı etkilerinin başlaması için 2-4 hafta geçmesi gerektiği,
- İlacın yemeklerden sonra alınmasının daha iyi olacağı,
- İlacı kesmeden önce doktora danışmanın gerekli olduğu,
- Sorunlar ortaya çıkarsa ne(ler) yapılacağı

1. Küey, L. & Güleren, Ş.(2008). Sağlık Öncesi Değerlendirme, Tanısal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. In O. Yılmaz, S. Oral & S. Vahip (Eds.), Depresyonun Sağlık Kılavuzu Kaynak Kitabı (pp. B-34). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

## Antidepresan Tedavisinin Temel İlkeleri

1. **Uygun ilaç**
  - Antidepresan ilaçların antidepresan etkinlikleri arasında fark yoktur.
    - Önceden kestirilemeyen nedenlerle bazı antidepresan ilaçlar bazı hastalara daha iyi gelmektedir.
2. **Yeterli doz**
  - Akut atağın remisyonunu sağlayan doz
3. **Yeterli süre**
  - Akut major depresyonda uygun tedavi en az 4-8 hafta uygulanmalıdır<sup>1</sup>.
  - 4 hafta ilaç tedavisinden sonra;
    - **Tam yanıt alınan**larda tedaviye, yanıt alınan dozda en az 4-9 ay devam edilir<sup>1</sup>.
    - **Kısmi yanıt alınan**larda 2 haftasonra tam yanıt alınabilir.
    - **Yanıt alınmayan**larda;
      - İlaç dozu artırılır ya da
      - Başka bir ilaca geçilir ya da
      - Güçlendirme tedavisi yapılır. (tiroid hormonu, Li, amfetamin veya metilfenidat gibi stimulanlar)
      - Antidepresan ilaç kombinasyonları (çok dikkatlice)

1 American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3<sup>rd</sup> ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA) 2010 p. 152

## İlaç Tedavisi (Devam)

- Antidepresan etkinlik **geç** ortaya çıkar.
  - Yan etkiler tedavi başlangıcında daha çok görülür. Bu sebeple hasta ilacı bırakabilir.
- Antidepresan tedavi hasta remisyon girdikten sonra en az **4-9 ay** daha kullanılmalıdır<sup>1</sup>.
  - Amaç hastalığın **tekrarlama riskini azaltmaktır**<sup>1</sup>.

1 American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3<sup>rd</sup> ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA) 2010 p. 152

### Tedaviye Geç Yanıt Verme Oranını Arttıran Faktörler

- İleri yaş,
- Başlangıçta depresyonun şiddeti,
- Hastalığa eşlik eden;
  - Kişilik bozukluğunu,
  - Başka bir ruhsal bozukluğun,
  - Bedensel hastalığın varlığı,
- Uzun ve süregelen depresif dönemi olanların Antidepresan tedaviye geç yanıt verdiği görülmüştür\*.

\* Akdeniz, F. (2008). Depresyonda Optimal İlaç Kullanımı. In O. Yazıcı, T. Oral & S. Vahip (Eds.), Depresyonun Sağatım Kılavuz Kaynak Kitabı (pp. 71-77). Anlara: Türkiye Bilişim Demeđi Yayınları.

### Depresyonda Somatik Tedaviler

- Elektrokonvülf Terapi (EKT)
- Transkranial Manyetik Stimülasyon (TMS)
- Vagus Sinir Stimülasyonu (VNS)
- Derin Beyin Stimülasyonu (DBS)
- Manyetik Nöbet Terapisi (MNT)
- Transkranial Doğru Akım Stimülasyonu (tDCS)
- Kronoterapötik yaklaşımlar
  - Uyku Yoksunluğu
  - Işık Tedavileri

### Elektrokonvülf Terapi (EKT)

- **En etkili** tedavi seçeneklerinden biridir.
  - Başarı oranı %90.
  - Nadiren ilk tercih tedavi olarak kullanılır.
- EKT'de;
  - Hasta **kısa etkili anesteziklerle** uyutulur.
  - **Süksinil kolin** verilir.
  - Ardından 2 elektrot ile hastaya elektrik akımı verilererek 15-45 sn süreyle jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesi sağlanır.
  - Sonrasında **bellek bozukluğu, kas ağrıları, postiktal konfüzyon** görülebilir.
  - Haftada 2 seanstan 8-10 seans gerekebilir.

### Elektrokonvülf Terapi (EKT)

#### Endikasyonlar (Major Depresif Bozukluk)

- İlaç tedavisine zayıf yanıt veya yanıtızlık
- İntihar düşüncelerini gerçekleştirme riskinin yüksek olduğu akut suisidalite
- Psikotik özelliklerin varlığı
- Ağızdan sıvı ve besin alınımının az olması/olmaması gibi depresyonun komplikasyonlarına bağlı olarak hızlı bozulan durum
- Standart antidepresan tedaviye ilişkin risklerin EKT risklerinden fazla olması
- Katatoni
- Hastanın kendi tercihi

American Psychiatric Association: The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training and Privileging 2nd ed. American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy, Washington DC, 2001.

### Transkranial Manyetik Stimülasyon (TMS)

- Kafa derisi üzerinden elektrik akımı geçirilerek oluşturulan manyetik alan kullanılarak uygulanır.
- FDA tarafından en az bir ilaç tedavisine yanıt alınamamış major depresyonda, ardışık (repetitif) ve ritmik yapılan rTMS onaylanmıştır.

### Vagus Sinir Stimülasyonu (VNS)

- Tedavinin esası: sol vagal sinir aracılığıyla beyine aralıklı elektrik uyarıları gönderilmesidir.
- İnvazif bir yöntemdir.
- FDA en az 4 antidepresan ilaç denemesine yanıt vermeyen dirençli depresyon hastalarında ilaç tedavisine ek olarak kullanılmasını önermektedir.



## Derin Beyin Stimülasyonu (DBS)

- Kafatasına açılan küçük bir delikten uygun bölgeye yerleştirilen birer elektrodun sağladığı akımla, beynin belli bölgelerine yüksek frekanslı uyarı gönderilmesi temeline dayanır.

## Derin Beyin Stimülasyonu (DBS) Uygulama Ölçütleri

- Yeterli sürede ve yeterli sürede üç farklı sınıftan antidepresan tedavisi almış olmak
- Dört hafta süre ile birincil antidepresan ilacı en az iki farklı ajan ile güçlendirme uygulanmış olması
- En az bir kür EKT uygulanmış olması
- Deneyimli terapist ile en az yirmi seans psikoterapi almış olmak

Mayberg HS, Lazano AM, Voon V., McNeely HE, Seminowicz D, Hamani C et al. Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression. Neuron 2005;45(5):651-60.

## Manyetik Nöbet Terapisi (MNT)

- Yüksek dozda rTMS'nin kullanıldığı bir yöntemdir.
- Farmakolojik tedaviye dirençli ve EKT'yi tolere edemeyen hastalarda kullanılmaktadır.

## Transkraniyal Doğru Akım Stimülasyonu (tDCS)

- Kafa derisine uygulanan elektrotlarla düşük amplitüdü akım verilerek, kortikal nöronların uyarılması temeline dayanır.

## Kronoterapötik Yaklaşımlar Uyku Yoksunluğu

- Üç şekilde uygulanabilir;
  - Tam uyku yoksunluğu
    - Normal uyku arasında 1-2 gün tam uykusuzluk
    - Hastaların %60'ında etkili ama etki sürekliliği değil.
  - Kısmi uyku yoksunluğu
    - 2 AM-10PM arası hasta uyanık kalır.
    - Hastaların %50'sinde o gün içinde antidepresan etki görülür.
  - Uyku yoksunluğu + ilaç tedavisi (antidepresan veya Li) kombinasyonu
    - En etkili şekli
    - Antidepresan etkidaha uzun süreli
    - Ayrıca antidepresan tedavinin etkinliğini artırıyor.

## Kronoterapötik Yaklaşımlar Işık Tedavisi

- Mevsimsel deseni olan duygudurum bozukluklarının tedavisi için ilk kez 1984'de ışık tedavisi uygulanmaya başlanmıştır.
  - Ortalama 40 yaşta ve genelde (%75) kadınlarda
- 1.500-10.000 lüks ve üstü ışık kaynağı, güneş doğmadan önce 1-2 saat uygulanır.

## Depresyonda Psikoterapötik Yaklaşımlar

- Analitik Tönelimli Psikoterapi
- Destekleyici Terapi
- Bilişsel Davranışçı Terapi
- Bireysel Terapiler
- Grup Terapileri
- Kişilerarası Terapi
- Problem Çözmeye Odaklı Terapi
- Psikoanalitik Psikoterapi

## Psikoterapi

- İlaç tedavisi ile birlikte uygulanmalıdır.
- Psikososyal sorunlar ele alınır, hastayı bu noktaya getiren sebepler iyice değerlendirilir.

## Atipik Depresyon

- Depresyonda atipik özellikler<sup>1</sup>;
  - Bazı bedensel belirtilerde tersine dönme (ters vejetatif belirtiler)
    - Uyku, iştah, kilo artışı
  - Duygudurumun olumlu uyarılara yanıt olarak geçici düzelmesi
  - Reddedilmeye karşı emosyonel duyarlılık
  - Fobik belirtiler
  - Şiddetli yorgunluk hali

1. Küey, L., & Gülaren, Ş. (2008). Sağlıkta Öncelikli Değerlendirme, Tansal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. In Ö. Yılmaz, T. Oral & S. Vahip (Eds.), Depresyonun Sağlıkta Önemi Kaynak Kitabı (pp. B-34). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

## Distimi

- En az **2 yıl** süren, çok ağır olmayan depresif belirtiler vardır.
- Depresyondaki gibi ataklar halinde seyretmez.
  - Distimi üzerine depresyon dönemleri eklenebilir (**Çifte depresyon**)
- Genel popülasyonun %5-6'sında görülür.
- Cinsiyetlere göre farklılık yoktur.
- Tedavilerinde **SSGİ** kullanılır.
  - İlaç tedavisine yanıt oranı **düşüktür**.
  - Daha **yüksek dozlar** ve **uzun süreli** tedavi gerektirebilir.

## Premenstrüel Disforik Bozukluk

- Kadınlarda menstrüel sıklusta seks steroidlerinin seviyelerinde değişikliklerle tetiklenen somatopsişik bir hastalıktır.
- Yaklaşık kadınların %5'inde

## Premenstrüel Disforik Bozukluk

### Tedavi

- Tedavisi semptomatiktir.
  - Ağrı için ağrı kesiciler
  - Anksiyete ve insomniya için sedatifler
  - Ödem için diüretik ilaçlar
- Bazı hastalar kısa süreli SSRI tedavisinden fayda görürler.

### Epidemiyolojik ve Risk Etkenleri Yönünden Major Depresif Bozukluk ve Distiminin Karşılaştırılması

	Major Depresif Bozukluk	Distimi
<b>Cinsiyet</b>	2 kadın/ 1 erkek	Cinsiyet farklılığı yok
<b>Başlangıç yaşı</b>	20-50 arası (ortalama 30)	Erken başlangıç < 21 Geç başlangıç > 21
<b>İrk ve etnisite</b>	Fark yok	Fark yok
<b>Ekonomik durum</b>	Düşük gelirden fazla	Düşük gelirden fazla
<b>Evlilik durumu</b>	Genç ve bekarlarda fazla	Ayrılmış ve boşanmışta çok
<b>Diğer etkenler</b>	Ailede depresyon Erken ebeveyn ölümü Stresli çocukluk ve yaşam Kronik stres ve güvensizlik	Major Depresyon Madde kullanımı Anksiyete bozukluğu (panik) Bordarline kişilik bozukluğuyla birliktelik sık

## BIPOLAR AFFEKTIF BOZUKLUK

### Bipolar Bozuklukların Güncel Sınıflandırması

ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-V
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manik dönem (nöbet)</li> <li>• Bipolar duygulanım bozukluğu</li> <li>• Depresif dönem</li> <li>• İnatçı duygudurum (duygulanım) bozuklukları</li> <li>• Başka duygudurum (duygulanım) bozuklukları</li> <li>• Duygudurum (duygulanım) bozuklukları, belirlenmemiş.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bipolar I Bozukluk</li> <li>• Bipolar II Bozukluk</li> <li>• Siklotimik Bozukluk</li> <li>• Bipolar Bozukluk, başka türlü sınıflandırılmayan ...'e bağlı duygudurum bozuklukları</li> <li>• Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu</li> <li>• Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İkiçülu (Bipolar) I Bozukluğu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mani Dönemi</li> <li>• Hıpmani Dönemi</li> <li>• Yeğin (Major) Depresyon Dönemi</li> </ul> </li> <li>• İkiçülu (Bipolar) II Bozukluğu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hıpmani Dönemi</li> <li>• Yeğin (Major) Depresyon Dönemi</li> </ul> </li> <li>• Siklotimik Bozukluğu</li> <li>• Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiçülu ve İlişkili Bozukluk</li> <li>• Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiçülu ve İlişkili Bozukluk</li> <li>• Tanımlanmış Diğer Bir İkiçülu ve İlişkili Bozukluk</li> <li>• Tanımlanmamış İkiçülu ve İlişkili Bozukluk</li> </ul>

## Manik Dönem

- Mani, çökkünlük durumunun tam tersi, **aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu** bir duygudurum içinde olmalıdır.

## Belirti ve Bulgular

1. Genel görünüm ve dışa vuran davranışlar
2. Konuşma
3. Duygulanım
4. Bilişsel yetiler
5. Düşünce
6. Hareketler
7. Bedensel ve fizyolojik belirtiler

## Belirti ve Bulgular (Devam)

- Genel görünüm ve dışa vuran davranışlar
  - Canlı, çok hareketli, aşırı güvenli davranışları ve abartılı, renkli giyim dikkat çeker.
    - Hasta dağınık, yorgun ve bitkin durumda olabilir.
  - Hasta kendini “fyi” hissettiğinden **doktora gelmeyi kabul etmez.**
- Konuşma
  - Konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır.
    - **Konuşma basınçlıdır**; araya girmek, bir yorum yapmak ve soru sormak mümkün olmayabilir.

## Belirti ve Bulgular

### Duygulanım

- Duygulanımlarında **coşku, aşırı neşe (öfori)**, sıklıkla da **öfke** egemendir.
- Tek başına neşe nadir görülür. Duygudurumda oynamalar (**labil affect**) daha sıktır.
- **Disinhibisyon, dürtüsel davranışlar, irritable**
- Bazı hastalarda **karma mani** dönemleri görülebilir.

### Belirti ve Bulgular *Bilişsel yetiler*

- **Bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama** genelde yerindedir.
  - Aşırı yorgunluk, beslenememe, bitkinlik, elektrolit dengesizliği nedeniyle bilinç bulanabilir, yönelim bozulabilir.
- Başlangıçta bellek ve dikkat artmış olsa da hasta giderek dikkatini toplamakta zorlanır.
  - Hastanın dikkati bir uyarandan diğerine kolayca kayar.
  - **İlüzyon** ve **halüsinasyonlar** görülebilir.
  - **Sanrı** ve **varsanılar** genelde duygudurumla uyumludur.

### Belirti ve Bulgular *Düşünce*

- Hastanın **çağrışımları hızlanmış** ve **artmıştır**.
  - Bazen konuşma hızı düşünce hızına yetişemez.
- Konudan konuya atlar. Fikirler hızla birbirini izler (**fikir uçuşması – flight of ideas**)
- Düşünce içeriği genelde **benlik kabarmasını** yansıtır.
  - *Büyüklik düşünceleri*
  - *Büyüklik sanrıları*
- Manik dönemdeki **hastaların yarısında psikotik belirtiler** görülebilir.

### Belirti ve Bulgular *Hareketler*

- Hastanın **hareketlerinde artma ve hızlanma** belirgindir.
  - Yorulmak bilmezler
  - Aşırı alışveriş yapabilirler
  - Kendini tehlikeye atabilecek davranışlar gösterebilirler
  - Düşüncesiz iş yatırımlarına girişebilirler
  - Kendisi için sosyal açıdan uygun olmayan cinsel eylemlere kalkışabilirler
- Nadiren çok şiddetli manide **katatonik belirtiler** görülebilir.

### Belirti ve Bulgular *Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler*

- Mani dönemde **uyku gereksinimi azalır**.
- **Yeme isteği artsa** bile hasta yemek yemeye vakit bulamayıp zayıflayabilir.
- **Cinsel istek** artar.

### Özetle...

- Mani döneminde en sık görülen ana belirti ve bulgular;
  - Aşırı neşeli, coşkulu, taşkın ya da öfkeli duygudurum
  - Kendine güvenin artması, büyüklik düşünceleri
  - Uyku gereksiniminin azalması
  - Aşırı konuşkanlık, basınçlı konuşma
  - Düşüncelerin hızlanması, fikir uçuşması
  - Dikkat dağınıklığı
  - Amaca yönelik hareketlerde artma ya da psikomotor hızlanma
  - Zevk veren uğraşlara aşırı ilgi

### Tanı için...

- **Olağandışı, sürekli kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurumuyla beraber en az 3 belirti** olmalıdır.
- Belirtiler **günlük işlevselliği** belirgin olarak olumsuz yönde etkilemelidir.
- Bu belirtiler **en az 1 hafta (hipomani tanısı için en az 4 gün)** sürmeli veya hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar şiddetli/ağır olmalıdır.

## Bipolar Bozukluk

- **En az bir mani nöbeti** geçiren hastaya Bipolar Bozukluk tanısı konur.
- Yalnız mani nöbetleri görülebileceği gibi **mani ve depresyon nöbetleri** de birlikte görülebilir.
- Hastalık **ataklar halinde** seyrederek ve ataklar arasında hasta **normaldir**.

## Epidemiyoloji

- Tüm duygudurum bozukluklarının **%10-20'sini** Bipolar Bozukluklar oluşturur.
- **Kadın ve erkekte eşit** oranda görülür.
  - **Erkeklerde** başlangıçta **mani atağ** daha sık görülür. Sonrasında da hastalık daha sık mani ataklarıyla devam eder.
  - **Kadınlarda** erkeklerden daha **geç başlar**, daha fazla **mevsimsel özellik** gösterir, **depresif ataklar** ve **hızlı döngülü**
- Bipolar Bozukluklar Major Depresif Bozukluktan daha erken başlar.

**Bipolar Bozuklukların Yaşam Boyu Prevalansı**

Bozukluk	Yaşam boyu prevalansı	Başlama yaşı (ortalama)
Bipolar I Bozukluk	%1	18'li yaşlar
Bipolar II Bozukluk	%1,1	20'li yaşlar
Eşik altı bipolar bozukluk	%1,4	20'li yaşlar
Siklotimi	%0,4-1	N/A

## Manide Ayırıcı Tanı

- **Şizofreni**
  - Maniye psikotik belirtiler eşlik ediyorsa şizofreniden ayırmak güç olabilir.
  - Bipolar Bozukluk'ta **ataklar arasında hasta normal** yaşantısını sürdürür.
- Mani benzeri durumlara yol açan organik nedenler
- Mani benzeri durumlara yol açan ilaçlar/maddeler

## Maniye Benzer Belirtilere Yol Açabilen Organik Nedenler

- **Nörolojik Hastalıklar**
  - Epilepsi
  - Travmatik Beyin Hasarı
  - Multiple Skleroz
  - Serebrovasküler Hastalık
  - Kafa Travması
  - MSS Tümörleri
- **Metabolik ve Endokrin Hastalıklar**
  - Hiper/Hipotiroidizm
  - Diabetes Mellitus
  - Hiperkortizolemia
  - Vitamin Eksiklikleri
- **İnfeksiyon Hastalıkları**
  - Nörosifiliz
  - HIV/AIDS
- **İnflamatuvar Hastalıklar**
  - Kollajen-damar Hastalıkları
- **Diğer**
  - Ağır Karaciğer Yetmezliği

1. Judd L.A., Saxe D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 487-504.  
2. İplikçi, A. (2013) Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen, Bireyin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk 71-103

## Maniye Yol Açan Maddeler

- **Merkezi Sinir Sistemi Depresanı**
  - Alkol
- **Psikostimülanlar**
  - Amfetamin
  - Kokain
  - Metilfenidat
  - Psödoefedrin
- **Merkezi Sinir Sistemi İlaçları**
  - Amantadin
- **Antidepresanlar**
  - Baklofen
  - Bromokriptin
- **Sistemik ilaçlar**
  - Anabolik steroidler
  - Klorokin
  - Kortikosteroidler
  - Dapson
  - Isoniazid
  - Metoklopramid
  - Teofilin

1. Judd L.A., Saxe D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 487-504.  
2. İplikçi, A. (2013) Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen, Bireyin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk 71-103

## Gidiş ve Prognoz

### Bipolar Affektif Bozuklukta Gidiş Göstergeleri

Olumlu göstergeler	Olumsuz göstergeler
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manilerin baskın olması</li> <li>Tedaviye iyi uyum</li> <li>Uzun iyilik dönemleri</li> <li>Olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları</li> <li>Ailede düşük duygu dışavurumu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erken başlangıç</li> <li>İleri yaş</li> <li>Ara dönemde kalıntı belirtiler</li> <li>Ruhsal bozukluk ektanisi</li> <li>10'dan fazla mani dönemi</li> <li>Karma dönemler</li> <li>Uzun çökkünlük dönemleri</li> <li>Hızlı döngünlük</li> </ul>

Duygudurum Bozuklukları. (2015). In M. O. Öztürk & N. A. Utuğın (Eds.), *Ruhsal Sağlık ve Bozukluklar* (13. ed., pp.263-333). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

## Tedavi

- Manik dönemlerin tedavisinde ve Bipolar Bozukluk'un koruyucu tedavisinde **duygudurum düzenleyici ilaçlar** kullanılır (örn. Lityum, Valproik asit, Karbamazepin)
- Hastanın **koruma tedavisine** alınması için **en az iki nöbet** geçirmiş olması gerekir.
  - Ailesinde Bipolar Bozukluk olan hastalarda ilk nöbetten sonra da koruma tedavisine başlanabilir.
- Akut manide** hastaya bir **duygudurum düzenleyici (DD)** başlanır.
  - DD **etkisi geç ortaya çıktığından** manik dönemdeki belirtileri kontrol etmek için **benzodiazepinler ve antipsikotik** ilaçlar kullanılır.

## Hipomani Dönemi

- Hipomani**; manideki belirtilerin *daha hafif düzeyde ve kısa süreli* gözlemlenmesidir.
- İş ve sosyal ilişkiler** önemli derecede etkilenmez.
- Psikotik belirtiler** görülmez.
- Hipomani ve depresyon atakları beraber görülürse **Bipolar II Bozukluğu** tanısı konur.
- Tedavi
  - Koruyucu** olarak **Lityum** verilir.
  - Depresyon için **antidepresan** verilir.
    - Lakin belirtiler düzeldikten sonra antidepresan kesilir.

## Siklotimik Bozukluk

- Bipolar II Bozukluğun semptomatik açıdan daha hafif olan, hipomani ve hafif derecede depresyon ile karakterize bir formudur.
  - "Kronik, dalgalı seyreden duygudurum bozukluğu"
  - Hastalığın ilk 2 yılında (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) tam olarak tanı ölçütlerini karşılamayan major depresyon ve mani belirtileri vardır.

## Siklotimik Bozukluk

### Prevalans

- Psikiyatriye ayaktan başvuran hastaların %3-5'inde görülür.
- Sıklıkla Borderline Kişilik Bozukluğuyla (BLKB) birlikte görülür.
  - Ayaktan başvuran BLKB olanların %10'u, yatan BLKB hastalarının %20'sinde siklotimik bozukluk vardır.
- Hastaların %50-75'inde hastalık 15-25 yaş arası başlar.

## Siklotimik Bozukluk

### Tedavi

- Biyolojik Tedaviler**
  - Tedavisinde ilk sırayı antimanik ilaçlar ve duygudurum düzenleyicileri alır.
    - Doz ve kan seviyesi Bipolar I Bozuklukla aynıdır.
  - Antidepresan kullanımına dikkat edilmelidir.
    - Hastaların %40-50'si kadarında antidepresan tedavisiyle mani kayma görülebildiği bildirilmiştir.
- Psikososyal Tedaviler**
  - Psikoterapi hastanın hastalığıyla ilgili farkındalığının artırılmasına ve duygudurum dalgalanmalarıyla başetme becerilerine odaklanır.
  - Genelde ömür boyu terapi gerekir.

Epidemiyoloji ve Risk Etkenleri Açısından Depresyon ve Bipolar Bozukluğun Karşılaştırılması		
	Depresyon	Bipolar Bozukluk
Ömür boyu prevalans	%14-16,6	%1 (bazı çalışmalarda %3,3-4)
En sık izlenme yaşı	20-40 (ortalama 30)	Erken gençlik (18-20)
Cinsiyet	Kadında 2 kat fazla	Kadın-erkek eşit
Medeni durum	Boşanmışlarda çok	Boşanmış ve bekarda çok
<b>Aile yüküklüğü</b>	<b>Risk %7 artar</b>	<b>Risk 7 kat artar (BA-B-I öyküsü)</b>
Sosyo-ekonomik durum	İlişki yok	İlişki yok
Irkla ilişkisi	İlişki yok/siyahlarda daha az??	İlişki yok
<b>Stresli yaşam olayları</b>	<b>İlk ataklarda etkili</b>	<b>Tekrarlayan ataklarda etkili</b>
Kronik stresör etken	Etkili	Etkisi gösterilmemiş
Yaşanan yer	Kırsal kesimde kentten az	Kent varoşlarında daha çok
Kişilik özellikleri	İçeride dönük, obsesif, bağımlı	İlişki yok
<b>Çocukluk dönemi</b>	<b>Erken kayıp, kötüye kullanım</b>	<b>İlişki yok</b>
<b>Yakın ilişki yokluğu</b>	<b>Önemli risk etkeni</b>	<b>İlişki yok</b>