

Duygudurum Bozuklukları

Yrd. Doç. Dr. Emrah SONGUR
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
Ekim 2014

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=Ötimi
 - 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= Öfori
 - 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= Disfori
 - Kişinin günlük yaşamında tedirginlik, sıkıntı, öfke ve mutsuzluk egemendir.

DSM-IV-TR'ye göre duygudurum bozukluklarının sınıflandırılması

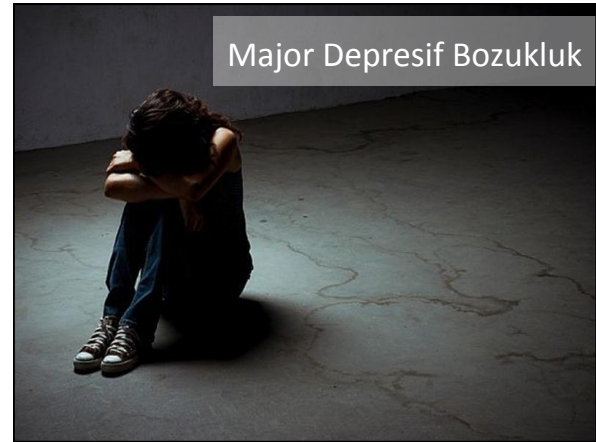
- Depresif bozukluklar
 - Major Depresif Bozukluk
 - Distimik Bozukluk
 - Depresif Bozukluk, başka türlü sınıflandırlamayan
- Bipolar bozukluklar
 - Bipolar I Bozukluk
 - Bipolar II Bozukluk
 - Siklotimik Bozukluk
 - Bipolar Bozukluk, başka türlü sınıflandırlamayan
 - ...'e bağlı duygudurum bozuklukları
 - Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
 - Başka türlü adlandırılmayan duygudurum 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 Prevalansı

Major Depresif Bozukluk	%16,6
Distimik Bozukluk	%2,5
Bipolar Bozukluk	%3,9
Herhangi bir duygudurum bozukluğu	%20,8



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 %7,8-17,1

Depresif Bozuklukların Güncel Sınıflandırması

ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-V
<ul style="list-style-type: none"> • Depresif nöbet • Tekrarlayıcı depresif bozukluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Major Depresif Nöbet (Tek/tekrarlayan nöbet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Major Depresif Nöbet (Tek/tekrarlayan nöbet)
<ul style="list-style-type: none"> • Süreğen duygudurum bozukluğu 	<ul style="list-style-type: none"> • Distimik bozukluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Süreğen depresif bozukluk (distimi)
<ul style="list-style-type: none"> • Başka duygudurum bozukluğu • Belirlenmemiş duygudurum bozukluğu 	<ul style="list-style-type: none"> • Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Premenstrüel depresif bozukluk • Madde/ilâçla ortaya çıkan depresif bozukluk • 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 yapılmaz.
- 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 bunaltsı**: Bunalıtı 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 tıknırcasına yeme atakları** sonucu kilo alımı görülebilir.
- Çok ağır hastalarda yeme, içme tamamen durabilir. **TPN** ile beslenmesi gerekebilir.

Uyku Bozuklukları

- Uykuya dalmada güçlük, normal uyumaya karşın 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** kısalmı
 - 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 bunalıtlı 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 sanılarına (**mikromanyak hezeyanlar**) dönüşebilir.
- Suçlanma, değersizlik, işe yaramazlık düşünceleri **cezalandırılma beklentilerine** yol açar.
 - Çok ağır durumlarda kötülük görme sanılarına (**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 endikasyonudur.

Diğer Belirti ve Bulgular

- Diurnal değişim
 - 24 saat içinde belirtiler **dalgalanma** gösterir. Sabah sıkıntılı kalkma, gün içinde iyiyeye 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 depresyonlarda tabloya anksiyete ve disfori de eşlik edebilir.
- Cinsel istekte azalma
 - Hasta yaşamının 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** belirtilerdendir.

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 olmalı
- Belirtiler günlük işlevselliği belirgin olarak olumsuz yönde etkilemeli
- Bu belirtiler en az 2 hafta sürmeli (ağır olgularda 1 hafta da yeterli)

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 serotoninidir. Depresyonda genel olarak **NE, DA ve 5HT2 düzeylerinde** düşmeden, manide ise artıştan söz edilmektedir.
- Nöroendokrin değişiklikler
 - Duygu durum bozukluklarında **hipotalamus-hipofiz-tiroid** ve **hipotalamus-hipofiz-adrenal akslarındaki** patolojilerden söz edilmektedir. Özellikle adrenal aksdaki bozukluktur.
- Kalıtsal nedenler
 - Duygudurum bozukluklarında **kalıtsal yatkınlık** sözkonusudur. 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 lopta ve kaudat çekirdekte küçülme, frontal kortikal kan akımında azalma**, BP'da **ventriküllerde genişleme** gözlenmektedir.
- Uyku bozuklukları
 - MDB'da 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 ve ayrılıkların reseptör düzeyinde değişiklikler yaptığı ve ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturduğundan sözedilmektedir.
- Hastalık öncesi (premorbid) kişilik
 - Hastalık öncesi kesin bir kişilik tipi belirlenememesine 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 görmeye 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; iyi 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
 - MSS tümörleri
 - Multiple Skleroz
 - Kronik subdural hematom
 - Normal basınçlı hidrosefali
 - Wilson Hastalığı
- **infeksiyon Hastalıkları**
 - Nörosifiliz
 - HIV/AIDS
 - Bruselkozis
 - Ensefalit
 - Enfeksiyöz hepatit
 - İnfluenza
 - Viral pnömöni
 - Mononükleozis
 - Tüberküloz
 - Subakut bakteriyel endokardit
- **Metabolik ve Endokrin Hastalıklar**
 - Hiper/hipotirodizm
 - Addison Hastalığı
 - Cushing Hastalığı
 - Parathormon bozuklukları
- **Kardiyovasküler Hastalıklar**
 - Kronik kalp yetersizliği
 - İskemik kalp hastalığı
 - Mitral Valv Prolapsusu
 - Kardiyomyopati
- **Neoplastik Hastalıklar**
 - Merkezi Sinir Sistemi tümörleri
 - Paraneoplastik Sendromlar
 - Bronkojenik karsinom
 - Diseminatör karsinomatozis
 - Lenfoma
- **Diğer Sistemik Hastalıklar**
 - Böbrek yetersizliği
 - Peptik ülser
 - Kronik yorgunluk
 - Kronik ağrı
 - Pankreatit
- **inflamatuvar Hastalıklar**
 - Kollajen-damar hastalıkları
 - Sistemik Lupus
 - Romatoid Artrit
 - İritabl barsak hastalığı

1. Jorck J.A., Stein D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-504.
2. İşık U., Açıkyörük K., İşık E. (2013) Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk 71-103

Depresyona yol açabilen maddeler

- **Analjezikler**
 - İndometazin
 - Opiatlar
- **Antibiyotikler**
 - Ampisilin
 - Streptomisin
 - Tetrasiklin
- **Antihipertansifler**
 - Propranolol
 - Rezerpin
 - Klonidin
 - Diltiazem
 - Enalapril
- **Antineoplastikler**
 - Sikloserin
 - Vinorelbin
- **H₂ reseptör antagonistleri**
 - Simetidin
- **Anti-parkinson ilaçlar**
 - L-dopa
- **Ağır metaller**
 - Kurşun
 - Gıva
- **Sedatif-hipnotikler ve MSS depresanları**
 - Barbitüratlar
 - Benzodiazepinler
 - Alkol
- **Anti-migren ilaçlar**
 - Flunarizin
- **Steroidler**
 - Kortikosteroidler
 - Gonadal steroidler
- **Dijitaler**
 - Digoksin
- **İnterferonlar**
 - İnterferon-b
- **Akne ilaçları**
 - İsoretinoin
- **Psikostimülanlar**
 - Amfetamin
- **Diğer Merkezi Sinir Sistemi İlaçları**
 - Amantadin
 - Bromokriptin
 - Fenotiazinler
 - Fenitoin
 - Antikonvülanlar
- **Diğer**
 - İnsektisidler
 - Oral kontraseptifler

1. Jorck J.A., Stein D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-504.
2. İşık U., Açıkyörük K., İşık E. (2013) Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda 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 duygulanım çökkünlük yönüne kaymıştır.
- Katatonik şizofreni
 - Negativizmi olan hastalar depresyon ile karışabilir.
- Demans
- Yas
 - Benlik saygısında azalma görülmez.

Tedavi

- İlaç tedavisi
- Elektrokonvulzif Tedavi (EKT)
- Psikoterapi

İlaç Tedavisi

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

İlaç Tedavisi (Devam)

- Antidepresan etkinlik **geç** çıkar.
 - Yan etkiler tedavi başlangıcında daha çok görülür. Bu sebeple hasta ilacı bırakabilir.
- Antidepresan tedavi hasta remisyona girdikten sonra en az **6-9 ay** (bazı kaynaklara göre **1 yıl**) daha kullanılmalıdır.
 - Amaç hastalığın tekrarlama riskini azaltmaktır.

Elektrokonvulzif Terapi (EKT)

- **En etkili** tedavi yöntemidir.
 - Başarı oranı **%90**
 - Antidepresanlara yanıt vermeyen, yemeyen ve içmeyen hastalarda uygulanır.
- EKT'de;
 - Hasta **kısa etkili anestezi**lerle uyutulur.
 - **Süksinil kolin** verilerek jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesi sağlanır.
 - Sonrasında **bellek bozukluğu** görülebilir.
 - Haftada 2 seanstan 8-10 seans gerekebilir.

Psikoterapi

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

Distimi

- En az **2 yıl** süren, çok ağır olmayan depresif belirtiler vardır. Depresyondaki gibi ataklar halinde seyretmez.
 - Distimi üzerine depresyon dönemleri eklenebilir (**Çifte depresyon**)
- Tedavilerinde **SSGİ** kullanılır.
 - İlaç tedavisine yanıt oranı **düşüktür**.
 - Daha **yüksek dozlar** ve **uzun süreli** tedavi gerektirebilir.
- **Kadınlarda** daha sık görülür.

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



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

Manik Dönem

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

Belirti ve Bulgular

- Genel görünüm ve dışa vuran davranışlar
- Konuşma
- Duygulanım
- Bilişsel yetiler
- Düşünce
- Hareketler
- 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 "iyi" 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 **çoşku, aşırı neşe (öfori)**, sıklıkla da **öfke** egemendir.
- Tek başına neşe nadir görülür. Duygudurumda oynamalar (**labil affect**) daha siktir.
- **Disinhibisyon, dürtüsel davranışlar, irritabilite**
- 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.
 - **ilüzyon** 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 bilmez
 - Aşırı alışveriş yapabilir
 - Kendini tehlikeye atabilecek davranışlar gösterebilir.
 - Düşüncesiz iş yatırımlarına girişebilir
 - Kendisi için sosyal açıdan uygun olmayan cinsel eylemlere kalkışabilir.
- Nadiren çok şiddetli manide **katatonik belirtiler** görülebilir.

Belirti ve Bulgular

Bedensel ve fizyolojik belirtiler

- Mani döneminde **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, çoşkulu, taşkın ya da öfkeli duygudurum
 - Kendine güvenin artması, büyüklik düşünceleri
 - Uyku gereksiniminin azalması
 - Aşırı konuşkanlık, basınçlı konuşma
 - Düşüncelerin hızlanması, fikir uçuşması
 - Dikkat dağınıklığı
 - Amaçlı devinimlerde 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** olmalı
- Belirtiler **günlük işlevselliği** belirgin olarak olumsuz yönde etkilemeli
- 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 atağı** 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 Bozuklukta daha erken başlar

Bipolar Bozuklukların Yaşam Boyu Prevalansı

Bozukluk	Yaşam boyu prevalans	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
 - Hiperkortizolemi
 - Vitamin eksiklikleri
- **İnfeksiyon Hastalıkları**
 - Nörosifiliz
 - HIV/AIDS
- **İnflamatuvar Hastalıklar**
 - Kollajen-damar hastalıkları
- **Diğer**
 - Ağır karaciğer yetmezliği

1. Joshi J.A., Stein D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-508.
2. İşık U., Açıköçer K., İşık E. (2013) Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen ve Yetilarda 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. Joska J.A., Stein D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-504.
2. İşık U., Açıközkan K., İşık, E. (2013) Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen, Erilgin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk 71-103

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 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.

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 bekarlarda çok
Aile yüküklüğü	Risk %7 artar	Risk 7 kat artar (BAB-1 öyküsü)
Sosyo-ekonomik durum	İlişki yok	İlişki yok
Irkla ilişkisi	İlişki yok/siyahlarda daha az??	İlişki yok
Stresli yaşam olayları	İlk ataklarda etkili	Tekrarlayan ataklarda etkili
Kronik stresör etken	Etkili	Etkisi gösterilmemiş
Yaşanan yer	Kırsal kesimde kentten az	Kent varoşlarında daha çok
Kişilik özellikleri	İçer dönük, obsesif, bağımlı	İlişki yok
Çocukluk dönemi	Erken kayıp, kötüye kullanım	İlişki yok
Yakın ilişki yokluğu	Önemli risk etkeni	İlişki yok