

Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması

Cengiz Akkaya¹, Murat Altın², Kaan Kora³, Nesrin Karamustafaloğlu⁴, Aziz Yaşan⁵, Nesrin Tomruk⁴, Erhan Kurt⁴

ÖZET:

Türkiye’de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerindeki çeşitli psikiyatri kliniklerine “manik atak” ile başvuran bipolar bozukluğu (BB) olan hastaların, başvuru sırasındaki sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırılması ve bölgeler arası farklılıkların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu gözlemsel çalışmaya 2 sene boyunca Türkiye’nin 7 coğrafi bölgesindeki 53 merkezdeki 584 manik atak hastası alınmış ve Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı ölçütlerine göre bipolar I bozukluk tanısı almış bu hastaların sosyodemografik ve klinik bulguları bölgesel farklılıkları araştırarak şekilde derlenmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 33.9±11.2 olan 584 hastanın doktora ilk başvuru yaşı ortalama 26.1±8.6 yıl ve BB ortalama süresi 8.6±8.2 yıl idi. Hastaların psikiyatrik özgeçmişlerinde, en fazla manik tip atakların görüldüğü ve manik atakların çoğunun psikotik özellikli olduğu saptandı. Başlangıçtaki Klinik Global İzlem ve Young Mani Değerlendirme Ölçek skorları sırasıyla 4.87±0.9 ve 33.2±9.3 idi. Doktora ilk başvuru yaşı, tedavi geçmişinde tipik antipsikotik, lityum, antikonvülzan ve antikolinergik/antihistaminik kullanım sıklıkları, şimdiki atağın süresi ve tedavisinde kullanılan ilaçların dozları bölgeler arasında farklılık gösterirken, hastaların sosyodemografik özellikleri açısından bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sonuç: Çalışmamızın Türkiye’de bu çapta yapılan ilk ve tek çalışma olması ve bölgesel farklılıklara işaret etmesi nedeniyle ülkemiz özelinde bipolar hastaların tedavi ihtiyaçlarını anlamaya yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: Bipolar bozukluk, manik atak, sosyodemografik faktörler, sosyokültürel faktörler

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2012;22(1):31-42

ABSTRACT:

Sociodemographic and clinical features of patients with bipolar I disorder in Turkey-HOME study

Objective: The present study aimed to investigate the sociodemographic and clinical characteristics and compare the interregional differences in bipolar patients, who presented with manic episodes and were admitted to various psychiatry centers in 7 different regions of Turkey.

Method: This observational study was conducted on 584 patients with manic episodes at 53 centers in 7 regions in Turkey during 2 years. Sociodemographic and clinical findings of patients with DSM-IV diagnosis of bipolar I disorder were collected to investigate the interregional differences.

Results: The mean age, age at first hospital admission, and duration of bipolar disorder of 584 patients were 33.9±11.2, 26.1±8.6, and 8.6±8.2 years, respectively. In the psychiatric history the most frequently encountered episode was manic type and among manic episodes the most common type was mania with psychotic features. At baseline, the mean Clinical Global Impression and Young Mania Rating Scale scores were 4.87±0.9 and 33.2±9.3, respectively. While age at first hospital admission, the ratios of typical antipsychotic, lithium, anticonvulsant, and anticholinergic/antihistaminic uses at treatment history, duration and the dose of drugs used in the treatment of current episode demonstrated interregional differences, no significant difference was found among the patients in terms of sociodemographic features.

Conclusion: The present study is the first and only large scale study up to date performed within this context in Turkey. We think that knowing regional variations will help to understand treatment needs of bipolar patients.

Key words: Bipolar disorder, manic episode, sociodemographic characteristics, sociocultural features

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2012;22(1):31-42

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Bursa-Türkiye
²Eli Lilly Türkiye
³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, İstanbul-Türkiye
⁴Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-Türkiye
⁵Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Diyarbakır-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Psikiyatri Uzmanı Murat Altın, Santral Sinir Sistemi Klinik Araştırma Doktoru, Lilly İlaç Tic. Ltd. Şti., Kusbakısı Caddesi, Rainbow Plaza No:4 Kat:3, 34662 Altunizade, İstanbul-Turkey

Telefon / Phone: +90-216- 554-0132

Faks / Fax: +90-216- 554-0184

Elektronik posta adresi / E-mail address: altin_murat@lilly.com

Gönderme tarihi / Date of submission: 15 Nisan 2011 / April 15, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 22 Aralık 2011 / December 22, 2011

Bağıntı beyanı:

C.A., M.A., K.K., N.K., A.Y., N.T., E.K.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

C.A., M.A., K.K., N.K., A.Y., N.T., E.K.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), önemli derecede morbidite ve mortaliteye neden olan, yinelenen ve iyileşmelerle seyreden ciddi ve süregelen bir hastalıktır. Yaşam boyu prevalansı %0.45 ve 5.5 arasında, 12 aylık prevalansı ise %0.37 ve

1.3 arasında değişmektedir (1). BB bireyin sosyal ve mesleki hayatında yıkıma neden olduğu gibi, toplum içinde ciddi olumsuz etkiler yaratır. BB’nin toplumlara getirdiği mali yük ve sosyal ilişkilerdeki bozulma, depresif bozukluklar veya anksiyete bozukluklarında gözlenenenden çok daha yüksektir (2). BB hastalarında işsizlik oranı yüksek

tır, büyük bir kısmı hayatları boyunca evlenemez ve yaklaşık %10’u adli olaylara karışır (1). Hastaların büyük bir yüzdesinde, kalıtımın rol oynadığını düşündürecek şekilde, aile öyküsü pozitifdir (3).

BB gözlenen kişilerin büyük çoğunluğunun toplumun iş gücünü oluşturan genç-orta yaş grubunda olması, BB’nin topluma getirdiği mali yükün artmasına neden olmaktadır. BB’nin hastaların hem aile içinde, hem de aile dışındaki sosyal ilişkileri ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi vardır (3). Hastaların yaklaşık yarısında duygudurum belirtilerinden dolayı, işlevsellikte azalma olur ve bu hastalarda boşanma sıklığı sağlıklı kontrollerden 2.5 kat daha yüksektir (4,5).

BB hastalarının, günlük klinik uygulamada sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırılması, bu bozukluğun tanısı, prognozu ve tedavisi bağlamında önemlidir. Yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, yaşam biçimi ve iş durumu gibi sosyodemografik özelliklerin BB’li hastaların akıbetleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (6-9). Hastalığın erken evrelerinde olan Amerika’lı ve Çin’li bipolar hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, hem hastaların başlangıçtaki özellikleri hem de tedaviye cevapları açısından belirgin farklılıklar gözlenmiştir (10). İki grup arasında belirgin olarak farklılık gösteren hastalığın, başlangıçtaki özelliklerinin BB seyri ile ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (5).

BB’ye eşlik eden psikiyatrik hastalıkların, BB seyri üzerine olumsuz etkileri vardır, dolayısıyla ilk görüşme sırasında bu tür bir durumun tespiti hastalığın seyri konusunda hekime bir ön fikir verebilir. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, BB olgularında eşlik eden bir anksiyete bozukluğunun görülme sıklığının %24 ile %93 arasında değiştiğini (11-14), dolayısıyla bu hastalık grupları arasındaki birlikteliğin istisnadan çok kural niteliğinde olduğunu göstermektedir (15). BB’si olan hastalar arasında madde kullanım oranı da genel toplum ile karşılaştırıldığında daha yüksektir; alkol kullanım oranı %21.4 ile %54.5 arasında değişmektedir (16,17). Anksiyete bozukluklarının BB’ye eşlik etmesi, daha fazla özkıyım eğilimi, madde bağımlılığı, farmakolojik tedaviye direnç ve kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (13,18-20). BB’ye bir anksiyete bozukluğunun eşlik etmesi, hem tanı hem de tedavide güçlükler yaratır (21). Eşlik eden psikiyatrik hastalıkları olan bipolar hastaların, eşlik eden hastalığı olmayanlara kıyasla hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu, taburculuk sırasında iyileşme oranlarının daha düşük

olduğu ve somatik tedaviye cevaplarının daha kötü olduğu bulunmuştur (22-24).

BB’nin, özellikle ulusal ve etnik gruplarda geniş ölçekli karşılaştırmaları, toplumlar arasında hastalık seyrindeki farklılıklar ve benzerlikleri tanımlayabilir ve sadece belli kültürel değişkenler bağlamında oluşan bulguların, hastalığın doğasına bağlı bulgular ile ayırt edilmesini sağlayabilir (25). Bu konudaki klinik ve epidemiyolojik çalışmaların sayısı oldukça azdır ve bu çalışmaların çoğu prevalans üzerine odaklanmıştır (26).

Tüm bu nedenlerden dolayı, BB hastalarının klinik ve sosyodemografik özelliklerini belirlemenin, iyi bir izlem ve uygun bir tedavi yaklaşımı için gerekli olduğuna inanıyoruz. Ayrıca BB’de sosyodemografik ve klinik özellikler açısından kültürler arası farklılıklar görülebileceğinden, çalışmamızda yapısında kültürel çeşitlilikler barındıran Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerindeki çeşitli psikiyatri kliniklerine “manik atak” ile başvuran BB hastaları örnekleminde, başvuru sırasındaki sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırılması ve bölgeler arası karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma Tasarımı ve Hastalar

Bu çalışma, günlük klinik uygulamalar çerçevesinde hastanede yatmakta olan ve/veya ayaktan tedavi edilen bipolar duygudurum bozukluğu-manik atak hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerini tanımlamak amacı ile yapılmış, naturalistik, gözlemsel, prospektif, çok-merkezli, ulusal bir çalışmadır. Bu çalışmada, Kora ve ark.’nın (27) yaptığı bir tedavi izlem çalışması olan Health Outcomes of Manic Episodes (HOME) çalışmasındaki hastaların bilgileri, ilk görüşme sırasındaki sosyodemografik ve klinik özellikleri kullanılmıştır. Çalışmaya, 2 sene boyunca Türkiye’nin 7 coğrafi bölgesindeki ana psikiyatri ünitelerinden 53 merkez katılmıştır ve hastanede yatmakta olan veya ayaktan tedavi edilen manik atak hastaları bu çalışmaya alınmıştır. Bu çalışmada Türkiye’deki bipolar I hastalarının sosyodemografik ve klinik bulgularını içeren bilgiler, bölgesel farklılıkları da araştırarak şekilde derlenmiş ve özellikleri tartışılmıştır. Çalışmaya, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (28) ölçütlerine göre BB seyri sırasında manik veya karma atak tanısı alan ve günlük klinik uygulama

içinde manik veya karma atağın tedavisi için oral olarak ilaç başlanacak veya ilacı değiştirilecek olan, en az 18 yaşındaki erkek ve kadın hastalar alınmıştır. Klinik çalışmalar etik kuralları gereği gebe veya emzirme döneminde olan kadın hastalar (<http://rega.basbakanlik.gov.tr>), tedavi girişimi ve/veya araştırma ilaçları ile yapılan başka bir çalışmaya katılmış olanlar, çalışma için ilk değerlendirme yapılmadan önce manik veya karma atak için oral tedavi başlanmış veya tedavisi değiştirilmiş olan hastalar çalışma dışı bırakılmışlardır. Çalışma işlemlerinin başlamasından önce Sağlık Bakanlığı Merkez Etik Kurulu çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onay alınmıştır. Çalışmaya katılmadan önce tüm hastalar veya yasal temsilcilerinden yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

İlk değerlendirme sırasında sosyodemografik bulgu olarak; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni ve iş durumu ile klinik özellikler olarak; psikiyatrik öyküsü, geçirilmekte olan atağın özellikleri, verilen tedaviler ve hastalığın şiddeti kaydedilmiştir. Hastaların özgeçmişleri ile ilgili bilgilerin toplanabilmesi için, hasta dosyaları geriye dönük olarak taranmış ve eksik bilgiler için hasta ile ilgili ayrıntılı bilgi verebilecek bir hasta yakınına danışılmıştır. Hastaların psikiyatrik bir ek tanısının olup olmadığı DSM-IV tanı ölçütlerine dayandırılan yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ile tespit edilmiştir. Manik veya karma atak için hastaların klinik durumu, Klinik Global İzlem Ölçeği-bipolar bozukluk (KGİÖ-BB) ve Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) ile değerlendirilmiş ve oral olarak başlanan veya değiştirilen tedavinin detayları kaydedilmiştir (29-31). Araştırmacılar arasında YMDÖ değerlendirmesinin uyumu, çalışma başlamadan önce araştırmacıların YMDÖ hakkında eğitilmesi ile sağlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz SPSS (Windows, sürüm 10.0, Chicago) paket programı ile yapılmıştır. Tüm çalışma verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak (ör. ortalama, ortanca, standart sapma, sıklık, yüzde) özetlenmiştir. Ortalama değerler, ortalama±standart sapma (SS) olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde değişken özelliklerine göre Student's t-test veya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel değişkenler için coğrafi bölgeler arasındaki karşılaştırmalar ki-kare testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı P<0.05 olarak kabul edilmiştir ve tüm P değerleri iki

yönlüdür.

BULGULAR

Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Özgeçmişleri

Türkiye'nin 7 coğrafi bölgesinden Nisan 2003 ile Ocak 2005 tarihleri arasında 584 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan toplam 584 hastanın yaş ortalaması 33.9±11.2 idi. Hastaların önemli bir kısmı (%68.4) işsiz veya çalışmıyordu ve %44'ü bekardı (Tablo 1). Tüm grup için doktora ilk başvuru yaşı ortalama 26.1±8.6 yıl ve BB ortalama süresi 8.6±8.2 yıl idi. Çalışmaya dahil edilmiş olan hastaların psikiyatrik özgeçmişlerinde, en fazla manik tip atakların (3.4±2.9) (p<0.001) görüldüğü ve psikotik özellik gösteren atakların da en çok manik ataklar (%65) olduğu saptandı. Hastaların özgeçmişlerinde psikoaktif madde bağımlılığı %3.2 ve alkol bağımlılığı ise %4.9 oranındaydı. Tutuklanma/gözetiminde kalma oranı %9.1 iken, sözlü veya fiziksel saldırganlık gösterme oranı %57.6 idi.

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri*

Cinsiyet, n (%)	
Erkek	296 (51.3)
Kadın	281 (48.7)
Yaş (ortalama±SS)	33.9±11.2
Yaş grupları, n (%)	
≤30	259 (45.2)
31-40	177 (30.9)
41-50	90 (15.7)
>50	47 (8.2)
İş durumu, n (%)	
İşi var ve maaş alıyor	144 (24.8)
İşi var ve maaş almıyor	40 (6.9)
İşi yok ama çalışabilir	130 (22.4)
İşi yok ama çalışamaz	207 (35.6)
Emekli	41 (7.1)
Diğer	19 (3.3)
Evlilik durumu, n (%)	
Bekar	251 (44.0)
Evli	264 (46.3)
Dul	22 (3.9)
Boşanmış	33 (5.8)
Coğrafi bölge, n (%)	
Marmara	219 (37.5)
İç Anadolu	110 (18.8)
Akdeniz	80 (13.7)
Ege	60 (10.3)
Karadeniz	45 (7.7)
Güneydoğu Anadolu	40 (6.8)
Doğu Anadolu	30 (5.1)

*Eksik veri nedeniyle bazı değişken gruplarındaki hasta sayıları, çalışmaya katılan hasta sayısından daha azdır.

Tablo 2: Hastaların Psikiyatrik Özgeçmişleri*

İlk doktora başvuru yaşı (yıl) (ortalama±SS)	26.1±8.6
İlk doktora başvuru yaşı (yaş grupları), n (%)	
<18	28 (5.4)
18-30	381 (72.8)
31-40	77 (14.7)
41-50	28 (5.4)
>50	9 (1.7)
Bipolar bozukluk ortalama süresi (yıl) (ortalama±SS)	8.6±8.2
Bipolar duygudurum bozukluğu için daha önceki hastaneye yatışların sayısı, n (%)	
Hiç yatırılmamış	222 (38.9)
1 defa	132 (23.1)
2-4 defa	153 (26.8)
>4 defa	64 (11.2)
Hızlı döngü gösteren atak öyküsü, n (%)	47 (8.1)
Daha önce geçirilen bipolar duygudurum bozukluğu atak sayısı (ortalama±SS)	
Mani	3.4±2.9
Depresyon	2.3±1.8
Karma	2.4±2.7
Hipomani	2.6±2.0
Daha önce geçirilen ataklardan psikotik olanların türleri, n (%)	
Manik	254 (65.0)
Karma	64 (16.3)
Depresif	73 (18.7)
Daha önce geçirilmiş olan psikotik atakların sayısı (ortalama±SS)	
Manik	2.5±2.0
Karma	2.1±1.8
Depresif	1.7±1.4
Madde kullanımı/bağımlılık, n (%)	18 (3.2)
Alkol kullanımı/bağımlılık, n (%)	27 (4.9)
Tutuklanma öyküsü, n (%)	53 (9.1)
Sözlü veya fiziksel saldırganlık öyküsü, n (%)	335 (57.6)
Özkiyim girişimi öyküsü, n (%)	92 (16.3)
Hastanın birinci derece yakınlarında bilinen psikiyatrik hastalık varlığı, n (%)	284 (50.8)
Birinci derece yakınlarında bilinen psikiyatrik hastalık, n (%)	
Bipolar bozukluk	152 (27.2)
Majör depresyon	68 (12.2)
Anksiyete bozukluğu	59 (10.5)
Alkol/madde kullanımı/bağımlılık	34 (6.1)
Şizofreni	31 (5.5)
Kişilik bozukluğu	19 (3.4)
Özkiyim girişimi	9 (1.6)
Diğer	4 (0.7)
Eşlik eden psikiyatrik bozukluk, n (%)	104 (17.8)
Yaygın anksiyete bozukluğu	35 (33.7)
Panik bozukluğu	19 (18.3)
Obsesif-kompulsif bozukluk	17 (16.3)
Dikkat eksikliği	15 (14.4)
Yeme bozukluğu	11 (10.6)
Sosyal fobi	11 (10.6)
Diğer	10 (9.6)
Tedavi öyküsü, n (%)	
Tipik antipsikotik	426 (72.9)
Atipik antipsikotik	260 (44.5)
Hem tipik hem de atipik antipsikotik	232 (39.7)
Benzodiazepin/hipnotik	303 (51.9)
Antidepresan	290 (49.7)
Lityum	310 (53.1)
Antikonvülzan	194 (33.2)
Antikolinerjik/antihistaminik	404 (69.2)
Duygudurum düzenleyiciler ile bilinen yanıtızlık öyküsü, n (%)	115 (29.7)
Lityuma karşı daha önceki yanıtızlık, n (%)	55 (51.4)
Valproata karşı yanıtızlık, n (%)	14 (13.1)
Karbamazepine karşı yanıtızlık, n (%)	38 (35.5)
Bipolar duygudurum bozukluğu için elektrokonvülf tedavi öyküsü, n (%)	112 (20.8)
Bipolar duygudurum bozukluğu için destekleyici psikoterapi öyküsü, n (%)	111 (19.0)

*Eksik veri nedeniyle bazı değişken gruplarındaki hasta sayıları, çalışmaya katılan hasta sayısından daha azdır.

Tablo 3: Hastaların Bölgelere göre Psikiyatrik Özgeçmişleri

	Akdeniz	Doğu Anadolu	Ege	Güneydoğu Anadolu	İç Anadolu	Karadeniz	Marmara	Tüm Gruplar	P
Psikoaktif madde bağımlılığı (%)	6.4	3.3	2.2	2.5	1.8	4.4	2.9	3.2	0.715
Alkol bağımlılığı (%)	9	0	2.2	2.5	4.6	2.4	5.9	4.9	0.368
Tutuklanma/ Gözaltında Kalma (%)	2.5	13.3	3.3	17.5	5.5	6.7	13.3	9.1	0.008
Sözlü veya Fiziksel Saldırganlık (%)	50.6	70	58.3	52.5	50	60	62.4	57.6	0.194
İntihar girişimi (%)	14.5	14.8	16	10.3	15.1	13.9	21	16.9	0.598
Birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk (%)	55.8	50	50	45	43.4	63.2	51.9	50.8	0.412
Eşlik eden psikiyatrik bozukluk (%)	6.3	10	16.7	10	15.5	4.4	28.8	17.8	<0.001

Tablo 4: Hastanın çalışmaya dahil edildiği sıradaki atağının özellikleri*

Tedavi yeri, n (%)	
Hastanede	260 (44.8)
Ayaktan tedavi	321 (55.2)
Atağın tipi, n (%)	
Manik	479 (84.8)
Karma	86 (15.2)
Atağın süresi (gün) (ortalama±SS)	21.6±24.4
İlk defa bipolar atak geçiren hasta sayısı, n (%)	91 (15.6)
Psikotik özelliklerin varlığı	252 (43.3)
Uygulanan tedaviler (Hastanın çalışmaya dâhil edildiği sırada kullanmakta olduğu tedaviler)	
Antipsikotikler	656 (69.1)
Lityum	166 (17.5)
Antikonvülzan	106 (11.2)
Antidepresan	21 (2.2)
İntramüsküler ilaç uygulaması	197 (33.8)
İntramüsküler verilen ilaçlar	
Antipsikotikler	183 (31.3)
Antikolinerjik	112 (19.2)
Benzodiazepin	41 (7.0)
Antihistaminik	1 (0.2)

*Eksik veri nedeniyle bazı değişken gruplarındaki hasta sayıları, çalışmaya katılan hasta sayısından daha azdır.

Özkıym girişimi öyküsü hastaların %16.9'unda tespit edilmişti. Çalışmadaki hastaların 91 tanesi (%15.6) ilk bipolar atağını yaşarken, %84.4'ü geçmişte birden fazla atak yaşamıştı ve manik atak sayısı ortalama 3.4±2.9, depresif atak sayısı 2.3±1.8 ve hipomanik atak sayısı 2.4±2 olarak tespit edildi. (rakamların arasındaki artı eksi işareti görünmedi, koyalım lütfen). BB nedeniyle en az bir kez hastaneye yatırılmış hastaların oranı %61.1 idi. Hastaların %17.8'inde BB'nin yanı sıra ek bir psikiyatrik bozukluk vardı ve en sık gözlenen ek psikiyatrik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu (%33.7) idi. Hastaların %50.8'inin birinci derece akrabalarında psikiyatrik bir bozukluk hikayesi mevcuttu ve en sık görülen hastalık BB (%40.4) idi. Hastaların tedavi geçmişlerinde en çok tipik antipsikotikler (%72.9) ve antikolinerjik/antihistaminikler (%69.2)

kullanılmıştı. Elektrokonzülzif tedavi hastaların %20.8'ine uygulanmıştı. Destekleyici psikoterapi almış olanların oranı ise %19 idi (Tablo 2).

Hastaların Klinik Özellikleri

Hastaların %84.8'i manik atak ile çalışmaya dahil edilmişti. Ortalama atak süresi 21.6 gündü (ranj: 1-178 gün) ve hastaların %43.3'ünde psikotik özellikler mevcuttu. Hastaların %69.1'inin tedavisinde antipsikotik ajanlar kullanılırken, %31.3'ünde antipsikotik ajan intramüsküler olarak uygulanmıştı (Tablo 4).

İntramüsküler ilaç alan ve almayan hastalar arasında cinsiyet, yaş, atağın ilk veya tekrarlayan olması, hastalığın başlangıç yaşı, medeni durum, eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve yaşadıkları coğrafi bölge açılarından anlamlı bir farklılık yoktu. İntramüsküler yolla ilaç alan hastaların YMDÖ ve KGİÖ skorları, intramüsküler yolla ilaç almayan hastalarla kıyaslandığında, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.001). Birinci ziyaret sonrası (ilk değerlendirilmeden sonra) en sık reçetelenen ilaçlar, olanzapin (%52.2) ve lityum (%34.1) idi (Tablo 6).

İlk değerlendirmedeki hastaların çoğunluğunu orta (%25.5) ve belirgin (%46.5) derecede hasta olanlar oluşturuyordu. Hastaların %94.5'inde BB'nin şiddeti orta ile çok şiddetli arasında değişiyordu (KGİÖ şiddet skoru ≥4). KGİÖ şiddet skoru ortalaması 4.87±0.95 idi. Başlangıçtaki toplam YMDÖ skoru ortalaması 33.2±9.3 (ortanca 33) idi. YMDÖ skoru 30 ve üzerinde olan hasta sayısı 379 (%65.6) idi.

Bölgeler Arası Karşılaştırmalar

Doktora ilk başvuru yaşı bölgeler arasında anlamlı bir farklılık gösteriyordu (p<0.01). İlk başvuru yaşı en küçük

Tablo 5: Bölgelere göre hastaların tedavi geçmişi

Tedavi Geçmişi	Tipik Antipsikotik (%)	Atipik Antipsikotik (%)	Tipik ve Atipik Antipsikotik (%)	Benzodiazepin /Hipnotik (%)	Lithium (%)	Antikonvülzan (%)
Akdeniz	62.5	40	35	45	48.8	23.3
Doğu Anadolu	83.3	30	26.7	63.3	70	33.3
Ege	81.7	38.3	36.7	80	45	41.7
Güneydoğu Anadolu	87.5	50	50	62.5	72.5	65
İç Anadolu	70	42.7	34.5	49.1	51.8	20
Karadeniz	77.8	57.8	53.3	40	57.8	26.7
Marmara	70.8	47	42	47	50.7	36.8
Tüm Gruplar	72.9	44.5	39.7	51.9	53.1	33.2
	*p: 0.027	p: 0.201	p: 0.122	*p: <0.001	*p: 0.049	*p: <0.001

Tablo 6: Çalışmaya dahil edilen hastaların ilk değerlendirmesi sırasında reçetelenen ilaçlar* (n=584)

İlaçlar**	Hasta sayısı n (%)	Günlük doz (mg) (ortalama±SS)
Olanzapin	305 (52.2)	17.9±7.1
Lityum	199 (34.1)	969.4±241.8
Klorpromazin	177 (30.3)	208.2±147.9
Haloperidol	131 (22.4)	19.2±9.5
Valproat	88 (15.1)	835.8±356.9
Risperidon	64 (11.0)	4.9±3.5
Biperiden	63 (10.8)	7.4±8.4
Zuklopentiksol	43 (7.4)	121.3±107.3
Diazepam	40 (6.8)	11.7±5.1
Karbamazepin	37 (6.3)	640.5±153.6
Ketiyapin	34 (5.8)	436.8±217.2

*Sıklığa göre en fazla reçetelenmiş olan 11 ilaç.

**Hastalar birden fazla tedavi almış olabilir.

olan bölge Güneydoğu Anadolu bölgesi (bölge ortalaması: 23.0±6.2) iken, en büyük olan bölge İç Anadolu bölgesiydi (bölge ortalaması: 28.5±9.7).

Tutuklanma ve gözaltında kalma, bölgeler arasında anlamlı bir farklılık gösteriyordu (p<0.01). Tutuklanma ve gözaltında kalmanın en yüksek olduğu bölge Güneydoğu Anadolu (%17.5) iken, en düşük olan bölge Akdeniz bölgesi (%2.5) olarak belirlendi (Tablo 3).

Hastaların tedavi geçmişlerinde, tipik antipsikotik kullanımı bölgeler arasında anlamlı bir farklılık gösteriyordu (p<0.05). Tipik antipsikotikler en yüksek oranda Güneydoğu Anadolu bölgesinde (%87.5) kullanılırken, en düşük kullanım oranı Akdeniz bölgesindeydi (%62.5). Lityum, antikonvülzan ve antikolinergik/antihistaminik kullanım sıklıkları da bölgeler arasında anlamlı farklılıklar gösteriyordu (p değerleri sırasıyla: <0.05, <0.001 ve <0.001). Lityum ve antikonvülzan kullanımı en fazla Güneydoğu Anadolu bölgesinde (sırasıyla, %72.5, %65.0), antikolinergik/antihistaminik kullanımı en fazla

Tablo 7: Bölgelere göre şimdiki atak için tipik antipsikotik, atipik antipsikotik ve Lityum kullanımı

Hasta Yüzdeleri (%)	Tipik Antipsikotik	Atipik Antipsikotik	Lityum
Akdeniz	32.5	35.0	28.8
Doğu Anadolu	29.8	36.8	43.3
Ege	26.1	33.6	16.7
Güneydoğu Anadolu	35.8	21.1	20.0
İç Anadolu	20.7	38.9	37.3
Karadeniz	13.3	44.0	42.2
Marmara	35.1	32.7	25.1
Tüm Gruplar	29.7	34.1	28.9

p<0.001

Doğu Anadolu bölgesinde (%86.7), en az lityum kullanımı Ege bölgesinde (%45.0), en az antikonvülzan kullanımı İç Anadolu bölgesinde (%20.0) ve en az antikolinergik/antihistaminik kullanımı Akdeniz bölgesinde (%58.8) saptandı (Tablo 5). Duygudurum düzenleyicilerine yanıt-sızlık, bu ilaçların hiç kullanılmadığı hastalar çıkarıldığına, bölgeler arasında sınırda anlamlı bir farklılık gösterdi (p<0.05). Duygudurum düzenleyicilerden sadece lityum kullanımının yüksek oranda tercih edildiği bölge Doğu Anadolu (%43.3), sadece antikonvülzan kullanımının yüksek oranda tercih edildiği bölge Ege bölgesi (%13.3) idi. Her ikisinin beraber kullanımının en yüksek olduğu bölge ise Güneydoğu Anadolu bölgesiydi (%52.5). Lityuma karşı yanıt-sızlığın en yüksek olduğu bölge İç Anadolu (%40.0), valproat ve karbamazepine karşı yanıt-sızlığın en yüksek olduğu bölge Marmara bölgesiydi (sırasıyla, %78.6, %52.6). BB için elektrokonvülf tedavi (EKT) kullanımı da bölgeler arasında farklılık gösteriyordu (p<0.01); en fazla kullanılan bölge Güneydoğu Anadolu (%37.5) iken, en az kullanılan bölge İç Anadolu bölgesiydi (%8.5). Yine, destekleyici psikoterapi geçmişi de bölgeler arasında anlamlı farklılık gösteriyordu

($p<0.001$). Destekleyici psikoterapinin en fazla kullanıldığı bölge Ege bölgesi idi (%30.0), Doğu Anadolu bölgesinde ise tedavide destekleyici psikoterapi hiç kullanılmıyordu.

Şimdiki atağın özelliklerinden, atak süresi bölgeler arasında anlamlı fark gösterdi ($p<0.01$). Atak süresi en uzun olan bölge Karadeniz (bölge ortalaması: 29.4 ± 24.9), en kısa olan bölge Güneydoğu Anadolu (bölge ortalaması: 11.8 ± 9.2) idi. Mevcut atağın tedavisinde kullanılan ilaçlardan biperiden, bornaprin HCl ve hidroksizin en çok Marmara bölgesinde kullanılmakla birlikte, sırasıyla en az Doğu Anadolu, Ege ve Karadeniz bölgelerinde kullanılmaktaydı ve bölgeler arasında anlamlı farklılık vardı (sırasıyla: $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.05$). Tipik antipsikotik, atipik antipsikotik, antikonvülzan ve diğer ilaçların kullanımını da bölgeler arasında anlamlı farklılık gösteriyordu ($p<0.001$). Tipik antipsikotik kullanımının en yüksek olduğu bölge Güneydoğu Anadolu (%35.8), en düşük olduğu bölge Karadeniz bölgesi (%13.3) idi. Atipik antipsikotik kullanımı açısından ise en yüksek oran Karadeniz bölgesinde (%44), en düşük oran ise Güneydoğu Anadolu bölgesinde (%21.1) idi (Tablo 7). Atak tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım dozları da bölgeler arasında farklılık gösterdi; karbamazepin dozu en çok Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu, en az Karadeniz bölgesi olmak üzere ortalama 640.5 ± 153.6 mg; klorpromazin dozu en çok Karadeniz, en az Güneydoğu Anadolu bölgesi olmak üzere ortalama 208.2 ± 147.9 mg; lityum dozu en çok Güneydoğu Anadolu, en az Karadeniz bölgesi olmak üzere ortalama 969.4 ± 241.8 mg ve valproat dozu en çok Doğu Anadolu, en az Ege bölgesi olmak üzere ortalama 835.8 ± 356.9 mg olarak bulundu ve bu ilaçların günlük dozları açısından bölgeler arasında anlamlı fark tespit edildi (p değerleri sırasıyla: <0.05 , <0.05 , <0.001 , <0.01).

Hastaların cinsiyet, yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi ve medeni hal gibi sosyodemografik özellikleri açısından bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 1). Ayrıca bölgeler arasında hastaların BB nedeniyle daha önce hastaneye yatış sayıları, psikoaktif madde ve alkol bağımlılığı, sözlü veya fiziksel saldırganlık, özkıyım girişimi, birinci derece akrabalarda psikiyatrik bozukluk öyküsü (Tablo 3), şimdiki atağın sınıflandırılması ve tedavisinde kullanılan diazepam, haloperidol, ketiyapin, olanzapin, risperidon ve züklopentiksol'un kullanım dozları açısından anlamlı fark yoktu.

TARTIŞMA

Türkiye'nin tüm coğrafi bölgelerinden derlenen hasta verileri doğrultusunda yapılmış olan bu çalışmada, BB hastalarına ait sosyodemografik ve klinik bilgiler tespit edilmiş ve yerel ya da uluslararası diğer çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmada saptanan, BB'nin her iki cinsiyette hemen hemen eşit oranda görülme, genelde genç-erişkin yaş grubu hastalığı olma (tüm grup yaş ortalaması: 33.9 ± 11.2) ve işlevselliği (iş durumu, medeni hal, vb) önemli ölçüde bozma (işsizlik oranı; %68.4) şeklindeki özellikleri, diğer yerel ve uluslararası çalışmalarla benzerlik göstermektedir (32-35).

Çalışmamızda bulunan %46.3'lük evli olma oranı ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda evli olma oranı ile benzer bulunmuştur (32,35). Ayrıca bizim gibi bir Akdeniz ülkesi olan İtalya'da yapılan EMBLEM çalışmasında (36) da BB'li hastalardaki evli olma oranı bizim çalışmamızdaki oran ile aynıydı (%46.3). Ancak Amerika, Avustralya ve Finlandiya gibi ülkelerden bildirilen çalışmalarda evli olma oranları çok daha düşüktür (1,37,38). Yaş, cinsiyet ve işlevsellik durumundaki benzerliklere rağmen, medeni hal özelliklerinde farklılık bulunması ve boşanmış olan kişilerin sayısının düşük saptanmasının, ülkemizde geniş aile yapısının büyük ölçüde korunmasından, aile içi bağların ve yaptırımların hala sağlam olmasından, evlilik kurumunun sürekliliğini sağlayan değer yargılarının diğer batılı ülkeler ile farklılık göstermesinden, batılı ve sanayileşmiş toplumlara dayatılan bireyselleşme gerekliliğinin henüz toplumumuzda etkilerini hala tam olarak göstermemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Amerika Birleşik Devletleri'nde her iki evlilikten biri boşanma ile sonlanmakta ve boşanma sıklığının %50-68 olduğu bildirilmekteyken (39), ülkemiz dünya ülkeleri arasında boşanma sıklığı düşük ülkeler arasında yer almaktadır (40).

Bipolar bozuklukta başlangıç yaşının geriye dönük olarak belirlenmesi zordur. Belirtiler genellikle doktora ilk başvurudan önce ortaya çıkar. Belirtilerin başlangıç zamanı ile doktora başvuru yaşı birbirini tutmayabilir (32). Çalışmamızda doktora ilk başvuru yaşı ortalaması 26.1 yıl olarak bulunmuştur. Bu önceki çalışmalar ile uyumludur (37,41). Çalışmamızda bölgeler arası doktora ilk başvuru yaşı açısından farklılık mevcuttur. İlk başvuru yaşının en düşük olduğu bölge Güney Doğu Anadolu bölgesi, ikinci en düşük olduğu bölge ise Doğu Anadolu'dur. Bu farklılı-

ğın nedeni, bu bölgelerde geleneksel geniş aile yapısının korunması nedeni ile hastaların sahiplenilmeleri ile açıklanabilir. Bu durum, bu bölgelerde hasta başına düşen psikiyatri hekimi sayısının az olmasına rağmen (42), büyük şehirlerde çoğunlukla tek başına yaşayan hastaların aksine, geniş aile içinde hastalanan ve normalden sapan kişinin daha çabuk fark ediliyor ve doktora ulaştırılıyor olması ile bağlantılı olabilir.

Bu çalışmada, psikotik özellik gösteren atakların hastaların %43.3’ünde görüldüğü bulunmuştur. Hastaların tedavi geçmişleri incelendiğinde ise psikotik özelliklerin, %65 oranında manik atak tablosunda ortaya çıktığı belirlenmiştir. Bu bulgular psikotik belirtilerin mani döneminde daha sık görüldüğünü iddia eden veriler ile uyumludur (38,43). Ancak psikotik özellikler gösteren atakların hastanın özgeçmişinde, sayıca daha fazla oranda görülmesinin nedeni, psikotik belirtilerin hasta ve ailesi için daha yıkıcı sonuçlar doğurması nedeniyle ailesi tarafından daha net hatırlanıyor ya da hastanın doktora götürülmesini sağlıyor olması olabilir.

Bu çalışmada psikoaktif madde bağımlılığı %3.2 ve alkol bağımlılığı ise %4.9 olarak bulunmuştur. Literatürde BB’de madde bağımlılığı %14-60, alkol bağımlılığı ise %6-69 arasında değişmektedir (16,44-46). Türkiye’de psikoaktif madde bağımlılığı genel olarak son yıllarda artmasına rağmen, bu oran batı ülkelerine kıyasla daha düşüktür (47). Aynı zamanda alkol kullanım sıklığı da diğer ülkelere göre daha düşüktür (48). Sosyoekonomik, kültürel, ahlaki ve dini nedenlerin yanı sıra ülkemizde psikoaktif ilaçlara ulaşımın daha sınırlı olması bu oranların ülkemizde çok daha düşük seviyelerde kalmasını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, bu çalışmada toplanan bilgiler hastanın veya hasta ile ilgili sözel bilgi veren yakınlarının bildirimine dayandığı için, toplumumuzda alkol ve madde kullanımının hoş görülme bir durum olması, hastaların ya da yakınlarının ahlaki ya da dini nedenlerden dolayı utanması ya da adli kovuşturmayla uğrayacağı endişesi nedeniyle bilgi saklamış olması ihtimali, bu rakamların düşük çıkmasının nedeni olabilir.

Madde bağımlılığının en önemli komplikasyonlarından biri BB hastalarında sık görülen ölüm nedenlerinden biri olan özkıyım riskini artırmasıdır (46,49,50). Çalışmamızda özkıyım girişim hızının %16.9 olduğu saptanmıştır. Diğer ülkelerden bildirilen %25-50 hızına göre çalışmamızdaki hızın oldukça düşük oluşu, aynı şekilde ülkemizin sosyokültürel yapısı, dini inanışlar ve düşük bağımlılık

hızları ile açıklanabilir (51).

BB manik atak ana belirtilerinden biri olan ajitasyona, yaklaşık olarak hastaların %90’ında rastlanır (52) ve hastaların %10’u tutuklanır (1). Bizim çalışmamızda da buna benzer bir tutuklanma/gözetim altına alınma sıklığı bulunmuştur. (%9.1). Bu sıklığın bölgeler arasında farklılık gösterdiği saptanmış olup, sosyokültürel açıdan farklı özellikler taşıyan Güneydoğu Anadolu bölgesinde %17.5 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların %17.8’inde eşlik eden bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu, en sık olarak eşlik eden psikiyatrik bozukluğun ise %33.7 ile yaygın anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Freeman ve ark. (53) tarafından gerçekleştirilen Ulusal Komorbidite Taramasında, Bipolar I bozukluğu olan hastaların %92’sinin anksiyete bozukluğu ölçütlerini de taşıdığı tespit edilmiştir. Komorbid anksiyete bozukluklarının BB’de %7-%32 oranında görüldüğünü vurgulayan çalışmalar (54), çalışmamız ile uyumludur.

BB, toplum ve hasta üzerindeki ağır farmakoekonomik ve sosyokültürel yüküne rağmen halen uygun bir şekilde tedavi edilememektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde ve diğer gelişmiş ülkelerde ruhsal bozuklukları olan hastaların neredeyse yarısı tedavi almamaktadır. (55). Hollanda’da yapılan bir çalışmada da bipolar bozukluğu olan hastaların %75’inin, tanısı doğru konulmadığı için yeterli tedavi alamadığı saptanmıştır (2). BB’de yanlış tanı (misdiagnosis) çok sık rastlanan bir durumdur ve belirtilerin başlangıcından doğru tanının konmasına kadar geçen ortalama süre yaklaşık 10 yıldır (56).

Bugüne kadar bu hastalığın tedavisi için birçok kılavuz yayınlanmıştır (57). Tipik antipsikotikler özellikle Avrupa’da akut mani tedavisinde kullanılan geleneksel ilaçlardır. Bu ilaçların depresyona kaymaya neden olması ve oldukça sık görülen yan etkileri vardır. Son yıllarda piyasaya çıkmış olan atipik antipsikotiklerin depresyona kaymaya neden olmaması yanı sıra ekstrapiramidal belirtilerin ve diğer yan etkilerin bu ilaçlarla çok daha düşük oranlarda görülmesi, hastalığın tüm fazlarında tek ilaç ve diğer ilaçlarla kombine olarak kullanılabilmesi, bu ilaçların tedavideki önemini artırmıştır (58,59). Çalışmamızda hastaların tedavi öykülerinde tipik antipsikotik kullanım oranı %72.9 gibi çok yüksek bir oranda bulunmuş, en çok Güneydoğu Anadolu bölgesindeki doktorların tipik antipsikotik kullanma eğiliminde olduğu gözlenmiştir (%87.5). Bu bölgelerde sağlık güvencesi kapsamında olmayan has-

ta sayısının çok oluşu daha ucuz olan tipik antipsikotiklere eğilimi artırıyor olabilir. Aynı zamanda bu bölgede çalışan hekimlerimizin eğilimleri ve hastaların özellikleri de tipik antipsikotik kullanımını artırıyor olabilir. Çalışmamızda hastaların tedavi öyküsünde atipik antipsikotik kullanımı ise %44.5 oranında bulunmuş olup, bölgeler arası farklılık gözlenmemiştir. Hastaların şimdiki atağının tedavisinde %69.1 oranında antipsikotik kullanımı vardı. Güneydoğu Anadolu bölgesinde, şimdiki atağın tedavisinde tipik antipsikotik kullanımı (%35.8), tedavi geçmişi (%87.5) ile karşılaştırıldığında daha düşük oranlardadır. Ancak halen bu ilaç grubunun en fazla oranda kullanıldığı bölge olması dikkati çekmektedir. Tipik antipsikotik ilaç kullanımının en düşük olduğu bölge ise Karadeniz bölgesidir (13.3%). Atipik antipsikotik kullanımı ise bu oranın tam tersine en çok Karadeniz bölgesinde (%44) görülürken, en az Güneydoğu Anadolu bölgesinde (%21.1) görülmektedir. Bu durum Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki hastaların, bu ilaçların yan etkilerine karşı farklı duyarlılıklar göstermesinden ya da hekimlerin tercihlerinden kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise ilk dönem mani tedavisinde %44.2 hastada antipsikotik, %2.9'unda sadece duygudurum dengeleyici, %41.2'sinde duygudurum dengeleyici ve antipsikotik bir arada kullanılmıştır (32). Bizim çalışmamızdaki oranın bu çalışmadakinden daha yüksek olmasının nedeni, çalışmaya alınan hastaların %44.8'inin yatarak tedavi gören hastalardan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. İM ilaç kullanımı da bölgeler arasında farklılık göstermektedir. İM ilaç en çok Ege bölgesinde (%50) en az ise İç Anadolu bölgesinde (%19.1) kullanılmaktadır ($p < 0.001$). Bunun nedeni, bu bölgelerden çalışmaya alınan hastaların özellikleri ya da doktorların eğilimleri ile ilişkili olabilir.

BB hastalarının tedavisinde şimdiye kadar araştırılan ve göz önünde bulundurulmuş ana konu manik dönemler olmuştur ancak son dönemde yapılan çalışmalar BB hastalarının hastalık dönemlerinin büyük bir kısmını depresif olarak geçirdiklerini göstermektedir. İspanya'da yapılan bir çalışmada majör depresif atağı olan 905 hastanın %25.7'sine bir psikiyatri uzmanı tarafından BB tanısı konmuş ancak duygudurum bozuklukları anketi (Mood Disorder Questionnaire MDQ) uygulandıktan sonra ise BB tanısı alan hasta sayısı %41.3'e ulaşmıştır (60). BB'de manik atakların yaklaşık %60-%70'i depresif ataktan hemen önce ya da hemen sonra ortaya çıkmaktadır. BB hastaların yaklaşık dörtte üçü depresif belirtiler yaşamaktadırlar.

(56). Çalışmamızda hastaların tedavi öyküsünde antidepresan kullanımının %49.7 gibi yüksek bir oranda bulunmuş olması da bu veriyi doğrulamaktadır. BB'de antidepresan kullanımına dair bilgiler tartışmalıdır (61). Bu ajanlar mani veya hipomani, karma ve hızlı döngü gösteren ataklara neden olabileceklerinden kılavuzlarda bu ajanların dikkatli olarak kullanılması önerilmektedir ve literatürde antidepresan kullanımının aleyhinde olan veriler giderek artmaktadır. Kısa ya da uzun süreli BB tedavisinde antidepresan kullanımının etkisiz ya da oldukça kısıtlı etkisi olduğu, uzun dönemde etkisinin çok az olmasının yanı sıra, standart duygudurum düzenleyiciler ile birlikte kullanılsa bile mani döngüsüne neden olabileceği gösterilmiştir (62). Geleneksel olarak bu dönemlerde kullanılmamış olan antidepresanların kullanımının etkili olmadıklarını gösteren çalışmaların etkilerinin ülkemizde daha ileriki dönemlerde kendisini göstereceği kanaatindeyiz.

BB'de lityum kullanımı tüm kılavuzlar tarafından desteklenmekte olup özkıyım riskini azalttığına dair düşünceler mevcuttur. Lityum genellikle Avrupa'da, antikonvülan ilaçlar da Amerika'da tercih edilmektedir (63). Çalışmamızda tedavi öyküsünde lityum kullanımının %53.1 oluşu, şimdiki atağın tedavisinde ise en çok kullanılan ikinci ilaç olması, Türkiye'de doktorların daha çok Avrupa Kılavuzlarına uyum gösterdiklerini düşündürmektedir. Ancak hastaların tedavi geçmişinde lityum kullanımının, ülkemizde bölgeler arasında farklılıklar gösterdiği de dikkate alınmalıdır (en fazla Güneydoğu Anadolu bölgesinde, en az Ege bölgesinde).

BB'de elektrokonvülfiz tedavi kullanım öyküsü hızlı çalışmamızda %20.8 olarak bulunmuştur. Son yıllarda EKT'nin daha kontrollü ve elektif şartlarda kullanılması gerektiğine dair literatür verileri birikmektedir (64). Daha az maliyetli ve hızlı bir etkinlik gösteren bir tedavi yöntemi olan EKT'nin Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sık kullanılmış olması ekonomik nedenlere bağlı olabileceği gibi doktorların daha hızlı sonuç aldıkları tedavi yöntemlerine daha eğilimli olması ile de açıklanabilir. Şimdiki atağın tedavisinde EKT kullanımı, tüm vizitlerde toplam %2.6 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımızdan da görüldüğü gibi, yeni ve etkin psikofarmakoloji alternatiflerinin çoğalmasıyla EKT'ye olan eğilim azalacaktır. Tedavi öyküsünden farklı olarak şimdiki tedavi döneminde, sağlık güvencesinin daha yaygın olmasından dolayı hastaların ilaca daha kolay ulaşabiliyor olması, EKT uygulamasının günümüzde daha az tercih edilmesinin nedeni

olabilir.

Psikoterapi hastanın tedaviye uyumu ve rehabilitasyonu açısından önemli olmasına karşın pahalı ve zaman alıcı bir tedavi yöntemidir. Destekleyici tedavi geçmişi çalışmamızda %19 bulunmuştur. Daha yüksek destekleyici psikoterapi kullanım oranları, nispeten daha gelişmiş bölgelerimizden olan, Ege ve Akdeniz’e aittir.

Hastalara ait sosyodemografik, klinik ve tedavi geçmişlerine ait bilgilerin hasta ya da hasta ile ilgili sözel bilgi veren yakınlarının hafızası ile sınırlı olması bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Ancak çalışmamız, Türkiye’yi kapsayan bu çapta yapılmış ilk ve tek çalışma olması nedeniyle büyük bir öneme sahiptir.

Kaynaklar:

- Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar isorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disord* 2005;7(4):326-37.
- Have M, Volleburgh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilization): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002; 68(2-3): 203-13.
- Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey-II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 6(6): 487-97.
- Coryell W, Schaffner W, Keller MB, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5): 720-7.
- Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Herbet Y, Meltzer Y. Outcome in mania: a naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(7): 665-71.
- Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48(6): 445-57.
- Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998; 155(5): 646-52.
- Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. Twelve-month outcome following a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(1): 49-55.
- Tohen M, Zarate CA Jr, Hennen J, Khalsa HMK, Strakowski SM, Gebre-Medvin P, et al. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry* 2003; 160(12): 2099-107.
- Strakowski SM, Tsai SY, Delbello MP, Chen CC, Fleck DE, Adler CM, et al. Outcome following a first manic episode: cross-national US and Taiwan comparison. *Bipolar Disord* 2007; 9(8): 820-27.
- Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: Prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(3): 331-5.
- Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997; 27(5): 1079-89.
- McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158(3): 420-6.
- Pini S, Cassano GB, Simonini E, Savino M, Russo A, Montgomery SA. Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord* 1997; 42(2-3): 145-53.
- Tamam L. Bipolar Bozukluk ile Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(1): 59-71.
- Brady KT, Lydiard RB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12 (Suppl. 1): S17-S22.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264(19): 2511-8.
- Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young T, MacQueen G. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(8): 1106-13.
- Cassano GB, Pini S, Saettoni M, Dell’Osso L. Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 474-6.
- Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH. Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *Am J Psychiatry* 1993; 150(6): 928-34.
- Oswald P, Souery D, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery SA, Zohar J, et al. Predictive factors of resistance to antidepressants in bipolar depression: results from a European multicentre study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16 (Suppl. 1): S83.

22. Black DW, Winokur G, Bell S, Nasrallah A, Hulbert J. Complicated mania. Comorbidity and immediate outcome in the treatment of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(3): 232-6.
23. Black DW, Hulbert J, Nasrallah A. The effect of somatic treatment and comorbidity on immediate outcome in manic patients. *Compr Psychiatry* 1989; 30(1): 74-9.
24. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Goodwin DC. Comorbidity in mania at first hospitalization. *Am J Psychiatry* 1992; 149(4): 554-6.
25. Tsai SM, Chen C, Kuo C, Lee J, Lee H, Strakowski SM. 15-year outcome of treated bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 63(1-3): 215-20.
26. Mitchell PB, Slade T, Andrews G. Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychol Med* 2004; 34(5): 777-85.
27. Kora K, Saylan M, Akkaya C, Karamustafalıoğlu N, Tomruk N, Yasan A, et al. Predictive factors for time to remission and recurrence in patients treated for acute mania: Health outcomes of manic episodes (HOME) study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10(2): 114-9.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV). Köroğlu E (çev.) Ankara; Hekimler Yayın Birliği, 1994.
29. Karadağ F, Oral T, Aran Yalçın F, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13(2): 107-14.
30. Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brant D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res* 1997; 73(3): 159-71.
31. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-35.
32. Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Adana, 2007.
33. Karamustafalıoğlu N, Alpay N, Tomruk B. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5(1): 28-36.
34. Kupka RW, Nolen WA, Altshuler LL, Denikoff KD, Frye MA, Leverich GS, et al. The stanley Foundation Bipolar Network 2. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. *Br J Psychiatry* 2001; 41(Supp. 1): S177-S83.
35. Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *J Affect Disord* 2001; 64(1): 27-34.
36. Bellantuono C, Barraco A, Rossi A, Goetz I. The management of bipolar mania: a national survey of baseline data from the EMBLEM study in Italy. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 33.
37. Levine J, Chengappa KN, Brar JS, Kupfer DJ. Illness characteristics and their association with prescription patterns for bipolar I disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3(1): 41-9.
38. Mantere O, Suominen K, Leppämäki S, Valtonen A, Arvilommi P, Isometsa E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disord* 2004; 6(5): 395-405.
39. Sutton PD, Munson ML. Births, marriages, divorces, and deaths: Provisional data for February 2005. National vital statistics reports; vol 54 no 3. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2005.
40. Uçan Ö. Boşanma Sürecinde Kriz Merkezine Başvuran Kadınların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10(1): 38-45.
41. Çoşkun K. Bipolar I Bozukluğu olan hastalarda karma dönemlerin ve hızlı döngülü seyrin ortaya çıkışında affektif mizaçın özelliklerinin rolü. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2008.
42. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Eryılmaz Z (editors). The Ministry of Health of Turkey Health Statistics Yearbook 2008. Ankara: Uzman Matbaacılık Yay. Kağ. Turz. İnş. San. ve Tic. Ltd. Şti, 2011, p.73-76.
43. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990, p. 31-35.
44. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3(4): 181-8.
45. Lin CC, Bai YM, Hu PG, Yeh HS. Substance use disorders among inpatients with bipolar disorder and major depressive disorder in a general hospital. *General Hosp Psychiatry* 1998; 20(2): 98-101.
46. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 1-8.
47. Özpoyraz N, Tamam L, Şentürk A. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Galenos Aylık Tıp Dergisi* 1998; 1: 58-66.
48. Ögel K, Tamar D, Özmen E, Aker T, Sağduyu A, Boratav C, et al. İstanbul'da Alkollü İçki Kullanım Sıklığı. *Psikiyatrik Araştırmalar Ve Eğitim Merkezi (PAREM)*, 2004.
49. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a redefinition of bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73(1-2): 133-46.
50. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(9): 844-50.
51. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl. 9): S47-S51.
52. Keck PE, McElroy SL, Arnold LM. Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: implications for internal medicine. *Med Clin North Am* 2001; 85(3): 645-61.
53. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002; 68(1): 1-23.
54. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sağduyu K, Frank E, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161(12): 2222-9.

55. The WHO. World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *JAM* 2004; 291(21): 2581-90.
56. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(2): 161-74.
57. Yatham LN, Kennedy SH, O’Donovan C, Parikh SV, MacQueen G, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007. *Bipolar Disord* 2006; 8(6): 721-39.
58. Fountoulakis KN, Vieta E, Siamouli M, Valenti M, Magiria S, Oral T, et al. Treatment of bipolar disorder: a complex treatment for a multi-faceted disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6: 27.
59. Tuğlu C. Antipsikotiklerin Bipolar Bozuklukta Kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2008; 18(Suppl. 2): S50-S6.
60. Tafalla M, Sanchez-Moreno J, Diez T, Vieta E. Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current major depressive episode. *J Affect Disord* 2009; 114(1-3): 299-304.
61. Vahip S. Araştırmalardan Klinik Uygulamaya Bipolar Depresyon Tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 1999; 9(4): 213-21.
62. Ghaemi SN. Why antidepressants are not antidepressants: STEP-BD, STAR*D, and the return of neurotic depression. *Bipolar Disord* 2008; 10(8): 957-68.
63. Şengül C, Şengül CB, Okay T, Dilbaz N. Ellibeşinci Yılında Lityumun Öyküsü. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2004;14(1):50-6.
64. Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8(4): 302-9.