

Akrabalarında Ruhsal Bozukluk Tesbit Edilen, Bipolar ve Unipolar Affektif Bozukluklu Hastalarda Klinik Özellikler

Aslıhan Okan İbiloğlu*, Ali Çayköylü**

* Asist. Dr. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

** Prof. Dr. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Klinik Şefi, Ankara

Yazışma Adresi:

Dr. Aslıhan Okan İbiloğlu

Adres: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, 6500, Bilkent, Ankara

İş Tel-Faks: +903122912525

Tel: +905058220525

Eposta: aslihanokan@gmail.com

ÖZET

Giriş: Duygudurum bozukluklarının âilevî geçiş gösterdiği bilinmekte olup, yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk dâhil duygudurum bozukluklarının ve diğer ruhsal bozuklukların toplum geneline göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır.

Yöntem: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde ortalama olarak 1 yıldır takip edilen 150 hasta ile akrabalarından, çalışmaya alınma kriterlerimizi karşılayanlar, randomize olarak çalışmaya dâhil edilmiştir.

Bulgular: Sonuçlarımız 1. ve 2. derece akrabalarında duygudurum bozukluğu hikâyesi olan hastalarımızda duygudurum bozukluğu başlangıç yaşının %77.3 oranında daha erken olduğu gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Yaşadığımız toplumda akraba evliliği oranları Batılı ülkelere göre daha yüksektir. Bu nedenle psikiyatri polikliniklerine başvuran hastaların akrabalarında ruhsal bozuklukların varlığını araştıran çalışmaların artırılması, etiolojisinde genetik özelliklere değinilen, duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların erken tanısı ve klinik seyrinde yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: bipolar ve unipolar affektif bozukluklar, âile hikâyesi, klinik özellikler

ABSTRACT

Clinical Features of Patients With Bipolar and Unipolar Affective Disorder Whose Relatives Have Received a Mental Disorder Diagnosis

Purpose: Mood disorder has familial transmission. Familial studies have consistently documented higher rates of major depression and of bipolar disorder among the relatives of individuals suffering from bipolar disorder than among the relatives of non-disordered persons.

Method: Ankara Atatürk Training and research hospital, psychiatry outpatient clinic and the average 1 year following the close of 150 patients and relatives were randomly enrolled in the study.

Findings: Findings indicate that in comparison with 1st and 2nd degree relatives with no history of mood disorder.

Discussion and Conclusion: We live in a community where relative marriages are still more common than in Western countries. So, among the patients who were admitted to the psychiatry outpatient clinic, in questioning of family history the presence of mental disorders, guiding will enhance early diagnosis and treatment.

Keywords: bipolar and unipolar affective disorders, family history, clinical features

GİRİŞ

Duygudurum bozukluklarının (ICD-10'a göre afektif bozuklukların) âilevî geçiş gösterdiği (Andreasen ve ark. 1987, Manning ve Ahmed 2002, McGuffin ve Katz 1989) ayrıca bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk dâhil, duygudurum bozukluklarının (Mc Guffin ve Katz 1989, Slater ve Cowie 1971) ve diğer ruhsal bozuklukların toplum geneline göre daha yüksek oranlarda görüldüğü (Sachs 2003, Weissman ve ark. 1984, Winokur ve ark. 1982) çeşitli yayınlarda belirtilmiştir. Bipolar hastaların akrabalarında riskin bipolar bozukluk için 10 kat ve ünipolar depresif bozukluk için de 3 kat artmış olduğu (Akiskal 1996, Köroğlu 2004, Sadock ve Sadock 2007), yapılan bâzı âile çalışmalarında ise, BP-I olan hastaların birinci derece akrabalarında; BP-I'in %3.9 -7.8 (Andreasen ve ark. 1987, McGuffin ve Katz 1989), BP-II'nin %24 (Andreasen ve ark. 1987), UP'un ise %11.4 - 22.8 (Andreasen ve ark. 1987, McGuffin ve Katz 1989) aralığında olduğu bulunmuştur (Rice ve ark.1987, Gershon ve ark. 1982, Kupfer ve Shatzberg 2005).

Yaşadığımız toplumda akraba evliliklerinin hâlen Batılı ülkelerden daha fazla olduğu göz önüne alınacak olursa, bipolar ve ünipolar afektif bozukluğun âilevî yatkınlığını inceleyen araştırmalara daha fazla yer verilmelidir. Oysa ülkemizde bu hastaların akrabalarında ruhsal bozukluk sıklığını tarayan az sayıda çalışma vardır (Kısa ve ark. 2004, Yıldırım 2001, Erkıran 2003).

Bu çalışmanın amacı bipolar duygudurum bozukluğu tip I (BP-I), bipolar duygudurum bozukluğu tip II (BP-II) ve ünipolar depresif bozukluk (UP) tanısı konan hastaların akrabalarında mevcut duygudurum bozuklukları öyküsünün, hastalarımızın klinik özelliklerini etkileyip etkilemediklerinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Bozuklukları Polikliniği'nde ortalama 1 yıldır izlenmekte olan ve çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onayları alınan hastalar ve 1. ya da 2. derece yakınları randomize olarak çalışmaya dâhil edildi. Çalışma için gerekli etik komite onayı alındı.

Araştırmacılar tarafından yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrasında SCID- I (DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) uygulanarak (First ve ark. 1997), BP-I, BP-II ve UP tanıları tesbit edilen 150 hasta çalışmaya dâhil edildi. Takiben Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) (Akdemir 1996) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) (Karadağ 2002) uygulandı. HDDÖ'den 7 puan veya

daha az, YMDÖ'den 5 veya daha az puan alan vak'alar remisyonda kabûl edildi. Çalışmaya alınan vak'alara ve birinci veya ikinci derece yakınlarına kliniğimizce hazırlanan bir anket formu uygulandı. Literatürde âile çalışmaları ile ilgili bâzı yayınlarda benzer yöntemlerin kullanıldığı gözlenmiştir (Andreasen ve ark. 1987, McInnis ve ark. 1993, Rice ve ark. 1987).

Bu çalışmada istatistiksel analizler "Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS)" 11.0 programı ile yapılmış olup, verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri, %95 güven aralığı) yanı sıra ikili grupların sürekli verilerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, Ki-kare, Fisher, ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) testleri kullanılmıştır.

Sonuçların istatistiksel anlamlılığı için $p < 0.05$ düzeyi esas alınmıştır (SPSS 2000).

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler açısından çalışmaya dâhil edilen hastaların %74'ü kadın, %26'sı erkek idi. Yaş ortalamaları (BP-I için 39.5 ± 10.9 , BP-II için 37.9 ± 8.5 , UP için ise 39.6 ± 11.6 aralığında olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Birinci veya ikinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü olan vak'aların %23.3'ü 18-30 yaş arası, %35.3'ü 31-40 yaş arası ve %41.3'ü ise 40 yaşın üstünde idi.

Gruplar arasında eğitim düzeyleri açısından da anlamlı farklılık izlenmemiş olup, ilköğretim ve yükseköğretim düzeyinde eğitim alanların oranları sırası ile %36 ve %36, lise düzeyinde eğitim alanların ise %28 idi ($p > 0.05$). Hastaların genel olarak orta-alt ve orta-üst sosyoekonomik düzeyde oldukları izlenmiş, orta-üst seviyedeki hastaların bipolar bozukluk grubunda, ünipolar gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Çalışmaya dâhil edilen vak'aların akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı ile cinsiyet, çocukluk çağı travma veya kötüye kullanımı, ortaya çıkışta olumsuz yaşam olayı, sosyal desteklerin varlığı, intihar girişimi, mevsimsel özellik, toplam epizod sayısı ve tipi, depresif epizodların şiddeti, erkeklerde UP, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık için veya bipolar bozukluk için ilk tedavi yaşları, Bipolar tanısı alana kadar geçen süre, antidepresan kullanımı ile Manik veya hipomanik (M/m) kayma, UP ve BP-I, BP-II hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tesbit edilmezken ($p > 0.005$), duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı, tanı grupları, toplam depresif epi-

zod sayısı, ortalama duygudurum epizodu süresi, psikotik özellikli epizod, kadınlarda ünipolar bozukluk görülmesi, hastâneye yatış sayısı, kronik epizod ile gruplar arasında farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo I' de akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olan tüm hastaların demografik özellikleri verilmiştir.

Akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların %33.1'i BP-I, %31.1'i BP-II, %35.8'i ise UP bozukluk tanısı almış olup, bipolar ve ünipolar duygudurum bozukluğu tanısı konan hastaların %60.8'inde mevsimsel döngü varken, %39.2'sinde yoktu ($p>0.05$). Ayrıca kadın akrabalarda UP'lerin görülmesi ile hastalarımızda UP görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık varken ($p<0.05$), erkek akrabalarında UP bul-

nanlar için anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Şekil 1. de akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalar tanı gruplarına göre ayrılmıştır.

Çalışmaya alınan tüm hastaların duygudurum bozukluğu başlangıç yaşları ortalama 25.9 ± 4.7 olarak tesbit edilmiş, ayrıca 20 yaş civarı başlangıç oranları BP-I'de %33.1, BP-II'de %31.1, UP'da ise %35.8 olarak tesbit edilmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu dikkati çekmiştir ($p<0.05$).

BB tanısı ile ilk tedavi yaşı BP-I'de 30.2 ± 6.0 iken, BP-II' de 31.3 ± 4.8 olarak saptandı. İki uçlu bozukluk tanısı alana kadar geçen süre BP-I için 5.5 ± 2.9 yıl iken, BP-II için 5.7 ± 2.8 yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tesbit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

		N	(%)
Cinsiyet	Kadın	109	73,6
	Erkek	39	26,4
Yaş (yıl)	16-25	11	7,4
	26-35	56	37,8
	36-45	39	26,4
	46 ve üstü	42	28,4
Medenî hâl	Bekâr	40	27
	Evli	93	62,8
	Dul	12	8,1
	Boşanmış	3	2
Toplam öğrenim süresi	8 yıldan az	53	35,8
	9-13 yıl	45	30,4
	14 yıl ve üstü	50	33,8
Ekonomik düzey	Alt	66	44,6
	Orta	69	46,6
	Üst	13	8,2
Sosyal destek	Var	101	68,2
	Yok	7	4,7
	Yetersiz	40	27
Alışkanlıklar	Alkol	37	25
	Sigara	75	50,7
	Yok	36	24,3
Tanı	BP-I	49	33,1
	BP-II	46	31,1
	UP	53	35,8
İntihar girişimi	Var	36	24,3
	Yok	112	75,7
Hastâneye yatış	Var	29	19,6
	Yok	119	80,4
Epizod şiddeti	Hafif	3	2,1
	Orta	141	5,3
	Şiddetli	4	2,7
2 yıldan uzun süren epizod	Var	10	6,8
	Yok	137	92,6
Ad hipomanik/manik kayma	Var	38	25,7
	Yok	110	74,3

Tablo II.

	BP-1	BP-2	UDEPRESİF	P DEĞERİ
I. DERECE AKRABALARDA PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ				
BP	13 (26,5)	5 (10,9)	3 (5,7)	B1-B2=0,028 B2-UDEPRESİF=0,047
UP	22 (44,9)	14(30,4)	32 (60,4)	
Siklotimik mizaç	0 (0,0)	2 (4,3)	0 (0,0)	
Sch	4 (8,2)	7 (15,2)	2 (3,8)	
Distimi	3 (6,1)	5 (10,9)	3 (5,7)	
Panik bozukluk	4(8,2)	13(28,3)	9(17,0)	
OKB	3(6,1)	0 (0,0)	4 (7,6)	
II. DERECE AKRABALARDA PSİKİYATRİK HASTALIK				
BP	11(22,4)	4(8,7)	0(0,0)	B1-B2=0,027 B1-UDEPRESİF=0,003 B2-UDEPRESİF=0,040
UP	24(49,0)	20(43,5)	35(64,8)	
Siklotimik mizaç	0(0,0)	0(0,0)	1(1,9)	
Distimi	0(0,0)	0(0,0)	2(3,7)	
Şizofreni	8(16,3)	8(17,4)	4(7,4)	
Panik bozukluk	6(12,2)	14(30,4)	11(20,4)	
Sosyal fobi	0(0,0)	0(0,0)	1(1,9)	

Akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların ortalama duygudurum bozukluğu epizodu süreleri 28.47 ± 7.9 gün olup, BP-I için 25.3 ± 6.0 /gün, BP-II için 27.9 ± 5.8 /gün, UP için ise 31.9 ± 8.6 /gün aralığında bulunmuştur, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (χ^2 : 37.6, $p < 0.05$).

Toplam hastaneye yatış sayısı, ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olmayanlarda, daha yüksek sayıda bulunmuş ($p < 0.05$), hastaneye yatarak tedavi görenlerin %73.3'ü BP-I, %13.3'ü BP-II ve %13.3'ünün ise UP grubu hastalardan oluştuğu dikkat çekmiştir. Ancak toplam epizod sayısı ve epizodların tipi ile aile öyküsünde psikiyatrik bozukluk olması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo II'de grupların 1. ve 2. derece akrabalarının

psikiyatrik tanılarına karşılaştırmalı olarak yer verilmiştir.

Âile öyküsünde psikiyatrik rahatsızlık olanlarda, çocukluk çağı kötüye kullanım yada travma öyküsü BP-I için %28.0, BP-II için %37.0, UP için ise %18.5 oranlarında olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (χ^2 :4.095, df :2, p :0.129). Ayrıca, ilk duygudurum epizodu öncesinde olumsuz yaşam olayları hastaların %73.6'sında görülmüş ancak ilk duygudurum atağının ortaya çıkması ile aile öyküsü ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (χ^2 :2.36, $p > 0.05$). Tablo III'de ailede ruhsal hastalık öyküsünün hastalık dönem sayılarına etkisi karşılaştırılmıştır.

Âilede psikiyatrik bozukluk öyküsü mevcut ve ilk

Tablo- III.

AİLE ÖYKÜSÜ		
	VAR (Mean $\pm$ SD)	YOK (Mean$\pm$ SD)
Toplam Dönem Sayısı	4,27 $\pm$ 1,40(2-11)	3,50 $\pm$ 0,71(3-4)
Manik Dönem Sayısı	1,37 $\pm$ 0,67(1-4)	(1-1)
Depresif Dönem Sayısı	2,97 $\pm$ 1,23(1-8)	2,50 $\pm$ 2,12(1-4)
Hipomanik Dönem Sayısı	1,57 $\pm$ 0,59(1-3)	(1-1)
Toplam Hastaneye Yatış	1,80 $\pm$ 0,40(1-2)	1,50 $\pm$ 0,71(1-2)

duygudurum epizodu depresyon olan BP-I ve II tanımlı hastaların %47.3' ü atipik, %30.4'ü ise melankolik özellikler göstermekteydi. Mevcut depresyon tablosunun tipi ile BP ve UP gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca genel olarak %29.1 oranında tesbit edilen duygudurumla uyumlu psikotik özellikli depresyon tablosu, BP-I grubunda %42 oranında olup BP ve UP hasta grupları arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı ile psikotik özellikler açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmamızda akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda genel olarak %24.3 oranında intihar girişimi öyküsü varken, bu oranlar BP-I, BP-II, UP gruplar için sırası ile %26.0, %23.9, %24.1 oranlarında idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamış olduğu gibi, kadın (%24.3) ve erkek (%25.6) hastalar arasında da intihar girişimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Duygudurum bozukluklarının etiyolojisi ile ilgili çok farklı görüşler mevcuttur (Işık 2003, Sadock ve Sadock 2007). Çalışmamıza alınan hastaların 1. ve 2. derece akrabalarında sırası ile %72.3, %63.3 oranında duygudurum bozukluğu hikâyesi mevcut idi. BP-I, BP-II ve UP hastalarının birinci ve ikinci derece akrabalarında en sık görülen psikiyatrik hastalıklar, ünipolar depresif bozukluk olarak saptanmıştır. Verilerimizi destekleyen bulguları olan bazı çalışmalarda, birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluğu görülme sıklığı normal popülasyona göre 8-18 kat ayrıca majör depresif bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında normal popülasyona göre 2-3 kat oranında artmış majör depresif bozukluk riski olduğu belirtilmektedir (Faraone ve Tsuang 1995, Köroğlu 2004, Gershon ve ark. 1988, Maier ve ark. 1992). Ancak aksine literatürde, bipolar ve ünipolar bozukluklu hastalar arasında ailede majör depresif bozukluk öyküsü yönünden anlamlı fark tesbit edilmediğini, özellikle bipolar grupta, bipolar bozukluk aile hikayesinin daha yaygın olduğunu savunan çalışmalar da vardır (Mc Innis ve ark. 1993, Sadock ve Sadock 2007, Yüksel 2001).

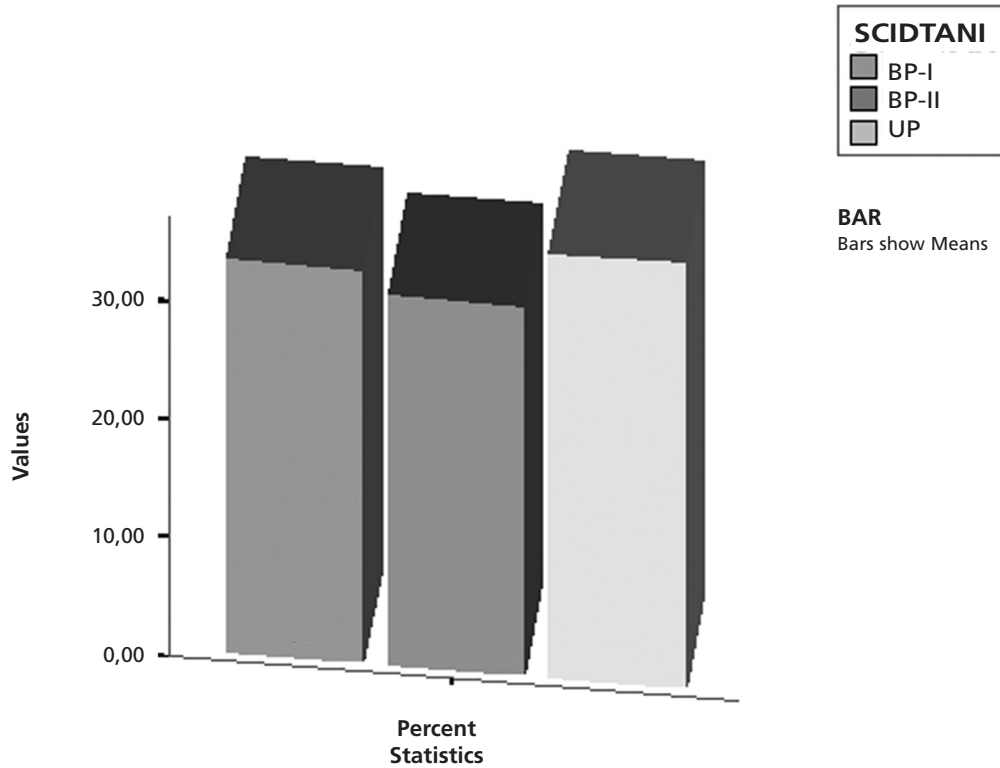
Bizim çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış hastaların ebeveynlerinde yaşam boyu ruhsal bozukluk görülme oranı, ünipolar gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Verilerimizi destekleyen bir çok çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastaların akrabalarında yaşam boyu hastalanma riskinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğu ve bipolar bozukluk tanı riskinin %3-8 arasında değiştiği, normal popülas-

yon da ise bu oranın çok daha düşük (%0.4-1.6) olduğu ifade edilmiştir. Hem anne hem de babada bipolar bozukluk varsa çocuklarında duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (Rice ve ark. 1987, Winokur ve ark. 1982, Gershon ve ark. 1982, Maj ve ark. 2002, Manning ve Ahmed 2002).

Genetik yatkınlık halinin söz konusu olduğu durumlarda duygudurum bozukluğu semptomları daha erken yaşlarda görülür (Weissman ve ark.1984, Benazzi, 2003, Calabrese ve ark. 2003). Erken başlangıç daha ağır hastalık ve daha kötü uzun dönem sonuçları ile ilişkilidir ve bozukluğun kronik yapısı, duygudurum dengeleyicilere direnci ve yüksek ek tanı düzeyi ile ilişkilidir (Schurhoff ve ark. 2000, Yıldız ve Sach 2003, Biederman ve ark.2000, Craney ve Geller 2003). Erken başlangıçlı bipolar duygudurum bozukluklarında biyolojik sorunların daha yoğun yaşandığı psikososyal gelişimin daha çok aksadığı bilinmekte ve bu tür hastaların sağaltımında her iki yaklaşımın da önem kazandığı görülmektedir (Suppes ve ark. 2001). Çalışmamızda 1. ve 2. derece akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü olan hastalarda duygudurum bozukluğu % 77.3 oranında daha erken yaşlarda başlamaktaydı. Bu sonuç trinükleotid tekrarlarının artmasına dayanan, nesiller ilerledikçe hastalığın şiddetlenmesi ve daha erken başlaması ile kendini gösteren erkenleşme vâkiasını (anticipation) destekler niteliktedir (Mc Innis ve ark. 1993, Nylander ve ark.1994). İlk duygudurum bozukluğu dönemine eşlik eden stresin, beyin biyolojisinde uzun süreli değişikliklere yol açabileceği ve sonrasındaki duygudurum dönemleri için dışsal bir stresör olmasa bile daha yüksek bir risk altında olunacağı bazı çalışmalar da belirtilmektedir (Gitlin ve ark. 1995, Erkinan ve ark. 2003, Kupfer ve Shatzberg 2005). Sosyal stresörler gençlerde daha etkili olduğundan reaktif depresyonlar daha erken yaşlarda, izolasyon, kişiler arası iletişim kaybı, tıbbi hastalıklara ve düşkünlük durumlarına bağlı olan durumlara bağlı depresyonlar ise ileri yaşlarda ortaya çıkar (Coryell ve ark.1993, Kendler ve ark. 1993, Sadock ve sadock 2007). Biz de bu çalışma ile psikososyal veya fiziksel olumsuz yaşam olaylarının, ilk hastalık döneminin yaşanmasında açıkça etkili olduklarını ancak sonraki hastalık dönemleri için aynı şeyi söylemenin mümkün olmadığını belirledik.

Duygudurum bozukluğu hastaların da doğru tanının konulamaması veya çok geç konulması uygun tedaviler alamamalarına, hastalık gidişinin ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmakta, hastaneye başvurular ve yatışlar nedeniyle de hastalık maliyetinin çok fazla arttığı görülmektedir (Singh ve Bowden 2006). Bununla beraber duygudu-

Şekil 1. AKRABALARINDA RUHSAL BOZUKLUK TESPİT EDİLEN HASTALAR



rum bozukluğunun başlama yaşı, hastalığın sürecini etkileyen önemli özelliklerden biridir. Farklı başlangıç yaşlarını temel alarak yapılan fenomenolojik karşılaştırma çalışmalarının literatürde yer aldığı görülmektedir (Weissman ve Bland 1996, Berk 2005). Çalışmamızda bipolar ve ünipolar depresif bozukluk tanısının erken dönemde ayrıştırılamadığı ve belirtilerin ortaya çıkmasıyla iki uçlu bozukluk tanısı alana kadar geçen sürenin, BP-I için 5.5 ± 2.9 yıl, BP-II için 5.7 ± 2.8 yıl olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda ise hastaların ilk ruh sağlığı birimine başvuruları ile bipolar bozukluk tanısı konulması arasında geçen sürenin ortalama 7.5-12.5 yıl arasında değiştiği belirtilmektedir (Luborsky 1962, Ghaemi ve ark. 1999). Bipolar depresyonun başta ünipolar depresyon olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklar ile görülen semptomatik çakışmasından (Feinman ve Dunner 1996) ve hastaların bipolar bozukluğu tanımlayan hipomani ve mani belirtilerini az bildirme (Kupfer ve ark. 2002), hekimlerinden de az sorma eğiliminden dolayı bipolar bozukluğun fark edilmesinin güç olduğunu (Akiskal ve ark. 1995, Baldassano 2005), bipolar bozukluğun yanlışlıkla ünipolar majör depresyon tanısı alabildiği gibi, sıklıkla eş zamanlı görülen diğer psikiyatrik hastalıklar ile de karıştırılabildiğini belirten yayınlar (Beck ve ark.

1961, Maj ve ark. 2002) çalışmamızda olduğu gibi tanı koyma sürecindeki gecikmeyi doğrulamaktadır.

Psikiyatrik hastalıklar için intihar açısından belirlenmiş risk faktörlerinin çoğu bipolar duygudurum bozukluğu olan hastalar içinde geçerlidir. Tüm BP'lu hastaların %25-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu ve %15-19'unun da bu yolla hayatlarını kaybettiği belirlenmiştir (Jamison 1986). Bu intihar oranı, normal popülasyonun 20 katıdır (Tsai ve ark. 2002, Maria ve ark. 2000). Yapılan çalışmalar da tüm duygudurum bozuklukları için intihar oranı %5-7 olarak verilmekte ve intihar girişimi oranlarının duygudurum bozukluklarında, özellikle de bipolar bozukluk da arttığı, intihar girişimi olan hastaların, hastalıkları süresince daha fazla depresif dönem yaşadıkları belirtilmektedir (Beck ve ark. 1961, Jamison 1986, Coryell ve ark. 1993, Işık 2003, Sachs 2003). Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi intihar girişimi ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, cinsiyet ve tanı grupları arasında anlamlı farklılık olmadığını bildiren çalışmalarda vardır (Hendrick ve ark. 2000, Delbello ve Geller 2001).

Çalışmamızda, BP-I ve BP-II ile ünipolar depresif bozukluk hastalarındaki depresif epizodların şiddetleri arasında fark yoktu, benzer şekilde literatürde bipolar ve ünipolar depresyon hastalarının depresif epizod

şiddetlerinin birbirine benzer olduğunu hâttâ ünipolar depresyonda, depresif nöbetlerin daha şiddetli olduğunu bulan çalışmalar vardır (Akiskal 1996, Delbello ve Geller 2001, Maj ve ark. 2002, Sadock ve Sadock 2007). Ayrıca âilede psikiyatrik bozukluk öyküsü olan, bipolar hastalardaki depresif epizod sayıları ve mevsimsel özelliklerin, psikososyal işlevsellikteki bozulmanın, ünipolar gruptan daha yüksek oranlarda olduğunu saptadık. Yapılan bâzı çalışmalarda bipolar hastalardaki depresif epizod sayısı ve mevsimsellik, ünipolar hastalardan daha yüksek oranlarda bulunmuş ancak bazılarında hastalığın gidişinde, cinsiyet, başlangıç yaşı, âile öyküsü, eğitim ve medenî durum açısından relaps gösteren hastalarla, relaps geçirmeyenler arasında bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (Rice ve ark. 1987, Delbello ve Geller 2001, Kessing 2004).

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları âile öyküsünde duygudurum bozukluğu olan, bipolar ve ünipolar affektif bozukluk tanımlı hastaların klinik seyrinin erken başlangıç, âilede duygudurum bozukluğu öyküsünün olması, geçirilen epizod sayılarının fazlalığı, eşik altı belirtilerin dönemler arasında sürmesi veya toplam duygudurum epizodu süresinin uzaması, psikotik özelliklerin mevcudiyeti, kadınlarda ünipolar depresif bozukluk tanısı, hastalıktan önceki işlevselliğin düşük olması ve kronik gidişten olumsuz etkilendiğini göstermekte olup, literatürde yer alan pek çok çalışma ile uyumlu olan sonuçlarımız, duygudurum bozuklukları ve âile öyküsü konusunda daha fazla kontrollü ve sistematik çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

Akdemir A (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi; 4: 251-259.

Akiskal HS (1996) The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV, J Clin Psychopharmacol; 16 (Suppl 1): 4s-14s.

Akiskal HS, Maser JD, Zener PJ (1995) Switching from unipolar to bipolar 2: an 11 year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. Arch Gen Psychiatry; 52: 114-123.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı (DSM-IV-TR), Washington DC. Köroğlu E, çeviri editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri.

Andreasen NC, Rice J, Endicott J, and et al. (1987) Familial rates of affective disorder. Arch Gen Psychiatry; 44: 461-469.

Baldassano CF (2005) Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder. Bipolar Disord; 7 Suppl 1: 8-15.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M (1961) An inventory for me-

asuring depression. Arch Gen Psychiatry; 4: 561-571.

Biederman J, Mick E, Faraone SV et al. (2000) Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? Biol Psychiatry; 48: 458- 466.

Coryell W, Scheftner W, Keller M. and at al. (1993) The enduring psychosocial consequences of mania and depression, Am J Psychiatry; 150: 720-727.

Craney JL, Geller B (2003) A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. Bipolar Disord; 5: 243- 256.

Delbello MP, Geller B (2001) Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. Bipolar Disord; 3: 325-334.

Erkiran M, Erdem K, Cüneyt E ve ark. (2003) Ergen ve erişkin başlangıçlı manide aile yüklülüğü: Karşılaştırmalı bir çalışma. Klinik Psikiyatri Dergisi, 6: 129-134.

Faraone VS, Tsuang MT (1995) Methods in Psychiatric genetics. Psychiatric Epidemiology, 10. Baskı. Tsuang, Tohen, Zahner, editors. Wilwt-Liss, Inc.

Feinman JA, Dunner DL (1996) The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. J Affect Disord; 37: 43-49.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC: American Psychiatric Press.

Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ et al. (1982) A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. Arch Gen Psychiatry; 39: 1157-1167.

Ghaemi SN, Sacks GS, Chiou AM (1999) Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? J Affect Disord; 52: 135-144.

Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL and et al. (1995) Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry; 152: 1635-1640.

Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ et al. (2000) Gender and bipolar illness. J Clin Psychiatry; 61: 393- 396.

Işık E (2003), Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, Şubat: 6-498.

Jamison KR (1986) Suicide and bipolar disorders. Ann. NY Acad Sci; 487: 301-315.

Karadağ F (2002) Young mani değerlendirme ölçeğinin Türkçe çevirisinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması, Turk Psikiyatri Derg; 13: 107-114.

Kendler KS, Nede M, Kessler R ve ark. (1993) Study of recent life events and difficulties. Arch Gen Psychiatry; 50: 789-796.

Kessing LV (2004) Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder, Bipolar Disord; 6: 421- 425.

Kısa C, Aydemir Ç, Başterzi AD, Tüzer V, Göka E (2004) Bipolar bozukluk tanısı konan hastaların ebeveynlerinde ruhsal bozukluklar. Turk Psikiyatri Derg; 15: 175-181.

Köroğlu E (2004) Psikozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 254- 258.

Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, et al. (2002) Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry; 63: 120-125.

Kupfer DJ, Shatzberg AF, editors (2005) Textbook of Mood Disorders. Washington DC: The American Psychiatric Publishing,

- 21- 486.
- Luborsky L (1962) Clinicians' judgements mental health. Arch Gen Psychiatry; 7: 407- 417.
- Maj M, Akiskal H, Lopez-Ibor J, Sartorius N (2002) Bipolar Disorder, John Wiley & Sons Ltd. Oral T, çeviri editörü. İstanbul: İki uçlu bozukluk. Medikal Yayın.
- Manning JS, Ahmed S (2002), Mood disorders in family practice: beyond unipolarity to bipolarity. J Clin Psychiatry, 4: 142-150.
- Maria A, Quendo MD, Christine W, B. Broadsky, B. Parsons, Gretchen L, Kevin MJ (2000) Suicidal behavior in bipolar mood disorder; clinical Characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord; 59: 107-117.
- Mc Guffin P, Katz R (1989) The genetics of depression and manic depressive disorder. Br J Psychiatry; 155: 294-304.
- McInnis MG, Mahon FJ, Chase GA, et al. (1993) Anticipation in bipolar affective disorder. Am J Hum Gen; 53: 385-390.
- Nylander PO, Engstrom C, Chotai J ve ark. (1994) Anticipation in Sweedish families with bipolar affective disorder. J Med Gen, 9: 686-689.
- Rice J, Reich T, Andreasen NC ve ark. (1987) The familial transmission of bipolar illness, Arch Gen Psychiatry; 44: 441-447.
- Sadock BJ, Sadock V (2007) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Aydın H, Bozkurt A, çevirenler. 2. Cilt. Ankara: Günes Kitapevi, 1498-1580.
- Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R et al. (2000) Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic- depressive illness? J Affect Disord; 58: 215- 221.
- Singh V, Bowden CL (Beşkardeş AF, Özdemir S, Doksat MK, ter-cüme edenler) (2006), Bipolar bozukluk karma dönemlerinin tanı ve tedavisindeki gelişmeler. Yeni Symposium; 44: 23-34.
- Slater E, Cowie V (1971) The Genetics of Mental Disorders, London: Oxford University Press.
- Smoller JW, Finn CT (2003) Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. Am J Med Gen, 123: 48-58.
- SPSS Inc. (2000) SPSS for Windows. Version 11.0, Chicago Inc.
- Suppes T, Leverich GS, Keck EP, Nolen AW, Denicoff KD, Altschuler LL, McElroy SL, Rush JA, Kupka R, Frye MA, Bickel M, Post RM (2001) The stanley foundation bipolar treatment outcome network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients, J Affect Disord; 67: 45-59.
- Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC (2002) Risk factors for completed suicide in BPB. J Clin Psychiatry; 63: 469-476.
- Weissman MM, Gershon ES, Kidd KK, et al. (1984) Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders. Arch Gen Psychiatry, 41: 13-21.
- Winokur G, Tsuang MT, Crowe RR et al. (1982) The Iowa 500- affective disorder in relatives of manic and depressed patients, Am J Psychiatry; 139: 209-12.
- Yıldırım AS (2001) Bipolar Duygulanım Bozukluğu Olan Hastaların Birinci Derece Akrabalarında Psikopatoloji. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana bilim Dalı.
- Yıldız A, Sach GS (2003) Age onset of psychotic versus non- psychotic bipolar illness in men and in women. J Affect Disord; 74: 197-201.
- Yüksel N (2001) Ruhsal hastalıklar, 2. Basım. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 220- 223.