TÜRKİYE'DE SIK KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR
Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 *S:59-84*

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Prof. Dr. Müfit Uğur

Tarihçe

Mizaç bozukluklarından M. Ö. 400 senesinde Hipokrat mani ve melankoli kelimelerini kullanmak suretiyle bahsetmiştir. Daha sonra melankoli hastalığının kara safradan meydana geldiği üzerinde durulmuş, takip eden yıllarda Areatus ise manik depresif durumların birbirleriyle alakalı durumlar olduğu üzerinde durmuştur.

1854 senesinde Falret mani melankoli hastalığını aynı hastalığın değişik görülüş şekilleri olarak tarif ederken, 1863 senesinde Kahlbaum ise mani–melankoli hastalığını; paranoya durumu dışındaki akıl hastalıklarının farklı bir hali olarak tarif etmiş ve "Siklotimi" adını kullanmıştır. Baillarger ise hastalığı değişik mizaç ve düşünce bozukluğunun oluşturduğu üzerinde durarak hastalığa "folie a double forme" adını vermiştir. 19. asrın sonlarında Kraepelin hastalığın seyir ve belirtiler bakımından "Demantia Preacox" tan farklı oluşu üzerinde durmuş ve DSM-IV tanı kriterlerine kadar değişik tasniflere tutulan hastalık; en son tanıtım şeklini almıştır.

Duygudurum bozukluklarının alkol ile madde kötüye kullanımının artışıyla ve diğer komorbid durumların (eşzamanlı görülen hastalıklar) da etkisiyle arttığı bilinmektedir. Günümüzde çocuklarda ve gençlerde de görülebileceğinin bildirilmiş olması, depresyon vakalarında kronikleşme, tekrarlama ve tedaviye direnç durumlarının oldukça yüksek bulunuşu hastalığın sıklığındaki artışı yansıtır.

Son çalışmalarda çocuklarda sık görülmekte olan DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) ile, iki uçlu (Bipolar) duygu durum bozukluğu arasında ehemmiyetli derecede ilişki olduğunu yansıtan veriler bulunmaktadır.

Tanımlar

Duygudurum bozukluklarını "Nöbetler halinde ortaya çıkan, kişinin işlevselliğini ileri derecede bozan, nöbetlerin iyileşmesi ve nöbetler arasında iyilik dönemlerinin bulunması ile karakterize olup, seyrinde hastanın affeksiyon durumunda her zaman bir artmaya sebep olarak döngüsel veya dönemsel biçimde tekrarlayan sendromlardır" şeklinde tanımlayabiliriz.

Duygudurum bozukluklarının içinde en önemli olanlarından Majör Depresif Bozukluk unipolar tipte bir durumdur. Major depresyon nöbetlerinin iyileşmelerine rağmen hastaların büyük çoğunluğunda ortaya çıkan relapslar ile hastalık hayat boyu devam eder. Oysa Bipolar Bozukluk seyrinde birden çok nöbet türünü bünyesinde bulundurması ile tanınır. Bunlar manik nöbetler, depresif nöbetler hipomanik nöbetler ve karışık nöbetler şeklinde olur. Bipolar bozuklukların seyrine hezeyan ve hallusinasyon da eklenebilir. Siklotimi durumları ise iki yıl süreyle ve belli aralıklar ile manik nöbetleri takip eden depresif nöbetlerin mevcudiyeti ile karakterize durumları oluştururlar.

Melankoli Soranius'a göre sürekli bir uyanıklık hali olup, öfke ve neşe dönemlerindeki dalgalanmalara üzüntü ve değersizlik halinin eşlik ettiği durumlar olarak bildirilir.

Kraepelin klinik depresyonda ana patolojinin duygudurumda çökkünlük ile fiziksel ve zihni süreçlerdeki yavaşlama hali olduğunu, manik hastalarda ise duygudurumda canlanma ile fizik ve zihni melekelerde artma olduğunu bildirmiştir. Kraepelin aynı zamanda aşırı kaygı, sinirlilik, ajitasyon ve hezeyan gösteren ve elli (50) yaş üzerindeki hastaları involusyonel melankoli adı altında tanımlamış ve bu durumu manik depresif hastalıklardan ayırmıştır.

Endojen Depresyon kavramı ile bir takım biyolojik bozuklukların yol açtığı depresyon durumlarına işaret edilmiş, psikojenik depresyonlar ise daha çok dış streslere bağlı olduklarından, bunlar bazı araştırmacılar tarafından eksojen depresyon olarak tarif edilmiştir.

Duygudurum bozukluklarının epidemiolojisi:

Duygudurum Bozukluklarının yaygınlığının Şizofreni hastalığının yaygınlığından biraz daha fazla olduğu bilinir. Etkilediği kişilerin günlük yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan durumlardır. Ciddi bozulmanın olmadığı durumlara subsendromal durumlar denir. Bu yüzden ilerleme, kronikleşme riski taşıyan subsendromal durumların mutlaka erken ve dikkatli tedavi edilmelerinde büyük fayda vardır. Subsendromal durumların ilerlemesiyle alkol ve madde bağımlılığı ortaya çıkmakta ve iyi tedavi edilmemiş vakalarda ciddi ölçüde intihar girişimleri ile ölümler olmaktadır.

En sık tek kutuplu bozukluk (Unipolar bozukluk-Unipolar Depresyon) ve çift kutuplu bozukluk (Bipolar Bozukluk) şeklinde görülmektedirler. Tek kutuplu depresyonun değişik alt gruplarının yaşam boyu prevelansı %20 civarında bulunurken, yıllık prevelansı %10 civarında bulunur. Batı toplumlarında Tek uçlu–Unipolar depresyon daha yaygın bulunurken, Uzak Doğu toplumlarında bu oran daha düşük bulunur. Bu yaygınlık oranına

toplumların psikososyal stresörler ile başa çıkma durumları, hayattan beklentileri, kültürel değerleri ile alkol ve madde tüketiminin yaygın oluşu olumsuz etki etmektedir. Buna rağmen yapılan çalışmalar iki uçlu-Bipolar Bozukluğun bütün formlarının toplam görülüş sıklığını %3 civarında olduğu, iki uçlu tip 1 in sıklığının ise % 1 civarında bulunduğu bildirilmektedir.

Demografik Faktörler:

Cinsiyet: Tek uçlu (Unipolar) majör depresyon vakaları kadınlarda yaklaşık iki kat fazla görülür. Bu farklılık erken erişkinlik döneminde başlar ve 30-45 yaşlar arasında belirginleşir. Hayat boyu da aynı oranda devam eder .Burada kadınların hayat boyu karşılaştıkları hormonal değişikliklerin daha fazla oluşu ve ani oluşları (menstrüel sikluslar, gebelik dönemlerindeki değişimler, post partum dönemlerdeki ani değişiklikler ile menopoz dönemleri) etkili görülmektedir. Aynı zamanda kadınların stres olaylarına karşı artmış duyarlılık hallerinin mevcudiyeti , daha çok maladaptif başa çıkma yöntemlerini kullanmaları, buna karşılık erkeklerin madde ve alkol kullanımına baş vurmak suretiyle daha çok depresif belirtilerini baskıladıkları gerçeği yatar.

İki uçlu bozuklukta (Bipolar Bozuklukta) cinsiyet oranı bütün alt grupların da değerlendirilmesi ise, her iki cinste de aynı oranda bulunduğunu göstermektedir. Tek uçlu (Unipolar mani) mani; depresyon olmaksızın ortaya çıkan bir durumdur ve erkeklerde belirgin miktarda fazla bulunmaktadır.

Yaş: 45 yaş öncesi grupta bulunanlarda daha çok yaşam boyu devam eder. Tekrarlayan tek uçlu majör depresyon vakalarında ortalama yaş sıklıkla 30-35 yıl arasındadır. Tek hecmeli (tek atak) majör depresyon vakalarında ise ortalama yaş biraz fazla bulunur. Genetik yatkınlık halinin söz konusu olduğu durumlarda ise biraz daha erken yaşlarda görülür. Sosyal stresörler gençlerde daha etkili olduğundan reaktif depresyonlar daha erken yaşlarda görülürken, izolasyon, kişiler arası iletişim kaybı , tıbbi hastalıklara ve düşkünlük durumlarına bağlı olan durumlara bağlı depresyonlar ileri yaşlarda ortaya çıkar. Erken başlangıçlı depresyon türlerinde daima kadın - erkek oranı kadınlardan yana bir artış göstermektedir. İki uçlu durumlar için başlangıç yaşı 20 yıl civarındadır.

Irk ve etnik köken: Irk ve etnik kökenin duygudurum bozukluklarının görülüş sıklığı üzerine önemli bir etkisinin olmadığı bilinmektedir.

Sosyal yapı: Sosyal yapıda ortaya çıkan değişikliklerden bekarlık ve dul kalma depresyon için bir risk faktörü oluşturur. Özellikle bekar ya da dul kalmış olan erkeklerde daha sık depresyonlar görülürken , bekar bayanlarda; evli bayanlara göre daha düşük depresyon oranlarının mevcut olduğu bildirilmektedir. Ancak erkeklerdeki majör depresyon atakları bazen çok ağır seyrettiğinden; dul kalmış olan yaşlı erkekler arasında gerçek intiharların frekansı da daha çok bulunur. Boşanarak birbirlerinden ayrılan bay ve bayanlar arasında daha çok duygu durum bozukluğunun alt tiplerine rastlanmaktadır.

Aile parçalanmalarında (eşlerin ayrı ülkelerde, ayrı şehirlerde yaşamalarında, ölüm ve ayrılıklarda) daha çok distimi vakalarının frekansında bir artış gözlenir.

Duygu durum bozuklukları işsizlik, boşanma ve gelir seviyesinde de azalmalara sebep

olduklarından bu durumlar insanların sosyal seviye ve ilişkilerinde de bir gerilemeye yol açar.. Maniden çok hipomaninin olduğu durumlarda, özellikle hipomani ile birlikte seyreden iki uçlu tip II bozukluk durumunda akademik başarı ve sosyal ilişkiler ortalamanın üzerinde bulunur.

Mevsimsellik: Ayrıca mevsimsel faktörlere bağlı olarak; güneş ışığından mahrum kalma da depresif durumlara yol açar ve bunlara da mevsim depresyonları denilir. Sonbahar mevsiminde güneş ışığından faydalanamamanın sonucunda; insanlarda beyinde bazı merkezler (Nucleus Raphe) uyarılamadığından serotonin yapımı çok azalır ve bu durumlarda melotonin artışı ile seyreden depresyon durumları yaşanır. Bu insanlara özellikle sonbahar mevsimlerinde imkan bulduklarında ve gördüklerinde sabah doğan ve akşam batan güneşi seyretmeleri tavsiye edilir. Bu saatlerde alçakta olan güneşe bakılabilir, zayıf olduğu için retinaya zarar vermez ve ışıklar kırılmadan göze gelir, kırılmadan gelen ışıkların daha faydalı olduğu bildirilmektedir. Oysa diğer zamanlarda görülen güneşe bakılmaz çünkü tepeye çıktıkça kuvvetlenir ve retinaya zarar verebilir ,diğer şekilde algılanan ışıklar ise kırılarak gelen güneş ışığıdır. Ülkelerin yerküre üzerinde bulunuş yerlerine göre senenin belli zamanlarında insanların gördükleri güneş ışığı miktarı artarken, belli zamanlarda azalmaktadır Azalması depresif durumlara sebep olurken; artığı durumda ise iki kutuplu hastalığı olanlarda mani ya da hipomani durumlarına kayışlarda artma olur.

Çevre faktörü: Duygu durum bozukluklarında çevre faktörünü oluşturan, çocuğun geliştiği ve büyüdüğü çevre, o çevrede kurduğu arkadaş ilişkileri, ebeveynden gördüğü sevgi, şefkat ve güven duyguları ile çevresinden gördüğü sosyal destekler, çocukluk döneminde yaşadığı ortamın aşırı kalabalık oluşu, ekonomik mahrumiyetler, yakın aile fertlerinin kötü alışkanlıkları veya ciddi fizik ya da psikiyatrik hastalıkları ile; "yüksek genetik risk durumuna sahip olma halinde", çevre faktörünün kötü gidişi önemlidir. Kalabalık ortamlarda yaşamanın ortaya çıkardığı stres etkisinin dahi etkisinin olumsuz yönleri kaçınılmaz olarak kendini belli eder. Burada düzensiz ve sıkıntılı yaşanan bir şehir hayatı bile etkisini olumsuz gösterir. Bunların yanı sıra ani yaşanan mutluluk verici durumların da hassas kişilerde; manik veya depresif atakları tetiklediği bilinir

Duygu durumu bozukluklarında genetik:

Duygu durumu bozukluklarının seyrinde genetik ön yatkınlık halinin mevcudiyeti ve kromozomlar üzerindeki sorumlu gen sahalarının aydınlatılması için çalışmalar sürmektedir.

Yapılan aile çalışmalarında farklı derecelerdeki akrabalıklarda, hastalık oranlarını belirleyen çalışmaların mevcudiyeti duygudurumu bozukluklarının ailevi ve genetik geçişi hakkında önemli bilgiler verir. Yapılan aile çalışmaları birinci dereceden akrabalar arasında iki uçlu (Bipolar) bozukluk olması halinde, bunların çocukları ve biyolojik yakınları arasında iki uçlu bozukluk frekansı normal populasyondan % 8 daha fazla bulunurken, tek uçlu bozukluk (Unipolar bozukluk) olduğunda, bunların birinci dereceden akrabaları arasında Unipolar bozukluk normal populasyondan %15 ila %23 kadar daha fazla bulunur. Tek yumurta ikizlerinde iki uçlu bozukluğun görülüş sıklığının %35 civarında bulunması

genetik intikalin önemini gösterir.

Yapılan evlat edinme çalışmaları da oldukça önemli sonuçlar vermektedir. Bu çalışmalarda evlat edinen aile sosyal ortamı ve çevre faktörünü temsil ederken, çocuğun biyolojik ebeveynleri ise genetik ortamı temsil ederler. Evlat edinilen vakaların hastalıkları halinde; bunların biyolojik ebeveynlerinde tek uçlu bozukluğun (Unipolar bozukluk) normal populasyondan iki kat fazla, görüldüğü bildirilmektedir. Diğer çalışmalarda bu tür çocukların biyolojik akrabaları arasında intihar vakalarının altı kat daha fazla görülüşünün bildirilmesi, tek uçlu bozukluk oranında üç ila dört katlık bir artışın oluşu genetiğin önemini yansıtmaktadır.

Bütün bulgular duygudurumu bozukluklarının epidemiolojisinde genetik geçişin önemli olduğu; ancak bu konuda hala daha çok genom çalışmasının yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Duygu Durumu bozukluklarında Nörobiyoloji

Merkez Sinir Sistemindeki kognitif fonksiyonlarda önemli derecede bozulmaların oluşu duygudurumu bozukluklarının nörobiyolojisini karşılamaktadır. Duygudurumu bozukluklarında olumsuz yorumlar ve olumsuz düşüncenin egemenliği vardır. Hafıza ise ileri derecede bozulmuştur. Ağır durumlarda hezeyanlar ve hallüsinasyonlarla birlikte gerçeği değerlendirme de ileri derecede bozulur. Ortaya çıkan bu değişiklikler hipokampus, prefrontal korteks ile limbik sistemin bozulduğunu gösterir. Aynı zamanda duygudurum bozukluklarında ilgiler ve tepkiler ya çok azalmış, ya da çok aşırı artmış biçimdedir. Ağır depresyon durumlarında iştah ve libido gibi temel fonksiyonlarda da önemli bozulmalar olur. Yaşanan anhedoni hali ile, nihilizm düşünceleri talamus, hipotalamus, nukleus akumbens ve prefrontal korteks faaliyetlerinin bozulduğunu gösterir.

Ağır depresyon durumlarında motor hareketlerin başlatılması ve sürdürülmesinde de bozulmalar olur. Ortaya çıkan psikomotor retardasyon hali ile ajitasyon hali birlikte görülebilir. Yürüyüşü bozulmuş, alın kaslarındaki gerginlikten adeta iki kaş arasında vertikal biçimde iki hat belirgin hale gelmiştir. Yüz kaslarını tutan; motor retardasyon sonunda ortaya çıkan atoniden dolayı yüzün alt kısmı ile üst kısmı arasında mimik uyumsuzluk hali meydana gelir ve bu duruma mimik diskordans adı da verilir. Yürüyüşün bozulması ,postürde kifotik durumun gözlenmesi, ile saç çekiştirme, dudak ısırma, tırnak yeme gibi bir dizi istemdışı stereotipik hareketler ortaya çıkmakta, davranışların durgunlaşması ile birlikte kompulsif bir takım kaşınma durumlarına rastlanmaktadır.

Yaş ilerledikçe psikomotor retardasyon ve anhedoni halinde bir artma gözlenir. Seyrinde çok kez uykusuzluk olurken, ara sıra da aşırı uyumadan bahsederler. Her zaman kendilerinin ileri derecede yorgun oluşlarından ve sabah dinlenememiş olmaktan şikayet ederler. Yaş ilerledikçe de uykuyu sürdürmeleri güçleşir. Uykuları erkenden sonlanır; depresyonluların büyük çoğunluğunda ortaya çıkan bu duruma terminal insomni denir.

Endojen depresyonlularda (Melankoli) belli bir tetikleyici olmadan ortaya çıkan anhedoni, duygusal tepkisizlik, psikomotor bozukluk, kilo kaybı, erken uyanma ve sabah kendini kötü hissetme durumları egemen olurken, reaktif depresyonlularda stres durumlarından

etkilenerek, genç yaşta ortaya çıkan depresyon durumları kastedilir. Depresyonların erken yaşta başlaması hastaların aynı zamanda kişilik yapıları üzerinde de olumsuz etkiler gösterir. Nörovejetatif belirtiler ile seyreden reaktif depresyon vakaları aşırı iştah artışı, kilo alımı ve aşırı uyuma (hipersomni) yatkınlığı gösterirler. Bunlara atipik depresyonlar adı da verilir. Trisikliklere az cevap veren bu vakalar M.A.O.İ 'lerine ve Elektroşok tedavisine oldukça iyi cevap verirler.

Depresyonda Nörotransmisyon

Norepinefrin, serotonin. dopamine ile asetil kolin beyin sapından salgılanarak bütün beyin fonksiyonlarını kontrol eden nörotransmitterlerdir. Birçok devre arasındaki iletiyi ortaya çıkardıklarından, bu biyojenik aminlerin fonksiyonlarının bozulması değişik bozuk davranışlar ve ruhsal bozukluk hali olarak çevreye yansır. 1965 senesinde ileri sürülmüş olan Monoamin hipotezi günümüzde hala değerini korumaktadır. Bu hipoteze göre depresyon vakalarında serotonin ve Norepinefrin isimli monoamin nörotransmitterler yetersiz bulunur.

a-Norepinefrin: Beyin sapında bulunan Locus ceruleusta yapılmaktadır. Depresyon vakalarında bu maddenin hem azlığı hem de aşırılığı depresyon durumundan sorumlu olurken; depresyonlarda merkezi noradrenerjik aktiviteyi bozarak hipotalamus, bazal ganglionlar, limbik sistem ve değişik korteks bölgeleri ve otonom sinir sistemi ile olan haberleşmelerde de bir düzensizliğe sebebiyet verir.

Depresyonlarda azalmış aktivite ve motivasyon azalması, yaşamdan zevk almanın ortadan kalkması, libidoda zayıflamanın ortaya çıkması noradrenerjik tonus ile ilgilidir. Bazı durumlarda depresyonlarda da noradrenerjik aktivite artışına rastlanır. Bu sirkadian ritimlerde kayma ile kendini gösteren, otonom sinir sisteminin sempatik bölgesini aşırı uyarmak suretiyle organizmada bir sempatik tonus artışı meydana getirip adrenal medulla üzerine olan etkisinin de sonucu olarak kortizol üretimini arttırıp; davranışsal olarak aşırı yavaşlamış ve baskılanamayan Deksametozon Supresyon Testi veren depresyonlularda görülür.Bu maddenin methyl hydroxy phenyl ethylenoglycol (M.H.P.G) isimli metabolitini ölçerek plazma seviyesi hakkında bilgi sahibi olmak mümkündür. İdrar ile atılan ve beyin norepinefrinine ait bir metabolit olduğundan, ölçülmesi ile hastanın beyin Norepinefrin seviyesi hakkında bilgi edinilir. Norepinefrinin aynı zamanda diğer nerotransmitter sistemlerine de alfa–heteroseptörler aracılığı ile 5-HT inhibitör nöronlarını harekete geçirmek suretiyle kontrol edici bir etki gösterir. Böylece ortaya çıkan uyarılmaların aşırı boyutlara varmadan kontrol edilip durdurulması sağlanır.

b-Serotonin: Beyin sapında bulunan Raphe çekirdeği tarafından imal edilen bir nörotransmitterdir. Buradan bütün beyin sahalarına; özellikle hipokampus, septum, bazal gangliyonlara ve hipotalamusa projekte olur. Diğer nöronlar üzerinde kurduğu sinaptik bağlantılar sayesinde bir oto reseptör görevini de yüklenerek diğer sistemlerin nörotransmitter salgılamalarını kontrol ederek serotonin değişik mizaç durumları, anksiyete, uyanıklık, irritabilite, düşünce, yüksek zihni melekeler (cognition), iştah, sirkadian ritimler-uyku, beden ısısı ve mevsimsel ritimler, ağrı duyumu ile nöro-endokrin fonksiyonları

(metabolizma ve cinsel fonksiyonlar) da kontrol eder ve düzenler. Serotonin çok zaman içe döndürülen öfke kontrolü üzerinde frenleyici bir rol oynar ve insanın kendi öfkesini kendine yönlendirmesine engel olur.

Serotonin bu geniş spektrumlu etkisini değişik ikinci reseptör sistemlerini uyararak ortaya çıkarır. Böylece günümüzde değişik etkilerinin bilindiği 15 e yakın ayrı serotonin reseptörünün mevcudiyeti bilinmektedir.

İntihar vakalarının yapılan postmortem tetkiklerinde bu vakaların beyin dokularında artmış serotonin reseptörünün bulunması bu insanların serotonin azlığı içinde, bu reseptörlerini arttırdıklarını yansıtır (upregulasyon). Bu vakaların daha çok depresyonlu olanlarının intihar ettiklerinin bilinmesi; depresyonda serotonin azlığını kanıtlamaktadır.

Serotonerjik nöronlar locus ceruleus üzerindeki noradrenerjik nöronları kontrol ederek beta adrenerjik fonksiyonları düzenlerlerken alfa ve beta adrenerjiklerin de serotonin nöronları üzerine etkileri vardır. Aynı zamanda mezolimbik ve nigrostriatal dopaminerjik nöronları da kontrol ederek dopamıne salışını kontrol altında tutarlar. Striatum ve nukleus akkumbenste serotoninin ile kontrol edilirler. Glukokortikoid reseptörlerine etki ederek stresin kontrolünde da önemli rol üstlenen serotonin, gen sunumunu da kontrol eder .

c- Dopamine: Hipodopaminerji sonunda hedefe yönelik davranışların icrasında bozulma olur, depresyonlarda düşmüş motivasyonu, ilgisizliği ve hareket yavaşlamasını izah etmektedir. Dopaminerjinin artması da manik durumları yansıtır.

Salgılanmakta olan dopamine ise bazal ganglionlara etki etmek suretiyle istem dışı hareketleri yöneterek ayna zamanda öğrenme, hafıza ve affeksiyon durumlarını yönetir. Mezo-kortikal dopamın; ventral tegmentum ile orbito frontal korteks üzerinden motivasyonları konsantrasyonu, karmaşık kognitif fonksiyonların yürütülmesini sağlar..

d- GABA: Gaba major bir inhibitör nörotransmitterdir. Bunun noradrenerjik sistem üzerindeki inhibitör etkisinin ortadan kalkması ,noradrenerjik nöronların aşırı etki altına girdiklerinde kontrol edilemeyip ,nasıl bir takım huzursuzluk., ajitasyon ve irritabilite hallerine sebep olduklarını yansıtır.

e- Asetilkolin: Asetilkolin beyinde yaygın bulunur. Kolinerjik nöronların Norepinefrin, Serotoninin, Dopamine nöronları ile karşılıklı bağlantıları bulunur. Kolinerjik ileti depresyonda artarken, manik durumlarda azalır. Kolinerjik aktivite beyindeki mükafat ve cezalandırma merkezlerinde yoksunluk belirtilerine sebep olarak depresyon yapar. Keza altikolinerjiklerin aniden kesilmesinin akabinde görülen kolinerjik rebound hali ile de depresyon gelişir. Keza serotonerjik ve Adrenerjik reuptake blokajı yapan antidepresif ilaçlar kendi Antikolinerjik etkileri sayesinde depresyonda ortaya çıkmış olan Kolinerjik aktivitenin azaltılmasında yardımcı olurlar. Tedavi ile düzelen depresyonlu hastaların birinci dereceden yakınları üzerinde kullanılan Kolinerjik agonistler ciddi yan etkilere sebep olarak, gizli duran depresif durumları süratle harekete geçirebilmektedir.

Depresyonda Hormonsal Durumlar

a-H.P.A aktivitesi= Depresyon durumlarında gözlenen hiperkortizolemi neticesinde idrar ile atılmakta olan serbest kortizol miktarında da artma olur. Sentetik glukokortikoid

(Deksametazon 0.5-2 mg) ile 24 saatte ortaya çıkan baskılama ölçülür. Deksametazon uygulamasından sonra sabah saat 8 de kortizol sekresyonunun baskılanmamış olması ve saat 16 ile 20 de de baskılanmanın olmadığının gözlenmesi; kortizol sentezi ile ilgili negatif feed back mekanizmalarının iyi çalışmadığını gösterir. Depresyon durumlarında artmış olan hiperkortizolemi deksametazon ile baskılanmaz. Nonsupresyon hipokampal glukokortikoid reseptörlerin baskılayıcı etkilerinin kaybolmasından ileri gelir. Kortizol nonsupresyonu aynı zamanda yaşla da ilgili bulunmaktadır.

HPA aktivitesi yüksek olan hastalar, hiperkortizolemisi olan depresyonlu kişilerdir. Bu tür vakalar psikoterapiden çok farmakoterapiden ve elektroşok tedavisinden fayda görürler. Aktivitenin yüksek kalması rekürens riskinin bulunduğunu ifade eder ve bu vakalarda intihar eğiliminin bulunduğu da gözden uzak tutulmamalıdır.

1. Deksametazon supresyonu testinin tek başına depresyona özgül bir durum olmadığı da akılda tutulmalı; diğer psikiyatrik hastalıklar ve tıbbı hastalıkların seyrinde de pozitif deksametazon supresyonu testi sonuçları olabileceğini ihmal etmemek gerekir.

- Aşağıda depresyon olmadığı halde pozitif deksametazon supresyon testi sonuçları veren hastalıkların listesi verilmektedir;

  1. Cushing sendromu
  2. Gebelik
  3. Östrojen kullanımı
  4. Şizofreni
  5. Antikonvulsan kullanımı
  6. Kardiyak hastalıklar-Renal hastalıklar
  7. Depresyonsuz blumia nervosa
  8. Primer dejeneratif demans
  9. Alkol kesilmesi döneminde
  10. Nörotik depresyonlar; gibi durumlarda deksametazon supresyonu testi pozitif çıkabilmektedir.

b- Tiroit Hormonu= Depresyonlu hastalarda çok önemli bir hormon olup depresyonun kliniğini yakından ilgilendirir. Depresyonlu hastaların büyük bir kısmında tiroit hormonlarındaki azalmaya bağlı olarak TSH artışı gözlenir. Çok zaman kullanılan Antidepresan ilaçlar ile hastalık tablosunda bir iyileşme elde edilemediği durumlarda hastaların tedavileri; tiroit hormon kullanımı ile güçlendirilir. Her ne kadar hipotiroidi bariz depresyona sebep olmaktaysa da subklinik hipotiroidi hallerinde de depresyon görülüşü sıktır.

Depresyonlarda ön hipofiz hormonları arka hipofiz hormonlarından daha çok hastalığın klinik belirtileri tarafından etkilenir. Ön hipofiz hormonlarında bozulmalar olurken arka hipofiz hormonu Prolaktin depresyon vakalarında pek fazla değişmemekte, ancak Triptofan verilmesiyle prolaktin salıverilmesinde azalma gözlenmesi olmaktadır..Melatoninin nokturnal supresyonunun azalması ile folikül stimüle edici hormonun ve luteinizan hormonun bazal düzeylerinin azalmasıyla, erkeklerde testesterone düzeyinde tespit edilen azalmalar depresyonlarda görülen başlıca değişiklikleri yansıtırlar.

Risk faktörleri

Kişilik gelişimi üzerinde etkili olan erken gelişim dönemine ait travmalar, anne ve baba iyi ilişkilerin kurulamaması, gereken sevgi, şefkat ile güven duygularının çocukluk yıllarında yaşanamayışı da ileri yıllarda ortaya çıkacak depresyonlu kişiyi hazırlar.

Depresyonlu kişiler genelde duyguları içselleştirmiş olan bireylerdir. Duygusal yüklerin aile bireyleri ve arkadaş guruplarında paylaşılması çok zaman mutlu ve paylaşımın yanabildiği ortamlarda olurken, böyle mutlu ortamlarda yaşadıklarından dolayı duygularını içselleştirmeyen insanlar kendilerini depresyon durumlarına karşı daha mukavemetli hissederler.

Ayrıca hızlı gelişen teknolojik instrumanlara uyum sağlayamama da sisteme beraberinde bir takım zorlamaları ve yükleri getirir. Bu durumlar temel uyum kapasitesini bozabildiği gibi, ileri uyumsuzluk durumları anlamlı depresif durumlara yol açar.

Günümüzde depresyon durumundan sorumlu olan, özellikle emosyonların işlenip geliştirilmesinde rolü olan dört önemli beyin bölgesi üzerinde durulur. Bu sahalar prefrontal korteks, anterior cingulate, hipokampus ve amigdala sahalarndan meydana gelmektedir.

a- Prefrontal korteks günlük davranışlarımızda daha çok hedeflerin tanıtıldığı, hedefe uygun düşüncenin ve davranışların kalıplarının geliştirildiği bir alanı temsil etmektedir. Burası aynı zamanda affektif uyarılmaların belirgin değerlendirilme merkezidir. Sol Prefrontal korteks sahası hedefe yönelik uygun davranış gelişimini sağlarken, Sağ Prefrontal korteks sahası ise tehlikeli durumlardan kaçınma davranışlarımızı düzenlemektedir. Sağ Prefrontal korteks sahası aynı zamanda iştah durumunu da yönetirken; ödüllendirme ve cezalandırma durumlarının da algılanıp , değerlendirilmesini yapar.

b- Anterior cingulate korteks ise dikkat ve emosyonel durumlar ile uyaranların birbirleriyle birleşerek; birinin bir diğerini yönetip, kontrol altına alma görevinin yapıldığı beyin sahasıdır. Yoğun biçimde affektif ve kognitif fonksiyonları yönetmektedir.

c- Hipokampus ise özellikle öğrenme ve hafıza fonksiyonları bakımından önemli bir merkez olup edindiğimiz bilgilerin kodlanarak saklandığı bir depoyu temsil eder. Yapılan çalışmalar depresyon esnasında hipokampus hacminin azaldığını; ancak depresyon tedavisinden sonra yapılan ölçümlerde bu hacmin arttığını göstermektedir. Hipokampusun aynı zamanda günlük yaşantımızda çok önemli olan şartlı reflekslerin değişik tiplerin ile de alakalıdır. Hipotalamik–hipofiz ekseni üzerinde düzenleyici görev sürdürür

d- Amigdala ise emosyonel öneme sahip uyaranların işlenmesinde, onlara gerekli kortikal cevapların üretilmesindef, bu cevaplar ile ilgili icra fonksiyonlarının yerine getirilmesinde rol alır.

Depresyonda değişen uyku nörofizyolojisi

Depresyonlu kişilerde çok zaman uykunun 3 cü ve 4 cü safhalarının uyunamadığı veya çok bozuk uyunduğu bilinmektedir. Bu safhaların 90 dakikalık periyot süresinden çıkarılması ile sürelerde anlamlı kısalma meydana gelirken; periyot sayıları sabit kalır. Bu durum ise toplam periyotların daha kısa fakat aynı sayıda uyunması durumunda toplam

uyku süresinin kısalmasına sebep olur. Bu yüzden çok depresyonlu insan gece uyuduktan sonrada sabaha karşı erkenden uyanırlar ve bir daha uyuyamazlar. Uykunun son döneminde çekilen bu uykusuzluk haline Terminal insomnia adı verilir. Depresyona has bir klinik durum olarak görülür. Başlangıç insomni ası daha çok uykunun başlangıç dönemindeki yaşanan uykusuzluk halini ifade ederken ve middle insomnia daha çok anksiyeteli hastalarda görülen bir haldir ve bu hastaların gece boyunca devamlı olarak uyuyup uyanmalarını ifade eder.

Uykunun mevsimsel özelliği de bulunmaktadır. Kış aylarında daha çok uykuya ihtiyaç duymamızın en büyük sebebi kış aylarında ışık azalması ile birlikte giden serotonin azalması karşısında melatoninin artmış olmasıdır. Kış dönemlerinde artan melatonin uykuyu arttırmakta ve insanlarda iştah açılmasına sebep olmaktadır.

Uykunun REM dönemi hızlı göz küresi hareketlerinin gözlendiği, adale tonusunun düştüğü,göz bebeğinin ufaldığı ve rüyaların görüldüğü dönemi yansıtır. Diğer memelilerde de bulunur. Bu yüzden ayakta uyuyabilen bazı memeliler eğer rüya görüyorlarsa mutlaka adale tonusları düştüğü için bir yere uzanma ihtiyacı hissederler.

Non REM dönem prefrontal kortikal metabolizmanın azaldığı bir dönemdir. Bu durum beynin istirahat ettiğini yansıtır. Bu dönem uykusunda daha çok elektroansefalografide yavaş dalga aktivitesi gözlenir. Oysa REM döneminde hızlı ve düşük amplitüdlü elektroansefalografi aktivitesi görülürken aynı zamanda glikoz metabolizmasının da artmış olduğu bilinir. Uyku sırasında 5-HT baskılaması ile REM uykusu engellenir. Kolinerjik aktivitenin artışı ise ise uykuyu hafifleterek REM uykusunu arttırır. Diyet yapıldığı durumlarda azalan 5 HT eksikliği sonunda ve glukokortikoitlerin artması sonucunda REM uykusunda da artma meydana gelir. Norepinefrin agonistleri ile CRF (corticotropin rleasing factor) toplam uyku süresini azaltırlar.

Uykunun kalitesinin bozulmasında en çok karşılaşılan durumların başında;

a- Gece uyanmalarda artmaların olması ,
b- Toplam uyku süresinin azalması,
c- Fazik REM uykusunun artması, Yavaş dalga uykusunun azalması,
d- Beden ısısının yükselmesi gelmektedir.

Duygudurum bozukluklarında görüntüleme (tomografi-MR) tetkikleri:

Duygu durum bozukluklarının intrapsişik ve kişiler arası yönü

a-Psikodinamik yönleri

i-Duygu durum bozukluklarında bilinçli yaşam olaylarının olduğu kadar bilinç dışı yaşam olaylarının, bastırılmış durumların da önemli etkisi bulunur.

ii- İd-Ego-Superego fonksiyonları arasında, bazen de id ile dış dünya arasında bir aracı rol oynayan Ego; Superego tarafından ödüllendirilebildiği gibi aşırı ve ağır biçimde cezalandırılabilir. Egonun Superego tarafından aşırı derecede cezalandırılması sonucunda depresyon durumlarına sebep olabilir .

iii-Bilinçdışı faktörlerin etkisi karşısında Ego ara sıra yetersiz kalabilir.

iv-Freud bilinç altının önemi üzerinde durmuştur. Görülen rüyaların; insanların kişilik yapılarındaki ve günlük olaylardaki bir takım tercihlerindeki önemleri üzerinde durmuştur.

v- Gerilimlerin boşaltılamaması ve egonun takdir görmeyip, hep tenkit görerek aşağılanması da depresyon gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturur.

Psikanalitik açıdan Depresyon:

i- Egonun güven duyduğu bir takım kayıplar sonucunda Egoda çökme gözlenir (mesela sevilen eşin, çocuğunun hastalanması, kaybedilmesi, eşlerin ayrılması, ana-baba gibi destek figürlerinin kaybı).

ii- Yaşanan aile içi ilişkilerde aile fertlerinin ailenin bazı bireylerini yüceltirken diğerini aşağılaması halinde; aşağılanan kişide zamanla ortaya çıkan suçluluk; duygusu; gelişecek duygu durum bozukluğunu hazırlar.

iii-Benlik saygısının düzenlenmesinde bozukluk olması halinde, hissedilen yetersizliklerin de duygu durum bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rolü bulunur. Çocukluk döneminden itibaren gelişen bireylere kendi hayatlarında otonomi verilmeli, burada kontrolü da tam elden çıkarmamalıdır. Çocuk anne ve babanın uydusu gibi yetişmekten alıkonulmalıdır.

iv-Erken gelişim dönemi süresince çocuğun ebeveyne biyolojik ve korunma açısından ihtiyaçlarının maksimum olduğu dönemlerde çocuğa ebeveynler tarafından yeterince sevgi, şefkat, ilgi gösterilmeli; ona güven duygusu verilmelidir.

v- Özellikle distimik kişilerde her türlü yenilgi, ümitsizlik ve olumsuz durumlarından dolayı, hastanın çevresi hastayı sorumlu tutmaktadır. Böyle bir durumun yaşanması sonunda erken dönemden itibaren kişi yaşadığı ızdırapları hep kendi egosuna yansıtmakta ve egosunu her geçen gün değersizleştirmektedir.

Psikanalitik açıdan manik durumlar

İd –Ego ve Superego yapılarının etkilendiği bir durumdur. Bu hastalığın seyrinde inkar mekanizması çok yoğun biçimde kullanılmaktadır.. Bu durum bir süre sonra realitenin yani gerçek dünyanın dahi tam inkar edilmesine kadar gider. Hastalık belirtilerinden dolayı hastayı kontrol altına alma gibi talepleri hastalar kabul etmezler. Bu kabul etmeyiş bir anlamda hastalık durumunun daha da ağırlaştığını ifade eder. Bu yüzden çoğu kendi anamnez ifadelerinde kendilerinin hasta olmadıklarını ifade ederler.

Depresyonlarda kognitif teoriler

Depresif hastaların realiteyi subjektif olarak depresif bir şekilde idrak etmelerine dayanır. Olumsuz durumları yaşadıkları aile ortamlarındaki bireylerden öğrenmişlerdir. Artık onlara göre gerçekler de bunlardır. Bu yüzden bu insanlarda çarpıtılmış veya olumsuz düşünce egemenliği başlar. Bu düşünceler çok zaman kendileri, çevreleri ve gelecekleri hakkında olur. Bu yüzden ben kaybettim, her şey yanlış oldu, zayıfım,beceriksiz ve acizim

gibi derken bir zaman sonra çevrelerini de düşmanca algılamaya başlarlar. Bu durumun sonunda artık her şeyden artık çevrelerindeki ebeveyn ,kardeş ve arkadaşları ile bile konuşmaktan kaçmaya başlarlar. Benlik değerlerini de yitirdiklerinde zamanın geçmeyişine katlanamayan bu tür depresyonlu kişiler çok zaman intihar girişiminde bulunurlar.

Duygu durum bozukluklarının klinik belirtileri

a-Duygulanım belirtileri

- ***Duygulanım halinin tarifi:*** Yüz ifadesi, ses tonu, jestler, duruş ile bağlantılı olup; kişinin içinde bulunduğu ortamın duygulanımını hissederek, bunu yaşayıp belli etme halidir. Sevinç, üzüntü, kızgınlık, korku hep birer duygulanım biçimidir.
- ***Affekt:*** Anlık emosyonel durumların, jest, mimik, yüz ifadesi ve davranışlar ile çevreye yansıtıldığı daha kısa süreli anlık durumları belirtmektedir. Duygu durum ise daha uzun süreli olup, belli bir tonusun korunması halini yansıtır. Süreklilik gösteren daha derin duyguların ifade ediliş biçimidir.
- ***Üzüntü:*** Üzüntü ve sevinç normal hayatta olan, yenilgi, başarısızlık, hayal kırıklığı veya diğer güçlüklere ve kazanım bozukluklarına karşı verilen bir evrensel cevaptır. İç dinamikleri koruyup, uyum sağlamaya yönelik bir durumdur. Depresyon hallerinde olur.
- ***Sevinç:*** Olumlu bir duygu olup, arzu edilenin elde edilmesi ile ilgili bir durumdur. Sevinç hali depresyona karşı bir savunma hali olup; kayıp acısının inkarı anlamına gelen bir duygusal durumun ifadesidir.
- ***Keder:*** Sevilen bir kişinin kaybı ile görülen keder; reaktif depresyon durumunun bir ilk örnek belirtisidir. Duygusal hayal kırıklığı, tabii afetler ve zorla göç ettirilme durumlarında çok ortaya çıkmaktadır.
- ***Mizaç:*** Normal ve patolojik duyguların arasında ve daha uzun süre yaşanan durumların ifade edilme halidir. Mizacın çökkün oluşuna depresif hecmelerde sık rastlanır.
- ***Anhadoni:*** Normal duygulanımın yaşanmasındaki yetersizlik haline denir. Depresyon belirtilerinin arttığı bir durumda mutlaka belirgindir. Bu durum çok zaman hastaların ağlama kapasitelerinin bile ortadan kalkması ile kendini belli eder.

O anki haz alma durumundan ziyade eskiden yapmaktan hoşlandığı aktivitelerden gene haz alıp almayışı soruşturulmalıdır. Hafif olması halinde "yaşama karşı ilgi azalması" durumundan bahsedilir. Depresyonlu insanlarda artan hüzün durumunun yanı sıra şizofrenlerde derin bir affektif yıkılmanın mevcudiyeti ayırıcı tanıda gözden uzak bulundurulmamalıdır. Depresyonda çok sık görülen bu anhedonia hali ağır seyirli psikomotor retardasyon haline de eşlik etmektedir.

b-Psikomotor retardasyon.

- Tanımı: Depresyonun seyrinde görülen fizik ve zihni faaliyetlerin yavaşlamasını ifade eder. Bu kapsam içinde düşünce, konuşma, hareketler, içgüdüsel arzular ve hareket dahil edilir.

- Spontan hareketlerde bariz azalma ve yavaşlama olur.
- Uygun kederli bakışlar ile çökkün bir postür gözlenir.
- Anerji (Enerjisizlik) halinden, Lethargi (Enerjinin azalması ve bir işi aşırı yorularak yapma hali) haline kadar giden aşırı yorgunluk izlenir. Bazı durumlarda enerji tükenmesi kaygısından işler yarım bırakılırken, diğer durumda işler aşırı yorulma karşılığında bitirilebilmektedir.
- Konuşmanın akıcılığında ileri derecede bozulma olur. Hastalarda merkezi transmisyonu sağlayan nörotransmitter azalmasına bağlı olarak soru ve cevap latensı için gereken süre uzar. Algılayıp kavrama, değerlendirme ve cevaplandırma hem zorlaşmıştır hem de süre bakımından oldukça uzamıştır.
- Zaman akışında ileri derecede bir yavaşlama hali ortaya çıkar. Artık ileri durumlarda zaman hiç geçmiyormuş gibi algılanmaya başlanır.
- Konsantrasyon halinde ileri derecede bozulma olur ve hastalarda özellikle daha çok yakın hafıza ile ilgili aşırı unutkanlıklar olmaya başlar.
- Çok sık hastaların üzüntülü konulara daldıkları, konuştuklarında ise daha çok nahoş konular üzerinde durdukları müşahede edilir(işler kötü gidiyor, memleket elden gidiyor, geçinecek paranın kalmayacağı, sağlığının her an kötüleştiği gibi konular).
- Hastaların içlerinde bulundukları güvensizlik durumundan kaynaklanmakta olan ileri derecede ambivalans hali yaşanır. Şizofreniden bu noktada ayırtmak gerekir. Bu ambivalans durumlarından dolayı depresyonlu insanların bir gün içinde işlerinde ileri derecede yetersizleştikleri gözlenir. Yaptıkları hiçbir işi güvenip bitiremezler ve hep yarım bırakırlar.
- Mesleki ve akademik başarılar ileri derecede yavaşlar ve bozulur.

c- Kognitif bozukluklar

- Tanımı: Kendisi ve çevresi hakkında yaptığı değerlendirmelerin bozuk ve yanlış olması halidir.
- Öz saygı ve öz güven durumunda ileri derecede azalma hali olur.
- Yokluk ve kaybetme düşüncelerinde aşırı artma olur.
- Kendi kendine aşırı suçlayıcı olan hastada marazi suçluluk duygusu artar. Musibetler onun eski bir hatasından dolayı başına gelmektedir.
- Savunmaları bozulur.
- Umutsuzluk ve kötümserlik olur, hastaya işe yaramadığını, yaptığı işlerin her birinin büyük hatalar olduğunu düşünürken; bazen yapacağı işlerin hepsinin başına büyük musibetler açacağını ve ileride kendisine bakıp yardım edecek kimse kalmayacağını düşünür. Eğer bu umutsuzluk ve kötümserlik geçmiş ile ilgili ise o zaman yaptığı kötü işlerin günahına katlanmak üzere Tanrının kendisini lanetlediğini, başına bu hastalık musibetini verdiğini, bunu çekmeye mecbur olduğunu düşünür. İntihar vakaları ileriye dönük kötümserlik hissedildiği durumlarda artar, çünkü bakacak ve konuşacak kimsenin kalmayacağı düşünce ve endişesinin egemen oluşu aşırı etkili olmaktadır.

- Sık tekrarlayan suisid fikirleri bulunur .Gerçekleştirilmiş suisid riskinin en yüksek frekans gösterdiği bir hastalık gurubudur. Dikkatli olmak gerekir.

d-Psikotik özellikler:

Tarifi: Olumsuz bir takım düşünce ve davranış şekline eşlik etmekte olan hezeyanlı ve halllusinasyonlu durumların görülmesi haline denilir.

Schneider'e göre hezeyanlar şu özellikleri göstermektedir

a- Temel güvensizlik konuları ağırlıklıdır,

b- Sağlık konusunda çarpık düşünce ve hezeyanlar olur (Sağlık durumu bozulmak üzeredir, duyduğu ağrılar bir kanser hastalığı belirtisidir, sağlık bozulunca ona kimse bakmayacaktır gibi).

c- Maddi durum konusunda hezeyanlar olur (Mevcut paraları bir gün tükenecektir, o zaman muhtaç kalacaktır gibi).

d- Ahlaki değerler ve çevre ile ilgili konularda hezeyanlar olabilir (Toplumun ahlaki ve dini inançları son derece bozulmuştur, çevresinde insanlar onu anlamamaktadır gibi).

- Bu yüzden depresyonlu insanlarda değersizlik, günahkarlık, referans hezeyanları ile perseküsyon hezeyanları sık görülür. Geçmiş hatalardan dolayı kendilerinin ileri derecede suçlu olduklarına, herkesin kendilerini ileri derecede beceriksiz gördüğüne inanmaktadırlar
- Postpartum depresyonların ortaya çıkması halinde Psikotik depresyon görülürse hastanın bebeğini öldürme riskine karşı hem hasta hem de bebek emniyete alınmalıdır.
- Umutsuzluk ve intihar durumları da tehlikeli durumlardır. Umutsuzluk halinin çok olması halinde; intihar girişimi daima depresyonun iyileşme döneminde görülür. İntihar eden vakaların otopsilerinde beyindeki nöronlarda elektron mikroskopu ile yapılan incelemelerde serotonin reseptörlerinin upregüle oldukları, bunların hastanın nörotransmitter açısından serotonin eksikliği çeken vakalar olduğunu gösterir..

e- Vegetatif değişiklikler

- Yunanlılar Melankoli halinde kara safranın etkenliğini düşünmüşler ve uzun süre hastalığı ona bağlamışlardır. Melankoli durumlarında iştah, uyku, cinsellik önemli derecede bozulurken, bazılarında vejetatif fonksiyonlarda ve sirkadiyen ritimlerde bozulmalar ortaya çıkar. İştah ve uykuda artma olur, Duygu durum akşamları kötüleşir. Tablonun bu atipik görümünden dolayı bu tür depresyonlara bazı kitaplarda atipik depresyon adı da verilmektedir.
- İştahsızlık ve kilo kaybı: Depresyonlarda iştahsızlık ve kilo kaybı durumlarına sık rastlanır. Hastalığın seyrinde körelen tat ve koku duyusu sonunda hasta yediği yemeklerin hiç birini tadını hissetmez ve yemekten de bir zevk almaz. Ender durumda bazı psikoz belirtilerinin de olduğu durumlarda hastalar yedikleri yemekler ile zehirlenebilecekleri şeklinde hezeyanlı düşünceler geliştirebilir, ve hezeyanlarının

doğrultusunda da yemek yemekten uzak dururlar.
- İştahsızlık sonucunda ortaya çıkan malnütrisyon durumlarından özellikle yaşlılar daha çok etkilenirler. Ciddi elektrolit dengesizliği ortaya çıkar.
- Kilo alma daha çok depresyon ve hipomaninin birlikte görüldüğü Bipolar tip II gurup hastalığın üyelerinde çok sıktır.Yüksek kilonun uzun süre devam etmesi ve kullanılan ilaçların da etkisiyle ensülin direncinde bozulmaların olduğu vakalar vardır.
- Sabah erken uyanma daha çok depresyonlu insanlara has bir belirti olup toplam uyku süresinin kısalmasına bağlı bir durumdu. Gece sabaha karşı uyanma ve bir daha uyuyamam ile karakterize duruma Terminal insomni adı verilir. Uykunun depresyonlularda 3 ve 4 cü dönemlerin bozuk uyunması veya uyunamaması sonunda periyotların ve toplam uykunun kısalmasına bağlı bir durumdur.
- Cinsel fonksiyon bozuklukları: Her iki cinste de depresyonların seyrinde cinsel arzularda önemli derecede bir azalma olur. Depresyonlu kadınlarda daha çok frijidite şeklinde kendini belli ederken, erkeklerde azalmış veya kaybolmuş ejakülasyon ve ereksi yon bozukluklarıyla ortaya çıkar. Bazı depresyon vakalarında artmış olduğu ifade edilen cinsel arzu hastanın iki uçlu (Bipolar Tip II karma tip) karma nöbet geçirdiğini veya siklotimi durumlarına işaret eder.

MANİDE GÖRÜLEN BELİRTİLER

Maninin klinik belirtileri depresyondakilerin tersi olarak da ifade edilebilir. Dolayısıyla duygu durumda yükselme, fikir uçuşması, psikomotor hızlanma, grandiozite hali bulunur. Ancak manide de depresyonda bulunan irritabilite, sinirlilik, uykusuzluk, ajitasyon gibi ortak belirtiler de bulunmaktadır.

a- Manik hastaların klinik özellikleri :
- Taşkın, kabarmış, elasyonda, öforik irritabl, değişken (labil) mizaç hali
- Düşüncelerin hızlanması, konuşmanın basıncının artması, düşünce uçuşmaları, benlik saygısında abartılı bir artmanın gözlenmesi, grandiösite, Distraktibilite, hezeyanların ve hallusinasyonlasın mevcudiyeti.
- Uyku ihtiyacının azalması, enerji düzeyinde aşırı artma, bedensel yakınmalarda azalma ile acı ve ağrı duyumunun ortadan kalkması.
- Hiperaktivite, her şeye karışma, aşırı para harcama, sosyal ilişkilerde artma, aşırı konuşkanlık (lögore), başkalarının ilgi alanlarındaki işlere aşırı karışma, cinsel açıdan kontrolsüzleşme, muhakemenin bozulması.

b-Manik hastalarda sık görülen klinik semptomlar –belirtiler.
- Öfori - irritabilite,
- Hiperaktivite
- Distraktibilte
- Uygunsuz davranışların artışı
- Hiposomnia

- Hiperfaji –iştah artması
- Libidoda artma- erotizm de artma
- Düşüncelerde uçuşmalar
- Taşkın düşünceler
- Grandiöz hezeyanlar,
- Hallusinasyonlar,
- İçgörünün kaybolması.

c-Manide duygu durum değişiklikleri- tanımları

- *Fikir uçuşması (Düşüncelerin uçuşması):* Düşüncenin hızlandığı ve konuşmanın arttığı bir durumdur konuşmanın artmasına lögore adı verilir.
- *Dürtüsel davranış:* Dürtüler artmıştır. Artık bu hastaların ileri derecede coşkulu ve her şeye karıştıkları da gözlenir. Ufak şuur bozukluğu periyotlarında hastanın aşırı derecede kontrolsüz biçimde her işe karışıp, bulaşması ve çevresindekileri rahatsız etmesi duruma 'Distraktibilite' adı da verilir. Bu dönemlerde olur olmaz her şeyle karıştıklarından çok zaman çevrelerinden olumsuz muameleler de. Bu dürtüsel davranışların seyrinde hastalarda kontrolsüz biçimde eşya çalma (kleptomani), çok telefon kullanma, gereksiz yerler ile uzun saatler telefon görüşmeleri yapma, sokakta önüne gelen insana vaaz verme, olmadık yerde olmadık hareketler yapma, dans etme, şarkı söyleme, etrafındaki insanlara gereksiz yere hediyeler dağıtma ve harcamalarında aşırıya gitme ve diğer insanlara sebepsiz biçimde karışma ve onların huzurunu bozma çok sık görülür.
- *Deliryumlu mani:* Mani vakalarının ekstrem durumlarda aşırı derecede dışa vurum ile karakterize bir durumdur. Beraberinde sürekli deliryum ve yönelim bozukluğunun görüldüğü bildirilmektedir.

d-Manide görülen vejetatif değişiklikler-tanımları

- Hipomani, beslenme bozukluğu, kilo artışının belirgin olması, cinsel arzularda artma, ile hastaların aşırı pozitif düşünce ifadeleri ile karakterizedir. Hastaların iyimser ve içten düşünme ile uyumlu kognitif bozukluk durumlarının oluşu da dikkat çekmektedir.
- Grandiözite hastalarda çok sık görülen aşırı güven durumunu yansıtan bir belirtidir. Kendilerinin her konuda en bilgili ve en yetenekli olduklarına inanırlar. Onların güçleri sayesinde bütün işler yolunda gitmektedir; gibi.
- İçgörülerinde de bir bozukluk bulunmaktadır. İçgörüleri bozuk olduğu için kendilerini doğru değerlendiremezler.

e--Manyak hastalarda görülen hezeyanlar:

- Manyak hasta servet, aristokrasi, dindarlık, güçlülük ve soyu bakımından kendinde aşırı güçlülük durumları görür. Bunlara sırasıyla zenginlik hezeyanı, mistik hezeyanlar, güçlülük hezeyanları gibi isimler verilir. Hastalar kendi grandiöz kimlikleri ile düşmanlarının düşüncelerinden kaçar, onların kendisinin özel yeteneklerine karşı durduklarını ve kıskandıklarını düşünebilir ve arkasından; karşısındaki insanlara karşı yoğun perseküsyon hezeyanları da geliştiririler.

HİPOMANİ

Yaşantıları sıklıkla aşırı memnunluk verici olduğundan çok zaman bu durumu yaşayan hipomanik hastalar ve onların yakınları bunu bir hastalık olarak kabul etmezler. Gözlemleyen dış ortamdaki aile yakınları ile arkadaş çevresi tarafından daha çok durum hissedildiğinden anamnez alma esnasında onların bilgisinden istifade etmek faydalı olur.

Hipomanide sık görülen belirtiler (DSM –TR kriterlerine göre)

- Mizaçta yükselme, patlayıcı konuşma ile birlikte en az 4 günden beri devam etmekte olan çabuk sinirlenen bir hastalık durumu olup depresyon olmayan diğer ruh hastalıkları dışındaki bir durumdur.
- Mizacın bozulduğu dönem içinde en sık aşağıdaki belirtiler görülmektedir. Bunların da en az dört tanesinin mevcudiyeti hastalık durumunun tanısı için aranır.

  a- Öz güven durumunun aşırı artması veya Grandiözite durumunun mevcudiyeti,
  b- Uyku ihtiyacının ileri derecede azalmış olması (günde 3 saat uyku ile çok zaman yetinmeleri),
  c- Mutat zamanlara göre daha konuşkan olmaları (lögore), ve konuşurken daha yüksek sesle konuşmaları dikkat çekmektedir.
  d- Fikir kaçışmaları çok sık görülürken; konuşmada konudan konuya atlamalar da çok sık olur,
  e- Distraktibilite hali, (ilgisiz konulara çabuk bulaşma halini yansıtır),
  f- Hedeflerin çok büyütülmesi (İş yerinde ve Okulda), Psikomotor ajitasyon durumunun mevcut olması,
  g-Sonucunu iyi bilmedikleri tehlikeli bir takım işlere bulaşmaktan aşırı zevk almaları bilinir. Bu yüzden gereksiz yatırımlar yapar iflas eder, çapkınlık ederler aile düzenleri bozulur, imkânından çok alış veriş yaparlar ve bankalara kredi kartları ile aşırı borçlanırlar, gibi.
  (Bu yüzden bu tip belirtilerin görülmesi halinde hekim olarak hasta ailelerine hastaların elerinden çek, senet, imza sirküleri gibi bir takım maddi tasarruf vesikalarının alınması önemli bir tedbir olur.

- Normal zamandakine göre hareketlerinin ve düşüncesinin aynı olmadığı çok iyi görülür ve bilinir.
- Mizaçta ortaya çıkan bu değişiklik çevre tarafından çok rahat biçimde gözlenir ve fark edilebilir olmalıdır.
- Ortaya çıkan hastalık hali hastanın günlük yaşamında işini ve sosyal ilişkilerini bozacak derecede değildir. Psikotik belirtileri de beraberinde bulundurmadığı için hastanın hospitalizasyonunu gerektirmez.
- Tek kutuplu (Unipolar hastalık)- Çift kutuplu (Bipolar) mizaç bozuklukları

Tek kutuplu mizaç bozuklukları seyirlerinde mizaçta yükselişten ziyade hep depresif durumların görülüşü ile karakterize durumları yansıtırlar. Görülen bir depresyon nöbetini belli bir aralıktan sonra gene ikinci bir depresyon nöbeti takip eder ve hep arka arkaya

depresyonların görülmesi ile seyrederler

Bu yüzden özellikle tek uçlu (Unipolar) ve çift uçlu (Bipolar) hastalıkların sık rastlanılan belirtileri şöyle sıralanır.

Tek kutuplu (unipolar) depresif bozukluklar

a- Unipolar depresyonlar

(a) Major depresyon
(b) Distimik bozukluk
(c) Yas durumları
(d) Uyum bozuklukları
(e) Post şizofrenik depresyon
(f) Pseudodemans olmak üzere; sub gruplara ayrılırlar.

Majör Depresyonlarda ayrıcı tanı

1. Tıbbi durumlara bağlı hastalık hallerinden ayrılmalıdır Multipl skleroz, felç sonrası dönemler ve hipotiroidi en sık majör depresyona benzer mizaç bozukluğu yapan tıbbi hastalıklardır.
2. Madde bağımlılığına bağlı durumlardan ayrılmalıdır. Kokain kullanımının bırakılması çok zaman ciddi depresyon durumları ile seyreden bir durumdur.
3. Distimiden ayrılmalıdır. Distimi seyrinde iki sene süren başlangıç döneminin bulunması şarttır ve onu diğer depresyon durumlarından ayırtır
4. Şizoaffektif bozukluk durumunda hezeyanlar ve hallusinasyanlar; diğer mizaç semptomları olmadan en az iki hafta devam etmektedir.
5. Yaşlı bireylerin depresyonu ile demans karıştırılmaktadır. Demans vakalarında erken başlangıç ve premorbit özellikler bulunurken, depresyonlularda premorbit durum; ani kognitif bozukluğun başlangıcı ile ayrılır.

b-Distimik bozukluk:

Distimi vakalarında ayrıcı tanı özellikleri

1. Distimiler iki senelik başlangıç dönemlerinin bulunması ile diğer depresyon durumlarından ayrılırlar. Majör depresyonların seyrinde psikotik belirtiler de gözlenebilmektedir.
2. Genel tıbbi durumlara bağlı mizaç bozukluğu yapan hastalık hallerinden ayrılmalıdır. Burada mizaç durumunun spesifik, kronik ve tıbbi durumun bir fizyolojik sonucu olup olmadığına bakılır.Anamnezi, laboratuar bulguları ve fizik muayene bulguları değerlendirilir. Genel tıbbi durumun sonucu olarak depresif bulguların bulunmasında ve etiolojik olarak depresif durum ile ilgi göstermemesinde; tıbbı duruma bağlı depresyon tanısı konur.

3. Bazı durumlarda kişilik bozuklukları ile distimi birlikte bulunmaktadır. Kişilik bozukluğu ile birlikte oluşu prognozu kötüleştirmektedir.

c-Yas durumları

Fenichel yas durumlarında insanların belli süre yaslarını yaşama hakkına sahip olduklarını, ancak yaslarını yaşamak suretiyle kendi egolarını daha dirayetli kılabilecekleri üzerinde durmaktadır. O bakımdan ilk yas günlerinde hemen üzüntülü görülen insanlara bir çok anti depresan ilacın verilmesi doğru olmaz. Bu gibi durumlarda yapılacak psikoterapiler, destekleyici yaklaşımlar insanlara daha faydalı olur. Ancak bu yas durumunun sebep olduğu depresif belirtilerin 2 ila 3 ay içinde geçmesi beklenir.

Özellikleri itibariyle bu durumun bireylerinde şu özellikler aranmalıdır;

- Yas tutan kişi ve onun çevresindekiler yas tutumunu normal bir tepki olarak kabul ederler.Depresyonlular gibi kendilerini hasta görmezler.
- Yas tutan insanlar çevreye tepki verebilir oluşlarıyla melankoliklerden ayrılırlar.
- Normal yas durumlarında ,depresyon durumlarında olduğu gibi psikomotor retardasyon görülmez.
- Yas tutan kişilerde; yitirdiklerini telafi edememeye bağlı, derin suçluluk bulunmaktadır. (keşke falan doktoru getirseydim, kurtulurdu, bu yüzden suçluyum gibi).
- Değersizlik ve günahkarlık hezeyanları yasta olmaz, olduğunda psikotik bir duruma işaret eder.
- Aktif intihar düşüncesi ,majör depresyondaki kadar çok ve kuvvetli değildir.
- Kaybedilenin eşyaları ve ona ait semboller ile aşırı vakit geçirilir.
- Yıldönümü tepkileri (kayıpla ilgili) ciddi olduğunda; o zaman hekim uyanık olmalıdır, çünkü normal yas süresini aşmış gözükmektedir.

d-Uyum bozukluğu (Adjustment Disorder)

Cinsiyet, kültür ve yaş göz önüne alındığında bireylerin stresörler karşısındaki cevaplarının maladaptif veya aşırı oluşu tablonun kötü seyrine etki etmektedir. Ortaya çıkışının kadınlar arasında erkeklere oranla iki kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Buna karşılık çocuklar arasında bir cinsiyet farkı olmaz ve oğlanlar ile kızlar arasında eşit sıklıkta görülür. Uyum bozukluğunun ; hastanede yattıkları süre içinde psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların büyük bir çoğunluğunda görülmüş olması , ön yatkınlığın uyum bozukluğunda önemli olduğunu göstermektedir Bu gruplar içinde ekonomik durumlarını, özellikle fakirlik şeklinde bir stres faktörü olarak ifade edenlerde daha çok görüldüğü bildirilmektedir. Ortaya çıkıp kötüye doğru gidişi ; çocuklarda ve gençlerde, erişkinlerden daha hızlı ve daha kötü seyreder.

Stres durumlarına bağlı bir hastalık halidir. Belli bir zaman içinde adaptasyonun sağlanmasıyla şikayetlerde bir geriye dönüş olmaktadır.. Aynı zamanda tanı konmasında sözü edilen stres durumuna ne kadar süre evvel maruz kalındığının da iyi öğrenilmesi

gerekir, çünkü uyum bozuklukları belli bir zaman diliminden sonra (maksimum 5 ay) iyileşmeye başlar.

Tedavisinde daha çok Stres ör etkenin hafifletilmesi için gerekli yaklaşımlarda bulunulmalıdır

e-Post şizofrenik depresyon:

Şizofreni hastalığının tedavisinden sonra görülen bir durumdur. Şizofreni hastalığına ait negatif belirtilerin depresyon belirtilerine çok benzemesinden dolayı, şizofreni tedavisinin sonunda bazen depresyon ve şizofreni karışmaktadır. Şizofrenili hastaların büyük bir kısmında kullanılmakta olan ilaçlar, kullanımlarında ortaya çıkan akatizi sonunda intihar davranışlarına kadar varabilen, enerji ve motivasyon azlığına sebep olan depresif durumlara yol açarlar. Bu hastalar kullandıkları antipsikotik ilacın dozunun azaltılması ve hastanın Antikolinerjik ilaç ile tedavi edilmesi sonunda bu depresyon belirtileri ortadan kalkmaktadır. Hep depresif biçimde gittiği için Unipolar depresyonlar arasında konmuştur.

Ayrıcı tanı

1. Depresif belirtilerin kullanılan antipsikotik ilacın yan etkisi veya kullanılan alkol ve kokain gibi maddelerin bırakılmasının bir kesilme belirtisi olarak ortaya çıktığı durumlarda maddeye bağlı mizaç bozukluğu denir.
2. Nöroleptik kullanımına bağlı Parkinson ile , nöroleptik kullanımının yaptığı akatizi hallerinden ayrılmalıdır.
3. Şizofreni hastalığının tortul negatif semptomları ile depresif belirtiler birbirinden ayrılmalıdır Tortul belirtilerin ortaya çıkardığı durum post şizofrenik depresyon ile uyumludur.

f-Pseudodemans

Yaşlı insanlarda ortaya çıkan depresyon durumları demansiyel belirtiler ile ört üşmektedir. Bu yüzden orta yaşın üstündeki vakalarda depresyon ve demans birbirinden iyi ayrılmalıdır.

- Depresyon vakalarında genel görünüm itibariyle hastanın ailesi hastalığın farkında olup, depresif durumun başlangıç zamanı hakkında bilgi verebilmektedir. Oysa primer demans durumunda hastanın ailesi hastada primer demansın başlangıçından haberdar değildir. Sinsi başlangıçlı bir hastalık olduğu için primer demansın başladığı zaman da tam bilinmez
- Depresyon semptomları çok kısa bir süre içinde gelişir ve kendini çevreye belli eder. Bu söylemle depresyon belirtileri ve hastalık hızlı ilerlemektedir. Bunun yanı sıra Primer demansiyel durumlarda semptomlar daha uzun bir zamandan beri bulunmaktadır ve yavaş ilerleyişli oldukları için de pek fazla fark edilmezler.

- Depresyonlarda affektif hastalığın bulunuşuna dair aile anamnezinin bulunması, hekimi depresyon tanısına yönlendirirken, primer demans vakalarında ancak hastanın aile anamnezinde Alzheimer hastalığı bulunanların anamnezi bulunmaktadır.
- Kişisel olarak depresif durumdan şikayet eden, kognitif yetersizliğinin olmasından yakınan ve yardım arayan bir depresyonlu; yakınmalarını ayrıntıları ile anlatır, defisiter ve yetersizlik durumlarını bilir, bir iş yapmak için gerekli eforu harcayamaz, ve hasta kendisine yeterince ilgi göstermemesine karşılık; primer demansı olan bir kişinin depresyon hikayesi olmaz, kognitif defisiter bir yakınması yoktur, kendi defisitlerini saklamasını becerir, yaptığı işler ile de sanki boğuşmaktadır. Depresyonlunun sıkıntısı yerine bunlarda bir aldırmazlık hali vardır.
- Aynı zamanda primer demanslılarda yönelim bozulmuştur, dikkat ve konsantrasyon da bozulmuştur. Aynı zamanda bunların yakın hafıza yıkımları çok belirgin bir durumda bulunmaktadır. Depresyonlu da dikkat ve konsantrasyon bozukluğu çok yoktur. Aynı zamanda primer demanslılarda apraksi ve agnozi bulunmaktadır.
  Bu şekilde demans ve yaşlılardaki depresyonun karışması önlenir.

Psikotik özellikli depresyon: Majör depresif bozuklukların %10 ila %15 kadarı melankolik özellikli olup hezeyan ve hallusinasyon gibi Psikotik belirtileri de içerirler. Daha çok hezeyanlı olarak gidenleri sık görülmektedir. Gençlerde hareketlerde yavaşlama ile karakterize olan bu depresyon tiplerinde stupor görülmektedir. Elli yaştan sonraya ortaya çıkan Psikotik depresyon vakalarında şiddetli ajitasyon, suçluluk hezeyanları, hipokondriak düşünceler, terminal insomni ve kilo kaybı en sık görülen belirtileri oluştururlar. Bu vakalar genelde premorbid olarak obsessif özellikleri ile tanınırlar. Kraepelin bu tür vakaların serebrovasküler patoloji üzerinde geliştiklerinin üzerinde durmuştur. Bunlarda yapılan M R tetkiklerinde ventriküllerde genişleme ile beyaz cevherde hiperintens imajların sıklığına rastlanmaktadır. Bazı çalışmacılar, Kraepelin gibi bu duruma vasküler depresyon da demektedirler.

Premenstrüel Disforik bozukluk: Premenstrüel disforik (P.M.D.)bozukluk emosyonel bozukluk ve irritabilite , disfori, gerilim ve mizaçta dengesizlik gibi davranışsal belirtiler ile kendini gösteren ve kadınlarda görülen bir geç luteal safha disforik bozukluğudur. Epidemiolojik olarak yapılan çalışmalar premenstrüel düzensizliklerin emosyonel, davranışsal ve fiziksel belirtiler ile menstrüasyon öncesi ortaya çıktığı ,ancak menstrüasyondan sonra tam bir remisyon gösterdiğini bildirmektedir. Bu semptomlara hafif derecede mizaç değişiklikleri, göğüslerde gerginlik, karında şişlik ve baş ağrıları da eşlik etmektedir. Kadınlarda görülen Premenstrüel Disforik Duygudurum Bozukluğu(P.D.D.D.) da kadınlarda görülür .Bu duruma aynı zamanda "Menstrüel Psikoz" adı da verilmektedir. Premenstrüel sendrom bozuklukları tedavi gerektirmezler. Bu grubun sadece % 3 ila % 8 kadarı kadında premenstrüel disforik duygu durum bozukluğu (P.D.D:D) gelişir. Bu durumu geliştiren kadınların geçmişlerinde duygu durum bozukluğu geçirdikleri yapılan çalışmalardan görülmektedir. Hele geçirdikleri mizaç bozukluğu esnasında P.D.D.D

yaşayanlarda P.D.D.D çok ağır ve zenginleşen şikayetler ile seyreder. P.M.D.D li kadınların hayat boyu mizaç bozukluğu geçirme riski %30 ile %60 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalar premenstrüel belirtilerin çocuk doğumundan sonra artabileceğini göstermektedir. Hastalığın seyrinde kadınların eğitim seviyesinin artışıyla orantılı olarak, premenstrüel şikayet sıklığında artma bulunmaktadır. Affektif semptomların ve kilo artışının üst sosyokültürel seviyedeki kadında fazla olmasına karşılık, somatik belirtilerin kırsal kesimde daha sık olduğuna rastlanmaktadır.

Günümüzde P.M.D.D etiolojisi tam bilinmemektedir. Hereditenin üzerinde duranlar vardır. Over aktivitesini arttırmak suretiyle semptomlar bastırılabilmektedir. Endokrin olayların over siklusunu etkilemesi üzerinde durulmaktadır. P.M.D.D esnasında östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin normal bulunması karşısında dikkatler androgenlere çevrilmiştir. Luteal safhada yükselen serum testosteronu premenstrüel irritabilite haline sebep olmaktadır. Androgenlerin artmış bulunması, kadınlarda artan androgenlerin irritabilite ve agresyon yapması ve premenstrüel sendrom (P.M.S) belirtilerinin androgen antagonistleri ile tedavi edilmesi bu görüşü doğrulamaktadır. Aynı zamanda P.M.S esnasında calcium / magnesium oranın da çok düşmesi etkili olmaktadır. Geç luteal safhada Endojen opioidlerde ortaya çıkan şiddetli düşüşlerin tesirini de göz ardı etmemek gerekir.

Seyrinde serotonerjik disfonksiyon vardır. Bu da impuls kontrolünü bozmaktadır. Depresyon irritabilite ye ve aşırı karbonhidrat tüketimine sebep olmaktadır. Bu dönem esnasında migren ataklarında, epilepsi nöbetlerinin sıklığında ve panik atağın ortaya çıkışında bir artma gözlenmektedir.

Reaktif Depresyon: Yaşam olayından kaynaklanan bir depresyon durumudur. Sevgiliden ayrılma, çocuğun hastalığı ve benzeri durumların sonunda olmaktadır. Ayrılık devam ettiği sürece reaktif depresyon devam eder. Ayrılığın şiddetinin azalması veya birbirlerine kavuşma ile azalır. Bu gibi durumlarda kişiler arası destek çok faydalı bir tedavi prensibidir.

Mevsim depresyonu= Daha evvelki bölümde mevsimsellik başlığı altında bu durumdan bahsedilmiştir.

Bipolar tip I in ana karakteri şunlardır;

- Erken yaşta başlangıç,
- Eşit cinsiyet oranın korunması,
- Karma dönemi andıran irritabilite ,mizaç labilitesi, ,patlayıcı mizacın mevcudiyeti,
- Antidepresan kullanımı ile hipomanik –manik kaymaların gözlenmesi,
- Depresyonlardan sonra yüksek oranda yineleme riskini taşıması,
- Ailevi yüklülük halinin bulunması ,
- İleri yaşta görülmesinde gençlikte ortaya çıkmış, fakat anlaşılmamış bir depresyonun mevcudiyeti anlaşılır.

Bipolar Tip I bozukluğu olanlarda gerçek intihar ve intihar girişimlerinin oldukça sık olduğu gözden uzak tutulmamalıdır. Bu hastalığın seyrinde çocuklarda çok sık okuldan

kaçmalar,erişkinlerde iş başarısızlıkları, boşanmalar ve bir dizi antisosyal davranışlar komorbid olarak görülür.

Akut mani

Ani başlangıçlı bir durumdur. Şu tipik özellikler tabloyu tanımamıza yardımcı olmaktadır.

- Hastalık öncesi işlevsellik durumuna göre belirgin bozulma olur.
- En az bir hafta süreyle akut mani belirtileri devam eder, daha uzun olabilir.
- Hastanın klinik belirtileri arasında yükselmiş ve irritabl bir mizacın mevcudiyeti hemen dikkat çekicidir.
- Nöbetin seyrinde; en az klasik mani belirtilerinden 4 tanesinin daha bulunması gerekmektedir (Bu belirtiler daha evvel sıralanmıştır).
- Klinik tabloyu açıklayacak her hangi bir fizik hastalık halinin bulunmaması,
- Söz konusu durumun kullanılan alkol ya da tıbbi maksatla kullanılan ilaç alımı ile madde bağımlığına veya başka bir ruhsal hastalık halinin mevcut olmayışı halinde olmasına dikkat edilmelidir.

Akut mani dönemindeki hastalarda reddedilme durumları karşısında aşırı derecede hırçın davranışlar görülür. Çabuk saldırgan olurlar. Grandiösite hallerinin oluşu, hastaların saldırgan olabilme eğilimini de arttırmaktadır. İki uçlu durumda olanlar mani nöbetleri esnasında alkol kullanıp disinhibe olduklarında tehlikeli taşkınlık halleri gösterebilirler. Çok zaman karşılaşılan bazı eşler arasında işlenen cinayetlerde "jeluzi morbid-marazi kıskançlık " tipinde hezeyanlar etkili olmaktadır. Akut manik durumların seyrinde hezeyanlar, hallusinasyon ile birlikte formal düşünceyi bozar,buna hastanın postür bozukluğu ,negativizm, konfüzyon hali de eklenerek, manik durum semptomları arasında görülürler.

Siklotimik bozukluk

İki uçlu (bipolar) hastalığın 20 yaşlar öncesi başlayan ve sinsi ilerleyen bir formudur. Başlangıçta subsendromal depresyonlar ve hipomaniler ile seyreder. Çok zaman aralıklı seyir gösteren siklotimi vakalarında hastalar aralık dönemlerinde ötimik bulunurlar. Ortaya çıkışında yeterli bir tetikleyicinin bulunması da gerekmez ve siklotimi birden ortaya çıkabilir.

Hastalığın seyrinde en az iki yıl süre ile aralık vermeyen, mani ve depresyon nöbetlerinin, aralarında; hastaya göre süresi belli ötimik dönemleri bulundurma şartıyla yaşanan bir durumdur. Nöbetler arasında hastaların ötimik olduğu iyilik dönemleri bulunur. Bu ötimik iyilik nöbetleri hastadan hastaya sabitlik gösterdiğinden, her hasta ailesinin bildiği süreler geldiğinde, diğer nöbet türüne kaymalar gösterir (bir önceki nöbeti mani ise, belli bir ötimi periyotunu yaşayan hastanın depresyon nöbetinin geleceği zamanı aile az çok doğru olarak bilir). Nöbetlerin başlangıcında hafif prodrom dönemleri de bulunur. Depresyon öncesinde bu prodrom belirtilerini subsendromal mani belirtileri oluştururken, mani atağı öncesinde de subsendromal depresyon belirtileri görülür. Bu nöbetlerin arka arkaya geliş özelliklerinden dolayı ve ötimi sürelerinin sabitliğinden, hastanın ailesi ve takip eden doktoru hastanın durumunun bozulacağı zamanı ve kaymanın ne yöne olacağını daha önceden kestirebilir.

İki Uçlu (Bipolar) Tip II Bozukluk

- Kronik özellikler ile seyredenler
- Katatonik özellikler ile birlikte seyredenler
- Melankolik özellikler ile birlikte seyredenler
- Atipik özellikler ile birlikte seyredenler
- Postpartum başlangıçlı olanlar şeklinde ayrılmışlardır.

Kaynaklar:

American Psychiatric Association , Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM IV-TM ., 4th edition ., Washington D.C., R..R. Donnelly and Sons company, 1994, 317-393.

Arana G.W et al ; The dexamethasone supression test for diagnosis and prognosis of mood disorders in psychiatry,; Arc.Gen. Psychiatry,; 1985,;271-302.

Bauer M.S et al,; Thyroid hormones and the central nervous system in affective illness: İnteractions that may have clinical significance ,; İntegr.Psychiatry 1988,; 6-75

Charney D.S , Bermar RM et al ,; Treatment of depression ,; Ed Schatzberg AF et al Textbook of psychopharmacology,; American Psychiatric Press , 1988.

Baldessarini R.J et al ,; The pharmacological basis of therapeutics,,Ed Hardman JG,Limbrid LE,; Drugs and the treatment of psychiatric disorders, Mc Graw Hill,1966.

Berrett J.E et al ,; The prevelance of psychiatric disorders in a primary care practice ,; Arch.Gen.Psychiatry,; 1988,; 45.

Effenbein D ,; Living with Prozac and other SSRI's,; Harper Collins,; 1995.

Glassmann A.H., Roose S.P ,; The safety of antidepressants in cardiac patients ; risk benefit reconsidered, Journal med. Association ; 1993 ,; 269-273.

Goodwin F.K , Jamisson K R,; Manic depressive illness ,; Oxford University Press,; Oxford,; 1990.

Harrison W.A, Stewart J.W ,; Pharmacotherapy of dysthymia ,;Psychiatry Ann.; 1993,; 23-638.

Harrison T.R et al ,; Harrisons principle of internal medicine ,; Mac Graw Hill,; philadelphia,;1990.

Hirshfield RMA et al ,; Mood disorders ,; P?sychosocial treatment in the textbook of Kaplan H.I and Saddock B.J,; Comprenensive textbook of psychiatry,; 6th edition ,; William and Wilkins,; 1995,; 1178-1190.

Jacobs S et al ,; Psychiatric complications of bereavement Annual ,; 1990,; 20(4),;314.

Kaplan and Saddocks ,; Comprehensive textbook of psychiatry,; Hagop S.Akiskal M D, Duygudurum bozuklukları ,; Türkçe çeviri Hamdullah Aydın, Ali Boskurt,; 2ci cilt,1559-1717 Güneş Matbası ,; İskitler ,Ankara.

Kessler R.C ,; Dysthymia in the çommunity and its comorbidity with psychiatric and substance use disorders.; NIMH sponsored workshop,; Subsyndromal Mood Disorders,; Dysthymia and Cyclothymia ,; Bethesda , Maryland, April 26 ,1993,; in the congress book of mood disorders.

Lejoyeux M. et al,; Antidepressant discontinuation ,; .Rev .of the literature,; J.Clinical Psychiatry,;1997,; 58 (suppl),;No 7,;11.

Lewis Freda, Williams. S. , Panetta Jill et al,; Premenstruel syndromes ,; Meir Steiner et al ,; in the text book of Psychiatric illness in Women-Emerging treatments and Research,; Washinton D.C, Americah Psychiatric Publishing inc,; First edition,; 157-188.

Loosen P.T ,; Thyroid hormones in major depressive and bipolar disorder,; İn Casper R (editor) ,; Women's health and emotion,; Cambridge University Press ,; 1997.

Nemeroff C.R , Loosen P .T ,; Handbook of Clinical Psychoendocrinology,;,; Guillford press,;1987.

Quitkin F.M et al,; Chnonological milestones to guide drug change,; Arc.Gen .Psychiatry,; 1996,; 53:784.

Renner J.A et a l ,; Substance Abuse and Depression,; Psychiatr Ann,; 1994,; 24(10),; 532.

Schatzberg F, Alan Nemeroff , Charles B,; The American Psychiatric Press Textbook of Pschopharmacology, Ed Nathan I Kalpana et al,; Biology of mood disorders ,; first edition,; Washington D.C,; 1995,; 439-458.

Williams H. Robert,; Textbook of endocrinology,; Ed: Grant W Liddle,; The adrenals, 5th edition,; Philadelphia,; W,B, Saunders company. 1974, 252-253.

Yudofsky C. Stuart , et al ,; Essentials of Clinical Psychiatry,; Dubovsky Steven et al,; Mood Disorders,; 2nd edition,; Washington D.C,; American Psychiatric Publishing inc,; 243-337.