

# İki Uçlu Depresyonda Doğru Tanı Koymak: Tek Uçlu ve İki Uçlu Depresyon Ayrımı

Nesrin Dilbaz<sup>1</sup>

## ÖZET:

İki uçlu depresyonda doğru tanı koymak: Tek uçlu ve iki uçlu depresyon ayrımı

İki uçlu bozukluklu hastalara sıklıkla tekrar edici major depresyon tanısı konulmaktadır. Major depresif tanısı koymadan önce klinisyenler mutlaka ayırıcı tanıda çok önemli olan mani veya hipomani öyküsü sorgulamalıdır. İki uçlu depresyonda daha fazla mizaçta oynaklık, daha fazla motor retardasyon ve hipersomni mevcuttur. Erken başlangıç, depresif atakların daha sık olması, iki uçlu bozukluğa ait aile öyküsü tanıda iki uçlu bozukluk lehinedir. İki uçlu bozukluklu hastalarda mizaç belirtileri hem işlevsellikte bozulma hem de yeti kaybı ile daha fazla ilişkilidir. Yeti kaybının ilişkisi manik belirtilerden ziyade depresif belirtilerle ilişkilidir. Yanlış tanı hastanın uygun tedavi almaması ile sonuçlanırken hastalığın gidişinde de olumsuz etkisi vardır. Bu yazıda bir olgu örneği çerçevesinde iki uçlu ve tek uçlu depresyon ayırıcı tanısı üzerinde durulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** tek uçlu depresyon, iki uçlu depresyon, yanlış tanı, mani, hipomani

Journal of Mood Disorders 2013;3(Suppl. 1):S45-S47

## ABSTRACT:

True diagnoses in bipolar depression: differentiation between unipolar and bipolar depression

Bipolar disorder can be difficult to diagnose and is often misdiagnosed as recurrent major depressive disorder. While diagnosing major depressive episode clinicians should be checking for a history of mania or hypomania, which is indicative of bipolar disorder rather than major depressive disorder. Bipolar depression is associated with more mood lability, more motor retardation, and hypersomnia. Early age of onset, a high frequency of depressive episodes, bipolar family history are suggestive of bipolar disorder rather than major depression. Severity of mood symptoms are strongly associated with functional impairment and disability among bipolar patients. The association of Level of disability is much stronger with depressive symptoms than symptoms of mania. Misdiagnosis can result with inappropriate treatment which has a detrimental effect on the course of the illness. The differential diagnosis of bipolar disorder will be reviewed with a case sample with this article.

**Key words:** unipolar depression, bipolar depression, misdiagnosis, mania, hypomania

Journal of Mood Disorders 2013;3(Suppl. 1):S45-S47

<sup>1</sup>Prof. Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Prof. Dr. Nesrin Dilbaz, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address: dilbaz@superonline.com

## OLGU

- 29 y. öğretmen bayan hasta. Öğretmenliğin yanı sıra Eğitim Fakültesinde Yüksek lisans öğrencisi olan tez hazırlama aşamasında olduğunu ve son 1 aydır yoğun bir stres yaşamakta olduğunu ifade ediyordu. Ayrıca son bir yıl içinde evliliğinde de sorunlar olduğunu bildiren hasta, 2 ay önce uyku miktarında artış olduğunu ama buna karşın yeterince dinlenemediğini ve her sabah uyandığında kendini aşırı yorgun hissettiğini ifade ediyordu. Herhangi bir tıbbi problemi olmayan hasta premens dönemlerinde belirtilerinde artış olduğundan söz ediyordu. İştahı artan, birçok olumsuz düşüncesi olan hasta kendisinin kötü bir anne ve kötü bir öğretmen olduğunu, öğrencilerine yeterli değeri ve dikkati vermediğini ve bir türlü tezini yazmaya oturamadığını ifade etmekteydi. Hem iş hayatı hem sosyal hayatı hem de aile hayatında görevlerini yerine getirmek konusunda zorluk yaşıyordu.
- Ayrıca daha önce haz aldığı şeylere karşı ilgi duymama mevcut idi. Haftada 2 kez devam ettiği pilates derslerini bile bırakmıştı. Kendi başına evde oturmayı hiç bir şey yapmadan saatlerce zaman geçirebildiğini belirten hasta “doktor hanım size

samimi bir şey söyleyeyim mi eğer ortalarda görünmesem beni kimse bu kadın da nerede diye aramaz veya özlemez hatta belki eşim ve kızım bile bensiz daha mutlu olabilirler” diyordu.

- Aile öyküsü: Birinci derece akrabalarında önemli bir psikiyatrik hastalık olmadığını ama anneannesinin ara ara dönemler geçirdiğini hatta sinir çözülmesi nedeniyle hastaneye yatırıldığını bildirmişti. Ailenin uzak akrabalarından da birkaç bireyinin daha psikiyatrik tedavi gördüğüne dair dedikodular duyduğunu ama kesin net bir bilgisi olmadığını belirten hasta kendi çocukluk ve büyüme döneminde bu konulardan hiç konuşulmadığını belirtmişti.
- Tıbbi öykü: Anne otoimmün tiroitit geçirmiş ve halen tiroit replasman tedavisi görüyordu.
- Yaptığım ruhsal muayenede disforik mizaç, konsantrasyon güçlüğü, enerji kaybı, anhedoni, letarji ve pasif intihar düşünceleri olduğunu saptadım. En iyi arkadaşına kendine zarar vermeye cesareti olmadığını ama karşıdan karşıya geçerken bir arabanın çarparak ölümüne yol açmasının da kötü olacağını belirtmişti. Ağlamalarında da artış olmuştu. Sürekli bir içsel gerginliği mevcuttu.

**Hastada bu bilgiler tanı koymanız için yeterli midir?  
Eğer yeterli değilse ne sormak istersiniz?  
Tedavi önerileriniz nelerdir?**

İki uçlu bozukluk çok sayıda dönemlerle giden süregelen bir hastalıktır. Doğru tanı koymak için hastanın o an belirtileri ve daha önce ki ruhsal hastalık öyküsü çok detaylı sorgulanmalıdır. İki uçlu hastaların büyük bir çoğunluğu hekime depresif dönemde başvurdukları için mutlaka geçmişte ki manik ve hipomanik dönemler araştırılmalıdır (1,2). Birçok iki uçlu bozukluk hastası tanı karmaşası ve geciken tedavi sorunundan söz etmektedir (3).

Kişisel öykü: Çocukluğundan bu yana benzer dönemler geçirdiğini ama hiçbirisinin şimdiki kadar şiddetli olmadığını, çoğunun 2 haftadan uzun sürdüğünü aile ve iş hayatını sağlıklı sürdürmede zorluk yaşadığını vurgulamıştır. Üç yıl önce birkaç hafta süren mizacında yükselme, artmış enerjinin eşlik ettiği öfori ve uyku gereksiniminde azalma olduğu bir dönem olduğunu, birçok şeyi başarabileceğini düşündüğünü ama yeterince odaklanamadığı için başladığı projeleri bitiremediğini ve yine aynı dönemde belirgin bir kendine güvende artış olduğunu dikkat çekmişti. İş yerinde olan bir tartışma sonrası hastaneye yatırılan hasta o dönemde kullandığı ilaçları hatırlamıyordu. Taburculuktan kısa bir süre ilaçlarını kesen hasta o olay ile ilgili utandığını ve konuşmak istemediğini belirtmişti.

Bazen bu hastada olduğu gibi daha önce geçirilmiş bir manik dönem olmaması sıklıkla tanı konusunda hekimlerin hata yapmasına yol açmaktadır. Hastalığın erken dönemlerinde hastaların çoğunlukla manik ve hipomanik dönemler yerine depresif dönemlerinin olması özellikle iki uçlu bozukluk II tanısının atlanmasına ve hastalara tek uçlu depresyon tanısı konmasına yol açmaktadır. Hastalardan sıklıkla mizaçlarındaki yükselme ile bilgi almak zordur. Özellikle İUB II hastalar bilgi sahibi olduğunda bu çok sevdikleri dönemleri ellerinden alınacağından korktukları için hekimlerinden bu durumu saklamayı yeğlerler. İUB I hastalar manik dönemde hastalığa bağlı yaşamış oldukları olumsuz olaylar (aşırı borç yapma, uygunsuz ilişkilere girme gibi) konusunda utanç yaşadıkları için bu konuda konuşmamayı yeğlerler. Bazan manik döneme psikotik belirtiler eşlik ettiğinde hastalarımızın bu dönem ile ilgili anıları tümünden yok olabilir.

Birinci basamakta iki uçlu bozukluklu hastalar sıklıkla yanlış olarak tek uçlu depresyon tanısı alırlar. Özellikle hipomanik dönemlerin aile tarafından fark edilmemesi ve bu konuda herhangi bir yakınma olmaması, hastanın depresif dönemlerinin önde olması hatalı tanıya yol açan nedenler arasındadır. Muzina ve ark. da her 5 depresyon tanısı alan hastadan birinin aslında iki uçlu hasta olduğunu bildirmiştir (4).

Judd ve ark. (2002) yapmış oldukları çalışmada İUB I olan hastaları 12.8 yıl takip ettiklerinde takip zamanının yaklaşık yarısında (%47) belirti yaşadıklarını; bu dönemde depresif belirtilerin manik belirtilerden 3.5 misli daha fazla görüldüğünü (%67 depresif %20 manik/hipomanik), hastaların %90 en az bir hafta depresyon yaşadığını ve maniden ziyade depresyonun hastalığın gelecekte ki yükünün belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir. İUB II de ise depresif belirtilerin hipomani belirtilerinin 37 misli daha fazla

görülmesi neden İUB II tanısının konmasında güçlük yaşandığını da göstermektedir (5,6). Sonuç olarak 25 yaş öncesi başlayan major depresyon dönemleri, psikoz öyküsü, birinci derece akrabalarında mani olması, iki uçlu bozukluğa ait risk faktörleridir (7).

Major depresyon dönemi olan hastalarda bu 3 özellikten birisinin olması durumunda mani olma riski %20, ikisinin olması %50 her üçünün olması ise riski %67 ye çıkarır (8). Bu nedenle major depresyonu olan hastalarda hekimler bu üç risk etmenini araştırarak mani riskini değerlendirmelidir. Doğru tanı konmaması hastaların uygun olmayan tedavi almalarına, belirtilerin daha da kötüleşmesine ve hastane yatışlarına yol açmaktadır. İki uçlu bozukluğu olan ama tek uçlu depresyon tanısı alarak mizaç düzenleyicisi olmaksızın başlanan antidepresan tedavi hastanın manik veya karma dönem geçirmesine ve hastalığın hızlı döngülü olmasına neden olabilmektedir. Ayrıca tedavi edilmeyen iki uçlu bozukluklu hastalarda intihar riski de %15-19 yüksektir (9).

Bu açıdan bakıldığında depresif belirtileri olan hastalarda iki uçlu bozukluk ayırıcı tanısı çok önem kazanmaktadır. İki uçlu bozuklukta ki depresif dönemlerin özelliklerini araştırarak çalışmada birinci derece akrabalarında iki uçlu bozukluk olma özelliği, dönemlerin erken başlangıçlı olması, depresyonun atipik özellikli, doğum sonrası başlayan, psikotik özellikli ve tedaviye dirençli olması tek uçlu depresyona kıyasla iki uçlu depresyonda daha sık görülen özellikler olduğunu bildirmiştir (10).

**Tek uçlu depresyona kıyasla İki uçlu depresyonda hastalığın gidişinde farklılıklar (11,12):**

- Başlangıç yaşı daha genç
- Hastalanmadan önceki yaşantısı hipertimik veya siklotimik kişilik
- Major depresif dönem frekansı daha yüksek
- Psikotik belirtilerin frekansı daha yüksek
- Semptomatik olarak geçirilen zaman daha fazla
- Belirtilerde Akut başlangıç veya sonlanış
- Postpartum manifestasyon
- Depresyonda mevsimsel patern
- Özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi hastalıklarla ekhastalık olarak görüldüğü durumlar
- İş hayatında tutarsızlık, kişiler arası ilişkilerde bozulma
- Mizaç bozukluklu akraba sayısı daha fazla

**İki uçlu depresyona kıyasla İki uçlu depresyonda hastalığın belirtilerinde ki farklılıklar: (13)**

- Mizaçta oynaklık (14)
  - Psikomotor inhibisyon (15)
  - Hipersomni
  - Daha az insomni
  - Daha az kilo kaybı (16)
  - Daha az ajitasyon (17)
  - Psikometrik testlerde yenilik arayışı ve dışa dönüklükte artış
- Duygusal ve Bilişsel zorlanma işlemleri sırasında ki nöral aktivite açısından İki uçlu bozukluk ve tek uçlu depresyonda ki fark-

Tablo 1:

	İUB remisyonda	İUB depresyon	İUB mani	TUB depresyon
<b>Duygusal süreçler</b>	-Pozitif, negatif uyarana amigdala ve ventral striatal aktivitesinde artış -Duygusal sözcüklere yanıt olarak subkortikal aktivitede azalma	pozitif ve negatif uyarana amigdala ve ventral striatal aktivitesinde artış	negatif uyarana amigdala ve ventral striatal aktivitesinde artış	negatif uyarana amigdala aktivitesinde artış ama pozitif uyarana yok
<b>Bilişsel kontrol</b>	DLPFK ve VPFK aktivitesinde azalma	iki uçlu bozuklukta düzelmeye göre DLPFK ve VPFK aktivitesinde artış	VPFK aktivitesinde azalma	DLPFK ve VPFK aktivitesinde azalma

DLPFK: Dorsolateral prefrontal korteks, VPFK: Ventral prefrontal korteks

lıkları fMRI çalışması ile araştıran Philips ve Vieta (2007) İki uçlu depresyon ve tek uçlu depresyonun aynı hastalık olmadığını vurgulayan çalışma sonuçları Tablo 1’de verilmiştir (18).

## SONUÇ

- Tek uçlu depresyon ve iki uçlu depresyonun birbirinden farklı olanlar kadar ortak özellikleri olmasına karşın aynı hastalıklar değildirler.

- Klinik olarak TUB ve İUB Depresyonu ayırt etmek kolay değildir.
- İki uçlu depresyon doğru tanı konulmadığında yetersiz veya yanlış tedavi uygulanması, belirtilerin kötüleşmesi, manik veya karma dönemlere geçişim, hızlı döngü, daha sık hastaneye yatışlar, intihar riskinde artış ve işlevsellikte bozulma ile ilişkilidir.
- Bu nedenle yeterli ve optimize tedavi için kesin tanı çok önemlidir.

## Kaynaklar:

- Roy-Byrne P, Post RM, Uhde TW, Porcu T, Davis D. The longitudinal course of recurrent affective illness: life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1985;317:1-34
- Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:161-174.
- Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:804-8.
- Mizuna DJ, Kemp DE, McIntyre DS. Differentiating bipolar disorders from major depressive disorders: Treatment Implications. *Annual Clin Psych* 2007 ;19:305-12.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(6):530-7.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:261-9.
- Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M. Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord.* 1983;5:115-28.
- Othmer E, Desouza CM, Penick EC, Nickel EJ, Hunter EE, Othmer SC, Powell BJ, Hall SB. Indicators of mania in depressed outpatients: a retrospective analysis of data from the Kansas 1500 study. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:47-51.
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic Depressive Illness.* New York, NY: Oxford University Press; 1990
- Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression *Am J Psychiatry.* 2004;161:163-5.
- Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psych Serv* 2001; 52: 51-55.
- Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord* 2004;6:530-9.
- Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord.* 2008;10:144-152.
- Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ. Switching from unipolar to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:114-123.
- Brockington IF, Altman E, Hillier V, Meltzer HY, Nand S. The clinical picture of bipolar affective disorder in its depressed phase: a report from London and Chicago. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 558-62.
- Abrams R, Taylor MA. A comparison of unipolar and bipolar depressive illness. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1084-7.
- Beigel A, Murphy DL. Unipolar and bipolar affective illness: differences in clinical characteristics accompanying depression. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24:215-20.
- Phillips ML, Vieta E. Identifying functional neuroimaging biomarkers of bipolar disorder: toward DSM-V. *Schizophr Bull* 2007;33:893-904.