

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADINLARDA GEBELİKTE VE
POSTPARTUM DÖNEMDE REKÜRRENS VE İLİŞKİLİ ETKENLER**

DR. FATİH MÜCAHİT HARMANKAYA

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2021

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADINLARDA GEBELİKTE VE
POSTPARTUM DÖNEMDE REKÜRRENS VE İLİŞKİLİ ETKENLER**

DR. FATİH MÜCAHİT HARMANKAYA

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. FARUK UĞUZ

KONYA, 2021

TEŞEKKÜR

Tezimin ve uzmanlık eğitimimin her aşamasında bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Faruk Uğuz’a,

Tezimin istatistiksel analizinde hiçbir desteğini esirgemeyen sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Şakir Gıca’ya,

Asistanlık sürecim boyunca eşsiz bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım kıymetli hocalarım Prof. Dr. Rahim Kucur, Prof. Dr. Nazmiye Kaya, Prof. Dr. Adem Aydın, Prof. Dr. Mehmet Ak ve Prof. Dr. Mine Şahingöz’e,

Asistanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım sevgili çalışma arkadaşlarım ve diğer tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına,

Desteklerini her an yanımda hissettiğim anne, baba ve kardeşlerime,

Her zaman yanımda olan, birlikte büyüdüğüm eşim Damla’ya sonsuz teşekkürler ederim.

Ağustos, 2021

Dr. Fatih Mücahit HARMANKAYA

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADINLARDA GEBELİKTE VE POSTPARTUM DÖNEMDE REKÜRRENS VE İLİŞKİLİ ETKENLER

DR. FATİH MÜCAHİT HARMANKAYA

UZMANLIK TEZİ, KONYA, 2021

Amaç: Gebelikte ve postpartum dönemde bipolar bozukluğun (BPB) rekürrensi ile ilgili risk faktörleri yeterince ortaya konulmuş değildir. Bu çalışmada; BPB tanılı kadınların gebelikte ve postpartum dönemdeki duygudurum epizodlarının gelişimi ile ilişkili olabilecek etkenlere ulaşmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre BPB tanısı alan 58 hasta ve bu hastalara ait 102 gebelik olgusu çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından oluşturulan form ile olguların; sosyodemografik ve klinik özellikleri, genel gebelik bilgileri, gebelik öncesi son epizod bilgileri, son gebelikte ve postpartum dönemde hastalık bilgileri toplanmıştır. Veriler, gebelik ve postpartum dönem için, ayrı ayrı, duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen grupları karşılaştırmak için kullanılmıştır.

Bulgular: Tüm olguların (n=102) %26.5'i (n=27) gebelikte, %40.2'si (n=41) postpartum dönemde duygudurum epizodu geçirdi. Gebelikten önceki son epizodda hastane yatışı olması ve postpartum dönemde duygudurum epizodu geçirmiş olmak gebelikteki rekürrens ile anlamlı derecede ilişkili ve bağımsız etkenlerdi. Toplam epizod sayısının daha yüksek olması, en az bir epizodda psikotik özellik olması ve planlı gebelik postpartum rekürrens ile anlamlı derecede ilişkili ve bağımsız etkenlerdi. Ayrıca; baskın polarite, tedavi yanıt hızı, komorbid panik bozukluk, planlı gebelik, gebelik öncesi son epizodun düzensiz tedavi sonucu gelişmesi gebelikteki rekürrens ile; son gebelikteki duygudurum epizodunun düzelme süresinin artması ve gebelikte duygudurum epizodu geçirmiş olmak postpartum rekürrens ile anlamlı derecede ilişkili ancak bağımsız olmayan etkenlerdi.

Sonuç: Bulgularımız, gebelik ve postpartum dönemdeki duygudurum epizodları ile bazı klinik özelliklerin ilişkili olduğunu göstermektedir. Konu ile ilgili daha büyük örneklemli ileriye dönük izlem çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, peripartum dönem, rekürrens.

ABSTRACT

RECURRENCE AND RELATED FACTORS DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN DIAGNOSED WITH BIPOLAR DISORDER

DR. FATİH MÜCAHİT HARMANKAYA, KONYA, 2021

Objective: The risk factors for the recurrence of bipolar disorder(BPD) during pregnancy and postpartum period have not been adequately demonstrated. In this study; It was aimed to reveal the factors that may be related to the development of mood episodes in women with BPD during pregnancy and postpartum period.

Method: 58 patients who applied to Necmettin Erbakan University Meram Medical School Psychiatry outpatient clinic and were diagnosed with BPD according to DSM-5 diagnostic criteria and 102 pregnancy belonging to these patients were included in the study. Sociodemographic and clinical characteristics, general pregnancy information, information regarding last episode before pregnancy, disease information in the last pregnancy and postpartum period were collected with the form created by the researcher. Data were used to compare groups with and without mood episodes for pregnancy and the postpartum period, separately.

Results: Among all cases (n:102), 26.5% (n:27) had a mood episode during pregnancy and 40.2% (n:41) had a mood episode in the postpartum period. The hospitalization in the last episode before pregnancy and having a mood episode in the postpartum period were significantly related and independent factors for recurrence in pregnancy. Higher total number of episodes, psychotic features in at least one episode and planned pregnancy were determined as independent factors which were significantly related with postpartum recurrence. Furthermore; predominant polarity, treatment response rate, comorbid panic disorder, planned pregnancy, development of the last episode before pregnancy as a result of treatment non-compliance were dependent factors that were significantly associated with recurrence in pregnancy. Increased duration of mood episode recovery in the last pregnancy and having a mood episode during pregnancy were dependent factors that were significantly associated with postpartum recurrence.

Conclusion: Our findings show that mood episodes during pregnancy and postpartum period are associated with several clinical factors. Prospective follow-up studies with larger samples are needed on the subject.

Key words: Bipolar disorder, peripartum period, recurrence.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 Tanım ve Tarihçe.....	2
2.2 Epidemiyoloji	3
2.3 Etyoloji	4
2.3.1 Genetik.....	4
2.3.2 Biyokimya	5
2.3.3 Nöroanotomi.....	5
2.3.4 Çevresel Etmenler.....	6
2.4 Tanı ve Sınıflandırma	6
2.5 Klinik Özellikler, Prognoz ve Komorbidite	10
2.6 Gebelik ve Postpartum Dönemde Bipolar Bozukluk	12
2.6.1 Gebelik ve Bipolar Bozukluk	13
2.6.2 Postpartum Dönem ve Bipolar Bozukluk.....	14
2.6.3 Gebelik ve Postpartum Dönemde Bipolar Bozukluğun Tedavisi.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Örneklem	17
3.2 Yöntem ve Değerlendirme Araçları	17
3.2.1 Hasta Veri Formu	17
3.3 İstatistiksel Analiz	17
3.4 Etik Kurul	18
4. BULGULAR.....	19
4.1 Örneklem Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	19
4.2 Örneklem Gebelik Öncesi Dönem Özellikleri	23
4.3 Gebeliklerde Demografik ve Klinik Özellikler	26
4.4 Son Gebelikte Duygudurum Epizodu Geçiren Olguların Klinik Özellikleri	27
4.5 Postpartum Dönemde Duygudurum Epizodu Geçiren Olguların Klinik Özellikleri	29

4.6 Gebelik Döneminde Duygudurum Epizodu Geçiren ve Geçirmeyen Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması	31
4.7 Postpartum Dönemde Duygudurum Epizodu Geçiren ve Geçirmeyen Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması	41
5. TARTIŞMA.....	52
5.1 Gebelik Dönemi.....	52
5.1.1 Tekrarlayan Epizodların Yaygınlığı ve Klinik Özellikleri	52
5.1.2 Rekürrens ile İlişkili Klinik Etkenler.....	52
5.2 Postpartum Dönem	56
5.2.1 Tekrarlayan Epizodların Yaygınlığı ve Klinik Özellikleri	56
5.2.2 Rekürrens ile İlişkili Klinik Etkenler.....	57
5.3 Çalışmanın Sınırlılıkları	59
6. SONUÇLAR.....	61
7. KAYNAKLAR.....	62
Ek 1: HASTA VERİ FORMU	69

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Örneklemin sosyodemografik özellikleri (n= 58).....	19
Tablo 2: Örneklemin genel klinik özellikleri (n=58).....	20
Tablo 3: Komorbid ruhsal bozukluklar (n= 58)	22
Tablo 4: Ailede ruhsal bozukluk öyküsü (n= 58).....	22
Tablo 5: Gebelikten önceki hastalık özellikleri (n=102).....	23
Tablo 6: Gebelik öncesi son epizod bilgileri (n=102).....	24
Tablo 7: Gebelik planlaması ve tedavi kullanımı (n=102).....	25
Tablo 8: Çalışmaya alınan gebeliklerin genel özellikleri (n= 102)	26
Tablo 9: Son gebelikte duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri.....	28
Tablo 10: Postpartum dönem duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri.....	30
Tablo 11: Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması (n=58).....	31
Tablo 12: Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında genel hastalık bilgileri, aile öyküsü ve komorbidite özelliklerinin karşılaştırılması.....	33
Tablo 13: Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarının gebelik, gebelik öncesi son atak bilgileri, gebelik planlaması ve tedavi özellikleri, postpartum dönem duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırılması.	36
Tablo 14: Gebelik döneminde duygudurum epizodu ile ilişkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları	41
Tablo 15: Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	42
Tablo 16: Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında genel hastalık bilgileri, aile öyküsü ve komorbidite özelliklerinin karşılaştırılması.....	43
Tablo 17: Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarının gebelik, gebelik öncesi son atak bilgileri, gebelik planlaması ve tedavi	

özellikleri, gebelik döneminde duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırılması..... 46

Tablo 18: Postpartum dönemde duygudurum epizodu ile ilişkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları 51



SİMGELER VE KISALTMALAR

AP:	Antipsikotik
APA:	American Psychiatric Association
BPB:	Bipolar bozukluk
BPIB:	Bipolar I bozukluk
BPIIB:	Bipolar II bozukluk
DDD:	Duygudurum düzenleyici
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA:	Gama-Aminobutirik asit
Hf:	Hafta
ICD :	International Classification of Diseases
N:	Sayı
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PB:	Panik bozukluk
SS:	Standart sapma
TSSB:	Travma sonrası stres bozukluğu
WHO:	World Health Organization
YAB:	Yaygın anksiyete bozukluğu

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BPB), yaşam boyu süren ve tekrarlayıcı, yeti yitimine yol açabilen bir ruhsal bozukluktur. Genel popülasyondaki yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1 olarak kabul edilmekle birlikte, bipolar spektrumundaki hastalar ve tedavi gerektirecek düzeyde eşik altı belirtileri olan hastalar da dahil edildiğinde bu oranın %5'in üzerine çıktığı bildirilmektedir (Weissman 1996, Sadock 2007).

BPB, başlangıç yaşı ve tekrarlayıcı seyri dikkate alındığında çoğunlukla bir reproduktif dönem hastalığıdır. Bu nedenle kadınlarda ayrı bir öneme sahiptir. BPB tanılı kadınların büyük çoğunluğunun gebelik ya da postpartum dönemde bir duygudurum epizodu yaşadığı bilinmektedir (Viguera ve ark. 2007). Özellikle postpartum dönem, psikotik özellikli duygudurum ataklarının daha yaygın olduğu yüksek riskli bir dönem olarak nitelenmektedir (Sharma ve Khan 2010).

BPB tanılı hastalarda rekürrens ve ilişkili etkenlerin tanımlanması, hasta yaklaşımı ve uygun tedavi planlanması konusunda büyük öneme sahiptir. Özellikle gebelik ve postpartum dönemde bu risklerin önceden öngörülmesi ve buna göre yaklaşım sergilenmesi sadece anne/anne adayı için değil bebek için de oldukça önemlidir. Bugüne kadar BPB tanılı kadınlarda gebelikte ve postpartum dönemde rekürrens ve ilişkili faktörler ile ilgili yapılmış çalışma sayısı azdır. Dolayısıyla rekürrens için risk faktörleri yeterince ortaya konulmuş değildir. Bu çalışmada; BPB tanılı kadınların genel demografik verileri, geçmiş hastalık bilgileri, aile öyküsü, genel gebelik bilgileri, gebelik öncesi son atak bilgileri, son gebelikte ve postpartum dönemde hastalık bilgileri ayrıntılı olarak değerlendirilerek, daha önce araştırılmamış olanları da içerecek şekilde, gebelikte ve postpartum dönemde duygudurum ataklarının gelişimi ile ilişkili olabilecek etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tanım ve Tarihçe

Bipolar bozukluk (BPB); depresif, manik ya da hipomanik alevlenme dönemleri ile giden, eşik altı belirtileri olan veya olmayan, alevlenme dönemlerinde ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına yol açan süregelen bir hastalıklar kümesidir (Cankorur ve İlhan 2015). Hastaların büyük çoğunluğu ilk hastalık dönemlerini adölesan dönem ya da erken yetişkinlik döneminde yaşarlar. BPB tanımı gereği yaşam boyu süren bir ruhsal bozukluk olması sebebiyle genellikle süregelen tedavi yaklaşımı gerektirir. Yetersiz ve uygun olmayan tedavi düzenlemesi ve tedavi uyumsuzluğu gibi durumlarda duygudurum dönemlerinde yineleme gözlenebildiği gibi, uygun ve yeterli koruyucu tedaviye rağmen özellikle yaşam olayları ile tetiklenen hastalık alevlenmeleri de görülmektedir (Goodwin ve Jamison 2007).

Günümüzde anlaşıldığı anlamda BPB son yüzyılda açıklanan bir hastalık olsa da, çeşitli farklılıklarla birlikte eski çağlardan beri bilinmektedir. Klasik tıpta, sarı ve kara safradaki çeşitli dengesizliklere bağlanan bir karaciğer hastalığı olarak kabullenilmiş, klasik tıp sonrasında akıl hastalıkları sınıfında farklı biçimlerde birçok hekim tarafından tariflenmiştir.

Hipokrat (M.Ö. 460-357) mani ve melankoli kavramlarını tanımlamış, melankoliyi kara safradaki artışa bağlamış ve günümüzedekine yakın bir biçimde açıklamıştır. M.S. 2. yüzyılda Kapadokyalı Arateus ilk kez, mani ve melankoliyi aynı hastalığa ait dönemler olarak tanımlamıştır (Ceylan ve Oral 2001).

Arateustan yüzyıllar sonra 19. yüzyıl Fransasında Falret ve Baillarger, birbirinden bağımsız olarak, mani ve melankolinin aynı hastalığın farklı dönemleri olduğunu düşünmüşlerdir. Baillarger, mani ve depresif dönemlere atıf yapan “la folie a double forme” (çift taraflı delilik) adlandırmasını kullanırken, Falret ise bazı hastalarda mani, depresyon ve iyileşme dönemlerinin döngüsel olduğunu gözlemlemiş ve bunu “la folie circulaire” (döngüsel delilik) olarak tanımlamıştır (Angst ve Sellaro 2000).

Alman ruh hekimi Kreapelin (1856-1926) ise psikozları iki ana gruba ayırarak dementia praecox ve manik depresif psikoz terimlerini kullanmıştır. Kreapelin de Falret gibi manik depresif psikozun döngüsel özelliğine vurgu yapmış, demantia praecox’tan farklı olarak yineleme ve düzelme dönemleri göstermesi ile bu iki hastalığı ayırmaya çalışmıştır (Goldney 2012, Öztürk ve Uluşahin 2015).

Kleist, 1911 yılında sikloid psikozları sınıflandırırken unipolar depresyonun manik depresif psikozdan farklı olabileceğini ileri sürmüştür, Neele 1949 yılında bipolar bozukluk ve unipolar bozukluk kavramlarını kullanmış, Leonhard ise 1957 yılında bipolar bozukluk ile depresyonu birbirinden ayırmıştır (Çakır 2015).

Günümüzde de yaygın biçimde kullanılan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM) ilk kez 1952 yılında American Psychiatric Association (APA) tarafından yayımlanmıştır. 1952 yılında yayımlanan ilk sınıflandırmada “affektif reaksiyonlar” başlığı altında “manik-depresif reaksiyon” terimi kullanılırken, 1968 yılında yayımlanan DSM-II’de “manik-depresif hastalık” terimi kullanılmıştır. 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile birlikte “bipolar bozukluk” terimi kullanılmaya başlanmıştır. 1994 yılında yayımlanan DSM-IV sınıflandırmasında bipolar I bozukluk (BPIB) ve bipolar II bozukluk (BPIIB) ayrımına gidilmiştir. 2013 yılında yayımlanan DSM-5, daha önceden kullanılan “duygudurum bozuklukları” başlığını kaldırarak “depresif bozukluklar” ile “bipolar ve ilişkili bozukluklar” başlıklarını kullanmaya başlamıştır (APA 1952, APA 1968, APA 1980, APA 1994, APA 2013).

Akiskal, 1970’li yıllarda, bipolar bozukluk üzerine önemli çalışmalar yapmış, bipolar spektrum kavramı önem kazanmaya başlamıştır (Angst ve Sallero 2000).

Modern psikiyatrinin gelişimi içerisinde bipolar bozukluk, öncelikle psikotik bozukluklardan döngüsel özellikleri ile ayrılmaya başlamış, zamanla manik ve depresif polarite kavramları gelişmiş, sonrasında da bipolar bozukluk, bu iki polarite arasındaki spektrum üzerinden anlaşılmaya çalışılmıştır.

2.2 Epidemiyoloji

BPB üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar ile hastalığın sıklığı, yaygınlığı, risk altındaki bireylerin saptanması hedeflenmektedir (Doğan 1995). Çoğunlukla çalışma ve sosyal hayata katılımın daha fazla olduğu erken erişkinlik döneminde hastalar tanı almakta ve bu nedenle topluma yüksek maliyete neden olmaktadır (Alonso 2011). Bu bozukluğun genel popülasyondaki yaşam boyu yaygınlığı, kabul edilen ortak görüşe göre yaklaşık %1 olarak bildirilmektedir (Weissman 1996). 2011 yılında Asya, Avrupa ve Amerika’da 11 ülkenin dahil edildiği, 61392 hastanın değerlendirildiği toplum tabanlı büyük bir epidemiyoloji çalışmasında bipolar I bozukluk (BPIB) için yaşam boyu yaygınlık oranı % 1, bipolar II bozukluk (BPIIB) için % 1.1, bipolar spektrumunda değerlendirilen diğer hastalar

için bu oran %2.4 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada cinsiyete göre yaygınlık ise BPIB için erkeklerde %0.8 ve kadınlarda %1.1, BPIIB için erkeklerde %0.9 ve kadınlarda %1.3, eşik altı bipolar bozukluk için erkeklerde %2.6 ve kadınlarda %2.1 olarak bildirilmiştir (Merikangas 2011). DSM-5 tanı kriterleri dikkate alınarak yapılan bir çalışmada, BPIB için yaşam boyu yaygınlık oranı %2.1 olduğu bildirilmiştir (Blanco 2017).

Bipolar bozukluk görülme sıklığı açısından genel olarak erkek ve kadın cinsiyette eşit dağılım gösterdiği düşünülmekle birlikte (Sadock 2007), bipolar II bozukluğun, hızlı döngülülüğün ve mikst dönemlerin kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Kennedy 2005).

Güncel yayınlarda, eşik altı bipolar bozukluğun sanıldığından daha sık olduğu, bipolar spektrumundaki hastalar ve tedavi gerektirecek düzeyde eşik altı belirtileri olanlar da bu bozukluğa dahil edildiğinde oranın %5'in üzerine çıktığı bildirilmektedir (Sadock 2007).

2.3 Etyoloji

Birçok ruhsal hastalıkta olduğu gibi bipolar bozukluk için de tam olarak aydınlanmış bir etyopatogeneze bahsetmek mümkün değildir (Sadock 2007). Ancak çeşitli psikojen ve genetik faktörlerin rol oynadığı, çevresel değişikliklerle etkileşen biyolojik temelli bir bozukluk olduğu düşünülmektedir (Goodwin ve Jamison 2007).

Etyolojide genetik, biyokimyasal, nöroanatomik değişiklikler ve çevresel etmenler gibi birçok faktörün rol oynadığı gösterilmiştir (Murray ve ark 2013).

2.3.1 Genetik

Bipolar bozuklukta aile, evlat edinme, ikiz çalışmaları ve moleküler genetik yöntemleri ile yapılan özgül duyarlılık genleri çalışmaları etyolojide genetik faktörlerin önemini göstermektedir.

Bir ebeveynde duygudurum bozukluğu olması durumunda çocukta %3-15 arasında duygudurum bozukluğu geliştiği, her iki ebeveynde de duygudurum bozukluğu olması durumunda bu oranın %50-75'e kadar çıktığı bildirilmiştir (Craddock ve Sklar 2009). Bipolar bozukluğun genel popülasyon için yaşamboyu yaygınlığı %0.5-1.5 arasında iken, birinci derece akrabada bipolar bozukluk olması durumunda bu oran %5-10 arasında, monozigot ikizlerde eşhastalanma oranı ise %40-70 arasında saptanmıştır (Patelis-Siotis 2001).

Birçok spesifik gen bölgesi ile bipolar bozukluk arasındaki ilişki incelenmiş, tek tek bakıldığında önemli bir risk ortaya koymayan gen bölgeleri toplu halde analiz edildiğinde poligenik bir risk olduğu gösterilmiştir (Sklar ve ark. 2011). Kromozom bölgelerinin bipolar bozukluk ile ilişkisini inceleyen farklı çalışmalarda farklı gen bölgeleri ön plana çıkmaktadır. Bunların içerisinde 4p16, 12q24, 16q12, 18q22, 21q21, 13q, 22q ve 16p bölgeleri en çok umut veren bölgelerdir (Lam ve ark. 2003).

2.3.2 Biyokimya

Nörotransmitter çalışmaları BPB gelişiminde monoaminerjik sistem üzerine yoğunlaşmıştır. Bunların içinde de noradrenalin, serotonin ve dopamin nörotransmitterleri ön plana çıkmaktadır.

Nörotransmitter düzensizlikleri ile ilişkili etyolojik görüşler farmakolojik tedavilerin etkilerinin incelenmesi sonucu ortaya çıkmıştır (Akdemir 2002). BPB gelişiminde öne sürülen nörotransmitter hipotezinde, depresyon ile düşük noradrenalin ve dopamin seviyelerinin, mani ile de yüksek noradrenalin ve dopamin seviyelerinin ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Bununla birlikte, çalışmalar, sinaptik aralıktaki nörotransmitter seviyesinden ziyade reseptör duyarlılığındaki farklılıkların hastalık belirtileri ile daha çok ilişkili olduğunu göstermektedir (Miklowitz ve Johnson 2006).

Bunun dışında, GABA ve glutamat nörotransmitter sistemlerinin de duygudurum kontrolünde etki gösterdiği düşünülmektedir (Işık ve Uzbay 2008).

2.3.3 Nöroanotomi

BPB ile ilgili yapılan çalışmalarda manyetik rezonans görüntüleme, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi ile yapılan yapısal ve postmortem görüntüleme çalışmalarında farklılıklar saptanmıştır. Bu farklılıklar; periventriküler beyaz cevher ve subkortikal gri cevherde hiperintens lezyonlar, lateral ventrikül hacminde artma, amigdala hacim değişiklikleri (artma ya da azalma), putamen hacminde artma, hipokampus hacminde azalma, talamus hacminde artma olarak saptanmıştır (Hibar ve ark. 2016, Hibar ve ark. 2018, Pezzoli ve ark. 2018).

BPB hastalarında saptanan biyokimyasal anormallikler veya beyin bölgelerindeki yapısal değişikliklerin her zaman için etyolojik bir anlam taşımayabileceği, gerçek etyolojik neden ile çok yakın ilişkili olabileceği gibi karmaşık beyin devrelerinin bir yansıması olabileceği de dikkate alınmalıdır (Öztürk ve Uluşahin 2015).

2.3.4 Çevresel Etmenler

Çevresel etmenlerin hem epigenetik açıdan hem de stresli yaşam olaylarının hastalığı tetiklemesi açısından önemli rolü olduğu düşünülmektedir (Ruzicka 2015). Sosyal çevre koşulları ve travmatik yaşantıların gen ekspresyonunda değişikliklere sebep olarak BPB gelişmesinde tetikleyici rolü olabileceği düşünülmektedir (Janiri ve ark. 2015).

1960 yılında ilk olarak epilepsi için ortaya atılan kindling(tutuşma) fenomeni bipolar bozukluk için de öne sürülmüştür. Bu hipoteze göre, ilk hastalık dönemlerinde yalnızca şiddetli psikososyal stresörler duygudurum atağı için tetikleyici rol oynayabilirken, beyinde benzer biyokimyasal yolların zaman içinde tekrar tekrar çalışması sonucunda ilerleyen hastalık dönemlerinde belirgin psikososyal stres olmaksızın duygudurum ataklarının ortaya çıkabildiği düşünülmektedir (Post 2007).

2.4 Tanı ve Sınıflandırma

BPB, DSM-5 ile birlikte “duygudurum bozuklukları” ana başlığı içinden çıkarılarak, “depresif bozukluklar” ve “bipolar ve ilişkili bozukluklar” şeklinde farklı başlıklarda sınıflanmıştır. Bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı içinde yedi farklı altbaşlık tanımlanmıştır: (i) bipolar I bozukluk, (ii) bipolar II bozukluk, (iii) siklotimik bozukluk, (iv) madde/ilaçla indüklenen bipolar ve ilişkili bozukluk, (v) başka tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, (vi) tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk ve (vii) tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk (APA 2013).

DSM-5’e göre mani dönemi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA 2013, Köroğlu 2014):

- A. Olağandışı ve sürekli yükselmiş (eleve), kabarmış (ekspansif) ya da irritabl bir duygudurumun ve olağandışı ve sürekli amaca yönelik aktivite ya da enerjide artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az bir hafta (hastane yatışı gerekmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da aktivitede artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (duygudurum yalnızca irritabl ise dördü) belirgin bir derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyözite.

2. Uyku ihtiyacında azalma (ör. yalnızca 3 saatlik bir uykuyla dinlenmiş hissetme).
 3. Normalden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir deneyim.
 5. Distraktibilite (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolayca dağılır) olduğu bildirilir ya da gözlenir.
 6. Amaca yönelik aktivite artışı (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (amaca yönelik olmayan anlamsız aktivite).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek aktivitelere aşırı katılma (ör. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C. Duygudurum bozukluğu, sosyal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastane yatışı gerektirecek ölçüde ağırdır ya da psikotik özellikleri vardır.
- D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

DSM-5'e göre hipomani dönemi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA 2013, Köroğlu 2014):

- A. Olağandışı ve sürekli yükselmiş (eleve), kabarmış (ekspansif) ya da irritabl bir duygudurumun ve aktivite ya da enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az birbirini izleyen 4 gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da aktivitede artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (duygudurum yalnızca irritabl ise dördü) belirgin bir derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:
 1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyözite.

2. Uyku ihtiyacında azalma (ör. yalnızca 3 saatlik bir uykuyla dinlenmiş hissetme).
 3. Normalden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir deneyim.
 5. Distraktibilite (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolayca dağılır) olduğu bildirilir ya da gözlenir.
 6. Amaca yönelik aktivite artışı (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (amaca yönelik olmayan anlamsız aktivite).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek aktivitelere aşırı katılma (ör. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C. Bu dönem, kişinin semptomatik olmadığı zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.
- D. Duygudurum ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.
- E. Bu dönem, sosyal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak düzeyde ya da hastane yatışı gerektirecek düzeyde ağır değildir. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem tanım gereği mani dönemidir.
- F. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

DSM-5'e göre majör depresyon dönemi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA 2013, Köroğlu 2014):

- A. 2 haftalık dönem boyunca, aşağıdaki semptomlardan beşi (ya da daha çoğu) mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu semptomlardan en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) isteksizlik ya da zevk alamamadır.
1. Günün büyük bir bölümünde, neredeyse her gün, kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen depresif duygudurumun bulunması.

2. Günün büyük bir bölümünde, neredeyse her gün, tüm ya da neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama olması.
3. Kilo alma ya da diyet yapmıyorken kilo verme (r. bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla değişim) ya da neredeyse her gün iştahta artma ya da azalma.
4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da çok uyuma.
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon.
6. Neredeyse her gün bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.
7. Neredeyse her gün değersizlik düşünceleri ya da aşırı/uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısals olabilir) (sadece hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil).
8. Neredeyse her gün düşünce gücü ya da konsantrasyonda azalma, ya da kararsızlık yaşama (sübjektif açıklama ya da başkalarında gözlenen).
9. Tekrarlayıcı lm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın tekrarlayıcı intihar düşünceleri ya da intihar girişimi ya da intihar için özgül bir plan tasarlama.

B. Bu semptomlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

BPB, DSM-5 sınıflamasına göre iki alt tipe ayrılır: (i) bipolar I bozukluk (BPIB) ve (ii) bipolar II bozukluk (BPIIB). BPIB en klasik formdur ve tek bir mani dönemi geçirmek tanı için yeterlidir. Mani, hipomani ve depresyon dönemleri görülebilir. BPIIB ise hipomani ve depresyon dönemlerinin görüldüğü ancak mani döneminin hiç görülmediği alt tiptir. BPIIB genellikle, rekürren depresyon dönemleri arasında zaman zaman hipomani dönemlerinin yaşandığı bir duygudurum bozukluğudur (ztrk ve Uluşahin 2015).

DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemleri, majör depresyon ve mani dönemi tanılarının birlikte konulabildiği durumları mikst dönem olarak tanımlarken, DSM-5'te mikst dönem tanısı kaldırılarak mikst özellikler; mani, hipomani ya da depresyon dneimine ait bir

belirleyici olarak eklenmiştir. DSM-5'te BPIB ve BPIIB için çeşitli başka belirleyiciler de tanımlanmıştır. Son 12 ay içinde mani, hipomani ya da majör depresyon dönemi için tanı kriterlerini karşılayan en az dört duygudurum dönemi olması hızlı döngülülük belirleyicisi olarak; mani ya da depresyon döneminin herhangi zamanında hezeyan ve/veya hallüsinasyon olması halinde psikotik özellik belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. Mevsimsel özellikten söz edebilmek için; mani, hipomani ya da majör depresyon dönemlerinden en az birinde mevsimsel bir patern gözlenmelidir. Bu belirleyiciyi kullanmak için, en az iki yıl üst üste aynı 60 gün içinde aynı hastalık döneminin görülmesi ve mevsimsel psikososyal streslerin dışlanması gerekmektedir (APA 2013, Köroğlu 2014).

2.5 Klinik Özellikler, Prognoz ve Komorbidite

BPB genellikle erken erişkinlik (15-24 yaş) döneminde başlangıç gösterse de özellikle kadınlarda bimodal dağılım gösterdiği ve orta yaşlarda (45-55 yaş) ikinci bir pik daha yaptığı bilinmektedir (Kroon ve ark. 2013). ABD'de yapılan bir çalışmada ilk duygudurum epizod yaşı ortalama 20,2 olarak saptanmıştır (Morken ve ark. 2009). Kimi yazarlar başlangıç yaşı açısından cinsiyet farkı olmadığını öne sürmekte iken kimi yazarlar kadınlarda erkeklerden daha geç başlangıçlı olduğunu ifade etmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2015, Karamustafalıoğlu 2018). Daha erken başlangıç yaşı gösteren (19 yaş öncesi) hastalarda daha geç başlangıç yaşı gösteren (40 yaş üzeri) hastalara göre; daha fazla pozitif aile öyküsü, daha şiddetli hastalık seyri, daha sık psikotik özellikli duygudurum atağı saptanmıştır. BPB başlangıç yaşı ile ilk psikiyatrik tedavi arasında ortalama 6 yıl süre olduğu ve hastaların yarısının ilk epizodda tedavi almadığı bildirilmiştir (Goodwin ve Jamison 2007).

Mani dönemleri genellikle ani başlangıç gösterir, ortalama süresi 4-6 haftadır, bazen aylarca sürse de çoğu zaman 2 aydan daha kısa sürede yatıştır (Öztürk ve Uluşahin 2015). Depresif epizod belirtilerinin manik epizod belirtilerinden daha uzun sürdüğü bilinmektedir. BPB hastaları ile yapılan uzun süreli bir takip çalışmasında, 13 yıla yakın takip süresinin %47.3'ünde duygudurum belirtisi görüldüğü, duygudurum belirtisi saptanan bu sürenin %67'sinde depresif belirtilerin olduğu bildirilmiştir. BPIB'ta toplam depresif belirtilerin olduğu süre manik belirtilerin olduğu sürenin 3 katı iken, BPIIB'ta bu oran 37 katına çıkmaktadır (Judd ve ark. 2003).

Depresif ve manik belirtilerin birlikte bulunabildiği hastalık epizodları eskiden beri bilinmektedir. Mikst epizod için tanı sınıflandırmaları arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. DSM-IV-TR sınıflandırması, en az bir hafta süre ile manik ve depresif

belirtilerin bir arada bulunmasını mikst epizod olarak tanımlarken, ICD-10 son hastalık döneminin büyük çoğunluğunda manik ve depresif belirtilerin bir arada bulunması ve bu dönem dışında geçirilmiş en az bir hastalık dönemi olması şartını aramaktadır (APA 2000, WHO 1992). DSM-5'te ise majör depresif epizod ve hipomanik/manik epizod için bir gidiş belirleyicisi olarak tanımlanmıştır (APA 2013). Mikst dönem sıklığı tanımlardaki farklılıklara göre %10 ile %60 arasında değişmektedir. Yapılan bir çalışmada, ICD-10 tanı ölçütlerine göre %9, DSM-IV-TR ölçütlerine göre %13 ve klinisyen değerlendirmesine göre %23 oranında mikst epizod görülme sıklığı bulunmaktadır (Vieta ve Moralla 2010).

BPB hastalarının yarısından çoğu yaşamları boyunca en az bir kez psikotik belirti göstermektedir (Dunayevich ve Keck 2000). Psikotik belirtiler çoğu zaman (%67) duygudurum ile uyumludur (Öztürk ve Uluşahin 2015).

BPB tanılı hastaların %10-20'sinde hızlı döngülülük saptanmıştır. Hızlı döngülülük; daha erken başlangıç yaşı, daha kötü prognoz ve daha yüksek intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. Kadınlarda, BPIIB tanılılarda ve hipotiroidizm olanlarda daha sık rastlanmaktadır (Fountoulakis ve ark. 2013).

Duygudurum bozuklukları eski çağlardan beri mevsimlerle ilişkilendirilmiştir. Bu hastalarda manik epizodlar daha çok ilkbahar-yaz aylarında depresyon ise kış aylarında görülmektedir. Mevsimsel duygudurum bozukluğunu ayrı bir tanı kategorisi olarak kabul eden yazarlar olmakla birlikte DSM-5'te mani, hipomani ve depresif epizodlar için bir belirleyici olarak tanımlanmıştır. Mevsimsel özellik gösteren hastaların, ışık tedavisine iyi cevap vermesi, orbitofrontal korteks ve sol inferior parietal lobda metabolik aktivitede değişiklik saptanmaması, kronobiyolojik düzensizliklerin bulunması (sirkadiyen faz kayması ve melatonin süresi) gibi göstergeler biyolojik altyapıyı oluşturmaktadır (Sadock ve ark. 2016, Karamustafalıoğlu 2018).

BPB hastalarında beklenen ortalama yaşam süresi toplum geneline göre daha kısadır. İntihar, önlenebilir ölüm sebepleri içinde dikkati çekmektedir. Majör depresif bozukluk ve BPB hastalarını karşılaştıran bir çalışmaya göre 18 ay içinde ortaya çıkan intihar girişimi, majör depresif bozukluk hastaları için %9,5 iken, BPB hastaları için bu oran %19,9 olarak saptanmıştır (Holma ve ark. 2014). Ailede tamamlanmış intihar ya da intihar girişim öyküsü bulunması ile hastanın geçmişinde intihar girişiminde bulunmuş olması intihar riskini artırmaktadır (Goodwin ve Jamison 2007). Tamamlanmış intihar oranı genel popülasyona göre 15 kat daha yüksek saptanmıştır (Harris ve Barraclough 1997). Hastaların %25-

50'sinde intihar girişimi öyküsü ve %15-19'unda tamamlanmış intihar bildirilmektedir (Doğan 2011).

İlk epizod sonrası bir yıl süreyle remisyonda kalma oranı %58, dört yıl süreyle remisyonda kalma oranı ise %42 olarak saptanmıştır. Epizod sayısı arttıkça epizodların süresi de doğru orantılı olarak artmaktadır (Yüksel 2014). Farmakoterapi alan BPIB tanılı hastaların bir yıl içinde %37'sinde, iki yıl içinde %60'ında, 5 yıl içinde %73'ünde bir duygudurum atağı görülmektedir (Gitlin ve ark. 1995). BPB hastalarında rekürrens için en önemli prediktörler; ara dönemlerde rezidüel belirti olması ve eşlik eden başka ruhsal bozuklukların varlığıdır (Perlis ve ark. 2006).

BPB hastalarında iyi ve kötü prognozu öngörebilmek için birçok klinik özellik araştırılmıştır. Manik epizodların daha baskın karakterde olması, tedavi uyumunun iyi olması, sosyal desteğinin iyi olması, uzun iyilik dönemleri olması, ailede düşük duygu dışavurumu iyi prognostik göstergeler olarak tanımlanırken; erken başlangıç yaşı, ataklar arası rezidüel belirti olması, psikotik özellik, hızlı döngülülük, mikst epizodların yaygın olması, komorbid psikiyatrik hastalık bulunması, düşük sosyoekonomik düzey kötü prognostik göstergeler olarak tanımlanmıştır (Perlis ve ark. 2006, Öztürk ve Uluşahin 2015).

BPB diğer ruhsal bozukluklar ile yüksek oranda komorbidite göstermektedir. BPB ile eştanı oranı en yüksek psikiyatrik hastalıklar anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır. Alkol-madde kullanım bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, sosyal fobi, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozuklukları en çok eşlik eden ruhsal bozukluklardır. BPB ile komorbiditesi en yüksek anksiyete bozukluğu panik bozukluktur (Vazquez ve ark. 2014). BPB hastalarına bedensel hastalıklar da sıklıkla eşlik etmektedir. Tiroid hastalıkları, migren, obezite, tip-II diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar en sık görülen bedensel hastalıklardır (Öztürk ve Uluşahin 2015).

2.6 Gebelik ve Postpartum Dönemde Bipolar Bozukluk

Perinatal dönemde ruhsal hastalıklar ile ilgili ilk spesifik yazın ve klinik tanımlamalar 1858 yılında yayımlanan *Traité de la Folie des Femmes Enceintes* kitabıyla Louis-Victor Marcé'a aittir (Trede ve ark. 2009).

BPB, başlangıç yaşı ve tekrarlayıcı seyri dikkate alındığında çoğunlukla bir reproduktif dönem hastalığıdır. Bu nedenle kadınlarda ayrı bir öneme sahiptir. BPB tanılı

kadınların büyük çoğunluğunun gebelik ya da postpartum dönemde bir duygudurum epizodu yaşadığı bilinmektedir (Viguera ve ark. 2007). Özellikle postpartum dönem, psikotik özellikli duygudurum ataklarının daha yaygın olduğu yüksek riskli bir dönem olarak nitelenmektedir (Sharma ve Khan 2010).

2.6.1 Gebelik ve Bipolar Bozukluk

Gebeliklerin yarıya yakını planlanmamış gebeliklerdir (Khan ve ark. 2016). BPIB tanımlı kadınların sağlıklı kontrollerden daha az gebelik yaşadığı, bunda hekimlerin hastalara gebe kalmamaları yönündeki önerilerinin de etkili olduğu bilinmektedir (Viguera ve ark. 2002). BPB ile ilgili gebelik döneminde yapılan epidemiyoloji çalışmaları az sayıdadır. Bu çalışmalara göre gebelik sırasında ilk kez BPB tanısı konması nadir olarak bildirilmiştir (Sharma ve Pope 2012).

Gebelik döneminde; bebeğin sağlığı ve gelişimi ile ilgili kaygılar, doğum sonrası değişecek yaşam koşulları ile ilgili olumsuz beklentiler, özellikle ilk gebeliklerde bebek bakımı ile ilgili yetersizlik korkusu sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Özellikle gebeliğin son dönemlerinde sosyal geri çekilme, bebek sağlığı ile ilgili sürekli zihinsel meşguliyetler, kaygı düzeyinde artış bir düzeye kadar olağan kabul edilmektedir. Ancak gebelik dönemi ruhsal hastalıklar açısından da dikkatli olunması gereken bir dönemdir. Gebelikte görülen ruhsal yakınmalar hekimler tarafından genellikle gebelik ile ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta, buna bağlı olarak ruhsal bozukluklar daha az tanı almakta ve hastaların gerekli tedavileri aksamaktadır (Cantwell ve Cox 2006).

Plansız gebelik durumunda gebelik fark edildiğinde hastalar kullandıkları ilaçları aniden kesmektedir. Gebelik dönemindeki duygudurum epizodu tekrarlamalarının koruyucu ilaçların aniden kesilmesi sonucu geliştiği düşünülmektedir. Gebelik döneminde duygudurum düzenleyici tedaviyi aniden kesenlerin %85,5'inin bir yıl içinde bir duygudurum epizodu geçirdiği buna karşın, bu oranın gebelik döneminde duygudurum düzenleyici tedavilerine devam edenlerde %37 olduğu saptanmıştır (Viguera ve ark. 2007). Gebelik sırasında koruyucu ilaç tedavisi kullanılmadığı zaman rekürrens oranı %18-100 arasında değişirken, koruyucu ilaç tedavisi ile birlikte rekürrens riski %11,2-45,2 arasındadır (Larsen ve Saric 2016). Bununla birlikte, bazı araştırmacılar da koruyucu psikotrop tedavi kullanımı olmamasına rağmen gebelik sırasında BPB seyrinde bozulma olmadığını ifade etmişlerdir (Grof ve ark. 2000).

Gebelik sırasında duygudurum epizodu geçirilmesi ile ilişkili saptanan etkenler; erken başlangıç yaşı, toplam hastalık süresinin 5 yıldan daha uzun olması, profilaktif duygudurum düzenleyici tedavinin bırakılması, planlanmamış gebelik, postpartum epizod öyküsü, BPIIB, hızlı döngülülük, mikst epizodların olması, intihar girişimi öyküsü, son hastalık epizodundan sonra daha kısa süre geçmiş olması, komorbid başka ruhsal hastalık tanılarının olması olarak sayılabilir (Akdeniz ve ark. 2003, Viguera ve ark. 2007, Viguera ve ark. 2011).

2.6.2 Postpartum Dönem ve Bipolar Bozukluk

BPB hastalarının postpartum dönemde seyri ile ilgili gebelik dönemine göre daha fazla çalışma bulunmaktadır. DSM-IV-TR postpartum ilk 4 hafta için postpartum belirleyicisi kullanırken, DSM-5'te bu dönem gebelik dönemini de içine alacak şekilde peripartum başlangıçlı olarak değiştirilmiştir (APA 2000, APA 2013). Postpartum dönemde duygudurum değişiklikleri ve dönemleri yaygın olarak görülmektedir. Postpartum hüznün, hipomani gibi subklinik veya hafif seyirli tablolardan annenin ve bebeğin yaşamını tehdit eden psikotik özellikli mani ve postpartum psikoza kadar yayılan geniş spektrumda klinik tablolar olabilmektedir (Sharma ve 2014). Postpartum depresyon ataklarının yaklaşık %50'sinin ve postpartum psikoz veya postpartum manilerin de çok yaygın olmasa da bir kısmının gebelik döneminde başladığı bilinmektedir (Brockington ve ark. 1990, Wisner ve ark. 2013).

Postpartum hüznün, genellikle postpartum 2-3. günde başlangıç gösteren, 5-7. günlerde en belirgin noktaya ulaşan ve postpartum 2. haftada şikayetlerin gerilediği, kendi kendini sınırlayan bir tablodur (Karamustafalıoğlu 2018). Emosyonel labilite, irritabilite, korku, anksiyete, uyku ve iştah değişiklikleri ile karakterizedir. %13,7 ile %76 arasında değişen yüksek oranlarda bildirilmiştir (Rezaie-Keikhaie ve ark. 2020). Postpartum hüznün saptanan kadınlarda 4-11 kat artmış majör depresyon riski olduğu akılda tutulmalıdır (Balaram ve Marwaha 2021).

DSM-5 ile birlikte hipomaniye peripartum başlangıç belirleyicisinin eklenmesi önemli bir değişikliktir çünkü hipomanik semptomlar özellikle erken postpartum dönemde yaygındır, ancak farkındalık eksikliği nedeniyle genellikle anlaşılmaz veya gözden kaçır (Sharma ve Mazmanian 2014). Postpartum dönemde yapılan nispeten az sayıda çalışmada hipomanik semptomlar için %9 ile %20 arasında oranlar bildirmiştir. Postpartum erken dönem hipomaninin sonraki dönemde gelişen postpartum depresyon için bir prediktör

olduğuna y6nelik çalışmalar bulunmaktadır (Lane ve ark. 1997, Heron ve ark. 2005, Sharma ve ark. 2009).

Postpartum psikoz, sıklıkla doğumdan sonraki ilk 2 hafta içinde başlangıç g6steren, psikotik 6zelliklerin yanı sıra çoğu zaman affektif belirti ve bulguların da g6zlendiği bir bozukluktur. 500-1000 canlı doğumda bir oranında g6r6ld6đi bilinmektedir. DSM-5'te kendine ait bir tanı kodu bulunmamaktadır. Psikotik 6zellikli mani gibi duygudurum epizodlarını da içine alacak şekilde bir çatı terim olarak kullanılmaktadır. Bir psikotik bozukluk olmaktan ziyade duygudurum bozukluğu gibi g6r6nmektedir 6nk6; postpartum psikoz tanısı alan hastaların %72-88'inin daha sonraki d6nemde BPB ve şizoaffektif bozukluk tanısı alırken yalnızca %12'sinin şizofreni tanısı aldığı bilinmektedir. Bazı vakalar ise sadece postpartum d6nemde tekrarlayan ataklar ile gitmektedir. İzole postpartum psikoz veya mani 6yk6s6, gelecekteki şiddetli postpartum epizodlar için g6l6 bir risk fakt6r6 olarak kabul edilmektedir. Primiparite, 6zgemişte ve soygeçmişte psikiyatrik hastalık bulunması, peripartum d6nemde meydana gelen hormonal değişiklikler, obstetrik komplikasyonlar, uyku yoksunluğu ve artan çevresel stres diğer risk fakt6rleri olarak sayılabilir. Postpartum psikozda ortaya çıkan hezeyanlar ve hall6sinasyonlar genellikle bebek ile ilişkilidir ve anne ile bebeğin yaşamını tehlikeye sokacak ciddiyyette olabilmektedir (Sit ve ark. 2006, Bergink ve ark. 2016).

BPB ve rek6rren maj6r depresif bozukluk tanılı kadınlar ile yapılan bir çalışmada; BPB olan kadınların %23'6nde gebelik sırasında ve %52'sinde postpartum d6nemde hastalık ataklarının g6r6ld6đi bildirilmiştir (Viguera ve ark. 2011). 6lkemizde BPB tanılı 231 kadınla yapılan bir çalışmada, en az bir gebeliğinde duygudurum atağı geçirenler %18.2 saptanmış, en az bir postpartum d6nemde duygudurum atağı geçirenler %20.8 olarak saptanmıştır (Annag6r ve ark. 2013).

Postpartum d6nemde duygudurum epizodu geçirilmesi ile ilişkili saptanan etkenler; postpartum duygudurum epizodu 6yk6s6, gebelikte duygudurum epizodu 6yk6s6, erken başlangıç yaşı, ilk gebelik olması, ilk gebelikten 6nce BPB tanısı almış olmak, gebelikte profilaktif tedavi kullanmama, BPIB, gebelik sırasında obstetrik komplikasyon olması olarak sayılabilir (Wisner ve ark. 1993, Akdeniz ve ark. 2003, Viguera ve ark. 2011, Maina ve ark. 2014, Di Floria ve ark. 2018).

2.6.3 Gebelik ve Postpartum D6nemde Bipolar Bozukluğu'nun Tedavisi

Gebelik ve postpartum dönemde ruhsal hastalıklar ile ilgili en önemli sorun tedavi yönetiminin nasıl olacağı ile ilgilidir. Psikotropların gebelik ve emzirme döneminde kullanımına ilişkin çok sayıda bilimsel çalışma olmasına karşın, bu alanda görüş birliği içeren tedavi kılavuzları bulunmamaktadır (Uğuz 2017).

BPB tanılı kadınlar ve eşleri için gebelik öncesi danışmanlık ve rehberlik çok önemlidir. Bazı hastaların, teratojenite korkuları nedeniyle gebe kaldığını öğrendiklerinde aniden ilaçlarını kestiği, bu durumun duygudurum epizodunu tetiklediği bilinmektedir (Viguera ve ark. 2007). İlaç kesilmesi kararı verildiğinde, bu işlem kademeli olarak yapılmalıdır. Bazı ilaçlar özellikle ilk trimesterde teratojendir. Örneğin, valproat ve karbamazepin spina bifida ve düşük IQ riskini artırır ve planlanmamış gebelik riski yüksek kadınlarda kullanılmamalıdır. Lityum tedavisi ile konjenital malformasyon riski geçmişte tahmin edilenden daha azdır. Psikotrop ilaçların teratojenite riski ve tedavi edilmeyen bir duygudurum döneminin anne ve dolayısıyla fetüs üzerindeki etkisi, özellikle psikotrop ilaçların teratojen riskinin düştüğü ilk trimesterden sonra dikkatle değerlendirilmelidir (Grande ve ark. 2016).

Tüm psikotrop ilaçlar değişik derecelerde süte geçmektedir (Stowe 2007). Gebelik döneminde olduğu gibi laktasyon döneminde de karar verilirken temel olarak ilaç tedavisinin bebeğe olan etkisinden daha çok annenin tedaviye gereksinimi dikkate alınmalıdır (Uğuz 2017). Duygudurum düzenleyiciler içinde lityumun nispeten yüksek düzeyde süte geçmesi ve emzirme sırasında lityuma maruz kalan bebeklere ilişkin sınırlı kısa ve uzun vadeli güvenlik verileri nedeniyle mümkünse ilk planda düşünülmemelidir (Uğuz 2016). Duygudurum düzenleyiciler içinde valproik asit ve karbamezapinin süte geçişinin düşük düzeyde olduğu, bu ilaçları kullanan annelerin bebeklerini emzirebileceği bildirilmektedir. Antipsikotik ilaçlar içinde haloperidol, ketiapin ve olanzapinin risk-yarar oranı gözetilerek emzirme döneminde güvenilir sayılabilecek tedavilerdir (Pacchiarotti ve ark. 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem

Bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalar arasında yürütülmüştür. Örneklem, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalar arasında yapılan psikiyatrik görüşme sırasında DSM-5 tanı ölçütlerine göre BPB tanısı konan 58 hastaya ve bu hastaların 102 canlı doğumuna ait verileri içermektedir. Çalışmaya alınma ölçütleri; kadın olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, en az bir gebeliğinden önce BPB tanısı almış olmak ve çalışmaya katıldığı sırada DSM-5 tanı kriterlerine göre BPB tanısı bulunmak olarak belirlenmiştir. Mental retardasyon, şiddetli nörolojik rahatsızlıklar, bipolar bozukluğun organik bedensel tablolara veya madde kullanımına bağlı olması dışlama kriteri olarak kabul edilmiştir.

3.2 Yöntem ve Değerlendirme Araçları

Çalışma ölçütlerini karşılayan hastalara genel demografik bilgiler ve araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan hastalık bilgilerini içeren form, yüz yüze yapılan görüşmede uygulanmıştır. Araştırma, hastaların geçmişteki gebelik ve postpartum dönemde bipolar bozukluk seyrine yönelik retrospektif özellik taşımaktadır; dolayısıyla hastalar değerlendirildikleri sırada gebe ve postpartum dönemde bulunmamakta ve hasta tedavisine herhangi müdahale edilmemektedir.

3.2.1 Hasta Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak hazırlanmış bu form; genel demografik bilgiler, geçmiş hastalık bilgileri, aile öyküsü, genel gebelik bilgileri, gebelik öncesi son atak bilgileri, son gebelikte ve postpartum dönemde hastalık bilgileri ana başlıklarını içermektedir (Bkz. Ek 1). Postpartum dönem, doğum sonrası ilk 6 ay olarak kabul edilmiştir.

3.3 İstatistiksel Analiz

İstatistik analizler SPSS programının 25.0 versiyonu ile yapılmıştır. Örneklemdeki sayısal değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov testi ve histogram ile normal dağılım gösterip göstermedikleri değerlendirilmiştir. Gebelik döneminde duygudurum epizodu olan ve olmayan bağımsız gruplarda normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için ki-kare testi ve gerektiğinde Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Postpartum dönemde duygudurum epizodu olan ve olmayan bağımsız gruplarda normal dağılım göstermeyen

sayısal değişkenlerin karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için ki-kare testi ve gerektiğinde Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Gebelik döneminde ve postpartum dönemde duygudurum epizodunun bağımsız yordayıcıları binary lojistik regresyon analizi ile tespit edilmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $P<0.05$ alınmıştır.

3.4 Etik Kurul

Bu alışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığınca 19.06.2020 tarih ve 2020/2603 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



4. BULGULAR

4.1 Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen 58 kadın hastaya ait genel demografik verilere bakıldığında; yaş ortalaması 39.21 (SS= 9.79), ortalama çocuk sayısı 2.24 (SS= 1.19) idi. Hastaların çoğunluğu ilkokul mezunu (n=38, %65.5), evli (n=41, %70.7) ve çalışmıyor (n=48, %82.8) idi (Tablo 1).

Tablo 1: Örneklemin sosyodemografik özellikleri (n= 58)

Yaş (yıl), ort $\pm$ SS	39.21 (9.79)
Çocuk sayısı ort $\pm$ SS	2.24 (1.19)
Eğitim durumu, n (%)	
İlkokul	38 (65.5)
Ortaöğretim	9 (15.5)
Üniversite	11 (19)
Medeni hal, n (%)	
Evli	41 (70.7)
Bekar	17 (29.3)
Çalışma durumu, n (%)	
Çalışmıyor	48 (82.8)
Çalışıyor	10 (17.2)

Hastaların (n=58) genel hastalık bilgileri değerlendirildiğinde, ortalama tanı alma yaşı 23.28 (SS= 4.78), en erken BPB tanısı konulan hasta 15 yaşındaydı. Hastaların değerlendirildiği tarihe kadar toplam hastalık süresi ortalama 15.93 (SS= 9.35) yıl, toplam hastalık epizodu sayısı ortalama 10.00 (SS= 8.31) iken, ilk gebelik dönemine kadar geçirdiği

toplam hastalık epizodu sayısı 1.71 (SS= 2.79) bulundu. Hem toplam epizodlar içinde hem de ilk gebelik dönemine kadarki epizodlar içinde en sık geçirilen epizod tipi manik epizod olarak bulundu (sırasıyla; 3.88, SS= 4.46 ve 0.93, SS= 1.52) (Tablo 2).

Hastalarda BPIB oranı %77.6 (n= 45), BPIIB oranı %22.4 (n= 13) olarak saptandı. Değerlendirme tarihi itibarıyla en az bir kez psikiyatri klinik yatışı öyküsü bulunan hastalar %84.5 (n= 49) olarak saptanırken, ortalama psikiyatri klinik yatışı sayısı 2.22 (SS= 1.96) olarak saptandı. Hastaların %53.4'ünde (n=31) şimdiye kadar en az bir atakta psikotik özellik olduğu saptandı (Tablo 2).

İlk epizod; hastaların %53.4'ünde (n= 31) mani, %32.8'inde (n= 19) depresyon, %6.9'unda (n= 4) hipomani ve %6.9'unda (n= 4) mikst tipte idi. Hastaların %36.3'ünde (n=37) depresif tipte, %63.7'sinde (n=65) manik/hipomanik/mikst tipte baskın polarite saptandı (Tablo 2).

Tablo 2: Örneklemen genel klinik özellikleri (n=58)

Tanı alma yaşı, ort ± SS	23.28 (4.78)
Toplam hastalık süresi (yıl), ort ± SS	15.93 (9.35)
Hastane yatışı, n (%)	49 (84.5)
Hastane yatış sayısı, ort ± SS	2.22 (1.96)
Toplam epizod sayısı, ort ± SS	10.0 (8.31)
Manik epizod	3.88 (4.46)
Hipomanik epizod	2.12 (4.38)
Depresif epizod	3.40 (3.84)
Mikst epizod	0.60 (1.57)
İlk gebeliğe kadar epizod sayısı, ort ± SS	1.71 (2.28)
Manik epizod	0.93 (1.52)

Hipomanik epizod	0.24 (0.76)
Depresif epizod	0.50 (0.90)
Mikst epizod	0.03 (0.90)
Alt tip, n (%)	
BPIB	45 (77.6)
BPIIB	13 (22.4)
İlk epizod tipi, n (%)	
Manik epizod	31 (53.4)
Hipomanik epizod	4 (6.9)
Depresif epizod	19 (32.8)
Mikst epizod	4 (6.9)
İlk epizod dönemi, n (%)	
Gebelik	1 (1.7)
Postpartum	3 (5.2)
Baskın polarite, n (%)	
Depresif dönem	37 (36.3)
Manik/Hipomanik/Mikst dönem	65 (63.7)
Tedavi yanıt hızı, n (%)	
3 haftadan önce	21 (36.2)
3 haftadan fazla	37 (63.8)
Psikotik özellik, n (%)	31 (53.4)

Hastaların 17'sinde (%29.3), çalışmaya alındığı sırada, komorbid ruhsal bozukluk saptanmıştır. En yaygın komorbid ruhsal bozukluk panik bozukluk (PB) olarak bulunmuştur

(%15.5, n= 9). Hastaların 4'ünde (%6.9) yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 2'sinde (%3.4) obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ektanisi saptanırken, hiçbirinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ektanisi saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Komorbid ruhsal bozukluklar (n= 58)

	Sayı	Yüzde
Komorbid ruhsal bozukluk	17	29.3
Panik bozukluk (PB)	9	15.5
Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)	4	6.9
Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)	2	3.4

Hastaların soygeçmiş özelliklerinde, %51.7 (n= 30) hastada ailede ruhsal bozukluk, %32.8 (n=19) hastada ailede bipolar bozukluk öyküsü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Ailede ruhsal bozukluk öyküsü (n= 58)

	Sayı	Yüzde
Bipolar bozukluk (BPB)	19	32.8
1. derece yakın	10	17.2
Diğer	9	15.5
Ruhsal bozukluk	30	51.7
1. derece yakın	18	31

Diğer	12	20.7
-------	----	------

4.2 Örneklemenin Gebelik Öncesi Dönem Özellikleri

Çalışmaya alınan gebelik olgularının (n=102) gebelik öncesi dönemdeki hastalık bilgilerine bakıldığında; %29.4 (n=30) olguda gebelik öncesi ataklarda rezidüel belirti, %24.5 (n=25) olguda gebelik öncesi ataklarda mevsimsel özellik, %8.8 (n= 9) olguda gebelik öncesi ataklarda suisid girişimi, %2.9 (n= 3) olguda gebelik öncesi ataklarda hızlı döngülülük, %37.3 (n= 38) olguda gebelik öncesi ataklarda en az bir kez hastaneye yatma hikayesi saptanmıştır. Olguların gebelik öncesi dönemde kullandığı tedaviler içinde en sık tespit edilen tedavi, %61.4 (n= 43) ile duygudurum düzenleyici (DDD) ve antipsikotik (AP) kombinasyonu iken, %22.9 (n= 16) olgu antipsikotik (AP), %15.7 (n= 11) olgu duygudurum düzenleyici (DDD) tedavi kullanmakta idi (Tablo 5).

Tablo 5: Gebelikten önceki hastalık özellikleri (n=102)

	Sayı	Yüzde
Gebelikten önce rezidüel belirti	30	29.4
Gebelikten önce mevsimsel özellik	25	24.5
Gebelikten önce suisid girişimi	9	8.8
Gebelikten önce hastane yatışı	38	37.3
Gebelik öncesi tedavi profili		
DDD + AP	43	61.4
AP	16	22.9

DDD	11	15.7
-----	----	------

Olguların (n=102) dahil edilen gebeliklerinden önceki son duygudurum epizodu ile ilgili bilgilerine bakıldığında; bu epizoddan gebeliğe kadar geçen süre ortalama 23.69 (SS= 26.23) ay idi. Bu epizodun, olguların %20.6'sında (n= 21) düzenli tedavi kullanımına rağmen geliştiği; %15.7'sinde (n=16) kullandıkları tedavileri tamamen kesmeleri sonucu geliştiği, %25.5'inde (n= 26) düzenlenen psikotrop tedavileri düzensiz kullanmaları sonucu geliştiği saptandı. Bu epizodlar içinde en yaygın %38.2 (n= 39) ile manik epizod idi. Bunu %33.3 (n= 34) ile depresif epizod, %14.7 (n= 15) ile mikst epizod ve %13.7 (n= 14) ile hipomanik epizod takip etmekteydi. Epizodların %24.5'inde (n= 25) psikotik özellik, %2.9'unda (n= 3) hızlı döngülülük, %1'inde (n= 1) suisid girişimi olduğu saptandı. Olguların %25.5'inin (n= 26) bu epizod için hastanede yatarak tedavi gördüğü, %87.3'ünün (n= 89) bu epizod döneminde tedavi kullandığı tespit edildi. Gebelik öncesi son epizod döneminde kullanılan tedaviler içinde en sık tespit edilen %60.8 (n= 48) oran ile duygudurum düzenleyici (DDD) ve antipsikotik (AP) tedavi kombinasyonu idi. Olguların %29.1'inin (n= 23) antipsikotik (AP), %10.1'inin (n= 8) duygudurum düzenleyici (DDD) tedavi kullandığı saptandı. Bu epizodun ortalama düzelme süresi 38.7 (SS= 31.37) gün idi (Tablo 6).

Tablo 6: Gebelik öncesi son epizod bilgileri (n=102)

Epizod ile gebelik arası süre (ay), ort $\pm$ SS	23.69 (26.23)
Epizod tipi, n (%)	
Manik epizod	39 (38.2)
Hipomanik epizod	14 (13.7)
Depresif epizod	34 (33.3)
Mikst epizod	15 (14.7)
Psikotik özellik, n (%)	25 (24.5)

Hastane yatışı, n (%)	26 (25.5)
Düzelme süresi (gün) ort $\pm$ SS	38.7 (31.37)
Epizod sebebi, n (%)	
Tedavi tam kesimi	16 (15.7)
Tedavi düzensiz alımı	26 (25.5)
Epizod sırasında tedavi kullanımı, n (%)	89 (87.3)
Tedavi profili, n (%)	
DDD + AP	48 (60.8)
AP	23 (29.1)
DDD	8 (10.1)

Olguların (n=102) yalnızca %12.7'sinin (n= 13) gebelik öncesi dönemde bir psikiyatri uzmanı ile gebelik planlaması yaptığı, %14.7'sinin (n=15) gebe kalmadan önce kullandığı ilaçları kısmen ya da tamamını kestiği (sırasıyla; %1, n=1 ve %13.7, n=14), %50'sinin (n= 51) gebe kaldığını öğrendikten sonra ilaçları kısmen ya da tamamen kestiği (sırasıyla; %11.8, n=12 ve %38.2, n=39) bulundu. İlaç kullanmayı kısmen ya da tamamen kesmenin gebelikten ortalama 16.53 (SS= 23.74) hafta önce, gebe kaldığını öğrendikten sonra ise 5.45 (SS= 2.67) hafta sonra olduğu bulundu (Tablo 7).

Tablo 7: Gebelik planlaması ve tedavi kullanımı (n=102)

Gebelik öncesi psikiyatri ile planlama, n (%)	13 (12.7)
Gebelik öncesi ilaç kesme, n (%)	15 (14.7)
Kısmi, n (%)	1 (1)

Tüm ilaçlar, n (%)	14 (13.7)
Gebelik öncesi ilaç kesilmişse ne kadar önce (hf), ort (SS)	16.53 (23.74)
Gebelik döneminde ilaç kesme, n (%)	51 (50)
Kısmi, n (%)	12 (11.8)
Tüm ilaçlar, n (%)	39 (38.2)
Gebelik döneminde ilaç kesilmişse ne kadar sonra (hf), ort (SS)	5.45 (2.67)

4.3 Gebeliklerde Demografik ve Klinik Özellikler

Elli sekiz hastaya ait 102 canlı doğumla ilgili genel gebelik bilgilerinde; ortalama gebelik yaşı 27.25 (SS= 5.4), ortalama doğum ağırlığı 3272 gr (SS= 491.59), ortalama doğum haftası 37.94 (SS= 2.77) olarak saptandı. Çocukların cinsiyet dağılımı %52 (n= 53) kız %48 (n= 49) erkek şeklindeydi. Yedi (%6.9) olguda düşük doğum ağırlığı (<2500 gr), 21 (%20.6) olguda prematürite (<37 hafta) saptandı. Gebeliklerin %56.9'u (n= 58) planlı gebelik iken %43.1'i (n= 44) planlanmayan gebeliklerdi. Doğumların %32.4'ü (n= 33) sezaryen, %67.6'sı (n= 69) normal spontan vajinal yol idi. Dört (%3.9) olguda gebelikte komplikasyon saptanırken (preeklampsi, düşük tehditi, plasenta anormalliği), üç (%2.9) olguda doğum sonrası/sonrası dönemde bebekte komplikasyon olduğu saptandı. İkiz gebelik oranı %3.9 (n= 4) idi. Olguların hiçbirinde doğum sonrası anomali yoktu. Doğum sonrası ilk 6 ayda emzirme oranı %84.3 (n= 86) düzeyindeydi (Tablo 8).

Tablo 8: Çalışmaya alınan gebeliklerin genel özellikleri (n= 102)

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kız	53	52

Erkek	49	48
Doğum şekli		
Sezaryen	33	32.4
Normal doğum	69	67.6
Düşük doğum ağırlığı	7	6.9
Prematürite (<37 hafta)	21	20.6
Gebelik şekli		
Tekil gebelik	98	96.1
Çoğul gebelik (ikiz)	4	3.9
Planlı gebelik		
Evet	44	43.1
Hayır	58	56.9
Emzirme		
Evet	86	84.3
Hayır	16	15.7
Gebelikte komplikasyon	4	3.9
Bebekte doğum sonrası komplikasyon	3	2.9
Bebekte doğum sonrası hastalık	0	0

4.4 Son Gebelikte Duygudurum Epizodu Geçiren Olguların Klinik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen 102 olgunun 27'sinin (%26.5) gebelik döneminde bir duygudurum epizodu geçirdiği saptandı. Duygudurum dönemleri içinde en yaygın %37 (n= 10) oran ile

mikst epizod iken, ikinci sırada %25.9 (n= 7) oran ile manik epizod idi. Depresif epizod altı (%22.2), hipomanik epizod dört (%14.8) olguda saptandı. Atakların %25.9'unda (n= 7) psikotik özellik, %3.7'sinde (n= 1) hızlı döngülülük saptanırken, olguların hiç birinde gebelik döneminde suisid girişimi saptanmadı. Duygudurum epizodu geçiren olguların %48.1'inin (n= 13) hastanede yatarak tedavi gördüğü, %70.4'ünün (n= 19) gebelik dönemindeki epizodu bir tedavi kullanarak geçirdiği tespit edildi. Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren olguların bu dönemde kullandığı tedaviler içinde en sık tespit edilen tedavi seçenekleri; %44.4 (n= 12) ile antipsikotik (AP) tedavi idi. Beş (%18.5) olgunun antipsikotik (AP) ile duygudurum düzenleyici (DDD) tedaviyi birlikte kullandıkları, iki (%7.4) olguda EKT yapıldığı saptandı. Bu epizodun ortalama düzelme süresi 47.48 (SS= 36.43) gün idi. Epizodların %25.9'unun (n=7) ilk trimesterde, %29.6'sının (n=8) ikinci trimesterde, %44.4'ünün (n=12) ise son trimesterde başladığı saptandı. Olguların, gebelikteki duygudurum epizodları ile gebelik dönemi dışındaki duygudurum epizodlarını şiddet açısından kıyaslaması istendiğinde, %44.4'ü (n= 12) benzer şiddette, %44.4'ü (n=12) daha şiddetli; %11.1'i (n= 3) ise daha hafif şiddetli olarak tanımlandı. Tüm olguların %26.5'inin (n= 27) son gebelikte bir psikotrop tedavi kullandığı, psikotrop kullanan tüm olguların antipsikotik (AP) tedavi kullandığı, %25.9'unun (n= 7) duygudurum düzenleyici (DDD) kullanımı olduğu bulundu (Tablo 9).

Tablo 9: Son gebelikte duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri

Son gebelikte duygudurum epizodu, n(%)	27 (26.5)
Epizod tipi, n (%)	
Manik epizod	7 (25.9)
Hipomanik epizod	4 (14.8)
Depresif epizod	6 (22.2)
Mikst epizod	10 (37)
Gebelik dönemi, n (%)	
1. trimestr	7 (25.9)

2. trimestr	8 (29.6)
3. trimestr	12 (44.4)
Psikotik özellik, n (%)	7 (25.9)
Hastane yatışı, n (%)	13 (48.1)
Düzelme süresi (gün) ort $\pm$ SS	47.48 (36.43)
Atak şiddet bildirimi, n (%)	
Daha hafif	3 (11.1)
Benzer şiddette	12 (44.4)
Daha ağır	12 (44.4)
Epizod sırasında tedavi kullanımı, n (%)	19 (70.4)
Atak geçirenlerin tedavi profili, n (%)	
DDD + AP	5 (18.5)
AP	12 (44.4)
EKT	2 (7.4)
Son gebelikte psikotrop kullanımı, n (%)	27 (26.5)
AP	27 (100)
DDD	7 (25.9)

4.5 Postpartum Dönemde Duygudurum Epizodu Geçiren Olguların Klinik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen 102 doğum sonrası olgusu içinde postpartum dönemde bir duygudurum epizodu geçiren olgu sayısı 41 (%40.2) idi. Olguların %43.9'unda (n= 18) depresif epizod, %31.7'sinde (n= 13) mikst epizod, %24.4'ünde (n= 10) manik epizod saptandı (tüm olgulardaki sıklık dağılımı, sırasıyla; %17.6, %12.7, %9.8). Olguların hiçbirinde hipomanik epizod saptanmadı. Epizodların %36.6'sında (n= 15) psikotik özellik, %4.9'unda (n= 2) hızlı döngülülük saptanırken, hiçbir epizodda suisid girişimi saptanmadı.

Postpartum duygudurum epizodu geçiren olguların %39'unun (n= 16) hastanede yatarak tedavi gördüğü, %75.6'sının (n= 31) postpartum dönemdeki epizodu bir tedavi kullanarak geçirdiği tespit edildi. Bu epizodun ortalama düzelme süresi 60.49 (SS= 60.92) gün idi. Epizodların doğumdan ortalama 4.73 (SS= 4.38) hafta sonra ve %65.9'unun (n=27) doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde başlangıç gösterdiği saptandı. Olguların postpartum dönemdeki duygudurum epizodları ile bu dönem dışındaki duygudurum epizodlarını şiddet açısından kıyaslaması istendiğinde, %36.6'sı (n= 15) benzer şiddette, %51.2'si (n=21) daha şiddetli, %12.2'si (n= 5) ise daha hafif şiddette tanımlandı (tüm olgulardaki sıklık dağılımı, sırasıyla; %14.7, %20.6, %4.9). Olguların %42.2'sinin (n= 43) postpartum dönemde bir psikotrop tedavi kullandığı, psikotrop kullanan tüm olguların %88.4'ünün (n= 38) antipsikotik (AP) tedavi kullandığı, %39.5'inin (n= 17) duygudurum düzenleyici (DDD) kullandığı, %4.7'sinin (n= 2) ise antidepresan tedavi kullandığı tespit edildi (Tablo 10).

Tablo 10: Postpartum dönem duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri

Postpartum duygudurum epizodu, n(%)	41 (40.2)
Epizod tipi, n (%)	
Manik epizod	10 (24.4)
Hipomanik epizod	-
Depresif epizod	18 (43.9)
Mikst epizod	13 (31.7)
Ne zaman? (hafta), ort ±SS	4.73 (4.38)
İlk 4 haftada mı? n (%)	27 (65.9)
Psikotik özellik, n (%)	15 (36.6)
Hastane yatışı, n (%)	16 (39)
Düzelme süresi (gün), ort ±SS	60.49 (60.92)

Atak şiddet bildirimi, n (%)	
Daha hafif	5 (12.2)
Benzer şiddette	15 (36.6)
Daha ağır	21 (51.2)
Epizod sırasında tedavi kullanımı, n (%)	31 (75.6)
Postpartum dönem psikotrop kullanımı, n (%)	43 (42.2)
AP	38 (88.4)
DDD	17 (39.5)

4.6 Gebelik Döneminde Duygudurum Epizodu Geçiren ve Geçirmeyen Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Bipolar bozukluğun, gebelikte tekrarlaması ile ilgili olabilecek özellikleri tespit etmek için, gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren (n= 19) ve geçirmeyen (n= 39) hastalar arasında sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında; hastaların yaşı, çocuk sayısı, eğitim durumu, medeni hal ve çalışma durumu değişkenlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 11).

Tablo 11: Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması (n=58)

	Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren (n= 19)	Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçirmeyen (n= 39)	P
Yaş (yıl), ort ± SS	38.74 (10.57)	39.44 (9.53)	0.715
Çocuk sayısı ort ±SS	2.53 (1.58)	2.10 (0.94)	0.422

Eğitim durumu, n (%)			0.150
İlkokul	10 (52.6)	28 (71.8)	
Ortaöğretim ve yüksekokul	9 (47.4)	11 (28.2)	
Medeni hal, n (%)			0.135
Evli	11 (57.9)	30 (76.9)	
Bekar	8 (42.1)	9 (23.1)	
Çalışma durumu, n (%)			1.000
Çalışmıyor	16 (84.2)	32 (82.1)	
Çalışıyor	3 (15.8)	7 (17.9)	

Bipolar bozukluğun, gebelik döneminde rekürrensi ile ilgili olabilecek özellikleri tespit etmek için, gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren (n=27) ve geçirmeyen (n=75) olgular genel hastalık özellikleri, aile öyküsü ve komorbid ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırıldı (Tablo 12). Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren grupta geçirmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek; manik/hipomanik/mikst tipte baskın polarite ($P=0.025$) ve daha hızlı (<3 hf) tedavi yanıtı ($P=0.002$) saptandı. Herhangi bir komorbid ruhsal bozukluk açısından, duygudurum epizodu geçiren grupla geçirmeyen grup arasında anlamlı fark bulunmazken, özgül olarak ilave panik bozukluk tanısı olanlar, gebelik döneminde duygudurum epizodu geçirmeyenlerde anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($P=0.018$). Gebelik öncesi tedavi profili de iki grup arasında anlamlı derecede farklı bulundu. Gebelik öncesinde DDD ve DDD + AP tedaviyi birlikte kullananlarda sadece AP tedavi kullanımı olanlara göre, anlamlı derecede daha düşük gebelikte rekürrens saptandı ($P=0.031$). Diğer özellikler açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 12: Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında genel hastalık bilgileri, aile öyküsü ve komorbidite özelliklerinin karşılaştırılması

	Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren (n= 27)	Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçirmeyen (n= 75)	P
Tanı alma yaşı, ort ± SS	21.44 (4.25)	22.89 (5.05)	0.261
Toplam hastalık süresi, ort ± SS	18,85 (10.1)	18.92 (10.08)	0.802
Hastane yatış sayısı, ort ± SS	3.04 (2.55)	2.30 (1.94)	0.264
Toplam epizod sayısı, ort ± SS	10.78 (6.99)	10.64 (8.19)	0.571
Manik epizod	4.07 (4.93)	4.23 (4.36)	0.634
Hipomanik epizod	1.63 (2.95)	2.27 (4.08)	0.345
Depresif epizod	2.63 (2.65)	3.71 (4.05)	0.280
Mikst epizod	2.44 (3.72)	0.44 (0.87)	0.070
İlk gebeliğe kadar epizod sayısı, ort ± SS	1.48 (1.93)	1.41 (2.2)	0.479
Manik epizod	0.78 (1.45)	0.73 (1.36)	0.962
Hipomanik epizod	0.11 (0.32)	0.23 (0.71)	0.607
Depresif epizod	0.56 (0.75)	0.43 (0.93)	0.147
Mikst epizod	0.04 (0.19)	0.01 (0.12)	0.448
Alt tip, n (%)			0.464
BPIB	23 (85.2)	59 (78.7)	
BPIIB	4 (14.8)	16 (21.3)	

İlk epizod tipi, n (%)			0.124
Manik epizod	11 (40.7)	41 (54.7)	
Hipomanik epizod	0	6 (8)	
Depresif epizod	11 (40.7)	22 (29.3)	
Mikst epizod	5 (18.5)	6 (8)	
İlk epizod dönemi, n (%)			0.648
Gebelik	0	2 (2.7)	
Postpartum	1 (3.7)	4 (5.3)	
Baskın polarite, n (%)			0.025
Depresyon	5 (13.5)	22 (33.8)	
Mani/hipomani/mikst	22 (86.5)	43 (66.2)	
Hastane yatışı, n (%)			0.535
Var	22 (81.5)	65 (86.7)	
Yok	5 (28.5)	10 (13.3)	
Tedavi yanıt hızı, n (%)			0.002
3 haftaya kadar	17 (63)	22 (29.3)	
3 haftadan fazla	10 (37)	53 (70.7)	
Gebelikten önce rezidüel belirti, n (%)	8 (29.6)	22 (29.3)	0.977
Gebelikten önce hızlı döngülülük, n (%)	0	3 (4)	0.564
Psikotik özellik, n (%)	19 (70.4)	41 (54.7)	0.155

Gebelikten önce mevsimsel özellik, n (%)	7 (25.9)	18 (24)	0.842
Gebelikten önce suisid girişimi, n (%)	2 (7.4)	7 (9.3)	1.000
Gebelikten önce hastane yatışı, n (%)	11 (40.7)	27 (36)	0.662
Gebelik öncesi tedavi profili, n (%)			0.031
DDD + AP	13 (56.5)	30 (63.8)	
AP	9 (39.1)	7 (14.9)	
DDD	1 (4.3)	10 (21.3)	
Komorbid ruhsal bozukluk, n (%)	5 (18.5)	23 (30.7)	0.225
Komorbid panik bozukluk (PB), n (%)	0	14 (18.7)	0.018
Komorbid yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), n (%)	3 (11.1)	5 (6.7)	0.433
Komorbid obsesif kompulsif bozukluk (OKB), n (%)	0	4 (5.3)	0.571
Ailede ruhsal hastalık, n (%)	9 (33.3)	37 (49.3)	0.152
Ailede bipolar bozukluk (BPB), n (%)	10 (37)	28 (37.3)	0.978

Tablo 13'te gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren (n=27) ve geçirmeyen (n=75) olguların; gebelik, gebelik öncesi son atak bilgileri, gebelik planlaması ve tedavi

özellikleri, postpartum dönem duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırması verilmiştir. Genel gebelik bilgilerinde, planlanmış gebelik olması duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha yüksek saptanırken ($P= 0.015$), diğer gebelik bilgileri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Gebelik öncesi son epizod bilgilerinde; hastane yatışı olup olmaması, epizod sebebi (düzenli tedavi kullanırken ya da tedavi kesilmesi/düzensiz alımı sonrası duygudurum epizodu olması) ve bu atak sırasında kullanılan tedavi profili açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı. Hastane yatışı olması duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha yüksek saptanırken ($P= 0.002$), düzenli tedavi kullanımı duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha düşük saptandı ($P= 0.035$). Gebelik öncesi son epizodda tedavi profili, DDD+AP kombinasyonu ve DDD olanlarda, AP kullananlara göre anlamlı derecede daha düşük gebelikte rekürrens saptandı ($P= 0.047$). Gebelik döneminde ilaç kesilmesi duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha düşük saptanırken ($P= 0.001$), son gebelikte psikotrop kullanımı duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($P= 0.000$). Gebelik planlaması ve tedavi ile ilgili diğer özellikler açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Postpartum duygudurum epizodu olması, gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha yüksek saptanırken ($P= 0.005$), diğer postpartum dönem duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 13: Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarının gebelik, gebelik öncesi son atak bilgileri, gebelik planlaması ve tedavi özellikleri, postpartum dönem duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırılması

	Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçiren (n= 27)	Gebelik döneminde duygudurum epizodu geçirmeyen (n= 75)	P
Gebelik bilgileri			
Gebelik yaşı, ort (SS)	26.85 (5.27)	27.39 (5.47)	0.796

Kaçıncı gebelik, ort (SS)	2.41 (1.58)	2.09 (1.02)	0.634
Cinsiyet, n (%)			0.663
Kız	15 (55.6)	38 (50.7)	
Erkek	12 (44.4)	37 (49.3)	
Doğum şekli, n (%)			0.189
Sezaryen	6 (22.2)	27 (36)	
Normal doğum	21 (77.8)	48 (64)	
Düşük doğum ağırlığı (<2500 gr), n (%)	1 (3.7)	6 (8)	0.672
Prematürite (<37 hafta), n (%)	7 (25.9)	13 (17.3)	0.335
Gebelik şekli, n (%)			0.285
Tekil gebelik	25 (92.6)	73 (97.3)	
Çoğul gebelik (ikiz)	2 (7.4)	2 (2.7)	
Planlı gebelik, n (%)			0.015
Evet	17 (63)	27 (36)	
Hayır	10 (37)	48 (64)	
Emzirme, n (%)			1.000
Evet	23 (85.2)	63 (84)	
Hayır	4 (14.8)	12 (16)	
Gebelikte komplikasyon, n (%)	1 (3.7)	3 (4)	0.946
Bebekte doğum sonrası komplikasyon, n (%)	0	3 (4)	0.564

Gebelik öncesi son epizod bilgileri

Epizod ile gebelik arası süre (ay), ort $\pm$ SS	24.48 (31.59)	23.40 (24.26)	0.216
Epizod tipi, n (%)			0.177
Manik epizod	7 (25.9)	32 (42.7)	
Hipomanik epizod	3 (11.1)	11 (14.7)	
Depresif epizod	10 (37)	24 (32)	
Mikst epizod	7 (25.9)	8 (10.7)	
Hızlı döngülülük, n (%)	1 (3.7)	2 (2.7)	1.000
Psikotik özellik, n (%)	10 (37)	15 (20)	0.078
Hastane yatışı, n (%)	13 (48.1)	13 (17.3)	0.002
Suisid girişimi, n (%)	1 (3.7)	0	0.265
Düzelme süresi (gün) ort $\pm$ SS	35.96 (18.01)	39.68 (35.01)	0.673
Epizod sebebi, n (%)			0.035
Tedavi tam kesimi ya da düzensiz alımı	17 (85)	25 (58.1)	
Düzenli tedavi kullanımı	3 (15)	18 (41.9)	
Epizod sırasında tedavi kullanımı, n (%)	23 (85.2)	66 (88)	0.741
Tedavi profili, n (%)			0.047
DDD + AP	13 (50)	35 (66)	
AP	12 (46.2)	11 (20.8)	
DDD	1 (3.8)	7 (13.2)	

Gebelik planlaması ve tedavi kullanımı

Gebelik öncesi psikiyatri ile planlama, n (%)	5 (18.5)	8 (10.7)	0.321
Gebelik öncesinde ilaç kesilmesi, n (%)	6 (22.2)	9 (12)	0.409
Gebelik öncesi ilaç kesme miktarı, n (%)			0.400
Kısmi, n (%)	1 (16.7)	0 (0)	
Tüm ilaçlar, n (%)	5 (83.3)	9 (100)	
Gebelik döneminde ilaç kesilmesi, n (%)			0.001
Evet	11 (40.7)	40 (53.3)	
Hayır	5 (18.5)	0 (0)	
Gebelik öncesi ilaç kesilmişse ne kadar önce (hf), ort (SS)	4.17 (2.23)	24.78 (28.14)	0.118
Gebelik döneminde ilaç kesme miktarı, n (%)			0.422
Kısmi, n (%)	1 (9.1)	11 (27.5)	
Tüm ilaçlar, n (%)	10 (90.9)	29 (72.5)	
Gebelik döneminde ilaç kesilmişse ne kadar sonra (hf), ort (SS)	4.18 (2.23)	5.80 (2.70)	0.070
Son gebelikte psikotrop kullanımı, n (%)	18 (66.7)	9 (33.3)	0.000

Postpartum dönem duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri

Postpartum duygudurum epizodu, n(%)	17 (63)	24 (32)	0.005
Epizod tipi, n (%)			0.494
Manik epizod	3 (17.6)	7 (29.2)	
Hipomanik epizod	0 (0)	0 (0)	
Depresif epizod	7 (41.2)	11 (45.8)	
Mikst epizod	7 (41.2)	6 (25)	
Ne zaman?(hf), ort $\pm$ SS	4.35 (3.90)	5 (4.75)	0.788
Hızlı döngülülük, n (%)	1 (5.9)	1 (4.2)	1.000
Psikotik özellik, n (%)	7 (41.2)	8 (33.3)	0.607
Hastane yatışı, n (%)	5 (29.4)	11 (45.8)	0.288
Düzelme süresi (gün), ort $\pm$ SS	52.06 (38.37)	66.46 (73.08)	0.915
Atak şiddet bildirimi, n (%)			0.162
Daha hafif	1 (5.9)	4 (16.7)	
Benzer şiddette	9 (52.9)	6 (25)	
Daha ağır	7 (41.2)	14 (58.3)	
Epizod sırasında tedavi kullanımı, n (%)	6 (35.3)	4 (16.7)	0.270
Postpartum dönem psikotrop kullanımı, n (%)	14 (51.9)	29 (38.7)	0.234

Gebelikte duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen ikili grup karşılaştırmalarında anlamlı çıkan; baskın polarite, tedaviye yanıt hızı, komorbid panik bozukluk, planlı gebelik, gebelik öncesi son epizod - hastane yatışı ve postpartum duygudurum epizodu değişkenleri binary lojistik regresyon analizine tabi tutulmuştur. “Gebelik öncesi tedavi profili” ve “gebelik öncesi son epizod – tedavi profili” değişkenleri ikiden fazla kategorik değişken içerdiği için, “gebelik öncesi son epizod - epizod sebebi” değişkeni kayıp veriye sebep olarak analiz gücünü zayıflattığı için regresyon analizine dahil edilmemiştir. “Son gebelikte psikotrop kullanımı” değişkeni profilaktif ve epizod sonrasında başlanan tedavi için ilaç kullanımını ayırt etmediği için, “gebelik döneminde ilaç kesilmesi” değişkeni gebelikte hasta tarafından kullanılan ilacın gebe kaldığını öğrenince bırakılmasını ifade edip, yine gebelikteki profilaktif psikotrop kullanımını tam yansıtmayabileceğinden lojistik regresyon analizine dahil edilmedi. Regresyon analizi neticesinde; gebelik öncesi son epizod - hastane yatışı olması ve postpartum duygudurum epizodu olması değişkenleri, gebelikte duygudurum epizodunun bağımsız yordayıcıları olarak saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14: Gebelik döneminde duygudurum epizodu ile ilişkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	Wald χ^2	Exp(B)	P
Baskın polarite	-0.173	0.066	1.189	0.797
Tedaviye yanıt hızı	1,042	3.148	2.834	0,076
Komorbid panik bozukluk	20.434	0.000	748684339	0.998
Planlı gebelik mi?	-0.514	0.854	0.598	0.355
Gebelik öncesi son epizod- hastane yatışı	-1,491	6.320	0.225	0.012
Postpartum duygudurum epizodu	-1.281	5.354	0.278	0.021

4.7 Postpartum Dönemde Duygudurum Epizodu Geçiren ve Geçirmeyen Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Bipolar bozukluğun, postpartum dönemde tekrarlaması ile ilgili olabilecek özellikleri tespit etmek için, postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren (n= 33) ve geçirmeyen (n= 25) hastalar arasında sosyodemografik veriler karşılaştırıldı. Hastaların yaşı, çocuk sayısı,

eğitim durumu, medeni hal ve çalışma durumu verilerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 15).

Tablo 15: Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

	Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren (n= 33)	Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçirmeyen (n= 25)	P
Yaş (yıl), ort $\pm$ SS	39.61 (8.69)	38.68 (11.25)	0.405
Çocuk sayısı ort $\pm$ SS	2.33 (1.29)	2.12 (1.05)	0.574
Eğitim durumu, n (%)			0.832
İlkokul	22 (66.7)	16 (64)	
Ortaöğretim ve yüksekokul	11 (33.3)	9 (36)	
Medeni hal, n (%)			0.175
Evli	21 (63.6)	20 (80)	
Bekar	12 (36.4)	5 (20)	
Çalışma durumu, n (%)			0.490
Çalışmıyor	26 (78.8)	22 (88)	
Çalışıyor	7 (21.2)	3 (12)	

Çalışmaya dahil edilen doğumlarda (n=102) postpartum tekrarlama ile ilgili olabilecek özellikleri tespit etmek için postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren (n=41) ve geçirmeyen (n=61) olgular genel hastalık özellikleri, aile öyküsü ve komorbid ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırıldı (Tablo 16). Toplam epizod sayısı, postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren grupta geçirmeyenlere göre anlamlı derecede daha

yüksek bulundu ($P= 0.040$). En az bir duygudurum döneminde psikotik özellik olması, postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($P= 0.045$). Komorbidite ve aile öyküsü açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 16: Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarında genel hastalık bilgileri, aile öyküsü ve komorbidite özelliklerinin karşılaştırılması

	Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren (n= 41)	Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçirmeyen (n= 61)	P
Tanı alma yaşı, ort $\pm$ SS	22.56 (4.88)	22.48 (4.91)	0.970
Toplam hastalık süresi, ort $\pm$ SS	18,61 (9.57)	19.1 (10.8)	0.959
Hastane yatış sayısı, ort $\pm$ SS	2.72 (2.19)	2.36 (2.11)	0.422
Toplam epizod sayısı, ort $\pm$ SS	12.34 (8.36)	9.56 (7.36)	0.040
Manik epizod	4.51 (4.61)	3.97 (4.43)	0.488
Hipomanik epizod	2.66 (5.36)	1.72 (2.23)	0.555
Depresif epizod	3.71 (3.38)	3.23 (3.99)	0.231
Mikst epizod	1.46 (2.72)	0.64 (1.75)	0.153
İlk gebeliğe kadar epizod sayısı, ort $\pm$ SS	1.73 (2.36)	1.23 (1.94)	0.241
Manik epizod	0.93 (1.54)	0.62 (1.25)	0.252
Hipomanik epizod	0.2 (0.81)	0.2 (0.48)	0.355

Depresif epizod	0.56 (0.92)	0.39 (0.86)	0.135
Mikst epizod	0.05 (0.22)	0 (0)	0.083
Alt tip, n (%)			0.300
BPIB	35 (85.4)	47 (77)	
BPIIB	6 (14.6)	14 (23)	
İlk epizod tipi, n (%)			0.962
Manik epizod	22 (53.7)	30 (49.2)	
Hipomanik epizod	2 (4.9)	4 (6.6)	
Depresif epizod	13 (31.7)	20 (32.8)	
Mikst epizod	4 (9.8)	7 (11.5)	
İlk epizod dönemi, n (%)			0.620
Gebelik	1 (2.4)	1 (1.6)	
Postpartum	3 (7.3)	2 (3.3)	
Baskın polarite, n (%)			0.714
Depresyon	14 (34.1)	23 (37.7)	
Mani/hipomani/mikst	27 (65.9)	38 (62.3)	
Hastane yatışı, n (%)			0.261
Var	33 (80.5)	54 (88.5)	
Yok	8 (19.5)	7 (11.5)	
Tedavi yanıt hızı, n (%)			0.334
3 haftaya kadar	18 (43.9)	21 (34.4)	
3 haftadan fazla	23 (56.1)	40 (65.6)	
Gebelikten önce rezidüel belirti, n (%)	11 (26.8)	19 (31.1)	0.639

Gebelikten önce hızlı döngülülük, n (%)	0	3 (4.9)	0.272
Psikotik özellik, n (%)	29 (70.7)	31 (50.8)	0.045
Gebelikten önce mevsimsel özellik, n (%)	13 (31.7)	12 (19.7)	0.166
Gebelikten önce suisid girişimi, n (%)	6 (14.6)	3 (4.9)	0.152
Gebelikten önce hastane yatışı, n (%)	17 (41.5)	21 (34.4)	0.471
Gebelik öncesi tedavi profili, n (%)			0.274
DDD + AP	19 (67.9)	24 (57.1)	
AP	7 (25)	9 (21.4)	
DDD	2 (7.1)	9 (21.4)	
Komorbid ruhsal bozukluk, n (%)	7 (17.1)	21 (34.4)	0.054
Komorbid panik bozukluk (PB), n (%)	5 (12.2)	9 (14.8)	0.713
Komorbid yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), n (%)	1 (2.4)	7 (11.5)	0.139
Komorbid obsesif kompulsif bozukluk (OKB), n (%)	0	4 (6.6)	0.147
Ailede ruhsal hastalık, n (%)	18 (43.9)	28 (45.9)	0.842

Ailede bipolar bozukluk (BPB), n (%)	11 (26.8)	27 (44.3)	0.074
--------------------------------------	-----------	-----------	-------

Tablo 17’de postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren (n=41) ve geçirmeyen (n=61) olguların; gebelik, gebelik öncesi son atak bilgileri, gebelik planlaması ve tedavi özellikleri, son gebelik döneminde duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri verilmektedir. Planlanmış gebelik olması duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha yüksek saptanırken (P= 0.030), emzirme, duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede daha düşük saptandı (P= 0.000). Diğer gebelik bilgileri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Gebelik öncesi hastalık özellikleri, gebelik öncesi son epizod bilgileri ve gebelik planlaması ve tedavi özellikleri açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Son gebelikte duygudurum epizodu olanlarda (P= 0.005) ve bu epizodu daha uzun sürenlerde (P= 0.031), postpartum dönemde duygudurum epizodu geçirme olasılığı anlamlı derecede yüksek saptandı. Diğer son gebelik döneminde duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Postpartum dönemde psikotrop kullanımı duygudurum epizodu geçiren grupta anlamlı derecede yüksek idi (P= 0.000).

Tablo 17: Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen hasta gruplarının gebelik, gebelik öncesi son atak bilgileri, gebelik planlaması ve tedavi özellikleri, gebelik döneminde duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırılması

	Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren (n= 41)	Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçirmeyen (n= 61)	P
Gebelik bilgileri			
Gebelik yaşı, ort (SS)	27.17 (5.53)	27.3 (5.43)	0.878

Kaçıncı gebelik, ort (SS)	2.15 (1.35)	2.2 (1.08)	0.422
Cinsiyet, n (%)			0.778
Kız	22 (53.7)	31 (50.8)	
Erkek	19 (46.3)	30 (49.2)	
Doğum şekli, n (%)			0.238
Sezaryen	16 (39)	17 (27.9)	
Normal doğum	25 (61)	44 (72.1)	
Düşük doğum ağırlığı (<2500 gr), n (%)	1 (2.4)	6 (9.8)	0.237
Prematürite (<37 hafta), n (%)	5 (12.2)	15 (24.6)	0.122
Gebelik şekli, n (%)			0.147
Tekil gebelik	41 (100)	57 (93.4)	
Çoğul gebelik (ikiz)	0 (0)	4 (6.6)	
Planlı gebelik, n (%)			0.030
Evet	23 (56.1)	21 (34.4)	
Hayır	18 (43.9)	40 (65.6)	
Emzirme, n (%)			0.000
Evet	28 (68.3)	58 (95.1)	
Hayır	13 (31.7)	3 (4.9)	
Gebelikte komplikasyon, n (%)	2 (4.9)	2 (3.3)	1.000
Bebekte doğum sonrası komplikasyon, n (%)	1 (2.4)	2 (3.3)	1.000

Gebelik öncesi son epizod bilgileri

Epizod ile gebelik arası süre (ay), ort $\pm$ SS	25.78 (30.75)	23.40 (24.26)	0.912
Epizod tipi, n (%)			0.157
Manik epizod	16 (39)	23 (37.7)	
Hipomanik epizod	2 (4.9)	12 (19.7)	
Depresif epizod	15 (36.6)	19 (31.1)	
Mikst epizod	8 (19.5)	7 (11.5)	
Hızlı döngülülük, n (%)	3 (7.3)	0 (0)	0.062
Psikotik özellik, n (%)	13 (31.7)	12 (19.7)	0.166
Hastane yatışı, n (%)	13 (31.7)	13 (21.3)	0.238
Suisid girişimi, n (%)	1 (2.4)	0	0.402
Düzelme süresi (gün) ort $\pm$ SS	43.27 (38.38)	35.62 (25.50)	0.385
Epizod sebebi, n (%)			0.856
Tedavi tam kesimi ya da düzensiz alımı	17 (68)	25 (65.8)	
Düzenli tedavi kullanımı	8 (32)	13 (34.2)	
Epizod sırasında tedavi kullanımı, n (%)	34 (82.9)	55 (90.2)	0.283
Tedavi profili, n (%)			0.727
DDD + AP	19 (63.3)	29 (59.2)	
AP	9 (30)	14 (28.6)	
DDD	2 (6.7)	6 (12.2)	

Gebelik planlaması ve tedavi kullanımı

Gebelik öncesi psikiyatri ile planlama, n (%)	6 (14.6)	7 (11.5)	0.639
Gebelik öncesinde ilaç kesilen vaka, n (%)	6 (14.6)	9 (14.8)	0.878
Gebelik öncesi ilaç kesme miktarı, n (%)			1.000
Kısmi	0 (0)	1 (11.1)	
Tüm ilaçlar	6 (100)	8 (88.9)	
Gebelik döneminde ilaç kesilen vaka, n (%)	18 (43.9)	33 (54.1)	0.147
Gebelik öncesi ilaç kesilmişse ne kadar önce (hf), ort (SS)	10 (7.48)	20.89 (29.96)	0.471
Gebelik döneminde ilaç kesme miktarı, n (%)			1.000
Kısmi	4 (22.2)	8 (24.2)	
Tüm ilaçlar	14 (77.8)	25 (75.8)	
Gebelik döneminde ilaç kesilmişse ne kadar sonra (hf), ort (SS)	6.33 (3.22)	4.97 (2.23)	0.157

Gebelik döneminde duygudurum epizodu ve tedavi özellikleri

Son gebelikte duygudurum epizodu, n(%)	17 (41.5)	10 (16.4)	0.005
Epizod tipi, n (%)			0.104
Manik epizod	2 (11.8)	5 (50)	

Hipomanik epizod	2 (11.8)	2 (20)	
Depresif epizod	5 (29.4)	1 (10)	
Mikst epizod	8 (47.1)	2 (20)	
Gebelik dönemi, n (%)			0.410
1. trimestr	3 (17.6)	4 (40)	
2. trimestr	6 (35.3)	2 (20)	
3. trimestr	8 (47.1)	4 (40)	
Hızlı döngülülük, n (%)	1 (5.9)	0 (0)	1.000
Psikotik özellik, n (%)	5 (29.4)	2 (20)	0.678
Hastane yatışı, n (%)	7 (41.2)	6 (60)	0.440
Düzelme süresi (gün), ort ±SS	57.59 (41.04)	30.30 (17.84)	0.031
Atak şiddet bildirimi, n (%)			0.106
Daha hafif	2 (11.8)	1 (10)	
Benzer şiddette	5 (29.4)	7 (70)	
Daha ağır	10 (58.8)	2 (20)	
Son gebelikte psikotrop kullanımı, n (%)	13 (31.7)	14 (23)	0.326
Postpartum dönem psikotrop kullanımı, n (%)	31 (75.6)	12 (19.7)	0.000

Postpartum dönemde duygudurum epizodu geçiren ve geçirmeyen gruplar arasında ikili karşılaştırmada anlamlı çıkan; toplam epizod sayısı, psikotik özellik, planlı gebelik ve son gebelikte duygudurum epizodu değişkenleri binary lojistik regresyon analizine tabi tutulmuştur. “Gebelik döneminde duygudurum epizodu – düzelme süresi (gün)” değişkeni kayıp veriye sebep olarak analiz gücünü zayıflattığı için regresyon analizine dahil edilmemiştir. “Postpartum dönem psikotrop kullanımı”, duygudurum epizodu geçirenlerde daha yüksek, “emzirme” duygudurum epizodu geçirenlerde daha düşük saptanmıştır, dolayısıyla bu veriler psikotrop kullanımının duygudurum epizoduna sebep olmasından ziyade postpartum rekürrens yaşayan hastalara psikotrop başlanması, psikotrop başlanan hastaların da emzirmeyi bırakması ile ilişkili olduğu düşünülerek, regresyon analizine dahil edilmemiştir. Regresyon analizi neticesinde; planlanmış gebelik olması, toplam epizod sayısının yüksek olması ve psikotik özellik olması postpartum duygudurum epizodunun bağımsız yordayıcıları olarak saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18: Postpartum dönemde duygudurum epizodu ile ilişkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	Wald χ^2	Exp(B)	P
Toplam epizod sayısı,	0.073	5.112	1.075	0.024
Psikotik özellik	-1.061	4.734	0.346	0.030
Planlı gebelik	-1.180	5.596	0.307	0.018
Son gebelikte duygudurum epizodu	-0.948	3.478	0.388	0.062

5. TARTIŞMA

5.1 Gebelik Dönemi

5.1.1 Tekrarlayan Epizodların Yaygınlığı ve Klinik Özellikleri

Bipolar bozukluğun gebelik dönemindeki rekürrensi ile ilgili yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar bildirmektedir. Gebelikte rekürrens riskinin, gebelik öncesi ve postpartum döneme göre anlamlı derecede daha düşük olduğunu ve gebeliğin rekürrens açısından koruyucu nitelikte olduğunu öne süren çalışmalar olduğu gibi (Grof ve ark. 2000, Sharma ve Pope 2012), gebelik döneminde %50 üzerinde rekürrens oranları bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Viguera ve ark. 2000, Viguera ve ark. 2007, Newport ve ark. 2008, Sharma ve ark. 2013). Gebelik döneminde bipolar bozukluğun rekürrens riski ile ilgili belirsizlikler postpartum döneme göre daha fazladır. Viguera ve arkadaşları (2011) 2252 gebelik bilgilerini incelediği çalışmada %23 oranında gebelikte rekürrens saptamıştır. Salim ve arkadaşları (2018) ve Stevens ve arkadaşlarının (2019) yaptığı sistematik derleme çalışmalarında sırasıyla %24 ve %19 ortalama rekürrens bildirilmiştir. Çalışmamızda bulduğumuz %26.5 oranı bu alandaki diğer çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda gebelik döneminde tekrarlayan duygudurum epizodları içinde en sık %37 oranla mikst epizod bulunmuştur. Viguera ve arkadaşlarının (2007) saptadığı %38 mikst epizod oranı ile bulgularımız örtüşmektedir. Viguera ve arkadaşlarının (2011) yaptığı başka bir çalışmada, duygudurum epizodlarının, gebelik dışı dönem ile gebelikteki görülme riskleri karşılaştırılmış, gebelik döneminde en çok görülme riski, depresif ve mikst epizod için bildirilmiştir (sırasıyla; 8.88 ve 8.11 kat). Çalışmamız, birçok çalışmada en sık epizod tipinin depresif nitelikte olması ile literatürden ayrılrsa da, mikst epizod için saptanan yüksek oran, hipomanik epizod için saptanan düşük oran (%15) ile literatürle benzerlik göstermektedir (Salim ve ark. 2018). Mikst epizod için saptadığımız yüksek tekrarlama oranının sebebi, bu hastalık döneminin tanımlanmasındaki farklılık olabilir. Mikst epizod, tüm epizodlar içinde %10 ile %60 arasında değişen oranda bildirilmiştir (Vieta ve Moralla, 2010). Çalışmanın yapıldığı örneklemelerin farklı olması da, literatür bulguları ile aradaki farklılığın sebebi olabilir.

5.1.2 Rekürrens ile İlişkili Klinik Etkenler

Bu çalışmada, postpartum duygudurum epizodunun gebelikteki rekürrens ile anlamlı derecede ilişkili ve aynı zamanda gebelikteki rekürrens için bağımsız bir etken olduğu

bulundu. Postpartum duygudurum epizodu öyküsünün gebelikteki rekürrens için risk faktörü olduğu, birçok çalışmanın göstermiş olduğu ortak bir bulgudur (Freeman ve ark. 2002, Viguera ve ark. 2011, Bergink ve ark. 2012, Di Florio ve ark. 2018). Dolayısıyla bu yönden bulgularımız literatürle örtüşmektedir.

Gebelikte rekürrens ile ilgili yapılan çalışmalarda; gebelikten önceki son epizod ile gebelik arasında geçen süre, gebelikten önce rezidüel belirti olması gibi bazı klinik özellikleri inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Viguera ve ark. 2007). Ancak, şimdiye kadar gebelikten önceki son duygudurum epizodunun klinik özelliklerinin, gebelikteki rekürrens ile ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Oysaki gebelikteki duygudurum epizodu ile postpartum dönemdeki duygudurum epizodu arasında gösterilen ilişki; hipotetik olarak, gebelikten önceki son epizod ile gebelik arasında da bulunabilir. Postpartum duygudurum epizodunun son gebelikteki duygudurum epizodu ile ilişkisi birçok çalışmada incelenmiş; gebelikteki duygudurum epizodunun postpartum rekürrens için öngördürücü olduğu bulunmuştur (Akdeniz ve ark. 2003, Viguera ve ark. 2011, Bergink ve ark. 2012). Bu bulgu çalışmamızda da saptanmıştır. Ayrıca, gebelik döneminde kullanılan duygudurum düzenleyici tedavinin bırakılmasının postpartum rekürrens ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bergink ve ark. 2012, Wesseloo ve ark. 2016, Uğuz 2020).

Çalışmamızda, gebelikten önceki son epizodda hastane yatışı olması, bu epizodun ilaç kesimi ya da düzensiz kullanımı sonrasında ortaya çıkması, epizoddaki ilaç kullanım profili (duygudurum düzenleyici içeren tedavilere karşın antipsikotik tedavisi) gebelikteki rekürrens ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte söz konusu değişkenlerden sadece son epizodda hastane yatışı olması, regresyon analizinde gebelikteki rekürrensin bağımsız bir yordayıcısı olarak bulunmuştur. Hastane yatışı olması epizodun ciddiyetini gösteren bir bulgu olarak yorumlanabilir. Ancak epizodun ciddiyetini gösterebilecek psikotik özellik, hızlı döngülülük anlamlı bulunmamıştır. Bunun sebebi, çalışmanın retrospektif tasarımı ile bağlantılı olarak, hastane yatışı gibi bir duruma karşın epizod özelliklerinin hatırlanmasındaki zorluk olabilir. Çalışmamızda, baskın polarite depresif karakterde olanlarda anlamlı derecede daha düşük gebelikte rekürrens oranı bulundu. Ancak baskın polarite, regresyon analizinde bağımsız bir etken olarak saptanmadı. Bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar, baskın polaritenin gebelik ve postpartum dönemdeki rekürrens ile ilişkisini inceleyen yayımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Daha önce yapılmış çalışmalarda depresif polarite; hastalık başlangıcının depresif epizodla olması, daha geç başlangıç yaşı, BPIIB olması ve daha yüksek intihar girişimi ile; manik/hipomanik/mikst

polarite ise; erken başlangıç yaşı, ilk epizodun manik/psikotik olması ve daha yüksek bir madde kötüye kullanım oranı ile ilişkili bulunmuştur (Colom ve ark. 2006, Carvalho ve ark. 2014). Erken başlangıç yaşının gebelikteki rekürrens ile ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Akdeniz ve ark. 2003, Viguera ve ark. 2007, Viguera ve ark. 2011). Ayrıca; daha erken başlangıç yaşı, hastalık rekürrensi için, gebelik dışı dönemde de bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Perlis ve ark. 2006). Baskın polarite manik/hipomanik/mikst karakterde olanlarda bulduğumuz daha yüksek gebelikte rekürrens oranları, bu hastaların daha ağır hastalık özellikleri göstermesi ile ilişkili olabilir. Baskın polarite ile gebelikteki rekürrens arasında bulduğumuz bağlantı ileride yapılacak çalışmalarla desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır.

Çalışmamızda tedaviye daha kısa sürede (<3 hf) cevap veren hastalarda daha yüksek gebelikte rekürrens oranları saptandı. Ancak tedaviye yanıt süresi, gebelikteki rekürrens için bağımsız bir etken değildi. Bu durum, örneklemimizde baskın polarite depresyon olanlarda, mani/hipomani/mikst olanlara göre anlamlı şekilde daha uzun tedavi yanıt süresi saptanması da dikkate alındığında, BPB epizod tiplerinin tedaviye farklı sürelerde yanıt vermesiyle bağlantılı olduğu düşünülebilir. Çalışmalarda, depresif baskın polarite BPIIB ile ilişkili bulunmuştur (Rosa ve ark. 2008, Popovic ve ark. 2013). Aynı zamanda baskın polaritenin depresif olmasının tedaviye geç cevap ile ilişkisini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Vitea ve ark. 2009, Carvalho ve ark. 2014). Tedavi yanıtının daha kısa sürede olması, baskın polaritenin mani/hipomani/mikst karakterde olmasıyla, bu da daha ağır hastalık özellikleri ve daha yüksek oranda gebelikte rekürrens ile ilişkili olabilir. Baskın polaritenin depresif karakterde olması ise, bu hastalardaki uzun tedavi cevabına karşın daha iyi hastalık gidişini ve gebelikteki düşük rekürrensi açıklayabilir.

Örneklemimizde gebelik öncesinde ve gebelik öncesindeki son epizodda; duygudurum düzenleyici (sırasıyla; 1/11-%9, 1/8-%12.5) ve duygudurum düzenleyici ile antipsikotik tedaviyi birlikte kullananlarda (sırasıyla; 13/43-%30, 13/48-%27), sadece antipsikotik tedavi kullanımına göre (sırasıyla; 9/16-%56, 12/23-%52) anlamlı ölçüde daha az gebelikte rekürrens bulundu. Çalışmamızda saptadığımız gebelik öncesinde duygudurum düzenleyici kullananlardaki düşük rekürrens oranları, duygudurum düzenleyici tedavilerin gebelikteki koruyucu etkisini bildiren çalışma bulgularıyla uyumludur (Stewart ve ark. 1991, Viguera ve ark. 2000, Viguera ve ark. 2007). Gebelik öncesinde %52 olan duygudurum düzenleyici kullanma oranının gebelikte %26'ya düştüğünü bulduk. Gebelikteki rekürrensin, gebeliğin kendine has özelliklerinden değil, bu dönemdeki yüksek ilaç bırakma oranlarından

kaynaklandığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Viguera ve ark. 2007). Viguera ve arkadaşlarının (2000) yaptığı başka bir çalışmada, lityum tedavisinin kesilmesinden sonraki 40 haftalık takipte gebe olan ve olmayan kadınlarda rekürrens açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda duygudurum düzenleyici kullanımının gebelikte yarıya düşmesi (%52'den %26'ya), gebelikte artan rekürrensin sebebi olabileceği gibi aynı zamanda hasta ve hekimlerin duygudurum düzenleyicilere atfettiği yüksek teratojenite riskini de göstermesi açısından önemli bir bulgu olabilir.

Gebelik döneminde kullandığı psikotrop tedavi kesilmeyen hastalarda anlamlı olarak daha yüksek saptadığımız rekürrens oranı, psikotropaların koruyucu etkisini yadsıyan bir bulgu gibi görünmektedir. Bu nedenle psikotrop kullanmasına rağmen gebelikte duygudurum epizodu geçiren beş hastanın klinik özellikleri incelenmiş, daha ciddi hastalık ile ilgili olabilecek özelliklerde genel örneklemden ayrıştıkları görülmüştür. Bu hastalarda %100 oranında BPIB alttipi, %60 oranında mikst tipte baskın polarite, %40 oranında komorbid ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür (genel örnekleme bu özellik oranları sırasıyla; %78, %5, %24). Saptanan klinik özellikler neticesinde, bu hastaların yüksek riskli olarak öngörülerek kullandığı tedavilere gebelik döneminde de devam edilmesi kararı alındığı, buna rağmen tekrarlama görüldüğü düşünülebilir. Bilinmektedir ki, bipolar bozukluğun heterojen doğası gereği bazı hastalar, herhangi profilaktik tedavi yokluğunda bile uzun süreli duygudurum stabilizasyonu ile hafif ataklar yaşayabilirken, bazı hastalar da profilaktik olarak kombine psikotrop tedavi kullanımına rağmen şiddetli ve sık ataklar yaşayabilmektedir (Uğuz 2020).

Çalışmamızda gebelikte psikotrop kullanımı olanlarda saptanan yüksek rekürrens bulgusu, profilaktif ilaç kullanımı ile duygudurum epizodunun tedavisi için olan ilaç kullanımı arasında bir ayrım yapılmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü, çalışmamızda gebelik öncesi son epizod döneminde psikotrop tedaviyi tamamen kesen ya da düzensiz kullanan hastalara göre, düzenli tedavi kullanımına devam eden hastalarda anlamlı olarak daha düşük gebelikte duygudurum epizodu saptanmıştır. Düzenli tedavi kullananlarda saptadığımız daha düşük rekürrens, profilaktif psikotrop kullanımının gebelikte rekürrens oranlarını azalttığını gösteren çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Newport ve ark. 2008). Aynı zamanda bu bulgu, kullanılan psikotrop tedavinin kesilmesinin, rekürrens riskini artırdığını bildiren çalışma bulgularını da desteklemektedir (Viguera ve ark. 2000, Viguera ve ark. 2007).

Komorbid ruhsal bozukluk ile gebelikte rekürrens arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Viguera ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, psikiyatrik komorbidite ile gebelikte rekürrens arasında anlamlı ilişki saptanmış ancak bağımsız ilişki gösterilememiştir. Perlis ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada; genel hastalık rekürrensi ile psikiyatrik komorbidite arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda, herhangi bir komorbid ruhsal bozukluk açısından, duygudurum epizodu geçiren grupla geçirmeyen grup arasında anlamlı fark bulunmazken, özgül olarak ilave panik bozukluk tanısı olanlarda anlamlı fark saptanmıştır. Panik bozukluk ek tanısı ile saptanan anlamlı ilişki regresyon analizinde anlamlı bulunmaması bu değişkenin, diğerlerinden bağımsız bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Kısıtlı ve bazen çelişkili olan önceki çalışmalarda; daha erken başlangıç yaşı, daha uzun hastalık süresi, BPB alttipi, hızlı döngülülük, toplam gebelik sayısı rekürrens riskini öngören etmenler olarak bulunmuş ancak çalışmamızda anlamlı farklılık saptanmamıştır (Akdeniz ve ark. 2003, Viguera ve ark. 2007). Çalışma örnekleminin ve yöntemsel farklılıkların bulguları etkileyebileceği göz önüne alınmalıdır.

5.2 Postpartum Dönem

5.2.1 Tekrarlayan Epizodların Yaygınlığı ve Klinik Özellikleri

Munk-Olsen ve arkadaşlarının (2009) 28124 kadın ile yaptıkları toplum temelli kohort çalışmasında, tüm ruhsal hastalıklar içinde BPB, postpartum hastane yatışının en güçlü yordayıcısı olarak gösterilmiştir. Çalışmamızda saptadığımız %40.2 postpartum rekürrens oranı, bipolar bozukluğun postpartum dönemde yüksek tekrarlama riskini gösteren önceki literatür bulguları ile uyumludur. Postpartum rekürrens, literatürde, %8.5 (Harlow ve ark. 2007) ile %75 (Maina ve ark. 2014) arasında değişen oranlarda bulunmuş olup, geniş aralığın çalışma tasarımlarındaki farklılık ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Harlow ve arkadaşlarının (2007) %8.5 rekürrens saptadığı çalışmada, gebelik döneminde hastane yatışı olanlarda bu oran %41 olarak bulunmuştur. Maina ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada %75 rekürrens saptanmış ancak bu çalışmaya sadece gebelik boyunca herhangi psikotrop tedavi kullanımı olmayan kadınlar dahil edilmiştir. Dolayısıyla psikotropaların potansiyel koruyucu etkisi göz ardı edilmiştir. Çalışmamızda bulduğumuz rekürrens oranı yakın zamanda yayımlanan meta-analiz sonuçları ile örtüşmektedir (Wesseloo ve ark. 2016). Örneklemimizde tüm olgulardan beşinde (%4.9) postpartum başlangıç saptanmıştır. Bu sayı, Maina ve arkadaşlarının (2014) çalışmasındaki %5.4 postpartum başlangıç oranı ile örtüşmektedir. Tüm olgulardaki %40.2'ye karşın bu olgularda %60 oranında postpartum

rekürrens saptanmıştır. Daha yüksek rekürrens oranı olsa da yeterli olgu sayısı olmadığı için bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda postpartum dönemde tekrarlayan duygudurum epizodları içinde en sık %44 oranla depresif epizod saptanırken, sonrasında mikst epizod %32 ve manik epizod %24 oranında saptandı. Literatürde, hipomanik semptomlar erken postpartum dönemde %9.6 ile %20.4'e kadar değişen oranlarda bildirilmiştir. Örneklemimizde postpartum epizodlar içinde hipomanik epizod saptanmadı. Bu durum, çalışmanın retrospektif tasarımı ile bağlantılı olarak manik ataklara kıyasla hipomanik atakları hatırlamanın zorluğundan kaynaklanıyor olabilir. Literatürdeki genel bulgulardan biri, postpartum dönemde en sık görülen morbiditenin depresyon olduğu ve BPB tanılı hastalarda da en yaygın postpartum epizod tipinin depresyon olduğudur (Viguera ve ark. 2011). Postpartum epizod tipleri için bulduğumuz yaygınlık oranları genel olarak literatür ile uyumludur (Di Floria ve ark. 2013, Maina ve ark. 2014).

Çalışmamızda, hastaların öznel olarak diğer epizodlarına kıyasla daha şiddetli olarak nitelediği postpartum epizodların tüm vakalara oranı %20.6 olarak saptanmıştır. Bulduğumuz veri, Wesseloo ve arkadaşlarının (2016) yaptığı sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında saptadığı %17 ciddi rekürrens oranı ile uyumludur. İlgili çalışmada ciddi rekürrens; o atakta psikotik özellik, manik/mikst epizod ya da hastane yatışı olması olarak tanımlanmıştır. Çalışmamız bu özelliklerden en az birinin bulunduğu birleşik oranları içermemektedir ancak ayrı ayrı oranlama yapılarak hesaplandığında uyumlu sonuçlar bulunmaktadır (sırasıyla; %14.7, %22.5 ve %15.7).

Çalışmamızda postpartum duygudurum epizodları %66 oranda, doğumdan sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır. Doğumdan sonraki erken dönemin rekürrens için en riskli dönem olduğu, bu dönemde hastane yatışı için 37 kata kadar artmış risk olduğu bildirilmektedir (Munk-Olsen ve ark. 2009). Postpartum epizodların başlangıç zamanı ile ilgili bulgumuz, literatürdeki diğer çalışmaların geneli ile uyumludur (Di Florio ve ark. 2013, Maina ve ark. 2014).

5.2.2 Rekürrens ile İlişkili Klinik Etkenler

Çalışmamızda, postpartum rekürrens olan olgularda anlamlı derecede daha yüksek psikotik özellik ve daha fazla duygudurum epizodu sayısı saptanmıştır. Her iki bulgu da postpartum rekürrens için bağımsız birer etken olarak bulunmuştur. Psikotik özellik ve daha fazla (>20) duygudurum epizodu geçirme, BPB'nin genel rekürrensi ile ilgili yapılan çalışmalarda da

anlamli bulunan etkenlerdir (Perlis ve ark. 2006). Postpartum epizodlarda %37, gebelikteki epizodlarda %26 oraninda saptadigimiz psikotik ozellik oranı, postpartum epizodların daha şiddetli olduğunu veya daha şiddetli hastalığı olanların postpartum rekürrens için daha riskli olduğunu gösteriyor olabilir. Toplam hastalık epizodu sayısının daha fazla olması ve son gebelikteki duygudurum epizodunun düzelme süresinin daha uzun olması ile postpartum rekürrens arasında bulduğumuz anlamlı ilişki de, daha şiddetli hastalığı olanların postpartum rekürrens için daha riskli olduğu düşüncesini desteklemektedir. Toplam epizod sayısının artması ile postpartum rekürrens riskinin arttığını gösteren çalışmalarla, çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir (Viguera ve ark. 2000, Maina ve ark. 2014).

Çalışmamızda, gebelikteki duygudurum epizodu, postpartum rekürrens ile anlamlı derecede ilişkili idi. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmacı da ortaya konmuştur (Akdeniz ve ark. 2003, Viguera ve ark. 2011, Bergink ve ark. 2012). Gebelik döneminde duygudurum epizodu olanlardaki yüksek risk, gebelik sırasındaki duygudurum stabilizasyonunun sadece gebelik dönemi için değil, postpartum dönem için de önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, planlanmamış gebelik olanlarda hem gebelikte hem postpartum dönemde anlamlı ölçüde daha düşük rekürrens saptanmıştır. Planlanmış gebelik, postpartum rekürrens için bağımsız bir etken iken gebelikteki rekürrens için bağımsız bir etken olarak bulunmamıştır. Veri formundaki planlı gebelik ile ilgili soru, hastaların, gebeliğe önceden hazırlık yapılarak tedavi düzenlenmesi için bir psikiyatri uzmanının önerisini alıp almadıklarını saptamak için sorulmamıştır. Soru formunda “gebelik öncesi psikiyatri ile planlama” ayrı bir başlıkta değerlendirilmiş ve bu değişkenle gebelik ve postpartum dönemdeki rekürrens arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmalarda peripartum rekürrens ile planlanmamış gebelik arasındaki ilişki net olarak gösterilememiştir. Viguera ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada anlamlı ama bağımsız olmayan bir ilişki saptanırken, Bergink ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmalarda bildirilen planlanmamış gebeliklerdeki yüksek rekürrens; gebe kaldığını öğrendiğinde ilaçların birden bırakılması ve istenmeyen gebeliğin getirdiği stres yüküne bağlanmıştır. Nitekim, evlilik dışı gebeliklerin, gebelikteki rekürrens için risk faktörü olduğu bilinmektedir (Viguera ve ark. 2011). Çalışmamızdaki bu farklılık kültürel etmenlerle ilişkili olabilir. Toplumumuzda hastalar mevcut ruhsal hastalığı veya farklı sebeplere bağlı olarak gebelik istemese de aile ve sosyal çevrenin isteği ile gebelik kararı verebilir, böylece planlanmış bir gebelik olsa bile stres yükü fazla olabilir. Planlanmamış gebelikler ise, gebeliklere karşı yüksek toplumsal onaylanmaya bağlı olarak, stres kaynağı

olmaktan çıkabilir. Ayrıca, planlanmış gebeliklerde, hastaların gebelik planı ile birlikte psikotrop tedavileri bırakması ve buna bağlı olarak gebeliğe kadarki tedavisiz sürenin uzaması da planlanmış gebeliklerdeki yüksek rekürrens oranlarını açıklayabilir. Bir başka etken de, mevcut ruhsal hastalığına karşı içgörüsü yetersiz olan hastaların, hastalığı dikkate almadan gebelik düşünmesi olabilir. Bu hasta grubunda hastalık şiddeti ile bağlantılı olarak daha yüksek rekürrens görülebilir.

Gebelikte ve postpartum dönemde profilaktif psikotrop kullanımının daha düşük postpartum rekürrensle ilişkisini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Wesseloo ve ark. 2016, Uğuz 2020). Çalışmamızda gebelikte psikotrop kullanımı ile postpartum rekürrens arasında bir ilişki saptanmamış, postpartum ilaç kullanımı ise postpartum rekürrens görülen hasta grubunda anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Bu veri literatür ile ilk bakışta çelişkili gözükmemekte ise de; çalışmamızda profilaktif ilaç kullanımı ile tedaviye yönelik ilaç kullanımı arasında bir ayrım yapılmamış olması, bu durumu açıklayabilir. Duygudurum epizodu sonrasında başlanan ilaç tedavisi de psikotrop tedavi kullanımı kategorisinde değerlendirildiği için, postpartum rekürrens olan hasta grubunda saptanan daha yüksek orandaki psikotrop kullanımı ile olan ilişki açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda postpartum rekürrens olanlarda anlamlı derecede daha düşük emzirme oranları saptandı. Psikotrop kullanımı olan hastalarda emzirme kararı, hem hasta hem de klinisyen için ciddi bir sorundur. Tedavi kararı verilirken temel olarak ilaç tedavisinin bebeğe olan etkisinden daha çok hastanın tedaviye gereksinimi dikkate alınmalıdır (Uğuz 2017). Çalışmamızda tüm olgulardaki emzirme oranı %84, postpartum psikotrop kullanımı olanlarda ise bu oran %34 olarak bulundu. Postpartum rekürrens ile emzirme arasında bulduğumuz anlamlı ilişki, postpartum epizodu olanlarda başlanan ilaç tedavisine bağlı bu hastaların emzirmeyi bırakmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda BPB alt tipi ile postpartum rekürrens arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda BPB alt tipinin BPIB olması postpartum rekürrens için daha riskli bulunmuş (Di Florio ve ark. 2013, Maina ve ark. 2014) olsa da, başka çalışmalarda bu bilgi desteklenmemiştir (Viguera ve ark. 2011, Wesseloo ve ark. 2016).

5.3 Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızın başlıca sınırlılıkları; görece küçük örnekleme sahip olması, retrospektif özellikte bir çalışma olması ve hastaların geçmiş hastalık bilgilerini hatırlamasına dayalı bir çalışma olmasıdır.

Retrospektif nitelikte bir çalışma olmasına rağmen veriler arşiv taraması ile değil yüz yüze yapılan klinik görüşmede alınmıştır. Bu nedenle geniş klinik bilgilerin elde edilmesi mümkün olmuştur. Rekürrensin prediktörlerinin gebelik ve postpartum dönem için ayrı ayrı belirlenmesi ve çok sayıda olası değişkenin bir arada değerlendirilmesi çalışmamızın güçlü yönlerinden sayılabilir.



6. SONUÇLAR

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, gebelikte ve postpartum dönemdeki duygudurum epizodlarının birbirinden farklı etkenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. BPB'nin gebelik dönemindeki rekürrensi ile ilgili bulgularımız, gebelikten önceki son duygudurum epizodunun önemini göstermektedir. Postpartum dönemde duygudurum epizodu olması, gebelikteki rekürrens için önemli bir etken gibi görünmektedir. Bulgularımız, BPB'nin postpartum dönemdeki rekürrensi ile; daha çok epizod sayısı ve en az bir epizodda psikotik özellik olması gibi özelliklerin ilişkili olabileceğini göstermektedir. Konu ile ilgili daha büyük örneklemli ileriye dönük izlem çalışmalarının yapılması gerekmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Akdemir D. Bipolar Affektif Bozukluğun Nörobiyolojisi Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi; 2002; 9(2):110-7
- Akdeniz F, Vahip S, Pirildar S, Vahip I, Doganer I, Bulut I. Risk factors associated with childbearing-related episodes in women with bipolar disorder. Psychopathology. 2003 Sep-Oct;36(5):234-8. doi: 10.1159/000073448. PMID: 14571052.
- Akdeniz F, Aldemir A. Gebelik ve Lohusalıkta Bipolar Bozukluk ve Gebelik Düşünen Hasta ve Ailesine Kılavuzluk. Psikiyatride Güncel. 2017, 7(3):211-20.
- Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB.et al.Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys.Mol Psychiatry. 2011; 16(12):1234-46
- American Psychiatric Association (APA) (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, American Psychiatric Association Mental Hospital Service.
- American Psychiatric Association (APA) (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.th ed. Text Revision Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Annagür BB, Zincir S, Bez Y, İnanlı İ, Şahingöz M, Ateş N, Alpak G. Social and Reproductive Lives of Women with Bipolar Disorder: A Descriptive Study from Turkey. Journal of Mood Disorders 2013;3:11-6.
- Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biol Psychiatry. 2000; 48(6): 445–57.
- Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. 2021 Mar 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 32119433.
- Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengevel KM, Steegers EA, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. Am J Psychiatry. 2012 Jun;169(6):609-15. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11071047. PMID: 22407083.
- Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. Am J Psychiatry. 2016 Dec 1;173(12):1179-1188.

- Blanco C, Compton WM, Saha TD, Goldstein B, Ruan WJ, Huang B, ve ark. Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions- III. J. Psychiatr. Res. 2017;84, 310–317.
- Brockington IF, Oates M, Rose G. Prepartum psychosis. J Affect Disord. 1990 May;19(1):31-5.
- Cankorur VŞ, İlhan RS. Bipolar Bozukluk Tip-II Tanı ve Tedavi El Kitabı.1.Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi 19; 2015.6 p.
- Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics & Gynaecology, 2006; 16(1): 14–20.
- Carvalho AF, McIntyre RS, Dimelis D, Gonda X, Berk M, Nunes-Neto PR, Cha DS, Hyphantis TN, Angst J, Fountoulakis KN. Predominant polarity as a course specifier for bipolar disorder: a systematic review. J Affect Disord. 2014 Jul;163:56-64. doi: 10.1016/j.jad.2014.03.035. Epub 2014 Mar 28. PMID: 24836088.
- Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 4. Cilt. 1. baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın; 2001. 1-7.
- Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. Trends Genetic, 2009; 25(2), 99-105.
- Çakır S. Bipolar Bozukluk Tip-II Tanı ve Tedavi El Kitabı.1.Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi 19; 2015. 6.
- Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, Jones I. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. JAMA Psychiatry. 2013 Feb;70(2):168-75. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.279. PMID: 23247604.
- Di Florio A, Gordon-Smith K, Forty L, et al. Stratification of the risk of bipolar disorder recurrences in pregnancy and postpartum. Br J Psychiatry. 2018;213(3):542-547. doi:10.1192/bjp.2018.92
- Doğan O. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi: Psikiyatrik Epidemiyoloji, Esform Ofset, Sivas, 2011. S. 253-66.
- Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası, 1995.
- Dunayevich E, Keck PE. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. Curr Psychiatry Rep 2000; 2:286- 290
- Fountoulakis KN ve ark. A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. Bipolar Disord, 2013. 15: s. 115-37.
- Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, Keck PE Jr. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. J Clin Psychiatry. 2002 Apr;63(4):284-7. doi: 10.4088/jcp.v63n0403. PMID: 12004800.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry. 1995; 152:1635-40.
- Goldney RD. From mania and melancholia to the bipolar disorders spectrum: a brief history controversy. Aus Nzb Psychiatry 2012; 46(4):306-12.
- Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. New York: Oxford University Press; 2007.

- Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016 Apr 9;387(10027):1561-1572.
- Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, Robertson C. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2000 Dec;61(1-2):31-9.
- Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, Cnattingius S, Joffe H, Hultman CM. Incidence of Hospitalization for Postpartum Psychotic and Bipolar Episodes in Women With and Without Prior Prepregnancy or Prenatal Psychiatric Hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):42–48. doi:10.1001/archpsyc.64.1.42
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: s. 205–8
- Heron J, Craddock N, Jones I. Postnatal euphoria: are 'the highs' an indicator of bipolarity? *Bipolar Disord*. 2005 Apr;7(2):103-10.
- Hibar, DP, Westlye, L.T., van Erp, T.G., Rasmussen, J., Leonardo, C.D., Faskowitz, J., (2016) Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Molecular Psychiatry* 21(12):1710-6.
- Hibar DP, Westlye LT, Doan NT, Jahanshad N, Cheung JW, Ching CRK,. Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Mol Psychiatry*. 2018 Apr;23(4):932-942.
- Holma KM ve ark. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and majör depressive disorder. *Bipolar Disord*, 2014. 16: s. 652-61.
- Işık E, Uzbay T.Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Ankara. Golden Medya 2008.
- Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Erbuto D, Caltagirone C, Girardi P, Spalletta G. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:92-7.
- Judd LL ve ark. Long-Term-Symptomatic Status of Bipolar I vs Bipolar II Disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2003. 6: s. 127-37.
- Karamustafalıoğlu KO. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri. 2018.
- Kennedy N, ve ark. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35 year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry*, 2005. 162: 257-62.
- Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, Klipstein K, Albertini ES, Lusskin SI. Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Feb;18(2):13.
- Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, de Haan L, Sturkenboom MC. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord*. 2013; 15: 306-313.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:145-2.

- Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry*. 1997 Dec;171:550-5.
- Larsen ER, Saric K. Pregnancy and bipolar disorders: the risk of recurrence when discontinuing treatment with mood stabilizers: a systematic review. *Acta Neuropsychiatrica* 2016.
- Maina G, Rosso G, Aguglia A, Bogetto F. Recurrence rates of bipolar disorder during the postpartum period: a study on 276 medication-free Italian women. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Oct;17(5):367-72. doi: 10.1007/s00737-013-0405-4. Epub 2014 Jan 22. PMID: 24449192.
- Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68(3): 241-251.
- Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:199–235.
- Morken G, Vaaler AE, Folden GE, Andreassen OA, Malt UF. Age at onset of first episode and time to treatment in in-patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2009 Jun;194(6):559-60.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Feb;66(2):189-95. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.528. PMID: 19188541.
- Murray, C.J., Atkinson, C., Bhalla, K. (2013) The state of US health, 1990-2010:burden of diseases, injuries and risk factors. *JAMA* 310:591.
- Newport DJ, Stowe ZN, Viguera AC, Calamaras MR, Juric S, Knight B, Pennell PB, Baldessarini RJ. Lamotrigine in bipolar disorder: efficacy during pregnancy. *Bipolar Disord*. 2008 May;10(3):432-6. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00565.x. PMID: 18402631.
- Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.13.Baskı. Nobel Tıp Kitapları, Ankara 2015.
- Pacchiarotti I, León-Caballero J, Murru A, Verdolini N, Furio MA, Pancheri C, Valentí M. Mood stabilizers and antipsychotics during breastfeeding: Focus on bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016 Oct;26(10):1562-78.
- Patelis-Siotis I. Cognitive-behavioral therapy: applications for the management of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001;3:1-10.
- Pezzoli S, Emsell L, Yip SW, Dima D, Giannakopoulos P, Zarei M. Meta-analysis of regional white matter volume in bipolar disorder with replication in an independent sample using coordinates, T-maps, and individual MRI data. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 Jan;84:162-170.
- Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicality, and tolerance phenomena. *Neurosci Biobehav Rev*. 2007; 31(6):858-73.
- Psychiatric GCBWDG. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. *Nature Genetics* 2011;43(10):p. 977-83.

- Perlis LH Ve Ark. Predictors Of Recurrence İn Bipolar Disorder: Primary Outcomes From The Systematic Treatment Enhancement Program For Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, 2006. 163: S.217-24.
- Popovic D, Torrent C, Goikolea JM, Cruz N, Sánchez-Moreno J, González-Pinto A, Vieta E. Clinical implications of predominant polarity and the polarity index in bipolar disorder: a naturalistic study. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 May;129(5):366-74. doi: 10.1111/acps.12179. Epub 2013 Jul 19. PMID: 23865756.
- Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020 Mar;49(2):127-136.
- Rosa AR, Andreazza AC, Kunz M, Gomes F, Santin A, Sanchez-Moreno J, Reinares M, Colom F, Vieta E, Kapczinski F. Predominant polarity in bipolar disorder: diagnostic implications. *J Affect Disord*. 2008 Apr;107(1-3):45-51. doi: 10.1016/j.jad.2007.07.021. Epub 2007 Sep 4. PMID: 17804081.
- Ruzicka, W.B. (2015) Epigenetic mechanisms in the pathophysiology of psychotic disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 23:212.
- Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; Eighth Edition*, Lippincott Williams & Wilkins. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. Türkçe 11. Baskı, Bozkurt A. (Çeviri Ed.) Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2016.
- Salim M, Sharma V, Anderson KK. Recurrence of bipolar disorder during pregnancy: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2018 Aug;21(4):475-479. doi: 10.1007/s00737-018-0831-4. Epub 2018 Mar 17. PMID: 29549439.
- Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Bipolar II postpartum depression: Detection, diagnosis, and treatment. *Am J Psychiatry*. 2009 Nov;166(11):1217-21.
- Sharma V, Khan M. Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression. *Bipolar Disord*. 2010 May;12(3):335-40.
- Sharma V, Sommerdyk C, Xie B, Campbell K. Pharmacotherapy of bipolar II disorder during and after pregnancy. *Curr Drug Saf*. 2013 Sep;8(4):246-52. doi: 10.2174/15748863113089990037. PMID: 23859430.
- Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Apr;17(2):171-3.
- Sharma V, Pope CJ. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2012 Nov;73(11):1447-55.
- Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006 May;15(4):352-68.
- Stevens AWMM, Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein EAM, Draisma S, Honig A, Kupka RW. Risk of recurrence of mood disorders during pregnancy and the impact of medication: A systematic review. *J Affect Disord*. 2019 Apr 15;249:96-103. doi: 10.1016/j.jad.2019.02.018. Epub 2019 Feb 7. PMID: 30769297.

- Stewart DE, Klompenhouwer JL, Kendell RE, van Hulst AM. Prophylactic lithium in puerperal psychosis. The experience of three centres. *Br J Psychiatry*. 1991 Mar;158:393-7. doi: 10.1192/bjp.158.3.393. PMID: 1903666.
- Stowe ZN. The use of mood stabilizers during breastfeeding. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:22–38
- Trede K, Baldessarini RJ, Viguera AC, Bottero A. Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(2):157-65.
- Uğuz F, Sharma V. Mood stabilizers during breastfeeding: a systematic review of the recent literature. *Bipolar Disord*. 2016 Jun;18(4):325-33.
- Uğuz F. Gebelik ve Postpartum Dönemde Psikiyatrik Bozukluklar Klinik ve Tedavi Başvuru Kitabı. İstanbul Tıp Kitabevleri; 1. Baskı: 2017.
- Uğuz F. Pharmacological prevention of mood episodes in women with bipolar disorder during the perinatal period: A systematic review of current literature. *Asian J Psychiatr*. 2020 Aug;52:102145. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102145. Epub 2020 May 12. PMID: 32516746.
- van Gent EM, Verhoeven WM. Bipolar illness, lithium prophylaxis, and pregnancy. *Pharmacopsychiatry*. 1992 Jul;25(4):187-91. doi: 10.1055/s-2007-1014404. PMID: 1528958.
- Vazquez GH ve ark. Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depress Anxiety*, 2014. 31: s. 196-206.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996 Jul 24-31;276(4):293-9. PMID: 8656541.
- Vieta E, Berk M, Wang W, Colom F, Tohen M, Baldessarini RJ. Predominant previous polarity as an outcome predictor in a controlled treatment trial for depression in bipolar I disorder patients. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1-3):22-7. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.028. Epub 2009 Mar 26. PMID: 19324419.
- Vieta E, Moralla C. Prevalance of mixed mania using 3 definitions. *J Affect Disord* 2010. 125: s. 61-73.
- Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry*. 2000 Feb;157(2):179-84. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.179. PMID: 10671384.
- Viguera AC, Cohen LS, Bouffard S, Whitfield TH, Baldessarini RJ. Reproductive decisions by women with bipolar disorder after prepregnancy psychiatric consultation. *Am J Psychiatry*. 2002 Dec;159(12):2102-4.
- Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, Zurick A, Cohen LS. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*. 2007 Dec;164(12):1817-24.
- Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry*. 2011 Nov;168(11):1179-85.

- Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016 Feb 1;173(2):117-27. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15010124. Epub 2015 Oct 30. PMID: 26514657.
- Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Relationship of psychiatric illness to childbearing status: a hospital-based epidemiologic study. *J Affect Disord*. 1993 May;28(1):39-50. doi: 10.1016/0165-0327(93)90075-u. PMID: 8326079.
- Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, Eng HF, Luther JF, Wisniewski SR, Costantino ML, Confer AL, Moses-Kolko EL, Famy CS, Hanusa BH. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013 May;70(5):490-8.
- World Health Organization. Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1992.
- Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 4. Baskı, Ankara, 2014.

Ek 1: HASTA VERİ FORMU

1- GENEL DEMOGRAFİK BİLGİLER

Değerlendirme tarihi:

Şimdiki yaşı:

Çocuk sayısı:

Eğitim durumu: 1. ilkokul 2. ortaöğretim 3. üniversite

Medeni hal (şu an): 1. evli 2. bekar

Çalışma durumu: 0. çalışmıyor 1 çalışıyor

2- GEÇMİŞ HASTALIK BİLGİLERİ

Tanı alma yaşı:

Toplam hastalık süresi (şu ana kadar):

Alt tip: tip 1 tip 2 diğer

İlk epizod tipi: (postpartum ve/veya gebelikte ise belirtiniz:)

Toplam epizod sayısı: toplam:

1) manik(sayı): 2) hipomanik(sayı):

3) depresif(sayı): 4) mikst(sayı):

Mevcut gebeliğe kadar geçirdiği epizod sayısı: toplam:

1) manik(sayı): 2) hipomanik(sayı):

3) depresif(sayı): 4) mikst(sayı):

İlk gebelik dönemine kadar geçirdiği epizod sayısı: toplam:

1) manik(sayı): 2) hipomanik(sayı):

3) depresif(sayı): 4) mikst(sayı):

Toplam psikiyatri kliniği yatış sayısı:

Yaşam boyu duygudurum ataklarının yaygın polaritesi:

1) manik 2) hipomanik 3) depresif 4) mikst

Gebelikten önce ataklar arası rezidüel belirti: 0. Yok 1. Var

Gebelikten önce ilaç kesimi ile atak arasında geçen en kısa süre (ay olarak):

Gebelikten önce hızlı döngülülük: 0. Yok 1. Var

Gebelikten önce mevsimsel özellik: 0. Yok 1. Var

En az bir atakta psikotik özellik: 0. Yok 1. Var

Gebelikten önce suisid girişimi öyküsü: 0. Yok 1. Var

Gebelikten önce psikiyatri yatış öyküsü: 0. Yok 1. Var **varsa sayısı:**

Gebelikten önce komorbid psikiyatrik hastalık: 0. Yok 1. Var

varsa: 1. OKB 2. YAB 3. PB 4.

TSSB

Ataklarda genel olarak tedaviye yanıt hızı: 1. hızlı ve kolay düzelir (1 hafta içinde) 2. orta düzeyde (1-3 hafta içinde) 3. zor düzelir (3 haftadan uzun)

3- AİLE ÖYKÜSÜ

Ailede bipolar bozukluk öyküsü:

1. derece yakında : 0. Yok 1. Var

Diğer akrabalarda: 0. Yok 1. Var

Ailede gebelikte duygudurum bozukluğu öyküsü:

1. derece yakında: 0. Yok 1. Var

Diğer akrabalarda: 0. Yok 1. Var

Ailede postpartum duygudurum bozukluğu öyküsü:

1. derece yakında: 0. Yok 1. Var

Diğer akrabalarda: 0. Yok 1. Var

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

1.Derece yakında: 0. Yok 1. Var

Diğer akrabalarda: 0. Yok 1. Var

4. GENEL GEBELİK BİLGİLERİ

Gebelik yaşı:

Kaçıncı gebelik:

Cinsiyet: 1. kız 2. erkek

Doğum ağırlığı:

Doğum şekli: 1. normal 2. sezaryen

Doğum haftası:

Gebelik şekli: 1.tekil gebelik 2. çoğul gebelik (....)

Planlı gebelik mi? 0. Hayır 1. Evet

Annede gebelik dönemi komplikasyonu (preeklampsi, düşük tehditi, plasenta anormalliği vb):

0. Yok 1. Var

Bebekte doğum sırası/sonrası komplikasyonu:0. Yok 1. Var

Bebekte doğum sonrası tanı alan hastalık: 0. Yok 1. Var

Emzirme: 0. Yok 1. Var

5- GEBELİK ÖNCESİ SON ATAK BİLGİLERİ

Gebelik öncesi en son duygudurum atağı gebelikten ne kadar önce (ay olarak):

Atak tipi: 1.manik 2. hipomanik 3. depresif 4. mikst 5. diğer (.....)

Hızlı döngülülük: 0. Yok 1. Var

Psikotik özellik: 0. Yok 1. Var

Hastane yatışı: 0. Yok 1. Var varsa kaç tane?:.....

Suisid girişimi : 0. Yok 1. Var

Düzelme şekli: 1. tedavisiz 2. tedavi ile

Düzelme süresi (gün):

Atak sebebi: 1. ilaç tam kesimi 2. ilaç düzensiz alımı 3. ilaç düzenli
varsa ilaç kesimi ile son atak arasında geçen süre (hafta):

Son atak sırasında ilaç kullanım profili: 1. tek DDD 2. ikili DDD 3. tek DDD+AP
4. ikili DDD+AP 5.sadece AP

Gebelik öncesi ilaç kullanım profili: 1. tek DDD 2. ikili DDD 3. tek DDD+AP 4. ikili
DDD+AP 5.sadece AP

Son ataktan sonra gebeliğe kadar remisyon süresi (hafta):

Gebelik öncesi rezidüel belirti: 0. Yok 1. Var

6- SON GEBELİKTE ve POSPARTUM DÖNEMDE HASTALIK BİLGİLERİ

Son gebelik şekli: 1. psikiyatri ile planlama var 2. psikiyatri ile planlama yok

Gebelik öncesi ilaç kesilmiş mi? : 0. hayır 1. evet

Evetse: 1. kısmi 2. tüm ilaçlar

Evetse:gebelikten ne kadar önce (hafta):

Gebelik döneminde ilaç kesilmiş mi? : 0. hayır 1. evet

Evetse: 1. kısmi 2. tüm ilaçlar

Evetse:kaçıncı gebelik haftasında:

Son gebelikte duygudurum atağı: 0. Yok 1. Var

Varsa:

Tipi: 1. manik 2. hipomanik 3. depresif 4. mikst 5.diğer (.....)

Atak süresi (gün):

Kaçıncı trimestrde?:a. 1 b. 2 c. 3

Hızlı döngülülük: 0. Yok 1. Var

Psikotik özellik: 0. Yok 1. Var

Hastane yatışı: 0. Yok 1. Var (varsa kaç tane?:

Suicid girişimi: 0. Yok 1. Var atak süresi (gün).....

Tedavisiz düzelme oldu mu? 0. hayır 1 evet

Varsa tedavi şekli:1. AP 2. DDD 3. AP+DDD 4. EKT

Atak şiddeti hasta öznel bildirimi (gebelik öncesi ataklarla karşılaştırıldığında):1. daha hafif 2. benzer şiddette 3. daha şiddetli

Son gebelikte psikotrop kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa:

Duygudurum düzenleyici kullanımı: 0. Yok 1. Var

(Lityum – Valproat – Karbamazapin) doz: (.....)

Kaçıncı trimestrde: a. 1 b.2 c.3 d.1 ve 2 e. 2 ve 3 f. 1,2 ve 3

Antipsikotik kullanımı: 0. Yok 1. Var

(Olanzapin – Haloperidol – Katiapin – Risperidon) doz: (.....)

Kaçıncı trimestrde: a. 1 b.2 c.3 d.1 ve 2 e. 2 ve 3 f. 1,2 ve 3

Antidepresan kullanımı: 0. Yok 1. Var

(Essitalopram – Sertralin -Paroksetin) doz: (.....)

Kaçıncı trimestrde: a. 1 b.2 c.3 d.1 ve 2 e. 2 ve 3 f. 1,2 ve 3

Hipnotik kullanımı: 0. Yok 1. Var

(benzodiyazepin – antidepresan – antipsikotik) doz: (.....)

Kaçıncı trimestrde: a. 1 b.2 c.3 d.1 ve 2 e. 2 ve 3 f. 1,2 ve 3

Postpartum ilk 6 ay duygudurum atağı: 0. Yok 1. Var

Varsa:

Tipi:1. manik 2. hipomanik 3. depresif 4. mikst 5.diğer (.....)

Atak süresi (gün):

Ne zaman?(hafta, rakam):

Hızlı döngülülük: 0. Yok 1. Var

Psikotik özellik: 0. Yok 1. Var

Hastane yatışı: 0. Yok 1. Var (varsa kaç tane?:)

Suisid girişimi: 0. Yok 1. Var

Tedavisiz düzelme oldu mu? 0. hayır 1 evet

Varsa tedavi şekli:1. AP 2. DDD 3. AP+DDD 4. EKT

Atak şiddeti hasta öznel bildirimi (gebelik öncesi ataklarla karşılaştırıldığında): 1. daha hafif 2. benzer şiddette 3. daha şiddetli

Postpartum ilk 6 ay psikotrop kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa:

Duygudurum düzenleyici kullanımı: 0. Yok 1. Var

(Lityum – Valproat – Karbamazapin) doz: (.....)

Ne zaman?a. İlk hafta b. 1-4 hafta c. 1-3 ay d. 3-6 ay

Antipsikotik kullanımı: 0. Yok 1. Var

(Olanzapin – Haloperidol – Katiapin – Risperidon) doz: (.....)

Ne zaman?a. İlk hafta b. 1-4 hafta c. 1-3 ay d. 3-6 ay

Antidepresan kullanımı: 0. Yok 1. Var

(Essitalopram – Sertralin – Paroksetin) doz: (.....)

Ne zaman?a. İlk hafta b. 1-4 hafta c. 1-3 ay d. 3-6 ay

Hipnotik kullanımı: 0. Yok 1. Var

(benzodiyazepin – antidepresan – antipsikotik) doz: (.....)

Ne zaman?a. İlk hafta b. 1-4 hafta c. 1-3 ay d.