

# Gözden Kaçan Tanı: Bipolar Depresyon

*Depresyon gibi görünür — ama biyolojisi ve tedavisi bambaşkadır.*

Kaydır → 13 Slayt

# Yıllarca 'yanlış' tedavi edilebilir

~9  
yıl

İlk depresif ataktan doğru bipolar tanısına kadar geçen **ortalama gecikme**.



≈ dördte biri

Bipolar bozukluğu olanların önemli bir kısmı, mani/hipomani ortaya çıkana dek unipolar depresyon (major depresyon) tanısı alır.



**İlk atak = depresyon**

Bipolarda en sık ilk tablo depresyondur; belirtiler major depresyona çok benzer, bu da ayrımı zorlaştırır.

# Bipolar bozukluk, bir 'irade' meselesi değildir



Bipolar bozukluk, güçlü **genetik-nörobiyolojik** temeli olan bir beyin hastalığıdır. Bir karakter zayıflığı ya da tercih değildir.

## Yüksek kalıtsallık

İkiz ve aile çalışmalarında kalıtsallık genellikle yaklaşık %60–80 aralığında bildirilir — psikiyatrinin en kalıtsal tablolarından biri.

## Poligenik mimari

En büyük GWAS'ta 64 risk lokusu; sinaptik sinyal ve prefrontal korteks nöronlarında zenginleşme saptandı.

## Devre düzeyinde

Bulgular; duygudurum, ödül ve dürtü denetimini yöneten kortiko-limbik/striatal devrelere işaret ediyor.

# Aynı görünür — ama aynı hastalık değildir

Bipolar hastalarda semptomatik zamanın yaklaşık %75'i depresif kutupta geçer. Bu tablo major depresyona çok benzediği için ayırım zordur — ama şu ipuçları uyarıcı olabilir:



Erken başlangıç (genç yaş)



Çok sayıda, yineleyen depresif atak



Hipersomni ve psikomotor yavaşlama



Belirgin mizaç dalgalanması



Ailede bipolar / duygudurum öyküsü



Geçmiş intihar girişimi öyküsü

**Not:** Hiçbir ipucu tek başına tanı koydurmaz; ayırım ancak dikkatli klinik değerlendirmeye yapılır.

# Yanlış çerçeve, yanlış ilaç



Bipolar depresyon **tek başına klasik antidepresanla** tedavi edildiğinde, bir kısım hastada maniye/hipomaniye kayma (switch) riski gündeme gelir.

## Monoterapi riski

Duygudurum dengeleyici olmadan verilen antidepresan monoterapisi, bir kayıt çalışmasında mani riskini yaklaşık 2,8 kat artırmış; dengeleyici eklendiğinde bu artış görülmemiştir.

## Kılavuz duruşu

Bu nedenle uluslararası kılavuzlar (ISBD, CANMAT) bipolar depresyonda antidepresan monoterapisini önermez — ancak duygudurum dengeleyici altında seçili hastada ek olarak düşünülebilir.

# Stimulanı başlamadan önce durun



**~6,7 kat**

Duygudurum dengeleyici KULLANMAYAN bipolar hastalarda, metilfenidat monoterapisinden sonra ilk 3 ayda mani riski

## Dengeleyici altında risk yok

Aynı çalışmada, duygudurum dengeleyici ile birlikte kullanıldığında metilfenidatın mani riskini artırdığına dair kanıt bulunmamıştır. Sorun ilacın kendisi değil, ilacın bipolar tabloda 'yalnız' verilmesidir.



**Neden önemli?** Bipolar hastaların yaklaşık %20'sinde komorbid DEHB görülebilir. DEHB belirtileri öne çıktığında, altta yatan bipolar tablo kolayca atlanabilir. Bu yüzden stimulan monoterapisi başlanmadan önce bipolar bozukluğun dışlanması önerilir.

# Kesinlik değil, dikkatli denge



## Antidepresan 'switch' riski tartışmalıdır

Monoterapi ve eski çalışmalar risk gösterir; ancak yeni bir ağ meta-analizinde (2025) hiçbir antidepresan plaseboya göre anlamlı yüksek mani riski göstermedi ve büyük bir 'hedef-deneme' çalışması riski ihmal edilebilir buldu. Kesin ifade yerine bireysel değerlendirme gerekir.

## Lityum ve intihar: güçlü ama tam kesin değil

Gözlemsel veriler ve bir meta-analiz (OR 0,13; Scite: 14 destekleyen / 0 çelişen atıf) lityumun intihar riskini azalttığına işaret eder. Yine de en büyük randomize çalışma (VA, 2021), 'olağan tedaviye lityum eklemek' basit yaklaşımıyla anlamlı fark bulamadı.

# İlaç tedavisi temeldir; psikoterapi değerli bir EK'tir



## Temel: İlaç tedavisi

**Bipolarda farmakoterapi tedavinin temelidir.** Duygudurum dengeleyiciler ve seçili antipsikotikler; atakları kontrol eder, nüksü ve uzun vadeli riskleri azaltır. Aktif bipolar depresyonda bu temel olmadan diğer yaklaşımlar yetersiz kalır.



## Ek: Psikoterapi

BDT, aile odaklı terapi ve psikoeğitim; ilaca EK olarak **nüksü anlamlı azaltır** (meta-analizde ~%44 daha düşük nüks olasılığı). Ama tek başına, aktif bipolar depresyonun temel tedavisi değildir.

**Özet:** Klasik psikoterapi 'yerine geçen' değil, ilacın üzerine 'eklenen' bir katmandır. Aktif bipolar depresyonda önce doğru biyolojik tedavi kurulur; psikoterapi bu temelin üstüne oturur.

# Etkinliği gösterilmiş seçenekler var

101 randomize çalışmayı birleştiren geniş bir ağ meta-analizinde, akut bipolar depresyonda plaseboya üstün bulunan ajanlar:

## Ketiapin

Bipolar I ve II depresyonda monoterapi olarak etkili.

## Lurasidon

Depresif belirtilerde etkili; görece olumlu metabolik profil.

## Kariprazin

Bipolar I depresyonda 1,5 mg/gün etkili bulundu.

## Olanzapin-fluoksetin

Ağ meta-analizinde en yüksek etki büyüklüklerinden biri.

## Lamotrijin

Etkisi daha mütevazı; düşük 'switch' riskiyle öne çıkar.

## Lityum

Uzun vadeli nüks önlemede en güçlü kanıt; intihar riskinde azalma.

**Önemli:** Antidepresanlar sınıf olarak etkili olsa da, antipsikotiklere kıyasla daha yüksek 'switch' riski taşır. İlaç seçimi hastaya özel yapılmalıdır — bu bir reçete listesi değildir.

# Gözden kaçırmamak için

1

## Depresyonda mani/hipomani geçmişini sorgula

Her depresif tabloda geçmiş yükselme dönemlerini (enerji artışı, azalmış uyku ihtiyacı) mutlaka tara.

2

## Alarm işaretlerini tanı

Erken başlangıç, yineleyen ataklar, ailede bipolar öyküsü, atipik belirtiler → ayrıntılı bipolar değerlendirmesi gerektirir.

3

## Tek başına antidepresan/stimulan başlama

Bipolar dışlanmadan klasik unipolar veya DEHB tedavisine geçme; gerekiyorsa duygudurum dengeleyici koruması sağla.

4

## Risk yüksekse bipolar-spesifik tedaviyi öne al

İntihar riski, psikotik ya da mikst özellikler varsa, bipolar depresyona özgü tedavileri öncelikle düşün.

5

## İlacı temel al, psikoterapiyi ekle

Doğru biyolojik tedavinin üstüne psiko eğitim ve psikoterapi ekleyerek nüksü azalt.

# Bu bir tanı aracı değildir



Bu içerik eğitim amaçlıdır; **kişisel tanı veya tedavi yerine geçmez**. Kendi kendinize ya da bir yakınınıza bipolar tanısı koymaya çalışmayın. Tanı ve ilaç kararları yalnızca yüz yüze değerlendirmeye bir psikiyatrist tarafından verilir.



Bipolar bozukluk yüksek intihar riski taşır (**yaşam boyu yaklaşık %15–20'ye varan bildirimler**). Bu, erken ve doğru tanının neden bu kadar önemli olduğunu gösterir. Uygun tedaviyle risk anlamlı biçimde azaltılabilir.

**Ne zaman başvurmalı?** Depresyonunuz tekrarlıyorsa, tedaviye beklenmedik yanıt veriyorsanız ya da geçmişte enerjinizin/uykunuzun belirgin biçimde değiştiği dönemler olduysa; bir ruh sağlığı uzmanına danışın. Kriz anında bulunduğunuz ülkenin acil hattına başvurun.

# Beş cümlede bipolar depresyon



## Biyolojiktir

Güçlü genetik-nörobiyolojik temeli olan bir beyin hastalığıdır; irade meselesi değildir.



## Kolayca atlanır

Major depresyona benzer; doğru tanı ortalama ~9 yıl gecikebilir.



## Yanlış tedavi zarar verebilir

Klasik unipolar/ DEHB tedavisi tek başına verilince kayma riski gündeme gelir.



## İlaç temeldir

Duygudurum dengeleyici/antipsikotik temeldir; psikoterapi değerli bir ektir.



## Riske göre önceliklendirir

Risk yüksekse bipolar-spesifik tedaviyi öne al; dikkatli analiz şarttır.

S O N U Ç

# Doğru tanındığında, bipolar depresyon yönetilebilir.

*Kilit nokta: acele bir 'depresyon' tanısı yerine, dikkatli bir bipolar değerlendirmesi. Biyolojik tedavi temeldir; risk yüksekse bipolar-spesifik yaklaşım öne çıkar.*

Bilimsel kaynaklar ve makale özetleri için

**alisanburak.com** · ücretsiz indirilebilir

*Doç. Dr. Alışan Burak Yařar · Psikiyatri Uzmanı*

#Bipolar #BipolarDepresyon #Psikiyatri #DuygudurumBozukluđu #RuhSağlığı