

# Bipolar-I Bozukluğu Olan Hastalarda Klinik Özellikler İle Hastalığın Seyri Arasındaki İlişki

## The Association Between The Clinical Features and The Course of The Illness in Patients with Bipolar Disorder

İbrahim Fatih Karababa<sup>1</sup>, Erdinç Çiçek<sup>2</sup>, İsmet Esra Çiçek<sup>3</sup>, Fatih Kayhan<sup>2</sup>, Rüstem Aşkın<sup>2</sup>

Karaman Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği<sup>1</sup>, Karaman Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri AD<sup>2</sup>, Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri AD<sup>3</sup>, Konya

### Özet

Bu çalışmada, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde izlenen Bipolar-I bozukluklu hastaların hastalığın başlangıç belirtileri, tanılma sorunları ve aldıkları ilk tanıları araştırılmıştır. Çalışmamıza Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde, DSM IV- TR Tanı Ölçütlerine göre BP-I bozukluk tanısı almış olan 18 yaşından büyük, en az 5 yıldır düzenli takibi yapılan hastalardan ardışık 179'u dahil edilmiştir. Hastalara konulan ilk tanıları klinik gidiş arasındaki ilişki araştırılmıştır. 179 Bipolar-I bozukluklu hastanın 121'ine (%67.6) başlangıçta farklı tanıları (%34.1 depresyon, %24.0 şizofreni, %9.5 diğer psikiyatrik bozukluklar) konulduğu, ortalama 6.3±7.4 yıl gecikmeyle BP-I tanısı konularak duygudurum düzenleyici ilaçların kullanılmaya başlandığı bulundu. Bipolar-I bozukluklu hastalara, farklı klinik belirtilerinden dolayı yanlış tanıları konulabilmekte ve uygun tedavilerine başlanması gecikebilmektedir. Geç tanı konulması klinik seyri olumsuz etkileyebilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bipolar bozukluk, klinik özellikler, tedavi

### Abstract

In this study, onset of the signs, diagnostic problems and first diagnosis of the bipolar type I patients followed up in psychiatry department of Selçuk University Meram Medical School Hospital were investigated. 179 patients who applied to psychiatry outpatient clinic of Selçuk University Meram Medical School Hospital, consecutively and diagnosed as Bipolar Type I according to the DSM IV Criteria were enrolled. The relation between the first diagnosis of the patients and their clinical course were investigated. 121 (67.6%) of 179 Bipolar I patients had different diagnosis at the beginning (34.1% depression, 24% schizophrenia and 9.5% other psychiatric disorders), BP-I diagnosis was established and mood stabilizer were begun with approximately 6.3 ± 7.4 years delay. Bipolar I patients can be wrongly diagnosed due to the different clinical symptoms and beginning of the appropriate treatments can be delayed. Delayed diagnosis can negatively affect the clinical course.

**Key words:** Bipolar disorder, clinical features, treatment

### GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BPB) belirgin olarak morbidite ve mortaliteye yol açan ciddi bir hastalıktır. BPB epizodik ve yineleyici bir gidiş gösterir. Manik veya karma atak geçiren hastalar bipolar-I (BP-I) bozukluk olarak tanı almakta olup, majör depresif dönemler bulunmasa bile ileride geçirecekleri varsayılabılır. En az bir majör depresif atak ile en az bir hipomanik atak geçiren ve manik ya da karma dönemleri olmayan hastalar bipolar-II (BP-II) bozukluk tanısı alırlar (1). Tüm ataklar göz önüne alındığında, hastalık başlangıcının genç yaşta olması tekrarlama riskini artırır (2). Bir defa manik atak geçiren hastaların % 85 den fazlasında tekrar duygudurum atağı öngörülmektedir (3). Retrospektif çalışmalarda BPB'nin ilk işaretlerinin genellikle 15-19 yaşlarında gözlemlendiği rapor edilmiştir. Çalışmalar ilk semptomların hastaların %50 sinden fazlasında 19 yaşından önce olduğunu göstermekte ve tanı konulduğunda uzun zaman geçmiş olduğunu ortaya koymaktadır (4). BPB'de erken tanı konulması ve tedavi edilmesinin, hastalığın kronikleşmesini ve daha şiddetli geçirilmesini önleyebileceği ileri sürülmüştür. Bu durumun ikincil avantajları ise sosyal fonksiyonların ve hayat kalitesinin düzelmesi olabilir. Ancak erken tanı ve yeterli tedavi yaygın değildir. Tanı koymakta yaşanan zorluklardan dolayı çoğu zaman yanlış tanı konulabilmektedir. Bu tanı sıklıkla UPD olabilmekte ve hastalar antidepresanlarla tedavi

edilebilmekte (5). BPB için erken tanı koyma önemli olmasına rağmen, hastalığın başlangıcıyla, tanı ve tedavi alması arasında epeyce gecikme olmaktadır. Hirschfeld ve arkadaşları (6) yaptıkları bir çalışmada, BPB'nin ilk atağıyla tanı konma arasındaki gecikmenin yaklaşık 10 yıl olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bir başka çalışmada ise, Baldessarini ve ark. (7) 345 BP-I ve BP-II hasta üzerine yaptıkları bir çalışmada, hastalığın başlangıcıyla lityum tedavisi arasında ortalama 8.35 yıl olduğunu bulmuşlar.

Şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar gibi psikotik bipolar bozukluk da sıklıkla yanlış tanı almıştır ve almaya da devam etmektedir. Kreapelin, manik affektif hastalığın etyolojik olarak şizofreniden farklı olduğunu ifade etmekle beraber 1920'deki bir makalesinde, bazen iki hastalığı ayırt etmenin zor olduğunu ifade etmiştir (8). Özellikle de erken başlangıçlı BPB'nin şizofreniden ayrımının zor olabileceği öne sürülmüştür (9). Pek çok çalışmada, manide hezeyanların duygu durum uygunsuzluğu ya da bizar psikotik semptomların (persekyasyon hezeyanları, Schnieder'in birincil semptomları) sıklıkla olabileceği gösterilmiştir. Bir çalışmada hastaların yaklaşık üçte birinde başka bir psikotik bozukluk tanısı almış ve duygu durum ile uygunsuz semptomların daha çok erken başlangıç ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (8). Yapılan bazı araştırmalar, erişkinlerin %20-40'ının hastalığın başlangıç yaşı olarak çocukluk yıllarını bildirdiğini

**Tablo 1.** Şizofreni tanısı aldıktan sonra BPB tanısı alan 43 hastanın klinik ve demografik özellikleri

İntihar girişimi S (%)	13(30.2)
İlk psikiyatrik belirti yaşı	21.58±9.63
DDD tedavisine başlama yaşı	32.53±11.42
Gecikme (yıl)	10.95±8.97
Mani sayısı	1.79±1.81
Depresyon sayısı	1.81±1.63
Karma sayısı	1.02±1.01
Toplam atak sayısı	4.67±2.93
Yıllık frekans	0.93±0.55
Hastaneye yatış	1.63±2.33

göstermektedir. Çocuk ve ergen yaş dönemlerinde mani tanısı koymanın güçlüğü bilinmektedir. Bu çağlarda ortaya çıkan bipolar bozukluk sıklıkla yanlış tanıları almakta ve bu da yanlış tedavi seçimlerine yol açmaktadır (10). Çocuk ve ergenlerde bu teşhisin daha az konulmasının nedenleri arasında farklı klinik görünüm, yaygın bazı bozukluklarla semptomların örtüşmesi, semptom ifadesinin yeterli düzeyde olmaması gibi nedenler sayılabilir. Dokuz yaşından küçük manik çocuklarda huzursuzluk (iritabilite) ve emosyonel labilitenin ön planda olduğu, bu yaşta büyük çocuklarda ise öfori, yükselme, paranoya ve büyüklük hezeyanlarının yaygın olduğu bildirilmiştir. Hiperaktivite, basınçlı konuşma ve dikkat dağınıklığı her iki grupta da eşit ölçüde yaygın bulunmuştur (10). Çocuk ve ergenlerde birçok ortak semptomu paylaşmaları sebebiyle çoğu zaman yanlışlıkla dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı da konulabilmektedir. Werry (11), bipolar ergenlerin yarısından fazlasının ilk görüldüklerinde şizofreni teşhisi aldığını bildirmektedir. Bu çalışmada şizofreni hastaları daha anormal kişilik ve hastalık öncesi daha düşük adaptasyon göstermişse de bipolar bozukluk ile şizofreni bulgularının birbirine çok benzediği bulunmuştur.

Klinik tablonun 'atipikliğine ve sıklıkla şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu tanılarının yanlışlıkla konulmasına rağmen, klinik izlem pek çok olguda hastalığın iki uçlu doğasını açığa çıkarmaktadır (10).

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Çalışma grubu

Çalışmada, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde takip edilmekte olan DSM IV- TR tanı ölçütlerine göre BP-I

**Tablo 2.** Depresyon tanısı aldıktan sonra BPB tanısı alan 61 hastanın klinik ve demografik özellikleri

İntihar girişimi S (%)	19(31.1)
İlk psikiyatrik belirti yaşı	25.34±10.17
DDD tedavisi başlama yaşı	33.11±12.34
Gecikme (yıl)	7.77±7.22
Mani sayısı	1.23±1.52
Depresyon sayısı	2.98±3.25
Karma sayısı	0.75±1.34
Toplam atak sayısı	5.39±5.97
Yıllık frekans	1.07±1.19
Hastaneye yatış	1.13±1.24

**Tablo 3.** İlk olarak BPB tanısı alan 58 hastanın klinik ve demografik özellikleri

İntihar girişimi S (%)	8(13.8)
İlk psikiyatrik belirti yaşı	22.98±8.77
DDD tedavisi başlama yaşı	24.31± 8.27
Gecikme (yıl)	1.32±3.34
Mani sayısı	2.13±1.62
Depresyon sayısı	1.12±0.93
Karma sayısı	0.72±1.03
Toplam atak sayısı	4.00±2.27
Yıllık frekans	0.79±0.47
Hastaneye yatış	0.96±1.05

bozukluk tanısı almış, 18 yaşını doldurmuş ve en az 5 yıldır düzenli takibi yapılmış hastalardan, 1 Mart 2008 ile 1 Aralık 2008 tarihleri arasında kontrole gelmiş olanların ardışık 179'u alındı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. Ayrıca Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kuruluna başvurularak, çalışmamız için onay alındı.

### Veri toplama araçları

Bu araştırmada, katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve hastalığın belirtileri ve seyri belirlemek için tarafımızca hazırlanmış 'hasta bilgi formu', duygudurum ve anksiyete bozukluklarını saptamak için DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version, SCID-I / CV) uygulandı.

### Hasta veri formu

Tarafımızdan oluşturulan formun ilk kısmında hastanın sosyodemografik özellikleri, konulan ilk tanı, tanı gecikme süresi, başlangıç tipi, soygeçmiş, ilk başvuru yeri ve intihar girişimi sorgulanmaktadır. Formun ikinci kısmında ise hastanın son 5 yılda yaşadığı atak tipi, sayısı, süresi, hastane yatışı, remisyona girip girmediği, psikotik atakların varlığı ve özellikleri, uygulanan tedaviler ve son durumları değerlendirilerek hastalığın seyri değerlendirilmeye çalışılmıştır.

### SCID-I / CV

SCID-I, 1997 yılında DSM-IV'e yönelik olarak hazırlanan First ve arkadaşları (12) tarafından geliştirilmiş şu anda veya yaşam boyu birinci eksen tanısı koymaya yönelik yapılandırılmış görüşme formudur. Özkürkçügil ve ark.(13) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve ülkemizdeki güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır. Duygudurum atakları, psikotik ve eşlik eden belirtiler, psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, duygudurum bozuklukları, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşur.

### İstatistiksel analizi

Tüm istatistiksel veriler SPSS programının 16.0 versiyonu ile yapıldı. Sosyodemografik özellikler, rahatsızlığın başlangıç özellikleri, anksiyete bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları eş tanıları, 5 yıllık klinik seyir ve tedavi özellikleri için tanımlayıcı analizler yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher'in Kesin k-kare testi uygulanmıştır. Gruplar arasında ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm testlerde anlamlılık değeri P<0.05 alındı.

### BULGULAR

Çalışmamıza katılan toplam 179 hastanın 92'si (%51.4) kadın, 87'si (%48.6) erkekti. Ortalama yaş 38.04±12.16'ydı(min:18,max:77 yaş). Ortalama öğrenim yılı 8.98±4.38'di. Hastaların 112'si (%62.6) evli, 44'ü

(%24.6) bekar, 23'ü (%12.8) ise eşinden ayrılmıştı. 116 (%64.8) kişi kent veya büyük ilçelerde, 63'ü (%35.2) ise küçük ilçe veya köylerde oturuyordu. Aktif olarak bir iş yerinde çalışanlar 78 (%43.6) kişiyken, çalışmayanlar 101 (%56.4) kişiydi. Hastaların duygudurum bozukluğuna ait bulguların başlama yaşı  $23.4 \pm 9.36$ , ilk defa psikiyatrik tedavi alma yaşı  $24.5 \pm 8.9$ , DDD başlanma yaşı  $29.7 \pm 11.2$ , ortalama gecikme süresi  $6.3 \pm 7.4$  yıl idi. Erken başlangıçlı olanların sayısı 52 (%29.1) idi. Hastalara konulan ilk tanıları bakıldığında; 43 (%24.0) şizofreni, 61 (%34.1) depresyon, 58 (%32.4) BPB ve diğer psikiyatrik bozukluklar 17 (%9.5) idi. Hastaların 116'sında (%64.8) DDD ilaçlar ile tedaviye başlanmamıştı. Bu hastaların 49'u (%27.4) antidepresan, 42'si (%23.5) antipsikotik, 25'i (%14.0) ise her iki tedaviyi bir arada almışlardı. 75 (%41.9) hasta ilk defa rahatsızlıklarında tıp dışı yerlere (Büyücü, hoca vs) başvururken, 32'si (%17.9) psikiyatri dışı hekim ve 72'si (%40.2) ise psikiyatriste başvurmuşlardı. 106 (%59.2) hasta ilk rahatsızlığında önemli yaşam olayları tarif ederken, 73'ü (%40.2) ise herhangi bir sebep gösterememişti. Hastaların ilk dönemlerine ait belirtiler ışığında değerlendirildiğinde 51'i (%28.5) mani, 51'i (%28.5) depresyon, 14'ü (%7.8) psikotik mani, 19'u (%10.6) psikotik depresyon, 12'si (%6.7) karma, 26'si (%14.5) ayırt edilemeyen psikotik atak, 1'i (%0.6) hipomanik oldukları belirlenirken, 5 (% 2.8) hastada atak tipi belirlenemedi. remisyonda, 39'u (%21.9) kısmi remisyonda, 21 (%11.7) depresyonda, 8'i (%4.5) psikotik depresyonda, 10'u (%5.6) manik, 5'i (%2.8) psikotik manik, 10'u (%5.6) karma, 3'ü (%1.7) hipomanik dönemdeydi.

## TARTIŞMA

Bipolar bozukluklu 179 hastamızda hastalığın ortalama başlangıç yaşı  $23.4 \pm 9.36$  idi. Bu bulgu BPB başlangıç yaşını 20 ile 25 arası bildiren birçok araştırmayla uyumludur (14,15,16). Uygun tedavinin ortalama gecikme süresi  $6.3 \pm 7.4$  yıl idi. Tanı koymada gecikme süresini, Baldessarini ve ark.(7) 8.35 yıl, Hirschfeld ve ark.(6) 10 yıl, Hauser ve ark.(4) 6 yıl kadar olduğunu bildirmişlerdir ve bu veriler çalışmamızla uyumludur. Arjantin ve Şili'de yapılmış bir çalışmada (17), hastaların %75'i BPB tanısı konulmadan önce başka tanıları alırken (%62 UPD,%41 şizofreni), Hirschfeld ve ark.(6) yaptığı çalışmada ise bu oran %69'dur (%60 depresyon, %18 şizofreni, %26 anksiyete bozukluğu). Bizim çalışmamızda ise hastaların %67.6'sı BPB tanısı konulmadan önce başka tanıları almışlardı. Çalışmamızda diğer araştırmalara benzer şekilde, şizofreni tanısı, UPD'den sonra en fazla konulan yanlış tanıdır (6,8,17). Hatalı biçimde bipolar hastalara şizofreni tanısı konulmasının farklı nedenleri olabilir. Öncelikle erken başlangıçlı olgularda daha atipik ve psikotik bulgular bulunması (9), klinik özelliklerin zaman içerisinde oturması, tanıda gecikmeye sebep olabilmektedir. Yanlış tanı konulmasından dolayı duygudurum düzenleyicisi başlanmamış olan hastaların %27.4'ü antidepresan, %23.5'i antipsikotik, %14.0'ü ise her iki tedaviyi bir arada almışlardı. DDD kullanılmamasının bu hastalarda prognozu kötü yönde etkilemiş olma ihtimali yüksektir. Hastalarımızda intihar girişim oranlarının, şizofreni tedavisi görenlerde %30.2, UPD tedavisi alanlarda %31.1, diğer tanılarda %23.5 iken, BPB tanısı alanlarda %13.8 olarak tespit edilmiş olması, DDD'lerin tedaviye geç eklenmesinin bir sonucu olarak görülebilir. Hastalar ilk defa rahatsızlıklarında, %41.9'u tıp dışı yerlere (büyücü, hoca vs) başvururken, %17.9'u psikiyatri dışı hekim ve %40.2'si ise ruh sağlığı uzmanına başvurmuşlardı. BPB'li hastalarla yapılmış tıp dışı başvurularla ilgili bir yayın elde edemedik ancak OKB ile ilgili yapılmış bir çalışmanın (18) verileriyle karşılaştırdık. Söz konusu çalışmada Uğuz ve arkadaşları ilk başvuru yeri olarak %36.5 psikiyatri uzmanları, %26.9 psikiyatri uzmanı dışındaki hekimler, %36.5 ise tıp dışı kişiler olduğunu bulgulamıştır. Her iki çalışmanın bulguları

benzemektedir. Çalışmaya alınan 179 BP-I bozuklu hastanın 59'u (%33) ilk defa hastalandıklarında psikotik özellikte atak geçirmişlerdir. Psikotik başlangıçlı olma ile ilk olarak şizofreni tanısı alma ve tanıda gecikme süresinin diğer tanılardan daha uzun süre alması anlamlı ilişkiye sahiptir. Bu hastalarda DDD'lerin tedaviye geç eklenmiş olması da klinik seyri olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada bipolar I bozukluğu olan hastaların %57'si ataklarının önemli bir kısmında psikotik özellik göstermişlerdir. Arjantin ve Şili'de (17) yapılmış bir çalışmada %85, Pinto ve arkadaşlarının çalışmasında (18) %83, 1978 yılında yapılmış bir gözden geçirmede (19) %20-50 oranında BPB'da psikotik özelliklerin bulunduğu dair veriler mevcuttur. Günümüzde yapılan çalışmalarda, önceki çalışmalara göre daha fazla psikotik özellikler tespit edilmiş, önceki tanı ve değerlendirme ölçütlerinin bu olguların şizofreni olarak değerlendirilmesine yol açmasından, bipolar bozukluğun yeterince bilinmemesinden kaynaklanabilir.

Bu çalışma, kesitsel ve geriye dönük olmasından kaynaklanan sınırlılıklarına rağmen, kliniğimizde izlenen 179 Bipolar-I bozukluklu hastanın tanı almasındaki zorluklar, klinik ve tedavi özellikleri ve klinik seyri açısından veriler ortaya koymaktadır. Çalışmamızda 179 Bipolar-I bozukluklu hastanın 121'ine (%67.6) başlangıçtaki klinik belirtilerden dolayı farklı tanıları (%34.1 depresyon, %24.0 şizofreni, %9.5 diğer psikiyatrik bozukluklar) konulmuş ve hastalar ortalama  $6.3 \pm 7.4$  yıl gecikmeyle BP-I bozukluk tanısı ile duygudurum düzenleyici ilaçları kullanmaya başlamışlardır. Bu durum hastalığın seyri olumsuz etki yapabilir.

## KAYNAKLAR

1. Koroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri Temel Kitabı. HSM Basın Yayın 2007
2. Kessing LV. Recurrence in affective disorder. Effect of age and gender. Br J Psychiatry. 1998; 172: 29-34.
3. Solomon DA, Keitner GI, Miller IW, Shea MT, Keller MB. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. J. Clin. Psychiatry. 1995; 56: 5-13.
4. Hauser M, Pfennig A, Özgürdal S, Heinz A, Bauer M, Juckel G. Early recognition of bipolar disorder. European Psychiatry 2007; 22: 92-8
5. Bhugra D, Flick GR. Pathways to care for patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2005; 7: 236-45
6. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J. Clin. Psychiatry. 2003; 64: 161-74
7. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Treatment delays in bipolar disorders. Am. J. Psychiatry. 1999; 156: 811-2
8. Pinto AG, Gutierrez M, Mosquera F, Ballesteros J, Lopez P, Ezcurra J ve ark. First episode in bipolar disorder: misdiagnosis and psychotic Symptoms. Journal of Affective Disorders. 1998; 50: 41-4
9. Carlson GA, Fennig S, Bromet EJ. The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry. 1994; 33: 453-60
10. Sayar K, Öztürk M, Özer ÖA. Üç olgu nedeniyle ergenlik döneminde bipolar bozukluk. Van Tıp Dergisi. 2000; 2: 66-72
11. Werry JS, McClellan JM. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1992; 31: 147-50
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/IV). 1997. Washington D.C: American Psychiatric Press,
13. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Koroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirliği çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999; 12: 233-36.

14. Oral T. İki Uçlu Bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı. 2002: 441-503.
15. Oswald P, Souery D, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Wyckaert S ve ark. Current issues in Bipolar Disorder: A Critical Review. *European Neuropsychopharmacology*. 2007; 17: 687-95
16. Morgan, V. A, Mitchell, P.B, Jablensky, A.V. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disord*. 2005; 7: 326-37
17. Strojilevic S, Retamal Carrasco P. Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centers in Argentine and Chile. *Vertex*. 2004; 14: 245-52
18. Uğuz F, Karababa İF, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2007; 17: 29-33
19. Pope HG, Lipinski JF. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. A reassessment of the specificity of "schizophrenic" symptoms in the light of current research. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1978; 35: 811-28