



**3. PAMUKKALE
PSİKİYATRİ SEMPOZYUMU**
28-30 Kasım 2025, Colossae Termal & Spa Otel, Denizli



ÇOCUK PSİKİYATRİSİNDEN DEVİR OLAN BİPOLAR HASTALARDA TEDAVİYİ DÜZENLEME

Uzm.Dr.Ece Özlem Öztürk*

*SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Geçiş Neyi İfade Eder?

- Gelişimsel değişim
- Aileden ayrışma
- Artan özerklik ihtiyacı
- Eğitim ve kariyer planları¹

Neden Önemli?

- Psikiyatrik bozuklukların çoğu ergenlikte başlar
- Bu bozukluklar erişkinlikte de devam eder
- Planlı ve bireye özel geçiş, işlevsellik ve ruhsal iyilik halini korur²

¹Singh, BMC Health Services Research, 2008, 8, 135.

²Paul, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2015, 20, 436–457.



Beyin Gelişimi Devam Ediyor

- Prefrontal korteks gelişimi ergenlik ve genç erişkinlikte sürer
- Yürütücü işlevler ve duygusal regülasyon bu dönemde tam oturmaz¹

Ne Anlama Geliyor?

- 18 yaş her birey için geçişe hazır olduğu anlamına gelmez
- Geçiş süreci sadece yaşa göre değil, gelişimsel düzeye göre planlanmalıdır

¹Casey, Developmental Review, 2008, 28, 62-77.

ADOLESCENCE

TEEN YEARS

AGE 25

FULL MATURITY

- 
- Duygusal dalgalanmalarda artış
 - Hızlı fikir ve plan değişiklikleri
 - Dürtüsel karar verme

Erişkin psikiyatrisinde yanlış çerçeveleme riski:

“kişilik bozukluğu/örüntüsü”,
“uyum güçlüğü”,
“direnç”



Ana Sorun: Süreksizlik

- Çocuk psikiyatrisi servislerinden erişkin servislere geçişte uygun planlama eksikliği
- Bu eksiklik:
 - Tedavi zincirinde kopma
 - İlaç uyumsuzluğu
 - Nüks¹

¹Singh, BMC Health Services Research, 2008, 8, 135.

TRACK Çalışması

Transfers and transitions between child and adult mental health services

Moli Paul, Tamsin Ford, Tami Kramer, Zoebia Islam, Kath Harley and Swaran P. Singh

- Gençlerin sadece %4'ü geçiş sürecinin tüm bileşenlerini içeren bir planla yönlendirilmiştir¹
- Erişkin servisleri genellikle sadece bazı tanılara odaklıdır
- Nörogelişimsel bozukluklar, duygudurum spektrumu, eş tanılar erişkin sistemde yeterince karşılık bulamıyor²
- Geçiş planlamaları sadece tanıya değil, işlevsellik ve tedavi ihtiyacına göre yapılmalıdır.

¹Singh, The British Journal of Psychiatry, 2010, 197, 305–312.

²Paul, The British Journal of Psychiatry, 2013, 202(Suppl 54), s36–s40.



Geçiş döneminde kayıtlar eksik aktarıldığında erişkin hekim;

- Geçmiş epizot özelliklerine
- Önceki ilaç yanıtı / yan etkilere
- Metabolik–endokrin izlemlere
- Aile görüşmeleri ve psiko-sosyal değerlendirmelere ulaşamaz.

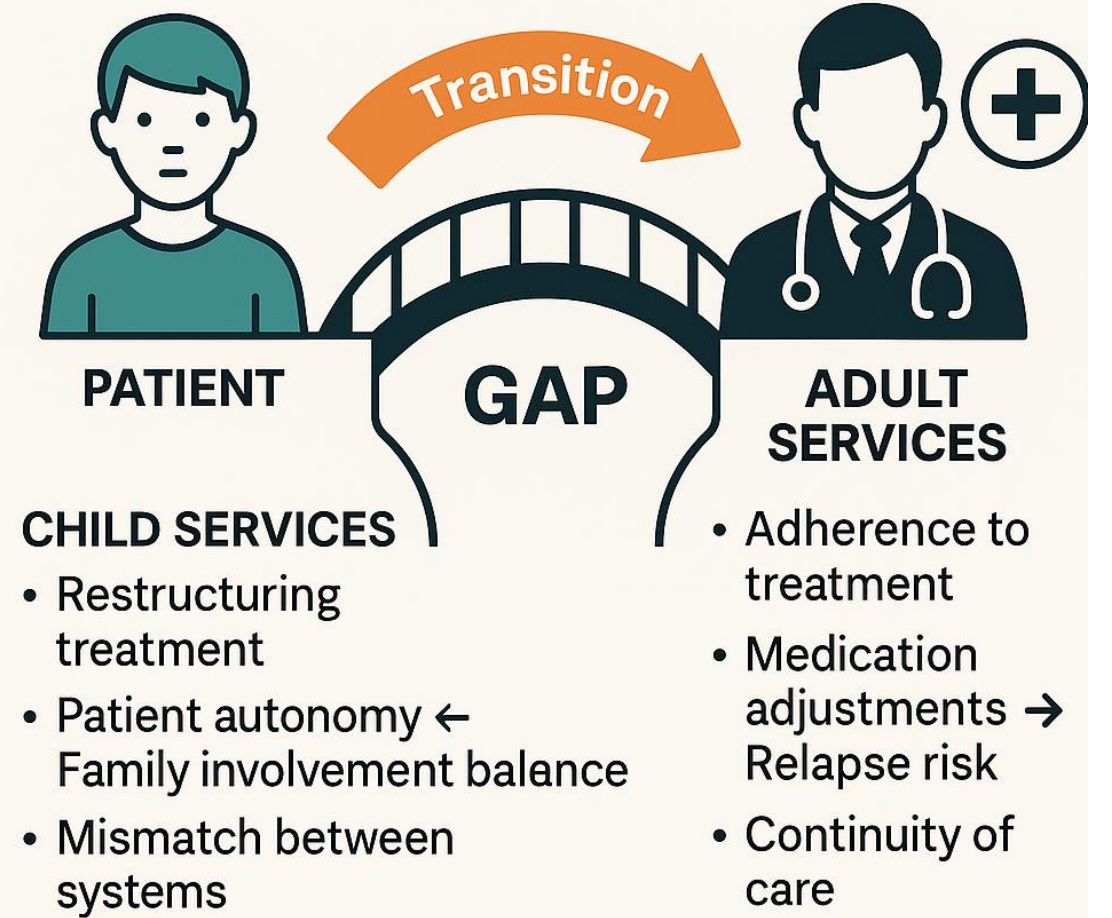
Tedavi yanlış noktadan başlayabilir

- Gereksiz ilaç değişiklikleri
 - Uyum kaybı, erken relaps
 - Klinik gidişte bozulma, artmış hospitalizasyon
- 

Geçiş sürecinde:

- Pediatrik sistem → erişkin psikiyatriye geçişte boşluk
- Randevu ve tedavi başlangıcında gecikme
- 6–12 ay tedavisiz dönem

Transition of Care



Geçište Klinik Sorunlar ve Model Önerileri

- Farmakolojik rejimlerin yeniden yapılandırılması
- Hasta özerkliği ↔ Aile katılımı dengesi
- Çocuk ↔ Erişkin tanı sistemleri arasındaki uyumsuzluk
- **Tedaviye uyum**, geçiş sürecinin en hassas noktası
- Geçiş sürecinde yalnızca sistem değil, **tedavi devamlılığı** da korunmalıdır.



Geçiş döneminde sık davranışlar:

- Tanıyı yeniden sorgulama
 - İnkâr (damgalanma kaygısı → “düzeldim” inancı)
 - Psiko-eğitim eksikliği → hastalığı “kişilik/enerji/yaratıcılık” olarak yorumlama
- 



Geçiş Dönemi Değişimleri

- Üniversiteye başlama
- Yeni şehre taşınma
- Yeni sosyal çevre
- Farklı sağlık sistemine uyum

Klinik Zorluklar

- Yeni hekime ulaşmada gecikme
 - Önceki tedavi planına/dosyalara erişememe
 - Epizot örüntüsünün yanlış değerlendirilmesi
 - Gereksiz ilaç değişiklikleri
- 

Yumuşak Geçiş Modeli

Planlama 13–14 yaşlarında başlamalı

Hedefler:

- Özerklik gelişimi
- Gelişimsel farkındalık
- Sağlık okuryazarlığı
- Tedaviye aktif katılım^{1,2}

Klinik Uygulama Notu:

- Çocuk psikiyatristi 14 yaşında planlamayı başlatmalı
- Klinik dosyada geçiş planı bölümü açılmalı
- Birey, ailesi ve iki sistem arasında **hazırlık görüşmeleri** yapılmalı



¹Singh, The British Journal of Psychiatry, 2010, 197, 305–312.

²Paul, The British Journal of Psychiatry, 2013, 202(Suppl 54), s36–s40.

Pediyatrik Fenotipin Özgün Özellikleri

- Çocuk/ergen başlangıçlı bipolar bozukluk erişkinden farklı bir patern gösterebilir:
 - Kronik, epizodik olmayan dalgalanmalar
 - Hızlı döngülülük, karma epizot özellikleri
 - Dürtüsellik, davranışsal disinhibisyon, kural çiğneme
- Bu klinik yapı erişkindeki tipik “mani → depresyon” döngüsünden belirgin şekilde ayrılır.

Geçiş Sürecinde Tedavi Uyarlamaları: Farmakoterapi ve Psikoterapi

Farmakoterapi, tedavi planlamasında **temel yaklaşımdır**.

Tedavi Seçimini Belirleyen Faktörler

- Hastalık fazı: Manik, depresif, karma
- Alt tip: Tip I, Tip II, siklotimik
- Önceki tedavi yanıtları
- Yan etki profili

Neden Daha Hassaslar?

- Nörogelişimsel süreçler tamamlanmadığı için yan etki eşiği daha düşüktür.
- Metabolik risk ↑ (özellikle olanzapin, ketiyapin)
- Sedasyon ↑ → akademik/iş performansı etkilenir
- Lityum → renal/tiroid dalgalanması daha hızlı
- Aripiprazol → akatizi ve irritabilite daha belirgin

Erişkin Klinikte Sık Hata

- Yan etkiler erişkin normlarına göre değerlendirilir → yanlış **switch** kararları
- Doz artışı hızlı yapılır → tolerabilite daha da bozulur
- Nörogelişimsel dalgalanmalar “kötüleşme” olarak yorumlanabilir

Bilişsel ve Akademik Etkiler

- Sedasyon, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu, reaksiyon süresinde yavaşlama
- Özellikle okul çağındaki çocuklarda akademik başarıda düşüş riski
- Mümkün olan en düşük etkin doz ile tedaviye başlanmalı
- Monoterapi tercih edilmeli
- **“Start low, go slow”** ilkesi benimsenmeli¹

¹American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2011, 50, 876–896.

TABLE 2. Medications—common mood stabilizers

Medication/Class	Major adverse effects	Monitoring	Metabolic pathways	Drug-drug/drug-food interactions
Lithium	Weight gain, sedation, rash, tremors, hypothyroid, polyuria, GI disturbance, low margin	Every 3-4 days during induction, then less frequently	90% eliminated through kidneys	Diuretics, indomethacin, NSAIDs, Cox-2 inhibitors, ACE inhibitors, metronidazole, phenytoin
Valproic acid (AED)	Hemorrhagic pancreatitis, hepatic failure, hyperammonemic encephalopathy, thrombocytopenia, drowsiness, confusion, weight gain, GI distress	Liver enzymes, bilirubin, serum ammonia, CBC	Primarily through liver, faster with polypharmacy and age <10 y CYP2C19 substrate, CYP2C9 and CYP2D6 inhibitor, weak CYP3A3/4 inhibitor	Phenobarbital, zidovudine, amitriptyline, nortriptyline, lamotrigine, phenytoin
Carbamazepine (AED, enzyme-inducing)	Rash, Stevens-Johnson syndrome, blood dyscrasias, cardiac arrhythmias, sedation, dizziness, GI distress, weight gain	CBC with platelet count, liver functions, serum level	Primarily through liver CYP2C8 and CYP3A3/4 substrate, CYP1A2, CYP2C, CYP3A3/4 inducer	Clarithromycin, erythromycin, fluoxetine, oral contraceptives, cimetidine, ketoconazole, benzodiazepines, antileukemic drugs, grapefruit juice

Lityum

- Mani, depresyon, idame (profilaksi) → tüm fazlarda yüksek etkililik
- WFSBP & CANMAT:
Manide birinci sıra ajan
Nüks önlemede en güçlü profilaktik ajan^{1,2}
- AACAP & CANMAT (pediatrik):
12 yaş ve üzeri ergen manisi için FDA onaylı^{2,3,4}

Pediatrik Kullanım

Başlangıç dozu düşük tutulmalı, yavaş artırılmalı

Serum düzeyi hedefi erişkinlerle benzer: ~0.6–1.0 mEq/L

Yan Etkiler

Tremor, poliüri

Ergenlerde özel dikkat: Akne, kilo alımı

¹Grunze, World Journal of Biological Psychiatry, 2013, 14, 154–219.

²Yatham, Bipolar Disorders, 2018, 20, 97–170.

³American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, n.d.

⁴U.S. Food and Drug Administration, 2018.

Valproat

Erişkinlerde

- Manide birinci sıra ajan
- Karma özellikli, hızlı döngülü

Kız Çocukları ve Ergen Kızlarda

- **PCOS riski**
Hiperandrojenizm, menstruel düzensizlik, kilo artışı¹
- **Gebelik riski**
Konjenital malformasyon, nörogelişimsel bozukluklar²
NICE & EMA: Ancak başka seçenek yoksa önerilir^{3,4}
- Metabolik etkiler: Kilo artışı, sedasyon
- Toksisite riski: Karaciğer, pankreas

¹Guo, Front Psychiatry, 2023, 14, 1128011.

²Mutlu-Albayrak, Pediatric Neonatology, 2016.

³European Medicines Agency,

⁴Yatham, Bipolar Disorders, 2018, 20, 97–170.

Karbamazepin

Erişkinlerde Kullanım

Mani tedavisinde ikinci sıra ajan

Lityum/valproat dirençli/kontrendike olduğunda

Pediyatrik Kullanımda

Karbamazepin düzeyi takibi zorunlu

CYP450 indüksiyonu

Bilişsel yavaşlama, Ataksi¹

Pediyatrik kılavuzlarda genellikle yer almaz

En fazla üçüncü basamak olarak anılır²

¹ Stahl, Cambridge University Press, 2024, 101–108.

²Kowatch, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2005, 44, 213–235.

Lamotrijin

Erişkinlerde Kullanım

- Özellikle bipolar depresyon ve idame tedavisinde
- CANMAT & WFSBP: Lamotrijin → 1. sıra monoterapi (profilaksi ve depresyon için)^{1,2}

Pediyatrik Kullanım

Veriler sınırlı, ancak bazı kılavuzlarda 2. sıra öneri olarak yer alır³

Kısıtlayıcı Faktörler

- Yavaş titrasyon gerektirir
- Stevens-Johnson sendromu riski → Özellikle küçük çocuklarda cilt döküntüsü olasılığı daha fazla

¹Yatham, Bipolar Disorders, 2018, 20, 97–170.

²Grunze, World Journal of Biological Psychiatry, 2013, 14, 154–219.

³Biederman, CNS Neuroscience & Therapeutics, 2010, 16, 91–102.

Pediatric Bipolar Disorder Manic Episodes Treatment

Second Generation Antipsychotics

- FDA approved agents: **Risperidone, Aripiprazole, Ketiapin, Olanzapin, Asenapin**^{1,2,3,4,5}
- 10–17 age range **acute manic and mixed episodes** approved

Lithium

- 12 years and older approved
- **Manic episodes treatment and relapse prevention** used

¹Christian, Agency for Healthcare Research and Quality, 2012.

²Findling, American Journal of Psychiatry, 2009, 166, 1191–1201.

³DelBello, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2009, 48, 519–532.

⁴Tohen, American Journal of Psychiatry, 2007, 164, 1547–1556.

⁵Findling, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2015, 54, 1032–1041.

LAI (Depo Antipsikotikler)

- Pediatrik grupta önerilmez
 - Uygulama zorluğu, uzun dönem güvenlik verisi eksikliği
 - Kılavuzlar: Çocuklarda LAI kullanımı desteklememektedir¹

¹Wozniak, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2024, 34, 65–73.

Pediatric Bipolar Depresyonda Farmakolojik Tedavi

- Farmakolojik seçenekler sınırlı, plasebo yanıtı yüksek
- Tanı süreci zor, RKÇ sayısı yetersiz
- Erişkin verilerinin doğrudan uyarlanması **kanıta dayalı karar süreçlerini zorlaştırmakta**

Table 2: Acute management of bipolar depression

Choice of treatment	Drug/Medication
First line	Lurasidone
Second line	Lithium, lamotrigine
Third line	Olanzapine-fluoxetine combination Quetiapine Escitalopram, sertraline

It is recommended that the antidepressant should be used cautiously in BD-I and BD-II. Always prefer combining antidepressants with mood stabilizing medication. BD – Bipolar disorder

Antidepresanlar = Davranış disinhibisyonu + hızlı döngü riski

- Ancak
 - Ağır depresyon varsa,
 - Lityum, lamotrijin, ketiapin, lurasidon yetersizse,
 - Yakın izlem altında ve koruyucu eşliğinde kullanılabilir.¹

Pratik yaklaşım:

- **Psikoeğitim + Psikoterapi**
- önce mevcut **duygudurum düzenleyici/antipsikotik optimize edilir**

¹National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

Pediatric Bipolar Bozuklukta Sürdürüm Tedavisi

Table 3: Maintenance treatment

Choice of treatment	Drug/Medication
---------------------	-----------------

First line	Aripiprazole, lithium, divalproex
	Combination of lithium/divalproex plus risperidone
	Combination of lithium plus divalproex/carbamazepine
	Lamotrigine (adjunctive) in those ≥ 13 years
Other	Quetiapine, asenapine, risperidone, ziprasidone

Yatham, Bipolar Disorders, 2018, 20, 97–170.

Table 2 Medications that have shown evidence in the treatment of mixed/manic, depressive and maintenance phases of bipolar disorder among children and adolescents

Phase of bipolar disorder	Medications
Mixed/manic	Lithium Divalproex Risperidone Olanzapine Quetiapine Aripiprazole Ziprasidone Asenapine
Maintenance	Aripiprazole Lamotrigine (in adolescents only) Lithium Divalproex
Depressive	Olanzapine + fluoxetine Lurasidone

Findling, Evidence-Based Mental Health, 2018, 21, 177–181.

Pediatric Bipolar Disorder Comorbidity Management

DEHB

En Sık Görülen Komorbidite

- **Belirti örtüşmesi** (dürtüsellik, ajitasyon, dikkatsizlik) → tanısal güçlük
- **Asimetrik birliktelik**: Erken başlangıçlı bipolar bozukluklarda DEHB yaygın¹

Klinik sonuçlar:

- Eş tanılı bireylerde daha kötü işlevsellik
- Genetik alt tip olabilir (GWAS: SNP düzeyinde korelasyon)

TEAM çalışması:

- DEHB eş tanılı olgularda **risperidon > lityum**
- Ancak DEHB oranı %90+ → **genellenebilirlik kısıtlı**²

¹van Hulzen, Biological Psychiatry, 2017, 82, 634–641.

²Galanin, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2012, 51, 905–914.

- **Stimülanlar** (metilfenidat, amfetamin):
 - Ötimik hastalarda etkili olabilir
 - Ancak manik geçiş riski → dikkatli kullanım¹
- **Aripiprazol**: DEHB semptomlarına karşı plaseboya üstün değil²
- **Atomoksetin**: Açık etiketli çalışmalarda yardımcı tedavi olarak umut verici²

¹Viktorin, American Journal of Psychiatry, 2017, 174, 341–348.

²Findling, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2009, 19, 539–546.

³DelBello, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2009, 19, 517–526.

Pediatric Bipolar Disorder Comorbidity

- OSB tanılı çocukların %31'inde bipolar bozukluk eş tanısı
- Doğru tanı → uygun tedaviye erişim ve işlevsellikte belirgin iyileşme¹
- Komorbid olguların tanınması, klinik izlemi karmaşıklştırırsa da yanıtsızlık ya da tedavi direncine katkı sağlayabilir

¹Dunalska, Psychiatry and Psychopharmacology, 2021, 31, 123–130.

Tedavi Yaklaşımı

İkinci kuşak antipsikotikler:

- Risperidon ve aripiprazol → hem manik belirtilerde etkili hem de
- OSB'ye bağlı irritabilite için FDA onaylı^{1,2}
- Bu ajanlar, komorbid olgularda çift yönlü fayda potansiyeli taşır

¹Marcus, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2009, 48, 1110–1119.

²U.S. Food and Drug Administration, 2006.

Pediatric Bipolar Bozuklukta Anksiyete Bozuklukları

En sık

- **Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)**
- **Sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi)**
- Anksiyete belirtileri:
 - **Prodromal fazda**
 - Epizotlar arasında **kalıntı semptomlar** şeklinde^{1,2}

SSRI'lar (özellikle fluoksetin, sertralin):

- **Manik kayma riski** nedeniyle monoterapi **önerilmez**
- Sadece **duygudurum düzenleyici ile kombine** ve **yakın izlem altında** kullanılabilir^{3,4}

¹Sala, Journal of Affective Disorders, 2014, 166, 210–218.

²Birmaher, Archives of General Psychiatry, 2006, 63, 175–183.

³Geller, Archives of General Psychiatry, 2004, 61, 459–467.

⁴Findling, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2009, 19, 395–406.

Önerilen Müdahaleler

- **Lamotrijin:**
 - Depresyon fazı ve anksiyete için etkili, sedatif etkisi az¹
- **Ketiapin:**
 - Anksiyete belirtilerine yönelik fayda sağlayabilir²
- **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):**
 - **Kanıtı dayalı etkili psikoterapi yaklaşımı**
 - Hem anksiyete semptomlarının hem de duygudurum regülasyonunun güçlendirilmesinde etkili³

¹Pavuluri, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2006, 45, 298–304.

²Findling, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2009, 19, 395–406.

³Pavuluri, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004, 43, 528–537.

Pediatric Bipolar Disorder and Substance Use Disorders

- Adolescent onset substance use:
 - Worsens the course of illness
 - Reduces treatment response
 - Increases the risk of drug-drug interactions
 - Can exacerbate psychotic symptoms
- Small-scale RCT:
 - **Lithium** → depressive symptoms + mood control on top of positive effect¹
 - Especially effective in comorbid cases for stabilization

¹Geller, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998, 37, 171–178.

Davranışsal Etkiler ve İntihar Riski

Lityumun İntihar Önleyici Etkisi

- Erişkinlerde güçlü kanıtlarla gösterilmiştir¹
- Ergenlerde de benzer koruyucu etki beklenmektedir.
- Yüksek intihar riski taşıyan olgularda, bazı uzmanlar ilk tercih olarak lityumu önermektedir.

Antipsikotikler ve Antikonvülzanlar

- Pozitif Etkiler: Agresyon, irritabilite ve davranış problemlerinde azalma²
- Negatif Etkiler: Paradoksal agitasyon gibi istenmeyen davranışsal yan etkiler

¹Lewitzka, BMJ, 2015, 346, f3646.

²Pavuluri, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2005, 44, 905–912.

Psikoterapötik ve Psikososyal Müdahaleler

- Farmakoterapi semptom kontrolü sağlar,
- Ancak uzun dönem:
 - İşlevsel iyileşme
 - Relaps önleme
 - Uyum artırma için psikososyal müdahaleler vazgeçilmezdir

Temel Psikoterapötik Müdahale Yapıları

- **Aile Odaklı Terapi (FFT)**
 - Geliştirici: *David Miklowitz*
 - 12–21 oturum, yapılandırılmış model
 - Hedef: Aile içi iletişim + problem çözme + “ifade edilen duygular” azaltımı
 - *Erken uygulama → relaps oranlarında anlamlı azalma¹*

¹Miklowitz, Archives of General Psychiatry, 2008, 65, 1053–1061.

- **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**

- Otomatik düşüncelerin tanınması ve yeniden yapılandırılması¹
- Etkili olduğu alanlar: depresyon, anksiyete, duygudurum düzenleme

- **İnterpersonal ve Sosyal Ritim Terapisi (IPSRT)**

- Varsayım: Sosyal ritim bozukluğu = duygudurum dengesizliği²
- Hedef: Uyku, yemek, etkileşim gibi ritimlerin stabilizasyonu
- *Modüler versiyonlar + aile katılımı → tedavi devamlılığı artışı*

¹Kendall, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008, 76, 282–297.

²Goldstein, Journal of Affective Disorders, 2018, 235, 348–356.

- Psikoterapötik ve psikososyal müdahaleler, **yalnızca ek tedavi değil,** tedavinin **çekirdek bileşeni** olarak ele alınmalıdır.
- Klinik uygulamada:
 - **Bireyselleştirme**
 - **Aile temelli destek**
 - **Gelişimsel uyarlamalar**
 - **Multidisipliner ekip yaklaşımı** temel alınmalıdır.

- İlginiz için teşekkür ederim.