

Unipolar Mani

Fatih Volkan Yüksel¹, Aydın Kurt¹, Verda Tüzer², Erol Göka³

¹Dr., ²Uz. Dr., ³Doç. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği, Ankara

ÖZET

DSM-IV ve ICD-10'a göre hiç depresif epizod olmadan sadece tek bir manik epizod veya tekrarlayan manik epizodlar geçirildiğinde hastaya bipolar bozukluk tanısı konulur. Fakat literatürde tekrarlayan manik epizod geçiren hastaların tanısının unipolar mani olması gerektiğini savunan ve bu tanının uluslararası psikiyatri nozolojisinde yer alması gerektiğini iddia eden araştırmalar da vardır. Tabii ki böyle bir kavramın ortaya atılması için unipolar mani oranının, bipolar bozukluktaki maniden farklarının olup olmadığının ve belki de en önemlisi geçmişteki ve gelecekteki depresif atakların nasıl dışlanacağına bilinmesi gerekmektedir. Literatürdeki bazı çalışmalar unipolar maninin çok nadir görüldüğünü ve bipolar bozukluktaki maniden bir farkı olmadığını savunsa da özellikle yeni yapılan çalışmalarda unipolar maninin hiç de nadir görülmediği ve bipolar bozukluktaki maniden özellikle klinik, sosyodemografik özellikler ve tedaviye cevap açısından bazı farkları olduğu gözlemlenmiştir. Bu yazıda, unipolar maninin görülme sıklığı ve değişik toplumlardaki oranı üzerinde durulmuş, bipolar bozukluktaki mani ile farkları ve olası depresif epizodların nasıl dışlanacağı ilgili literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Unipolar mani, bipolar bozukluk, unipolar depresyon.

(*Klinik Psikiyatri 2004;7:161-166*)

SUMMARY

Unipolar Mania

DSM-IV and ICD-10 suggest that the patient experiencing only one manic episode or recurrent manic episodes without any depressive episodes should be diagnosed as bipolar disorder. However, there are studies suggesting that the patients experiencing recurrent manic episodes should be characterized as unipolar mania and this diagnosis should be recorded in the international psychiatric nosology. In order to develop such a concept, it is essential to know the prevalence of unipolar mania, whether there are differences between unipolar mania and manic episode of bipolar disorder and one should be aware how the previous and future depressive episode could be eliminated. Some studies in the literature suggest that unipolar mania is rarely observed and has no significant difference from the manic episode of the bipolar disorder. Conversely, some recent studies claim that the unipolar mania is not rarely seen and differs from mania in the bipolar disorder in terms of clinical, socio-demographic factors and response to the treatment. This article focuses on the frequency of unipolar mania through exploring the prevalence rates in different cultures, the differences that discriminate unipolar mania from the manic episode of the bipolar disorder and the ways to eliminate possible depressive episodes through reviewing the literature.

Key Words: Unipolar mania, bipolar disorder, unipolar depression.

GİRİŞ

Manik epizod, kısaca en az bir hafta süreyle benlik saygısında abartılı artma, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma, fikir uçuşmalarının ve dikkat dağınıklığının olması, amaca yönelik etkinliklerde artma, kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma olması şeklinde tariflenebilir (APA 1994). DSM-IV ve ICD-10'a göre hiç depresif epizod olmadan sadece tek bir manik epizod veya tekrarlayan manik epizodlar olduğunda, hastaya bipolar bozukluk tanısı konulur. Yani bipolar bozukluk tanısı unipolar maniye de içermektedir (APA 1994, Dünya Sağlık Örgütü 1992). Çünkü hasta bir manik epizod geçirdiğinde, gelecekte bir depresif epizod geçirme olasılığı çok yüksektir, dolayısıyla bipolar olma olasılığı da çok yüksektir (Kaplan ve Sadock 2000).

Emil Kraepelin zamanından beri deneyimler, duygudurum bozukluğu olan bazı hastaların sadece tekrarlayan manik ataklarla seyrettiğini göstermiştir (Lee ve Yu 1994). 1949'da Neele monopolar affektif bozukluklar ile manik-depresif psikozun kalıtımı arasında bir fark bulmuştur (Neele 1949). Bu, iki durum arasındaki genetik farkı göstermeye çalışan ilk denemedir. Kleist orijinal sınıflamasında monopolar ve bipolar psikoz arasında bir ayrım yapmıştır (Kleist 1953). Kleist ve Neele, Wernicke'nin sendromatik ve Kraepelin'in prognostik prensiplerini birleştirerek monopolar maninin ayrı bir klinik antite olarak belirtildiği fazik psikozları sınıflandırmışlardır (Bartsch 2000, Teichman 1990). Sonraları Neele ve Leonhard monopolar mani kavramı üzerinde çok çalışmışlardır (Neele 1949, Leonhard 1979). Literatürdeki bazı çalışmalar unipolar maninin çok nadir görüldüğünü ve bipolar bozukluktaki maniden bir farkı olmadığını savunsa da unipolar mani tanısı olan bir çok hastanın olduğunu savunan ve bu tanının uluslararası psikiyatri nozolojisinde yer alması gerektiğini iddia eden araştırmacılar ve klinisyenler de vardır. Bunlara göre, en az 4 yıldır duygudurum bozukluğu tanısıyla izlenen ve bu dönem içinde en az 4 kere manik ve/veya hipomanik epizod geçiren ve hiç depresif epizod geçirmeyen hastaların tanısına unipolar mani denilmektedir ve bu durum sanılanın aksine hiç de

nadir görülen bir durum değildir (Aghanwa 2001, Lee 1992, Shulman ve Tohen 1994, Yazıcı ve ark. 2002).

Eğer unipolar mani diye ayrı bir tanı kategorisinden bahsediliyorsa, bunun bipolar bozukluktaki maniden bazı farkları olması gerekir ve aklımıza bazı soruların gelmesi de tabii ki çok doğaldır; Unipolar maninin tanı kriterleri nedir? Unipolar mani nadir görülen bir durum mudur? Oranı nedir? Her toplulukta aynı oranda mı görülmektedir? Bipolar bozukluktaki maniden herhangi bir farkı var mıdır? Geçmişteki depresif ataklar belki ayrıntılı bir hikaye ile dışlanabilir fakat gelecekte depresif atakların olmayacağı kesin olarak belirlenebilir mi? İlk atak manide durum ne olacaktır? Gelecekte unipolar mı bipolar mı olacaktır? Unipolar depresyonda olduğu gibi, ilk atak manide ileride unipolar olma olasılığını gösteren özellikler var mıdır?

I-UNİPOLAR MANİ TANİ KRİTERLERİ

Geçmişte unipolar mani kavramı bir çok klinisyenin dikkatini çekmiştir ve bu konuda bir çok araştırma yapılmıştır. Bazı çalışmalar, bipolar bozukluğun manik atak ile başlayabileceğinin bilinmesine rağmen, ilk atakları mani olan hastaları da unipolar mani grubuna almışlardır (Nurnberger ve ark. 1979, Kubacki 1986). Nurnberger ve arkadaşları çalışmalarında, ayrıca depresif atakları psikoterapi ile düzelen hastalara da unipolar mani tanısı koymuşlardır (Nurnberger ve ark. 1979). Bazılarında ise sadece ilk iki atağın mani olması unipolar mani tanısını koymak için yeterli görülmüştür (Abrams ve ark. 1979, Manganjuola 1985). Fakat bu çalışmalarda gelecekteki olası depresif ataklar hep soru işareti oluşturmaktadır ve dolayısıyla unipolar mani tanısı şüphe uyandırmaktadır. Shulman ve Tohen güvenilir bir şekilde unipolar mani tanısı koyabilmek için en az 3 manik epizod ve 3-10 yıl takip gerekli olduğunu söylemişlerdir (Shulman ve Tohen 1994). Fakat şu an için en geçerli ve güvenilir tanım; en az 4 yıldır duygudurum bozukluğu tanısıyla izlenen ve bu dönem içinde en az 4 kere manik ve/veya hipomanik epizod geçiren ve hiç depresif epizod geçirmeyen hastaların tanısına unipolar mani denilmesidir (Aghanwa 2001, Lee 1992, Shulman ve Tohen 1994, Yazıcı ve ark. 2002). Bu tanımda

özellikle ilk dört atak denmesi dikkat çekicidir ve bunun nedeni bipolar bozukluk tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunun ilk depresif epizodunu hastalığın ilk 4 atığı içinde geçirmeleridir. Bu tanım sayesinde gelecekteki olası depresif ataklar kısmen dışlanmaktadır.

II-UNİPOLAR MANİNİN GÖRÜLME SIKLIĞI

Özellikle doğu kültürlerinde yapılan çalışmalarda unipolar maninin sanılanın aksine hiç de nadir görülen bir durum olmadığı saptanmıştır. Afrika'nın en kalabalık ülkesi olan Nijerya'da bu durumun istisna olmaktan çok, bir kural olduğu vurgulanmış ve 5 yıl takip edilen hastalarda bipolar bozukluk oranı %12.5, unipolar mani oranı %53 ve tek bir manik atak oranı %34.5 olarak bulunmuştur (Makanjuola 1985). Hong Kong'daki bir lityum kliniğinde Çinliler arasında yapılan bir çalışmada unipolar mani oranı %36 olarak bulunmuştur (Lee 1992). Fiji Adaları'nda da yine unipolar maninin %47.2 gibi yüksek bir oranda görüldüğü ileri sürülmüştür (Aghanwa 2001). Hindistan'da da tekrarlayan manik ataklarla seyreden bipolar bozukluklu hastaların çok sık olduğu bildirilmiştir (Khanna ve ark. 1992). Amerika Birleşik Devletleri'nde Massachusetts ve New York'da yapılan benzer çalışmalarda ise oran biraz daha düşük olarak sırasıyla %12 ve %18 olarak bulunmuştur (Shulman ve Tohen 1994, Abrams ve ark. 1979). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da unipolar mani oranı %16.3 olarak bulunmuştur (Yazıcı ve ark. 2002). Son olarak, psikiyatrinin popüler kitaplarında bile unipolar maninin bipolar bozukluklu hastaların %10-20'sini oluşturduğu belirtilmiştir (Kaplan ve Saddock 1997). Yapılan bu çalışmalar unipolar mani diye ayrı bir kavram olabileceğini desteklemektedir. Bu hastalık değişik topluluklarda değişen oranlarda görülmektedir ve gerçek oranlarının saptanabilmesi için ayrı bir tanı kategorisi olarak kodlanması gerekmektedir.

Unipolar maninin doğu kültürlerinde daha yüksek oranlarda görülmesi oldukça dikkat çekicidir. Bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Burada aşağıdaki gibi cevap vermesi çok zor bazı sorular aklımıza gelebilir: Kayıtlar ve hastaların sosyokültürel seviyeleri çok iyi olmadığı için geçmişteki depresif epizodlar gözden kaçıyor olabilir mi? Bu kültürlerde depresyon DSM-IV'de

tanımlanan kriterlerden farklı olarak atipik belirtilerle seyrediyor olabilir mi?

Daha eskiden yapılan çalışmalarda ise unipolar maninin nadir görülen bir durum olduğu ve hastaların büyük çoğunluğunun bipolar bozukluk olduğu iddia edilmiştir. Leonhard kendi bipolar grubundaki tekrarlayan mani hastalarının oranının %9 olduğunu belirtmiştir (Leonhard 1957). Perris ve Winokur da hastalığın oranını %5'den az bulmuşlardır (Perris 1966, Winokur ve ark. 1969).

III- UNİPOLAR MANİ VE BİPOLAR BOZUKLUKTAKİ MANİ ARASINDAKİ FARKLAR

Eğer unipolar mani ve bipolar mani ayrımını yapıyorsak, nasıl ki unipolar depresyon ve bipolar depresyon arasında belirgin farklar varsa, aklımıza bu iki durumun kliniği, sosyodemografik özellikleri, genetik geçişi, tedaviye cevabı arasında da herhangi bir fark var mı diye bir soru gelebilir. Bazı çalışmalarda, unipolar mani ile bipolar mani arasında belirgin bir fark görülmemiştir (Makanjuola 1985, Pfohl ve ark. 1982). Fakat bunların aksine literatürde bu iki durumun aynı şeyler olmadığını savunan ve çok büyük farklar olduğunu gösteren bir çok yayın da vardır.

Başlama Yaşı ve Cinsiyet:

Amerika ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda unipolar mani tanısı alan hastalarda hastalığın daha erken yaşta başladığı görülmüştür (Shulman ve Tohen 1994, Yazıcı ve ark. 2002). Fiji Adaları'ndaki çalışmanın da sonuçları da aynı yöndedir (Aghanwa 2001). Başka bir çalışmada ise hastalığın başlangıç yaşı bipolar grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Abrams ve Taylor 1974). Fakat bu çalışmada ilk atak maniler de, unipolar mani olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle başlama yaşı daha yüksek bulunmuş olabilir.

Türkiye ve Fiji Adaları'nda kadınlarda daha sık olduğu bulunmuştur (Aghanwa 2001, Yazıcı ve ark. 2002). Fakat önceki çalışmalarda unipolar maninin erkeklerde sık görüldüğü şeklinde sonuçlar elde edilmiştir (Abrams ve ark. 1979, Makanjuola 1985). Tabi ki bu sonuç, yine bu çalışmalardaki yukarıda da belirtilen farklı unipolar mani tanı kriterlerine bağlanabilir.

Klinik:

Bazı çalışmalarda unipolar mani ve bipolar maninin klinikleri, atak sayısı ve süresi arasında fark görülmemiştir (Abrams ve ark. 1979, Mekanjuola 1985, Aghanwa 2001). Yazıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da iki grup arasında atak sayısı açısından fark görülmemiştir (Yazıcı ve ark. 2002). Khanna ve arkadaşları ise unipolar manide atak sayısının fazla olduğunu göstermişlerdir (Khanna ve ark. 1992). Fakat bu çalışmada manik ve depresif atakları, sadece arada 2 ay süren asemptomatik bir dönem varsa farklı 2 epizod olarak sayılırken, diğer çalışmalarda böyle bir kriter kullanılmamıştır.

Türkiye'de yapılan çalışmada psikotik belirtilerin unipolar mani tanısı alan hasta grubunda daha sık olduğu ve bu hastaların lityum profilaksisine daha az yanıt verdikleri görülmüştür (Yazıcı ve ark. 2002). Bu sonuç oldukça ilginçtir, çünkü lityum esasında antimanik bir ilaçtır ve tam tersi bir sonuç beklenirdi. Bu çalışmayla unipolar mani için ayrı bir tedavi seçeneği sunulmaktadır. Fakat Nurnberger ve arkadaşları lityum profilaksisinin etkisini unipolar mani ve bipolar depresyon nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda eşit ve fakat depresyon nedeniyle hastaneye yatırılmayan hastalarda düşük bulmuştur. Bu da bipolar bozuklukta depresyonun baskın olmasını, lityum profilaksinin etkinliğini arttırmaktadır gibi bir sonuca götürmektedir (Nurnberger ve ark. 1979).

Unipolar mani seyrinde tanımı itibarıyla hiç depresif atağın olmaması gerektiği önceden belirtilmişti. Dolayısıyla intihar riskinin de bipolar bozukluk-takinden daha az olması beklenir. Yapılan çalışmalar da unipolar mani tanısı alan hastalarda intihar riskinin daha az olduğunu göstermiştir (Nurnberger ve ark. 1979, Yazıcı ve ark. 2002).

Aile Hikayesi ve Genetik Geçiş:

Neele monopolar affektif psikozlu hastalar için endojen psikozun genetik yatkınlığının oranını %19.4, bipolar affektif psikozlu hastalar için ise %29.9 olarak buldu. Bu iki grup arasındaki fark anlamlıdır. Ayrıca genetik olmayan faktörler de anlamlı bir şekilde monopolarlarda (%43.5) bipolarlara göre (%27.9) yüksekti. Bu bulgularla monopolar mani veya depresyonun, bipolar bozuk-

luktan farklı bir antite olduğu sonucuna vardı (Neele 1949). Leonhard da bipolar bozukluklu hastaların akrabalarında unipolar manili hastaların ailelerine göre 2-3 kat daha fazla endojen psikoz görüldüğünü saptayarak benzer bir sonuca ulaştı (Leonhard 1979). Bir başka çalışmada ise bipolar bozukluk tanısı alan hastaların ailelerinde alkolizm ve duygudurum bozukluğu prevalansı, unipolar mani tanısı alan hastaların ailelerine göre daha yüksek bulunmuştur (Abrams ve Taylor 1974). Abrams ve arkadaşlarının daha sonra yaptığı benzer bir çalışmada ise unipolar mani hastalarının ailelerinde unipolar depresyonun daha fazla görüldüğü belirlendi (Abrams ve ark. 1979). Fiji'de yapılan çalışmada da şizofreni ve duygudurum bozuklukları için pozitif aile hikayesinin, unipolar manili olgularda daha az olduğu görüldüğü, unipolar mani için genetik geçişin bipolar bozukluğa göre daha az önemli olduğu ve çevresel faktörlerin katkısının daha çok olduğu iddia edilmiştir (Aghanwa 2001).

Bazı çalışmalar da ise bu sonuçlar desteklenmedi (Nurnberger ve ark. 1979, Pfohl ve ark. 1982). Bunun nedeni ise büyük bir ihtimalle unipolar mani tanı kriterlerinin farklı olması ve ilk atak maniler ve psikoterapi ile düzelen depresyonları da grubun içine almasıdır. Türkiye'de yapılan çalışmada da 2 grup arasında ailede psikiyatrik hastalık görülme olasılığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Fakat unipolar manili hastaların ailelerinde beklenildiği gibi major depresyon ve intihar girişimi daha düşük bulundu (Yazıcı ve ark. 2002).

Diğer Farklar:

Yukarıda belirtildiği gibi hastalığın batı toplumu dışındaki kültürlerde daha çok görülmesi dikkat çekicidir (Lee ve Yu 1994). Bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Hasta kayıtlarının yetersizliği, hastaların sosyokültürel seviyelerinin çok iyi olmaması ve depresyonun DSM-IV'de tanımlanan kriterlerden farklı olarak atipik belirtilerle seyrediyor olmasından dolayı geçmişteki depresif epizodlar gözden kaçıyor olabilir. Fiji Adaları gibi bir çok farklı ırkın ve kültürün yaşadığı bir yerde yapılan çalışmada, ırkın unipolar mani için önemli olmadığı özellikle iddia edilmiştir (Aghanwa 2001).

Bazı çalışmalarda hızlı döngülülüğün unipolar mani hastalarında daha az olduğu vurgulanmıştır (Nurnberger ve ark. 1979, Yazıcı ve ark. 2002). Ayrıca unipolar mani hastalarında siklotimi ve distiminin daha az fakat hipertiminin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Yazıcı ve ark. 2002).

Unipolar mani ve bipolar mani arasındaki farklar konusu tartışmalıdır. Çalışma sonuçlarındaki farklılıklara rağmen unipolar maninin daha erken yaşta başladığı, kadınlarda daha sık görüldüğü, batı kültürlerinde daha az görüldüğü ve oluşumunda genetik faktörlerin bipolar bozukluğa göre daha az etkili olduğu konularında bir görüş birliği vardır gibi gözükmektedir. Bu konunun aydınlatılması için geniş ölçekli başka çalışmaların da yapılması gerekmektedir.

IV- GEÇMİŞTEKİ VE GELECEKTEKİ OLASI DEPRESİF ATAKLAR NASIL DIŞLANIR?

Tartışılması gereken diğer bir nokta ve bu durumun belki de kara deliği ise unipolar mani tanısı koyduğumuz hastaların ileride depresif epizod geçirmeyeceklerini hiç kimsenin garanti edemeyeceğidir. Tabii aynı durum DSM-IV'de ayrı bir tanı kategorisi olarak kodlanan unipolar depresyon için de geçerlidir. Bir manik atak geçiren hastanın ileride depresif bir atak geçirme olasılığı çok yüksektir ve hasta başka manik ataklar da geçirdikçe bu oran daha da artar (Kaplan ve Sadock 2000). Fakat yapılan çalışmalar, bipolar bozukluk tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunun ilk depresif epizodunu hastalığın ilk 4 atağı içinde geçirdiğini gösterirler (Aghanwa 2001, Yazıcı ve ark. 2002, Shulman ve Tohen 1994). Yani bir çok olguda hastanın bipolar ya da unipolar olup olmayacağı, hastalığın erken dönemlerinde belli olur. Buna göre bir hastaya unipolar mani tanısı koyabilmemiz

için, en az 4 yıldır duygudurum bozukluğu tanısıyla izleniyor ve bu dönem içinde en az 4 kere manik ve/veya hipomanik epizod geçirmiş ve hiç depresif epizod geçirmemiş olması gerekmektedir. Bu tanım ve yukarıdaki bilgiler ışığında unipolar mani tanısı üzerindeki kara delik bir miktar aydınlatılmıştır.

Üzerinde durulması gereken bir nokta da manik atak geçiren bir hastanın, depresif bir atak geçirmiş olma olasılığının yüksek oluşudur. Bu beklenti nedeniyle aslında major depresif epizod kriterlerini karşılamayan günlük hayattaki üzüntüler veya yas tepkisi, yanlışlıkla depresif bir atak olarak değerlendirilebilir. Bu da unipolar mani olması gereken tanının bipolar bozukluk olarak konulmasına neden olabilir.

Yukarıda belirttiğimiz sorulardan bazılarına literatür ışığında cevap vermeye çalıştık fakat ne yazık ki bazı sorulara şu an için cevap veremiyoruz. İlk atak manide durum ne olacaktır? Gelecekte unipolar mı bipolar mı olacaktır? İlk atak depresyonda olduğu gibi ileride unipolar olma olasılığını gösteren özellikler var mıdır?

Sonuç olarak unutulmaması gereken nokta; ilk atak manide veya sadece tekrarlayan manik ataklarla başvuran hastalarda tanının bipolar bozukluk değil unipolar mani de olabileceği ve nasıl ki unipolar depresyon ve bipolar depresyon arasında belirgin farklar varsa, unipolar mani ve bipolar mani arasında da farklar olduğu ve belki de en önemlisi tedavi seçeneklerinin farklı olabileceğidir.

Yazışma adresi: Dr. Fatih Volkan Yüksel, Refik Belendir Sk. No:7/31 A. Ayrancı, Ankara, fatihvolkanuksel@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Abrams R, Taylor MA (1974) Unipolar mania: A preliminary report. Arch Gen Psychiatry, 30: 441-443.
- Abrams R, Taylor MA, Hayman MA ve ark. (1979) Unipolar Mania revisited. J Affect Disord, 1: 59-68.
- Aghanwa HS (2001) Recurrent unipolar mania in a psychiatric hospital setting in the Fiji Islands. Psychopathology, 34: 312-317.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (DSM IV) (Çev. Ed: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Bartsch AJ, Neumarker KJ, Franzek E ve ark. (2000) Karl Kleist 1879-1960. Am J Psychiatry, 157: 703.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed. MO Öztürk, B Uluğ, Çev. F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen ve ark., Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

- Kaplan HI, Sadock BJ (1997) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioural Sciences, Clinical Psychiatry. 8. Baskı, New York, Lippincott, Williams&Wilkins, s. 539-560.
- Kaplan HI, Sadock BJ (2000) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, 1. Cilt, New York, Lippincott, Williams&Wilkins, s. 1359.
- Khanna R, Grupta N, Shanker S (1992) Course of bipolar disorder in eastern India. *J Affect Disord*, 24: 35-41.
- Kleist K (1953) Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. *Monatsschr Psychiatr Neurol*, 125: 526-554.
- Kubacki A (1986) Male and female mania. *Can J Psychiatry*, 31: 70-72.
- Lee S (1992) The first lithium clinic in Hong Kong: A Chinese profile. *Aust NZJ Psychiatry*, 26: 450-453.
- Lee S, Yu H (1994) Unipolar mania in non-Western cultures. *Br J Psychiatry*, 165: 413.
- Leonhard K (1979) The Classification of endogenous psychosis. Ed 5 (Ed. E Robins) London Irvington, s. 25-39.
- Makanjuola ROA (1985) Recurrent unipolar manic disorder in Yoruba Nigerian: further evidence. *Br J Psychiatry*, 147: 434-437.
- Neele E (1949) Die Phasischen Psychosen nach ihrem Erscheinungs und Erbbild. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, s.78.
- Nurnberger J Jr, Roose SP, Dunner DL ve ark. (1979) Unipolar Mania: A distinct clinical entity? *Am J Psychiatry*, 136: 1420-1423.
- Perris C (1966) A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 42 (Suppl 194): 36-41.
- Pfohl B, Vasquez N, Nasrallah H (1982) Unipolar versus bipolar mania: a review of 242 patients. *Br J Psychiatry*, 141: 453-458.
- Shulman KI, Tohen M (1994) Unipolar mania reconsidered: Evidence from an elderly cohort. *Br J Psychiatry*, 164: 547-549.
- Teichmann G (1990) The influence of Karl Kleist on the nosology of Karl Leonhard. *Psychopathology*, 23: 267-276.
- Winokur G, Clayton PJ, Reich T (1969) Manic Depressive Illness. CV Mosby, St Louis.
- Yazıcı O, Kora K, Üçok A ve ark. (2002) Unipolar Mania: a distinct disorder? *J Affect Disord*, 71: 97-103.

