

[C-08]

## Maintenance Treatment in Bipolar Disorder

İbrahim Eren

Department of Psychiatry, Konya Research and Training Hospital, Konya - Turkey  
E-mail address: drieren@yahoo.com

**ABSTRACT:**  
Maintenance treatment in bipolar disorder

Bipolar disorder is a serious psychiatric disorder that courses with recurrences and remissions and that has high recurrence features. During the first year, recurrence occurs in 1/3 of patients, while 2/3 of patients experience recurrence of the disease in five years time. Recurrence of the disease is related to worsening of relationships with the society, suicidal and disruptive behaviours, financial loss, work loss, relationship problems, alcohol and drug use, and worsening course of the disease.

Because of its destructive effects, stages of the disease should be prevented through maintenance treatment. The main aims of the maintenance treatment in bipolar disease are prevention of relapse and recurrence, reduction of suicide risk and cycle frequencies, removal of sub-threshold symptoms, reduction of mood instability and improving functionality. USA guidelines recommend the maintenance treatment following the first period of the disease while European advisors suggest it after the second period.

In order to reduce recurrence risk, acute disease periods should aggressively be treated until full remission is achieved. Patient and the family should be trained about the disease and its treatment. The needs for long term protection and its format should also be discussed and planned with patient.

Bipolar maintenance treatment should be individualized. In other words, choices should be made by taking "the patient's individual characteristics". Treatment that recovered the patient in the acute period should be continued without major changes in the protective period. Lithium, sodium valproate, carbamazepine, lamotrigine, risperidone, olanzapine, quetiapine, aripiprazole, ziprasidone and antidepressants can be used in protective treatment of bipolar disease. Lithium and valproate are the first choice drugs widely accepted in the protection of moods. Lithium and valproate monotherapy is more effective in mania as well as in prevention of mania and depression recurrence. Lithium reduces suicide risk in bipolar patients.

First choice in protective treatment is the use of drugs that have been successful in the last period of mania and depression. Lithium can be considered in euphoric-grandiose manias and if serious suicide risk in patient or the family, history of response to lithium in the family, and predominant depression are exist. However, lithium should not be considered if kidney related problems are existed. Valproate should be chosen when dysphoric-mixed mania, additional diagnosis of alcohol drug use disorder and rapid cycling exist. Valproate should not be considered in female patients younger than 20 years and/or when polycystic ovary history and problems related to blood or liver exist. Lithium or valproate should be included if protection can not be sufficient. Lamotrigine or quetiapine must be added if depressive recurrences can not be prevented. One of lithium, aripiprazole, valproate olanzapine, risperidone and quetiapine can be added if manic recurrences can not be prevented.

In resistance conditions, high dose of mood stabilizers can be effective. Use of three mood stabilizer (e.g. lithium, valproate and lamotrigine) can be used primarily in rapid cycling. Clozapine is the second choice for such resistant conditions. Clozapine can be used alone or with valproate. The last choice is maintenance treatment with ECT.

Bipolar II patients experience depressive symptoms during the half of their life. Lithium, valproate, lamotrigine, atypical antipsychotics and antidepressants can be used in the treatment of these patients. Lamotrigine and quetiapine monotherapy are that show effectiveness in double blind Randomized Controlled Trials that patients who have bipolar II disorder. Lamotrigine can solely be used in the long term in bipolar II patients, who has recurrent depression. Use of antidepressants is safer than bipolar I as manic shift is fewer. Use of tricyclic antidepressants in protection stage can trigger rapid cycling. SSRIs and venlafaxine should be preferred in long term treatment.

Psychoeducation, cognitive and behavioral psychotherapies affect the course of disease positively if they are included to the treatment. Patients should be made feel cared for, spared enough time and reached easily whenever they need.

**Key words:** Bipolar disorder, maintenance treatment , treatment

**ÖZET:**  
İki uçlu bozuklukta koruma tedavisi

İki uçlu bozukluk nüks ve remisyonlarla giden, tekrarlamaya özelliği yüksek olan ciddi bir ruhsal hastalıktır. Hastalarının 1/3 ünde bir yıl içinde 2/3ünde 5 yıl içinde yinelenme görülür. Hastalığın tekrarlayıcı olması toplumla ilişkinin bozulması, intihar davranışı, çevreye zarar verme, maddi kayıplar, iş kaybı, ilişki sorunları, alkol ve madde kullanımı ve gidişin kötüleşmesi ile ilişkilidir.

Hastalığın yıkıcı etkileri nedeniyle hastalık dönemlerinin koruyucu tedaviler ile engellenmesi gereklidir. İki uçlu bozuklukta koruyucu tedavinin temel amacı relaps ve rekürrensin önlenmesi, intihar riskinin azaltılması, döngülenme sıklığının azaltılması, eşikaltı belirtilerin ortadan kaldırılması, duygudurum instabilitesinin azaltılması ve işlevselliğin düzeltilmesidir. Amerika kaynaklı kılavuzlar genellikle ilk hastalık döneminden sonra Avrupa kılavuzları 2. hastalık döneminden sonra koruma tedavisi önerirler.

Tekrarlamaya riskinin azaltılması için akut hastalık dönemlerinin tam remisyon sağlanıncaya kadar agresif olarak tedavi edilmesi gerekir. Hasta ve aile, hastalık ve tedavi konularında eğitilmeli, uzun süreli korumanın gerekliliği ve biçimi hastayla konuşarak birlikte planlanmalıdır.

İki uçlu bozukluk tedavisi bireyselleştirilmelidir; yani, seçimler "o hastanın bireysel özellikleri" dikkate alınarak yapılmalıdır. Koruma döneminde, hastayı akut evrede iyileştirmiş olan tedaviye büyük değişiklikler yapmadan devam etmek doğrudur. İki uçlu I Bozukluğun koruma tedavisinde lityum, valproat, karbamazepin, lamotrijin, risperidon, olanzapin, ketiapin, aripiprazol, ziprasidon ve antidepresanlar kullanılabilir. Lityum ve valproat duygudurum dönemlerini korumada geçerliliği en çok kabul edilmiş ilk seçenek ilaçlardır. Lityum ve valproat monoterapisi manide daha etkili olmakla birlikte hem mani hem de depresyon yinelenmesini engellemekte etkilidir. Lityum iki uçlu hastalarda intihar riskini azaltır.

En son mani ya da depresif dönemde başarılı olan ilacın koruma tedavisinde de sürdürülmesi ilk tercihtir. Öforik-grandiyöz maniler, hasta veya ailede ciddi intihar riski, ailede lityuma iyi yanıt öyküsü ve depresif ağırlıklı gidiş gibi özellikler lityumun seçimin; böbrekle ilgili sorunların varlığı ise lityumun seçilmemesini düşündürür. Disforik-karma maniler, alkol madde kullanım bozukluğu ek tanısı, hızlı döngü varlığında valproat seçilmeli, 20 yaş altı kadın hasta ya da polistik over öyküsü, kan ya da karaciğerle ilgili sorunlar varlığında ise valproat seçilmemelidir. Eğer koruma yeterli olmazsa lityum veya valproata; depresif yinelenmeler önlenemiyorsa lamotrijin ve ketiapin'den biri eklenmelidir. Eğer mani yinelenmeler önlenemiyorsa lityum, aripiprazol, valproat, olanzapin, risperidon ve ketiapinden biri eklenebilir.

Direnç durumlarında kullanılan duygudurum dengeleyici (DDD) ilaçların yüksek dozları etkili olabilir. Üçlü DDD kullanımı (ör: lityum, valproat ve lamotrijin) hızlı döngülülük başta olmak üzere kullanılabilir. Klozapin bu tür dirençli olgular için bir sonraki seçenektir. Klozapin valproat ile birlikte ya da tek başına kullanılabilir. Son seçenek EKT ile idame tedavisidir.

İki uçlu II hastalarının hayatlarının yarısında depresif belirtiler vardır. Bu hastaların tedavisinde lityum, valproat, lamotrijin, Atipik antipsikotikler, antidepresanlar kullanılabilir. İki uçlu II bozukluğu olan hastalarda lamotrijin ve ketiapin monoterapisi korumada çift kör randomize kontrollü çalışma etkinliği gösterilen ilaçlardır. Tekrarlayıcı depresyonu olan iki uçlu II hastalarında lamotrijin tek başına uzun süreli olarak kullanılabilir. Manik kayma daha az olması nedeniyle AD kullanımı iki uçlu I'e göre daha güvenlidir. Koruma döneminde trisiklik kullanımı hızlı döngülülüğü tetikleyebilir, uzun süreli tedavide SSRI'lar ve venlafaksin tercih edilmelidir.

Psikoeğitim, Bilişsel ve Davranışçı psikoterapiler tedaviye eklendiğinde hastalığın gidişini olumlu olarak etkilemektedir. Hastaya önemsendiği hissettirilmeli, yeterli zaman ayrılmalı, her zaman ulaşabileceği kanallar oluşturulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** İki uçlu bozukluk, koruma tedavisi, tedavi

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2012;22(Ek Sayı 1):S11**

**Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2012;22(Suppl. 1):S11**