

# İki Uçlu Mizaç Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu Ekhostalığı

Hüsnü Erkmen<sup>1</sup>

## ÖZET:

İki uçlu mizaç bozukluğu ve anksiyete bozukluğu ekhostalığı

İki uçlu mizaç bozukluğu hastalarının yaşam boyu anksiyete bozukluğu ekhostalığı %24-93 olarak bulunmaktadır ve bu ekhostalığın tedavisi için yapılmış bir tedavi yol göstericisi yoktur. Çoğu iki uçlu hastaların çoklu anksiyete bozukluğu vardır ve bu ekhostalık bu hastalar için kötü prognozu gösterir.

**Anahtar sözcükler:** iki uçlu bozukluk, anksiyete bozukluğu, ekhostalık

**Journal of Mood Disorders 2013;3(Suppl. 1):S31-S32**

## ABSTRACT:

Bipolar disorder and anxiety disorder comorbidity

Life time anxiety disorders comorbidity rates among bipolar patients are estimated 24-93%, so far there are no guidelines for the treatment of this comorbidity. Many of the bipolar patients has comorbid multiple anxiety disorders and this comorbidity show bad prognosis for bipolar patients.

**Key words:** bipolar disorder, anxiety disorder, comorbidity

**Journal of Mood Disorders 2013;3(Suppl. 1):S31-S32**

<sup>1</sup>Prof. Dr., Üsküdar Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Prof. Dr. Hüsnü Erkmen, Üsküdar Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, İstanbul-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address: husnuerkmen@yahoo.com

## GİRİŞ

İki Uçlu mizaç bozukluğu toplumda %5 oranında görülen, hem kişinin yaşamını, hem çevresini, hem de toplumu olumsuz yönde etkileyebilen bir ruhsal hastalıktır. Psikiyatrinin en yaygın hastalık gruplarından biri olan anksiyete bozukluklarının ise toplumda görülme sıklığı %10-20 arasında değişmektedir.

İki uçlu mizaç bozukluğu tanı ve tedavisi ile ilgilenen hekimler bu hastaların yoğun anksiyetesi olduğunu bilirler, ancak pek az araştırmacı bu anksiyeteyi araştırarak anksiyete bozukluklarının kriterlerini doldurduğunu göstermiştir (1-6). Bu konuya olan ilgi azlığında araştırmalar ve eğitim açısından hastalıkların ayrı ayrı ele alınması önemli bir yer tutmaktadır, ancak bu iki hastalık klinikte iç içe geçmiş olarak bulunmakta, tanı koyma ve tedavi yaklaşımları hayli karmaşık olmaktadır. Yapılan araştırmalarda iki uçlu mizaç bozukluğu hastalarının anksiyete bozukluğu ekhostalığı %24-93 arasında bulunmaktadır. Bu oranlar o kadar yüksektir ki ekhostalık olması neredeyse kural haline gelmektedir (2-4). Bu yüksek ekhostalık hem hastalığın gidişini hem de tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir. Daha da kötüsü bu birlikteliğin tedavisi için geliştirilmiş bir tedavi şeması veya nasıl tedavi edileceğine dair fikir birliği yoktur (5).

Çalışmalar az sayıda olsa da birden fazla anksiyete bozukluğunun iki uçlu mizaç bozukluğu ile ekhostalık olduğu gösterilmiştir ki bu konuyu daha da karmaşık hale getirmektedir (3,4). Burada dikkat edilmesi gereken kural hem iki uçlu mizaç bozukluğunun, hem de anksiyete bozukluğunun tanı ve tedavisinde diğer grup hastalığın belirtilerinin araştırılması gerekliliğidir.

Ancak pratikte büyük bir grup klinisyen bu ayrıştırmayı yap-

mamakta ve hangi hastalık daha baskın ise onu ön plana çıkararak ve tedaviyi o hastalığa göre yapmak gibi bir yaklaşım içinde olmaktadır. Bu yaklaşım ise hastalar açısından çok risklidir çünkü bu ekhostalık:

1. Hastayı fazlasıyla gerdiği ve düşkün hale getirip daha fazla acı çekmesine neden olduğu için intiharları artırmakta,
2. Aynı acı verici durumdan dolayı madde kullanımını artırmakta,
3. İlaç tedavisine direnç artırmakta,
4. Bunların sonucu olarak tedavi kalitesi düşmekte, hem hastalar hem de toplum bunun ağır sonuçlarına katlanmak zorunda kalmaktadır.

Diğer taraftan ele alırsak yüksek anksiyete düzeyi mizaç bozukluklarının erken çıkacağına habercisidir. Anksiyete bozuklukları ile ekhostalık olan mizaç bozuklukları, kötü tedavi yanıtının, çok sayıda hastane yatışlarının ve psikotik belirtilerin öncülüdürler (4). Ekhostalık teşhis edildiğinde prognostik olarak bu durumlara hazırlanmalı ve tedavi yaklaşımları ona göre yapılmalıdır. Burada unutulmaması gereken bir nokta da anksiyete bozukluklarının periyodik olarak gelmeyip sürekli olmasıdır. İki uçlu mizaç bozukluğu atağı geçtikten sonra da anksiyete bozukluğunun tedavisi devam ettirilmelidir.

Bir başka açıdan ele alındığında ise anksiyete bozukluğu olarak tanı almış olan hastaların çoğunluğu, özellikle obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı aldılarsa yüksek doz antidepresanlar ile tedavi edilmek zorundadırlar. Yüksek doz antidepresanlar o ana kadar bir belirtisi görülme de iki uçlu mizaç bozukluğunu ortaya çıkarabilmektedir. Öncelikle mizaç bozukluğu tanısı konmuş olanların anksiyete bozuklukları ekhostalığı teşhis edil-

diğinde ise, aynı nedenler ile tedavinin nasıl yapılabileceği çaresizliği yaşanmaktadır, daha önce de belirtildiği gibi bu konuda yapılmış olan uluslararası bir fikir birliği ve yol gösteren tedavi şemaları yoktur. Bu çaresizlik ise klinikte genellikle görmezden gelme ile sonuçlanmaktadır. Genellikle daha güdültü ve tedirgin edici olduğu için mizaç bozukluğu tedavisi öne geçmekte anksiyete bozukluğu görmezden gelinmektedir.

Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarının iki uçlu 1 hastalarında iki uçlu 2 hastalarına göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca anksiyete belirtilerinin eşik altı olabileceğini de unutmamak gerekir (3).

Ekhastalıklar her atakta çıkmayabileceği gibi, değişik ataklarda farklı anksiyete bozuklukları da çıkabilmektedir, bu durum klinisyenin her atakta kişiyi etrafı olarak ilk ele almış gibi değerlendirmesini gerektirmekte bu da klinik yükünü artırmakta ve özellikle kısa sürede çok sayıda hasta muayene etmeğe zorlanan hekimlerin tedavi kalitesini düşürmektedir.

Yapılan çalışmalarda en yaygın ekhastalığın OKB olduğu, basit ve sosyal fobinin bunu takip ettiği gösterilmiştir (2-6). İlk atak ve erkek cinsiyette olmasının daha az anksiyete bozukluğu ekhastalığı ile ilişkili olduğu da saptanmıştır. Eğer anksiyete bozukluğu ekhastalığı var ise uygulanan ölçeklerde daha yüksek anksiyete ve genel psikopatoloji belirtileri gözlenmektedir. Bu durumda klinik olarak ekhastalık tesbit edilemediği durumlarda dikkati çekmeli ve araştırmayı bu yönde yapmalıdır. Belki bütün bu verileri kullanarak anksiyete bozukluklarının iki uçlu mizaç bozukluğunun başlamasından sonra devreye girdiğini söyleyebiliriz (4). Kadın hastaların ekhastalık yönünden daha dikkatli incelenmesi gerektiğini de unutmamak gerekmektedir. Bir hastayı ekhastalığı açısından incelerken eğer hasta manik nöbette ise bu incelemeyi atak geçtikten sonra yapmak daha akıllıca olabilir çünkü başta OKB, sosyal fobi olmak üzere bazı anksiyete

bozuklukları mani sırasında kaybolabilir veya azalabilir, literatürde bu şekilde yapılmış olan çalışmalarda ekhastalığın daha az görülmesi ve ekhastalık sıralarının değişmesi bu şekilde açıklanabilmektedir, araştırmaların ötesinde klinikte hasta ve yakınları da bu belirtilerin mani ile geçtiğini veya belirgin bir şekilde azaldığını bildirmektedirler hatta anksiyete bozukluklarından çok fazla rahatsız olan hastalar mani dönemini bir iyilik hali gibi anlatmakta bu konuda yeterli bilgisi olmayan ve daha önce hastayı izlememiş hekimler ilk elde tanıyı yanlış koyabilmektedirler.

Belki de tedavi açısından en zor durumlar ekhastalığın birden çok sayıda ve aynı anda görüldüğü durumlardır (2,4,6). Bu durum tanı koyma ve tedaviyi daha karmaşık hale getirdiği gibi hastayı da hem çektiği sıkıntılar açısından hem de toplum uyumu açısından daha da fazla zorlamaktadır. Aynı şekilde hekim de bir tedavi düzeni kurma sıkıntısı yaşamaktadır.

Doğal olarak kötü gidişli hastalıkların her yönden ekonomik yükü de artmaktadır. Bu ekonomik yük hastanın çalışmamasına bağlı kayıpların yanı sıra tedavi masraflarının artması şeklinde de kendisini göstermektedir.

Tedavi ile ilgili pek az çalışma vardır ve hemen hiç biri rando-mize kontrollü çalışma değildir. Yapılan çalışmalar yeteri kadar yön göstermediği gibi yeni sorunlara işaret etmektedir. Anksiyetenin yoğun olduğu olgularda lityumun etkinliği azalmaktadır. Anti-konvülsanlardan valproat, karbamazepin, lamotrijin, topiramet, gabapentin ve pregabalın anksiyeteli durumlarda araştırılmış ancak sonuç alınamamıştır (5). Antidepresanların anksiyeteye etkisi bilinmekle birlikte bu ilaçlarında iki uçlu mizaç bozukluğu üzerine olumsuz etkisi bilinmektedir. İkinci kuşak antipsikotiklerin anksiyolitik etkileri bilindiği ve aynı zamanda mizaç düzenleyici etkileri olduğu için bu grup ilaçlar kullanılabilir diye düşünülmektedir. Bazı durumlarda ise benzodiazepinlerin kullanımı düşünülebilir.

## Kaynaklar:

1. Chen Y W, Dilsaver SC. Comorbidity of panic disorderin bipolar illness: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area survey. *Am J Psychiatry* 1995;152:280-2.
2. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients:Data from the first 500 participants in the systemic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004;161:2222-9.
3. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder *Am J Psychiatry* 2001;158:420-6.
4. Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, et al. Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 1999;156: 474-6.
5. Feske U, Frank E, Mallinger AG, et al: Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder.*Am j Psychiatry* 2000;157:956-62.
6. Toprak E, Yavuz B: Anxiety disorders comorbidity in bipolar patients and quality of life. *JMOOD* 2011;1:55-62.