

İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Hastalarında Anksiyete Bozukluğu Ekhostalığı ve Yaşam Kalitesi

Ebru Toprak¹, Burcu Yavuz²

ÖZET:

İki uçlu mizaç bozukluğu hastalarında anksiyete bozukluğu ekhostalığı ve yaşam kalitesi

Amaç: İki Uçlu Mizaç Bozukluğu'nda (İUMB) eşlik eden hastalıkları değerlendiren çalışmaların çoğu, anksiyete bozukluğu (AB) ekhostalığının tanı, tedavi ve hastalık sürecini büyük oranda etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimize başvuran İUMB hastalarında AB yaygınlığını belirleyerek, ekhostalığın hastaların klinik özellikleri ve yaşam kalitesi bakımından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 2010 yılı Ocak ve Mayıs ayları arasında, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğinde ayakta ya da yatırılarak değerlendirilen DSM-IV tanı ölçütlerine göre İUMB I ve ya İUMB II tanısı alan 18-65 yaş arasında 70 hasta dahil edildi. Hastalara sosyodemografik veri formu, DSM-IV eksen tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Ham-D), Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) ve AB ekhostalığı olan olgulara Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Ham-A) uygulandı.

Bulgular: İUMB olgularının %32.9'u değerlendirildiği dönemde AB tanısını almaktaydı. En sık görülen AB ekhostalığı obsesif kompulsif bozukluk (%20), sosyal anksiyete bozukluğu (%12.9) ve yaygın anksiyete bozukluğu. Genel sağlık, ruh sağlığı, rol güçlüğü fiziksel ve vitalite bölümlerinin ortalama puanları şimdiki dönem AB ekhostalığı olanlarda olmayanlara göre daha düşüktü.

Sonuçlar: Çalışmamız AB'nin eşlik ettiği İUMB hastalarının yaşam kalitesinin, etmeyenlere göre daha olumsuz olarak etkilendiğini ve depresif geçirilen dönemlerin arttığını göstermiştir. Bu bağlamda şimdiki ve yaşam boyu anksiyete bozukluğunun İUMB'nin her evresinde sorgulanması, tedavi ve hastalığın seyri açısından önem kazanmaktadır.

Anahtar sözcükler: İki uçlu mizaç bozukluğu, anksiyete bozukluğu, ekhostalık

Journal of Mood Disorders 2011;1(2):55-62

ABSTRACT:

Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder patients and quality of life

Objective: Most of the previous studies evaluating patients with bipolar disorder showed that anxiety disorder comorbidity affects the appropriate treatment and the course of the disease. The aim of this study is to assess the lifetime and current anxiety disorder comorbidity prevalances and to compare clinical characteristics and quality of life among patients with and without comorbid anxiety disorder.

Methods: 70 patients who were treated at Şişli Training and Research Hospital Psychiatry Department as outpatients or inpatients between January 2010 and May 2010 aged between 18-65 years and diagnosed as having bipolar I and II disorder according to DSM-IV-TR criteria, were included in the study. Sociodemographic form, SCID-I, Hamilton Depression and Anxiety scale, Young mania rating scale, SF-36 were applied to patients.

Results: Current anxiety disorder comorbidity was found in 32.9% of the patients, the most common current comorbid anxiety disorder was obsessive compulsive disorder (20%), the second common comorbidity was social phobia (12.9%) and third common was generalized anxiety disorder (8.6%). The SF-36 subscales mental health, general health, vitality and role-physical points were higher in patients who didn't have current anxiety disorder comorbidity.

Conclusions: Our study shows that anxiety disorder comorbidity is associated with lower quality of life and higher number of previous depressive episodes. These results show the necessity of assessing the current and lifetime anxiety disorder comorbidity and its effects on the outcome of the disease in bipolar patients in every phase of the illness.

Key words: Bipolar disorder, anxiety disorder, comorbidity

Journal of Mood Disorders 2011;1(2):55-62

¹MD, Ünye Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ordu-Türkiye
²MD, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Ebru Toprak, Ünye Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Buruncu Mah. Devlet Sahil Yolu Üzeri, Ünye, Ordu-Türkiye

Telefon / Phone: +90-452-323-3030

Elektronik posta adresi / E-mail address: toprakebru@hotmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Mayıs 2011 / May 29, 2011

Bağıntılı beyanı:

E.T., B.Y.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

E.T., B.Y.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

İki Uçlu Mizaç Bozukluğu (İUMB), hastalarda belirgin yeti yitimi ile seyreden önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Yaşam boyu yaygınlığı İUMB tip I için %1.3-2.4, tip II için %0.3-4.8 ve tüm İUMB tipleri göz önüne alındığında

%2.6-7.8 arasında bulunmuştur (1-7).

Epidemiyolojik ve klinik örneklem çalışmalarının sonuçları İUMB olan hastalarda yüksek oranda anksiyete bozukluğu (AB) ekhostalığının varlığını göstermektedir. Çalışmalardan elde edilen bulgular, İUMB tanısı alan hastalarda yaşam boyu AB ekhostalık görülme sıklığının

%24 ile %93 arasında değiştiğini göstermektedir (3,8-10). Geniş ölçekli bir yurt dışı çalışmasında, Boylan ve arkadaşları 138 İUMB hastasından %55.8'inde en az bir AB ekhastalığı bulunduğunu, %31.8'inde ise birden fazla AB ekhastalığının bulunduğunu bildirmişlerdir (11). İUMB'ye eşlik eden anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir (12). Mc Elroy ve arkadaşlarının yaptığı 288 İUMB hastasının alındığı ekhastalık çalışmasında, en sık görülen yaşam boyu AB'nin panik bozukluk (PB) (%20) olduğu, bunu sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) (%16), özgül fobi (ÖF) (%10), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%9), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (%7) ve yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) (%3) izlediği bildirilmiştir (9). Boylan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada YAB'nin en sık görülen ekhastalık olduğu bildirilmiştir (11). Bu çalışmada YAB'ı sırasıyla PB (%27), SAB (%17), TSSB (%15), ÖF (%10) ve OKB (%9) izlemiştir. Türkiye'de 1999-2001 yılları arasında yapılan bir çalışmada yaşam boyu en sık görülen AB ekhastalığının, OKB (%39) olduğu bulunmuştur (13). Bu çalışmada ekhastalık olarak saptanan diğer anksiyete bozuklukları sırasıyla ÖF (%26), SAB (%20), TSSB (%14), YAB (%14) ve PB (%10)'tur.

Yapılmış olan çalışmaların çoğu, İUMB'de AB ekhastalığının, tedaviyi ve hastalık sürecini büyük oranda etkilediğini düşündürmektedir (11,14). Ekhastalık durumunda, hastaliksız geçirilen dönemin azaldığı, intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin arttığı, eşik altı belirtilerin arttığı, hastalığın daha ağır belirtilerle seyrettiği, tedaviye yanıtın kötü olduğu, depresif ve karma atak sayısının arttığı, hastalığın genç yaşta başladığı, alevlenmelerin arttığı, düzelmeye girme süresinin uzadığı, hastaların yaşam boyu daha fazla atak geçirdikleri, ve madde kullanım riskinin arttığı gösterilmiştir (14-20). Bu durumlar hastalarda daha fazla yeti yitimine ve yaşam kalitesinde düşüşe sebep olur (21).

Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, İUMB hastalarında AB yaygınlığını belirleyerek, AB ekhastalığı olan ve olmayan İUMB hastalarını klinik özellikler ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırmaktır.

YÖNTEM

Desen ve Örneklem

Bu kesitsel çalışmaya Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne 2010 yılı Ocak ve Mayıs ayları arasında ayaktan başvuran veya psikiyatri servisine yatan ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre İUMB tip I veya tip II tanısı alan 18-65 yaş arasında olan 70 hasta ardışık olarak alındı. Dışlama ölçütleri deliryum, demans ve diğer organik mental bozukluklar, zeka geriliği, madde/alkol kullanımına bağlı İUMB tip I veya tip II bozukluğun olması olarak belirlendi.

Hastalara sosyodemografik form, DSM-IV eksen tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) ve AB ekhastalığı olanlara Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) yapıldı. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanıyordu ve katılımcılara herhangi bir ödeme yapılmadı. Hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onay alındı.

GEREÇLER

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çalışma için hazırlanan bu form; hastaların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim ve çalışma durumunu, intihar girişimi ve hastaneye yatış öyküsünü, alkol-madde kullanımını, ilaç uyumunu, atak sayısı ve atakların özelliklerini, hastalığın başlangıç yaşını içerir. Bu veriler hasta, hasta yakınları ve hastane kayıtlarından yararlanılarak temin edilmiştir.

DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I): SCID-I, First ve arkadaşları tarafından 1997'de DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir (22). SCID-I'nin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır. (23). Hastalara SCID-I'nin mizaç ve anksiyete bozuklukları modülleri uygulandı. Hastalar özgül fobi dışındaki anksiyete bozuklukları ekhastalığı tanısı açısından sorgulandı.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): HAM-D ölçeği son bir hafta içerisinde yaşantılan depresyon belirtilerini sorgulayan, 17 maddeden oluşan bir derecelendirme ölçeğidir. En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (24). HAM-D, Max Hamilton tarafından 1960'da

yayımlanmıştır ve hala depresyonun derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir (25). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (26).

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A): Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan 14 soru içermektedir (27). Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalardaki anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirler ve şiddet değişimini ölçer. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (28). Bu ölçek anksiyete ekhastalığı olan hastalara yapıldı.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Young ve arkadaşları tarafından 1978'de geliştirilmiş olan bu ölçek, manik belirtilerin şiddetini ölçen 11 maddeden oluşan her biri 5 şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Ölçekteki maddeler, manik ataktaki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru değerlendirebilecek şekilde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması, hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. (2002) tarafından yapılmıştır (29).

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36): Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçektir. Bedensel hastalığı olan hastalara, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara, sağlıklı deneklere ve psikiyatrik hastalığı olanlara uygulanabilir. 1992 yılında Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (30). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (31).

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın özet istatistikleri; yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma cinsinden sunuldu. Yüzde cinsinden dağılımların, gruplar arası kıyası ki-kare testi ile değerlendirildi. Klinik özelliklerin karşılaştırıldığı tablolarda, ki-kare testinin beklenen değerinin 5 den küçük olması sebebiyle uygulanamaması durumunda Fisher kesin olasılık hesabı yapıldı. İkili alt grupları kıyaslamak parametrik olmayan Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm testlerde anlamlılık seviyesi 0.05 kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya SCID-I'e göre İUMB tanısı almış 70 hasta alındı. Hastaların 40'ı kadın (%57.1), 30'u erkekti (%42.9). Örneklem grubunun yaş ortalaması 34.47 ± 9.69 idi. Hastaların %21.4'üne depresif, %20'sine karma, %41.4'üne manik, %1.4'üne hipomanik atak, %15.7'sine remisyonda (düzelmiş) İUMB tanısı konuldu. Hastaların %77.1'inde hastaneye yatış öyküsü, %32.9'unda intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Alkol/madde kullanım oranı %21.4 idi. İlaç uyumsuzluğu hastaların %83'ünde bulunmaktaydı. Tablo 1'de sosyodemografik ve klinik özelliklerin genel dağılımı gösterilmiştir.

Hastalarının %32.9'u değerlendirildiği dönemde AB ekhastalık tanısı almaktaydı. Olguların %20'sinde OKB, %12.9'unda SAB, %8.6'sında YAB, %5.7'sinde PB ve %5.7'sinde TSSB görülmekteydi. Birden fazla AB ekhastalığının görülme oranı %15.7 idi. Yaşam boyu AB ekhastalığının görülme oranı %44.3 olarak bulundu. En sık görülen ekhastalık %24.3 ile OKB idi. Yaşam boyu ekhastalık oranlarına bakıldığında SAB %14.3, TSSB %12.9, YAB %10, PB %7.1 olarak saptandı. Yaşam boyu birden fazla AB ekhastalık görülme oranı %18.6 idi. Tablo 2'de şimdiki ve yaşam

Tablo 1: Sosyodemografik ve klinik özelliklerin genel dağılımı

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	40	57.1
Erkek	30	42.9
Medeni Durum		
Bekar	31	44.3
Evli	36	51.4
Dul	2	2.9
Boşanmış	1	1.4
Eğitim		
İlkokul	15	23.8
Ortaokul	13	20.6
Lise	21	33.3
Üniversite	14	22.2
Meslek		
Yok	42	60
Emekli	3	5
Çalışan	15	32.9
Manik atak	29	41.4
Depresif atak	15	21.4
Karma atak	14	21.5
Hipomanik atak	1	1.4
Hastanede yatış öyküsü	54	77.1
İntihar girişim öyküsü	23	32.9
Alkol/madde kullanımı	15	21.4
ilaç uyumsuzluğu varlığı	58	83

Yaşam boyu ekhastalık oranlarına bakıldığında SAB %14.3, TSSB %12.9, YAB %10, PB %7.1 olarak saptandı. Yaşam boyu birden fazla AB ekhastalık görülme oranı %18.6 idi. Tablo 2'de şimdiki ve yaşam

Tablo 2: İUMB hastalarında şimdiki dönem ve yaşam boyu anksiyete bozuklukları ekhastalık yaygınlığı

Anksiyete Bozuklukları Ekhastalığı	Şimdiki n (%)	Yaşam boyu n (%)
Anksiyete Bozukluğu	23 (32.9)	31 (44.3)
OKB	14 (20)	17 (24.3)
SAB	9 (12.9)	10 (14.3)
YAB	6 (8.6)	7 (10)
PB	4 (5.7)	5 (7.1)
TSSB	4 (5.7)	9 (12.9)
Çoklu ekhastalık	11 (15.7)	13 (18.6)

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu
YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, PB: Panik bozukluk
TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, İUMB: İki uçlu mizaç bozukluğu

boyu anksiyete bozukluklarının ekhastalık oranları gösterilmiştir.

Şimdiki AB ekhastalığına göre hastalar eksen I tanıları açısından karşılaştırıldığında, ekhastalığı olmayanlarda (%51) olanlara göre (%21.7) manik atak daha sık görülüyordu ($p=0.02$). Yaşam boyu AB ekhastalığı olan hastalarda mevcut düzelme oranları anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.050$). Yaşam boyu AB ekhastalığı olup olmamasına göre, hastalar atak sayıları açısından karşılaştırıldığında, depresif atak sayısı ekhastalığı olanlarda (ortalama 2.43 ± 1.88) olmayanlara göre (ortalama 1.64 ± 1.46) daha fazlaydı ($p=0.050$). Tablo 3'de klinik özelliklerin şimdiki ve yaşam boyu AB ekhastalığı açı-

Tablo 3: Şimdiki ve yaşam boyu anksiyete bozukluğu ekhastalık tanısı alan ve olmayan olguların klinik özellikler açısından karşılaştırılması

Klinik özellikler	Şimdiki n(%) / ort±SS		p	Yaşam boyu n(%) / ort±SS		p
	Var (n=23)	Yok (n=47)		Var (n=31)	Yok (n=39)	
Depresif atak	7(30)	8 (17)	0.2	7 (22.6)	8 (20.5)	0.8
Atak sayısı	2.5±1.9	1.74±1.5	0.1	2.4±1.9	1.6±1.5	0.05
Manik atak	5 (21.7)	24 (51)	0.02	9 (29)	20 (51.2)	0.06
Atak sayısı	2.4±2.7	3.1±3.6	0.34	2.6±2.8	3.1±3.7	0.5
Karma atak	5 (22.7)	9 (20.9)	0.87	7 (24)	7 (17.9)	0.7
Atak sayısı	1.2±1.8	0.4±0.6	0.06	0.96±1.6	0.35±0.6	0.15
Hipomanik atak	-	1 (2)	-	-	1(2.6)	
Atak sayısı	0.25±0.7	0.3±1.1	0.86	0.4±1.2	0.2±0.8	0.7
İUMB						
Başlangıç yaşı	25.6±7.4	24.7±7.2	0.64	25.8±7.4	0.2±0.8	0.4
Remisyon (düzelmiş)	6 (26.1)	5 (10.6)	0.09	8(25.8)	3 (7.7)	0.05
Hastane yatışı	15 (65.2)	39 (83)	0.1	21 (67.7)	33 (84.6)	0.1
İntihar girişimi	7 (30.4)	16 (34)	0.8	11 (35.5)	12 (30.8)	0.7
Alkol/madde kullanımı	3 (13)	12 (26.1)	0.4	5 (16.1)	10 (26.3)	0.3
İlaç uyumsuzluğu	18 (79)	39 (85)	0.5	24 (78)	33 (86.6)	0.3

İUMB:iki uçlu mizaç bozukluğu

Tablo 4: Şimdiki dönem ve yaşam boyu anksiyete bozukluğu ekhastalık tanısı alan ve olmayan olguların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Şimdiki ort±SS		p	Yaşam boyu ort±SS		p
	Var	Yok		Var	Yok	
YMDÖ	11.2±9.3	18.1±11.9	0.02	11.8±9.4	19.0±12.1	0.01
HAM-D	11.8±5.3	10.1±7.5	0.15	11.5±6.3	10.0±7.3	0.29
SF-36						
Fiziksel	23.1±6.4	26.2±4.2	0.1	23.8±5.8	26.3±4.3	0.12
Rol güçlüğü (fiziksel)	5.4±1.8	6.7±1.9	0.02	5.9±1.8	6.7±1.9	0.12
Ağrı	8.1±2.6	9.0±2.4	0.3	8.6±2.7	8.8±2.4	0.82
Vitalite	12.9±4.9	16.4±5.4	0.02	13.9±5.3	16.6±5.3	0.06
Sosyal fonk.	5.5±2.3	6.5±2.3	0.13	6.2±2.5	6.3±2.2	0.9
Rol güçlüğü (emosyonel)	4.1±1.1	4.7±1.2	0.06	4.4±1.2	4.7±4.2	0.36
Genel sağlık	13.6±4.4	17.9±5.0	0.008	15.3±5.1	17.7±5.1	0.12
Mental sağlık	16.4±5.6	20.2±6.4	0.04	17.3±6.5	20.4±6.1	0.09

YMDÖ: Young mani derecelendirme ölçeği, HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, SF-36: Yaşam kalitesi ölçeği kısa form

sından karşılaştırılması gösterilmiştir.

Şimdiki AB ekhastalığı olanlarla olmayanlar ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, YMDÖ puanları ortalaması ekhastalığı olanlarda (11.17±9.26) olmayanlara (18.08±11.88) göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0.02). Yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) genel sağlık bölümünün ortalama puanları şimdiki AB ekhastalığı olanlarda (13.57±4.37) olmayanlara (17.91±5.04) göre anlamlı derecede daha düşüktü (p=0.008). SF-36 mental sağlık puanları ekhastalığı olanlarda (16.37±5.64) olmayanlara (20.20±6.39) göre anlamlı derecede daha düşüktü (p=0.04). SF-36 rol güçlüğü fiziksel bölümü ve vitalite puan ortalaması ekhastalığı olanlarda (sırasıyla 5.43±1.78; 12.87±4.86) olmayanlara (sırasıyla 6.72±1.86; 16.44±5.39) göre daha düşüktü (sırasıyla p=0,02;0,02). Yaşam boyu AB ekhastalığı olmayan olgularda YMDÖ puanları olanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (19.00±936 vs 11.8±12.13; p=0.01). Tablo 4’de ölçek puanlarının şimdiki ve yaşam boyu anksiyete ekhastalığı açısından karşılaştırılması gösterilmiştir.

TARTIŞMA

İUMB tanısıyla takip edilen hastalarda AB yaygınlığının araştırıldığı bu çalışmada şimdiki AB ekhastalığı %32.9 olarak tespit edildi. Çalışmamızdaki İUMB olgularında bildirilen şimdiki dönem AB ekhastalığı bulunma oranı daha önceki pek çok çalışmaya benzer olarak bulunmuştur (9,19,32,33). Mc Elroy ve arkadaşları bu oranı %30, Simon ve arkadaşları %29.4, Albert %32.2 ve Taylor %30.1 olarak bildirmiştir. Ancak bizim çalışmamızda bildirilenlerden daha yüksek oranda AB ekhastalık oranı saptanmış çalışmalar da mevcuttur. İUMB olgularında Tamam ve Özpoyraz %51.4, Boylan ve arkadaşları %55.8, Lee ve arkadaşları %52.3 ve Zutshi ve arkadaşları %50 oranında AB ekhastalığının görüldüğünü bildirmiştir. Bu çalışmada İUMB hastalarında en sık saptanan anksiyete bozuklukları ekhastalıkları sırasıyla OKB (%20), SAB (%12,9), YAB (%8.6) olarak bulundu. Panik bozukluk ve TSSB hastaların %5.7’sinde tespit edildi. Zutshi, Simon, Albert ve Taylor’ın çalışmalarında da bizim çalışmamıza benzer şekilde SAB (%14.2-%29), YAB (%12.6-%24) ve OKB(%12.4-%24)’yi en sık eşlik eden anksiyete bozuklukları olarak bildirilmiştir. Boylan (11), Mc Elroy (9) ve Lee’nin (34) çalışmalarında bizim çalışmamızdan farklı olarak PB ve TSSB ekhastalığı sırasıyla %20-%60, %15-%56.5 olarak bildirilmiştir.

Mevcut çalışmada yaşam boyu AB ekhastalığı %44.3

olarak tespit edildi. Birinci sırada %24.3 ile OKB, ikinci sırada %14.3 ile SAB, üçüncü sırada %12.9 ile TSSB, dördüncü sırada %10 ile YAB ve beşinci sırada %7.1 ile PB yer almaktadır. Türkiye’de Tamam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşam boyu en az bir AB ekhastalığının % 61.4, birden fazla AB ekhastalığının ise %38.6 olduğu tespit edilmiştir (13). Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde en sık tespit edilen yaşam boyu AB ekhastalığı %39 ile OKB idi. Diğerleri sırasıyla ÖF (%26), SAB (%20), TSSB (%14), YAB (%14) ve PB (%10) olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de 2006 yılında İUMB tip I hastalarında yapılan bir çalışmada, yaşam boyu AB ekhastalığı görülme oranı %27.1 bulunmuştur (35). En sık görülen OKB (%12.8), ikinci sırada PB (%7), diğerleri sırasıyla YAB, TSSB ve SAB (%1.4) olarak bulunmuştur. Henry ve arkadaşlarının yaptığı ve 318 hastanın alındığı çalışmada hastaların %24’ünde yaşam boyu en az bir AB, %11’inde yaşam boyu çoklu ekhastalık saptanmıştır (8). Mc Elroy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam boyu anksiyete ekhastalığı %42 olarak bulunmuştur (9). Mc Elroy ve arkadaşlarının çalışmasında yaşam boyu anksiyete bozuklukları yaygınlığı açısından birinci sırada PB (%20), ikinci sırada SAB (%13), üçüncü sırada OKB (%9), dördüncü sırada TSSB (%7), beşinci sırada YAB (%3) olarak saptanmıştır (9). Simon ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmada yaşam boyu herhangi bir AB görülme sıklığı %51 olarak tespit edilmiştir (21). Bu çalışmada sırasıyla yaşam boyu ekhastalık oranları sırasıyla; SAB %22, YAB görülme sıklığı %18, PB %17, TSSB %17, OKB %10 olarak tespit edilmiştir (21). Zutshi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam boyu AB ekhastalığının görülme oranı %69 idi (16). Bu çalışmada en sık görülen AB çalışmamıza benzer şekilde %35 ile OKB idi. OKB’yi sırasıyla SAB (%30), YAB (%25) ve PB (%7) izlemiştir. Aynı çalışmada en sık görülen şimdiki dönem AB ekhastalığı %29 ile SAB idi. Diğer bozukluklar sırasıyla; OKB(%25), YAB (%24), PB (%5) idi. Azorin’in 2009’da yaptığı çalışmaya 1090 manik atakda olan ve hastaneye yatırılmış hastalar alınmış ve yaşam boyu AB görülme oranı %27.2 bulunmuştur. Bu çalışmada en sık görülen AB %19.9’luk oranla YAB idi. 2.sırada %5.1 ile PB, 3.sırada %4 ile agarofobi, 4.sırada %2.5 ile SF, 5.sırada %2 ile TSSB ve 6.sırada %1.5 ile OKB bulunmaktaydı (36).

Şimdiki ve yaşam boyu AB ekhastalık açısından da literatürde fikir birliği olmadığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan tüm çalışmalarda OKB ilk sırada yer almaktadır. Yabancı literatürde ise OKB sıralamada sonlarda yer

almaktadır. Literatürde sadece Zutshi ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptığı çalışma, bizim ve ülkemizde yapılan diğer üç çalışmaya benzer sonuçlar içermektedir. Bu sonuçlar doğu kültürünü yansıtmakta ve hastalıkların fenomenolojisinde kültürel etkilerin olabileceğini göstermektedir. Ayrıca çalışmalardaki farklı sonuçların kullanılan yöntem ve örneklem gruplarının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Örneğin, Boylan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya sadece İUMB Tip I hastalar alınmıştır (11). Mc Elroy ve Zutshi'nin çalışmalarında ise tip I'e ek olarak, tip II ve başka türlü adlandırılmayan İUMB hastaları da dahil edilmiştir (9,16). Albert'in çalışmasına İUMB tip I ve II hastaları alınmıştır (32). Çalışmamıza yatan veya ayakta İUMB tip I ve II hastaları alınmıştır.

Yaşam boyu AB ekhastalığı olmayanlarla olanlar arasında şimdiki dönem manik, depresif ve karma atak tanısı sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gaudino ve arkadaşları da benzer şekilde ekhastalığı olanlarla olmayanlar arasında mevcut atak açısından anlamlı bir fark bildirmemişlerdir (37). Farklı olarak, Bauer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ekhastalığı olanlarda olmayanlara göre mevcut depresif atak görülme sıklığı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (14).

Düzelmiş İUMB tanısı, yaşam boyu ekhastalığı olanlarda olmayanlara göre daha fazlaydı (%25.80 vs %7.69; $p=0.05$). Mac Queen ve arkadaşları, subsendromal dönemlerde AB prevalansının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (38). Atak sayıları açısından karşılaştırıldığında, yaşam boyu ekhastalığı olanlarda olmayanlara göre depresif atak sayısı daha fazlaydı (2.43, 1.64; $p=0.050$). Benzer şekilde Bauer, Gaudino ve Nakagawa'nın çalışmalarında da, yaşam boyu ekhastalığı olanlarda depresif atak sayısı ekhastalığı olmayanlara göre daha fazlaydı (14,37,39). Farklı olarak Tamam'ın çalışmasında yaşam boyu AB ekhastalığı olanlarla olmayanlar arasında depresif atak sayısı açısından fark saptanmamıştır (13).

Manik atak sayısı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Gaudino (37), Zutshi'nin (16), Nakagawa'nın (39) çalışmasında yaşam boyu AB ekhastalığı olanlarla olmayan arasında manik atak sayısı açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Karma atak sayıları açısından, yaşam boyu AB ekhastalığı olanlarla olmayan arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçtan farklı olarak Vieta (40), Zutshi (16), Bauer'in (14) çalışmalarında ekhastalığı olanlarda daha

fazla karma atak tespit edilmiştir. Sonuçlardaki farklılık çalışmamızda atak sayılarının geriye dönük olarak tespit edilmesinden ve çalışmamızda hasta sayısının daha az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Hastane yatış öyküsü açısından, şimdiki ve yaşam boyu ekhastalığı olmayanlarla olanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Henry (8), Mc Elroy (9), Tamam (13), Kauer-Sant'Anna (41) da benzer şekilde şimdiki AB ekhastalığı olanlarla olmayanlar arasında hastane yatış öyküsü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (10,9,14,105). Zutshi (16) ve Altındağ'ın (35) çalışmalarında ise yaşam boyu AB ekhastalığı olanlarda hastane yatış öyküsünün daha sık olduğu bildirilmiştir.

İntihar girişim öykü açısından mevcut ve yaşam boyu AB ekhastalığı olanlarla olmayanlar arasında bir anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Henry ve ark. (8), Zutshi ve ark. (16) ve Tamam ve ark.'nın (13) çalışmalarında da AB ekhastalığı ile intihar girişim öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Farklı olarak, Bauer (14), Lee (34), Kauer-Sant'Anna (41) ve Mc Elroy'un (9) yaptıkları çalışmalarda şimdiki AB ekhastalığı olanlarda olmayanlara göre daha fazla intihar girişimi saptanmıştır. Simon (21), Vieta (40), Azorin (36), Altındağ'ın (35) çalışmalarında bizim çalışmamızın sonucundan farklı olarak yaşam boyu AB ekhastalığı olanlarda intihar girişim öyküsünün daha sık olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarındaki farklılık örneklem sayısının çeşitliliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Alkol/madde kullanımı açısından çalışmamızda iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Tamam'ın yaptığı çalışmada da alkol/madde kullanımı açısından farklılık tespit edilmemiştir (13). Farklı olarak Bauer (2005) ve Simon (2004) AB ekhastalığının alkol/madde kullanımı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (14,21). Batı toplumlarında Türkiye'ye göre alkol/madde kullanımının daha sık olması sonuçların farklı olmasının açıklaması olabilir.

Bu çalışmada anksiyete bozukluğu ekhastalığı olmasının anlamlı olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. AB ekhastalığı olan hastaların fiziksel etkinliklerini yerine getirmede kısıtlılık yaşadıkları, günlük aktivitelerinde ve mesleki alanda zorlandıkları, kendilerini yorgun ve bitkin hissetmekte oldukları, ruhsal ve genel sağlık durumu açısından daha kötü hissettikleri bulunmuştur. Benzer şekilde bazı çalışmalarda da AB ekhastalığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (14,32).

Bu çalışmada sağlıklı kontrol olgularının yer almaması ve olgu sayısının kısıtlı olması en belirgin kısıtlılıklardır. Ayrıca bizim çalışmamızdaki gibi kesitsel bir çalışmaya kıyasla hastaların uzunlamasına takip edildiği ve ötimik dönemlerinde tekrar değerlendirildiği bir çalışma, AB ekhastalığı ile ilgili daha güvenilir sonuçlar sağlayabilirdi. Son olarak daha önce yapılmış pek çok çalışmada (16,32,33,41,42) düzelme dönemindeki hastalar değerlendirilirken, bizim çalışmamızdaki olguların ancak çok az bir kısmının düzelme döneminde olması, bulgularımızı bu çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırmamızı zorlaştırmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışma ülkemizdeki İUMB hastalarında anksiyete bozukluğu ekhastalığının araştırıldığı dördüncü çalışma

olması açısından önemlidir. Diğer yandan İUMB'de anksiyete ekhastalığının yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren az sayıda çalışmalardan birisidir (32,41). Çalışmamızda şimdiki AB ekhastalığı %32.9, yaşam boyu AB ekhastalığı %44.3 olarak saptanmış olup bu veriler literatürle uyumludur. Yaşam boyu AB ekhastalığı olanlarda olmayanlara göre çalışma anında düzelmiş iki uçlu mizaç bozukluğu tanısı daha sık saptanmıştır. Yaşam boyu AB ekhastalığı olan hastalarda geçirilmiş depresif atak sayıları daha fazla saptanmıştır. Sonuçlarımız AB ekhastalığı olan iki uçlu mizaç bozukluğu hastalarının yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini ve depresif geçirilen dönemlerin arttığını göstermiştir. Bu bağlamda şimdiki ve yaşam boyu AB'nun İUMB'nin her evresinde sorgulanması, tedavi ve hastalığın seyri açısından önem kazanmaktadır.

Kaynaklar:

1. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord.* 1998;50:143-151.
2. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G; ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* 2001;179:308-316.
3. Kessler RC, Rubino DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med.* 1997;27:1079-89.
4. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol.* 1997;12:19-29.
5. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:977-986.
6. Szádóczy E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord.* 1998;50:153-162.
7. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lépine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996;276:293-299.
8. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:331-335.
9. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, Nolen WA, Kupka RW, Leverich GS, Rochussen JR, Rush AJ, Post RM. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158:420-426.
10. Pini S, Cassano GB, Simonini E, Savino M, Russo A, Montgomery SA. Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord.* 1997;42:145-153.
11. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:1106-1113.
12. Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26:31-36.
13. Tamam L, Ozpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology.* 2002;35:203-209.
14. Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Beresford T, Williford WO, Hauger R; VA Cooperative Study #430 Team. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2005;85:301-315.
15. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:5-7.
16. Zutshi A, Reddy YC, Thennarasu K, Chandrashekar CR. Comorbidity of anxiety disorders in patients with remitted bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:428-436.

17. Otto MW, Simon NM, Wisniewski SR, Miklowitz DJ, Kogan JN, Reilly-Harrington NA, Frank E, Nierenberg AA, Marangell LB, Sagduyu K, Weiss RD, Miyahara S, Thas ME, Sachs GS, Pollack MH; STEP-BD Investigators. Prospective 12 month course of bipolar disorder in out-patients with and without comorbid anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2006;189:20-25.
18. Sajatovic M, Kales HC. Diagnosis and management of bipolar disorder with comorbid anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:21-27.
19. Simon NM, Pollack MH, Ostacher MJ, Zalta AK, Chow CW, Fischmann D, Demopulos CM, Nierenberg AA, Otto MW. Understanding the link between anxiety symptoms and suicidal ideation and behaviors in outpatients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2007;97:91-99.
20. Feske U, Frank E, Mallinger AG, Houck PR, Fagiolini A, Shear MK, Grochocinski VJ, Kupfer DJ. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;157:956-962.
21. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS, Nierenberg AA, Thase ME, Pollack MH. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2222-29.
22. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington: American Psychiatric Press, 1997.
23. Çorapçioğlu A, Aydemir O, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. *Hekimler Yayın Birliği*, 1999.
24. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;45:742-747.
25. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
26. Akdemir A, Orsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4:251-259.
27. Hamilton M. The Assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-55.
28. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9:114-117.
29. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13(2):107-114.
30. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-483.
31. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 Türkçe Versiyonun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102-106.
32. Albert U, Rosso G, Maina G, Bogetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord*. 2008;105:297-303.
33. Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH, Nierenberg AA, Simon NM. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord*. 2008;22:868-876.
34. Lee JH, Dunner DL. The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depress Anxiety*. 2008;25:91-7.
35. Altındag A, Yanik M, Nebioğlu M. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2006;43:10-15.
36. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche EG, Hameg A, Lancrenon S, Akiskal HS. Psychopathological correlates of lifetime anxiety comorbidity in bipolar I patients: findings from a French national cohort. *Psychopathology*. 2009;42:380-86.
37. Gaudio BA, Miller IW. Anxiety disorder comorbidity in bipolar I disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. *Depress Anxiety*. 2005;21:71-77.
38. MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT. Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up in a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2003;5:349-355.
39. Nakagawa A, Grunebaum MF, Sullivan GM, Currier D, Ellis SP, Burke AK, Brent DA, Mann JJ, Oquendo MA. Comorbid anxiety in bipolar disorder: does it have an independent effect on suicidality? *Bipolar Disord*. 2008;10:530-538.
40. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord*. 2001;3:253-258.
41. Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC, Ceresér KM, Gazalle FK, Tramontina J, da Costa SC, Santin A, Kapczinski F. Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Can J Psychiatry*. 2007;52:175-181.
42. Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW, Thompson EH, Stevens JC, Demopulos CM, Nierenberg AA, Pollack MH. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2007;41:255-264.