

# Bipolar Bozukluğu Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Klinik ve Afektif Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması

## Comparison of Clinical Features and Affective Temperaments between Obsessive Compulsive Disorder with and without Comorbid Bipolar Disorder

Nurhan FISTIKCI<sup>1</sup>, Münevver HACIOĞLU<sup>1</sup>, Şakire EREK<sup>1</sup>, Abdulkadir TABO<sup>2</sup>, Ömer SAATÇIOĞLU<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 3. Psikiyatri Kliniği, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> Nevroz Kliniği, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi İstanbul, Türkiye

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada bipolar bozukluk ek tanısı bulunan obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarının, bipolar bozukluk ek tanısı bulunmayan OKB hastalarına göre klinik ve afektif mizaç farklılıkları araştırılmıştır.

**Hastalar ve Yöntem:** Sekiz aylık dönem içerisinde Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde DSM IV ölçütlerine göre OKB tanısı almış 44 OKB hastası çalışmaya alındı. Hastalara sosyodemografik form yanında, SCID I incelemesi, Hamilton depresyon Ölçeği (HAM-D), Yale Brown OKB ölçeği (Y-BOCS), TEMPS-A mizaç değerlendirme ölçeği uygulandı.

**Bulgular:** OKB hastalarında çoğunluğu bipolar II olmak üzere, %38,6 oranında bipolar bozukluk ek tanısı mevcuttu. Bipolar bozukluk ek tanısı bulunan hastaların OKB belirtilerinin mevsimsel seyir izlediği (%70,6) belirlendi. Bipolar bozukluk ek tanılı hastalarda majör depresif atak sayıları daha yüksekti ve hastaneye yatış sayıları daha fazla idi. Bipolar bozukluk ek tanılı hastalar arasında depresif mizaç (%23,4), siklotimik (%11,8) ve endişeli mizaç (%17,6) en baskın afektif mizaç tipleri idi. Bipolar bozukluğu olan ve olmayan OKB hastalarının afektif mizaç puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

**Sonuç:** Bipolar bozukluğu OKB hastalarında klinik farklılıklara sebep olmaktadır. Afektif mizaç tipleri açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bipolar bozukluğu olan ve olmayan OKB hastalarının afektif mizaç özellikleri geniş örneklemlemlerle araştırılmalıdır. (*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;25:26-31*)

**Anahtar Kelimeler:** Obsesif kompulsif bozukluk, Mizaç, Bipolar bozukluk

### Abstract

**Objective:** In this study, we investigated the differences and similarities between bipolar disorder positive and bipolar disorder negative obsessive-compulsive disorder (OCD) groups in terms of clinical characteristics and the affective temperaments.

**Patients and Method:** Forty-four patients admitted to Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hospital of Psychiatry and Neurology with the diagnosis of OCD were enrolled to the study. Patients were assessed by interview with patients (SCID I), applying sociodemographic form, Hamilton depression scale (HAM-D), Yale Brown OCD scale (Y-BOCS), and TEMPS-A affective temperament questionnaire.

**Results:** The results showed significantly high rates of bipolar disorder comorbidity (38.6), especially bipolar II, in patients with OCD. Seasonal course of OCD was prominent in patients with bipolar disorder comorbidity (70%). The number of lifetime major depressive episodes and hospitalization rate was also higher in bipolar disorder comorbid patients. Depressive (23.4%), anxious (17.6%) and cyclothymic (11.8%) temperament was predominant among bipolar OCD patients. There were no significant differences in scores of the affective temperaments between bipolar and non-bipolar OCD groups.

**Conclusion:** We conclude that there are obvious clinical influences of bipolar disorder on OCD patients. Affective temperamental differences should be investigated on large samples in the bipolar and non-bipolar OCD patients. (*Marmara Medical Journal 2012;25:26-31*)

**Key Words:** Obsessive Compulsive Disorder, Temperament, Bipolar disorder

## Giriş

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile bipolar bozukluk birlikteliğine yönelik yapılan çalışmalar son dönemlerde artmaktadır. OKB' de ömür boyu bipolar bozukluk ek tanısı değişik çalışmalarda %5 ile %35,1 arasında değişmektedir<sup>1-5</sup>. OKB hastaları bipolar bozukluk açısından, depresyon hastalarına göre 1,7 kat artmış riske sahiptir<sup>6</sup>. OKB ve bipolar bozukluk ek tanısı olan hastalarda bipolar bozukluk ek tanısı olmayanlara kıyasla daha çok dini ve cinsel obsesyonların olduğu belirtilmiştir<sup>7,8</sup>. Bipolar bozukluk ek tanısı olan OKB hastalarında hastalığın daha erken yaşta başladığı, epizodik bir seyir izlediği, alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu saptanmıştır<sup>5,9</sup>.

Akiskal afektif mizaçların, duygudurum bozukluklarının premorbid seyrinde davranışsal fenotip özellikleri olduğunu ileri sürmüştür<sup>10</sup>. Depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl (sinirli) ve anksiyöz (endişeli) mizaç tanımlanmış afektif mizaç türleridir ve duygudurum bozukluklarının sürecini belirleyen temel unsurlardan oldukları düşünülmektedir<sup>11,12</sup>. Günümüzde bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir<sup>13</sup>. Afektif mizaç özelliklerinin, anksiyete bozukluklarındaki bipolar bozukluk ek tanısında belirleyici rol oynayabileceği üzerinde durulmakta ve bu konunun daha ileri çalışmalar ile değerlendirilmesinin uygun olacağı vurgulanmaktadır<sup>1</sup>. Diğer anksiyete bozukluklarına oranla özellikle OKB ile bipolar bozukluğun daha sık birlikte görülmesinden dolayı OKB si olan hastalarda afektif mizaç özellikleri ve özellikle siklotimik mizaç özellikleri konusunda yapılan çalışmalar dikkati çekmektedir<sup>9,14</sup>. D'ambrosio ve arkadaşlarının komorbid bipolar bozukluğu olmayan OKB hastaları ile yürüttükleri bir çalışmada OKB hastalarında %53,9 oranında baskın afektif mizaç saptamışlardır. Aynı çalışmadaki hasta grubunda %13,8 hipertimik, %19,2 siklotimik, %16,8 depresif, %4,8 sinirli mizaç tespit edilmiştir<sup>14</sup>. Bir başka çalışmada siklotimik karakter özelliği olan OKB hastalarının daha şiddetli OKB belirtilerinin olduğu, OKB belirtilerinin daha epizodik seyrettiği, hipomanik ve majör depresif atak geçirme olasılıklarının ve intihar risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir<sup>9</sup>.

OKB hastaları arasında bipolar bozukluk ek tanısının sık olması<sup>5</sup>, OKB de baskın afektif mizaç özelliklerinin dikkati çekiyor olması<sup>14</sup> nedeni ile bu çalışmada, bipolar bozukluğu olan ve olmayan OKB hastalarının klinik ve afektif mizaç özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## Hastalar ve Yöntem

### Örneklem Grubu

Sekiz aylık dönem içerisinde Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitesine OKB yakınmaları ile başvuran, tedavisi süren, DSM IV ölçütlerine göre OKB tanısı almış, 18-64 yaş arasında olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 44 OKB hastası çalışmaya alındı. Hastalar çalışmaya alınmadan önce, çalışma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onayları alındı. Çalışmanın etik kurul onayı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi etik kurulundan alındı.

Anlamli iletişim kuramayacak düzeyde zekâ geriliği olanlar, testleri yapabilecek düzeyde eğitimi olmayanlar, demans ve deliryum vakaları, organik nedenlere bağlı OKB vakaları, ömür boyu şizofreni veya benzeri psikotik bozukluğu bulunan hastalar, kontrol edilemeyen veya ciddi tıbbi durumları olan hastalar çalışmaya dâhil

edilmemiştir. Ayrıca, klinik görüşmede DSM IV tanı ölçütlerine göre majör depresif, hipomanik veya manik atak tanı ölçütlerini karşılayan vakalar TEMPS-A mizaç ölçeği sonuçlarının bu durumdan etkilenmemesi için çalışma dışı tutulmuşlardır.

### Yöntem

Çalışmaya alınan hastalara, SCID-I görüşme klavuzundaki sosyodemografik veri formu esas alınıp OKB klinik özellikleri ve gidişi açısından etkili olabileceği düşünülen faktörleri eklemek suretiyle araştırmacı tarafından geliştirilmiş sosyodemografik veri formu doldurularak görüşme yapıldı. Hastaların izlem ve yatış dosyaları gözden geçirildi. Hastaların akrabalarının özellikleri izlem veya yatış dosyalarının incelenmesiyle saptandı. DSM-IV uyumlu SCID-I Psikiyatrik görüşme formu kullanılarak OKB tanısı doğrulandı ve bipolar bozukluk ek tanısı belirlendi. Bu çalışmada, antidepresan kullanımına bağlı hipomanik kayma öyküsü olan hastalar da bipolar bozukluk olarak sınıflandırıldı<sup>15-18</sup>. Çalışmamızda, antidepresan ilaçlara hipomanik yanıtlardan, ilaç tedavisinden sonraki 4-12 hafta içinde gelenler farmakolojik kökenli olarak kabul edildi<sup>19</sup>. Depresif belirtilerin şiddetinin derecelendirilmesi için Hamilton depresyon ölçeği uygulandı (HAM-D). Yale-Brown obsesif kompulsif bozukluk ölçeği (Y-BOCS) ile OKB semptomlarının şiddeti ve içerikleri değerlendirildi. Baskın afektif mizaç değerlendirmesi için TEMPS-A mizaç ölçeği uygulandı.

OKB hastalarından oluşan grup sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri, afektif mizaç özellikleri, bipolar bozukluk ek tanısı sıklığı yönünden incelendi. Daha sonra, bipolar bozukluk ek tanısı bulunan hastalar bipolar bozukluk ek tanısı bulunmayan hastalar ile yine benzer parametreler kullanılarak karşılaştırıldı. Bipolar bozukluk ek tanısına sahip olan OKB hastalarının diğerlerine göre farklılıkları ve benzerlikleri incelendi.

### Gereçler

**SCID-I Klinik Versiyon:** 1997 yılında DSM III-R tanı ölçütlerine uyarlanan testin DSM IV tanı ölçütlerine göre yeniden gözden geçirilmesi ile Amerikan Psikiyatri Birliğince oluşturulmuştur. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır<sup>20</sup>.

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):** Hastalardaki depresyon şiddetini ölçmek için kullanılır. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır<sup>21</sup>.

**Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS):** 1989 yılında Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir<sup>22</sup>. Karamustafaloğlu ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır<sup>23</sup>.

**TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği:** Baskın duygulanım mizacını değerlendirmek için düzenlenmiştir. Orijinal ölçekler erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçeye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için 99 maddeden oluşur. Her alt tipten alınan puan, o alt tip için hesaplanmış olan kesme noktasının üzerinde ise, kişinin o mizacı baskın olarak taşıdığı varsayılır. Birden fazla mizaç kesme puanı geçildiğinde, birden fazla baskın mizaç varlığından bahsedilir. Türkçe çevirinin test – tekrar test güvenilirliği yapılmıştır<sup>24</sup>.

### İstatistiksel Analiz

İstatistik hesaplamaları için, SPSS Windows sürüm 13,0 kullanıldı. Nicel tipteki veriler ortalama ve standart sapma olarak belirtildi. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ve sıralı tipteki

değişkenlerde Mann Whitney U testi, Kategorik değişkenlerde ki kare testi ve Fisher'in Kesin testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  ve iki yönlü olarak kabul edildi.

## Bulgular

### Sosyodemografik ve Klinik Bulgular

OKB tanısı almış hastaların ( $n=44$ ) 31' i kadın 13'ü erkekti. Yaşları 20 ile 60 arasında (ortalama  $35,7 \pm 10,7$ ) değişmekteydi. Hastaların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo I' de özetlenmiştir.

OKB hastalarının birinci dereceden akrabalarında %36,4 bipolar bozukluk ( $n=16$ ), % 56,8 majör depresif bozukluk ( $n=25$ ) öyküsü tespit edildi. DSM IV tanı kriterlerine göre vakaların birinde bipolar bozukluk tip 1 (%2,3), yedisinde bipolar bozukluk tip 2 (%15,9), ikisinde başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk (%4,5) yedi hastada ise antidepresan ile tetiklenen hipomani öyküsü bulunmaktaydı (%15,9). Toplam 17 (%38,6) hastada bipolar bozukluk ek tanısı saptandı.

Bipolar bozukluk ek tanısı bulunan OKB hastalarının ortalama yaşları ( $34,12 \pm 10,44$ ), bipolar bozukluk ek tanısı olmayan hastaların yaş ortalamalarından ( $36,78 \pm 10,89$ ) daha düşük olmakla birlikte bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ( $z = -0,70$ ;  $p = 0,48$ ). OKB başlangıç yaşı açısından da bipolar bozukluk olan ( $22,0 \pm 8,95$ ) ve olmayan ( $23,22 \pm 8,90$ ) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $z = -0,48$ ;  $p = 0,62$ ). Bipolar bozukluk ek tanısı bulunan OKB hastaları arasında cinsiyet farklılığı istatistiksel açıdan anlamlı değil idi ( $\chi^2 = 0,44$ ;  $p = 0,50$ )

Bipolar bozukluk ek tanısı bulunan OKB hastalarının klinik özellikleri incelendiğinde, bu hastaların OKB semptomlarının, bipolar bozukluk olmayan hastalara göre daha fazla oranda mevsimsel seyir izlediği görüldü ( $\chi^2 = 11,93$ ;  $p = 0,001$ ). Geçirilmiş majör depresif epizot sayıları bipolar bozukluk ek tanılı hastalarda anlamlı ölçüde daha fazla idi ( $z = -4,48$ ;  $p < 0,001$ ). Bipolar bozukluğu olan OKB

hastalarının hastaneye yatış varlığı, bipolar bozukluğu olmayan OKB vakalarından anlamlı derecede daha fazla idi ( $\chi^2 = 4,76$ ;  $p = 0,029$ ) Diğer klinik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Bipolar bozukluk ek tanısı olan ve olmayan hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo II' de özetlenmiştir.

Tablo I. OKB hastalarının sosyodemografik özellikleri

	OKB (n)	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	13	29,5
Kadın	31	70,5
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar	2	4,5
İlköğretim	22	50,0
Lise	13	29,5
Yükseköğretim	7	15,9
<b>Meslek</b>		
Çalışmıyor	6	13,6
Ev hanımı	21	47,7
İşçi	3	6,8
Memur	5	11,4
Esnaf	1	2,3
Serbest Meslek	2	4,5
Emekli	2	4,5
Öğrenci	4	9,1
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	14	31,8
Evlü	28	63,6
Dul	2	4,5

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Tablo II. Bipolar bozukluk ek tanısı olan ve olmayan hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Klinik Özellikler	Bipolar Bozukluk Olan OKB n (%)	Bipolar Bozukluk Olmayan OKB n (%)	z	$\chi^2$	p
<b>OKB Başlangıç şekli</b>					
Akut	3 (17,60)	6 (22,20)		0,134	0,710
Subakut	14 (82,40)	21 (77,80)			
<b>Mevsimsel gidiş</b>					
Var	12 (70,60)	5 (18,55)		11,93	0,001*
Yok	5 (29,4)	22 (81,50)			
<b>İntihar girişimi</b>					
Var	7 (41,20)	7 (25,90)		1,11	0,290
Yok	10 (58,80)	20 (74,10)			
<b>Hastaneye yatış</b>					
Var	10 (58,80)	7 (25,906)		4,76	0,029*
Yok	7 (41,20)	20 (74,10)			
<b>Mevcut tedavi</b>					
Tekli	1 (5,9)	6 (22,2)		2,08	F=0,220
Çoklu	16 (94,10)	21 (77,80)			
<b>Majör depresif epizot sayısı (Ort±ss)</b>	2,65±2,95	0,00±0,00	-4,68		<0,001*

Ort ± ss; Ortalama± Standart Sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Bipolar Bozukluk: Bipolar bozukluk \*İstatistiksel olarak anlamlı

Tablo III: Bipolar bozukluk olan ve olmayan OKB hastalarının Y-BOCS ölçeğine göre değerlendirilmesi ve obsesif –kompulsif semptomların dağılımı

	Bipolar Bozukluk Olan OKB (n=17)		Bipolar Bozukluk Olmayan OKB (n=27)		$\chi^2$	p
	(n)	%	(n)	%		
<b>Obsesyonlar;</b>						
Biriktirme/ saklama	0	0,0	1	3,7	0,64	0,42
Somatik	2	11,8	2	7,4	0,24	0,62
Cinsel	4	23,5	6	22,2	0,10	0,92
Simetri	4	23,5	8	29,6	1,96	0,65
Saldırganlık	5	29,4	11	40,7	0,579	0,44
Dini	5	29,4	13	48,1	1,51	0,21
Diğer	5	29,4	3	11,1	2,34	0,12
Kirlenme	12	70,6	17	63,0	0,27	0,60
Şüphe	15	88,2	20	74,1	1,52	0,46
<b>Kompülsiyonlar;</b>						
Yok	0	0,0	1	3,7	0,64	0,42
Sayma	3	17,6	6	22,2	0,13	0,71
Biriktirme, saklama	3	17,6	13	48,1	4,19	0,41
Diğer	3	17,6	15	54,1	0,67	0,20
Tekrarlayıcı/ törensel davranışlar	4	23,5	7	25,9	0,32	0,85
Temizleme	9	52,9	14	51,9	0,05	0,94
Kontrol etme	13	76,5	16	59,3	1,37	0,24

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Tablo IV. OKB hastalarının TEMPS-A ölçeğine göre baskın mizaçlarının değerlendirilmesi

Baskın Mizaç Tipi	OKB (n)	%
Hipertimik	0	0
Sinirli	1	2,3
Depresif ve siklotimik	2	4,6
Siklotimik	3	9,1
Depresif ve endişeli	5	11,4
Endişeli	10	22,7
Depresif	15	34,1
Herhangi bir baskın mizaç varlığı	23	52,3

OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk

Tablo V: OKB hastalarında DSM IV' e göre bipolar bozukluk ek tanısı olan ve olmayan hastaların baskın mizaç özellikleri

	Bipolar Bozukluk Olan OKB (n)		Bipolar Bozukluk Olmayan OKB (n)	
	(n)	%	(n)	%
<b>TEMPS-A</b>				
Hipertimik	0	0	0	0
Sinirli	1	5,9	0	0
Siklotimik	2	11,8	1	3,7
Endişeli	3	17,6	7	25,9
Depresif	4	23,4	11	40,7

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Tüm hastaların ortalama Y-BOCS ölçeği puanı 23,36±10,27, Hamilton depresyon ölçeği puanı 8,02±7,01 idi. Bipolar bozukluk ek tanılı OKB hastalarında Hamilton depresyon ölçeği ve Y-BOCS Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, bu hastaların çalışma esnasındaki depresyon şiddetlerinin ( $z=-1,28$ ;  $p=0,20$ ) ve OKB belirtilerinin şiddetlerinin ( $z=-1,24$ ;  $p=0,21$ ) bipolar bozukluk ek tanılı olmayan OKB hastalarından anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

Bipolar bozukluk ek tanılı olan ve olmayan OKB hastalarında obsesyon ve kompülsiyon puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bipolar bozukluk olan ve olmayan OKB hastalarının Y-BOCS' a göre belirti şiddetlerinin değerlendirilmesi ve obsesif – kompulsif semptomların dağılımı Tablo III' de verilmiştir.

#### Afektif Mizaç ile İlgili Bulgular

OKB hastalarının %52' sinde baskın bir veya birden fazla mizaç bulunduğu tespit edildi. En sık depresif mizaç %34,1 (n=15), ikinci sıklıkta ise endişeli mizaç %22,7 (n=10) saptandı. Hastaların TEMPS-A'ya göre baskın mizaçlarının değerlendirilmesi Tablo IV' de özetlenmiştir.

TEMPS-A baskın mizaç değerlendirmesinde, bipolar bozukluk ek tanılı OKB hastalarının 10' unda (%58,8) baskın bir mizaç tespit edildi. Bipolar bozukluk ek tanılı hastalarda depresif mizaç (n=4) ve endişeli mizaç (n=3) en sık rastlanan baskın mizaç tipleri idi. Bipolar bozukluk olmayan hastalarda ise, depresif mizaç (n=11) ve endişeli mizaç (n=7) sıklıkta. OKB hastalarında bipolar bozukluk ek tanısı olan ve olmayan hastaların baskın mizaç özellikleri Tablo V' de özetlenmiştir.

TEMPS-A mizaç puanları değerlendirildiğinde ise bipolar bozukluğu olmayan OKB hastalarının, bipolar bozukluğu olan OKB

Tablo VI: OKB hastalarında DSM IV' e göre bipolar bozukluk ek tanısı olan ve olmayan hastaların mizaç puanlarının karşılaştırılması

Mizaç tipi	Bipolar Bozukluk Olan OKB Ort ±ss	Bipolar Bozukluk Olmayan OKB Ort ±ss	z	p
Sinirli	6,06±4,02	7,04±4,22	0,76	0,45
Hipertimik	6,18±5,05	6,41±3,65	0,17	0,86
Depresif	10,53±4,20	11,26±4,74	0,51	0,60
Siklotimik	11,12±5,74	11,81±3,75	0,48	0,62
Endişeli	11,65±6,75	12,81±6,59	0,56	0,57

Ort±ss:Ortalama±Standart Sapma,  
OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk

hastalarına göre mizaç puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği görüldü. OKB hastalarında bipolar bozukluk ek tanısı olan ve olmayan hastaların mizaç puanları Tablo IV' da özetlenmiştir.

## Tartışma

Araştırmamızda OKB' li hastalarda çoğunluğu bipolar bozukluk tip II olmak üzere yüksek oranda (%38,6) bipolar bozukluk ek tanısı mevcuttu. OKB' de bipolar bozukluk ek tanısına ilişkin sonuçlar %2,7–33,3 arasında değişmektedir<sup>7,25-29</sup>. Bulgularımıza benzer şekilde Kruger ve arkadaşları 149 hastayı içeren serilerinde ünipolar depresyon (%35,2) ve bipolar bozukluk (%35,1) ek tanı oranları tespit etmişlerdir<sup>4</sup>. Tabo, tez çalışmasında 30 OKB hastasında yaşam boyu bipolar bozukluk ek tanısını %33,3 (%3,3 bipolar I, %30 bipolar II) olarak tespit etmiştir<sup>28</sup>. Aynı çalışma bipolar bozukluk saptanan 10 OKB' li hastanın 5'inde (%16,5) hipomanik atak öncesinde ve esnasında antidepresan kullanımının olduğu belirlenmiştir. Bulgularımızdan farklı olarak Perugi ve arkadaşlarının çalışmasında, 345 OKB' li hastada ömür boyu bipolar bozukluk ek tanısı %16, majör depresyon ek tanısı ise %34,8 olarak bulunmuştur<sup>7</sup>. Araştırmamızda 7 hasta antidepresan ile hipomanik kayma gösterdiği için bipolar bozukluk grubunda değerlendirilmiştir. Bu bulgu ile paralel olarak Perugi ve arkadaşları OKB ve bipolar bozukluk ek tanısına ilişkin olarak, antidepresan tedavinin hastaların mani ya da hipomaniye kayma olasılığını artırdığına dikkat çekmişlerdir<sup>30</sup>. Antidepresif ilaç kullanırken hipomanik/manik bir kayma yaşayan ve o zamana kadar iki uçlu bozukluk tanısı konmamış hastalar yaygın olarak kullanılan tanı sınıflandırma sistemlerine göre henüz iki uçlu olarak kabul edilmemekle birlikte (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994), giderek artan sayıda araştırmacı bu hastaları iki uçlu olarak tanımlamaktadır<sup>15-18</sup>. Bulgularımızda OKB hastalarının birinci dereceden akrabalarında %36,4 bipolar bozukluk (n=16) saptanmıştır. Bu bulgumuza paralel olarak ailede bipolar bozukluk öyküsü olan OKB hastalarının daha sık bipolar bozukluk ek tanısı aldığı bildirilmiştir<sup>29</sup>. Çalışmamızdaki OKB' li hastalarda Bipolar II ek tanısı da yüksek oranda ortaya çıkmıştır (%15,9). bulgumuza paralel olarak klinik çalışmalar da bipolar II bozukluğun OKB' de sık gözükken bir ek tanı olduğunu ve klinik görünümünün değişebileceğini öne sürmektedirler<sup>4,7,29</sup>.

Araştırmamızda OKB başlangıç şekli açısından bipolar bozukluk olan ve olmayan OKB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık. Bipolar bozukluk ek tanılı OKB hastalarında bipolar bozukluk olmayanlara kıyasla, mevsimsel seyir daha sık, hastane yatış sayısı daha fazla ve geçirilmiş majör depresif epizot sayıları anlamlı derecede daha fazla idi. Bulgularımızla paralel olarak Perugi ve arkadaşları da çalışmalarında, bipolar bozukluk ek tanısı olan OKB'lerin ek tanılı olmayanlara göre OKB belirtilerinin daha epizodik bir gidiş gösterdiğini ve depresif epizotların daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada bipolar bozukluğu olan OKB hastalarında cinsel ve dini obsesyonların daha fazla olduğu, kontrol ritüellerinin daha az olduğu bildirilmiştir<sup>7</sup>. Bu bulgularla farklı olarak araştırmamızda OKB semptomatolojisi açısından, bipolar bozukluk ek tanısı gösteren ve göstermeyen hastalar arasında istatistiksel farklılık oluşturan bir semptom saptanmamıştır. Düşük örneklem sayısı ve kadın-erkek sayındaki dengesizlik sonuçları etkilemiş olabilir. Araştırma sonuçlarımıza göre, sık majör depresyon epizotları yaşayan, OKB belirtileri mevsimsel seyreden ve yatış sayısı fazla olan vakalarda bipolar bozukluk ek tanısının sorgulanması uygun olabilir.

Çalışmamızın mizaç değerlendirmesinde OKB' de depresif mizacın en yüksek oranda (%34,1) görüldüğü saptandı. Bu bulgumuzdan farklı olarak D'Ambrosio ve arkadaşları ise 167 OKB hastasıyla yaptıkları, afektif mizacın araştırmacılar tarafından değerlendirildiği çalışmada en sık siklotimik mizaç tespit etmişlerdir (%19,2). Bu çalışmada saptanan depresif mizaç sıklığı ise %16,8 olmuştur<sup>14</sup>.

Araştırmamızda baskın hipertimik mizaca sahip hasta olmamıştır ve hipertimik mizaç puanları bipolar bozukluğu olan hastalarda bipolar bozukluğu olmayanlara oranla yüksek değildi. Bu bulgumuzdan farklı olarak, Akdeniz ve arkadaşları 68 yineleyici tip depresyon, 50 tek dönemli depresyon ve 84 ötimik bipolar bozukluk hastası üzerinde afektif mizaç tiplerinin sıklığını araştırmışlardır. Yineleyen depresyon hastalarında herhangi bir afektif mizaç daha sık, tek dönemli depresif hastaların depresif mizaç sıklığı ve puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Siklotimik mizaç hasta gruplarında kontrollere göre daha sık gözlenmiş, hipertimik mizaç ise sadece bipolar bozukluk hastalarında gözlemlenmiştir. Bu bulguların psikiyatride uzun yıllardır kabul edilen depresyon ve maniye ait özgül mizaç özellikleri olduğu varsayımını destekler nitelikte olduğunu söylemişlerdir. Maninin birincil olarak hipertimik mizaç, depresyonun ise depresif mizaç ile bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir<sup>30</sup>. Akiskal ise siklotimik mizacın bipolar bozukluk ile en bağlantılı mizaç tipi olduğunu söylemiştir<sup>31</sup>. Hantouche ve arkadaşları 574 OKB hastasında %53 oranında siklotimi saptamıştır<sup>9</sup>.

Bulgularımızda bipolar komorbiditesi olan ve olmayan OKB hastalarında depresif mizaç en fazla oranda baskın mizaç olarak saptanmıştır. Bu bulgumuzdan farklı olarak D'Ambrosio ve arkadaşları bipolar bozukluk komorbiditesi olmayan OKB hastalarında %19,2 oranında siklotimik mizaç tespit etmişlerdir<sup>14</sup>. Bizim çalışmamızda tüm OKB hastalarının %9,1' de siklotimik mizaç tespit edildi. Baskın mizaç tespit edilen 10 bipolar bozukluk ek tanılı OKB hastasından 2'sinde siklotimik mizaç vardı. Hipertimik mizaca kıyasla siklotimik mizaç örneklemimizde çok daha belirgindir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda depresif ve endişeli mizaç oranları bipolar olmayan hastalardan daha düşüktü. Hasta sayısındaki kısıtlılık karşılaştırma yapmamızı engellemiştir ve bu fark ileri çalışmalarda değerlendirilebilir.

Araştırmamızdaki kadın sayısındaki fazlalık siklotimik mizaç puanlarını yükseltmiş olabilir. Sık majör depresif atak oranının bipolar bozukluğu olan OKB hastalarında siklotimik mizaçla ilişkisi olabilir. Siklotimik mizacın bipolar bozuklukta depresif epizot sayısında artış ve kadın cinsiyet ile ilişkili olduğu belirtilmektedir<sup>32</sup>. Ancak bizim çalışmamız bu konuda genelleme yapabilecek sayıya sahip değildir.

Çalışmamızın alan çalışması olmaması, kısıtlı hasta sayısı, hastanemizin en son basamak hastane olması ve göreceli olarak tedaviye daha dirençli hastalara hitap etmesi, kadın erkek hastaların sayısındaki eşitsizlik sonuçları etkilemiş olabilir. Aile öyküleri sadece hastalardan alınan bilgilere ve dosya kayıtlarına dayandığı ve tanı koyucu görüşmelerle doğrulanmadığı için, bu sonuçların metodolojik olarak sağlıklı olmadığı açıktır. Hastanın ömür boyu komorbid durumlarının sorgulanması diğer tüm geriye dönük çalışmalarda olduğu gibi, hastanın eski hikâyesini hatırlaması temelinde şüpheli durumlara yol açabilir. Çalışmamızda kullandığımız TEMPS-A mizaç ölçeğinde, anketi dolduran kişilerin tüm yaşamlarını göz önüne almaları hatırlatıldığı halde, hastalık öncesi kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde zorluklar yaşanabilir.

Sonuç olarak, bipolar bozukluk ek tanısının OKB hastaları arasında yüksek oranda olabileceğini, bu kişilerde OKB semptomlarının mevsimsel seyir gösterebileceğini, daha sık hastane yatışı gösterdiklerini ve majör depresif epizot sayısının daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. Bipolar bozukluk ek tanısı olan OKB hastalarında baskın hipertimik mizaca rastlanmazken depresif, endişeli ve siklotimik mizaç ön plana çıkmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda baskın depresif ve endişeli mizaç oranları bipolar olmayan hastalardan daha düşüktü ve siklotimik mizaç puanları bipolar bozukluğu olan hastalar içinde üst sıralardaydı.

## Kaynaklar

- Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S ve ark. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: Is there a bipolar II connection? *J Psychiatr Res* 1999;33:53-61. doi:10.1016/S0022-3956(98)00044-2
- Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002;68:1-23. doi:10.1016/S0165-0327(00)00299-8
- Hollander E, Greenwald S, Neville D ve ark. Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety* 1996;4:111-9. doi:10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:3<111:AID-DA3>3.0.CO;2-J
- Kruger S, Braunig P, Cooke RG. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000;2:71-4. doi:10.1034/j.1399-5618.2000.020111.x
- Angst J, Gamma A, Endrass J ve ark. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:65-71.
- Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res* 1995;59:57-64. doi:10.1016/0165-1781(95)02752-1
- Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C ve ark. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 1997;46:15-23. doi:10.1016/S0165-0327(97)00075-X
- Tukel R, Meteris H, Koyuncu A ve ark. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:240-5. doi:10.1007/s00406-006-0632-z
- Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C ve ark. Cyclothymic OCD: a distinct form? *J Affect Disord* 2003;75:1-10. doi:10.1016/S0165-0327(02)00461-5
- Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. The relationship of affective temperament and clinical features in bipolar disorder. *Turk Psikiyatri Derg* 2005;16:164-9.
- Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:68-73.
- Eory A, Gonda X, Torzsa P ve ark. Affective temperaments: from neurobiological roots to clinical application]. *Orv Hetil* 2011;152:1879-86. doi: 10.1556/OH.2011.29245
- Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord* 2003;73:183-97. doi:10.1016/S0165-0327(02)00323-3
- D'Ambrosio V, Albert U, Bogetto F ve ark. Obsessive-compulsive disorder and cyclothymic temperament: an exploration of clinical features. *J Affect Disord* 2010;127:295-9. doi:10.1016/j.jad.2010.06.007
- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF ve ark. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003;73: 65-74.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract*. 2001;7: 287-97.
- Chun BJ, Dunner DL. A review of antidepressant-induced hypomania in major depression: suggestions for DSM-V. *Bipolar Disord* 2004;6: 32-42.
- Berk M, Dodd S. Are treatment emergent suicidality and decreased response to antidepressants in younger patients due to bipolar disorder being misdiagnosed as unipolar depression? *Med Hypotheses* 2005; 65: 39-43. doi: 10.1016/j.mehy.2005.02.010
- Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR ve ark. Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983;5:115-28.
- Çoraççioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 1999.
- Akdemir A, Örsel S, Dağ I ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinik kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4: 251-9
- Goodman WK, Price LH. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-6.
- Karamustafaloğlu KO, Uçılık AM, Ulusoy M ve ark. Yale Brown obsesif kompulsif bozukluk ölçeğinin geçerlilik – güvenilirlik çalışması. Bursa: Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Bildiri Kitabı, 1993.
- Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2005;85:113-25. doi:10.1016/j.jad.2003.10.011.
- Lensi P, Cassano GB, Correddu G ve ark. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996;169:101-7. (doi:10.1192/bjp.169.1.101)
- Rasmussen SA, Tsuang TM. Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143: 317-22.
- Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; (suppl 376): 24-35. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb05788.x
- Tabo A. Obsesif kompulsif bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile ek tanısı. *Uzmanlık Tezi, Bakırköy*, 1997.
- Perugi G, Toni C, Frare F ve ark. Obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: a systematic exploration of clinical features and treatment outcome. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1129-34.
- Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S ve ark. Is there a relationship between mood disorders and affective temperaments? *Turk Psikiyatri Derg* 2004;15:183-90.
- Akiskal HS. Cyclothymic, hypertimic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In: Tasman A, Riba MB, editors. *APA Review*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992; 43 – 62.
- Perugi G, Toni C, Maremmani I ve ark. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: A study on Bipolar I Italian National sample. *J Affect Disord* 2012;136:e41-9. doi:10.1016/j.jad.2009.12.027