

BİPOLAR DUYGUDURUM BOZUKLUĞU VE OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK İLİŞKİSİ

Ahmet KOKURCAN*, Hüseyin Hamdi ÖZSAN**

ÖZET

Bipolar duygudurum bozukluğu (BDB) depresyon, hipomani ve mani dönemlerinin görüldüğü işlevselliği önemli derecede bozan, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ise tekrarlayıcı ve istem dışı akla gelen, kişinin sıkıntı duymasına yol açan düşünceler olan obsesyonlar ile bu obsesyonların etkisini azaltmaya yarayan düşünceler ve davranışlar olan kompülsiyonlarla seyreden bir bozukluktur. Bu iki hastalık arasında etyolojik bir ilişki olabileceğini savunan araştırmacılar bulunmaktadır. Bu henüz geçerlilik kazanmış bir teori olmasa da iki hastalığın eş tanı sıklığı yüksektir. Hem BDB hem de OKB işlevselliği önemli düzeyde bozan hastalıklar olup; iki hastalığın eş tanısında klinik seyir değişmekte, hastalık süresi uzamakta ve hastaların tedaviye uyumu bozulmaktadır. İki hastalık arasındaki ilişki komplekstir ve eş tanı

durumlarında medikal tedaviye karar verirken ayrıntılı değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu gözden geçirme çalışmasında BDB ve OKB'de sık görülen eş tanıları, her iki hastalığın eş tanı durumlarında klinik seyir değişikliklerini vurgulamak ve eş tanı durumlarında tedavi seçeneklerini belirtmek amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, komorbidite.

COMORBIDITY BETWEEN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER AND OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

ABSTRACT

Bipolar affective disorder (BPD) is a chronic mood disorder which impair functionality of the patient severely. It includes mania, hypomania, and depression episodes. Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disorder marked by obsessions and compulsions. Obsessions are repetitive and involuntary thoughts distressing the patient severely and compulsions are repetitive actions or thoughts reducing the impact of the obsessions. Some researchers consider that

* Uzm. Dr, Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

** Prof. Dr, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD

similar pathogenesis cause both disorders. Although similar pathogenesis theory hasn't been proven comorbidity between these disorders are common. BPD and OCD both impair the functionality significantly. Comorbidity between these disorders also impair functionality of the patient causing prolonged duration of disease, affecting clinical course, and impairing treatment compliance of the patients. Relationship between the disorders are complicated and detailed assessment should be made to decide on medical treatment. In this review it was aimed to highlight the comorbid disorders of BPD and OCD, to revise the effect of comorbidity between BPD and OCD on the clinical course. An other aim was to mention the treatment options in comorbid cases.

Keywords: *Bipolar affective disorder, obsessive compulsive disorder, comorbidity*

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BDB) depresyon dönemleri ile hipomanive mani dönemlerinin birbirini izlediği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur. Hastalık dönemleri arasında tam düzelme olduğunu kabul edenler olsa da birçok BDB tanılı hastanın işlevselliği önemli derecede bozulmaktadır (Post ve ark. 2014). BDB'nin en sık görülen alt tipleri BDB tip 1 ve 2'dir. BDB tip 1 tanısı için en az bir mani dönemi gerekirken; BDB tip 2 tanısı için en az bir hipomani dönemi olması gerekmektedir. Depresyon dönemlerinin varlığı BDB tanısı için gerekli bir koşul değilken; uzun süreli ve dirençli depresyonlarda BDB olasılığı daha yüksektir. Her iki alt tipte de eş tanı oranı yüksektir (Jann 2014). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ise obsesyon ve kompülsiyonlardan oluşan bir psikiyatrik bozukluktur. Obsesyonlar tekrarlayıcı, intruzif ve kişinin sıkıntı duymasına yol açan düşünceler; kompülsiyonlar ise bu obsesyonların etkisini azaltmaya yarayan düşünce ve davranışlardır. DSM-V öncesi anksiyete bozuklukları içerisinde kabul edilen OKB, DSM-V'te saplantılı bozukluklar grubuna dahil edilmiştir. OKB sıklıkla

dirençli seyreden ve kişinin işlevselliğini önemli derecede bozan bir bozukluktur (Shashidhara ve ark. 2014).

Her iki bozukluğun birlikte sık görüldüğüne dair çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Hatta son çalışmalarda OKB ile BDB arasında etyolojik bir ortaklık olabileceği de belirtilmiştir (Pedro ve ark. 2010). Ortak etyolojiyi düşündüren başlıca nedenler serotonin, dopamin gibi nörotransmitter sistemlerin her iki bozukluk etyopatogenezinde önemli olması ve antidepresan ilaçlar ile duygu durum düzenleyicilerinin her iki hastalık tedavisinde de kullanılmasıdır (Brady 2014). BDB ve OKB'nin diğer bir ortak özellikleri kişinin işlevselliğini önemli derecede bozmalarıdır. OKB'de tedaviye yanıtın gecikmesi işlevselliği önemli derecede bozabilirken; bipolar bozuklukta hastalık dönemi arttıkça hastanın iş, aile ve sosyal yaşantısında ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Kruger ve ark. 1995).

Sık görülen bu iki psikiyatrik hastalık arasındaki ilişki komplekstir ve eş tanı durumlarında tedavi de değişebilmektedir (Shashidhara ve ark. 2014). Bugünden geçirme çalışması BDB ve OKB'de sık görülen eş tanıları, her iki hastalığın eş tanı durumlarında klinik seyir değişikliklerini vurgulamayı amaçlamaktadır. Diğer bir amaç ise eş tanı durumlarında uygulanabilecek tedavi seçeneklerini gözden geçirmektir.

BDB ve OKB'de Sık Görülen Eş Tanılar ve Klinik Seyir:

Eş tanı, bir hastalığın klinik seyrinde ortaya çıkan farklı ve ek bir klinik hastalık olarak tanımlanmıştır. Eş tanı denilebilmesi için ek tanısı konulacak hastalığın belirtilerinden birkaçının olması yeterli olmamakta ve hastalığın tanı kriterlerinin karşılanması gerekmektedir. Eş tanıları tedavi sürecinde büyük öneme sahiptir ve eş tanıları yeterince ele almadan başlanan tedaviler yanlış ya da uygunsuz olabilmektedir. Eş tanılı durumların klinik seyri ve tedaviyi etkilemesi nedeniyle son yıllarda psikiyatride eş tanı araştıran çalışma sayısı artmıştır (Timpano ve ark. 2012).

Psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği bipolar bozukluklu hastalarda hastalık dönemleri daha şiddetli olmakta ve psikotik belirtiler daha sık görülmektedir. BDB'deki en sık eş tanı anksiyete bozukluklarıdır. Panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu anksiyete bozuklukları arasında en sık görülenlerdir. OKB, madde kullanım bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu anksiyete bozukluklarından sonra sık görülen diğer eş tanılardır (Brady 2014). OKB hem duygudurum bozukluklarıyla hem de anksiyete bozukluklarıyla birçok ortak yönü olan; DSM-V itibarıyla her iki kategoriye de dahil olmayan bir bozukluktur. Nitekim OKB'yle en sık eş tanı bozukluk depresyondur; ayrıca yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu başta olmak üzere anksiyete bozuklukları da sık görülen eş tanılardır (Shashidhara ve ark. 2014).

BDB hastalarında anksiyete bozukluğu eşlik etmesi hastanede daha uzun kalım süresi ve düşük iyileşme oranları ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği bipolar bozukluklu hastalarda kısa ötimi süreleri ve sık ataklar saptanmıştır (Sasson ve ark. 2003). Eş tanıli durumlarda anksiyete semptomlarının şiddeti intihar düşüncesi sıklığı ve madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (Perugi ve ark. 1997). Birçok çalışmada mani ve depresyon dönemlerine anksiyete bozukluğu eşlik ettiğinde düşük işlevsellik ve uzun hastalık dönemleri görülmüştür (Dilsaver ve ark. 2008). BDB hastalarında OKB komorbiditesi bipolar bozuklukta hızlı döngülülük ve mesleki fonksiyonlarda bozulma olasılığını arttırmaktadır (Shashidhara ve ark. 2014). OKB'li hastalarda anksiyete bozukluğu eşlik ettiği durumlarda remisyona girme süresi uzamakta ve kalıntı belirti sayısı artmaktadır. OKB'de anksiyete bozukluğu eş tanısının diğer bir olumsuz etkisi işlevselliğin belirgin düzeyde bozulmasıdır (Krishnan 2005).

BDB-OKB Eş Tanısı ve Klinik Seyir:

BDB ve OKB eş tanı çalışmalarının neredeyse tamamı bipolar tip 1'le yapılmıştır. Bipolar tip 2 ile psikiyatrik hastalık eş tanısının

sık birlikteliği düşünüldüğünde; bipolar tip 2 ile OKB eş tanı çalışmalarının az sayıda olduğu ve bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir (Shashidhara ve ark. 2014). Eş tanıli durumlarla klinik pratikte sık karşılaşılmaktadır ve bu durumlarda klinik seyir önemli derecede değişebilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaları gözden geçirmeden önce önemli birkaç noktayı belirtmek uygun olacaktır. OKB'de bipolar bozukluk tanısını zorlaştıran neden tedavide antidepresan kullanılması ve duygudurum belirtilerinin maskelenebilmesidir. Ayrıca OKB'de anti-depresan tedavinin yan etkisi olarak da hipomanik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Magalhães ve ark. 2010). Çalışmalar arasında eş tanı oranları açısından önemli farklar görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri yöntem farklılıklarıdır; önemli bir neden ise BDB'nin farklı hastalık dönemlerinde OKB eş tanısının değerlendirilmiş olmasıdır (Timpano ve ark. 2012). Eş tanıli hastalarda en sık görülen obsesyonlar varoluşsal, cinsel ve istifleme obsesyonlarıdır (Tamam ve Özpoyraz 2002).

Eş tanıli durumlarda klinik seyrindeğiştiği ve hastanın iyileşme süresinin uzadığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Shashidhara ve ark. 2014). Eş tanı varlığında önemli bir sorun da hastaların tedaviye uyumunun bozulmasıdır (Darby ve ark. 2011). Eş tanı çalışmalarının en kapsamlılarından biri Amerika'da yapılmış ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasıdır. Geniş ölçekli bir epidemiyolojik çalışma olan ECA'da BDB ve OKB eş tanısı %21 bulunmuştur (Chen ve Dilsaver 1995). Bu çalışmada ötimik bipolar bozukluklu hastalar OKB eş tanısı açısından normal popülasyonla karşılaştırılmıştır ve bipolar bozukluklu hastalarda OKB riski 18 kat daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın önemi ötimik bipolar hastaların değerlendirilmiş olması ve OKB riskinin mani ile depresyon dönemleri dışında da yüksek olduğunun gösterilmesidir (Chen ve Dilsaver 1995).

Kruger'in yaptığı izlem çalışmasında OKB hastalarında % 7-21 BDB eş tanısı; BDB hastalarında ise %11-39 OKB eş tanısı

saptanmıştır (Kruger ve ark. 2000). Perugi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bipolar bozukluk hastalarında OKB eş tanı sıklığı %15 tespit edilmiştir (Perugi ve ark.1997; Kruger ve ark. 2000).Türkiye'deki bir çalışmada 214 bipolar bozukluk hastasının %16'sında OKB; %21'inde obsesyon ve/veya kompülsiyon saptanmıştır (Koyuncu 2010).

Kruger'in çalışmasındaki yüksek oran yöntem farklılığıyla ilişkili olsa da çalışmaların birçoğunda %20 civarında bir eş tanı oranı elde edilmiştir. Bu oran da her iki hastalık arasındaki ilişkinin rastlantısal olmadığını göstermektedir. İki hastalık arasındaki ilişki araştırmacılar tarafından farklı şekilde yorumlanmıştır. Kimi araştırmacı BDB ve OKB'nin benzer etyopatogeneze sahip olduğunu savunmuştur (Timpano ve ark. 2012). Bu teoriyi savunanlar her iki bozukluğun etyolojisinde aynı nörotransmitterlerin yer almasını ve tedavide ortak ilaçların kullanılmasını kanıt olarak öne sürmektedir. Benzer etyopatogeneze teorisinde en çok üzerinde durulan OKB türü dönemsellik ve tam iyileşme dönemleri gösteren OKB türüdür. Bu alt tür dönemsel (epizodik) OKB olarak da isimlendirilir (Perugi ve ark. 1998). Dönemsel OKB henüz psikiyatrik tanı kılavuzlarına girmiş bir tanı olmasa da eş tanı çalışmalarında sıklıkla yer almaktadır (Masi ve ark. 2004). Dönemsel OKB'de obsesyonların ortaya çıktığı dönemlerde duygudurum belirtilerine sıklıkla rastlanır ve bu belirtiler çoğu zaman duygudurum bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır (Perugi ve ark. 1998). Bu alt tipin duygudurum düzenleyici ilaçlarla tedaviye iyi yanıt vermesi de araştırmacıların teorisini destekleyen bir bulgudur (Mahasuar ve ark. 2011). Bugünkü literatür bilgisiyle iki hastalık arasındaki ilişkiyi açıklayan kesin bir teori yoktur ve gelecekte yapılacak çalışmalarla bu ilişkinin daha iyi açıklanabilmesi amaçlanmaktadır.

Daha önce belirtildiği üzere OKB ile eş tanı çalışmalarının büyük çoğunluğu BDB tip 1'le yapılmıştır. Bu nedenle gözden geçirmede ağırlıklı olarak tip 1 BDB ve OKB eş tanısının klinik seyir üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Bu çalışmalardan Provencher ve ark.nın çalışmasında OKB hastalarında %16 bipolar bozukluk tanısı saptanırken; OKB eş tanısı olanların %67'si bipolar tip 2 hastaları olarak belirlenmiştir (Provencher ve ark. 2012).Erken yaşlarda başlayan bipolar bozuklukta eş tanı sıklığının daha yüksek olduğu kabul edilmektedir. Çocuklarda yapılan az sayıda bipolar bozukluk ile OKB eş tanı çalışmalarından birinde, 82 bipolar bozukluk hastasından (6-17 yaş) 17'sinde (%21) OKB eş tanısı; 125 OKB hastasından 19'unda (%15) ise bipolar bozukluk eş tanısı saptanmıştır. Bu çalışmada OKB'si olan bipolar hastalarında istifçilik ve saklama takıntıları diğer obsesyonlardan daha sık bulunmuştur ve eş tanılı hastaların işlevsellikleri daha kötüdür (Joshi 2010).

İtalya'da Osso ve ark.nın yaptığı çalışmada bipolar bozukluk hastaları yaşlara göre gruplara ayrılmış ve eş tanılar yönünden karşılaştırılmıştır. 508 hastanın dahil edildiği çalışmada hastalar 30 yaş altı (52), 30-45 yaş arası (186), ve 45 yaş üstü (270) olmak 3 grupta değerlendirilmiştir. Bu çalışmada 211 kişide (%41,5) eksen-1 bozukluk eş tanısı saptanmıştır. Genç hastalarda madde kullanım bozukluğu ve anoreksiya nevroza eş tanıları daha sık bulunurken; 30-45 yaş arası hastalarda OKB eş tanısı daha sık saptanmıştır (Dell'Osso 2011).

Avustralya'da Mahasuar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 34 bipolar bozukluk eş tanısı olan OKB hastası ile bipolar bozukluğu olmayan 57 OKB hastası karşılaştırılmıştır. Bipolareş tanısı olan OKB hastalarında hastalık dönem sayısı, depresif dönem sayısı ve intihar girişimi daha sık bulunmuştur. Bunun yanındaeş tanısı olan hastalarda çok çeşitli kompülsiyonlar ve düşük içgörü saptanmıştır (Mahasuarve ark. 2011).

Bipolar tip 2 ile OKB eş tanısının araştırıldığı az sayıda çalışmadan biri de Türkiye'de yapılmıştır. Koyuncu ve ark.nın yaptığı çalışmada 185 bipolar tip 1 hastasının 22'sinde (%11.9); 13 bipolar tip-2 hastasının 3'ünde (%23.1) OKB eş tanısı saptanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen bipolar tip 2 bozukluklu hasta sayısının azlığı nedeniyle iyi bir karşılaştırma olmasa da; her iki tanı arasında OKB görülme sıklığı açısından istatistiksel fark görülmemiştir. Bununla birlikte başka türlü adlandırılmayan bipolar bozuklukta (10/16, %62.5) bipolar tip 1 ve 2'ye göre OKB eş tanısı daha sık bulunmuştur (Koyuncu 2010).

Eş Tanılı Durumlarda Tedavi:

Bipolar bozukluk ve OKB eş tanısının olduğu durumlarda uygulanacak tedaviyle ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Az sayıdaki bu çalışmaların birçoğu anksiyete bozukluklarını da içermektedir. Bipolar bozukluk ve eş tanılı olgularda yapılan tedavi araştırmalarında mani ve depresyon dönemlerindeki yaygın anksiyete düzeyi, obsesyonların şiddeti gibi klinik belirtiler de göz önünde bulundurulmuştur (Amerio ve ark. 2014). Bu olgularda en sık araştırılan ilaçlar duygudurum düzenleyiciler, ikinci kuşak antipsikotikler ve serotonin geri alım inhibitörleridir. Bu çalışmalarda ilaçların değişik kombinasyonlarının etkisi araştırılmıştır (Rakofsky ve ark. 2011). Çalışmaların bir çoğunda duygudurum düzenleyici kullanan hastaya ikinci duygudurum düzenleyicinin eklenmesi plasebo eklenmesinden daha üstün bulunmamıştır. Bu nedenle iki duygudurum düzenleyicinin beraber kullanımı BDB ve eş tanılı durumlarda ilk tercih değildir (Shashidhara ve ark. 2014).

Antipsikotik ilaçlardan ekstrapiramidal yan etkilerinin az olması nedeniyle ikinci kuşak antipsikotik ilaçlarla ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda risperidon, ketiyapin olanzapin ve son yıllarda da aripiprazol eklenmesinin anksiyete bozukluğu ve OKB eş tanılarındaki etkisi araştırılmıştır. Çalışmaların bir kısmında antipsikotik eklenmesinin anksiyete ve obsesyon şiddetini azalttığı ve işlevselliği arttırdığı saptanmışsa da bazı çalışmalarda antipsikotik eklenmesinin yararı olmamıştır (Post ve ark. 2014). Obsesif semptomlar üzerine etkisi gösterilen ve umut veren antipsikotik ilaçlar olanzapin, ketiyapin ve aripiprazoldür (Amerio ve ark. 2014).

2010'da Türkiye'de bipolar bozukluk-OKB eş tanısı bulunan üç olguda aripiprazol kullanımıyla ilgili bir yayın bulunmaktadır. Bu olgularda duygudurum düzenleyici tedaviye devam edilirken aripiprazol eklenen olgular tartışılmıştır. Olguların aripiprazol dışında bir antipsikotik kullandığı durumlarda antipsikotik ilaçlar azaltılarak kesilmiştir. Üç olguda da obsesyonlar 8-12 hafta içerisinde büyük oranda azalmış ve hastaların işlevselliği artmıştır. Hastalarda depresyon ya da mani dönemi de görülmemiştir (Uguz 2010). Başka çalışmalarda da aripiprazolle ilgili olumlu sonuçlar elde edilmiştir ve antidepresan tedaviye bağlı hipomanik/manik kaymalara yol açmaması nedeniyle bipolar-OKB eş tanı tedavisi için aripiprazol bir alternatif olarak düşünülebilir (Provencher ve ark. 2011).

Yaygın anksiyetenin azalmasında divalproex, ketiyapin, olanzapin ve olanzapin-fluoksetin kombinasyonlarının kısmen fayda sağladığı görülmüştür (Maher ve Theodore 2012). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) eş tanılı durumlarda ilk tercih tedavilerden biridir. SSGI türü ilaçların anksiyete üzerinde etkili olduğu; ama manik kayma olasılığının arttığı belirtilmiştir (Amerio ve ark. 2014). SSGI tedavisinin gerekirse düşük dozda başlanması ve manik kayma açısından hastanın sık kontrole çağırılması önerilmektedir (Kim ve ark. 2012). Diğer antidepresanlarla ilgili çalışmalar bulunmakla beraber anksiyete ve obsesyon üzerinde etkili olduğu kanıtlanmış grup serotonin üzerinden etki eden antidepresanlardır. Serotonin üzerinden etkili olan trisiklik antidepresan ve serotonin-noradrenalin gerilim inhibitörleri manik kayma riskini çok arttırmaları nedeniyle BDB tedavisinde öncelikli tercih değildir (Kim ve ark. 2014). Dopamin geri alımını arttıran bupropiyonmanik kayma riskini daha az arttırması nedeniyle eş tanı çalışmalarında araştırılmıştır. Bupropiyonun anksiyete bozukluklarında yararı gösterilmişse de OKB eş tanısında etkisi düşüktür (Amerio ve ark. 2014).

Eş tanılı olgularda farmakolojik tedaviyle ilgili çalışma sayısızdır; psikoterapiyle

ilgili çalışma sayısı ise yok denecek kadar azdır. Provencher ve ark.nın çalışmasında kognitif davranışçı terapinin eş tanılı olgularda anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Provencher ve ark. 2012). Birden fazla ilaç kullanan hastalarda ilaç etkileşimleri de düşünüldüğünde kognitif davranışçı terapi eş tanılı durumlarda atak tedavisinde venüksün önlenmesinde iyi bir seçenek olabilir. Gelecek yıllarda psikoterapinin etkinliğini göstermeye yönelik çalışmalar yapılırsa bu konuyla ilgili daha net bilgilere ulaşılabilir (Timpano ve ark. 2012; Mahasuar 2011).

Sonuç:

Bipolar bozukluk ve OKB eş tanısı klinik pratikte sık karşılaşılan bir durumdur ve tedavi planlanırken eş tanılı durumlara ait özelliklerin gözden geçirilmesi önemlidir. Eş tanıyla ilgili yapılan çalışmalar daha çok tanımlayıcı nitelikte ve eş tanı ilişkisinin nedenselliğini açıklamaktan uzaktır. Her iki hastalık arasında eş tanının sık görülmesi araştırmacılar tarafından farklı değerlendirilmiştir. Bazı araştırmacılar bipolar bozukluk eş tanısının OKB klinik seyrini değiştirdiğini ya da tersini savunurken; bazıları ise bipolar bozuklukla OKB'nin benzer etyopatogeneze sahip olduğunu öne sürmüştür. Etiyolojinin ortak olduğunu düşündüren nedenler arasında ortak nörotransmitter sistemlerinin etkilenmesi ve iki hastalık arasındaki sık eş tanı yer almaktadır.

Bipolar bozukluk-OKB eş tanısında hastaların işlevselliği bozulmakta, hastalık süresi uzamakta ve kalıntı belirtiler artmaktadır. İki bozukluğun eş tanısıyla ilgili birçok çalışmada medikal tedaviye yanıtın azaldığı ve hastalığın kronikleşme olasılığının arttığı gösterilmiştir. Ayrıca eş tanılı olgularda intihar riski daha yüksek ve alkol, madde kullanımı da daha sık saptanmıştır. Eş tanıya yol açan nedenlerin daha iyi anlaşılması ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilginin artması için uzunlamasına kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

Amerio A, Odone A, Marchesi C, Ghaemi SN (2014) Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *J Affect Disord*, 66:258-63.

Brady CF (2014) Obsessive-compulsive disorder and common comorbidities. *J Clin Psychiatry*, 75(1):e02.

Chen YW, Dilsaver SC (1995) Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res*, 59(1-2):57-64.

Darby L, Agius M, Zaman R (2011) Comorbidity of bipolar affective disorder and obsessive compulsive disorder in a Bedford community psychiatry team. *Psychiatr Danub*, 23 Supp 11: S130-3.

Dell'Osso B, Buoli M, Bortolussi S, Camuri G, Vecchi V, Altamura AC (2011) Patterns of Axis I comorbidity in relation to age in patients with Bipolar Disorder: a cross-sectional analysis. *J Affect Disord*, 130(1-2):318-22.

Dilsaver SC, Benazzi F, Akiskal KK, Akiskal HS (2008) Differential patterns of lifetime multiple anxiety disorder comorbidity between Latino adults with bipolar I and major depressive disorders *Bull Menninger Clin*, 72(2):130-48.

Jann MW (2014) Diagnosis and treatment of bipolar disorders in adults: a review of the evidence on pharmacologic treatments. *Am Health Drug Benefits*, 7(9):489-99.

Joshi G, Wozniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, Geller D (2010) Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. *Bipolar Disord*, 12(2):185-95.

Kim S, Yu BH, Lee DS, Kim JH (2012) Ruminative response in clinical patients with major depressive disorder, bipolar disorder, and anxiety disorders. *J Affect Disord*, 136(1-2):e77-81.

Kim SW, Berk L, Kulkarni J, Dodd S, de Castella A, Fitzgerald PB, Amminger GP, Berk M (2014) Impact of comorbid anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder on 24-month clinical outcomes of bipolar I disorder. *J Affect Disord*, 166:243-8.

Koyuncu A, Tükel R, Ozyildirim I, Meteris H, Yazici O (2010) Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 51(3):293-7.

Krishnan KR (2005) Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*, 67(1):1-8.

Kruger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E (1995) Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 17(34):117-120.

Kruger S, Bräunig P, Cooke RG (2000) Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2(1):71-4.

Magalhães PV, Kapczinski NS, Kapczinski F (2010) Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 51(4):353-6.

Mahasuar R, Janardhan Reddy YC, Math SB (2011) Obsessive-compulsive disorder with and without bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65(5):423-33.

Maher AR, Theodore G (2012) Summary of the comparative effectiveness review on off-label use of atypical antipsychotics. *J Manag Care Pharm*, 18(5SupplB):S1-20.

Masi G, Perugi G, Tony C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N (2004) Obsessive compulsive bipolar co-morbidity: Focus on children and adolescents. *J Affect Disord*, 78:175-83.

McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA (2001) Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 158(3):420-6.

Pedro VSM, Kapczinski NS, Kapczinski F (2010) Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 51:353-6.

Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Geminani A, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB (1997) The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 46(1):15-23.

Perugi G, Akiskal HS, Geminani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A (1998) Episodic course in obsessive compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248:240-4.

Post RM, Ostacher MJ, Singh V (2014) Controversies in the psychopharmacology of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 75(11):30.

Provencher MD, Guimond AJ, Hawke LD (2012) Comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders: a neglected research and treatment issue? *J Affect Disord*, 137(1-3):161-4.

Rakofsky JJ, Dunlop BW (2011) Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*, 72(1):81-90.

Sasson Y, Chopra M, Harrari E, Amitai K, Zohar J (2003) Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. *Int J Neuropsychopharmacol*, 6(2):139-44.

Shashidhara M, Sushma BR, Viswanath B, Math SB, Janardhan YC (2014) Comorbid obsessive compulsive disorder in patients with bipolar-I disorder. *J Affect Disord*, 174:367-371.

Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS, Nierenberg AA, Thase ME, Pollack MH (2004) 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*, 161(12):2222-9.

Tamam L, Özpoyraz N (2002) Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology*, 35:203-209.

Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL (2012) Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety*, 29(3):226-33.

Uguz F (2010) Successful treatment of comorbid obsessive-compulsive disorder with aripiprazole in three patients with bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(5):556-8.

