

Hızlı Döngülü Bipolar I Hastalarının Afektif Mizaç Özellikleri

Temperament in Bipolar I Patients with Rapid Cycling

Kerem Şenol COŞKUN

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: Günümüzde bipolar bozukluğun klinik seyri ile afektif mizaç arasındaki ilişkinin araştırılması ilgi çeken bir konudur. Afektif mizacın duygudurum bozukluklarının klinik görünümüne ve seyrine etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, bipolar I bozukluğu tanısı almış ve hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların ötimik durumdayken afektif mizaç özelliklerinin saptanması ve saptanan afektif mizaç özelliklerinin hastalık sürecine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluğu tanısı almış 144 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastalar saptanmış ve hastaların afektif mizaç özellikleri TEMPS-A ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir oranı %25 olarak tespit edilmiştir. Hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların ortalama depresif ($p=0,001$), siklotimik ($p<0,0001$), hipertimik ($p<0,0001$), iritabl ($p=0,007$) ve anksiyöz ($p<0,0001$) mizaç skorları, hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tartışma: Bu çalışma mevcut literatür göz önünde bulundurulduğunda, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre hızlı döngülü seyir gözlemlenmesi ile afektif mizaç arasındaki ilişkiyi araştırarak ilk çalışmadır. Çalışmaya katılan hastaların ötimik oldukları belirlenmiş olsa da, bipolar bozukluğun kalıntı belirtilerinin afektif mizaç özelliklerine etkisini dışlamak olanak dışıdır. Ayrıca, hastaların hastalık öncesi afektif mizaç özellikleri değerlendirilememiştir.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları, afektif mizaç özelliklerinin hızlı döngülü seyrin ortaya çıkışında rol oynadığını göstermektedir. Bipolar I bozukluğu olan hastalarla yapılacak her türlü afektif mizaç çalışmasında, hastalık sürecinde gözlemlenen hızlı döngülü seyrin mutlaka dikkate alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar I bozukluk, afektif mizaç, hızlı döngülenme

ABSTRACT

Objective: The relationship between affective temperament and mood disorders arouse interest in recent years as affective temperament is supposed to have an impact on the clinical expression and course of mood disorders. The aim of this study is to specify and compare the temperamental features of bipolar I patients which had prior rapid cycling on the course of illness.

Material and Methods: 144 patients were included in the study who have been diagnosed as bipolar I mood disorder based on DSM-IV-TR criteria and followed at Rasit Tahsin Mood Disorder Unit in Bakirkoy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery. The patients who had prior rapid cycling on the course of illness were specified and their temperamental features were investigated via TEMPS-A scale.

Results: The proportion of bipolar I patients with prior rapid cycling was 25% in this study. Patients with prior rapid cycling showed significantly higher mean scores of depressive ($p<0,001$), cyclothymic ($p<0,0001$), hyperthymic ($p<0,0001$), irritable ($p=0,007$) and anxious ($p<0,0001$) temperament compared to patients without rapid cycling in the past.

Discussion: Up to our literature survey, this study is the first in its field which investigate the relationship between rapid cycling diagnosis based on DSM-IV-TR criteria and temperament. All the patients in our study were euthymic, but it is impossible to exclude the effect of possible residual subthreshold symptoms of bipolar disorder over present temperamental state. Yet, the premorbid temperament could not be assessed retrospectively as well.

Conclusion: It seems that affective temperament features play a role on the occurrence of rapid cycling. Prior rapid cycling must be considered in every study on temperament which will be made with bipolar I disorder.

Key Words: Bipolar I disorder, temperament, rapid cycling

Yazışma ve ıpkıbasım için: Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Erzurum
Tel: 0442 2321086

e-posta adresi: kscoskun@hotmail.com

GİRİŞ

Birbirlerine yakın anlamlar içermesine rağmen farklı kavramları ifade eden mizaç, karakter ve kişilik yaygın olarak aynı anlamlarda kullanılır. Mizacın karşılığı olan “temperament”, “karışım” anlamına gelen “temperare” sözcüğünden türetilmiştir (1,2). Mizaç bir kişinin yaşam boyunca değişmeyen genetik ve doğuştan gelen sabit özelliklerini simgeler (3,4). Mizaç konseptinin kökeni Hipokratik zamanlara kadar uzanıyor olsa da, ilk olarak Kraepelin tarafından formüle edilerek klinik psikiyatriye sunulmuştur (5). Kraepelin; mizaçların afektif psikozların subklinik formları olduğunu, çoğu manik-depresif hastada bu afektif mizaçların bulunduğunu, hastaların akut nöbet yatıştıktan sonra bu huylara geri döndüğünü, hasta olmayan aile bireylerinde de bu huylara rastlanabileceğini ifade etmiştir (6).

Günümüzde bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir (7). Son şekliyle Akiskal’in tanımladığı afektif temperament, ilk dördünü Kraepelin’in manik depresif hastalığın temel durumları olarak tanımladığı, 5 afektif mizaçtan oluşur: depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl (sinirli) ve anksiyöz (endişeli) (8). Akiskal afektif mizaçların, duygudurum bozukluklarının premorbid seyri ve davranışsal fenotip özellikleri olduğunu ileri sürmüştür (5).

Afektif mizaç bipolar bozukluğun etiyojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkilidir. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk ilişkisi üzerinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yineleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılabilir (2).

Bipolar bozukluğun klinik seyri ile afektif mizaç arasındaki ilişkinin araştırılması günümüzde ilgi çeken bir konu haline gelmiştir. Birçok çalışmada siklotimik mizacın bipolar II bozukluğu olan hastalarda daha sık gözlemlendiği (9), bipolar depresyonlu hastaların major depresif bozukluğu olan hastalara göre daha yüksek oranda siklotimik skorlara sahip olduğu (10), bipolar I bozukluğu

olan hastaların ve birinci derecede akrabalarının, kişisel ve aile öyküsünde mizaç bozukluğu olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek oranda hipertimik mizaca sahip oldukları (2), hipertimik mizacın erkeklerde daha sık görüldüğü (11), depresif mizacın kadınlarda daha yaygın olarak görüldüğü (12), hipertimik mizacı olanlarda manik dönemlerin, depresif mizacı olanlarda depresif dönemlerin daha sık görüldüğü ve hipertimik özellikler ile iyi gidiş arasında bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (13).

“Hızlı döngülü” terimi ilk olarak 1974 yılında Dunner ve Fieve tarafından lityum profilaksisi çalışmasında bir yılda dört veya daha fazla epizod olması şeklinde tanımlanmıştır ve dört rakamı yeterli bir topluluk oluşturması amacıyla seçilmiştir (14). Günümüzde de hızlı döngülü olan ve olmayan bipolar bozukluğu ayırmada kullanılan yılda dört epizod ölçütü keyfi olmakla beraber daha geçerli bir kesme rakamı için kanıt yoktur (15). Bir yıl içinde dört veya daha fazla hastalık dönemi olmasıyla karakterize orijinal tanım, yapılan birçok çalışmada kabul görmüş ve DSM-IV sınıflandırma sisteminde Bipolar I ve Bipolar II bozukluğu için bir gidiş özelliği olarak yer almıştır (16,17). DSM-IV’te bipolar I ve bipolar II bozukluğu için bir gidiş özelliği olarak yer alan hızlı döngülenmenin yapılan çalışmaların meta-analizinde bipolar bozukluk için yaygınlığı % 16.3 (%12-24) olarak bulunmuştur (18). Hızlı döngülenme bipolar bozukluğun akışının bir biçimidir ve nispeten kötü gidiş ve tedaviye zayıf yanıtla ilişkilidir (19). Sürekli hızlı döngülenmenin kısa duygudurum epizodlarıyla, özellikle depresyondan hipomaniye dönüşen polarite değişimiyle ve sürekli döngülenmeyle ilişkili olduğuna dair kanıtların olmasıyla birlikte; sürekli hızlı döngülenme hipertimik ve siklotimik mizaçların hastalık öncesi varlığı ile de ilişkili bulunmuştur (20,21). Bununla birlikte özellikle hızlı döngülü bipolar I bozukluğunda mizaç özelliklerini tespit etmeyi hedefleyen bir çalışma yapılmamıştır.

Sonuç olarak yapılan geçmiş çalışmaların ışığında bipolar I bozukluğu olan hastalar içerisinde, hastalık süresince hızlı döngülü seyir özelliği tespit edilen hastaların tespit edilmeyenlere göre farklı afektif mizaç özellikleri gösterebilecekleri ve afektif mizaç özelliklerinin hızlı döngülenmeye yol açabileceği ileri sürülebilir. Bu çalışmada DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluğu tanısı almış ve hastalık öyküsünde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların ötimik durumdayken afektif mizaç özelliklerinin saptanması, saptanan mizaç özelliklerinin hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen bipolar I bozukluğu hastalarının mizaç özellikleri ile karşılaştırılması ve saptanan mizaç özelliklerinin hastalık sürecine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

2008 Mart ve Temmuz 2008 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde (RTDDM) 2003 yılından itibaren DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar I bozukluğu tanısıyla yapılandırılmış izlem formu ile izlenen, çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onayı alınan 144 kayıtlı hasta çalışmaya ardışık olarak dahil edildi. Okuma yazma bilmeyen, anlamlı iletişim kuramayacak şekilde zeka geriliği olan, 18 yaşın altında olan, 65 yaşın üstünde olan, demans veya başka bir organik mental bozukluğu olan, Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nde 5'ten yüksek puan alan, Hamilton Derecelendirme Ölçeği'nde 7'den yüksek puan alan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

RTDDM'de takip edilen hastalar, Özerdem ve Yazıcı (2004) tarafından ülkemizdeki duygudurum merkezlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bulunan Sistemize Kayıt İzleme Programı Türkiye (SKIP-Türk) formu temelinde oluşturulmuş ve geniş bir değerlendirme içeren hasta takip dosyası ile izlenmektedir.

Bu dosyaların içinden hastaların sosyodemografik verileri, başvuru anında tespit edilen bulgu ve belirtileri, SCID-1'e göre eksen tanıları, hastalık seyrine ait özellikleri, mani, hipomani, depresyon ve karma dönemlerine ait bilgileri çalışmada kullanılmak üzere alınmıştır.

Çalışmada kullanılan Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) depresyonun değerlendirmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçektir (22). Depresyon şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Tanı koydurucu değildir, depresyonun seyrini izlemek amacıyla kullanılır. Ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (22,23). Çalışmada kullanılan Young Mani Derecelendirme Ölçeği günümüzdeki klinik araştırmalarda en yaygın olarak kullanılan manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik ölçektir. Ölçeğin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (24).

Çalışmaya katılan hastaların öncelikli olarak afektif mizaç özelliklerini tespit etmek ve belirlenen hasta gruplarının afektif mizaç özelliklerini karşılaştırmak amacıyla kullanılan TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği ise baskın afektif mizacı değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları tarafından 1997'de düzenlenmiştir. Orijinal ölçek erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçe'ye uyarlanmış şekli depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaçları belirlemek için 100 maddeden oluşur. Türkçe çevirinin test – tekrar test güvenilirliği 0,73 ile 0,93 ve Cronbach-alpha katsayısı 0,75 ile 0,84 arasındadır (5). Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere evet veya hayır şeklinde yanıt verir. Evet yanıtları 1 puan, hayır yanıtları 0 puan ile değerlendirilir. Ankette depresif mizaç 19 madde; siklotimik mizaç 19 madde; hipertimik mizaç 20 madde; irritabl (sınırlı) mizaç 18 madde ve anksiyöz (endişeli) mizaç 24 madde ile sorgulanmaktadır. Baskın mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırası ile 13; 18; 20; 13 ve 18 puandır.

Çalışmaya katılan DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluğu olan hastalara öncelikli olarak Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulandı ve ötimik oldukları tespit edildi. Daha sonra hastalara TEMPS-A (Memphis, Pisa, Paris, San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi) verilerek afektif mizaç skorları tespit edildi. Hastalardan, hastaların ailelerinden, hastaların eski tıbbi kayıtlarının, yatış dosyalarının ve izlem dosyalarının incelenmesinden elde edilen bilgiler ışığında DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre geçmişinde hızlı döngülü seyir gösteren 36 hasta tespit edildi. Bipolar I bozukluğu tanısı almış ve hastalık öyküsünde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların ötimik durumdayken TEMPS-A ile saptanan afektif mizaç özellikleri, hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen ötimik bipolar I bozukluğu olan hastaların TEMPS-A ile saptanan afektif mizaç özellikleri ile karşılaştırıldı.

Çalışmada istatistiksel analizler SPSS 13.0 sürümü paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların sürekli verilerinin karşılaştırılmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçların istatistiksel anlamlılığı için $p < 0,05$ düzeyi esas alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 144 hastanın ortalama yaşı 37.58 ± 8.40 idi. Çalışmaya katılan kadın hastaların oranı %59,7, erkek hastaların oranı %40,3'tü. Tablo.1'de çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen bipolar I hastaları ile hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen bipolar I hastalarının klinik özellikleri Tablo.2'de gösterilmiş ve %25 oranında hızlı döngülü seyir saptanmıştır.

	n=144	%
Cinsiyet		
Kadın	86	59,7
Erkek	58	40,3
Medeni Hal		
Bekar	55	38,2
Evli	62	43,1
Dul	6	4,2
Boşanmış	17	11,8
Eşinden Ayrı	4	2,8
Eğitim		
Okur yazar	2	1,4
İlköğretim	66	45,8
Lise	48	33,3
Yüksek	28	19,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor/Öğrenci	53	36,8
İşsiz	17	11,8
Çalışmıyor	18	12,5
Ev kadını	47	32,6
Emekli	9	6,3

Tablo.1 Tüm Hastaların Sosyodemografik özellikleri

Hızlı Döngülü Bipolar I Hastalarının Afektif Mizaç Özellikleri
Temperament in Bipolar I Patients with Rapid Cycling

	Hızlı Döngülü Seyir Gözlemlenmeyen (n=108)	Hızlı Döngülü Seyir Gözlemlenen (n=36)	p
Yaş (yıl, ortalama)	37,10± 8,09	39,00 ± 9,25	0,242
Cinsiyet			
Kadın	%55,6 (60)	%72,2 (26)	0,077
Hastalık Başlangıç Yaşı(yıl, ortalama)	22,69± 6,59	22,69± 7,85	1,00
Hastalık Süresi (yıl, ortalama)	14,50± 7,17	16,31±7,14	0,195
İlk Epizod Türü			
Mani	%63,0 (68)	%58,3 (21)	0,618
Depresyon	%34,3 (37)	%36,1 (13)	
Hipomani	%0,9 (1)	%0 (0)	
Karma	%1,9 (2)	%5,6 (2)	
Ortalama Epizod Sayısı	6,63±3,81	13,89±8,30	<0,0001 (t=-7,259)
Ortalama Mani Sayısı	3,31±2,53	5,36±3,98	<0,0001(t=-4,292)
Ortalama Hipomani sayısı	0,94±1,38	3,17±6,12	0,037 (t=-2,160)
Ortalama Depresyon Sayısı	1,71±2,09	3,94±4,02	0,003(t=-3,189)
Ortalama Karma Sayısı	0,69± 1,07	1,42±2,10	0,052
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Birinci Derecede	% 32,4 (35)	% 33,3 (12)	0,918
İkinci Derecede	%24,1 (26)	% 30,6 (11)	0,441

Tablo.2 Hızlı Döngülü Bipolar I Hastaları ile Hızlı Döngülü Olmayan Bipolar I Hastalarının Klinik Özellikleri

Hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların TEMPS-A ile saptanan afektif temperament skorları, hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen hastaların afektif temperament skorları ile karşılaştırıldığında; ortalama depresif

($p=0,001$), siklotimik ($p<0,0001$), hipertimik ($p<0,0001$), irritabl ($p=0,007$) ve anksiyöz ($p<0,0001$) mizaç skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo.3).

Afektif Temperament TEMPS-A	Hızlı Döngülü Seyir Gözlemlenmeyen (n=108)	Hızlı Döngülü Seyir Gözlemlenen (n=36)	P
Depresif (ortalama)	5,89 ± 3,65	8,19 ± 3,66	0,001 (t=-3,272)
Siklotimik (ortalama)	5,94 ± 4,75	11,22 ± 5,00	<0,0001 (t=-5,705)
Hipertimik (ortalama)	8,02 ± 4,21	10,86± 3,84	<0,0001 (t=-3,576)
İrritabl (ortalama)	2,98 ± 3,30	4,81 ± 3,81	0,007 (t=-2,756)
Anksiyöz (ortalama)	4,67 ± 4,75	8,72 ± 5,37	<0,0001 (t=-4,292)

Tablo.3 Hızlı Döngülü Bipolar I Hastaları ile Hızlı Döngülü Olmayan Bipolar I Hastalarının Afektif Mizaç Skorları

TARTIŞMA

Bu çalışma mevcut literatür göz önünde bulundurulduğunda, hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen bipolar I bozukluğu olan hastaların TEMPS-A ile değerlendirilen afektif mizaç özelliklerini saptamaya, saptanan afektif mizaç özelliklerinin hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen bipolar I bozukluğu hastalarının afektif mizaç özellikleriyle karşılaştırılmasına yönelik yapılmış ilk çalışmadır.

Hipertimik mizaç özelliklerinin erkek, depresif mizaç özelliklerinin ise kadın bipolar hastalarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (2,25). Ancak cinsiyet farkı yapılan çalışmada belirlenen grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmamıştır.

Yapılan çalışmalarda, birçok muhtemel risk faktörü arasında, patofizyolojisi bilinmemesine rağmen kadınlarda az da olsa erkeklere göre hızlı döngülenmenin daha yaygın olduğu tutarlı bir şekilde tespit edilmiştir (19).

Kupka ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analizde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların

%66'sının, hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen hastaların %53'ünün kadın olduğu belirtilmiştir (18). Yapılan çalışmada hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların %72,2'si, hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen hastaların %55,6'sı kadındır. Genel örnekleme de kadın hastaların sayısının erkeklerden fazla olmasına karşın; cinsiyet farklılığı, hızlı döngülü seyir açısından grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir.

Ortalama hastalık süresi ve bununla bağlantılı olarak hızlı döngülenmenin hastalığın başlangıç yaşıyla olan ilişkisi, hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen ve gözlemlenmeyen hastaların karşılaştırılmasında diğer önemli bir konudur.

Önceki çalışmalarda hızlı döngülenme hastalığının daha geç başlaması ile ilişkili bulunurken, güncel bazı çalışmalar hızlı döngülenmenin hastalığın daha erken yaşta başlaması ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (19). Yıldız ve Sachs ise bipolar I bozukluğunda hızlı döngülenmenin sadece kadınlar için erken yaşta hastalığın başlaması ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (26). Ancak hızlı döngülenmenin hangi yaşlarda özellikle ortaya çıktığı konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Bu bilgilerin ışığında hızlı döngülü seyrin sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için ortalama hastalık süresinin belirlenmesi önemli gözükmemektedir. Yapılan çalışmada hızlı döngülü seyir gözlemlenmesi ile hastalık başlangıç yaşı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların ortalama hastalık süresi $16,31 \pm 7,14$; hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen hastaların ortalama hastalık süresi $14,50 \pm 7,17$ olarak tespit edilmiş ve toplam hastalık süresi açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların ortalama epizod sayısı, ortalama mani sayısı, ortalama hipomani sayısı ve ortalama depresyon sayısı hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen hastalara oranla beklenebileceği gibi daha yüksek bulunmuştur. Hızlı döngülenme ortadan kalktıktan sonra hızlı döngülü hastaların diğer hastalara göre daha fazla eşik altı belirtilere sahip olması, bipolar bozukluğu olan hastalarda tedaviye yanıtın yeterli olmamasının hızlı döngülü dönemlerle ilişkili olması ve hızlı döngülü hastalığın standart tedavilere direnç gösteriyor olması hızlı döngülü hastaların ortalama epizod sayısının fazla olmasında rol oynuyor olabilir (27,28).

Koukopoulos ve arkadaşları (21) sürekli hızlı döngülenmeyle, hipertimik ve siklotimik mizaçların hastalık öncesi varlığı arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Günümüzdeki klinik araştırmalarda hastalar DSM-IV tanı ölçütlerine göre çalışmaya dahil ediliyorken (19), hızlı döngülülük üzerine yapılan önceki çalışmalarda, Koukopoulos ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi, duygudurum dalgalanmalarının sürekliliğine ve karşı kutba geçişe önem veriliyordu. Bu nedenle eski ve yeni çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirilirken bu durumun göz önünde bulundurulması gerekir (18). Hastalık sürecinde hızlı döngülü seyir gözlemlenen hastaların TEMPS-A ile saptanan tüm afektif temperament skorları, hızlı döngülü seyir gözlemlenmeyen hastaların afektif temperament skorlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmada hızlı döngülü seyir tanısı konmasında DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanılmış olması, elde edilen sonuçların Koukopoulos ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olmasına yol açmış olabilir. Ayrıca yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar, TEMPS-A ile saptanan tüm afektif mizaç özelliklerinin hızlı döngülü seyrin ortaya çıkışında rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmanın kabul edilen bazı kısıtlılıkları vardır. Öncelikle çalışmaya katılan hastalar duygudurum merkezinde takip edilen hastalardır. Genel olarak tedavi ve takibinde sorun yaşanan hastaların duygudurum merkezine yönlendirilmiş olma olasılığı nedeniyle çalışılan hasta grubunun takip edilen bütün hasta grubunu yansıtmadığı düşünülebilir. Ayrıca daha büyük örneklem grubuna sahip olmanın istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edebilmek için avantajları vardır. Diğer bir kısıtlılık ise çalışmada öyküsünde duygudurum bozukluğu olmayan bir kontrol grubunun, bipolar II bozukluğuna ve unipolar major depresif bozukluğa sahip hasta gruplarının olmayışıdır. Bu gruplara sahip olmak, özellikle mizaç özelliklerinin değerlendirilmesinde daha sağlıklı verilere ulaşılmasını sağlayabilir.

Ayrıca yapılan çalışmada mizaç özelliklerini belirlemek için kullanılan TEMPS-A ölçeği, ölçeği dolduran kişilere tüm yaşamlarını göz önünde bulundurmaları hatırlatılmasına rağmen, hastalık öncesi mizaç özelliklerini belirlemede yetersiz kalabilir. Çalışmaya katılan hastaların ötimik oldukları belirlenmiş olsa da, bipolar bozukluğun kalıntı belirtilerinin mizaç özelliklerine etkisini dışlamak olanak dışıdır. Teorik olarak çalışmaya katılan hastaların hastalık öncesi mizaç özelliklerinin bilinmesi grupların karşılaştırılmasında daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR:

1. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive Illness. New York: Oxford University Press, 1990.
2. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, ve ark. Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2005; 16: 164-169.
3. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 801-10
4. Ceylan ME, Oral ET. Duygudurum bozuklukları. 1. baskı,2001, İstanbul.
5. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, ve ark. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. Journal of Affective Disorders 2005; 85: 113-125.
6. Sayın A, Aslan S. Duygudurum Bozuklukları ile Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16: 276-283.
7. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. J Affect Disord. 2003; 73: 183-197.
8. Röttig D, Röttig S, Brieger P, et al. Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes, Journal of Affective Disorders 104, 2007; 97-102.
9. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multisite study (EPIDEP). J. Affect. Disord. 1998; 50: 163-173.
10. Mendlowicz MV, Akiskal HS, Kelsoe JR, et al. Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients Journal of Affective Disorders 2005; 84: 219-223.
11. Perugi G, Musetti L, Simonni E, et al. Gender-mediated clinical features of depressive illness: the importance of temperamental differences. Br. J. Psychiatry 1990; 157: 835-841.
12. Erfurth A, Gerlach AL, Hellweg I, et al. Studies on a German (Munster) version of the temperament auto-questionnaire TEMPS-A: construction and validation of the brief TEMPS-M. J. Affect. Disord. 2005; 85: 53-70.
13. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, et al. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. J Affect Disord. 1999; 56: 103-108.
14. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. Arch Gen Psychiatry 1974; 30: 229-233.
15. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM et al. A comparative study of rapid and non-rapid cycling bipolar Bauer et al. disorder using daily prospective mood ratings in 539 outpatients. Am J Psychiatry 2005; 162: 1273-1280.
16. Bauer MS, Calabrese JR, Dunner DL et al. Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV. Am J Psychiatry 1994; 151: 506-515.
17. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-R), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri editörü), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.

18. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, et al. Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1483–1494.
19. Bauer M, Beaulieu S, Dunner DL, et al. Rapid cycling bipolar disorder – diagnostic concepts. *Bipolar Disord* 2008; 10: 153–162.
20. Wolpert EA, Goldberg JF, Harrow M. Rapid cycling in unipolar and bipolar affective disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 725–728.
21. Koukopoulos A, Reginaldi D, Laddomada P, et al. Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment. *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol* 1980; 13: 156–167.
22. Aydemir Ö, Deveci A, İçelli İ. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu'nun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Psychiatry in Türkiye* 2006; 8: 18-21.
23. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251-259.
24. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, ve ark. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13: 107-114.
25. Giovanni B The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *J Affect Disord* 1992, 26: 257-268.
26. Yildiz A, Sachs GS. Characteristics of rapid cycling bipolar-I patients in a bipolar speciality clinic. *Journal Of Affective Disorders* 2004; 79: 247-251.
27. Coryell W, Solomon D, Turvey C et al. The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 914–920.
28. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Rapid-cycling bipolar disorder: effects of long-term treatments. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 4–14.