

**T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK EŞLİK EDEN VE  
ETMEYEN BİPOLAR BOZUKLUKLU HASTALARDA MİZAÇ  
VE DÜRTÜSELLİK**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Faruk KILIÇ**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Osman MERMİ**

**ELAZIĞ  
2013**

## DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Murad ATMACA

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı**

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Osman MERMİ

**Danışman**

**Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri**

..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_

## TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve becerilerini benden esirgemeyen ve tezimin oluşmasında desteklerini gördüğüm Prof. Dr. Murat KULOĞLU başta olmak üzere, değerli hocalarım Prof. Dr. Murad ATMACA ve Yard. Doç. Dr. Osman MERMİ'ye en içten teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık süresi boyunca birlikte çalıştığım tüm asistan doktor arkadaşlarım ve klinik personeline teşekkür ederim.



## ÖZET

Bu çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) eşlik eden ve etmeyen bipolar bozukluklu hastaların baskın mizaç tipleri ile dürtüsellik düzeylerinin kontrol grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran OKB eşlik eden bipolar bozukluk tanılı 30 hasta, OKB eşlik etmeyen bipolar bozukluk tanılı 40 hasta ile yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı kontrol alındı. Hasta ve kontrol grubuna DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Sosyodemografik Veri Formu, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) mizaç ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), hasta grubuna ek olarak Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı.

Her iki hasta grubunun da baskın depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç sıklığı ve puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Hasta ve kontrol grubunda hipertimik mizaç saptanmadı. Baskın mizaç yönünden OKB eşlik eden ve etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Hasta gruplarında BDÖ-11 total ve alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulundu. OKB eşlik eden bipolar hastalarda dikkatle ilgili dürtüsellik puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Sonuç olarak çalışmamızda, OKB eşlik eden ve etmeyen bipolar hastalar ve sağlıklı populasyonda mizaç özelliklerinin ve dürtüsellik alt boyutlarının, bazı alanlarda farklılığına işaret etmektedir. OKB eşlik eden ve etmeyen bipolar hastalarının afektif mizaç ve dürtüsellikle ilgili daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, mizaç, dürtüsellik.

**ABSTRACT**  
**TEMPERAMENT AND IMPULSIVITY BETWEEN BIPOLAR DISORDER**  
**WITH AND WITHOUT COMORBID OBSESSIVE COMPULSIVE**  
**DISORDER**

The aim of this study is to investigate the dominant affective temperament and the impulsivity by comparing the control patients with Bipolar Affective Disorder (BPD) patients that are comorbid with obsessive compulsive disease (OCD) or BPD patients without comorbidity.

The study was conducted from the outpatients of Firat University Hospital Psychiatry Clinic. 30 patients with a diagnosis of BPD comorbid with OCD, 40 patients with a diagnosis of BPD without OCD comorbidity and 40 healthy controls matched for age, gender were included in the study. The patients and the controls performed DSM-IV scale structured clinical interview for axis I disorders (SCID-I), socio-demographic data sheet, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) and Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), additionally Young Mania Rating Scale (YMRS) were performed only by the patients.

In both groups of patients; dominant depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperament frequency and scores were significantly higher than the controls. Hyperthymic temperament was not established neither in patient groups nor in control group. There was not a difference on dominant temperament between the BPD patients comorbid OCD or without comorbidity. BIS-11 total and sub-dimensions of patient groups were significantly higher than the control group. The score of attention related with impulsiveness in BPD patients with comorbid OCD were significantly higher.

In conclusion, in our study we found that in BPD patients comorbid with OCD or without comorbidity and the healthy population indicates differences in some sub-areas of temperament characteristics and impulsiveness. There is need about furthermore studies on affective temperament and impulsiveness of BPD patients comorbid with OCD or without comorbidity.

**Keywords:** Bipolar affective disorder, obsessive compulsive disorder, temperament, impulsivity.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>BAŞLIK SAYFASI</b>	<b>i</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>vi</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>viii</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Bipolar Afektif Bozukluk	2
1.1.1 Tanım	2
1.1.2 Tarihçe	2
1.1.3 Epidemiyoloji	4
1.1.4 Etiyoloji	5
1.1.4.1 Genetik	5
1.1.4.2 Biyokimyasal Nedenler	6
1.1.4.3 Beyin Görüntüleme Bulguları	7
1.1.4.4 Psikososyal Etkenler	7
1.1.5 Bipolar Bozukluğun Tanı ve Klinik Özellikleri	7
1.1.5.1 Bipolar I Bozukluk	8
1.1.5.2 Bipolar II Bozukluk	8
1.1.5.3 Major Depresif Dönem	9
1.1.5.4. Manik Dönem	11
1.1.5.5. Karma Dönem	13
1.1.5.6. Hipomanik Dönem	13
1.1.6 Klinik Seyir	15
1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk	17
1.2.1. Tanım	17
1.2.2. Tarihçe	18
1.2.3. Epidemiyoloji	18

1.2.4. Etyoloji	19
1.2.4.1. Biyolojik Etkenler	19
1.2.4.2. Genetik Etkenler	20
1.2.4.3. Psikojenik Etkenler	21
1.2.4.4. Davranışsal Etkenler	21
1.2.4.5. Bilişsel Model	22
1.2.5. Klinik Özellikler	23
1.3. Komorbidite	25
1.4. Afektif Mizaç	26
1.5. Dürtüsellik	30
<b>2. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>33</b>
2.1. Verilerin Toplanması	33
2.2. Prosedür	34
2.3. Kullanılan Ölçekler	34
2.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	34
2.3.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi	34
2.3.3. TEMPS-A Mizaç Ölçeği	35
2.3.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11. Versiyon	35
2.3.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	35
2.3.6. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği	35
2.4. İstatistiksel Değerlendirme	36
<b>3. BULGULAR</b>	<b>37</b>
3.1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri	37
3.2. Hasta Gruplarının Klinik Özellikleri	38
3.3. Grupların Mizaç Özellikleri	39
3.4. Grupların Dürtüsellik Düzeyleri	42
3.5. Grupların Korelasyon Analizleri	43
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>45</b>
<b>5. KAYNAKLAR</b>	<b>50</b>
<b>6. EKLER</b>	<b>63</b>
<b>7. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>69</b>

## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1.</b> Grupların sosyodemografik özellikleri	37
<b>Tablo 2.</b> Hasta gruplarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması	38
<b>Tablo 3.</b> Bipolar hastaların epizod tipine göre mizaç dağılımı	39
<b>Tablo 4.</b> Grupların mizaç puan ortalaması yönünden karşılaştırılması	41
<b>Tablo 5.</b> Grupların mizaç dağılımı yönünden karşılaştırılması	42
<b>Tablo 6.</b> Grupların dürtüsellik düzeyleri	43
<b>Tablo 7.</b> Grupların mizaç ve dürtüsellik arasındaki korelasyon	44

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>5HİAA</b>	: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit
<b>BDÖ-11</b>	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
<b>BOS</b>	: Beyin Omurilik Sıvısı
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
<b>DSM-IV</b>	: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı
<b>ECA</b>	: Epidemiologic Catchment Area
<b>GABA</b>	: Gama Amino Bütirik Asit
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases (Dünya Sağlık Örgütü Sınıflaması)
<b>MHPG</b>	: 3-metoksi-4-hidroksifenilglükol
<b>NE</b>	: Norepinefrin
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PB</b>	: Panik bozukluk
<b>SCID-I</b>	: DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TEMPS-A</b>	: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire
<b>VMA</b>	: Vanilmandelik Asit
<b>YBOKÖ</b>	: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği
<b>YMDÖ</b>	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

## 1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma epizodlarla giden ve bu epizodlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurum haline dönebildiği, kronik seyirli ve epizodlarla seyreden bir duygulanım bozukluğudur. Bipolar bozukluğun genel popülasyonda yaşam boyu prevalansı, %0,5-1,5 arasında değişmektedir (1).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, benliğe yabancı ve yineleyici özellikte sürekli düşünceler, dürtüler (impulslar) veya düşümler (imajlar) olarak tanımlanan obsesyonlar ve bunlara ikincil olarak gelişen kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlarla karakterizedir (2).

Mizaç (temperament); kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir (3). Temperament Latince karışım anlamına gelen “temperare” sözcüğünden İngilizceye geçmiştir. Tanım olarak yapısal, genetik, biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları ifade eder. Kişilik ise; Latince anlamı maske olan “persona” dan türemiş, “personality” sözcüğünün Türkçe karşılığıdır. Davranışsal, psikolojik özelliklerin doğuştan gelen belirleyicileri ile sonradan kazanılanların ortaklaşa oluşturduğu yapı olarak da tanımlanmaktadır (4). Akiskal ve ark. mizaç kavramını yeniden gözden geçirerek duygulanımla ilgili mizaçların (affective temperaments) duygudurum bozukluklarının temeli olduğunu ileri sürmüştür. Akiskal hipertimik, siklotimik, depresif, irritabl ve anksiyeteli olmak üzere 5 temel afektif mizaç olduğunu önermiştir (5).

Dürtü; organizmanın uyarılmış bir durumudur. Bir eksiklik ya da hoş olmayan bir uyarının etkisi altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için çabuk ve kasıtsız bir itme, bir canlanmadır. Dürtüsellik ise; önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanır (6).

Son zamanlarda OKB'nin bipolar bozukluk ile güçlü bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Her iki hastalık grubunun etiolojisinde başta serotonerjik sistem olmak üzere, benzer nörotransmitter sistemlerin etkin olması ve antidepresan ile

duygudurum düzenleyicilerine yanıt vermeleri gibi benzeşen özellikler, bu iki hastalık grubunun ortak etiyolojik kökenlerinin olabileceğini düşündürmektedir (7). Simon ve ark. (8) bipolar bozukluğu olan hastalarda, OKB görülme sıklığının %11 olduğunu bildirmiştir. Tamam ve Özpoçraz (9) 1999-2001 yılları arasında yaptıkları bir çalışmada bipolar bozukluğa, yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu ek tanısının OKB (%39) olduğunu saptamışlardır. Ünal ve ark. (10) bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II hastalıklarını araştırdıkları çalışmalarında, eksen I komorbiditesine en sık obsesif kompulsif bozukluğun, eksen II komorbiditesine ise en sık borderline kişilik bozukluğunun eşlik ettiğini bildirmişlerdir.

Bipolar bozukluk ve OKB birlikteliği olan hastalarda afektif mizaç ve dürtüsellik değerlendirilmesi üzerine çalışmalar sınırlı düzeydedir. Güleç ve ark. (11) bipolar bozuklukta dürtüsellik araştırdıkları çalışmalarında ataklar arasındaki iyilik dönemlerinde de bipolar bozukluk hastalarının dürtüselliklerinin fazla olduğunu ve kişilik özellikleri ile yakın ilişki içinde bulunduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, OKB eşlik eden ve etmeyen remisyonda bipolar bozukluklu hastaların baskın mizaç tipleri ile dürtüsellik düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## **1.1. Bipolar Afektif Bozukluk**

### **1.1.1. Tanım**

Bipolar bozukluk belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) epizodlarla seyreden ve bu epizodlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurum haline (ötimik) dönebildiği, kronik seyirli bir hastalıktır.

Her iki dönemin ortak özelliği, kişinin duygu durumunda olağan gidişten farklı nitelikte ve süreklilik gösteren emosyonel bir yaşantı olmasıdır. Bu farklılık, depresif dönemde duygulanımda izlenen elem ve üzüntü yönünde artış (disfori) ya da manik dönemde izlenen neşe ve çöşku tarzında bir artış (öfori) olmasıdır (12).

### **1.1.2. Tarihçe**

Depresyon ve Maninin varlığı antik Yunan ve Roma çağlarına kadar dayanmaktadır. Yunan ve Latin eserlerinde depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır. Homeros, İlyada destanında öfke ve gazap anlamına gelen “mani” sözcüğünü kullanmıştır. M.Ö. 400’lü yıllarda; ümitsizlik, keder, sinirlilik ve

iştahsızlık şeklindeki klinik görünüm için Hipokrat, “melankoli” terimini kullanmıştır. Eski Yunan kaynaklarında taşkın duygudurumla giden tablolar tanımlanmıştır. M.S. 1. yüzyılda Efesli Soranus, taşkın duygudurumla giden tabloların melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir. Böylelikle Soranus bugünkü DSM-IV-TR ve ICD-10 da karma dönemler olarak adlandırılan durumu tanımlamıştır (13). M.S. 150 li yıllarda Kapadokyalı Areatus melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemlemiş ve aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir (14).

19. yüzyılda yatan hastalarda yapılan gözlemler sonucunda psikotik hastaların bazılarının diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşme gösterdiği ya da hastalığın birbirine zıt şekiller içinde tekrarlayan bir kliniğe sahip olduğu bulunmuştur. 1854 yılında Jules Falret, bu hastalıklara “Folie Circulaire” adını vermiştir. Aynı yıllarda Baillarger aynı durumu tanımlamak için “iki şekilli delilik” terimini kullanmıştır (15). 19.yüzyıl sonlarında Emil Kraepelin, bu iki bilim adamından etkilenip 1896’da fonksiyonel psikozları “dementia prekoks” ve “manik-depresif psikoz” olmak üzere ikiye ayırmıştır. Kraepelin böylece manik depresif hastalığı ilk tanımlayan kişi olmuştur (12). Kraepelin depresyondaki temel patolojiyi ruh halinde çökkünlük ile fiziksel ve mental işlevlerde gerileme; manideki temel patolojiyi ise ruh halinde yükselme ile fiziksel ve mental işlevlerde artma olarak tanımlamıştır. Bu hastalık için üç önemli tanı ölçütü “depresyon ya da öfori tarzında artmış emosyon, daha önceki normal işlevselliğe geri dönebilme özelliği, hastanın yaşam boyu tekrarlayan birçok atak yaşaması” olarak öne sürmüştür. Ayrıca “manik-depresif psikoz”da rol oynayan biyolojik etkenler üzerinde durmuştur (16). Bleuler 1930’larda depresif ve manik sendromları “afektif bozukluklar” başlığı içinde toplamıştır (12). Major depresif bozukluk ve bipolar bozukluğun birbirinden ayrı iki hastalık olduğu ilk olarak 1980 yılında DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition;) sınıflandırma kapsamına alınmıştır (17). Affektif bozukluklar tanımı kabul edilmiş ve affektif bozukluklar kapsamında bipolar bozukluk ile depresyon arasında ayırım yapılmıştır. Dunner ve ark. nin önerisiyle bipolar bozukluk kendi içinde bipolar I ve bipolar II olarak iki alt gruba ayrılmıştır (18). DSM III-R ile birlikte affektif bozukluklar tanımı yerine günümüz sınıflamalarında kullanılan duygudurum bozuklukları tanımı gündeme gelmiştir (19).

Sadece şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması nedeniyle duygudurum bozuklukları tanımı kabul edilmiştir (20). 1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında bipolar bozukluk; bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır. DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri “maddenin neden olduğu manik epizod” tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları bipolar I bozukluğunun içine dahil etmemiştir. Öte yandan mikst ve hipomanik epizodlar için de ayrı ölçütler getirilmiştir. Son olarak 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR sınıflandırmasında da da DSM-IV’teki sınıflandırma esas alınmıştır (12).

### **1.1.3. Epidemiyoloji**

Bipolar bozukluğun genel popülasyonda yaşam boyu prevalansı, çeşitli çalışmalarda %0,5 – 1,5 arasında değişmektedir. Bipolar I bozukluk sıklığı %0.4-1.6 arasında ve bipolar II bozukluk sıklığı ise %0.5 oranında bildirilmiştir. Duygudurum bozuklukları içinde %20 lik kısmı bipolar bozukluk olduğu belirtilmiştir. Etnik ve kültürel gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bipolar I bozukluk her iki cinste de eşit gösterilmiştir. Manik dönemler daha çok erkeklerde, depresif dönemler ise kadınlarda sıktır (21). Bununla birlikte, genellikle ilk başlangıç erkeklerde mani, kadınlarda ise depresyondur (12). Kadınlarda ayrıca hızlı döngülülük oranı daha fazladır (21).

Bipolar II bozukluk kadınlarda daha fazladır ve toplumun %0,5’ ini etkilemektedir. Bu hastaların büyük çoğunluğu major depresyon şikayeti ile başvururlar ve araştırma sonunda hipomanik dönem öyküleri saptanır. Kesin tanı hastanın hafızasına ve hekimlerin hipomanik dönemlerin varlığını titizlikle sorgulamasına ve en önemlisi, bu tarz soruları yanıtlayabilecek hasta yakınlarının olup olmadığına bağlıdır. Bundan dolayı, bipolar II bozukluk oranları yakın geçmişe kadar gerçeği yansıtmamakta idi. Simpson ve ark., bipolar II’ nin bipolar bozukluğun en yaygın görünümü olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bipolar II bozukluğu olan kadınların sonraki epizodlarını postpartum dönemde geliştirme olasılıkları daha yüksektir (22, 23). Doğum sonrası dönemde bipolar bozukluk depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu bipolar bozukluğa sahiptir (21).

Bipolar bozukluk genel olarak 20'li yaşlar civarında başlar (21). Bipolar I ve bipolar II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakın olmakla birlikte, bipolar II bozuklukta başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir (24). Hastalığın başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır (25, 26). Yapılan çalışmalarda mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24.4, kadınlarda 24.8 bulunmuştur (15). Hastaların %20-30'unda ilk hastalık dönemi 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olgular %10 olarak bildirilmektedir (27). Yaşlılarda 60 yaşın üzerinde ilk olarak ortaya çıkan hastalıkta daha çok organik sebepleri düşündürür (25).

#### **1.1.4. Etiyoloji**

##### **1.1.4.1. Genetik**

Bipolar bozukluğun etiolojisi kesin olarak gösterilmemiştir. Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü desteklemektedir (28).

Bipolar bozukluğu olanların birinci derecede akrabalarında bipolar bozukluğu gelişme olasılığı genel populasyona göre 8-18 kat daha fazladır, major depresif bozukluk gelişme olasılığı ise 2-10 kat daha fazladır (29).

Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ana-babada bozukluk oranı, evlat edinen ana-babadan yüksek bulunmuştur. Biyolojik ana-babadaki riskin, bipolar bozukluk için üç kat artmış olduğu gösterilmiştir. Moleküler genetik alanındaki çalışmalar, çelişkili sonuçlar vermektedir. Ancak genellikle bipolar bozukluk ile 5, 11, 18 ve X kromozomları için bağlantı bildirilmektedir ve 18 p bölgesindeki bir lokusun hastalıktan sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir (30-32). Aile çalışmaları, bağlantı (kromozm 4p üzerinde dopamin reseptörü D5 geni ile alfa 2 reseptör geni arasında bağlantı olduğu) çalışmaları (33), kromozom çalışmaları (x kromozomu üzerinde yerleşmiş faktör 9) (34), serotonin taşıyıcısı ile ilgili çalışmalar, triptofan hidroksilaz gen çalışmaları ve antipasyon fenomeni (12) ile genetik etkenler ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Bütün bu araştırmalar, bipolar bozukluğun klasik Mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını göstermektedir. Bipolar bozukluk, birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı multifaktöryel bir kalıtım ile genetik geçiş göstermektedir (12).

Epidemiyolojik çalışmalar ve ikiz çalışmaları bipolar bozukluğun kalıtsal bir hastalık olduğunu kuvvetle destekler. Ana-babadan birinin bipolar I bozukluğu varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %25'tir. Hem anne, hem de babada bipolar I bozukluğu varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (22).

#### **1.1.4.2. Biyokimyasal Nedenler**

Ayrıca nörotransmitter çalışmaları (noradrenerjik, serotinerjik, dopaminerjik, GABA sistemleri); iyon sistemleri (sodyum, kalsiyum) ile ilgili çalışmalarda bipolar bozuklukla ilgili etyolojik çalışmalar arasında yer almaktadır (12).

Biyokimyasal çalışmalar daha çok biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Patofizyolojide norepinefrin (NE) ve serotonin üzerinde durulmaktadır. Manide NE aktivitesinde artış vardır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglikol) ve idrar NE, VMA (vanilmandelik asit) düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (4).

Serotonerjik sistemin bipolar bozukluktaki rolü, lityumun serotonerjik sistem üzerindeki etkisi nedeniyle gündemde kalmaktadır. Dopamin aktivitesinin depresyonda azaldığı, manide arttığı düşünülmektedir. L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniye tetiklemesi bu görüşü desteklemektedir (24, 35). Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu (kolinerjik yetersizlikten) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir.

Melatonin nokturnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, folikül stimulan hormon bazal salınımı ve erkeklerde testosteron seviyesinin düşüklüğü, kortizol salınımının sirkadiyan ritminde bozulma bildirilen nöroendokrin düzensizliklerdir. Çok sayıda çalışmada hızlı döngülü bipolar hastalığı olanlarda klinik ve subklinik tiroid hastalığı yaygınlığı araştırılmış ve çoğunda subklinik hipotiroidi bulunmuştur. Hızlı döngülü hastalarda tiroperoksidaz otoantiklorları yüksek saptanmıştır (4, 36).

### **1.1.4.3. Beyin görüntüleme bulguları**

Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, bipolar bozuklukta serebral ventrikül hacminde genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlendiği bildirilmiştir (37).

### **1.1.4.4. Psikososyal Etkenler**

Duygudurum bozukluklarında, ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemi duyarlılaşma modelinin geliştirilmesine neden olmuştur (38-40). İlk atağı genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar, fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin gen ekspresyonuna neden olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelenmesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (41).

### **1.1.5. Bipolar Bozukluğun Tanı ve Klinik Özellikleri**

Bipolar bozukluk DSM-IV sınıflandırmasında; bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır. DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri “maddenin neden olduğu manik epizod” tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları bipolar I bozukluğunun içine dahil etmemiştir. Öte yandan mikst ve hipomanik epizodlar için de ayrı ölçütler getirilmiştir (12). Son olarak 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR sınıflandırması şu şekildedir:

1. Bipolar I Bozukluğu
2. Bipolar II Bozukluğu
3. Siklotimik bozukluk
4. Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk
5. Genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygu durum bozukluğu (2).

### **1.1.5.1. Bipolar I Bozukluk**

Bipolar I bozukluğunun başlıca özelliği, bir ya da birden çok manik epizodun ya da mikst epizodun ortaya çıkması ile belirli bir klinik gidişin olmasıdır. Tanı için manik epizodun görülmesi gereklidir (12). Çoğu zaman daha önce bir ya da birden çok depresif epizod da olmuştur. Ancak tanı için depresif epizodun görülmesi şart değildir. Manik ya da depresif epizodlar, genel tıbbi durum, ilaç tedavisi, ilaç kötüye kullanımı, ya da depresyon tedavisi için kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkmamıştır ve belirtiler şizofreni ya da sanrısız bozukluk gibi bir psikotik bozukluklarla bağlantılı değildir (12).

DSM-IV-TR Bipolar I bozukluk tanı ölçütleri:

- A. En az bir manik ya da karma bir dönem vardır.
- B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ilerde ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.
- C. Duygudurum dönemleri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır.
- D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.
- E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (2).

### **1.1.5.2. Bipolar II Bozukluk**

Bipolar II bozukluğunun başlıca özelliği, en az bir hipomanik epizodun yanı sıra bir ya da birden çok major depresif epizodun ortaya çıkması ile belirli klinik gidişin olmasıdır. Bu bozukluk, bazen hipomanik epizodlarla giden tekrarlayıcı major depresif epizod olarak da isimlendirilir (12). Manik ya da depresif epizodlar bir yıl içinde dörtten fazla izleniyorsa, bu duruma hızlı döngülü bipolar bozukluk adı verilmekte olup, bu tablolar kadınlarda daha sık olarak görülmektedir (12).

DSM-IV-TR Bipolar II bozukluk tanı ölçütleri:

- A. En az bir major depresif dönemin ya da geçirilmiş major depresif dönem öyküsünün varlığı
- B. En az bir hipomanik dönemin ya da geçirilmiş hipomanik dönem öyküsünün varlığı
- C. Manik ya da karma bir dönemin geçirilmemiş olması

D. A ve B öçütlerindeki duygudurum belirtileri Şizoaffektif bozukluğa uymaz.

E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur (2).

### **1.1.5.3. Major Depresif Dönem**

Majör depresif dönemin ana özelliği depresif duygudurum ya da hemen hemen bütün etkinliklere karşı bir ilgi kaybının ya da etkinliklerden zevk almamanın olduğu en az iki hafta süren bir dönemin olmasıdır. Hastalar kendilerini hüznölü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissedebilirler (42).

Majör depresif dönemdeki duygudurum çoğu zaman çökkünlük, hüznölü, umutsuzluk, çaresizlik, düŐ kırıklığı ya da keder olarak tanımlanır. Bazı kişiler kederli olduklarını belirtmekten çok somatik Őikayetleri üzerinde dururlar. Birçok kişi huzursuz olduğunu belirtir ya da artmış irritabilite bulguları sergiler (43).

İlgi kaybı ya da artık zevk alamama, çoğunlukla mevcuttur. Bu kişiler, zevk verici etkinliklerine karşı daha az ilgi duyduklarını, artık “aldırmaz” olduklarını ya da daha önceden zevk aldıklarını düŐündükleri etkinliklerinin artık kendilerine haz vermediğini belirtebilirler.

Depresyondaki hastaların çoğunluğu görevlerini yapmakta zorlanırlar, okulda, işte ve sosyal sorumluluklarında başarısızlığa yol açan bir enerji azlığından ve yeni planlar kurmak için istek azlığından yakınırırlar (44).

Hastaların yaklaşık yarısı Őikayetlerinin diurnal değişkenlik gösterdiğini tanımlar. Bu hastaların Őikayetlerinde sabahları artış olduğu ve akŐama doğru bir azalma olduğu görülür. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaŐtırma yeteneğinde azalma ve düşünce bozuklukları gibi bilişsel semptomlar görülebilir (44).

Psikomotor retardasyon en sık görülen semptomdur. Hastanın hareketlerinde yavaşlama, yüz ifadesinde donuklaŐma, bakıŐlarında sabitleŐme saptanır. KaŐları arasında dikey yerleŐimli kırıkklıklar görülür (omega bulgusu). Ancak, özellikle yaşlı hastalarda, psikomotor ajitasyon da görülebilir. Kendilerine bakımları çok düşük olmamakla birlikte bunu önemsemeyen bir tutum içinde olabilirler (44).

Hastaların yaklaşık %80’i uyku sorunları olduğundan yakınırırlar. Genellikle erken uyanırırlar ve gece sık sık uyanırırlar ve sorunlarıyla ilgili olarak düŐüncelere

dalarlar. Hastaların birçoğunda iştah azalması ve kilo kaybı vardır. Anksiyete, depresyonda sık görülen bir semptomdur ve depresyondaki hastaların %90 kadarını etkiler (42).

DSM-IV-TR'ye göre major depresif dönem tanı ölçütleri:

A. Aşağıdaki belirtilerden beş (ya da daha fazlası) aynı iki haftalık dönem içinde bulunmaktadır ve önceki işlevsellikten bir değişimi temsil eder; belirtilerden en az biri ya deprese duygudurum ya da ilgi ve zevk yitimidir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma ya da duygudurumla uyumsuz sanrılar ya da varsanılara bağlı belirtileri dahil etmeyiniz.

(1) Ya öznel bildirimle (örn. üzgün ya da boş hisseder) ya da başkalarının gözlemleriyle (örn. gözü yaşlı görünür) belirtilmiş günün büyük bölümünde ve hemen her gün deprese (çökkün) duygudurum. Not: Çocuklar ve ergenlerde, irritabl duygudurum olabilir.

(2) Günün büyük bölümünde, hemen hemen her gün tüm ya da hemen hemen tüme yakın etkinliklere ilginin ya da zevk almanın belirgin olarak azalması (ya öznel değerlendirme ya da başkalarının gözlemlerine dayalı).

(3) Diyet uygulamazken anlamlı kilo yitimi ya da kilo alma (örn. bir ay içinde beden ağırlığının %5'den daha fazla değişimi) ya da hemen her gün iştahta azalma ya da artma. Not: Çocuklarda beklenen ağırlığın alınmasındaki yetersizliği dikkate al.

(4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma

(5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (başkalarınca gözlenebilir, yalnızca öznel huzursuzluk ya da yavaşlama hisleri değildir).

(6) Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik ve enerji yitimi

(7) Hemen her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısalsal da olabilen) (yalnızca hasta olmakla ilişkili kendini kınama ya da suçlama değildir)

(8) Hemen her gün düşünme ya da konsantre olma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya öznel değerlendirmeye ya da başkalarının gözlemlerine dayalı)

(9) Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın yineleyici özkıyım düşünceleri, ya da bir özkıyım girişimi ya da özkıyımda bulunmak üzere özgül bir plan.

B. Belirtiler bir karma dönem (episod) için ölçütleri karşılamaz.

C. Belirtiler klinik olarak anlamlı rahatsızlık ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Belirtiler bir maddenin doğrudan fizyolojik etkisine (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da genel bir tıbbi duruma (örneğin hipotiroidizm) bağlı değildir.

E. Belirtiler yas tutma ile daha iyi açıklanamaz, örneğin sevilen birisinin yitimi ardından, belirtiler iki aydan daha uzun sürer ya da belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık derecesinde uğraş, özkıyım düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyon ile karakterizedir (2).

#### **1.1.5.4. Manik Dönem**

Manik dönemin kabarmış duygudurumu öforik, olağandışı iyi olma durumu, neşelilik ya da kendini yükseklerde hissetme olarak tanımlanabilir. Bu kişilerde hastalık öncesi yaşantısı ile uyumsuz kendini çok iyi hissetme, neşe, keyif, mutluluk, coşku yaşanmaktadır. Ya da bir öfke, taşkınlık, hırçınlık ve saldırganlık sergilemektedir. Duygudurum genellikle öfori ve irritabilite arasında dalgalanır, bunlara çok kısa süreli hüznün ve ağlamaların eklenmesi ters bir bulgu değildir (44).

Benlik duygusu ve kendine güven abartılı bir şekilde artmıştır. Bu artış bazen psikotik düzeydedir. Sosyal kuralları çiğneyen bir rahatlık ve girişkenlik ortaya çıkabilir. Yeni ilgi alanları ve istekler ortaya çıkabilir. Kendine güvenin aşırı artışı ile riskli davranışlar ortaya çıkabilir. Cinsel istek ve davranışlarda artma bulunabilir. Spontan dikkat ve bellek artmış ve güçlenmiştir. Dikkatin birçok şeye yönelmesi nedeniyle bir konuya yoğunlaşamama ve konsantre olamama ortaya çıkabilir. Düşünce çağırışımı çok hızlanmıştır (44).

Sıklıkla, bir konudan diğer bir konuya geçişlerin olduğu, konuşmanın akışında hızlanmanın olması ile belirli, düşünce uçuşmaları vardır. Konuşma artmış, hızlanmış ve sözü kesilemez şekildedir. Bu hastalarda hareketlerde de artış gözlenir ve riskli davranışlar görülebilir. Bu hastalarda hemen her zaman uyku ihtiyacı azalmıştır. Bazen ağır uyku sorunlarında kişi günlerce uykusuz kalsa bile kendini enerjik hissedebilir.

DSM-IV-TR'ye göre manik dönem tanı kriterleri:

A. En az bir hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur.

(1) Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite

(2) Uyku gereksiniminde azalma (örneğin sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hisseder)

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

(4) Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirinin peşi sıra gelmesi yaşantısı

(5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani, dikkat, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)

(6) Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örneğin elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)

C. Bu semptomlar karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Somatik antidepresan tedavinin (örneğin ilaç, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu manik benzeri dönemler bipolar I bozukluğu olarak sayılmamalıdır (2).

#### **1.1.5.5. Karma Dönem**

Karma dönem, en az bir hafta süren hem manik hem de depresif belirtilerin bir arada yaşandığı durumlardır (25). Karma mani diğer tüm manik nöbetlerin %16-37'sini oluşturmaktadır (45). Bipolar I hastalarının yaklaşık %40'ı hastalık dönemi sırasında karma durum geliştirebilir. Kadınlarda daha sıktır. Karma dönemler tedavisi en zor klinik tablolardan biridir ve özkıyım riskinde artış tipiktir (46, 47).

Karma mani tanısını koyabilmek için mani sırasında olması gereken depresif belirti sayısı ile ilgili farklı görüşler vardır. Akiskal ve arkadaşları'nın yapmış olduğu Fransız ulusal mani klinik epidemiyolojisi çok merkezli ortak çalışmasına göre; manik tablo ile birlikte en az iki depresif belirtinin olması karma mani tanısı için yeterlidir. Yine bu çalışmada erkeklerde hipertimik kişilik özellikleri daha fazla olduğundan saf mani tablosunun daha sık görüldüğü, kadınlarda ise depresif kişilik özellikleri daha fazla olduğundan karma mani tablosunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (48).

DSM-IV-TR'ye göre karma dönem tanı kriterleri:

A. En az bir haftalık bir dönem boyunca hemen her gün, hem bir manik dönem, hem de bir major depresif dönem için tanı ölçütleri (süre dışında) karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

C. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Somatik antidepresan tedavinin (örneğin ilaç, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu mikst benzeri dönemler bipolar I bozukluğu olarak sayılmamalıdır (2).

#### **1.1.5.6. Hipomanik Dönem**

Hipomani; kısa süren, hastanın yaşamında önemli değişimlere yol açmayan, psikotik belirtilerin görülmediği, daha ılımlı ya da eşikaltı mani durumudur.

Kadınlarda daha fazladır. Hastalar canlı, neşeli, yaratıcı, dışadönük, fazlasıyla iyimser, özgüvenli, konuşkan ve sosyaldirler (4).

DSM-IV-TR'ye göre hipomanik dönem tanı kriterleri:

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerde üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise de dördü) belirgin olarak bulunur

1- Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite

2- Uyku gereksinimde azalma (örn. Sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendisini dinlenmiş hisseder)

3- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

4- Fikir uçuşmaları ya da düşünceleri sanki yarışıyor gibi birbirleri peşi sıra gelme yaşantısı

5- Distraktibilite (dikkat dağınıklığı; dikkat, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)

6- Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon

7- Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (Örn. elindeki bütün parayı alışverişe yatırır, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunur ya da aptalca iş yatırımları yapar).

C. Bu dönem sırasında, kişinin belirtilerin olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu belirtiler bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Hipertroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Somatik antidepresan tedavinin (Örn: ilaç, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu hipomanik benzeri dönemler bipolar I bozukluğu olarak sayılmamalıdır (2).

#### **1.1.6. Klinik Seyir**

Bipolar bozukluk duygudurum bozukluklarının yaklaşık %10-20 sini oluşturur. En sık başlangıç yaşı 20 li yaşlar gibi gözükse de, ilk belirtiler en sık 15-19 yaşlarında olmaktadır. Bunu 20-24 yaşlar arasında ikinci bir çıkış izlemektedir (12). Ancak başlangıç yaşı çocukluktan 50 yaşına ya da ender olarak daha ileri yaşlara kadar değişebilmektedir (21). Ayrıca 12 yaşın altında mani başlamasının nadir olduğu düşünülmektedir. 50 yaşın üzerinde ilk olarak başladığında organik bir neden araştırılmalıdır (12).

Bipolar bozukluk çoğu zaman depresif dönemle başlar (kadınlarda %75, erkeklerde %67 oranında) ve tekrarlayan bir bozukluktur. Hastaların birçoğu hem manik hem de depresif dönem yaşarlar, hastaların %10-20'si sadece manik dönem yaşar. Manik dönemler çoğunlukla hızlı başlar, fakat bazen 1-2 hafta gibi sürede yavaş yavaş da gelişebilir. Manik dönem tedavisiz yaklaşık 3 ay sürer ve dolayısıyla bu süreden önce ilaçlar kesilmemelidir. Hastalık ilerleyen dönemlerinde ataklar arasındaki süre sıklıkla kısalır. Ancak tam olarak açıklanamamasıyla birlikte yaklaşık 5 dönem sonra ataklar arasındaki süre 6 ile 9 ay arasında sabitleşir. Tedavi edilmemiş bir depresif dönem 6-13 ay sürer. Tedavi edilmiş olanlar aşağı yukarı 3 ay sürer. Üç aydan önce antidepresan tedavinin kesilmesi çoğunlukla belirtilerin geri dönmesiyle sonuçlanır (21).

Hastalığın mani döneminde hasta canlı, coşkulu, çok hareketli, aşırı güvenlidir. Kendisini iyi hissettiği için doktora gelmesi gerektiğini kabul etmez. Hem hekime, hem de kendisini getirenlere öfkeli. Konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır. Düşüncedeki aşırı üretime uygun olarak konuşma artmıştır ve bastırılmaz, daldan dala atlar. Duygulanımda coşku, aşırı neşe, çoğunlukla öfke hakimdir. Buna coşkulu duygudurum denir. Hastanın neşesi çevresindekileri de etkiler. Ancak sadece neşenin hakim olduğu tipik bir durum değildir. Duygudurumda oynamalar sık görülür. Bilinç açık, yönelim ve bellek sağlamdır. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olsa da giderek dikkatini odaklaması zorlaşır. Psikotik manide varsanılar (halusinasyon) görülebilir. Hastada düşünce süreci, yani çağrışımlar hızlanmıştır.

Sürekli konuşur, konudan konuya atlar. Belirli bir konu üzerinde duramaz. Fikirler hızla birbirini izler (fikir uçuşması) (29).

Düşünce içeriği genellikle benlik kabarmasını yansıtan niteliktedir. Hastanın kendine güveni artmıştır. Herkesten üstün özellikli olduğuna inanır. Büyüklük düşünceleri büyüklük sanrılarına dönüşür. Manik dönemdeki hastaların yarısında psikotik belirtiler görülebilir. Psikotik belirtileri olan hastaların üçte ikisinde bu belirtiler duygudurumla uyumlu iken kalan üçte birinde duygudurumla uyumsuz sanrılar görülebilir. Manide görülen duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar genelde paranoid türdedir (29).

Psikomotor aktivitede artma tipiktir. Hasta sürekli hareket halindedir, yorgunluk hissetmez, uyku gereksinimi azalmıştır. Hasta günlerce uyumaz, sürekli olarak bir şeyler yapmaya çalışır (29).

Manik dönemlerin süresinin kısa sürmesi, başlangıç yaşının ileri olması, intihar düşüncelerinin az olması, beraberinde psikiyatrik ya da tıbbi sorunların az olması iyi prognozu gösterir (44).

Depresyondaki bir hastada çoğunlukla yüz çizgileri belirgin olup, omuzlar çöktür, yüzünde elemli bir ifade vardır. Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Duygudurum çoğu zaman umutsuzluk, çökkünlük, çaresizlik olarak tanımlanır. Yönelim bozukluğu yoktur. Hastaların çoğu unutkanlıktan şikayetçidir. Düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştırmada ya da karar vermede zorlanırlar. Psikomotor değişiklikler arasında retardasyon ya da ajitasyon vardır. Enerji azalması, yorgunluk ve bitkinlik sık görülür. Hastaların yaklaşık %65inde intihar düşünceleri vardır ve bunların yaklaşık %15i intihar girişiminde bulunur (49). Genellikle duygudurumla uyumlu sanrılar görülebilir.

Bipolar hastalardaki intihar oranı genel toplumdaki 30 kat daha fazla olup, hastaların %15-25'i intihar girişiminde bulunmakta, bunların %15'i hayatlarını kaybetmektedirler. Bipolar depresyondaki hastalarda intihar davranışı ise bipolar manidekinden 35 kat daha fazladır (12, 50).

Hastalar yaşam boyu ortalama 8-10 epizod geçirirler. Ancak hızlı döngülü bipolar hastalarda olduğu gibi, bazı hastalar çok fazla sayıda atak geçirmektedirler (12, 39). Hastaların %28'inde ataklar mevsimsel özellik göstermektedir (12).

Bipolar bozukluk mevsimsel özellik gösterip, ilkbahar ve sonbaharda depresyon sıklığı artmakta, manilere de yazları rastlanmaktadır (51).

Bipolar hastalar unipolar olanlardan daha çok hastalık dönemi yaşarlar. Bipolar hastalarda ilk döngü süresi uzun olup zamanla döngüler kısalır (23). Sadece manik semptomları olan hastalar depresif ya da mikst semptomları olan hastalara göre daha fazla bir iyilik hali gösterirler. Bipolar hastaların yaklaşık %40-50'si ilk dönemden sonraki 2 yıl içinde ikinci manik dönemi geçirirler. Manik atak geçiren çoğu olguda (%50-60) hemen öncesinde ya da hemen sonrasında, arada ötimi dönemi olmaksızın bir major depresif epizod bulunur. Kişi yaşlandıkça epizodlar arasında geçen süre kısalma eğilimi taşır (22).

Manik atakların %26'sı ve depresif atakların ise %7'sinde hastanede yatarak tedavinin gerektiği belirtilmiştir (52).

Bipolar bozukluğunda tam iyileşme %7, birden fazla atak geçirme %45 ve süreğenleşme %40 oranındadır. Uzun dönem izlemde, hastaların %15'i iyidir, %45'i birçok relaps yaşamıştır, %30'u kısmi düzelir ve %10'u kronikleşir. Bipolar I bozukluğu olan hastaların üçte biri süregen belirtiler ve belirgin sosyal düşüş yaşarlar (44).

Hızlı döngünün kadınlarda sık görüldüğü, ultra hızlı döngünün ise erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hızlı döngülü olguların %80'i başlangıç döneminde olmadığı, ilerleyen yıllarda artışın antidepresan kullanımı gibi ilaç etkileri ile de bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (53).

Alkol bağımlılığı, psikotik bulgular, remisyon döneminde devam eden depresif belirtilerin olması ve erkek cinsiyet kötü prognozla ilişkilendirilmiştir. Manik epizodların kısa süreli olması, geç başlangıç, intihar düşüncesinin olmaması, komorbiditenin olmayışı iyi prognozla ilişkilendirilen faktörler arasındadır (13).

## **1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

### **1.2.1. Tanım**

Obsesif kompulsif bozukluk istek dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile zihinden uzaklaştırılamayan yinelenen düşünce (obsesyon) ve/veya çoğu kez saplantılı düşünceyi zihinde uzaklaştırmak için yapılan istem dışı yinelenen hareketlerle (kompulsiyon) karakterize bir hastalıktır (2).

Obsesif kompulsif bozukluk, yaşam boyu devam eden, fonksiyon kayıplarına yol açabilen ve tedaviye ileri derecede direnç gösterebilen bir hastalıktır. Zaman içinde semptomların şiddetinde dalgalanmalar olabilir. Hastaların yaklaşık %10' unda ise, OKB' nin kötü gidişli bir seyri vardır (54).

Obsesif kompulsif bozukluk daha önceleri kronik, nadir görülen, prognozu kötü bir bozukluk olarak düşünülürdü. Ancak yapılan son çalışmalarla genel popülasyonda daha yaygın olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bu durum OKB' ye olan ilgiyi artırmış, etyolojisi, tedavi yöntemleri ve diğer psikiyatrik bozukluklarla olan ilişkisi araştırılmıştır (54).

### **1.2.2. Tarihçe**

Obsesyon terimi ilk kez 1866' da Morel tarafından kullanılmasına rağmen 4000 yıl kadar önce Mezopotamya' da görüldüğüne dair bilgiler bulunmaktadır (55, 56).

Bir din adamı tarafından yazılmış olan Malleus Maleficarum (Şeytanın çekici) adlı kitapta orta çağda bir papazın kiliselerin önünden geçerken ve dua ederken şeytanın etkisi ile sürekli dilini çıkardığından, kendini rahibi dinlemeye verdikçe şeytanın daha da fazla etkilediğinden söz etmektedir. Kraft-Ebing 1867' de fobileri, impulslar, kompulsif endişeleri, tikleri ve hatta cinsel sapıklıkları içeren “kompulsif idealar” kavramını geliştirmiş ve bunlara depresif bozukluğun sebep olduğuna inanmıştır. OKB' nin ilk modern formülasyonunu yapan Westpal fobik semptomları ve anankastik bozukluğu birbirinden ayırarak kompulsif fikirleri kişinin bilincine giren, inançlarına ters düşünceler olarak tanımlamıştır (57).

Yirminci yüzyılın başında Pierre Janet fobi, obsesyon ve kompulsiyonları “psikastenî” başlığı altında toplamıştır. Freud ise psikoanalitik açıdan fobilerle OKB' nin farklı bozukluklar olduğunu, obsesyonun “bastırılmış cinsel suçluluk anılarına” karşı ortaya çıkan psikolojik savunmalar olduğunu açıklamıştır (56).

### **1.2.3. Epidemiyoloji**

Obsesif kompulsif bozukluğun sıklığı ile ilgili önceki çalışmalar, klinik verilere dayanmakta ve bozukluğun seyrek olduğunu göstermekteydi. Freud “obsesif davranışlar ve dini uygulamalar” adlı makalesinde pek çok kişinin rahatsızlığını uzun yıllar sakladığından, sosyal aktivitelerini yerine getirirken gizli bir şekilde bu davranışlarına saatlerini ayırdıklarından ve doktorların tüm bunlardan haberdar

olmadığından bahsetmiştir (58). OKB 1980'li yıllara kadar seyrek görülen bir hastalık olduğu düşünülmüştür.

Obsesif kompulsif bozukluğun genel nüfus içinde yaşam boyu prevalansı çeşitli toplumlarda %1.1-3.3 arasında değişen sıklıkta bildirilmektedir (59). OKB'nin kadınlarda biraz daha fazla görüldüğü (54) bildirilmekle birlikte, kadın ve erkeklerde eşit dağılım gösteren, kronik gidişli ve kişinin işlevselliğini etkileyen bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür (60). Ülkemizde, Ankara'da yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 7479 kişilik Türkiye örnekleminin %0.5'nin OKB'ye sahip olduğu, kadınların erkeklere göre 3 kat daha yüksek oranda bulunduğu belirlenmiştir (61).

Obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç yaşının genellikle 20'li yaşların başları olduğu hastaların %65'inden fazlasında 25 yaşından önce hastalık geliştiği, %5'inden daha azında ise 40 yaşından sonra başladığı bildirilmiştir (62). Hastalığın başlama yaşı ile psikiyatrik başvuru arasında  $7,6 \pm 9,3$  yıl geçmektedir (54). Hastalığın erken yaşlarda başlaması, hastalık öncesi düşük sosyal işlevselliğe sahip olmak, erkek olmak, hastalık süresinin uzun olması, major depresyonun eşlik ediyor olması, komorbid psikiyatrik hastalık öyküsü olması ve hastalığın kronik seyirli olması diğer kötü prognoz faktörleridir (63, 64). OKB sosyal ilişkilerde çok önemli olumsuz etkiler oluşturur ve sıklıkla aile ve evlilik uyumsuzluklarına, doyumsuzluklara, ayrılık ve boşanmalara neden olabilmektedir (65).

#### **1.2.4. Etiyoloji**

##### **1.2.4.1. Biyolojik Etkenler**

Son yıllardaki çalışmalarda daha çok biyolojik teoriler üzerinde durulmaktadır. OKB'nin nörobiyolojisi serotonerjik sistemdeki anormalliklerin tutarlı ve güçlü bir şekilde gösterilmesi ile belgindir. Serotonin geri alım inhibitörlerinin OKB tedavisinde etkinliğinin ortaya çıkarılması ile serotonin seviyesi, metabolizması ve reseptör tipleri ile ilgili çalışmalar artmış ve OKB'de serotonin fonksiyonlarının düzenlenmesi ile ilgili bozukluklar olduğu hipotezi yoğunluk kazanmıştır. Ayrıca beyin omurilik sıvısı 5-Hidroksi İndol Asetik Asit (5HİAA) düzeylerindeki azalmayla obsesif semptomların iyileşmesi arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (66, 67).

Deney hayvanlarında dopamin ve agonistlerinin stereotipik hareketler ve kompulsiyon benzeri davranışlar ortaya çıkarması, patofizyolojisinde, dopaminin rol aldığı tahmin edilen Tourette sendromunda obsesif kompulsif semptomların sık olarak gözlenmesi, hem Tourette sendromunda hem de OKB' de bazal ganglionlar ve orbitofrontal korteksteki nöroanatomik bozuklukların benzer olduğunun gösterilmesi, OKB' nin etyolojisinde dopaminin de rol oynadığını düşündürülebilir. Ayrıca, dopamin katabolizmasında yeralan sülfotransferazın OKB' li hastaların trombositlerinde yüksek bulunması, OKB' de dopaminerjik geçişin arttığını göstermektedir (68).

Sydenham Koresi vakalarının önemli bir kısmında OKB tespit edilmesi, OKB patogenezinde otoimmunitenin rolü olabileceğini düşündürmüştür. Sydenham Koresinde de A grubu Beta Hemolitik Streptokok Enfeksiyonundan sonra merkezi sinir sistemindeki nöronlara karşı gelişen otoimmün bir yanıt söz konusudur. Erken başlangıçlı OKB ve Tik Bozukluklarında B lenfosit antijen D8/17'nin sık olduğu bildirilmiştir (25).

Nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda, OKB patogenezinde orbitofrontal bölge başta olmak üzere talamus ve bazal ganglionların rolü olduğu ortaya konmuştur. Kaudat çekirdekte hacim değişiklikleri ve kaudat çekirdeklerin normal asimetrisinde kaybolma saptanmıştır (69, 70). İşlevsel görüntüleme çalışmalarında ise Pozitron Emisyon Tomografi yöntemiyle OKB'de orbitofrontal bölge ve bazal ganglionlarda glikoz metabolizmasında artış (71) tek foton emisyon tomografi yöntemiyle frontal bölge ve talamusta kontrollere göre kanlanmada artış, bazal ganglionlarda ise kanlanmada artma yada azalma saptanmıştır (72).

#### **1.2.4.2. Genetik Etkenler**

Obsesif kompulsif bozukluğun genetik geçiş konusundaki bilgiler yetersizdir. Modern aile çalışmalarının çoğu, pozitif sonuçlar vermesine rağmen bu bozukluğa genetik bir katkının varlığı iyi belgelenememiştir. Büyük sistematik ikiz çalışmaları bulunmamaktadır. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %65 civarı bildirilirken, çift yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %15'dir. Tourette hastalığı olanlarda ve bunların birinci derece akrabalarında daha yüksek oranda OKB dikkati çekmektedir (%35 – 50) (73, 74).

#### **1.2.4.3. Psikojenik Etkenler**

Psikanalitik görüş obsesyonları, bastırılmış dürtülerin türevleri olarak tanımlar. Regresyon OKB’de kullanılan temel savunma mekanizmasıdır. Regresyonu tetikleyen, anksiyete doğurucu fallik-ödipal dürtülerin yarattığı tehdittir. OKB’de regresyon kullanılarak anal döneme gerileme olur. Freud ve onu izleyen psikoanalitik kuramcılar bilinç dışındaki dürtülerin baskısı ile ruhsal ve cinsel gelişimin anal sadistlik dönemine gerilemenin obsesyon sorununu doğurduğunu ifade ederler (55). Freud’a göre obsesyoneel nevroz histeriye benzer şekilde ödipal istekler sonucunda ortaya çıkar. Gerileme zorlanma durumlarında, ruhsal gelişimin vardığı noktadan daha önceki dönemlere geri dönülmesidir (75). Anal karakter özellikleri olarak; düzenlilik, tutumluluk ve inatçılığı tanımlayan Freud’a göre, bu özellikler obsesyoneel nevrozda belirginleşir. Obsesif kompulsif kişi, anal erotik ve saldırgan dürtülerini yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma savunma düzeneklerinin yardımı ile bilinç dışında tutmaya çalışır. Freud, karşıt tepki oluşturma, yalıtma ve yapma-bozmayı obsesyoneel nevrozun tipik savunmaları olarak tanımlamıştır (76). Psikanalitik açıdan obsesyon ve kompulsiyonların, bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri olduğu; üstbenliğin dürtülere karşı tehditlerini ya da üstbenlik ile dürtüler arasındaki çatışmayı ifade ettiği kabul edilir (77). Salzman ise, OKB’nin dinamiğinde öfkeden ziyade utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını önleme çabasının olduğunu öne sürmüştür (78). Yine OKB hastalarının analizinde anne-çocuk ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu ve bu hastaların çoğunda despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını bildiren çalışmalar da vardır (79).

#### **1.2.4.4. Davranışsal Etkenler**

Davranışçı kurama göre obsesyonlar koşullu uyaranlardır. Normal şartlarda herkesin aklına gelebilecek, özünde korkutucu olmayan düşünceler, koşullanma yoluyla bireyde anksiyete gibi duygularla ilişkilendirilir ve rahatsız edici özellikler kazanırlar. Bu düşüncelerin akla gelmesiyle oluşan anksiyeteden korunmak için, bireyde kaçma ve kaçınma davranışları gelişir. Bu görüş, alıştırma tedavisi (exposure) ve tepkiyi engelleme olarak bilinen davranışçı terapi yaklaşımının gelişmesine neden olmuştur (80, 81).

#### 1.2.4.5. Bilişsel Model

Bilişsel modele göre, OKB tablosunun oluşması için zorlayıcı düşüncelerin sorumluluk duygusunu harekete geçirmesi gerekir. Zorlayıcı düşünceler sorumluluk duygusunu harekete geçirmiyorsa, sorumluluğu azaltmak için istemli olarak başlatılıp devam ettirilen aktiviteler (yansızlaştırma) de oluşmayacak ve OKB tablosu ortaya çıkmayacaktır (82). Tedavide bilişsel hatalar belirlenerek, işlevselliği olmayan bu düşüncelerin, yaşanan durumla daha uyumlu ve gerçek olabilecek düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir.

DSM-IV-TR'ye Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.
3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.
4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Not: Bu durum çocuklar için geçerli değildir).

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç veya tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizoda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa (2).

### **1.2.5. Klinik Özellikler**

Obsesif kompulsif bozukluk, kronik, kimi zaman da dönemsel bir gidiş gösteren, obsesyonlar ya da kompulsiyonlarla ya da bunların her ikisiyle karakterize bir hastalık tablosudur (83). Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin samça ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü ya da imajlardır (84). Rachman, obsesyonların içeriğinde olan istenmeyen davetsiz düşünceleri kabul edilemez ve/veya istenmeyen, tekrarlayan düşünce, görüntü ve dürtüler olarak tanımlamaktadır. Obsesyonlar hastalar tarafından “takıntı, saplantı, evham ya da vesvese” gibi terimlerle tanımlanmaktadır. Kompulsiyonlar tekrarlayıcı ve amaçlı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Bir obsesyona cevap

olarak gerçekleştirilir; rahatsızlığı engellemek ya da korkulan olayın gerçekleşmesini engellemek amacı ile stereotipik bir şekilde ya da belirli kurallara göre yapılır. Başlangıçta aşırı veya anlamsız olarak kabul edilir. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar zevk verici değildir ve hastalar genellikle obsesyonlarını görmezlikten gelmeye, bastırmaya ya da etkisizleştirmeye çalışırlar. Klinikte hemen hemen her zaman obsesyon ve kompulsiyonların her ikisi birden bulunur. Bir bozukluk tanısı koymak için semptomlar belirgin sıkıntı yaratmalı, günde en azından bir saatin boşa harcanmasına sebep olmalı ve işlevselliği bozmalıdır. DSM IV' teki değişiklikler OKB' yi diğer bozukluklardan daha açıkça ayırır. Semptomlarını aşırı veya anlamsız bulmayan hastalar için, "içgörüsü az" belirleyicisini tanımlar (85). İçgörüyü ilişkin ölçüt çocuklar için geçerli değildir. Çünkü çocuklar durumlarının anlamsızlığını kavrayacak içgörüyü sahip değildirler veya durumun anlamsızlığını tartışmak için fazlasıyla utaniyor olabilirler (86). Obsesyon ya da kompulsiyonlar egoya yabancıdır, kişi acayip ve mantıksız olarak algılar.

Obsesif kompulsif bozukluğun en sık görülen formu yıkama kompulsiyonlarının eşlik ettiği kirlenme obsesyonlarıdır. Bu hastaların yaklaşık %55' ini etkiler. İkinci en sık görülen şekli sıklıkla kontrol etme kompulsiyonlarının eşlik ettiği, patolojik kuşkulardır. Tekrar tekrar kontrol etmelerine rağmen emin olamadıkları için, kendi dikkatsizlikleri sebebi ile başka insanların da zarar göreceği şeklinde suçluluk duyguları olur. Üçüncü en sık görülen form, özellikle saldırgan veya cinsel içerikli tekarlayan düşüncelerdir. Dördüncü en sık form ise simetri veya düzen ihtiyacıdır ve hastalarda primer obsesyonel yavaşlama olur. Hastaların en azından %75' inde obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte bulunur. Rasmussen ve Tsuang, yaptıkları bir çalışmada hastaların %83' ünde yıkama, %80' inde kontrol etme, %21' inde sayma kompulsiyonları, ayrıca %42' sinde birden fazla kompulsiyon, %59' unda birden fazla obsesyon saptanmıştır. Hastaların sadece %4,5' inde obsesyonlar tek başınadır, %2-6' sında ise kompulsiyonlar tek başına görülür (54, 56, 86). Ayrıca semptomlar zaman içinde değişkenlik gösterebilir, mesela kontrol etme kompulsiyonları aşırı el yıkama ile yer değiştirebilir (56). Klinik olgularda hastalığın epizodik gidişi nadirdir (%2). Ancak tedavi arayışında olmayan kişiler arasında daha sık olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda hastaların %20-30'unda

belirgin bir düzelme, %40-50'sinde orta derecede bir düzelme, %20-40'ında da aynı kalma ya da kötüleşme bildirilmektedir (85).

### **1.3. Komorbidite**

Komorbidite, belli bir zaman periyodu içinde, bir kişide, birden fazla hastalığın birlikte bulunması anlamına gelir. Komorbiditelerin doğası, etkileri ve yaygınlığı üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Gerek klinik içi ve gerekse toplum içi örnekler üzerinde yapılan araştırmalar psikiyatrik bozukluklarda komorbiditenin çok yaygın olduğunu bildirmektedir (87).

Bu araştırmalara göre, bir psikiyatrik bozukluğa ait kriterleri karşılayan bireylerin yarısı aynı zamanda farklı bir veya daha fazla ek bozukluğa ait kriterleri de doldurmaktadır: Komorbidite oranı Epidemiyolojik Alan Çalışmasında %54 iken, ABD Ulusal Komorbidite Çalışmasında %56 ve Hollanda Ruh Sağlığı ve İnsidans Çalışmasında %45 olarak belirlenmiş, komorbidite prevalansının tek bir bozukluğa ait prevalanstan daha sık olduğu bildirilmiştir (88).

Bipolar bozukluk ve OKB hastalık grubunun etiolojisinde başta serotonerjik sistem olmak üzere, benzer nörotransmitter sistemlerin etkin olması ve antidepresan ile duygudurum düzenleyicilerine yanıt vermeleri gibi benzeşen özellikler, bu iki hastalık grubunun ortak etiolojik kökenlerinin olabileceğini düşündürmektedir (7). Bipolar hastaların hayatları boyu %66' sında bir diğer eksen I bozukluğun eşlik etme ihtimali bulunmaktadır. Amerikan Ulusal Etkanı Taraması çalışmasının sonuçlarına göre ise bipolar I hasta grubunun %95.5'ine eşlik eden en az bir komorbid tablo mevcut bulunmuştur. Bipolar bozuklukta komorbid durumlar en sık olarak anksiyete (obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi), alkol-madde kullanımı, davranış bozukluğu (conduct disorder) ile ilişkilidir (89). ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında, bipolar I ve II hastaların bulunduğu bir grupta hastaların %21' inde ömür boyu PB, %21' inde ömür boyu OKB mevcuttu. Genel popülasyonda ise bu oran %0,8 ile %2,6 olarak bulunmuştur (90). National Comorbidity Survey' de ömür boyu bipolar I bozukluğu kriterlerini karşılayan kişilerin %92,9' u aynı zamanda ömür boyu anksiyete kriterlerini de karşılamıştır. Bu oran genel popülasyon sorgulamasında %24,9 olarak bulunmuştur (91, 92). Macaristan' da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, bipolar bozukluğunun yaygın

anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve özgül fobi için artmış bir risk oluşturduğu saptanmıştır (93).

Simon ve Otto (8) bipolar bozukluğu olan hastalarda, OKB görülme sıklığının %11 olduğunu bildirilmiştir. Tamam ve Özpoyraz (9) 1999-2001 yılları arasında yaptıkları bir çalışmada bipolar bozukluğa, yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu ek tanısının OKB (%39) olduğunu saptamışlardır. Ünal ve ark. (10) bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II hastalıklarını araştırdıkları çalışmalarında, eksen I komorbiditesine en sık obsesif kompulsif bozukluğun, eksen II komorbiditesine ise en sık borderline kişilik bozukluğunun eşlik ettiğini bildirmişlerdir.

Sonuç olarak, komorbiditenin doğru değerlendirilmesi, tanı, prognoz ve tedavi açısından önem taşır. Bu nedenle, bipolar bozukluklarında anksiyete bozukluğu ile bağlantısının, daha ileri araştırmalar yapılmasını gerektirdiği öne sürülmektedir (94).

#### **1.4. Afektif Mizaç**

Mizacın karşılığı olan “temperament”, halk dilinde kullanılan şekli ile huy, “karışım” anlamına gelen “temperare” sözcüğünden türetilmiştir. Yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları anlatır. Birbirlerine yakın anlamlar içermesine rağmen farklı kavramları ifade eden temperament (mizaç, huy), karakter ve kişilik yaygın olarak aynı anlamlarda kullanılır (17). Rothbart, mizacı; kişinin biyolojik olarak doğuştan getirdiği, zamanla kalıtım, olgunlaşma ve deneyim gibi etkenlerden etkilenerek şekillenebilen bir yapı olarak tanımlamıştır (95). Mizaç bir kişinin yaşam boyunca değişmeyen genetik ve doğuştan gelen sabit özelliklerini simgeler.

Eski çağlardan beri doğuştan gelen bazı mizaç özelliklerinin bazı psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Hipokrat, kişilik ve mizaç tiplerini biyolojik bir yaklaşımla dört sıvı (kara safra, kan, sarı safra, lenf) kuramıyla açıklamıştır. Mizaç kavramının kökeni Hipokrat’a kadar uzanıyor olsa da klinik psikiyatride ilk olarak Kraepelin tarafından kullanılmıştır. Kraepelin, bipolar bozukluğu sadece mani ve depresyondan değil aynı zamanda farklı duygudurum kalıplarından, özellikle de mizaç özelliklerinden oluştuğunu savunmuştur. Kraepelin, depresif, manik, irritabl ve siklotimik mizaçların bipolar bozukluğa kişisel yatkınlık

yaratan etkenler olduğunu ileri sürmüştür. Kraepelin'e göre bu mizaçlar, afektif psikozların subklinik formlarıdır, çoğu manik-depresif hastada bu afektif mizaç özellikleri bulunur ve hastalar ataklar yatıştıktan sonra da bu afektif mizaç özelliklerine geri dönerler. Diğer taraftan sağlıklı aile bireylerinde de benzer afektif mizaçlara rastlanabileceğini ifade etmiştir. Schneider, 1958 yılında Kraepelin'in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçları tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin'in aksine bu iki mizacın duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur (96).

Akiskal ve Mallya, iki uçlu bozukluk tanısı alan hastaların "fenotip" olarak tek uçlu yakınlarının "genotip" olarak iki uçlu olduğunu öne sürmüştür. Böylece genel popülasyonun %4-5'inin ağırlıklı olarak depresif fenomenoloji ve ılımlı iki uçlu özellikler gösteren geniş bir iki uçlu spektruma dahil olduğunu ileri sürmüştür (5). Çalışmalar bipolar bozukluk için tahmin edilen, geleneksel %1-1.6'lık oranın çok düşük olduğunu, toplumda bipolar bozukluk oranının en az %5 olduğunu, bu bozukluğun çoğu kişide kendini, maniye varmayan kısa çıkış dönemlerini de içeren depresyon biçiminde gösterdiğini ortaya çıkarmıştır (23).

Akiskal afektif mizaçların duygudurum bozukluklarının premorbid seyrinde davranışsal fenotip özellikleri olduğunu ileri sürmüştür (3). Akdeniz ve arkadaşları (51) tarafından yapılan çalışmada afektif mizaçlar ile duygudurum alt grupları arasındaki ilişki olduğu maninin birincil olarak hipertimik mizaç, depresyonunda depresif mizaç ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Afektif mizaç bipolar bozukluğun etiolojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkilidir. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk arasındaki ilişki üzerine öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yinleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılabilir (97). Afektif mizaç bir duygudurum hastalık dönemi ölçütlerini karşılamamakla birlikte tanısal geçerliliği vardır, yapısal ve genetik olarak aktarılabilmekle birlikte tedavi gerektirmemektedir (97).

Son şekliyle Akiskal'ın tanımladığı afektif mizaç, ilk dördünü Kraepelin'in manik depresif hastalığın temel durumları olarak tanımladığı beş afektif mizaçtan oluşur: depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl ve anksiyöz (98). Aşağıda; hipertimik, iritabl, distimik, siklotimik ve endişeli mizaç özellikleri özetlenmiştir;

**Hipertimik mizaç:**

- Erken başlangıç (21 yaşından önce),
- Savunma mekanizması olarak inkarı sık kullanır,
- Fazla karışık ve işgüzar,
- Fazla kendinden emin, kendine güvenen ve grandiyöz,
- Konuşkan ve şakacı,
- Neşeli, keyifli, fazlasıyla iyimser, coşkulu
- Enerji düzeyi artmış, aktivitesi fazla,
- Ketlenmemiş, uyararı arayan, libidosu yüksek,
- Kısa uyku, haftasonu da dahil 6 saatten daha az uyuma,
- Aralıklı subsendromal hipomanik özellikler ve araya giren seyrek ötimiler

**Depresif mizaç:**

- Erken başlangıç (21 yaşından önce),
- Kaygılı, üzgün,
- Kendini eleştiren, suçlayan, aşağılayan,
- Şüpheli, aşırı eleştirel,
- Hüzünlü, üzüntülü, kötümser, şakadan anlamayan, eğlenemeyen
- Dikkatli, disiplinli,
- Anhedoni, sabah daha fazla olan psikomotor yavaşlama,
- Uyuşukluk, libido azalması
- Günde 9 saatten fazla uyuma,
- Nonafektif duruma sekonder olmayan aralıklı düşük düzeyde depresyon

**Siklotimik mizaç:**

- Erken başlangıç (21 yaşından önce),
- Aralıklı, kısa, siklik, artmış-azalmış duygudurumu.
- Birbirini izleyen kötümserlik ve iyimserlik, genelde ötimik,
- İşte, eğitimde, gelecekle ilgili planlarda sık sık kaymalar,
- Birbirini izleyen kendine güven azlığı ve aşırı güven ( kararsız benlik değeri)
- Konuşkanlık ve azalmış konuşma,
- Beklenmeyen ağlamaklı halden aşırı şakacılığa geçiş,

- Üretkenlik kalitesi ve miktarında düzensizlik, alışılmamış çalışma saatleri, mental konfüzyon ve apatik düşünceden zeki ve keskin düşünceye geçişler olur,
- Yaşam enerjisi ve cinsellikte; gelişigüzel epizotlar, tekrarlayan duygusal başarısızlıklar, ketlenmemiş durum ve arayış içinde olma, hiperseksüaliteden içe kapanmaya kadar farklı özellikler gösterir,
- Bir fazdan ötekine ani kaymalarla giden iki evreli mizaç

#### **İrritabl mizaç:**

- Erken başlangıç (21 yaşından önce),
- Gerginlik, aralıklı huysuzluklar, öfke ve seyrek ötimik durum,
- Disforik huzursuzluk, impulsif davranış, sırnaşıklık, kolay kırılgnalık, kolayca sözel ve fiziksel çekişmeler yaşar, pek hoşlanılmayan bireylerdir,
- Aşırı eleştirel ve yakınmacı,
- Mizahtan yoksun espriler,
- Huzursuz enerji, sonuç getirmeyen aşırı meşguliyet,
- Hiperseksüel, enerjik, uyku problemi yok.

#### **Endişeli mizaç:**

- Erken başlangıç (21 yaşından önce),
- Davranışsal inhibisyona yatkın,
- Yeni uyaranlar ve mücadele gerektiren durumlar karşısında psikolojik tepkisellik,
- Anksiyete duyularının zararlı biyolojik ve psikolojik sonuçların göstergesi olabileceğine inanç,
- Günlük değişimlere adaptasyonda zorluk,
- Uykuya dalmakta zorluk ve dinlendirici olmayan uyku.,
- Psikosomatik rahatsızlıklara yatkınlık.

Siklotimik mizaca sahip bireylerin ailelerinde afektif hastalıklar sık olarak bulunmuştur. Ayrıca siklotimik mizaç bipolar bozukluğa sahip hastaların çocuklarında da çoğunlukla gözlenmektedir. Hipotez olarak siklotimik mizaç bipolar bozukluk için kalıtımsal bir yatkınlık oluşturuyor olabilir (99). Kesebir ve arkadaşlarının (97) yaptığı bir çalışmada 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; daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olarak hipertimik mizacın erkeklerde daha sık görüldüğü; siklotimik ve irritabl mizacın, bipolar bozukluğu olan hastalarda birinci derece akrabalarına göre daha yüksek oranda bulunduğu tespit edilmiştir.

### **1.5. Dürtüsellik**

Dürtü organizmanın uyarılmış bir durumudur. Hoş olmayan bir uyarının etkisi altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için bir itme, bir canlanmadır (29). Bir dürtüyü patolojik kılan dürtüye ve onu gerçekleştirmeye engel olunamamasıdır. Hollander ve Evers dürtüsellik davranışın ölçülebilen bir özelliği olduğunu ve sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan ve haz arama, yaşanan travmanın beklenenden az hissedilmesi ve dışa dönüklük gibi çeşitli şekillerde karşımıza çıkabileceğini vurgulamışlardır. Ani ve kısa süreli olabildiği gibi, gerilimi sabit olarak artarak kendi ve diğerlerini dikkate almadan patlayıcı bir şekilde de ortaya çıkabilir (100). Dürtüsellik birçok psikiyatrik hastalığın ana bileşenidir ve çok boyutlu bir kavramdır. Çok sık görülen klinik bir problem ve insan davranışının temel bir özelliğidir (101).

Günümüzde dürtüsellik tanımlama çabaları sürmektedir. Bir kısım yazarlar önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlamışlardır (102). Eysenck dürtüsellik risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihnini çabuk toparlayamama ile ilişkilendirmişken; diğerleri biyopsikososyal yönden olumsuz sonuçlara artmış duyarlılık, bilgi işleme süreci tamamlanmadan hızlı, plansız yanıt ve uzun dönem sonuçları düşünmede yetersizlikle ilişkilendirmişlerdir (102, 103). Hollander ve Evers (100) dürtüsellik davranışın ölçülebilir bir özelliği olduğunu ve sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan ve haz arama, yaşanan travmanın beklenenden az hissedilmesi ve dışa dönüklük gibi çeşitli şekillerde karşımıza çıkabileceğini vurgulamışlardır. Patton ve ark. (104) dürtüsellik motor aktivasyon, dikkat ve plan eksikliği şeklinde 3 bölümde ele almışlardır (104). Davranışsal yönden dürtüsellik; kötü kavramın bir sonucu olan, zamansız ifade edilmiş, gereksiz risk taşıyan, uygun olmayan durumlar ve sıklıkla istenmeyen sonuçlara neden olan yaygın bir eylem olarak tanımlanmaktadır (105). Deneysel davranışsal anlamda ise büyük ve

gecikmiş ödüllerden çok küçük ama doğrudan ödülleri seçme özelliği olarak görülür (106). Ho ve ark. (107) bu tanımlamaya ceza kavramını da katmışlar, dürtüsel kişilerin büyük ve gecikmiş cezaları tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Brunner ve Henn (108) ise dürtüsel eylem (davranış) ve dürtüsellik (altta yatan psikolojik süreç) arasında farklılık olduğunu vurgulamışlardır. Bu görüşe göre küçük ama hemen verilen ödülü daha büyük ama geç gelen ödüle tercih etme dürtüsel bir davranış olmakla birlikte bu davranışı sergileyen iki bireye de dürtüseldir denilemez. Birey iki durumun farkında iken isteğini geciktirmekte yetersiz kalıyorsa dürtüseldir denilebilirken, birey bu iki durumun ayırıcısına varamadığı için küçük ödülü seçiyorsa dürtüseldir denilemez.

Dürtüsellik sıklıkla istenmeyen sonuçlara yol açan, gereksiz risk almayı da içeren olgunlaşmamış ve uygunsuz nitelikli bir kavram olarak değerlendirilmiştir. Oysa Dickman dürtüselligi işlevsel olan (fonksiyonel) ve işlevsel olmayan (disfonksiyonel) olmak üzere birbirinden bağımsız, hem olumlu hem olumsuz sonuçları olan 2 gruba ayırmıştır. İşlevsel olmayan dürtüsellik diğer insanların çoğuna göre daha az düşünerek hareket etme eğilimidir. İşlevsel dürtüsellik ise, uygun durum ya da ortamlarda olması gerekenden daha az düşünmedir (109). Dürtüsellik hızlı araba kullanma, aşırı alışveriş yapma, kendine ya da çevreye zarar verme gibi birçok günlük olayda da karşımıza çıkar. Dürtüsellüğün günlük yaşantımızdaki rolü çoğunlukla negatif yönde olsa da zaman zaman kariyer başarısına yol açan girişkenlik gibi pozitif yönde de olabilir (110).

Dürtüsellik normal bir davranış özelliği olabildiği gibi aynı zamanda birçok ruhsal bozuklukta psikopatolojik bir özellik olarak ortaya çıkabilmektedir. Dürtüsellik eylemi madde kötüye kullanımı, özkıyım davranışı ve diğer ciddi davranışsal problemlerle sonuçlanabilir (111). Dürtüsellikle karakterize ruhsal hastalıklar çocuk ve erişkinlerde farklı gruplarda bulunmaktadır. Çocuklarda dürtüsellik daha çok dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve davranım bozuklukları ile ilişkilendirilirken; erişkinlerde kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, başta bipolar bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları, şizofreni, madde kullanım bozuklukları gibi birçok farklı ruhsal bozuklukta görülebilmektedir (112).

Dürtüsellik önemli bir psikolojik yapıdır. Kişiliğin tüm major sistemlerinde bir formdan diğerine yer aldığı görülür. Bu bağlamda Eysenck dürtüsellığı, kişiliğin 3 boyutlu değerlendirmesinde dışadönüklüğün bir komponenti olarak heyecan arama, risk alma ve psikotizmin bir komponenti olarak ele almıştır. Cloninger ise modelinde yenilik arayışının bir üst faktörü olarak değerlendirmiştir (112, 113).

Zuckerman ve Cloninger (114) de dürtüsellığı kişilik bağlamında inceleyenlerdendir. Zuckerman heyecan arama skalası ile dürtüsel heyecan arama olarak adlandırdıkları dürtüsellik ölçümleri ve dört alt skaladan oluşan bir faktör tanımlamışlardır. Dürtüsel heyecan arama olarak adlandırılan alt skala planlama yokluğunu, düşünmeden eyleme geçme eğilimini, deneyim arayışını, yeni deneyimler ve uyarılma için risk almayı içermektedir. Araştırmacılar bu dürtüsellik biçiminin Eysenck'in psikotizm maddesine karşılık geldiğini ileri sürmüşlerdir (114).

Bipolar bozuklukta DSM-IV-TR tanı kriterlerini karşılayan bir mani epizodunda dürtüsellik temel özelliklerden birisi olarak kabul edilmektedir. Manik epizodda saldırganlık, sorumsuzca cinsel ilişkiye girme, patolojik samimiyet ve aşırı para harcama gibi riskli aktiviteler dürtüsel zeminde gelişen semptom örüntüleridir. Dürtüsel davranış mani tanısında önemlidir, ancak bipolar bozukluğun ötimik veya diğer duygudurum fazlarında da bulunabileceği öne sürülmektedir (115). Dürtüsellığın hastalık dönemleri dışında da devam etmesinin farklı nedenleri olabilir. Dürtüsellik; yinelenen hastalık dönemlerinin bir sonucu, hastalık için bir risk faktörü ya da hastalığın biyolojik nedenleri ile ilişkili bağımsız bir etkenin göstergesi olabilir (115, 116).

Dürtüsellığın bipolar olgularda duygudurum stabilitesini bozduğu, duygudurum oynaması ile ilişkili davranış problemlerini artırdığı ve klinik gidiş üzerinde önemli etkileri olduğu üzerinde sık durulan bir konudur. Bu durum bipolar bozuklukta dürtüsellığe daha fazla önem verilmesini sağlamıştır (115-117). Bipolar bozukluklu olgularda dürtüsellığın intihar, alkol-madde kullanımı ve saldırganlık gibi ruhsal sorunlar üzerinde anlamlı etkileri olduğu vurgulanmakta, dürtü kontrol bozukluğu ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi gibi önemli klinik durumlarla da ilişkili olduğu belirtilmiştir (25, 118).

## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

### 2.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine ayaktan başvuran ya da yatarak tedavi gören DSM-IV-TR Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) kullanılarak tanı konulan OKB eşlik eden bipolar bozukluk tanılı 30 hasta ile OKB eşlik etmeyen bipolar bozukluk tanılı 40 hasta alındı. Yine çalışma ölçütlerini karşılayan, hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, geçmiş ve şimdiki öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik tablosu olmayan 40 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu oluşturuldu.

Hasta ve kontrol grubuna, çalışma ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilerek, sözel ve yazılı onayları alındı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

#### **Hastalar için çalışmaya dahil edilme kriterleri:**

- 1) DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre, OKB eşlik eden ve etmeyen remisyonda bipolar bozukluk tanısı almış olması (Young mani ölçeği puanı <6 olanlar)
- 2) 18-65 yaşları arası olması.
- 3) Mental retardasyon olmaması
- 4) Testlere cevap vermesini etkileyecek organik bir hastalığa sahip olmaması
- 5) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamış olması

#### **Hastalar için çalışmadan dışlama kriterleri:**

- 1) 18 yaş altı, 65 yaş üstü olması
- 2) Mental retardasyon olması
- 3) Şizofreni veya benzeri psikotik bozukluğu bulunan hasta olması
- 4) Beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığın olması
- 5) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu dolduramaması

#### **Sağlıklı kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:**

- 1) Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilmek
- 2) 18-65 yaş arası olmak
- 3) Psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması
- 4) Beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığı olmaması

## **2.2. Prosedür**

Hastalara ve sağlıklı kontrollere klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış bir sosyodemografik veri formu ile afektif mizacı değerlendirmek için, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) mizaç ölçeği, dürtüsellik değerlendirme için Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) uygulandı. Dürtüsellik ve mizaç özellikleri, hastalar remisyonda iken değerlendirildi. Bipolar bozuklukta tam remisyonu belirlemek amacı ile Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı. Bu hastalardan YMDÖ puanı <6 olan hastalar remisyonda kabul edildi. Obsesyon ve kompulsyonların şiddetini ölçmek için Yale-Brown Obsesif Kompulsif ölçeği (YBOKÖ) uygulandı.

## **2.3. Kullanılan Ölçekler**

### **2.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu**

Tüm olgularda klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları gözönünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik veri formu kullanıldı. Bu form; yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, cinsiyet, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgileri ve hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, suisit girişimi, psikotik bulgu yaşama, ilk atak tipi, baskın epizot tipi, gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur.

### **2.3.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (SCID-I)**

Yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeği olan SCID-I, DSM-IV Eksen I tanılarının konulması için geliştirilmiştir. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanabilir. Altı modülden oluşan ölçek, toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Hastada tanı “şu anda” ve “hayat boyu” göz önüne alınarak araştırılır. Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve ark. (119) tarafından yapılmıştır.

### **2.3.3. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği**

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 (120). Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere evet veya hayır şeklinde yanıt verir. Evet yanıtları 1 puan, hayır yanıtları 0 puan ile değerlendirilir. Ankette depresif mizaç 18 madde; siklotimik mizaç 19 madde; hipertimik mizaç 20 madde; irritabl(sinirli) 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.

### **2.3.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11. versiyon (BDÖ-11)**

Dürtüselligi ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak ‘nadiren/ hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik gibi 3 alt faktör değerlendirilir. Dikkatle ilişkili dürtüsellik; bilişsel karışıklığı tolere edememe ve sabırsızlığı, motor dürtüsellik anında düşünmeden eyleme geçmeyi, plansızlık dürtüselligi ise gelecek hissini yokluğunu temsil eder. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (121).

### **2.3.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)**

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ (122) tarafından yapılmıştır.

### **2.3.6. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (YBOKÖ)**

Obsesyon ve kompulsiyonların tipinden bağımsız olarak OKB’nin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinisyenin puanlamayı yaptığı ölçekte 0 (semptomsuz) ile 4 (aşırı semptomlar) arasında puan verilen 10 madde bulunmaktadır. OKB’de semptom şiddetini ölçmekte güvenilir ve geçerli olduğu

kabul edilen ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu tarafından yapılmıştır (123).

#### **2.4. İstatistiksel Değerlendirme**

Verilerin değerlendirilmesinde “SPSS for Windows 18.0” bilgisayar paket programı kullanıldı. İstatistiksel olarak normal dağılım kriterlerine uygunluk test edildikten sonra istatistiksel analizler için parametrik testler kullanıldı. Kategorik değerşkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi kullanıldı. Grupların mizaç ve dürtüsellik ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t-testi ve ANOVA uygulandı. Sonuçlar ortalama ve standart sapma ile ifade edildi. Grup içi veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya; OKB eşlik eden bipolar bozukluk tanılı 30 hasta ile OKB eşlik etmeyen bipolar bozukluk tanılı 40 hasta ve kontrol grubunu oluşturan 40 sağlıklı birey olmak üzere toplam 110 kişi alındı. Çalışmaya alınan bireylerden OKB eşlik eden bipolar grubunda yaş ortalaması  $34.4 \pm 10,18$  yıl, bipolar grubunda  $32,17 \pm 10,44$  yıl, kontrol grubunda yaş ortalaması  $34,5 \pm 9,82$  yıl idi. Gruplar arasında yaş ortalaması bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Katılımcıların %48,2'i kadın ( $n=53$ ), %51,8'i ( $n=57$ ) erkekti. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Hasta ve kontrol grupları arasında sağlıklı kontrollerin bekar olmaları dışında diğer sosyodemografik özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Çalışmaya alınan grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 1' de verilmiştir.

**Tablo 1.** Grupların sosyodemografik özellikleri

		<b>Bipolar+OKB n:30</b>	<b>Bipolar N:40</b>	<b>Kontrol n:40</b>	<b>İstatistik</b>	<b>p</b>
Yaş ortalaması		34.4±10,18	32,17±10,44	34,5±9,82	t=0,645	0,527
	Erkek	21	19	17		
Cinsiyet	Kadın	9	21	23	F=2,903	0,059
	Evli	18	24	9		
Medeni	Bekar	12	15	31	F=5,51	0,005*
Durum	Dul	-	1	-		
	İlkokul	8	14	12		
	Ortaokul	1	2	2		
Eğitim	Lise	8	10	10	F=0,384	0,682
	Üniversite	13	14	16		
	Düşük	9	7	8		
Ekonomik	Orta	20	31	32	F=0,825	0,441
Durum	Yüksek	1	2	-		
	Var	3	1	-		
Alkol	Yok	27	39	40	F=2,614	0,078
	Var	13	21	13		
Sigara	Yok	17	19	27	F=1,642	0,198

\*P<0.05

### 3.2. Hasta Gruplarının Klinik özellikleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk eşlik eden bipolar grubunda hastalık başlangıç yaşı  $23,27\pm 6,83$  iken OKB eşlik etmeyen grupta  $23,98\pm 7,43$  idi. Gruplar hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ( $p>0,05$ ). Ortalama hastaneye yatış sayısı yönünden iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Ailede ruhsal hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Psikotik özellikli atak yaşama açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p=0,001$ ). OKB eşlik etmeyen bipolar bozukluklu olgular daha fazla psikotik özellikli atak yaşadığı bulundu. İntihar girişimi varlığı açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ( $p=0,001$ ). OKB eşlik etmeyen bipolar bozukluklu olgular daha fazla intihar girişimi öyküsü vardı. İlk atak tipi ve baskın epizot tipi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hasta gruplarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		<b>Bipolar+OKB n:30</b>	<b>Bipolar n:40</b>	<b>İstatistik</b>	<b>P</b>
Hastalık Başlangıç Yaşı		23,27±6,83	23,98±7,43	t=-0,409	0,684
Hastanede Yatış Sayısı		2,77±1,38	2,30±2,03	t=1,085	0,282
Ailede Ruhsal Hastalık	Var	16	15	$\chi^2=1,43$	0,23
Öyküsü	Yok	14	25		
Psikotik Özellikli Atak	Var	6	10		
Yaşama	Yok	24	30	$\chi^2=20,63$	0,001*
İntihar Öyküsü	Var	1	5	$\chi^2=48,06$	0,001*
	Yok	29	35		
İlk Atak Tipi	Depresyon	12	9	$\chi^2=1,62$	0,44
	Mani	18	31		
Baskın Epizot Tipi	Depresyon	7	8		
	Mani	18	26	$\chi^2=1,03$	0,77
	Karma	5	6		

\*p<0.05

### 3.3. Grupların Mizaç Özellikleri

Bipolar hasta grubunun baskın epizod tipine göre baskın mizaç özelliklerini karşılaştırdığımızda baskın epizodu mani olan 44 (%62.9), depresif olan 15 (%21.4) ve karma olan 11 (%15.7) hasta saptandı.

Baskın epizodu mani olan 44 hastada 7 olgu (%15.9) depresif mizaç, 2 olgu (%4.5) siklotimik mizaç, 5 olgu (%11.4) irritabl mizaç, 6 olgu (%13.6) anksiyöz mizaç olarak saptandı.

Baskın epizodu depresyon olan 15 hastada 7 olgu (%46.7) depresif mizaç, 4 olgu (%26.7) anksiyöz mizaç olarak saptandı.

Baskın epizodu karma olan 11 hastada 5 olgu (%45.5) depresif mizaç, 3 olgu (%27.3) anksiyöz mizaç olarak saptandı.

Baskın epizod tiplerini depresif mizaç yönünden karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $\chi^2=7.564$ ;  $p=0.023$ ). Baskın epizodu depresif ve karma olan hastaların mani epizodu olanlara göre depresif mizaç özellikleri daha fazla saptandı (Tablo 3).

**Tablo 3.** Bipolar hastaların epizod tipine göre mizaç dağılımı

	Mani n:44		Depresyon N:15		Karma n:11		$\chi^2$	P
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		
Depresif	7	37	7	8	5	6	7.564	0.023
Siklotimik	2	42	0	15	0	11	1.217	0.544
Hipertimik	0	44	0	15	0	11	-	-
İrritabl	5	39	0	15	0	11	3.182	0.204
Anksiyöz	6	38	4	11	3	8	1.909	0.385

Alt grup analizleri:

Depresif mizaç için: Depresyon = Karma > Mani

Siklotimik, Hipertimik, İrritabl, Anksiyöz mizaç için: İstatistiksel anlamlı değil

Gruplar tanı dağılımlarına göre mizaç özellikleri açısından karşılaştırıldı. OKB eşlik eden bipolar grubunda TEMPS-A ölçeği alt boyutu olan depresif mizaç ortalama puanları 9,53 ( $\pm 3,08$ ), OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda 9,10 ( $\pm 4,11$ ) ve sağlıklı kontrol grubunda 6,65 ( $\pm 3,72$ ) olarak saptandı. Depresif mizaç alt boyutu skorları açısından karşılaştırıldıklarında, OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastaların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek skorlar aldıkları saptandı

( $F=6,534$ ;  $p=0,002$ ). OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Obsesif Kompulsif Bozukluk eşlik eden bipolar grubunda TEMPS-A ölçeği alt boyutu olan siklotimik mizaç ortalama puanları  $10,77 (\pm 4,41)$ , OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda  $10,50 (\pm 4,10)$  ve sağlıklı kontrol grubunda  $5,65 (\pm 4,38)$  olarak saptandı. Siklotimik mizaç alt boyutu skorları açısından karşılaştırıldıklarında, OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastaların sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldıkları saptandı ( $F=17,065$ ;  $p<0,001$ ). OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Obsesif Kompulsif Bozukluk eşlik eden bipolar grubunda TEMPS-A ölçeği alt boyutu olan hipertimik mizaç ortalama puanları  $9,13 (\pm 5,09)$ , OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda  $9,65 (\pm 5,22)$  ve sağlıklı kontrol grubunda  $9,98 (\pm 3,92)$  olarak saptandı. Hipertimik mizaç alt boyutu skorları açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $F=0,270$ ;  $p=0,764$ ).

Obsesif Kompulsif Bozukluk eşlik eden bipolar grubunda TEMPS-A ölçeği alt boyutu olan irritabl mizaç ortalama puanları  $6,97 (\pm 4,11)$ , OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda  $5,60 (\pm 3,27)$  ve sağlıklı kontrol grubunda  $2,58 (\pm 2,29)$  olarak saptandı. İrritabl mizaç alt boyutu skorları açısından karşılaştırıldıklarında, OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastaların sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldıkları saptandı ( $F=17,501$ ;  $p<0,001$ ). OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Obsesif Kompulsif Bozukluk eşlik eden bipolar grubunda TEMPS-A ölçeği alt boyutu olan anksiyöz mizaç ortalama puanları  $11,17 (\pm 5,89)$ , OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda  $10,75 (\pm 6,46)$  ve sağlıklı kontrol grubunda  $4,68 (\pm 3,72)$  olarak saptandı. Anksiyöz mizaç alt boyutu skorları açısından karşılaştırıldıklarında, OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastaların sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldıkları saptandı ( $F=16,827$ ;  $p<0,001$ ). OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Grupların mizaç puan ortalaması yönünden karşılaştırılması

	Bipolar+OKB	Bipolar	Kontrol	F	P
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD		
Depresif mizaç	9,53±3,08	9,10±4,11	6,65±3,72	6,534	0,002
Siklotimik mizaç	10,77±4,41	10,50±4,10	8,81±4,89	17,065	<0,000
Hipertimik mizaç	9,13±5,09	9,65±5,22	9,98±3,92	0,270	0,764
İrritabl mizaç	6,97±4,11	5,60±3,27	2,58±2,29	17,501	<0,001
Anksiyöz mizaç	11,17±5,89	10,75±6,46	4,68±3,72	16,827	<0,001

Post hoc analizi (Tukey testi)

Depresif mizaç için: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Siklotimik mizaç için: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Hipertimik mizaç için: Bipolar+OKB = Bipolar = Kontrol

İrritabl mizaç için: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Anksiyöz mizaç için: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Depresif mizaç kesme değerini geçen, OKB eşlik eden bipolar grubunda 9 olgu (%30), OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda 10 olgu (%25) ve sağlıklı kontrol grubunda 4 olgu (%10) olarak saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $\chi^2=4,783$ ;  $p=0,092$ ).

Siklotimik mizaç kesme değerini geçen, OKB eşlik eden bipolar grubunda 2 olgu (%6,7) olarak saptandı. OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda ve sağlıklı kontrol grubunda siklotimik mizaç kesme değerini geçen olmadığı saptandı. OKB eşlik eden bipolar hastalar siklotimik mizaç yönünden istatistiksel anlamlılığa yakın düzeyde fazla saptanmıştır ( $\chi^2=5,432$ ;  $p=0,066$ ).

Çalışmaya katılan olguların hiçbirinin hipertimik mizaç özelliği kesme değerini geçmediği saptandı.

İrritabl baskın mizaç yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $\chi^2=7,630$ ;  $p=0,022$ ). İrritabl mizaç kesme değerini geçen, OKB eşlik eden bipolar grubunda 4 olgu (%13,3), OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda 1 olgu (%2,5) olarak saptandı. Sağlıklı kontrol grubunda kesme değerini geçen olmadığı saptandı. OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Anksiyöz baskın mizaç yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $\chi^2=8,527$ ;  $p=0,014$ ). Anksiyöz mizaç kesme değerini geçen, OKB eşlik eden bipolar grubunda 6 olgu (%20), OKB eşlik etmeyen bipolar grubunda 7

olgu (%17,5) olarak saptandı. Sağlıklı kontrol grubunda kesme değerini geçen olmadığı saptandı. OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). (Tablo 4)

Obsesif kompulsif bozukluk eşlik eden bipolar hastaların %46,7 (n=14) inde baskın bir veya birden fazla mizaç bulunduğu saptandı. En sık depresif mizaç %30 (n=9), ikinci sıklıkta anksiyöz mizaç %20 (n=6) saptandı. OKB eşlik etmeyen bipolar hastaların %40 (n=16) ında baskın bir veya birden fazla mizaç bulunduğu, en sık olarak depresif mizaç %25 (n=10), ikinci sıklıkta anksiyöz mizaç %17,5 (n=7) saptandı. Sağlıklı kontrol grubunda ise baskın mizaç olarak %10 (n=4) unda depresif mizaç saptandı. Üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Her iki hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek baskın mizaç özellikleri mevcuttu. OKB eşlik eden ve etmeyen bipolar grubu arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $\chi^2=0.311$ ,  $p=0.577$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Grupların mizaç dağılımı yönünden karşılaştırılması

	Bipolar+OKB n:30		Bipolar n:40		Kontrol n:40		$\chi^2$	P
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok		
Depresif	9	21	10	30	4	36	4,783	0,092
Siklotimik	2	28	0	40	0	40	5,432	0,066
Hipertimik	0	30	0	40	0	40	1	1
İrritabl	4	26	1	39	0	40	7,630	0,022
Anksiyöz	6	24	7	33	0	40	8,527	0,014
Herhangi bir mizaç varlığı	14	16	16	24	4	36	13,225	0,001

Alt grup analizleri:

Depresif mizaç için: İstatistiksel anlamlı değil

Siklotimik mizaç için: İstatistiksel anlamlı değil

Hipertimik mizaç için: İstatistiksel anlamlı değil

İrritabl mizaç için: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Anksiyöz mizaç için: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Herhangi bir mizaç varlığı için: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

#### 3.4. Grupların Dürtüsellik Düzeyleri

Gruplar total BDÖ skorlarına dayanarak dürtüsellikleri açısından karşılaştırıldıklarında, OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar, sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldılar ( $F=14,927$ ;

p<0,001). OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Dikkatle ilişkili dürtüsellik skorlarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardı. OKB eşlik eden bipolar hastalarda, OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar saptandı (F=16,664; p<0,001).

Motor dürtüsellik skorlarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardı. OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar, sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldılar (F=6,522; p=0,002). OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tasarlanmamış dürtüsellik skorlarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardı. OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar, sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldılar (F=10,018; p<0,001). OKB eşlik eden ve OKB eşlik etmeyen bipolar hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Grupların dürtüsellik düzeyleri

	<b>Bipolar+OKB</b>	<b>Bipolar</b>	<b>Kontrol</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>		
Toplam dürtüsellik	68,57±13,66	63,75±11,64	54,38±8,26	14,927	<0,001
Dikkat ile ilgili dürtüsellik	18,10±4,19	15,98±4,04	13,03±2,86	16,664	<0,001
Motor dürtüsellik	21,90±5,83	20,78±5,18	17,95±3,31	6,522	0,002
Tasarlanmamış dürtüsellik	28,57±5,96	27,00±4,89	23,4±4,34	10,018	<0,001

Post hoc analizi (Tukey testi)

Toplam dürtüsellik: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Dikkat ile ilgili dürtüsellik: Bipolar+OKB > Bipolar > Kontrol

Motor dürtüsellik: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

Tasarlanmamış dürtüsellik: Bipolar+OKB = Bipolar > Kontrol

### **3.5. Grupların Korelasyon Analizleri**

Gruplar arası TEMPS-A ölçeği ile BİS-11 alt grupları arasında yapılan korelasyonda; OKB eşlik eden bipolar grubunda anksiyöz mizaç ile dikkate ilişkin dürtüsellik (r=0.392, p<0.05), motor dürtüsellik (r=0.348, p<0.05) ile pozitif yönde ilişki bulundu.

Obsesif Kompulsif Bozukluk eşlik etmeyen bipolar grubunda depresif mizaç ile dikkate ilişkin dürtüsellik ( $r=0.451$ ,  $p<0.01$ ), motor dürtüsellik ( $r=0.380$ ,  $p<0.05$ ) ve toplam dürtüsellik ( $r=0.424$ ,  $p<0,01$ ) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. Siklotimik mizaç ile dikkate ilişkin dürtüsellik ( $r=0.488$ ,  $p<0,01$ ), motor dürtüsellik ( $r=0.396$ ,  $p<0.05$ ) ve toplam dürtüsellik ( $r=0.455$ ,  $p<0.01$ ) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. Anksiyöz mizaç ile dikkate ilişkin dürtüsellik ( $r=0.319$ ,  $p<0.05$ ) ile pozitif yönde ilişkili bulundu.

Kontrol grubunda depresif mizaç ile tasarlanmamış dürtüsellik ( $r=0.314$ ,  $p<0.05$ ) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. Siklotimik mizaç ile dikkate ilişkin dürtüsellik ( $r=0.413$ ,  $p<0.05$ ), motor dürtüsellik ( $r=0.318$ ,  $p<0.05$ ) ve toplam dürtüsellik ( $r=0.426$ ,  $p<0.05$ ) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. İritabl mizaç ile motor dürtüsellik ( $r=0.344$ ,  $p<0.05$ ) ve toplam dürtüsellik ( $r=0.350$ ,  $p<0.05$ ) ile pozitif yönde ilişki bulundu. Anksiyöz mizaç ile dikkate ilişkin dürtüsellik ( $r=0.403$ ,  $p<0.01$ ) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. (Tablo 6)

**Tablo 7.** Grupların mizaç ve dürtüsellik arasındaki korelasyon

		Dikkat ilgili dürtüsellik	ile Motor dürtüsellik	Tasarlanmamış dürtüsellik	Toplam dürtüsellik
Depresif mizaç	Bipolar+OKB	0.212	0.295	0.287	0.316
	Bipolar	0.451**	0.380*	0.234	0.424**
	Kontrol	0.276	0.113	0.314*	0.306
Siklotimik mizaç	Bipolar+OKB	0.331	0.238	-0.007	0.200
	Bipolar	0.488**	0.396*	0.259	0.455**
	Kontrol	0.413*	0.318*	0.295	0.426*
Hipertimik mizaç	Bipolar+OKB	0.075	0.280	-0.144	0.083
	Bipolar	0.054	0.101	-0.037	0.048
	Kontrol	0.007	0.201	-0.228	-0.037
İritabl mizaç	Bipolar+OKB	0.252	0.170	0.144	0.213
	Bipolar	0.280	0.182	-0.037	0.163
	Kontrol	0.259	0.344*	0.233	0.350*
Anksiyöz mizaç	Bipolar+OKB	0.392*	0.348*	0.129	0.334
	Bipolar	0.319*	0.183	0.194	0.274
	Kontrol	0.403**	0.013	0.249	0.276

Pearson korelasyon testi, \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

#### 4. TARTIŞMA

Çalışmamıza OKB eşlik eden 30 bipolar bozukluklu hasta, OKB eşlik etmeyen 40 bipolar hasta ve 40 sağlıklı kontrol alınmıştır. Hasta gruplarını baskın afektif mizaç yönünden karşılaştırdığımızda OKB eşlik eden bipolar hastaların %30' unda (9 kişi) depresif mizaç, %6.7' inde (2 kişi) siklotimik mizaç, %13.3' ünde (4 kişi) irritabl mizaç, %20' inde (6 kişi) anksiyöz mizaç saptanırken OKB eşlik etmeyen bipolar hastaların %25' inde (10 kişi) depresif mizaç, %2.5' inde (1 kişi) irritabl mizaç, %17.5' inde (7 kişi) anksiyöz mizaç tespit edilmiştir. İki grup arasında baskın afektif mizaç yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda psikotik özellikli atak yaşama ve suisid girişimi OKB eşlik etmeyen bipolar hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda OKB eşlik eden bipolar hastaların daha çok depresyon dönemi geçirdikleri, intihar girişimi sayısının fazla olduğu, OKB ek tanı birlikteliğinin hastalık şiddeti ve sürecini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (124, 125).

Son yıllarda bipolar bozukluk sınıflamasının bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir ve bu konu ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır (96-99). Afektif mizaç bir duygudurum hastalık dönemi ölçütlerini karşılamamaktadır ama tanılabilirliği vardır. Yapısal ve genetik olarak aktarılabilir olmakla birlikte tedavi gerektirmemektedir. Öte yandan afektif mizaç özellikleri bipolar bozukluğun etiolojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkili bulunmaktadır. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk ilişkisinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yineleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılmaktadır (98, 126-128).

Kesebir ve ark. (129) çalışmalarında bipolar bozukluklu hasta grubunda ve birinci derece akrabalarında baskın duygulanım mizaç tipini, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bizde çalışmamızda hasta grubunda depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacı kontrol grubuna göre daha sık olduğunu saptadık. Yine hasta grubunda kontrollere göre depresif, siklotimik, irritabl, anksiyöz mizaç puanlarını anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu bulgular afektif mizaç özelliklerinin bipolar bozukluğunun bir nedeni mi yoksa bir sonucu mu olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmalarda hipertimik, siklotimik ve irritabl mizacın bipolar hastalarda (97), depresif mizacın ise depresyonlu hastalarda (51) anlamlı olarak daha sık bulunduğu gösterilmiştir. Ayrıca mizaç ile manik ya da depresif dönemler arasında ilişki olduğu, hipertimik mizacı olanlarda manik dönemlerin, depresif mizacı olanlarda depresif dönemlerin daha sık görülmesi ve hipertimik özellikler ile klinik iyi gidiş arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (130). Akdeniz ve arkadaşları (51) çalışmalarında; maninin birincil olarak hipertimik mizaç, depresyonun ise depresif mizaç ile bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca irritabl mizaçlı hastalarda psikotik bulgulu epizod varlığı ve ilk epizod tipinin manik oluşu gibi görüngüsel bulgulara ek olarak siklotimik mizaçlı hastalarda ektanın daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bizde çalışmamızda baskın atağı depresyon olan hastaların daha sık depresif mizaca sahip olduğunu, siklotimik mizacın OKB ek tanısı olan bipolar hastalarda daha çok olduğunu saptadık.

Placidi ve ark. (131) siklotimik mizacın genel popülasyonda %6.3 oranında görüldüğünü bildirmiştir. Vahip ve ark. (132) yaptığı çalışmada siklotimik mizaç görülme sıklığı %1.7 olduğunu bildirmiştir. Akiskal siklotimik mizacın bipolar bozukluk ile en bağlantılı mizaç tipi olduğunu bildirmiştir. Siklotimik mizacın gergin duygudurum, patlayıcılık ve öfke nöbetleri, kendini aşırı eleştirme, dürtü ile durgunluk arasında kısa ve düzensiz değişimler, yaratıcı dönemleri verimsiz dönemlerin izlemesi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (98, 99). Bizim çalışmamızda da bipolar hastalarda literatürle uyumlu olarak siklotimik mizacı daha fazla saptanmıştır.

Ruhsal bozuklukların birçoğu multifaktöriyel etyolojiye sahiptirler. Duygudurum bozukluklarının seyri ve tedavisine de etki eden pek çok sosyodemografik ve klinik özelliğin yanı sıra komorbid ruhsal sorunların da rolü olduğu düşünülmektedir. Perugi anksiyete bozukluklarının, bipolar komorbiditesinde mizaç özelliklerinin belirleyici rol oynayabileceği ve bu konunun daha ileri çalışmalarda değerlendirilmesinin uygun olacağını bildirmiştir (133). Ayrıca Henry ve ark. (134) mizaç ile bipolar ve anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada, komorbid olanlarda depresif mizaç ile güçlü bir bağ olduğu, tedaviye saf bipolar olanların %85; anksiyete bozukluğu ile komorbid olanların %54 oranında yanıt verdiğini, depresif mizaç ile anksiyete bozukluğu ek

tanısı arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir. Yine bipolar II hastalarında değişken duygudurumla seyreden depresyon ve anksiyete belirtileri ile siklotimik mizacın yakın ilişkisi olduğu da belirtilmiştir (135). Son zamanlarda OKB'nin bipolar bozukluk ile güçlü bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir. OKB nin duygudurum bozukluklarıyla nörobiyolojik açıdan benzer etiyopatogenezi içeren bir bozukluk olduğu ve bipolar bozukluğun bu bozuklukların heterojen bir alt tipi olabileceği düşünülmektedir (10, 136). D'ambrosso ve ark. (137) OKB hastalarında %54 oranında baskın afektif mizaç saptamışlardır. Aynı çalışmadaki hasta grubunda %13 hipertimik, %19 siklotimik, %16 depresif, %5 sınırlı mizaç tespit edilmiştir. Yine Fıstıkçı ve ark. (138) bipolar bozukluğu olan ve olmayan OKB hastalarının afektif mizaç puanları arasında anlamlı farklılık olmadığını, bipolar bozukluk ek tanılı OKB hastalarında depresif (%23,4), siklotimik (%11,8) ve endişeli mizaç (%17,6) tiplerinin baskın olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da OKB eşlik eden bipolar hastalarda depresif mizaç %30, siklotimik mizaç %6.7, irritabl mizaç %13.3 ve anksiyöz mizaç %20 oranında bulunmuştur. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak OKB eşlik eden bipolar hastalarda OKB eşlik etmeyenlere göre siklotimik ve irritabl mizacı daha sık olarak saptanılmıştır. Yine OKB eşlik edenlerde siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarını daha fazla saptanılmıştır.

Dürtüselliğin, bipolar bozuklukta hem kararlı (trait-dependent), hem de duruma özgü (state-dependent) olduğu bildirilmiştir (139). Swann ve ark. (140) dürtüselliğin mani ve depresyonla olan ilişkisinin farklı şekillerde olduğunu belirtmişlerdir. Dürtüselliğin depresyon ve mani dönemlerinin dışında da yüksek çıkması, bozukluğun etiyopatogenezinde merkezi rol oynadığını savunmuşlardır. Yine Swann ve ark. (141) önceki çalışmalarına benzer olarak BDÖ-11 ile ölçtükleri toplam dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüselliğin hem mani, hem de depresyonla ilişkili olduğunu, motor dürtüsellik ile manik bulguların, tasarlanmamış dürtüsellik ile depresyon bulgularının ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Hem manik, hem de depresif dönemde hastalıkla dürtüselliğin ilişkisi yaygın olarak kabul görürken, nöbetler dışındaki dönemlerde dürtüselliğin bozuklukla ilişkisi hakkında bilgiler daha azdır. Güleç ve ark. (11) 60 remisyonda bipolar hasta ve 60 sağlıklı kontrolü karşılaştırdığı çalışmasında BDÖ toplam ve dikkatle ilgili dürtüsellik alt faktörünün puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde fazla olduğunu

bulmuşlardır. Barratt (142), ilişkili klinik özellikler olarak alınan agresyon, kişilik ve öfke puanlarının karşılaştırmalarında, hasta grubunun kontrol grubuna göre daha agresif ve öfkeli olduğu, kişilik özelliklerinin daha az dışa dönük, daha fazla nevrotik olduğu bildirmiştir. Bipolar bozukluklu olguların sağlıklı kontrollerden daha yüksek dürtüsellik skorlarına sahip olduklarını bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır (140, 143-145). Ancak Lewis ve ark. (146) ötimik dönemdeki bipolar bozukluklu olguların, total ve tüm alt dürtüsellik skorları açısından kontrol grubundan farklılık göstermediğini bildirmişlerdir. Bizde çalışmamızda OKB eşlik eden ve etmeyen bipolar bozukluklu hastaların toplam BDÖ, dikkatle ilgili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik BDÖ alt ölçeklerinde sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek skorlar aldıklarını saptadık. OKB eşlik eden bipolar hastalarda dikkatle ilgili dürtüsellik düzeylerini OKB eşlik etmeyen bipolar hastalardan daha yüksek saptadık. Bulgularımız dürtüsellik farklı alt bileşenleri olmasının yanı sıra, mizaç özellikleri ile de karışabileceğini, daha karmaşık bir sorunla karşılaştığımızı düşündürmektedir. Hastaların baskın afektif mizaç özelliklerinin kontrollerden daha fazla olması dürtüsellik düzeylerini etkileyebileceği ve dürtüsellik hastalığın bir belirtisi mi yoksa mizacın bir parçası mı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda OKB eşlik eden bipolar hastalarda dikkat ve motor dürtüsellik ile anksiyöz mizaç arasında pozitif korelasyon saptandı. Yine OKB eşlik etmeyen bipolar hastalarda dikkat, motor ve toplam dürtüsellik ile depresif ve siklotimik mizaç arasında pozitif korelasyon saptandı. Dolenc ve arkadaşları bipolar hastaların dürtüsellik düzeyi ile siklotimik, irritable, anksiyöz ve depresif mizaç arasında pozitif korelasyon olduğunu, afektif mizaç ve dürtüsellik duygudurum bozukluklarının erken tanısında alakalı olabileceğini bildirmişlerdir (147). Bipolar hastalar atak dönemleri dışında da dürtüsel özellik göstermektedirler. Hastaların dürtüsellik özellikleri ile mizaç özellikleri ilişki halindedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Hasta sayısının sınırlı olması, alan çalışması olmaması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olması sonuçları etkilemiş olabilir. 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 çalışmamızda, OKB eşlik eden ve etmeyen bipolar hastalar ve sağlıklı popülasyonda mizaç özelliklerinin ve dürtüsellik alt boyutlarının, bazı alanlarda farklılığına işaret etmektedir. OKB ek tanısı olan bipolar hastalarda hipertimik mizaca rastlanmazken depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç ön plana çıkmıştır. OKB eşlik eden bipolar hastalarda siklotimik ve irritabl mizaç oranları ile dikkatle ilgili dürtüsellik skorları OKB eşlik etmeyen hastalardan daha yüksekti. DSM-IV-TR' de bipolar bozukluğun tanı kriterlerinde yer alan dürtüsellik belirtisinin hastalığın aktif döneminde görülen bir belirti mi yoksa mizacın bir parçası mı olduğunun sorgulanması fikrinin tartışması gerekli gibi görünmektedir. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için daha fazla denek sayısı ile yapılmış kontrollü uzun izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu gözükmektedir.

## 5. KAYNAKLAR

1. Abood Z, Abood A, Sharkey M, Weeb A. Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disord* 2002; 4: 243-248.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 801-810.
4. Ceylan ME, Oral ET. *Duygudurum Bozuklukları*. 1. Baskı. İstanbul, 2001: 52.
5. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the soft bipolar spectrum treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23: 68-73.
6. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Scmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1783-1793.
7. Krüger S, Baruning P, Cooke RG. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000; 2: 71-74.
8. Simon NM, Otto MW. 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: 2222-2229.
9. Tamam L, Özpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology* 2002; 35: 203-209.
10. Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan E. Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen 1 ve eksen 2 tanıları. *Türkiye’de Psikiyatri* 2007; 9: 18-25.
11. Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M, Karakuş G. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10: 198-203.
12. Işık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara: Görsel Sanatlar Yayınevi, 2003: 467-483.

13. Kaplan H, Saddoc B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Ed, 2007: 1561-1562.
14. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord 2001; 67: 3-19.
15. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 441-503.
16. Kırılı S. Psikiyatri ve Yaratıcılık. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, 1999: 165-171.
17. Goodwin FK, Jamison KR. Manic- Depressive İllness. New York: Oxford University, 1990.
18. Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. Am J Psychiatry 1976; 133: 905- 908.
19. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 4. Baskı, 2001: 269-325.
20. Schou M. The new bipolar era and beyond. J Affect Disord 2001; 67: 1-2.
21. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorders. Aydın H, Bozkurt A (ed). Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 173-210.
22. Köroğlu E. Psikonozoloji. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayınlar Birliği Yayıncılık, Ankara, 2004.
23. Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. İki Uçlu Bozukluk. Oral T. (Çeviren) s.60, İstanbul, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002.
24. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007: 1575-1582.
25. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, 2007: 265-282.
26. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry 7. Baskı, Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 2: 524-580.

27. Bellivier F, Golmard J, Rietschel M. Age at onset in Bipolar I Affective Dis Further evidence for three subgroups. *Am J Psych* 2003; 160: 999-1001.
28. Taner E, Yüksel N. Affektif bozuklukların genetiği. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1998; 1: 5-12.
29. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2008: 376.
30. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* 1995; 30: 279-292.
31. Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry* 2001; 41: 6-134.
32. Mac Q, Glenda M, Young L, Trevor, Joffe, Russell T. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 103: 163-170.
33. Kocabıyık A. Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumu ile Relaps İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, 2001.
34. Mendlewicz J. Genetic linkage in bipolar illness. *Am J Psychiatry* 1987; 142: 520.
35. Yazıcı O, Kora K, Üçok. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord* 1999; 55: 133-142.
36. Cayköylü A, Capoğlu I, Ünüvar N, Erdem F, Cetinkaya R. Thyroid abnormalities in lithium-treated patients with bipolar affective disorder. *J Int Med Res* 2002; 30: 80-84.
37. Regenold WT, D'Agostino CA, Ramesh N, Hasnain M, Roys S, Gullapalli RP. Diffusion weighted Magnetic Resonance imaging of white matter in bipolar disorder: a pilot study. *Bipolar Disord* 2006; 8: 188-195.
38. Köroğlu E. Duygudurum Bozuklukları: Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1996: 1: 429-448.
39. Coryell W, Scheftner WA, Keller M. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 703-720.

40. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med* 1997; 27: 1091-1100.
41. Post RM. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic. *Biol Psychiatry* 1992; 32: 469- 484.
42. Yazıcı O. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları. Temel Psikiyatri, Güleç C, Köroğlu E (ed), Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 1997: 429-448.
43. Berkol TD. Bipolar Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı: Sıklığı, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2009.
44. Çiğerli G. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bipolar Bozukluk Üzerine Etkisi: Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.
45. Mc Elroy SL, Keck PE, Pope HG. Clinical and Research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *American J Psychiatry* 1992; 149: 1633-1644.
46. Soares JC. Recent advances in the treatment of bipolar mania, depression, mixed states, and rapid cycling. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15: 183-196.
47. Oquendo MA. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000; 59: 107-117.
48. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, et al. Gender, temperament and the clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J Affect Disord* 1998; 50: 175-186.
49. Benazzi F. Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder? *Eur Psychiatry* 2006; 21: 274-279.
50. Dilsaver SC, Chen YR, Shoab AM. Phenomenology of mania: evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 426-430.

51. Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 183-190.
52. Gitlin MJ, Swendsen J, Hellar TL. Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1635-1640.
53. Hales RE, Yudofsky SC (eds). *Essentials of clinical psychiatry*. İstanbul: Sigma Publishing Danışmanlık ve Organizasyon Dış Tic, 2004: 250-284.
54. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 317-322.
55. Akgün N. Obsesyonel nevroz. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 1989: 20-24.
56. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 376: 24-35.
57. Zitterl W, Lenz G, Zapotoczky. Obsessive compulsive disorder: course and interaction with depression. *Psychopathology* 1990; 23: 73-80.
58. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(suppl 19): 5-10.
59. Nicolini H, Cruz C, Camerena B, Paez F, Fuente JR. Understanding the genetic basis of obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums* 1999; 4: 32-48.
60. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-1099.
61. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları, Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998.
62. Riggs DS. Treatment of concurrent PTSD and OCD. A commentary on the case of Howard. *Cognitive Behavioral Practice* 2000; 7: 130-132.
63. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 154-158.

64. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 121-127.
65. Koran LM. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 509-517.
66. Power AC, Cowen PJ. Neuroendocrine challenge tests: assessment of 5-HT function in anxiety and depression. *Molec Aspect Med* 1992; 13: 205-220.
67. Murphy DL, Pigot TA. A comparative examination of a role for serotonin in obsessive compulsive disorder, panic disorder and anxiety. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 4.
68. Brambilla F, Bellodi L, Perna G, Arancio C, Bertani A. Dopamine function in obsessive compulsive disorder: growth hormone response to apomorphine stimulation. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 889-897.
69. Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF. Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder determined with quantitative x-ray computed tomography. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1089-1093.
70. Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research* 1992; 45: 115-121.
71. Nordahl TE, Benkelfat C, Semple WE, Gross M, King AC, Cohen RM. Cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 1989; 2: 23-28.
72. Busatto GF, Zamignani DR, Buchpiguel CA, Garrido GE, Glabus MF, Rocha ET et al. A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive-compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). *Psychiatry Res* 2000; 99: 15-27.
73. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 1180-1182.

74. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet* 1991; 48: 154-163.
75. Laplanche J, Pontalis JB. *The Language of Psychoanalysis*. London: WW. Norton & Company, 1973: 34-47.
76. Judd L. Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatr* 1965; 12: 136-143.
77. Fenichel O. *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*. Tuncer S (Çeviren) s.246-284, İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası, 1945.
78. Salzman L. *Treatment of the Obsessive Personality*. New York, 1985: 182-184.
79. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: a case study. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 222-242.
80. Steketee G, Foa EB. DH Barlow (editors). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. 1. Baskı, New York: Guilford Press, 1985.
81. Salkovskis PM, Kirk J. *Obsessional disorders*. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (editors). *Cognitive- Behavioural Treatment for Psychiatric Disorders: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
82. Salkovskis PM. *Obsessional-compulsive problems: a cognitive- behavioural analysis*. *Behav Res Ther* 1985; 23: 571-583.
83. Aksoy U. *Obsesif Kompulsif ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
84. Bayar R, Yavuz M. *Obsesif kompulsif bozukluk*. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizini 2008; 62: 185-192.
85. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri*. Aydın H, Bozkurt A (ed). Ankara: Güneş Kitabevi, 2005.
86. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Eighth Edition Mass Publishing Co. Giza 1998; 541-609.

87. Eken B. Alkol Bağımlılarında Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi, I. Eksen Psikiyatril Tanılar ve Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2002.
88. Andrews G, Slade T, İssakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian national survey of mental health and well-being. *Br J Psychiatry* 2002; 81: 306-314.
89. Gökbulut O. Bipolar Bozuklukta Alkol-Madde Kullanımı ve Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Saptanması. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.
90. Robins LN, Regier DA. (Eds) *Psychiatric disorders in America: The ECA study*. New York: The Free Press, 1991.
91. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM III-R bipolar disorder in general population survey. *Psychological Med* 1997; 27: 1079-89.
92. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Higher M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-R psychiatric disorder in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 52: 8-19.
93. Szadoczky E, Papp ZS, Vitrai J, Rihmer Z, Fűrdei J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998; 50: 153-162.
94. Ereğ Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi ve Afektif Temperament Özelliklerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
95. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78: 122-135.
96. Sayın A, Aslan S. Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 276-283.

97. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derneği* 2005; 16: 164-169.
98. Akiskal HS. The Temperamental foundations of affective disorders. Mundt C (Ed). *Interpersonal Origin and Course of Affective Disorders*. London: Gaskell. Royal College of Psychiatrists, 1996: 3-30.
99. Akiskal HS. Cyclothymic, hypertimic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. Tasman A, Riba MB (Eds): *APA Review*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992: 43-62.
100. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001; 358: 949-950.
101. Horn NR, Dolan R, Elliott R, Deakin JFW, Woodruff PWR. Response inhibition and impulsivity: an fMRI study. *Neuropsychologia* 2003; 41: 1959-1966.
102. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Scmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1783-1793.
103. Arce E, Santisteban C. Impulsivity: a review. *Psicothema* 2006; 18: 213-220.
104. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51: 768-774.
105. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology* 1999; 146: 348-361.
106. Ainslie G. Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull* 1975; 82: 463-498.
107. Ho MY, Al Zahrani SS, Al Ruwaitea As, Bradshaw CM, Szabadi E. 5-hydroxytryptamine and impulse control: prospects for a behavioral analysis. *J Psychopharmacol* 1998; 12: 68-78.
108. Brunner D, Hen R. Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836: 81-105.
109. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 95-102.

110. Klinteberg B, Hallman J, Orelund L, Wirsen A, Levander S, Schaling D. Exploring the connections between platelet monoamine oxidase activity and behavior. *Neuropsychobiology* 1992; 26: 136-145.
111. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord* 2007; 9: 206-212.
112. Garland MR, Hallahan B. Essential fatty acids and their role in conditions characterised by impulsivity. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18: 99-105.
113. Eysenck SBG, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977; 16: 57-68.
114. Zuckerman M, Cloninger CR. Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Pers Individ Dif* 1996; 21: 283-285.
115. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MAM, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17: 313-320.
116. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009; 11: 280-288.
117. Peluso MA, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2007; 100: 227-231.
118. McElroy SL, Pope Jr HG, Keck Jr PE, Hudson JI, Philips KA, Strakowski SM. Are impulse control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry* 1996; 37: 229-240.
119. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uygulanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-236.
120. Vahip S, Kesebir S, Alkan M. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2005; 85: 113-125.

121. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18: 245-252.
122. Karadağ F. Young mani değerlendirme ölçeğinin Türkçe çevirisinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13: 107-114.
123. Karamustafalıoğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik-güvenilirlik Çalışması. 29.Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 1993: 86.
124. Perugi G, Toni C. Bipolarity presenting as anxiety disorder. Primary Psychiatry 2004; 11: 31-35.
125. Pedro VSM, Kapczinski NS, Kapczinski F. Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. Comprehensive Psychiatry 2010; 51: 353-356.
126. Hantouche EG, Akikal HS, Lancrenon S. Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mixed mania (EPİMAN). J Affect Disord 1998; 50: 175-186.
127. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. J Affect Disord 2003; 73: 183-197.
128. Brieger P, Roettig S, Wenzel A. TEMPS-A scale in "mixed" and "pure" manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. J Affect Disord 2003; 73: 99-104.
129. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first degree relatives: a controlled study. J Affect Disord 2005; 85: 127-133.
130. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer M. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. J Affect Disord 1999; 56: 103-108.
131. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A. The semistructured affective temperament interview (TEMPS-I): The reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year-old students. J Affect Disord 1998; 47: 1-10.

132. Vahip S, Kesebir S, Alkan M. Affective temperamental features in Turkey: findings from the validity and reliability study of TEMPS-A. *J Affect Disord* 2006; 92: 313.
133. Perugi G, Akiskal HS, Ramaciotti S. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar II connection? *Psychiatr Res* 1999; 33: 53-61.
134. Henry C, Lacoste J, Belliver F. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord* 1999; 56: 103-108.
135. Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. *Bipolar Disorders*. M Maj, HS Akiskal, JJ Lopez-Ibor, N Sartorius (Ed). 1. Baskı, West Sussex, UK, Wiley, 2002: 1-52.
136. Krüger S, Cooke RG, Hasey GM. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord* 1995; 34: 117-120.
137. D'Ambrosio V, Albert U, Bogetto F. Obsessive-compulsive disorder and cyclothymic temperament: an exploration of clinical features. *J Affect Disord* 2010; 127: 295-299.
138. Fıstıkçı N, Hacıoğlu M, Ereğ Ş, Tabo A, Saatçioğlu Ö. Bipolar Bozukluğu Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Klinik ve Afektif Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Marmara Medical Journal* 2012; 25: 26-31.
139. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73: 105-111.
140. Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001; 101: 195-197.
141. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008; 106: 241-248.
142. Barratt ES. Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11). AJ Rush, HA Pincus, MB First (Editors). *Handbook of Psychiatric Measures*. APA, Washington, DC. 2005: 691-693.

143. Peluso MA, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2007; 100: 227-231.
144. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Moeller FG. Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord* 2004; 6: 204-12.
145. Matsuo K, Nielsen N, Nicoletti MA, Hatch JP, Monkul ES, Watanabe Y. Anterior genu corpus callosum and impulsivity in suicidal patients with bipolar disorder. *Neurosci Lett* 2010; 469: 75-80.
146. Lewis M, Scott J, Frangou S. Impulsivity, personality and bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 464-469.
147. Dolenc B, Sprah L. Temperaments and impulsivity in bipolar disorder. *Review of Psychology* 2010; 17: 2.

## 6. EKLER

### EK-A

#### TEMPS-A

Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin basında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeye baslar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.

28. (D) (Y) Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin hayatın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.
34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yasarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay asık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. (D) (Y) Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.
44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. (D) (Y) Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğumu hissederim.
56. (D) (Y) İsin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.

57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartişmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sınırlı) bir kişiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırim.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.
63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağıririm.
70. (D) (Y) İğneleyici sakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
72. (D) (Y) Esimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırim ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozular.
87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman basına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.

91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. (D) (Y) Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.

**EK-B****BIS-11**

**Açıklamalar:** İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

O                      O                      O                      O  
Nadiren/ hiçbirzaman      Bazen      Sıklıkla      Hemen her zaman

1 İşlerimi dikkatle planlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Düşünmeden iş yaparım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Hızla karar veririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Hiç bir şeyi dert etmem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Dikkat etmem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Uçuşan düşüncelerim var	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Kendimi kontrol edebilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Kolayca konsantre olurum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Düzenli para biriktirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Dikkatli düşünen birisiyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 İş güvenliğine dikkat ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Sık sık iş değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Düşünmeden hareket ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19 Aklıma estiği gibi hareket ederim	O	O	O	O
20 Düşünerek hareket ederim	O	O	O	O
21 Sıklıkla evimi değiştiririm	O	O	O	O
22 Düşünmeden alışveriş yaparım	O	O	O	O
23 Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim	O	O	O	O
24 Hobilerimi değiştiririm	O	O	O	O
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım	O	O	O	O
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur	O	O	O	O
27 Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	O	O	O	O
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam	O	O	O	O
29 Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	O	O	O	O
30 Geleceğini düşünen birisiyim	O	O	O	O

## 7. ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Tarsus'da dünyaya geldim. İlk, orta ve lise öğrenimimi Tarsus'da tamamladıktan sonra, 1998 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitime başlayıp, 2007 yılında mezun oldum. 2009 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'da başladığım eğitimime halen devam etmekteyim.

