



## Anksiyete Bozukluklarında Afektif Mizaç Farklılıkları; Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozuklukta Karşılaştırılması

### Differences in Affective Temperaments in Anxiety Disorders: Comparison of Panic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder

Nurhan FİSTİKÇİ<sup>1</sup>, Münevver HACIOĞLU<sup>1</sup>, Şakire EREK<sup>1</sup>, Abdülkadir TABO<sup>2</sup>, Evrim ERTEN<sup>1</sup>, Ayşegül Selcen GÜLER<sup>3</sup>, Murat KALKAN<sup>1</sup>, Ömer SAATÇIOĞLU<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Güzel Günler Polikliniği, İstanbul, Türkiye

#### ÖZET

**Giriş:** Bu çalışmada panik bozukluğu (PB) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) karşılaştırılması üzerinden anksiyete bozuklukları arasında olası afektif mizaç farklılıkları araştırılmıştır.

**Yöntem:** Mayıs - Aralık 2006 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitesinde 44 OKB ve 42 PB hastası ardışık olarak çalışmaya alındı. Hastalara sosyodemografik form, DSM-IV tanı ölçütlerine göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Beck Anksiyete Ölçeği, Panik Agorafobi Ölçeği, Yale Brown OKB Ölçeği (Y-BOCS), TEMPS-A mizaç değerlendirme ölçeği uygulandı. PB ve OKB hastaları afektif mizaç özellikleri açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** OKB ve PB tanısı bulunan hastaların yaş ortalamaları, cinsiyetleri ve eğitim durumları benzer bulunmuştur. OKB'de baskın depresif mizaç oranı PB hastalarından anlamlı olarak fazla idi. Hipertimik mizaç puanları PB hastalarında OKB hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksekti. Herhangi bir grupta baskın hipertimik mizaca rastlanmadı.

**Sonuç:** OKB grubunda baskın depresif mizaç oranı daha belirgin iken, hipertimik mizaç puanları panik bozukluğu grubunda daha yüksekti. Bu sonuçlar daha geniş örneklemli çalışmalarda araştırılmalıdır. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 337-343*)

**Anahtar kelimeler:** Panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, mizaç

**Çıkar çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

#### ABSTRACT

**Introduction:** In this study, probable differences in affective temperament among anxiety disorders were investigated via a comparison of panic disorder (PD) and obsessive-compulsive disorder (OCD).

**Method:** 44 patients with OCD and 42 patients with PD, who were admitted to Bakirkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery outpatient clinics with complaints of OCD and PD and were diagnosed according to DSM IV criteria, were consecutively included in the study after informed consent was taken. A sociodemographic form, the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Beck Anxiety Inventory, Panic and Agoraphobia Scale, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) and the temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) were given to the patients. PD and OCD patients were compared in terms of affective temperament characteristics.

**Results:** Mean age, educational status and gender distribution of OCD and PD patients were similar ( $p>0.05$ ). Dominant depressive temperament was more prominent in OCD group than in PD group ( $p=0.021$ ). Hyperthymic temperament scores were higher in PD group than in OCD group ( $p=0.002$ ). Dominant hyperthymic temperament was not encountered in either group.

**Conclusion:** Dominant depressive temperament was more prominent in OCD group whereas hyperthymic temperament scores were higher in PD group. These findings should be evaluated in studies with larger sample sizes. (*Archives of Neuropsychiatry 2013; 50: 337-343*)

**Key words:** Panic disorder, obsessive-compulsive disorder, temperament

**Conflict of interest:** The authors reported no conflict of interest related to this article.

#### Yazışma Adresi/Correspondence Address

Dr. Nurhan Fistikçi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Psikiyatri Ünitesi, İstanbul, Türkiye

Gsm: +90 533 526 13 66 E-posta: nurhanfistikci@gmail.com **Geliş tarihi/Received:** 16.01.2012 **Kabul tarihi/Accepted:** 18.05.2012

© Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / © Archives of Neuropsychiatry, published by Galenos Publishing.

## Giriş

Afektif mizaç tipleri, duygudurum bozukluklarının hastalık öncesi seyrinde davranışsal fenotipler olarak kabul edilmektedir (1). Depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl (sinirli) ve anksiyöz (endişeli) mizaç tanımlanmış afektif mizaçlardır. Bu mizaçların duygudurum bozukluklarının sürecini belirleyen temel unsurlardan oldukları düşünülmektedir (2,3). Günümüzde bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizaçın yer aldığı tahmin edilmektedir (4).

Anksiyete bozukluklarında hastalık sürecini etkileyen önemli etkenler arasında duygudurum bozukluğu ek tanısı ve afektif mizaç bulunmaktadır. Afektif mizaç, anksiyete bozukluklarında bipolar bozukluğa zemin oluşturmada veya dürtüsellik gibi klinik özelliklere eşlik ederek etkin olabilir (5,6,7).

Anksiyete bozukluklarında afektif mizaçın tespit edilmesi, uygulanacak tedavinin seçiminde veya hastanın takibinde önem taşıyabilir. Bazı afektif mizaç türleri hekimi olası bipolar bozukluk ek tanısı, tedavi seçimi yönünden düşündürmelidir (8).

Diğer anksiyete bozukluklarına oranla özellikle obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile bipolar bozukluğun sık birlikte görülmesinden dolayı, OKB'si olan hastalarda afektif mizaç özellikleri ve özellikle siklotimik mizaç özellikleri konusunda yapılan çalışmalar dikkati çekmektedir (9,10). D'ambrosso ve arkadaşlarının bipolar bozukluğu ek tanısı olmayan OKB hastaları ile yürüttükleri bir araştırmada %13,8 hipertimik, %19,2 siklotimik, %16,8 depresif, %4,8 sinirli mizaç tespit edilmiştir (10). Sınırlı sayıda araştırma panik bozukluğunda (PB) afektif mizaç değerlendirmiştir. Akiskal ve arkadaşları yaptıkları çalışmada PB, bipolar bozukluğu tip II, hipertimik mizaç ve siklotimik mizaç ilintilendirmiştir (11). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında 54 PB hastasından sekizinde baskın mizaç endişeli, altı hastada baskın mizaç depresif, üç hastada baskın mizaç siklotimik, üç hastada baskın mizaç türü sinirli mizaç olarak belirlenmiş, hipertimik mizaça ise rastlanılmamıştır (12).

Anksiyete bozuklukları arasındaki olası afektif mizaç farklılıklarının belirlenmesi, anksiyete bozukluklarının bipolar bozuk ile ilişkisi açısından fikir verebilir. OKB ve PB afektif mizaç çalışmalarında üzerinde en çok çalışılan anksiyete bozukluklarıdır. Bu bilgiler ışığında çalışmanın amacı PB ve OKB arasında olası afektif mizaç farklılıklarını araştırmaktır.

## Yöntem

Mayıs - Aralık 2006 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitesine OKB veya PB yakınmaları ile başvuran, DSM IV ölçütlerine göre OKB veya PB tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 44 OKB ve 42 PB hastası olarak toplam 86 hasta ardışık olarak araştırmaya alındı. Hastalar alınmadan önce, çalışma hakkında bilgilendirildi ve

yazılı onay alındı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi etik kurulundan etik kurul onayı alındı.

**İçerme Kriterleri:** Çalışmaya, geçerli tanı temelinde hasta gruplarının ayırımı kesinleştirmek amacı ile son 6 ay içinde basit fobi hariç diğer anksiyete bozuklukları ek tanısı olan hastalar, zeka geriliği olanlar, eğitimi olmayanlar, demans ve delirium hastaları, bedensel hastalığı olanlar, çalışma esnasında depresif, hipomanik veya manik atak içinde bulunan hastalar ve psikotik bozukluğu olanlar alınmamıştır.

**Yöntem:** Araştırmamızda hastalara SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) görüşme kılavuzundaki sosyodemografik veri formu esas alınarak, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş sosyodemografik veri formu kullanıldı. DSM-IV uyumlu SCID-I Psikiyatrik görüşme formu kullanılarak OKB ve PB tanısı doğrulandı, basit fobi hariç diğer anksiyete bozuklukları dışlandı. Depresyon ve anksiyete düzeyi değerlendirilmesi için Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı. Yale - Brown Obsesif, Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS) ile OKB semptomların şiddeti değerlendirildi. Panik Agorafobi Ölçeği ile panik bozukluğunun şiddeti belirlendi. Afektif mizaç değerlendirmek için, TEMPS - A afektif mizaç ölçeği uygulandı. Geçirilmiş duygudurum epizodu olan hastalar çalışmadan dışlanmadı. Antidepresif ilaç kullanırken hipomanik/manik bir kayma yaşayan ve o zamana kadar iki uçlu bozukluk tanısı konmamış hastalar yaygın olarak kullanılan tanı sınıflandırma sistemlerine göre henüz iki uçlu olarak kabul edilmemekle birlikte, giderek artan sayıda araştırmacı bu hastaları iki uçlu olarak tanımlamaktadır (13,14,15,16). Bu çalışmada, antidepresan kullanımına bağlı hipomanik kayma öyküsü olan hastalar da bipolar bozukluk olarak sınıflandırıldı (13,14,15,16). Çalışmamızda, antidepresan ilaçlara hipomanik yanıtlardan, ilaç tedavisinden sonraki 4-12 hafta içinde gelenler farmakolojik kökenli olarak kabul edildi (17).

Çalışmaya katılması teklif edilip katılmayı kabul etmeyen hasta olmadı. OKB ve PB hastalarından oluşan iki grup, sosyodemografik özellikler, afektif mizaç özellikleri yönünden karşılaştırıldı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

**SCID-I Klinik Versiyon:** 1997 yılında DSM III-R tanı ölçütlerine uyarlanan testin DSM IV tanı ölçütlerine göre yeniden gözden geçirilmesi ile Amerikan Psikiyatri Birliğince oluşturulmuştur. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (18).

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD):** Hastalardaki depresyon şiddetini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Tanı koydurucu değildir, depresyon seyrini izlemede kullanılır. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (19).

**Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ):** Bandelow tarafından geliştirilmiştir (20). Klinik gözlemci ve hasta öz bildirim formları vardır. Agorafobili ya da Agorafobi olmaksızın panik bozukluğu olan hastalara uygulanır. Türkçe uyarlaması Tural ve arkadaşlarınca yapılmıştır (21).

**Beck Anksiyete Ölçeği:** Kişideki anksiyetenin derecelendirilmesi için kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşlarınınca yapılmıştır (22).

**Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS):** 1986 yılında Goodman ve ark. tarafından geliştirilen Y-BOCS, OKB'nin ayrıntılı bir semptom taramasını sağlayan 74 soruluk semptom kontrol listesi ve semptom tipi, sayısı veya içeriğini dikkate almaksızın, bozukluğun şiddetini ölçen iki bölümden oluşur (23). Karamustafaloğlu ve ark. tarafından 1993 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (24).

**TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği:** Baskın duygulanım mizacını değerlendirmek için düzenlenmiştir. Orijinal ölçekler erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçeye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için 99 maddeden oluşur. Her alt tipten alınan puan, o alt tip için hesaplanmış olan kesme noktasının üzerinde ise, kişinin o mizacı baskın olarak taşıdığı varsayılır. Birden fazla mizaç kesme puanı geçildiğinde, birden fazla baskın mizaç varlığından bahsedilir. Türkçe çevirinin test - tekrar test güvenilirliği yapılmıştır (25).

#### İstatistiksel Analiz

İstatistik hesaplamaları için, SPSS 14.0 sürümü kullanıldı. Niceliksel veriler ortalama (veya ortanca) ve standart sapma olarak belirtildi. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ve sıralı yapıyı değişkenlerde Mann Whitney U testi, kategorik değişkenlerde ki kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  ve iki yönlü olarak kabul edildi.

## Bulgular

**OKB ve PB Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri:** OKB tanısı almış hastaların ( $n=44$ ), 31'i kadın, 13'ü erkek idi. Yaşları 20 ile 60 arasında (ortalama= $35,7 \pm 10,7$ ) değişmekte idi. PB tanısı bulunan hastaların ise ( $n=42$ ), 29'u kadın, 13'ü erkek idi. OKB ve PB hastaları arasındaki cinsiyet farklılığı anlamlı değildi ( $p=0,88$ ). PB hastalarının yaşları 24 ile 63 arasında (ortalama= $40,5 \pm 9,9$ ) değişmekteydi. OKB hastaları, PB grubuna göre daha genç hastalardan oluşuyordu ( $p=0,03$ ). Hastaların diğer sosyodemografik özellikleri benzerdi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

OKB grubunda hastaların depresyon şiddeti, PB hastalarına göre daha yüksek görünmekle birlikte, istatistiksel açıdan gruplar arasında farklı bulunmadı. Anksiyete şiddetinin ortanca değeri ise PB hastalarında daha yüksek olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. OKB ve PB hastalarının hamilton depresyon ve beck anksiyete ölçekleri puanlarının karşılaştırılması Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tek başına antidepressan kullanımı, PB hastalarında daha fazla iken, OKB'li hastalarda, özellikle antidepressan, antipsikotik ve anksiyolitik birlikte kullanımı daha yüksek oranda idi. OKB'li hasta grubunda çoklu tedavi alan hastaların oranı istatistiksel açıdan anlamlı oranda fazlaydı. Hastaların mevcut tedavileri Tablo 3'de özetlenmiştir.

OKB hastalarının hastaneye yatış sayısı PB hastalarına göre anlamlı derecede daha fazla idi ( $\chi^2=11,57$ ;  $p=0,007$ ). OKB ve PB hastalarının hastane yatış sayılarının karşılaştırılması Tablo 4'de verilmiştir.

**Tablo 1.** OKB ve PB hastalarının sosyodemografik özellikleri

	OKB (n)	%	PB (n)	%	$\chi^2$	df	p
Cinsiyet							
Erkek	13	29,5	13	31	0,02	1	0,88
Kadın	31	70,5	29	69			
Eğitim durumu							
Okuryazar	2	4,5	0	0			
İlköğretim	22	50,0	25	59,5	2,96	3	0,39
Lise	13	29,5	13	31			
Yükseköğrenim	7	15,9	4	9,5			
Meslek							
Çalışmıyor	6	13,6	1	2,4			
Ev hanımı	21	47,7	25	53,5			
İşçi	3	6,8	1	2,4			
Memur	5	11,4	5	11,9	11,16	7	0,13
Esnaf	1	2,3	3	7,1			
Serbest Meslek	2	4,5	5	11,9			
Emekli	2	4,5	2	4,8			
Öğrenci	4	9,1	0	0			
Medeni durum							
Bekar	14	31,8	5	11,9			
Evli	28	63,6	35	83,3	4,99	2	0,08
Dul	2	4,5	2	4,8			

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, PB: panik bozukluğu

OKB hastalarında DSM IV tanı kriterlerine göre vakaların birinde bipolar bozukluk tip 1 (%2,3), yedisinde bipolar bozukluk tip 2 (%15,9), ikisinde başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk (%4,5) ayrı yedi hastada ise antidepresan ile tetiklenen hipomani öyküsü bulunmaktaydı (%15,9). Toplam 17 (%38,6) hastada bipolar bozukluk ek tanısı saptandı. PB olan üç hastada (%7,1) DSM IV ölçütlerine göre bipolar bozukluk tip II, ayrı 3 hastada (%7,1) ise antidepresan tedaviyle tetiklenen hipomani tespit edildi. PB da saptanan toplam bipolar bozukluk oranı %14,2 idi. OKB hastalarının 25'inde (%56,8), PB hastalarının ise 24'ünde (%57,1) yaşam boyu en az bir major depresyon dönemi bulunmakta idi. Her iki grup arasında majör depresyon ek tanısı varlığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $\chi^2=0,03$   $p=0,860$ ).

PB hastalarının Panik agorafobi ölçeğine göre puanları 1 ile 38 arasında (ortanca=16,5) değişmekte idi. PB hastalarının 36'sında (%85,7) agorafobi mevcuttu. Y BOCS ölçeğine göre OKB hastalarının puanları 3 ile 40 arasında (ortanca= 25) değişmekte idi.

**Tablo 2.** Hastaların Hamilton depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeğine göre değerlendirilmeleri

	OKB	PB	z	p
Hamilton depresyon ölçeği				
Ortanca (min-max)	5,50 (0-28)	4,0 (0-20)	1,64	0,10
Beck anksiyete ölçeği				
Ortanca (min-max)	16,0 (0-57)	19,5 (1-45)	1,56	0,11

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, PB: panik bozukluğu, Min-max:minimum-maksimum değerler

### OKB ve PB Hastalarının Afektif Mizaç Özellikleri:

Hastalar TEMPS-A mizaç puanları açısından karşılaştırıldığında, hipertimik mizaç puanlarının PB grubunda istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı ( $z=3,15$ ;  $p=0,002$ ). Depresif mizaç puanları ise, OKB grubunda daha yüksek olmakla birlikte, fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Hastaların TEMPS-A'ya göre ortanca mizaç puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'de verilmiştir.

OKB ve PB hastaları değerlendirildiğinde, OKB hastalarının %52'sinde, PB hastalarının ise %40'ında baskın bir veya birden fazla mizaç bulunduğu tespit edildi. Baskın depresif mizaç, OKB hasta grubunda anlamlı ölçüde daha yüksek oranda görüldü ( $\chi^2=5,9$ ,  $p=0,021$ ). Hastaların TEMPS-A ölçeğine göre baskın mizaçlarının değerlendirilmesi Tablo 6'da özetlenmiştir.

### Tartışma

Araştırmamızdaki hastalar incelendiğinde her iki grupta da kadın cinsiyet fazladır. Daha önceki çalışmalarda kadın hastalarda depresif, endişeli ve siklotimik mizacın daha sık görüldüğü bildirilmiştir (26). Ancak çalışmamızda iki grup arasındaki kadın cinsiyet dağılımları benzer olduğundan mizaç puanları açısından etkilenmenin gruplar arasında farklılık oluşturmayacağı öngörülmüştür.

Baskın mizaç özelliklerinin karşılaştırılması her ne kadar kısıtlı örneklem sayısından etkilenmiş olsa da bazı önemli sonuçlar tespit edilmiştir. OKB ve PB hastaları arasında herhangi bir baskın mizaca sahip olma oranı bakımından anlamlı

**Tablo 3.** PB ve OKB hastalarının mevcut tedavilerinin karşılaştırılması

	OKB (n)	%	PB (n)	%	$\chi^2$	df	p
Mevcut tedavi							
AD	6	13,6	27	64,3			
AP	0	0	1	2,4			
DDD	1	2,3	0	0			
AD ve AP	15	34,1	0	0			
AD ve AL	1	2,3	12	28,6			
AD, AP ve AL	12	27,3	0	0			
AD, AP ve DDD	4	9,1	0	0			
AD, AP, AL ve DDD	5	11,4	2	4,8			
Tekli tedavi	7	15,9	28	66,7			
Çoklu tedavi	37	84,1	14	33,3	22,93	1	0,001*

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, PB: panik bozukluğu, (AD: Antidepresan, AP: Antipsikotik, AL: Anksiyolitik, DDD: Duygudurum düzenleyici)

\*İstatistiksel olarak anlamlı

**Tablo 4.** OKB ve PB hastalarının hastane yatış sayılarının karşılaştırılması

	OKB (n)	%	PB (n)	%	$\chi^2$	df	p
Hastane yatış sayısı							
yok	17	38,6	31	73,8			
1 - 3	25	56,8	9	21,4	11,57	2	0,007*
4 - 6	2	4,5	2	4,8			

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, PB: panik bozukluğu,

\*İstatistiksel olarak anlamlı

**Tablo 5.** Hastaların TEMPS-A'ya göre ortanca mizaç puanlarının karşılaştırılması

Mizaç puanları	OKB ortanca (min - max)	PB ortanca (min - max)	z	p
Depresif	11,5 (3-18)	8 (2-16)	2,56	0,10
Siklotimik	12 (1-18)	10,5 (3-18)	0,80	0,42
Hipertimik	6 (0-17)	9,5 (1-16)	3,15	0,002*
İrritabl	6 (0-15)	7 (0 -14)	0,35	0,72
Anksiyöz	13 (1-23)	13,5 (1-22)	0,53	0,59

Min-max:minimum-maksimum değerler  
\*İstatistiksel olarak anlamlı

**Tablo 6.** Hastaların TEMPS-A'ya göre baskın mizaçlarının değerlendirilmesi

Mizaç	OKB (n)	%	PB (n)	%	Toplam	%	χ <sup>2</sup>	df	p
Herhangi bir baskın mizaç varlığı	23	52,3	17	40,5	40	46,5	1,20	1	0,27
Depresif	15	34,1	5	11,9	20	23,3	5,9	1	0,021*
Endişeli	10	22,7	13	31	23	26,7	0,7	1	0,40
Depresif ve endişeli	5	11,4	4	9,5	9	10,5			
Siklotimik	4	9,1	2	4,8	6	7,0			
Depresif ve siklotimik	2	4,6	0	0	2	2,3			
Sinirli	1	2,3	1	2,4	2	2,3			
Hipertimik	0	0	0	0	0	0			

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, PB: panik bozukluğu  
\*İstatistiksel olarak anlamlı

fark saptanmadı. OKB hastalarında baskın depresif mizaç, PB hastalarına kıyasla anlamlı derecede ön planda idi ( $p=0,021$ ). D'ambrosso ve arkadaşlarının ek tanılı bipolar bozukluğu olmayan OKB hastaları ile yürüttükleri bir araştırmada %13,8 hipertimik, %19,2 siklotimik, %16,8 depresif, %4,8 sinirli mizaç tespit edilmiştir (10). Başka bir çalışma dirençli OKB hastalarında siklotimik ve depresif mizacın ön planda olduğunu göstermiştir (27). Bizim çalışmamızdaki OKB vakaları da PB hastalarına göre daha fazla sayıda çoklu ilaç kullanımı olan vakalardan oluştuğundan, sonuçlar bu durum göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Ancak, OKB hastalarının daha yüksek oranda baskın depresif mizaca sahip olmaları nedeniyle de daha ağır hastalık süreçlerinin olduğu düşünülebilir (27).

OKB hastalarının çoklu ilaç kullanımı ve toplam yatış sayısı PB hastalarından anlamlı derecede fazla idi. Bu fark OKB hastalarının ilaç tedavisine dirençli vakalardan oluştuğunu düşündürülebilir. OKB hastalarında baskın depresif mizacın, belki de bipolar bozukluğuna eşlik ederek, tedavi sonucunu olumsuz yönde etkilemesi ve çoklu ilaç kullanımına neden olması diğer bir olasılıktır (27). İki grubun çalışma esnasındaki anksiyete ve depresyon düzeyleri ise benzerdir. Bu benzerlik afektif mizaçla ilgili sonuçların değerlendirilmesinde yanlılığı kısmen azaltmış olabilir.

Örneğimizde bipolar bozukluk ek tanısı PB hastaları arasında %14,2 oranında, OKB'de ise %38,6 oranında

saptanmıştır. Baskın depresif mizacın, OKB de bipolar bozukluğun PB'ye göre daha sık bulunması ile ilintisi olabilir. Bipolar bozukluk ek tanısına sahip PB ve OKB hastalarının baskın afektif mizaç özelliklerinin karşılaştıran ileri çalışmalar konuyu aydınlatılabilir.

PB'de saptadığımız baskın depresif (%11,9) ve baskın endişeli mizaç (%31) oranları ise Savino ve arkadaşlarının 1993 yılında yaptıkları çalışma ve Ergil'in 2006 yılında yaptığı tez çalışmasıyla benzerdir (12,28). OKB hastaları arasında baskın depresif mizacın daha sık görülmesinin bir nedeni de majör depresyon ek tanısı olabilir. OKB hastalarımız arasında majör depresyon ek tanısı %56,8 oranındadır. Daha önceki araştırmalarda depresyon hastalarında daha sık depresif mizacın görüldüğü bildirilmiştir (29). Ancak araştırmamızda OKB ve PB hastaları arasında majör depresyon ek tanı oranlarının benzer olması nedeni ile OKB de depresif mizacın baskın görülmesinin majör depresyon ek tanısı ile ilgili olmayabileceği öngörülmüştür.

Biz daha önceki araştırma bulgularından farklı olarak ne PB, ne de OKB hastalarında baskın hipertimik mizaca rastlamadık. Savino'nun 140 PB hastası üzerinde yaptığı çalışmasında kadınlarda %29,7, erkeklerde %47,9 oranında hipertimik mizaç saptanmıştır (28). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında ise 54 PB hastasından sekizinde baskın mizaç endişeli, altı hastada baskın mizaç depresif, üç hastada baskın mizaç siklotimik, üç hastada baskın mizaç türü sinirli mizaç olarak belirlenmiş,



bizim çalışmamızdakine benzer olarak hipertimik mizaca rastlanılmamıştır (12). Bu fark öz bildirim ölçeği kullanılmasına veya cinsiyet dağılımına bağlı olabileceği gibi, sonuçlarımızın ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçlarına benzer olması kültürel afektif mizaç farkları ile de ilgili olabilir. OKB ve PB hastalarında hipertimik mizaç puanlarındaki yükseklik baskın mizaç olarak sonuçlara yansımamıştır. Aynı durum siklotimik mizaç puanları için de geçerlidir. Yine de Türkiye dışında yapılmış çalışmalarda ilk sıralarda olmasına rağmen baskın hipertimik mizacın 86 anksiyete bozukluğu hastasından hiçbirinde saptanmaması önemli olabilir. Bu durum ileri çalışmalarda sınırlanabilir.

Çalışmamızdaki en belirgin sonuçlardan birisi hipertimik mizaç özelliklerinin PB'de OKB hastalarına göre daha belirgin olmasıdır ( $p=0,002$ ). Bu konuyu araştıran literatür oldukça kısıtlıdır. Akiskal ve arkadaşları 2006 yılında yaptıkları çalışmada PB, bipolar bozukluk tip II, hipertimik mizaç ve siklotimik mizacı ilişkilendirmişlerdir (11). Savino'nun 140 PB hastası üzerinde yaptığı çalışmasında yüksek oranda hipertimik mizaç saptanmıştır (kadınlarda, %29,7; erkeklerde %47,9) (28). Bulduğumuz bu sonuç PB hastalarında OKB hastalarına göre hipertimik mizaç özelliklerinin belirgin olduğunu düşündürmüştür. Hipertimik mizacın intihar riski ve umutsuzluk gibi özelliklerle negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Örnekleminizdeki OKB hastalarında PB ye göre yatış oranı fazlalığının ve depresif dönem sayısının çokluğunun hipertimik mizaç puanlarının düşüklüğü ile de bağlantısı olabilir (30,31).

Çalışmanın geçmişte bipolar bozukluğu ve majör depresyon ek tanısı var olup olmadığını göz etmemesi, hastanemizin son basamak hastane olması ve göreceli olarak tedaviye daha dirençli hastalara hitap etmesi sonuçları etkilemiş olabilir. Anksiyete bozukluğu grubundan sadece OKB ve PB hastaları çalışmaya alındığı için, bu sonuçlar, diğer anksiyete bozukluklarını da kapsayacak şekilde genellenmemelidir. Çalışmamızda kullandığımız, TEMPS-A afektif mizaç ölçeği, anketi dolduran kişilere tüm yaşamlarını göz önüne almaları hatırlatıldığı halde, hastalık öncesi kişilik özelliklerini değerlendirmede zorluklar yaşanabilir. Olgu sayımızın azlığı, OKB grubundaki hastaların çoklu ilaç kullanımı ve toplam yatış sayısının fazla olması araştırmamızın kısıtlılıkları olarak söylenebilir.

Sonuç olarak, PB ve OKB arasında afektif mizaç farklılıkları saptanmıştır. OKB de baskın depresif mizaç oranı PB hastalarından anlamlı olarak fazla idi. Hipertimik mizaç puanları ise PB hastalarında OKB hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek idi. OKB'de baskın depresif mizaç, PB'de hipertimik mizaç özellikleri, hastaların tedaviye yanıtı açısından önemli olabilir. İki hastalık grubunda da baskın hipertimik mizaca rastlanmaması önemli bir bulgu olabilir ve ileri çalışmalarla sınırlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Keseler S, Vahip S, Akdeniz F, Yuncu Z, Alkan M, Akiskal H. 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.
2. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23:68-73.
3. Eory A, Gonda X, Torzsa P, Kalabay L, Rihmer Z. Affective temperaments: from neurobiological roots to clinical application. *Orv Hetil* 2011; 152:1879-1886.
4. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord* 2003; 73:183-197.
5. Vázquez GH, Kahn C, Schiavo CE, Goldchuk A, Herbst L, Piccione M, Saidman N, Ruggeri H, Silva A, Leal J, Bonetto GG, Zaratiegui R, Padilla E, Vilapriño JJ, Calvo M, Guerrero G, Strojilovich SA, Cetkovich-Bakmas MG, Akiskal KK, Akiskal HS. Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the "endophenotype" and "subaffective" theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *J Affect Disord* 2008; 108:25-32.
6. Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Akiskal K. Impulsivity in anxiety disorder patients: is it related to comorbid cyclothymia? *J Affect Disord* 2011; 133:600-606.
7. Perugi G, Toni C, Maremmi I, Tusini G, Ramacciotti S, Madia A. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: A study on Bipolar I Italian National sample. *J Affect Disord* 2012; 136:e41-49.
8. Mechri A, Kerkeni N, Touati I, Bacha M, Gassab L. Association between cyclothymic temperament and clinical predictors of bipolarity in recurrent depressive patients. *J Affect Disord* 2011; 132:285-8.
9. Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrenon S, Akiskal HS. Cyclothymic OCD: a distinct form? *J Affect Disord* 2003; 75:1-10.
10. D'Ambrosio V, Albert U, Bogetto F, Maina G. Obsessive-compulsive disorder and cyclothymic temperament: an exploration of clinical features. *J Affect Disord* 2010; 127:295-299.
11. Akiskal HS, Akiskal KK, Perugi G, Toni C, Ruffolo G, Tusini G. Bipolar II and anxious reactive "comorbidity": toward better phenotypic characterization suitable for genotyping. *J Affect Disord* 2006; 96:239-247.
12. Ergil G. Panik Bozukluğu Hastaları Ve Birinci Derece Akrabalarında Afektif Mizacın Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği İstanbul, 2006.
13. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Chatenet-Duchene L, Lancrenon S. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003; 73: 65-74.
14. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract* 2001; 7:287-297.
15. Chun BJ, Dunner DL. A review of antidepressant-induced hypomania in major depression: suggestions for DSM-V. *Bipolar Disord* 2004; 6:32-42.
16. Berk M, Dodd S. Are treatment emergent suicidality and decreased response to antidepressants in younger patients due to bipolar disorder being misdiagnosed as unipolar depression? *Med Hypotheses* 2005; 65:39-43.
17. Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M. Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983; 5:115-128.
18. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM IV Eksan I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara, 1999.
19. Akdemir A, Örsel S, Dağ I, Türkçapar H, Işcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinik kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-259.
20. Bandelow B. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publications, 1999.
21. Tural Ü, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B. Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) Türkçe Uyarlaması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 1.

22. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly* 1998; 12:2.
23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1012-1016.
24. Karamustafaloğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown obsesif kompulsif bozukluk ölçeğinin geçerlilik - güvenilirlik çalışması. *Ulusal Psikiyatri Kongresi özet bildiri kitabı* Bursa, 1993.
25. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2005; 85:113-125.
26. Vazquez GH, Tondo L, Mazarini L, Gonda X. Affective temperaments in general population: A review and combined analysis from national studies. *J Affect Disord* 2012; 139:18-22.
27. Hantouche EG, Demonfaucon C. Resistant Obsessive Compulsive disorder (ROC): clinical picture, predictive factors and influence of affective temperaments. *Encephale* 2008; 34:611-617.
28. Savino M, Perugi G, Simonini E, Soriani A, Cassano GB, Akiskal HS. Affective comorbidity in panic disorder: is there a bipolar connection? *J Affect Disord* 1993; 28:155-163.
29. Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15:183-190
30. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Fusar-Poli P, Akiskal HS, Rihmer Z, Lester D, Romano A, de Oliveira IR, Strusi L, Ferracuti S, Girardi P, Tatarelli R. Affective temperamental profiles are associated with white matter hyperintensity and suicidal risk in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2011; 129:47-55.
31. Vazquez GH, Gonda X, Zaratiegui R, Lorenzo LS, Akiskal K, Akiskal HS. Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation. *J Affect Disord* 2010; 127:38-34.