

# Siklotimisi Olan Bireylerde Atipik Major Depresif Epizod ve Sosyal Fobi Birlikteliğinin Varlığı Manik ya da Hipomanik Kaymanın Öncüsü Olabilir mi?

Tonguç Demir Berkol<sup>1</sup> Ahmet Koyuncu<sup>2</sup> Ebru Kırılı<sup>3</sup> Esra Alataş<sup>1</sup> Serkan Islam<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., Tonguç Demir Berkol, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Özel Ethica Hastanesi Psikiyatri Birimi, İstanbul

<sup>3</sup>Uzm. Dr., Arnavutköy Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimi, İstanbul

<sup>4</sup>Uzm. Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Yazışma Adresi: Tonguç Demir Berkol, İrfan Baştuğ Caddesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

E-mail: tberkol@gmail.com - Tel: 0312 333 23 20/542 - Fax: 0312 318 66 90

Geliş Tarihi: 26 Haziran 2015 - Kabul Tarihi: 15 Kasım 2015

## ÖZET

Major depresif epizodların (MDE) önemli bir kısmının bipolar spektruma ait olabileceği belirtilmektedir. Fakat "soft" bipolar belirtiler klinik uygulamada yeterince araştırılmadığı için gözden kaçmaktadır. MDE'lerin yaklaşık üçte biri siklotimiye ek olarak saptanan epizodlar olarak (BP-II ½ ) bildirilmiştir. Antidepresan tedaviler ile bu hastalarda manik/ hipomanik kayma daha sık olabilmektedir. Bu yazıda, antidepresan tedavi ile hipomanik kayma görülen siklotimiye eklenmiş major depresif epizodlu beş hasta sunulmaktadır. Ayrıca bu hastalarda görülen depresyonun atipik ve mevsimsel özelliği ile sosyal fobi eş tanısı gibi değişkenlerin bu hasta grubunda kaymanın öngörücüsü olabileceği hipotezi tartışılacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Mani, bipolar bozukluk, sosyal fobi, antidepresan

## ABSTRACT

**May comorbidity of atypical major depressive episode and social phobia be a predictor for a possible switch to mania or hypomania in individuals diagnosed with cyclothymic disorder?**

It has been suggested that an important part of major depressive episodes (MDE) could be in the bipolar spectrum. However, because "soft" bipolar symptoms are clinically not adequately questioned, these features are overlooked in practice. It has been reported that approximately one-third of MDEs have cyclothymia in addition to major depressive episodes (BP-II ½). Manic/hypomanic switches occur more often in these patients under antidepressant treatments. In this report, we present five cases of depressive episode patients with cyclothymic disorder who had hypomanic switch under antidepressant treatment. We will also discuss whether factors like atypical phenomena and seasonal pattern of depression, and comorbid social phobia in this patient group could be a predictor of switch.

**Key words:** Mania, bipolar disorder, social phobia, antidepressant

## GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), DSM-IV'te tanımlandığı şekliyle bazı "soft" bipolar bozukluk tiplerini kapsamamaktadır. DSM-5 sınıflamasında ise kısmi değişiklikler yapılmış olsa da çok fazla değişiklik yapılmamıştır ve bu konuda yeni bir sınıflandırmaya gerek vardır.<sup>1</sup> Yeni tanımlanan BB tiplerinin ikisi BB-II ½ (siklotimiye eklenmiş major depresif epizod (MDE)) ve BB-III (MDE +farmakolojik hipomani)tür. Ayrıca MDE hastalarının üçte birinin gerçekte BB-II ½ bipolar alt grubuna ait olduğu belirtilmiştir.<sup>2</sup> Ancak pratikte bu bipolar durumlar gözden kaçmıştır. Ayrıca BB-I alt grubu hariç tutulduğunda, BB-II ½'nin en hızlı hipomanik kayma gösteren (ortalama 12. gün) alt grup olduğu gösterilmiştir.<sup>2</sup> Aynı çalışmada hipomanik kayma

oranının %23 olduğu bildirilmiştir. Hipomanik kaymaya duyarlı olan bir BB-II ½ hasta alt grubu var mıdır? Eğer varsa, bu alt grubun ortak özellikleri nelerdir?

Bu yazıda, BB II ½ olup (siklotimi+MDE) atipik ve mevsimsel özellikler sergileyen, sosyal fobi eş tanısı olan ve AD tedavisi ile hipomanik kayma gösteren beş vaka sunulacaktır. (Tablo 1) Burada sunulacak olan vakalara, atipik veya mevsimsel özelliği olan major depresyon ve sosyal fobi tanısı DSM-IV'e göre konmuştur (DSM-IV 1994). Siklotimi yarı yapılandırılmış görüşme ile Akiskal ve Mallya kriterleriyle değerlendirilmiştir.<sup>3</sup> Bu olgu serisinde, atipik veya mevsimsel özelliği olan ve eşlik eden sosyal fobi tanısı olup antidepresan tedavi alan BB-II ½ hastalarının, bir grup olarak hipomanik kaymaya duyarlı olup olmadıkları hipotezi incelenecektir.

**Tablo 1:** Atipik özellikleri, mevsimsel düzeni ve sosyal fobi eş tanısı olan antidepresan (AD) tedavi ile hipomanik kayması bulunan Bipolar Bozukluk iki buçuk (BD-II ½) hastaları

Olgu numarası	Yaş (yıl)	Cinsiyet	SP başlangıç yaşı	İlk MDE yaşı	Mevsimsel düzen	Kayma ile ilişkili AD	Kaymaya kadar olan AD kullanım süresi
1	31	M	13	16	Kış	Venlafaksin	4 hafta
2	30	M	8	24	İlkbahar	Paroksetin	3 hafta
3	28	F	12	23	Sonbahar	Paroksetin	8 hafta
4	17	M	10	13	Yaz	Essitalopram	3 hafta
5	65	M	12	20	İlkbahar	Sertralin	4 hafta

SP: sosyal fobi, MDE: major depresif epizod, AD: antidepresan

## OLGULAR

### Olgu 1

31 yaşında, erkek hasta, inşaat mühendisi. Hastanın şikâyetleri çocukluk yıllarında başlamış. Hareketli, yerinde duramayan, neşeli biri olsa da konuşurken heyecanlanan biriyim. Hasta kendini ergenlikten itibaren dengesiz, düşünmeden konuşan, duygudurumu nedensiz olarak değişen, istikrarsız, kendine güveni zaman zaman azalıp artan, ya enerji dolu ya da bitkin hisseden, düşük özgüven ile kendine aşırı güven arasında gidip gelen, kimi zaman az konuşan kimi zaman konuşkan, şakacı birisi olarak ifade ediyordu. Sosyal anksiyetesi ise özellikle 13- 14 yaşından sonra artmıştı. Başkalarının önünde konuşma yaptığında, telefon ettiğinde, yemek yediği sırada, ilgi odağı olduğunda, sınavlarda, otorite konumunda biriyle konuştuğunda, grup aktivitelerinde aşırı heyecanlanıyordu. Bu heyecan nedeniyle bu aktivitelerden kaçınmaları başlamış ve sıkıntılar zaman içinde ilerlemiş. Ayrıca, 14 yaşında keyifsizlik, mutsuzluk, ağırlık hissi ve durgunluk başlamış. O dönemde uykusu ve uykuya eğilimi artmış; iştahı ise

normalmiş. Ama bu durum mutlu bir olay olunca geçici olarak düzeliyormuş. Kişilik olarak, duygusal ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlı biriyim. Özellikle sonbahar ve kış aylarında bu sıkıntıları yaşıyorken, bahar ve yaz aylarını ise daha iyi geçiriyormuş.

Hasta ilk olarak 2000 yılında moklobemid 600 mg/gün tedavisi almış ve bu tedaviden yarar görmemiş. Askerlik döneminde (2002), benzer şekilde kış aylarında şikâyetleri başlamış ve yine moklobemid 300 mg/gün ve sülpirid 100 mg/gün tedavi almış ve bu tedavilerden yine yarar görmemiş. Sonrasında 2006 yılında sırasıyla sitalopram, paroksetin ve fluoksetin tedavileri (dozunu hatırlamıyor) almış ve yarar görmemiş. En son 2007 yılında venlafaksin 75 mg/gün tedavisi ile hem depresyonu, hem de sosyal fobisi tamamen düzelmiş ve 5-6 gün süren aşırı bir mutluluk, neşe, enerji ve kendine güven hali gelişmiş. Çekingenliği gitmiş ve aşırı aktif, yerinde duramayan konuşkan birisi olmuş. Uykuya olan ihtiyacı ise azalmış. Sonrasında bu durum normale dönmüş ve yeniden kullandığı ilaç etkisini kaybetmiş, eski haline dönmüş ve 1 yıl sonunda venlafaksini kesmiş.

Hastaya yapılan SCID-I'de DSM- IV' e göre (şimdi ve/veya geçmişte) siklotimi+sosyal fobi + major depresyon + antidepresana bağlı hipomani tanıları kondu.

### Olgu 2

30 yaşında, erkek hasta, bankacı, bekar. Hasta polikliniğe başvurduğunda uykusunun arttığını, işe gidemediğini, üzerinde bir ağırlık olduğunu, mutsuz, bitkin ve durgun olduğunu belirtti. Bu durumun mutlu olaylar olduğunda düzeldiğini söyledi. İnsan ilişkilerinde ise eleştirilme ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlı ve alıngan olduğunu söyledi. Özellikle şikayetleri, son 5-6 yıldır her bahar ve yaz aylarında ortaya çıkıyor ve kışları geçiyormuş. Ayrıca hastanın inişli-çıkışlı bir yaşam tarzı varmış. Aşık olup, çabuk sıkılıyor ve ilişkisini yürütemiyormuş. Kimi zaman enerjik kimi zaman ise somurtkan ve mutsuz oluyormuş. Kimi dönem kendine güvenli, kimi zaman ise güvensizmiş. Kendisi bu durumu "ya terfi alıyorum, ya da istifa ediyorum. Ortası yok, bir işte düzen tutturamıyorum" şeklinde belirtti. Yakınmaları ergenlik döneminde durgunluk şeklinde başlamış. Çocukken çekingen olan hastada sınıfta konuşurken titreme, heyecan ve nefes darlığı başlamış. Bu nedenle konuşmaktan ve rezil olmaktan korktuğundan, sınıfta konuşma ve aktivitelerden kaçınma başlamış. Yabancı ortamlarda heyecanlanma, zorunlu olmadıkça alışverişe gitmeme ve sosyal ortamlardan kaçınma şeklinde devam etmiş. En büyük korkusunun titreme ve yüz kızarma korkusu olduğunu ve bu nedenle kalabalık içindeyken çok korktuğunu ifade ediyor.

Hastanın paroksetin alırken hızlı bir düzelmesi ve ardından gelişen hipomanik dönemi olmuş ve o dönemde "sorunlarım tamamen bitti" diye düşünerek ilacı kesmiş. O dönemde aşırı konuşma, hareketlilik, aşırı mutluluk ve aşırı kendine güven duygusu başlamış ve uykusu azalmış. Paroksetin ile hipomani döneminde sosyal fobisi tamamen düzelmiş. Bu hastaya, SCID-I DSM- IV'e göre (şimdi ve/veya geçmişte) siklotimi+ major depresyon + antidepresana bağlı hipomani + sosyal fobi tanıları konmuştu.

### Olgu 3

28 yaşında, kadın hasta, üniversite mezunu, dekorasyon alanında çalışıyor, bekar. Hasta sosyal ortamlarda heyecanlanma ve kaçınma sorunlarıyla başvurdu. Hastanın yakınmaları ortaokul yıllarında okul değişimi ile başlamış. O dönemde durgunlaşmış ve içine kapanmış. Birkaç yıl sonra yeniden derslere ve hayata uyum sağlamış, ama topluma karşı hep mesafeli kalmış. Bu durumdan sonra okulda ya da kalabalıkta söz alama-

ma, konuşurken çarpıntı, terleme, nefes yetmemesi, sesinde titreme, kalabalıktan kaçınma mevcutmuş. Üniversite bitiminde kendi küçük aile firmasında çalışmayı tercih etmiş. Yeni ortamlara giremiyor ve yeni kişilerle tanışamıyormuş. Yalnız yaşıyor ve sosyal ortamlardan kaçınıyor. Hastada dengesizlik ve istikrarsızlık varmış. İş veriminin nedensiz olarak azalıp arttığını, kimi zaman çok neşeli iken birden ağlamaya başladığını, kimi zaman canlı iken kimi zaman somurtkan olduğunu, kendine güveninin nedensiz olarak azalıp arttığını ifade etti.

Depresyon dönemlerinde uykusunun arttığını, iştahının artıp kilo aldığını, işlerini yürütmekte zorlandığını, üzerinde bir ağırlık olduğunu, bitkin ve durgun olduğunu, enerjisinin bittiğini ifade etti. Bu durumun mutlu olaylar olduğunda düzeldiğini, ama sonra tekrar başladığını, insan ilişkilerinde eleştirilmeye ve reddedilmeye duyarlı olduğunu ifade etti. Bu durum özellikle son 5 yıldır her sonbahar ve kış aylarında ortaya çıkıyor, ilkbahar ve yaz aylarında ise geçiyormuş.

On yedi yaşından bu yana sertralin, fluoksetin, mirtazapin vb. antidepresan tedaviler görmüş. Paroksetin tedavisi alırken aşırı mutluluk, aşırı konuşma, hareketlilik, enerji artışı, cinsel istek artışı ortaya çıkmış. Uykusu azalıp, enerjisi artmış. Bu dönem 5-6 gün sürmüş ve paroksetine valproat 500 mg/gün eklenmiş. Bu hipomanik dönemde sosyal fobi tamamen düzelmiş. Bu hastaya DSM-IV SCID-I testinde (şimdi ve/veya geçmişte) siklotimi+ major depresyon + antidepresana bağlı hipomani + sosyal fobi tanısı konmuştur. Bu hastada da sosyal fobi hipomani döneminde tamamen silinmiştir.

### Olgu 4

17 yaşında, erkek hasta, öğrenci. Hasta mutsuzluk, sıkıntı hali ve sık sık tuvalete gitme ihtiyacı ile başvurdu. Dört yıldır bu yakınmalarının olduğunu söyledi. İlkokuldan bu yana kalabalık önünde konuşamama ve kalabalıktan kaçınma, öğretmenleriyle konuşurken heyecanlanma, birisi bakarken yazı yazamama, telefon çaldığında konuşurken zorluk, yeni kişilerle tanışmakta zorlanma, alışverişten kaçınma, sosyal ortamlarda ilgi odağı olduğunda sıkıntı hissi mevcuttu. Tuvalete gitme ihtiyacı kalabalıkta, sınıfta ve eve misafir geldiğinde ortaya çıkıyordu. Hasta tuvaleti olmadığı halde tuvalete kaçarak rahatladığını ifade ediyordu. Ayrıca uykusunun arttığını, iştahının kesildiğini, üzerinde bir ağırlık olduğunu ve derslere bile gidemediğini ifade ediyordu. Bu durumun mutlu olaylar olduğunda düzeldiğini sonra tekrar başladığını söyledi. İnsan ilişkilerinde ise eleştirilme ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlı ve alıngan

biriymiş. Hasta kişilik olarak çok dengesiz ve istikrarsız olduğunu, duygudurumunun nedensiz olarak değiştiğini, enerjisinin değişken olduğunu, kendine güveninin azalıp arttığını ifade ediyordu.

Bu durum özellikle son 4 yıldır her yaz ortaya çıkıyor, özellikle sonbaharda yaşadığı okul sorunlarına yönelik antidepresan başlanıyormuş. Okul dönemi nispeten rahat geçiyormuş. Antidepresan alırken aşırı mutluluk, aşırı konuşma, hareketlilik, enerji artışı, cinsel istek artışı ve çok konuşma şeklinde belirtiler yaşıyormuş. Uykusu azalıp, enerjisi artıyormuş. O dönemde kendine güveninin aşırı arttığını ve sosyal fobisinin tamamen düzeldiğini belirtiyor. Hatta tamamen düzeldiğini düşünerek baharda ilacını kesiyormuş. Sonra yeniden yazın hastalığı ortaya çıkıyormuş. Hasta bu şekilde 3 kez bahar aylarında bir kez sertraline bağlı, iki kez de essitaloprana bağlı hipomani geçirmiş. Hastaya yapılan DSM-IV SCID-I testinde (şimdi ve/veya geçmişte) siklotimi+sosyal fobi + major depresyon + antidepresana bağlı hipomani tanısı kondu.

### Olgu 5

37 yaşında, erkek hasta, torna tesviye işinde çalışıyor. Hasta son 3 aydır süren keyifsizlik, mutsuzluk, sıkıntı, huzursuzluk ve işe karşı isteksizlik yakınmaları ile başvurdu. Ayrıca uykusunun arttığını, iştahının hafif arttığını, işlerini yürütmekte zorlandığını, üzerinde bir ağırlık olduğunu, bitkin ve durgun olduğunu, enerjisinin bittiğini ifade etti. Bu durumun mutlu olaylar olduğunda düzeldiğini sonra tekrar başladığını söyledi. İnsan ilişkilerinde ise eleştirilme ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlı ve alıngan biri olduğu öğrenildi.

Hastada sorunlar ilkokul yıllarında okulda uyum zorluğu, kekeleme, heyecanlanma şeklinde başlamış. Hasta kişilik olarak ergenlikten itibaren çok dengesiz ve istikrarsız olduğunu, iş veriminin nedensiz olarak azalıp arttığını, kimi zaman çok istekli iken, birden kafasının karıştığını ve kendisini işe veremediğini, kimi zaman canlı iken, kimi zaman somurtkan olduğunu, kendine güveninin azalıp arttığını ifade ediyordu. İlk evliliğini 19 yaşında iken yapmış ve problemlerli bir evlilik dönemi olmuş. "Eşimde bir sorun yoktu. Ben dengesizdim." diye ifade ediyor. Ortalama her yıl kış aylarında mutsuz ve içine kapanık iken, bahar ve yaz aylarında daha iyiymiş. Hatta hasta bahar aylarında aşırı mutluluk, aşırı konuşma, hareketlilik, enerji artışı, cinsel istek artışı, kendine aşırı güven artışı olan dönemler yaşadığını ifade ediyordu. Bu dönemler kimi zaman 2-3 gün, kimi zaman ise 5-6 güne çıkabiliyormuş. Otuz beş yaşında ve evliyken kendine aşırı güven artışı olduğu bir dönemde kız ka-

çırmış. "Benim gibi pısırık bir adam nasıl bu işi yaptı, hala şaşırıyorum" diye ifade ediyordu. Kış aylarında yeniden depresyon döneminde ise kendi ifadesiyle "dibe vurduğum" dediği bir dönem yaşamış ve kaçırdığı kızı bırakarak eski eşine dönmüştü. Hastadan tekrar öykü alındığında kalabalık önünde konuşamama, patrona karşı konuşurken heyecanlanma, birisi bakarken yazı yazamama, telefon çaldığında konuşurken zorluk, yeni kişilerle, özellikle kızlarla tanışmakta zorlanma, alışverişten kaçınma, sosyal ortamlarda ilgi odağı olduğunda zorlanma şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hipomanik dönemde ise bu durum tamamen kayboluyor ve tam tersine dönüyormuş. Hastaya venlafaksin 75 mg/gün tedavisi başlandı. Hastada çok hızlı bir düzelme oldu ve hasta hipomanik döneme girdi. Hastaya yapılan DSM-IV SCID-I testinde (şimdi ve/veya geçmişte) siklotimi+ Sosyal fobi + BB-II tanısı kondu.

### TARTIŞMA

Bipolar bozukluğun DSM-IV'deki sınıflamasının oldukça kısıtlı olduğuna, DSM-5 sınıflamasında ise bazı değişiklikler olmasına rağmen BB olan birçok kişinin hala teşhis edilemediğine inanılmaktadır. Süreç içinde, bu sorunun genişletilmesine çalışılmıştır ve "Bipolar Bozukluklar Spektrumu" yeniden sınıflandırılmıştır.<sup>1</sup> "Soft bipolar" hastaları dâhil etmek üzere, klasik BB-I ve BB-II kategorilerine yeni kategoriler eklenmiştir. Bu yeni sınıflamaya göre;

- Siklotimisiz spontan hipomanili MDE hastaları, "BB-II" olarak,
- Siklotimik tüm MDE hastaları, "BB-II ½" olarak,
- Yalnızca antidepresanlar ile ilişkilendirilen (ve siklotimi olmayan) hipomanili MDE hastaları "BB-III"olarak,
- Hipertimik mizaç kriterlerini karşılayan MDE (siklotimisiz ve ayrı hipomanik epizodları olmayan) hastaları "BB-IV" alt grubuna ayrılmıştır.<sup>1</sup>

Ancak "soft bipolar" alt grupları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı azdır. Burada sunulan beş olgu bildirimini, BB-II ½ ve BB-III arasındaki yakın ilişkiye ışık tutabilir. Sunulan tüm olgular siklotimik mizaçlı, atipik depresif epizodları olan ve aynı zamanda sosyal fobisi bulunan, mevsimsel özellik gösteren ve antidepresan tedavi ile hipomanik kayma sergileyen hastalardır.

Major Depresyonu olan hastaların yaklaşık % 15-35' inde atipik bir epizod vardır.<sup>4-9</sup> Atipik depresyon olan hastaların önemli bir kısmında, hatta bazı çalışmalarda üçte ikisi gibi bir oranda, bipolar bozukluk spektrumu

kriterlerinin karşılandığı bildirilmiştir.<sup>10-12</sup> Bundan başka unipolar depresyon hastalarının depresif epizodlarına kıyasla, bipolar depresif epizodlarla seyreden hastaların atipik özellikleri ile daha yaygın olarak karşılaşılmaktadır.<sup>12</sup> Bu bulgular atipik depresyon özelliklerinin bipolar depresyon ile yakından ilişkide olduklarını göstermektedir. Ayrıca siklotiminin,<sup>11,12</sup> eşlik eden sosyal fobinin<sup>4,9,10,13,14</sup> ve mevsimsel düzenin<sup>10</sup> atipik depresyon hastalarında yaygın olarak bulunduğu bildirilmiştir. Ek olarak özellikle depresyon, siklotimi ve sosyal fobi hastalarının monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO-İ) tedavisine iyi yanıt verdikleri gerçeği, bu özellikler arasında potansiyel bir psikobiyojik mekanizma olabileceği inanişini artırmaktadır.<sup>12,15,16</sup>

Bazı çalışmalar<sup>17,18</sup> bu çıkarımı desteklemese de, mevsimsel düzeni olan depresif hastalar yorgunluk, hipersomni, hiperfaji ve kilo artışı gibi atipik özellikleri daha sık olarak sergilemektedir.<sup>19,20</sup> Bu atipik özelliklerin bulunması, bazı araştırmacıların depresyonun mevsimsel düzeninin atipik bir depresyon şekli olabileceğini ileri sürmelerine yol açmıştır.<sup>21</sup> Mevsimsel affektif bozukluğu olan hastaların %20 kadarında BB-I veya BB-II bozukluk olacaktır<sup>22</sup> Mevsimsel düzeni olan depresif hastalarda, mevsimsel olmayan hastalara göre anksiyete skorları daha yüksektir ve eşlik eden sosyal fobi daha yaygındır.<sup>23</sup> Bipolar hastalarda eşlik eden sosyal fobi prevalansı da yüksektir.<sup>24,25</sup> Bir çalışmada bu oranın bipolar hastaların %47'si gibi yüksek bir oranda iken genel nüfusun yalnızca %13'ü olduğu bildirilmiştir.<sup>24</sup> Bununla birlikte, sosyal fobisi olan hastalarda eşlik eden bipolar depresyon oranı yüksektir.<sup>26</sup> Eşlik eden sosyal fobisi ve bipolar depresyonu olan hastaların çoğunda, sosyal fobi bipolar bozukluktan daha önce başlamaktadır. Major depresif epizodu olan hastaların ardışık beş yıllık bir dönemde izlendiği yakın zamandaki bir çalışmada, sosyal fobinin bipolar kayma için anlamlı bir gösterge olduğu bulunmuştur.<sup>27</sup> Himmelhoch sosyal fobisi olan 32 hastayı MAO-İ ile tedavi etmiş ve bu tedavi ile düzelen 18 hastanın 14'ünde hipomanik semptomların olduğunu bildirmiştir.<sup>28</sup> Vardıkları sonuçlar sosyal fobisi olan hastaların gerçekte bipolar bozukluk spektrumuna dahil olduklarını ve antidepresan tedavinin bu özelliğin oluşmasına yardım edebileceğini göstermektedir.<sup>28</sup> Ayrıca bunun basit bir eştanı olmadığı, ancak hipomanik kayması olan bu hastadaki sosyal anksiyetenin bipolar bozukluğun inhibisyonundan kaynaklanan bir gösterge olabileceği belirtilmiştir. Sosyal fobi semptomlarının bizim olgumuzda hipomanik epizod sırasında ortadan kaybolması gerçeği, bu düşünceyi desteklemektedir.<sup>26,28</sup>

Siklotimik mizaç özellikleri olan hastaların % 44'ünün ve siklotimik özellikleri olmayan hastaların %4'ünün antidepresan tedavi ile ortaya çıkan hipomanik epizodlar sergiledikleri bildirilmiştir.<sup>29</sup> Bu sonuçlar, siklotimik hastalarda hipomanik kayma riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu kanıtlar yukarıda özetlenen literatür bulguları birlikte ele alındığında, atipik özellikleri ve mevsimsel düzeni olan ve eşlik eden sosyal fobisi bulunan depresif epizod hastaları, hipomanik kaymaya duyarlı bir alt grup olabilir. Burada sunulan beş olgu bildirimini de bu spekülasyonu desteklemektedir. Ancak bu olgu serileri bipolar bozukluk spektrumu, sosyal fobi, siklotimi, mevsimsel ve atipik depresyon arasında bir nedensellik bağlantısı olduğu sonucuna ulaşmamızı sağlamaz. Bipolar bozukluk spektrumu, sosyal fobi, mevsimsel ve atipik depresyonun iç içe girmesine neden olan gelişim yollarına ait derin araştırmalar oldukça ilgi çekici olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 517-534.
2. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche E. Validating the soft bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: the prominence of BP-II 1/2. *J Affect Disord* 2006; 96: 207-213.
3. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23: 68-73.
4. Alpert JE, Uebelacker LA, McLean NE, Nierenberg AA, Pava JA, Worthington JJ, ve ark. Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: cooccurrence and clinical implications. *Psychol Med* 1997; 27: 627-633.
5. Derecho CN, Wetzler S, McGinn LK, Sanderson WC, Asnis GM. Atypical depression among psychiatric inpatient clinical features and personality traits. *J Affect Disord* 1996; 39: 55-59.
6. Horwath E, Johnson J, Weissman MM, Hornig CD. The validity of major depression with atypical features based on a community study. *J Affect Disord* 1992; 26: 117-126.
7. Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Jonathan R. Davidson, MD, Jonathan W, ve ark. Depression with atypical features in the National Comorbidity 2003.
8. Parker G, Roy K, Mitchell P, Wilhelm K, Malhi G, Pavlovic DH. Atypical depression: a reappraisal. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1470-1479.
9. Thase ME. Recognition and diagnosis of atypical depression. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (Suppl 8):11-16.
10. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Zhang H, Merikangas K. Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study. *J Affect Disord* 2002; 72: 125-138.

11. Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L, Cecconi D, Mastrocinque C, Patronelli A, ve ark. The high prevalence of soft bipolar (II) features in atypical depression. *Comp Psychiatry* 1998; 39: 1-9.
12. Benazzi F. Chronic atypical major depressive episode in private practice: unipolar and bipolar II. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 418-423.
13. Dilsaver SC, Qamar AB, del Medico VJ. Secondary social phobia in patients with major depression. *Psychiatry Res* 1992; 44: 33- 40.
14. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF. Generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 230-237.
15. Liebowitz MR, Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ, Harrison WM, Markowitz JS, ve ark. Antidepressant specificity in atypical depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 45: 129-137.
16. Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, Hollander EH, Fyer A, Gorman J, ve ark. Phenelzine vs. atenolol in social phobia: a placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 290-300.
17. Srivastava S, Sharma M. Seasonal affective disorder: report from India (latitude 26 degrees 45'N). *J Affect Disord* 1998; 49: 145-150.
18. Sullivan PF, Kessler RC, Kendler KS. Latent class analysis of lifetime depressive symptoms in the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1398-1406.
19. Mechri A, Zaafrane F, Mrad A, Khiari G, Dogui M, Gaha L. Seasonal depressive disorder: a controlled study in Tunisian psychiatric sample. *Tunis Med* 2004; 82: 431-437.
20. Tam EM, Lam RW, Robertson HA, Stewart JN, Yatham LN, Zis AP. Atypical depressive symptoms in seasonal and non-seasonal mood disorders. *J Affect Disord* 1997; 44: 39-44.
21. Westrin A, Lam RW. Seasonal affective disorder: a clinical update. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19: 239-246.
22. White DM, Lewy AJ, Sack RL, Blood ML, Wesche DL. Is winter depression a bipolar disorder? *Compr Psychiatry* 1990; 31: 196-204.
23. Levitt AJ, Joffe RT, Brecher D, MacDonald C. Anxiety disorders and anxiety symptoms in a clinic sample of seasonal and non-seasonal depressives. *J Affect Disord* 1993; 28: 51-56.
24. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997; 27: 1079-1089.
25. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Denicoff KD, ve ark. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 420-426.
26. Perugi G, Toni C, Akiskal HS. Anxious-bipolar comorbidity. Diagnostic and treatment challenges. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 565-583.
27. Holma KM, Melartin TK, Holma IA, Isometsä ET. Predictors for switch from unipolar major depressive disorder to bipolar disorder type I or II: a 5-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1267-1275.
28. Himmelhoch JM. Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues. *J Affect Disord* 1998; 50: 203-213.
29. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 1227-1233.