
Siklotimik Bozukluk

Yrd. Doç. Dr. Adnan CANSEVER*, Prof. Dr. Aytakin ÖZŞAHİN*

Siklotimik bozukluk, hipomani ve hafif şiddette depresyon dönemlerinin sık aralıklarla yer değiştirdiği, kronik bir duygudurum bozukluğudur. Süre ya da şiddet bakımından major depresyon ölçütlerini karşılamayan subklinik depresyon ve kısa hipomani epizodlarının dönüşümlü olarak birbirini izlemesi bozukluğun tipik özelliğidir (APA 1994).

Doğuştan gelen, kişilik yapısı ile ilişkili, sınırdan bir bozukluk olarak kabul edilmesi ve tedavi başvurularının az olması nedeni ile siklotimi yeteri kadar araştırmaya konu olmamıştır. Ancak son yıllarda düşünüldüğünden sık görüldüğünün fark edilmesi, bu alana olan ilgiyi arttırmıştır. Güncel psikiyatri de, diğer tıp dallarında olduğu gibi, hastalıkları moleküler düzeyde inceleme olanağı tanıyan gelişmiş koşullardan istifade etmektedir. Bu çerçevede sürdürülen çalışmalardan elde edilen sonuçlar, siklotimik bozukluğun bir duygudurum bozukluğu olduğunu göstermektedir (Howland ve Thase 1993).

TARİHÇE

Siklotimi tanımlaması ilk kez Hecker tarafından, günümüzde şizoaffektif bozukluk benzeri bir tabloyu tanımlamak üzere kullanılmıştır. Kahlbaum hastane tedavisini gerektirmeyen, iyi prognozlu

subklinik duygudurum bozukluklarının varlığından söz etmiş ve bu tabloları hipertimi, siklotimi ve distimi olarak adlandırmıştır. Kraepelin, siklotimi duygudurum bozukluklarına zemin oluşturan bir kişilik bozukluğu olarak değerlendirmiştir. Schneider ise siklotimi manik depresif bozukluğun sinonimi olarak kullanmıştır (Brieger ve Mameros 1997).

Akiskal ve arkadaşlarının (1977) yaptıkları çalışmalarda elde edilen sonuçlar siklotiminin duygudurum bozuklukları ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. DSM-III'le (1980) diğer duygudurum bozuklukları başlığı altında sınıflama sistemi içine giren siklotimi, DSM-IV'te bipolar bozukluklar içerisinde, ICD-10'da ise distimik bozuklukla birlikte ayrı bir grup olarak yerini almıştır. Sınıflama sistemleri içinde yerini pekiştirmesine karşın siklotimik özelliklerin sadece duygudurum bozuklukları için değil, genel bir psikopatolojiye duyarlılığın göstergesi olduğu konusunda da görüşler mevcuttur (Fichtner ve ark. 1989).

EPİDEMİYOLOJİ

Siklotimik bozuklukla ilgili az sayıda epidemiyolojik çalışma vardır. Hastalığın erken yaşlarda ve yavaş seyirli bir başlangıç göstermesi, belirtilerin fark edilmesinin güçlüğü ve tedavi başvurusunun azlığı çalışma sayısının kısıtlı olmasının nedenleri arasında sayılabilir.

* GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

Siklotimik bozukluğa yaşam boyu yakalanma riskinin %0,4-1 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarından %3-5'inin siklotimik bozukluk tanısı aldığı bildirilmektedir (APA 1994). Başlangıç ergenlik ve genç erişkinlik dönemindedir. Olguların %50-70'inde başlama yaşı 15-25'dir. Kadın erkek oranı eşittir ancak tedavi başvurularının çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda daha yaygındır (Sadock ve Sadock 2000).

ETİYOLOJİ

Etiyolojiye yönelik çalışmalardan elde edilen sonuçlar, siklotimik bozuklukla bipolar bozukluklar arasında biyolojik bağlar olduğunu göstermektedir. Siklotimik bozukluğu olanların akrabalarının yaklaşık %30'unda bipolar duygudurum bozukluğu öyküsü pozitifdir. Bu oran bipolar bozuklukların aile öyküsünün pozitif olma oranına eşittir. Çalışmalarda, bipolar bozukluğu olanların soy ağacında siklotimik bozukluk bulunma oranının diğer psikiyatrik hastalıklardaki ya da normal popülasyondaki oranlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Depue ve ark. 1981, Dunner ve ark. 1976). Siklotimik bozuklukta antidepresana bağlı hipomani gelişme olasılığının fazla bulunması (Akiskal ve ark. 1985, Altshuler ve ark. 1995), lityum tedavisine cevap verme oranının %60 olması (Klein ve ark. 1985) gibi veriler de siklotiminin bipolar bozukluklarla bağlantısına işaret etmektedir. Daha çok bipolar I hastaları ile yapılan karşılaştırmalı araştırma verileri, siklotimik bozukluğun bipolar bozuklukların daha hafif bir alt tipi ya da rezidüel şekli olabileceği yönündedir. Bu veriler siklotimi ile bipolar bozuklukların etiyolojisinde rol oynayan biyolojik faktörlerin ortak olabileceğini düşündürmektedir (Howland ve Thase 1993).

Psikodinamik varsayımlara göre siklotimi, oral

dönemde yaşanan travmalar ve çatışmalarla ilişkilidir. Freud'a göre siklotimideki depresif belirtiler katı ve acımasız süperegonun ürünüdür. Hipomani ise, depresif bireyin eleştiren ve kısıtlayan süperegonun baskısından kurtulmasından kaynaklanmaktadır. Hipomanideki temel savunma mekanizması, kişinin gerçek ya da bilinç altı sorunlarından uzaklaşmasını sağlayan yadsımadır. Hipomani genellikle bilinç altı bir kayıp tarafından tetiklenir ve ortaya çıkan depresif ögeler öfori ile giderilmeye çalışılır. Bu yalancı öfori aslında kaybedilen sevgi nesnesine duyulan öfkenin ve bağımlılığın yadsınmasıyla ortaya çıkmaktadır. Hipomani ayrıca kayıp nesnenin yeniden kazanılacağı fantazisinin etkisiyle de gelişmiş olabilir. Yadsıma kısa sürelidir, hasta bir süre sonra yeniden kaygı ve depresif duygudurum içine girer. Yakınmalar buna göre şekillenir ve döngü oluşur (Tasman ve ark. 1997).

TANI

Siklotimik bozukluğun etiyolojisi ile ilgili kesin verilerin bulunmaması, tanı için tanımlayıcı yaklaşımların benimsenmesini zorunlu kılmaktadır. Siklotimik bozukluk tanı ölçütleri Tablo 1'de verilmiştir.

DSM-IV'e göre siklotimik bozukluk tanısı için ilk 2 yıllık sürede major depresyon, mani ya da mikst epizod ölçütlerini karşılayan bir atak bulunmaması gerekmektedir. İlk 2 yıldan sonra bu tür bir atak gözlenir ise siklotimik bozukluk ve bipolar bozukluk tanılarının birlikte kullanılması önerilmektedir (APA 1994).

Siklotimik bozukluk tanısındaki asıl önemli sorun hipomani ve mani ayırımının yapılmasıdır. DSM-IV'te hipomani ile mani ölçütleri ciddi biçimde örtüşmektedir (Tablo 2). Hipomani tanısı için psikotik özelliklerin bulunmaması, belirtilerin hastaneye yatmayı gerektirecek şiddette olmaması ve işlevselliği belirgin derecede bozmaması gerek-

Tablo 1. Siklotimik bozukluk tanı ölçütleri (DSM-IV)

A. En az iki yıl süreyle çok sayıda hipomanik dönemlerin ve major depresif epizod ölçütlerini karşılamayan depresif dönemlerin olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde bu süre en az 1 yıl olmalıdır.
B. 2 yıl boyunca (çocuk ve ergenlerde 1 yıl), A maddesinde söz edilen belirtilerin bulunmadığı, 2 aydan uzun süren semptomsuz bir dönem yaşanmamıştır.
C. Bu bozukluğun ilk 2 yılında major depresif epizod, manik epizod ya da mikst epizod geçirilmemiştir.

D. A tanı ölçütündeki belirtiler, şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanmaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan bozukluk üzerine binmiş değildir.
E. Bu belirtiler bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılan ya da tedavi için alınan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin; hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
F. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Tablo 2. Hipomani ölçütleri (DSM-IV)

- A. En az 4 gün süreli, depresif olmayan olağan duygudurumdan açıkça farklı, sürekli bir kabarmış, taşkın ve irritable duygudurum döneminin olması.
- B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az üçünün (duygudurum irritable ise dördünün) sürekli ve belirgin derecede bulunması.
- (1) benlik saygısında artma ya da grandiyözite,
 - (2) uyku gereksiniminin azalması (örneğin; sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendisini dinlenmiş hisseder),
 - (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya zorlama,
 - (4) fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışmış gibi birbiri ardına geliyormuş hissi,
 - (5) dikkat dağınıklığı (dikkatin önemsiz ya da alakasız bir uyarana kolayca yönelebilmesi),
 - (6) amaca yönelik uğraşlarda artma (toplumsal, iş ya da okulla ilgili ya da cinsel) ya da psikomotor ajitasyon,
 - (7) zevk veren ancak zararlı sonuçlar doğurma riski bulunan uğraşlara

- aşırı yönelme (örneğin; aşırı alışveriş yapma, düşüncesiz cinsel ilişkiler kurma, mantıksız iş yatırımları).
- C. Bu dönemdeki işlevsellikte, kişinin semptomatik olmadığı zamanlarındaki işlevselliğine göre açık bir değişiklik olur.
- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarıyla fark edilebilecek düzeydedir.
- E. Bu dönem toplumsal ve mesleki fonksiyonları belirgin derecede bozacak ya da hastaneye yatmayı gerektirecek derecede şiddetli değildir ve psikotik özellikler yoktur.
- F. Bu belirtiler bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılan bir madde, tedavi için uygulanan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin; hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Somatik antidepresan tedavilere (örneğin; ilaç, elektrokonvulziv tedavi, ışık tedavisi) bağlı geliştiği açık olan hipomani benzeri epizodlar bipolar II bozukluk olarak değerlendirilmemelidir.

mektedir. Ancak bipolar bozuklukların önemli bir bölümünde psikotik belirtiler yoktur. Psikiyatri pratiğinde hastaneye yatmanın birçok sosyal etkene bağlı olarak değişebilen bir özellik olduğu bilinmektedir. İşlevsellik kaybının objektif yöntemlerle belirlenebilmesinin zorluğu da ortadadır. Bu nedenlerle, hipomani-mani ayırımı tamamen klinisyenin yargısına, bir ölçüde deneyimine bağlıdır. Klinik belirtiler sayı, şiddet ya da süre gibi özelliklerden herhangi biri bakımından mani ölçütlerini karşılamıyorsa tanı hipomani olmalıdır. Aynı yaklaşım depresif belirtiler için de geçerlidir (Sadock ve Sadock 2000).

KLİNİK

Siklotimik bozuklukta tedaviye başvuru oranları düşüktür ve duygudurum değişiklikleri hastaların çok azında başvuru yakınması olarak dikkat çeker. Hastalar genellikle toplumsal çatışmalar, aile geçimsizliği, bireysel ilişkilerde tutarsızlık, madde kullanım bozukluğu ve davranış bozuklukları gibi nedenlerle psikiyatri servislerine başvururlar. Kendiliğinden başvurular çoğunlukla depresif dönemlerde gerçekleşir ve hasta hipomanik dönemlerden söz etmeyebilir. Yakınmalardaki depresif içeriğin primer bir depresif bozukluktan çok hipomanik dönemlerdeki davranış bozukluklarıyla ilişki olduğu dikkat çekicidir. "Düşüncelerinizin ve algılarınızın olağandan güçlü olduğu hissine kapıldığınız dönemler var mı? Duygularınızın sizin sınırlı olmanıza neden olacak kadar

heyecanlı ve şiddetli olduğu dönemler oluyor mu? Kabınıza sığmayacak kadar enerji yüklü olduğunuz dönemler yaşıyor musunuz?" şeklindeki sorular hipomanik dönemlerin ortaya çıkarılmasında yardımcı olabilir.

Subsendromal mani ve depresyon dönemlerinin sık aralıklarla yer değiştirmesi siklotimik bozukluğun tipik özelliğidir. Duygudurum değişiklikleri düzensiz aralıklarla, beklenmedik anlarda ve aniden ya da saatlerle ifade edilebilecek kısa sürelerde gerçekleşir. Hasta durgunlaşır, birden içe kapanır, evden dışarı çıkmaz, öz bakımı bozulmuştur, birkaç gün sonra canlı, neşeli, konuşkan bir halde yaşantısına devam eder. Bazı hastalar akşam mutlu yattıklarını, sabah kalktıklarında depresif olduklarını belirtirler. Bu değişiklikler genellikle bir nedene bağlı değildir, sürekli ve yıllar süren inatçı bir seyir gösterir.

Bipolar bozukluğun psikotik belirtiler dışındaki tüm belirtileri siklotimik bozuklukta da ortaya çıkabilir. Depresyon ve hipomani dönemleri günler hatta haftalar boyunca sürebilir. Bu dönemlerin uzun sürdüğü olgularda belirtiler şiddet ya da sayı bakımından major depresyon ya da mani ölçütlerini karşılamaz. Olguların bir kısmında belirtiler major depresyon ya da mani ölçütlerini karşılayacak düzeye yaklaşabilir ancak kısa sürelidir. Bazı hastalarda duygudurumun normal olduğu ara dönemler bulunabilir de, çoğunlukla birkaç gün süren dalgalanmaların olduğu, ara dönemsiz bir seyir

Tablo 3. Siklotimik bozuklukta klinik belirtiler (Akiskal ve ark. 1979)

	Depresif	Hipomanik
Objektif belirtiler	İçe dönük Sessiz, suskun Kolayca ağlamaklı Durgun	Girişken ve dışa dönük Konuşkan ve şakacı Umursamaz ve neşeli Hareketli
Subjektif belirtiler	Yorgunluk, somatik huzursuzluk Düşüncelerin yavaşlaması Tek yönlü değerlendirme Kendine güvensiz Karamsar	Enerji artışı Keskin düşünce Geniş ve çok yönlü değerlendirme Kendine aşırı güvenli İyimser ve kaygısız

gözlenir (Gelder ve ark. 1996, Güleç ve Köroğlu 1996, Tasman ve ark. 1997).

Siklotimik bozuklukta Tablo 3'te sıralanan belirtiler arasında gidip gelen bir klinik görünüm vardır (Akiskal ve ark. 1979). Hastaların yaklaşık yarısında klinik görünümüne hakim olan belirtiler depresif belirtilerdir. Bu hastaların tedaviye başvurma olasılıkları daha yüksektir. Bir kısım hastada ise hipomanik belirtiler ön plandadır ve bu hastalar genellikle tedavi için başvurma gereği duymazlar. Az sayıda hasta eşit süreli depresyon ve hipomani atakları olduğundan söz eder. Tüm siklotimik hastalarda iritabilitenin belirgin olduğu mikst dönemler mevcuttur (Sadock ve Sadock 2000).

Siklotimik bozukluğu olanların yaşamları karışık ve ilginç davranış bozuklukları ile doludur. Çok heveslidirler, birçok alanda birden uğraş gösterme çabasındadırlar. Gelecekleri parlak olduğu izlenimi uyandırır ancak sonuca ulaşıp, başarılı olmaları enderdir. İlgileri genellikle geçicidir. Sık sık iş ve ortam değiştirirler. Bir görüşte aşık olur, aynı hızla vazgeçerler. Sonuçlarını düşünmeden önüne gelenle birlikte olma, inançlarda değişiklikler gibi tutarsızlıklar gösterirler.

Siklotimik bozuklukta önemli bir sorun alanı da alkol ve madde kullanımınıdır. %50'sinde çoklu madde kötüye kullanımı, %30'unda madde bağımlılığı vardır (Sadock ve Sadock 2000). Bu oranlar toplum normallerinin üzerindedir. Madde kullanımının temel nedeni kendi kendini tedavi etme çabasıdır. Hipomanik belirtileri azaltmak için alkol, benzodiazepin, kannaabis ya da depresif belirtilerin üstesinden gelmek için kafein, amfetamin, kokain, halusinojen gibi maddeler kullanılabilir. Bazı hastalar hipomani dönemlerinde bile uyarıcı madde arayışındadırlar.

Siklotimik hastaların çoğunda işlevsellik bozulmuştur. Bu bozulma sosyodemografik özelliklere, sosyal desteğe, kültürel yapıya ve kişinin belirtilerin üstesinden gelme yeteneğine bağlı olarak değişik derecelerde olabilir. Toplumsal çatışmalar, kişiler arası ilişkilerde tutarsızlık, evlilik sorunları, iş ve okul performansında dalgalanmalar çoğu hastanın ortak sorunudur. Hipomanik ve depresif dönemlerde ilişkiler normal gibi görünse de, mikst epizodlarda hastalar genellikle dezorganize olur ve çatışma yaratan sosyopatik davranış bozukluklarının çoğu iritabilitenin belirgin olduğu mikst dönemlerde gerçekleşir.

Bazı siklotimik hastalarda üretkenlik, liderlik, sosyal hayat ve politikada girişkenlik, enerji artışı, keskin düşünce, etkileyici konuşma, kendine güven, az uyku ile uzun çalışabilme gibi özellikler olması ve başarının yakalanması mümkündür. Siklotimide görülen bipolaritenin, yetenekle birleştiğinde sanatsal etkinliklerde başarı konusunda yararlı olduğunu ileri süren görüşler bulunmaktadır. Depresyondaki bireyin olayları ayrıntılı olarak gözleyeceği ve hipomanide iken üreteceği varsayılmaktadır. Ya da tekrarlayıcı depresyon dönemlerinde ortaya çıkan kendine güven konusundaki şüphelerin, uyarıcı rol oynayarak, hipomanik dönemlerdeki çabayı tetiklediği ve bunun sanatsal üretkenlikte önemli olduğu ileri sürülmektedir. Siklotimik bozuklukta kaotik yaşam deneyimlerinin sanat için bulunmaz bir kaynak olduğu da bir diğer görüştür. Hipomani dönemlerinde içgörü ve distraktibilitenin manide olduğu kadar bozulmadığı ve bu hastaların başarılı olabileceği bir gerçektir. Ancak bu durum sınırlı sayıda hasta için geçerlidir ve çoğu hastada belirtiler işlevselliği bozacak ve tedavi gerektirecek şiddettedir (Sadock ve Sadock 2000).

Siklotimik hastalarının önemli bir bölümü depresif yakınmalarla başvurmaktadır. Antidepresan uygulanan siklotimik bozukluklu hastaların yaklaşık %40-50'sinde hipomani ya da mani ortaya çıkma riski bulunmaktadır (Akiskal ve ark. 1995, Altshuler ve ark. 1995). Bu nedenle, siklotimik bozukluk şüphesi uyandıran hastalarda belirtilerin kayıt edilmesi, ölçeklerden yararlanılması, hastaların en azından başlangıçta sık aralıklarla kontrollere çağırılması ve öykünün ayrıntılı biçimde değerlendirilerek tanı konması tedavinin doğru yönlendirilmesi bakımından önemlidir.

SEYİR

Siklotimik bozukluk genellikle ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlar. Başlangıç yavaş seyirli ve sinsidir. Hastaların bir kısmında dakikası dakikasına uymayan, hassas ve hiperaktif bir premorbid kişilik yapısı tanımlanabilir. Siklotimik bozukluk devamlı ya da kısa süreli remisyon dönemlerinin olduğu epizodik bir seyir izler. Kronik bir hastalıktır ve olguların yaklaşık 1/3'ünde bipolar bozukluklar ortaya çıkar. Daha çok bipolar II için risk oluşturduğu kabul edilmektedir (Akiskal ve ark. 1995). Bir kısım hastada ise major depresyon ataklarının görülmesi mümkündür. Major depresif epizodlar öncesinde genellikle hipomanik bir atak vardır ve major depresyon düzeldikten sonra yine siklotimik belirtiler devam eder. Bipolar bozuklukların ve major depresyonun eklenmesi tedaviyi güçleştirir. Bazı olgularda tam iyileşmeler görülebilirse de tedavi edilmediğinde genellikle ömür boyu devam eder (Tasman ve ark. 1997).

AYIRICI TANI

Normalde de duygudurum dalgalanmaları olabilir ancak bu değişiklikler siklotimideki kadar belirgin ve sürekli değildir. Normal coşku ve sevinç siklotimiyle karıştırılmamalıdır. Normal coşku ve sevinç bir nedene bağlıdır ve yeni bir neden olmadıkça tekrarlamaz. Bazı kişilik yapılarında baskın duygudurum özellikleri bulunabilir. Örneğin; depresif kişilikler kolayca hüznlenir, hipertimik kişiler kolayca neşelenir, siklotimik hastalar ise kolayca duygudurum dalgalanmaları gösterir.

Hipertimide ve bipolar II bozuklukta da hipomani görülebilir. Hipertimi bir kişilik yapısıdır ve hareketlerde canlılık, kolay neşelenme, bilişsel fonksiyonlarda iyilik gibi özellikler taşır. Doğuştan beri var oluşu ve nedensiz depresif dönemlerin

bulunmayışıyla siklotimik bozukluktan ayrılır. Bipolar II'deki hipomani genellikle depresyon ataklarından sonra gelen, kısa süreli ataklar şeklindedir ve siklotimik bozukluktaki gibi kısa aralıklarla tekrarlayıcı bir özellik taşımaz.

Sık döngülü bipolar bozukluklar, duygudurum epizodlarının mani, mikst epizod ya da major depresyon ölçütlerini karşılayacak şiddet ve sürede olmasıyla siklotimik bozukluktan ayrılır.

Kortikosteroidler, bronkodilatörler, vazokonstriktif ajanlar, alkol, kokain ve halusinojen gibi psikoaktif maddeler duygudurum değişikliklerine neden olarak ayırıcı tanıda güçlükler oluşturabilir. Şüpheli olgularda 1 aylık bir arınma döneminden sonra hasta yeniden değerlendirilmelidir. Özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan ve atipik özellikler taşıyan olgularda diğer tıbbi durumlara bağlı duygudurum bozukluğu (örneğin; multiple skleroz, hipertiroidi) akla gelmelidir.

Siklotimik bozukluk borderline kişilik bozukluğundaki duygudurum değişiklikleri ile karıştırılabilir. Borderline kişilik bozukluğunda siklotimik bozukluk bulunma oranının diğer kişilik bozukluklarındaki oranlardan yüksek olduğu (%10-20) ve ayırıcı tanının çok zor olabileceği bildirilmektedir (Levitt ve ark. 1990). Borderline kişilik bozukluğunda gözlenen idealizasyon ve devalüasyonla belirgin obje ilişkileri, kimlik karmaşası, özellikle kendine zarar verici impulsif davranış bozuklukları, kronik boşluk hissi, uygunsuz öfke ve öfke kontrol sorunları gibi diğer belirtilerin varlığı ayırıcı tanıda yardımcıdır. Her iki tanının ölçütlerinin de karşılandığı durumlarda komorbid tanı düşünülmelidir.

Ayırıcı tanının özellikle güç olduğu erişkin tipi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda metilfenidat uygulanarak bir sonuca ulaşılmaya çalışılabilir. Metilfenidatın klinik yarar sağlaması dikkat eksikliği, belirtileri arttırması siklotimik bozukluk lehinedir.

TEDAVİ

Siklotimik bozukluğun tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçlar mizaç stabilizatörleridir. Hipomanik ataklarını alevlendirme riskinden dolayı antidepresan tedavilerden kaçınılmalıdır. En çok lityumla ilgili çalışmalar varsa da karbamazepin ve valproat da tedavide yararlıdır. Lityum kan düzeyi 0.7-1.0 mEq/L düzeyinde tutulmalı ve tedavi ömür boyu

sürdürülmelidir. Lityum kullanan hastaların yaklaşık %60'ı tedaviden yarar görmektedir (Akiskal ve ark. 1979).

Farmakolojik tedavilerle birlikte hastalık belirtilerine ve duygudurum dalgalanmalarına karşı içgörüyü geliştirmeye, hipomani epizodlarında gerçekleşen olumsuzlukların sonuçlarını düzeltmeye ve başa

çıkma mekanizmalarını geliştirmeye yönelik bireysel psikoterapi girişimleri tedavinin değerini artırabilir. Ayrıca destekleyici, eğitici ve tedavi edici grup ve aile tedavilerinin de yararlı olduğu bildirilmektedir. Psikososyal tedavilerin, farmakolojik tedaviye uyumu artırması bakımından ayrı bir önemi vardır (Sadock ve Sadock 2000).

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III), Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC. s.363-366.
- Akiskal HS, Djenderedjian AH, Rosenthal RH ve ark. (1977) Cyclothymic disorder: Validity criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry*, 134: 1227-1233.
- Akiskal HS, Downs J, Jordan P ve ark. (1985) Affective disorders in referred children and younger siblings of manic depressives. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 996-1003.
- Akiskal HS, Khani M, Scott-Strauss A ve ark. (1979) Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 2: 527.
- Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ ve ark. (1995) Switching from 'unipolar' to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 114-123.
- Altshuler LL, Post RM, Leverich GS ve ark. (1995) Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: A controversy revised. *Am J Psychiatry*, 152: 1130.
- Brieger P, Marneros A (1997) Dysthymia and Cyclothymia: Historical origins and contemporary development. *J Affective Disord*, 45: 117-126.
- Depue RA, Slater JF, Wolfstetter-Kausch H ve ark. (1981) A behavioral paradigm for identifying persons at risk for bipolar depressive disorder: A conceptual framework and five validation studies. *J Abnorm Psychol*, 90: 381-437.
- Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK (1976) Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry*, 11: 31-42.
- Fichtner CG, Grossman LS, Harrow M ve ark. (1989) Cyclothymic mood swings in the course of affective disorders and schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 146: 1149-1159.
- Gelder M, Gath D, Mayou R ve ark. (1996) Oxford Textbook of Psychiatry. 3. Baskı, New York, Oxford University Press, s.117-118.
- Güleç C, Köroğlu E (1997) Psikiyatri Temel Kitabı, 1. Cilt, Ankara, s.435-437.
- Howland RH, Thase ME (1993) A comprehensive review of cyclothymic disorder. *J Nerv Ment Dis*, 181: 485-493.
- Klein DN, Depue RA, Slater JF (1985) Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. *J Abnorm Psychol*, 94: 115-127.
- Levitt AJ, Joffe RT, Ennis J ve ark. (1990) The Prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 51: 335-339.
- Sadock BJ, Sadock VA (2000) Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia, USA., Williams and Wilkins, s.1361-1364.
- Tasman A, Kay J, Lieberman JA (1997) Psychiatry. 1. Cilt, Philadelphia, USA., s.967-968.