

# Siklotimik Bozukluk

Murat Kuloğlu<sup>1</sup>, Ali aykyl<sup>1</sup>, Yakup Albayrak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doç.Dr., <sup>2</sup>Dr., Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

## ÖZET

Siklotimik bozukluk; psikiyatri alanında tanımlanması ve ayrıntılandırılması en zor bozukluklardan biridir. Siklotimi genellikle erken yaşlarda sinsi bir şekilde başlayan DSM-IV-TR'ye göre subsendromal düzeyde depresyon ve hipomaninin sık ve kısa döngüleriyle karakterize bipolar bozukluğun bir formudur. Ancak siklotiminin tanısı için DSM-IV-TR'nin kriterlerinden ziyade duygulanım, aktivite ve kognisyondaki değişimlerin tanı için daha aııklayıcı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hipomaninin tanımı ile ilgili kavramsal karışıklıklar nedeniyle tanı konulmasında bazı güçlüklerle karışılaşılabilmektedir. Siklotimik bozukluğun etiyolojisine yönelik çalışmalarda farklı modeller ne sürülmüştür. Son yıllarda özellikle genetik-ailesel çalışmaların ön planda olduğu göze çarpmaktadır. Etiyolojiye yönelik çalışmalardan elde edilen sonuçlar, siklotimik bozuklukla bipolar bozukluklar arasında biyolojik bağlar olduğunu düşündürmektedir. Özellikle siklotimik mizacın bipolar II bozukluğu açısından genetik-ailesel yatkınlık oluşturacağı ne sürülmüştür. Siklotimi; erken yaşlarda başlaması, tanısında karışılaşılan zorluklar, klinik görünümünün çeşitliliği, semptomlarının belirlenmesinin güçlüğü, sınırda bir bozukluk olarak kabul edilmesi ve tedaviye başvuruların azlığı gibi nedenlerle yeteri kadar araştırmaya konu olmamıştır. Ancak son yıllarda artan sayıda ve özellikle etiyolojisi ile tanı geçerliliği ve güvenirliliğine yönelik çalışmalar göze çarpmaktadır. Türkçe literatürde siklotiminin genel olarak tartışıldığı çok az sayıda makale bulunmaktadır. Bu derlemeyi yazmaktaki amacımız, siklotimik bozukluğun tarihçesi, epidemiyolojisi, etiyolojisi, klinik özellikleri, ayırıcı tanısı ve tedavisini bütüncül olarak değerlendirerek konuya ışık tutmaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Siklotimik bozukluk, klinik grnm, tanı, tedavi

(*Klinik Psikiyatri* 2007; 10:216-222)

## SUMMARY

### Cyclothymic Disorder

Cyclothymic disorder is one of the most difficult disorder to be recognized and be detailed in the psychiatric area. Cyclothymia begins usually insidiously early ages and according to DSM-IV-TR it is a form of bipolar disorders that is characterized by frequent and short cycles of sub-syndromal depression and hypomania. However for diagnosis of cyclothymia, it is considered that changes in affectivity, activity and cognition is more illustrative than DSM-IV-TR criteria. Additionally because of the conceptual confusion in the definition of hypomania, some difficulties are seen in diagnosing. Different models have been suggested in the studies for the etiology of cyclothymic disorder. Recently, genetic and family studies are particularly considerable. Results of etiology-oriented studies to suggest that there are some biological associations between cyclothymic disorder and bipolar disorders. Particularly, it has been suggested that cyclothymic mood would be a genetic-familial predisposition for bipolar II disorder. Cyclothymia has been researched insufficiently because of the reasons like as; early onset, the difficulties in diagnosis, variety of the clinical appearance, difficulties in the determination of its symptoms, being accepted as a border disorder and rarely seeking for the treatment. However recently, there has been an increasing number of etiology, diagnose validity and reliability-oriented studies. In Turkish literature there are few studies in which cyclothymia is discussed generally. In this paper, our aim is to evaluate and enlighten the history, epidemiology, etiology, differential diagnosis and treatment of cyclothymia in a holistic way.

**Key Words:** Cyclothymic disorder, clinical appearance, diagnosis, treatment

## GİRİŞ

Siklotimik bozukluk en az iki yıl süren sayısız duygudurum dalgalanmalarıyla giden hipomanik belirtileri major olmayan disforinin izlediği, aradaki normal duygudurum döneminin günler ve haftalar olduğu, ancak iki ayı geçmediği bir durumla karakterizedir. İlk iki yıl boyunca major depresyon, mani ya da karma dönemin ölçütlerini karşılayacak belirtiler bulunmamaktadır. Psikotik bozukluklar ya da madde kullanımı gibi başka bir bozukluk belirtilerinin nedeni olarak gösterilemez ve bu duruma bağlanan işlevsellik kaybı ve sıkıntının ciddi olması gerekmektedir. Distimik bozukluk gibi siklotimik bozukluğun tanı ölçütlerinde, çıkarsama yoluyla belirlenmiş olmasından dolayı etiyolojik olarak diğer bipolar bozukluklardan ayrılmasını sağlayacak bilgilerin henüz mevcut olmadığı öne sürülmüştür (Stewart ve ark. 2006).

Siklotimik bozukluk; erken yaşlarda başlaması, klinik görünümünün çeşitliliği, sınırda bir bozukluk olarak kabul edilmesi, semptomlarının belirlenmesinin güçlüğü, tedaviye başvurularının azlığı gibi nedenlerle önceki yıllarda klinisyenler tarafından yeterli ilgiyi görememiştir (Howland ve Thase 1993). Ancak son yıllarda düşünüldüğünden sık görüldüğünün fark edilmesi dolayısıyla, bu bozukluğun tanı geçerliliği ve güvenilirliğine yönelik çalışmaların arttığı göze çarpmaktadır (Benazzi 2006, Phelps ve ark. 2008, Hantouche ve Akiskal 2008).

Literatüre bakıldığında siklotimik bozukluğun bütüncül olarak değerlendirildiği çok az sayıda Türkçe derleme ve çalışma bulunmaktadır. Bu derlemede; siklotimik bozukluğun tarihçesi, epidemiyolojisi, etiyolojisi, tanısı ve karşılaşılan güçlükler, klinik özellikleri, diğer bozukluklarla ilişkisi, ayırıcı tanısı ile tedavisi güncel makalelerden de faydalanılarak gözden geçirilmiştir.

## Tarihçe

Siklotimi teriminin farklı bir duygudurum bozukluğu için ilk kullanımı Ewald Hecker'e aittir. Ancak daha önce Kahlbaum siklotimi terimini siklik psikoz ayırımı yaparken kullanmıştır. Kahlbaum, seyir ve şiddete bakarak döngüsel özellikleri de olabilen tipik delilik ve ruhun kısmi bozuklukları (olumlu seyri olan hipertimi, siklotimi ve distimi)

arasında belirgin bir ayırım yapmıştır (Koukopoulos 2003).

Yirminci yüzyılın başlarında Kreapelin sistematik olarak manik depresif bozukluğun bütün formlarını inceleyerek daha ciddi mani ve melankoli döngülerine yatkınlığa sebep olan siklotimik mizacı açıklamıştır. Vücut tipleri ve mizaçlar üzerinde çalışmalar yapan Kretschmer de disfonksiyonun derecesi ve semptomların ciddiliği ile ayrılan sikloid ve siklotimik bozukluğu tanımlamış ve bu iki klinik tablonun aynı bozukluğun farklı düzeyleri olduğunu öne sürmüştür. Schneider ise manik-depresif psikozun birçok formunun tek bir bozukluk olabileceğini öne sürmüş ve bunları siklotimi başlığı altında toplamıştır (Howland ve Thase 1993). DSM-III'le (APA 1980) diğer duygudurum bozuklukları başlığı altında sınıflama sistemi içine giren siklotimi, DSM-IV-TR'de (APB 2000) bipolar bozukluklar içerisinde, ICD-10'da (DSÖ 1992) ise distimik bozuklukla birlikte ayrı bir grup olarak yerini almıştır.

## Epidemiyoloji

Genel populasyona bakıldığında, siklotiminin hayat boyu görülme oranı %0.3 ile %0.6 arasındadır (Lewinshon ve ark. 1995). Ayaktan takip edilen psikiyatrik hasta popülasyonunda ise siklotimi oranının %3-6 arasında değiştiği bildirilmektedir (Stewart ve ark. 2006). Bipolar bozuklukta eşit cinsiyet dağılımının aksine siklotiminin kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (Lewinshon ve ark. 1995, Judd ve Akiskal 2003). Rozsa ve ark. (2008) duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi üzerine yaptıkları çalışmada siklotiminin erkek katılımcılardaki prevalansını %6 olarak bildirmişlerdir.

Hastaların yaklaşık %50-75'inin hastalıklarının başlangıcı 15 ile 25 yaş arasında değişmektedir. Klinik örneklemede etnik farklılık gözlenmemiştir (Akiskal ve ark. 1979). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda daha yaygındır. Hastaların büyük bir bölümünde psikiyatrik başvurular kişiler arası ilişkiler ve evlilik ile ilgili sorunlardan kaynaklanmaktadır (Sadock ve Sadock 2003).

## Etiyoloji

Siklotimik bozukluğun biyolojik profiliyle ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Kontrol grubu kul-

lanılarak yapılan çalışmalarda; kortizol hipersekresyonu (Depue ve ark. 1985) ve düşük düzeyde serum melatonin seviyesinin bulunduğu (Beck-Friss ve ark. 1985) bildirilmiştir.

Lange ve Waldman (1971) tek yumurta ikizlerinde; siklotimik olan ve olmayan bireyler arasında EEG'de kantitatif farklılıklar olduğunu bildirmişlerdir. Lenhart (1985) ise; siklotimik hastalarda elektrodermal aktivitede azalmış deri temas cevabı olduğunu bildirmiştir.

Aile çalışmaları psikiyatrik bozuklukları incelemek için önemli araçlar olup, psikiyatrik tanılarda çevresel geçerliliği kanıtlamak açısından önemlidir. Bipolar bozukluklarda yapılan aile çalışmalarında; unipolar duygudurum bozukluğu ve normal duygudurumu olan bireyler ile karşılaştırıldığında bipolar spektrumda siklotiminin daha çok görüldüğü tespit edilmiştir (Howland ve Thase 1993). Ailede bipolar bozukluk öyküsü olması halinde siklotimik mizaç prevalansında artış olduğu ve siklotimik mizacın kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Chiaroni ve ark. 2005).

Siklotimik özelliklerin, bipolar II bozukluğu görülmesi yönünden genetik-ailesel yatkınlık oluşturacağı bildirilmiştir (Hantouche ve Akiskal 2008). Bipolar I, II ve siklotiminin genetik geçişiyle ilgili diğer bir çalışmada da, konkordans oranı monozigotlarda, dizigotlardan daha fazla bulunmuştur (Edvarson ve ark. 2008). Çalışmanın sonucunda bipolar I, II ve siklotimiden oluşan bipolar spektrum kategorisindeki bozuklukların bilinen çevresel etkenlerden bağımsız olarak yüksek genetik geçişe sahip olduğu öne sürülmüştür.

Egeland ve ark. (2003) çocukluk dönemi duygudurum oynaklığı, dikkatsizlik ve heyecanlanma gibi belirtileri ciddi bir duygudurum bozukluğunun prodromal belirtileri olarak kabul etmiş ve bu belirtilerin ebeveynleri arasında bipolar I bozukluğa sahip olanlarda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Siklotimik bozukluk hakkında psikodinamik görüşlerin büyük bir kısmı oral dönemdeki travma ve oral dönem fiksasyonu ile ilişkilidir. Freud'a göre siklotimideki depresif belirtiler katı ve acımasız süperego'nun ürünüdür. Hipomani ise; depresif bireyin eleştiren ve kısıtlayan süperego baskısından kurtulmasından kaynaklanmaktadır. Hipomani

genellikle bilinç altı bir kayıp tarafından tetiklenir ve ortaya çıkan depresif unsurlar öfori ile giderilmeye çalışılır. Bu yalancı öfori aslında kaybedilen sevgi nesnesine duyulan öfkenin ve bağımlılığın inkar edilmesiyle ortaya çıkmaktadır. İnkâr kısa sürelidir, hasta bir süre sonra yeniden kaygı ve depresif duygudurum içine girer. Yakınmalar buna göre şekillenir ve döngü oluşur (Tasman ve ark. 1997).

Görüldüğü gibi siklotimik bozukluğun etiyojisine yönelik çalışmalarda farklı modeller öne sürülmüştür. Son yıllarda özellikle genetik-ailesel çalışmalar ön plandadır. Ancak günümüzde halen siklotimik bozukluk etiyojisini açıklayabilen destekleyici ve daha kesin verilere ihtiyaç olduğu göze çarpmaktadır.

### Tanıya Yönelik Yaklaşımlar

Siklotimik bozukluğun etiyojisi ile ilgili kesin verilerin bulunmaması, tanı için tanımlayıcı yaklaşımların benimsenmesini zorunlu kılmaktadır (Cansever ve Özşahin 2001).

Subaffektif durumlar yönünden bakıldığında; "subaffektif" kavramına giriş Akiskal'ın çalışmalarıyla başlamıştır (Akiskal ve ark. 1977, 1980). Akiskal ve arkadaşları nevrotik depresyon, kişilik bozukluğu gibi görünen kimi durumlarda aslında erken başlangıçlı duygudurum bozukluğu bulunduğunu ortaya koymuşlar ve bunu belirtmek için "subaffektif distimi" ve "subaffektif siklotimi" kavramlarını kullanmışlardır. Kişilik bozukluğu ve atipik depresif duygudurum oynamalarının eşlik ettiği siklotimik bozukluk için ise "cyclothymia" kavramının kullanılmasının daha uygun olacağı önerilmiştir (Akiskal 1994).

Subaffektif durumların distimik bozukluk yada siklotimik bozuklukla kimi zaman eş tanımlı tutulmasının nedeni distimi ve siklotimi kavramlarının ve tanı ölçütlerinin oturmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Distimik ve siklotimik bozukluk tanı ölçütlerinde kişilik patolojisine izin veren ya da vermeyen bir madde bulunmaması hem yeni kavramların türetilmesine hem de distimik-siklotimik bozukluk tanılarının güvenilirliğinin azalmasına yol açıyor gibi görünmektedir (Boratav 2001).

Siklotimik bozukluk tanısındaki diğer önemli sorun

hipomani ve mani ayrımı üzerine yoğunlaşmaktadır. DSM-IV'e göre bipolar II bozukluk tanısında, klinik depresyon ile en az dört gün süren hipomanik atakların olması gerekmektedir. Bu konudaki çalışmalar hipomanik atakların büyük bir kısmının 1-3 gün sürdüğünü bildirmektedir. Bunun anlamı birçok ılımlı bipolar hastasının bipolar II tanısını karşılamadığı şeklinde yorumlanmaktadır. Kısa hipomanik epizod geçiren hastalar sıklıkla eksitasyon dönemleri geçirmekte ve bu eksitasyon dönemini mini depresif ataklar izlemekte olup, bu durumda siklotimik bozukluğun tüm tanı kriterleri karşılanmaktadır (Akiskal ve Pinto 1999).

Son zamanlarda duygudurum bozukluklarının bipolar ve depresif bozukluklar şeklindeki ayrımı tekrar sorgulanmaktadır. Değişken kişilik özelliklerinin oldukça fazla olduğu siklotimik mizaç ve borderline kişilik bozukluğunun major depresif bozukluktan ziyade bipolar II bozukluğunda görüldüğü (Benazzi 2006) ve duygudurum labilesinin bipolar II bozukluğu için önemli bir tanı aracı olabileceği öne sürülmüştür (Benazzi ve Akiskal 2005).

Hantouche ve ark. (1998) tarafından, klinisyenlerin pratikleri ile ılımlı (soft) bipolar bozuklukların geçerliliğinin araştırıldığı EPIDEP (The Clinical Epidemiology of Depression) çalışmasında; siklotimik mizaca sahip hastaların %88'i klinisyenler tarafından bipolar II bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın sonucunda ise, siklotimik mizacın varlığının bipolar II bozukluğu için oldukça önemli bir klinik belirteç olduğu vurgulanmıştır.

Görüldüğü üzere siklotimik bozukluğun özellikle tanı ve kavramlandırılması ile ilgili tartışmalar psikiyatri tarihinde ve bugünkü seviyesine ulaşmaya kadar önemli yer işgal etmiş olup halen kavramsal bulanıklık sürmektedir.

### **Klinik Belirtiler**

Siklotimik bozukluk belirtileri bipolar II bozukluk belirtilerine benzemektedir. Ancak semptomlarının şiddeti ve yıkım gücü bipolar II bozukluğu seviyesine ulaşsa bile, süresi daha kısadır (Sadock ve Sadock 2003). Bazı siklotimiklerde depresif ve irritabil duygulanım ön planda iken, bazılarında ise hipomanik özellikler ön plandadır (Perugi ve Akiskal 2002).

Siklotimide depresif epizodun temel özelliği; fiziksel inhibisyonun varlığı, rahatsızlığın nedensiz olması ve halüsinasyonların yokluğudur. Hastalar genellikle kendilerini eğlendirebilecek entelektüel yetilerinin kaybolduğundan, kendilerine yakın hissettikleri insanlar ve nesnelere karşı tutumlarının değiştiğinden şikayetçi olmaktadır. Karar vermenin çok zor olduğunu ve yaptıkları her şeyin kendilerine ızdırap verdiğini ifade ederler. İyileşmeyeceklerine katı bir şekilde inanır ve böyle bir atağın tekrar kendilerini bulacağını düşünürler. Siklotimide en fazla görülen fiziksel belirti depresif periyotta sıkça görülen başağrılarıdır. Hasta kafasında ve göğsündeki sıkışma hissinden ve kafasının bomboş olduğundan yakınır.

Hipomani fazında ise daha önceki inhibisyon hissini yerine, hastalarda canlılık hissi, dış baskıların daha kolay ve sıradan olduğu fikirleri vardır. Bundan dolayı kendilerini daha zeki, akıl dolu görürler. Depresif süreçte görülen eleştirme kapasitesi bu fazda da kendini küstahlık ve zoraki gülümsemeyle gösterebilir. Artmış mental kapasite, çoğu vakada kendini dinçlik, hiç durmaksızın aktivite göstermek ve dinamizm ile belli eder. Bir kısım hastalar kendilerini görevlerindeki ve giyim tarzındaki değişiklikler ile gösterirken, diğerleri ise daha önceden bir hayli yabancı oldukları edebi eğilimler, dini organizasyonlara aşırı katılım ve hayır-severlikte fazlaca artış ile gösterirler (Sadock ve Sadock 2003).

### **Diğer Bozukluklarla İlişkisi ve Ayrıcı Tanı**

Genel olarak siklotimi, bipolar bozuklukların özellikle bipolar II bozukluğunun öncülü olarak kabul edilmektedir. Siklotimik bozukluk ile bipolar II bozukluğu tanısal olarak bazen iç içe geçebilmektedir. Bipolar II bozukluk siklotimi zemininde geliştiğinde, hipomanik epizodun öforik özelliklerden ziyade, irritabilite ve risk almada artış şeklinde kendini gösterir (Akiskal ve ark 2003).

Epidemiyolojik çalışmalarda OKB ile bipolar bozukluklar arasındaki ilişkinin en az unipolar depresif bozukluk kadar önemli olduğu bildirilmiştir (Chen ve Dilsaver 1995). OKB'li hastalarda özellikle dini, cinsel, şüphe ve zarar verme obsesyonları veya soru sorma, itiraf etme gibi rahatlamaya yönelik davranışlar ön planda ise

komorbid olarak siklotimik bozukluktan şüphe edilmelidir (Hantouche ve ark. 2003).

Hızlı döngülü hastalar semptomatik olarak diğer bipolar hastalardan fazla değişiklik göstermez ancak %70'i veya daha fazlası kadınlarda görülmektedir. Siklotimik hastaların çoğu hızlı döngülü bozukluk geliştirmezler (Howland ve Thase 1993).

Distimi; erken yaşta başlaması, aralıklı gidişi, anarji, hipersomnia şeklindeki spesifik semptomlarının ve bazı ailelerde bipolar hastalık öyküsünün olması nedeniyle siklotiminin bir varyantı olarak dikkat çekmiştir (Akiskal 1983).

Siklotimik bozukluk, borderline kişilik bozukluğundaki duygudurum değişiklikleri ile karıştırılabilir. Borderline kişilik bozukluğunda siklotimik bozukluk bulunma oranının diğer kişilik bozukluklarından yüksek olduğu (%10-20) ve ayırıcı tanının çok zor olabileceği de bildirilmektedir (Howland ve Thase 1993). Borderline kişilik bozukluğuna ek olarak tanıda antisosyal, histriyonik ve narsistik kişilik bozuklukları da göz önünde bulundurulmalıdır (Sadock ve Sadock 2003).

Alkol ve madde kullanımı siklotimik hastalar arasında oldukça yaygın olup madde bağımlılığı oranı %5-10 arasında değişmektedir. Tercih edilen maddeler arasında alkol dışında benzodiazepin, esrar, kokain, amfetaminler ve halüsinojenler de bulunmaktadır (Sadock ve Sadock 2003).

### Seyir ve Prognoz

Siklotimik bozukluk genellikle ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlar. Başlangıç yavaş seyirli ve sinsidir. Prognoz büyük ölçüde duygudurum değişikliklerin sıklığına ve bu değişikliklerin kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğine etkilerine bağlıdır (Yüksel 2006). Hastaların bir kısmında anlık değişimler gösteren, hassas ve hiperaktif bir premorbid kişilik yapısı tanımlanabilir. Siklotimik bozukluk devamlı ya da kısa süreli remisyon dönemlerinin olduğu epizodik bir seyir izler. Olguların yaklaşık 1/3'ünde bipolar bozukluklar ortaya çıkar ve çoğunlukla bipolar II bozukluğu için risk oluşturduğu kabul edilmektedir. 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 edebilir (Akiskal ve ark. 1995).

### Tedavi Yaklaşımları

Siklotimik bozukluğun kendisi gibi tedavisi de ihmale uğramış durumdadır. Tanıda karşılaşılan zorlukların yanı sıra, epizodların kısa, tolere edilebilir olması ve sıklıkla tedaviye gerek kalmayacağı görüşü psikiyatristler tarafından öne sürülürken, bireylerin tedaviyi reddetmeleri de söz konusu olabilir (Goldman ve Gutheil 1991).

Siklotimik bozuklukta, genel tedavi ilkelerinin iki uçlu bozukluktan farklı olmadığı belirtilmektedir. Siklotimik bozukluğun tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçlar mizaç stabilizatörleridir (Akiskal ve ark. 2003). Sınırlı sayıdaki veri lityumun etkinliğine işaret etmektedir. Rosier ve ark. (1974) lityumun siklotimik hastaların %97'sinde başarılı profilaktik etki yaptığını bildirmişlerdir. Diğer bir çalışmada ise; lityum kullanan hastaların yaklaşık %60'ının tedaviden yarar gördüğü ileri sürülmüştür (Akiskal ve ark. 1979).

Lityum dışında valproatin da siklotimik ve hipertimik mizaçlı hastalar için etkili bir tedavi olabileceği, bu olgularda akut belirtileri tedavi etmekle birlikte hayat boyu süren zararlı mizaç özelliklerinin de iyileşmesine katkıda bulunacağı bildirilmektedir (Deltio ve ark. 1993).

Geleneksel tedaviye cevapsız siklotimik hastalarda topiramamat (Marcotte 1998) ve lamotrijinin de (Manning ve ark. 2005) remisyon oranlarını artırdığı bildirilmiştir. Ayrıca hastaların bir kısmında gabapentin kullanımının faydalı olduğu, yine ekstasyon döneminde klonazepamdan da yararlanılabileceği ileri sürülmüştür (Sadock ve Sadock 2003).

Siklotimik bozuklukta depresif epizodların tedavisine dikkatle yaklaşmak gerekir. Tedavi edilmesi gereken depresyon varlığında hastaların bipolar II bozukluğu gibi değerlendirilmesi önerilebilir. Depresif epizod dalgalanmalarla seyrederek ve trisiklik antidepresan (TSA) verilmesi hızlı döngülü

olmaya yatkınlığı artırabilir (Briger ve Morenos 1997). Bu nedenle antidepresanlar tercihen lityum veya valproat ile birlikte kullanılmalıdır.

Siklotimik bozukluklu hastaların kişilerarası ve kendilik imajı üzerine odaklanan terapilerden de faydalanabileceği öne sürülmüştür (Manning ve ark. 1998). Ayrıca bilişsel-davranışçı terapinin siklotimik bozuklukta özellikle duygudurum dalgalanmalarında azalma ve uyku süresinde uzama oluşturarak yararlı olabileceği bildirilmiştir (Totterdell ve Kellett 2008).

## SONUÇ

Siklotimik bozukluk psikiyatri alanında tanınması ve ayrıntılandırılması en zor bozukluklardan biridir. Günümüzde etiyojisi ve tanısına yönelik araştırmalar yapılmakta olsa da halen özellikle tanı geçerliliği ve kavramlandırılması konusunda bir

karmaşa olduğu izlenimi edinilmektedir.

Tanı konusundaki karışıklıkta; erken başlangıçlı yada hafif belirtilerle uzun süren semptomların kişilikte de bozulma yaratması ile klinik görünümünün çeşitliliği ve sınırda bir bozukluk olması önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle siklotimik bozukluk olabileceği düşünülen hastalarda; öykünün ve belirtilerin ayrıntılı irdelenmesi, kayıtların düzenli tutulması, tanıya yönelik ölçeklerden faydalanılması ve tanı sonrası düzenli kontrollerin yapılması, tedavinin doğru sürdürülmesi yönünden önemlidir.

Yazışma adresi: Dr. Murat Kuloğlu, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara, kuloglum@yahoo.com

## KAYNAKLAR

- Akiskal HS (1983) Dysthymic and cyclothymic disorders: A paradigm for high risk research in psychiatry. Davis J, Maas JW (Eds.) The affective disorders. APA, Washington DC, s.211-231.
- Akiskal HS (1994) The temperamental borders of affective disorders. Acta Psychiatr Scand, Suppl. 379:32-37.
- 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, Hantouche EG, Allilaire JF (2003) Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. J Affect Disord, 73:49-57.
- Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ ve ark. (1995) Switching from "unipolar" to bipolar: An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. Arch Gen Psychiatry, 52:114-123.
- Akiskal HS, Pinto O (1999) The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. Psychiatr Clin North Am, 22:517-534.
- Akiskal HS, Rosenthal RH, Rosenthal TL ve ark. (1979) Cyclothymic temperamental disorders. Psychiatr Clin North Am, 2:257-264.
- Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF ve ark. (1980) Characterological depressions. Clinical and sleep EEG findings separating "subaffective dysthymias" from "character spectrum disorders" Arch Gen Psychiatry, 37:777-783.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1980) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Üçüncü Baskı (DSM-III), (Çev. S. Sorias ve ark.), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 1990.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), (Çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- Beck-Friss J, Kjellmann BF, Aperia B ve ark. (1985) Serum melatonin in relation to clinical variables with major depressive disorder and a hypothesis of a low melatonin syndrome. Acta Psychiatr Scand, 4:167-171.
- Benazzi F (2006) Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder? Eur Psychiatry, 21:274-279.
- Benazzi F, Akiskal HS (2005) A downscaled practical measure of mood lability as a screening tool for bipolar II. J Affect Disord, 84:225-232.
- Boratav C (2001) Subaffectif, distimik, siklotimik, eşikaltı, sub-sendromal duygudurum bozuklukları: Kavramsal bulanıklığın giderilmesine yönelik bir inceleme. Duygudurum Dizisi, 1(4):177-183.
- Briger P, Morenos A (1997) Was Ist Zykllothymia. Der Nervenarzt, 68:531-544.
- Cansever A, Özğahin A (2001) Siklotimik Bozukluk. Duygudurum Dizisi, 1(5):241-246.
- Chen YW, Dilsaver SC (1995) Comorbidity for OCD in bipolar and unipolar disorders. Psychiatry Res, 59:57-64.
- Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J ve ark. (2005) The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? J Affect Disord, 85:135-145.
- Deltio JA (1993) The effect of valproate on bipolar spectrum temperamental disorders. J Clin Psychiatry, 54 (8):300-304.
- Depue RA, Kleiman RM, David P ve ark. (1985) The behavioral high-risk paradigm and bipolar affective disorder, VII: Serum free cortisol in nonpatient subjects selected by the General Behaviour Inventory. Am J Psychiatry, 142:175-181.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, (Çev. F. Çuhadaroğlu ve ark.),

Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.

Edvardsen J, Torgersen S, Roysamb E ve ark. (2007) Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *J Affect Disord*, 106:229-240.

Egeland JA, Shaw JA, Endicott J ve ark. (2003) Prospective study of prodromal features for bipolarity in well Amish children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:786-789.

Goldman MJ, Gutheil TG (1991) Hypomania and elation: A diagnostic dilemma. *Hosp Comm Psychiatry*, 42(1):90-101.

Hantouche EG, Akiskal HS (2008) Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder? *J Affect Disord*, 105:315.

Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S ve ark. (1998) Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord*, 50:163-173.

Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C ve ark. (2003) Cyclothymic OCD: a distinct form? *J Affect Disord*, 75(1):1-10.

Howland RH, Thase ME (1993) A comprehensive review of cyclothymic disorder. *J Nerv Ment Dis*, 181(8):485-93.

Judd LL, Akiskal HS (2003) The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord*, 73:123-131.

Tasman A, Kay J, Lieberman JA (1997) *Psychiatry*. 1. Cilt, Philadelphia, USA., s.967-968.

Koukopoulos A (2003) Ewald Hecker's description of cyclothymia as a cyclical mood disorder: its relevance to the modern concept of bipolar II. *J Affect Disord*, 73(1-2):199-205.

Lange H, Waldman A (1971) The importance of circadian rhythm for bioelectrical brain activity and psychopathological symptoms in cyclothymia. The nature of sleep, UJ Jovaovic (Ed), Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, s.187-190.

Lenhart RE (1985) Lowered skin conductance in a subsyndromal high-risk depressive sample: Response amplitudes versus tonic levels. *J Abnormal Psychol*, 94:649-652.

Lewinshon PM, Klein DN, Seely JR (1995) Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenom-

enology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:454-463.

Manning JS, Connor PD, Sahai A (1998) The bipolar spectrum: a review of current concepts and implications for the management of depression in primary care. *Arch Fam Med*, 7:63-71.

Manning JS, Haykal RF, Connor PD ve ark. (2005) Sustained remission with lamotrigine augmentation or monotherapy in female resistant depressives with mixed cyclothymic-dysthymic temperament. *J Affect Disord*, 84:259-266.

Marcotte D (1998) Use of Topiramate, a new antiepileptic as a mood stabilizer. *J Affect Disord*, 50 (2-3):245-251.

Perugi G, Akiskal HS (2002) The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am*, 25:713-737.

Phelps J, Angst J, Katzow J ve ark. (2008) Validity and utility of bipolar spectrum models. *Bipolar Disord*, 10:179-193.

Rosier YA, Broussolle P, Fontany M (1974) Lithium gluconate: systematic and factorial analysis of 104 cases which have been studied for 2 and one half to 3 years regularly observed and showing periodic cyclothymia and dysthymia. *Ann Med Physcol*, 1:389-397.

Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X ve ark. (2008) A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *J Affect Disord*, 106:45-53.

Sadock BJ, Sadock VA (2003) *Other Mood Disorders*. Synopses of Psychiatry, Ninth Edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Company, s.578-590.

Stewart JW, Quitkin FM, Davies C (2006) *Atypical Depression, Dysthymia, and Cyclothymia*. Textbook of Mood Disorders First Edition, Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (Ed), London, American Psychiatric Publishing Inc, s.553-556.

Totterdell P, Kellett S (2008) Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: an intensive time-sampling study. *J Clin Psychol*, 64:501-518.

Yüksel N (2006) *Duygudurum Bozuklukları*. Ruhsal Hastalıklar, Üçüncü Baskı, Yüksel N (Ed), MN Medikal&Nobel, Ankara, s.215.

