

Bipolar ve Yineleyici Depresyonda Öfke Nöbetleri



Dr. Sandeep GROVER, Nitesh PAINULY, Nitin GUPTA, Surendra K. MATTOO

ÖZET

Amaç: Öfke nöbetleri üzerine araştırmalar çoğunlukla unipolar depresyonla sınırlı kalmıştır ve sadece bir kaç çalışma bipolar depresyonda öfke nöbetleri üzerinde durmuştur.

Yöntem: Kesitsel bir çalışmada, bipolar depresyonu olan 22 vaka öfke atağı anketi, iritabilite, depresyon ve anksiyete ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak reküran unipolar depresyonlu 22 vaka ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Öfke nöbetleri reküran depresyon (RDD) grubundaki hastalarda %62.5 oranında görülürken, bipolar depresyon (BD) grubundaki hastalarda %54.5 oranında görüldü, ama gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ayrıca, RDD ve BD grupları arasında İritabilite, Depresyon ve Anksiyete Ölçeği ve WHO Yaşam Kalitesi-Kısa versiyonu (WHOQOL-kısa) yönünden bir fark yoktu, tek fark BD grubunda sosyal ilişki alanında daha düşük yaşam kalitesi olmasıydı ($t=-2.30$, $p<0.05$). BD grubunda, öfke nöbeti olan vakalar daha yaşlıydı, ($t=2.77$, $p<0.05$), ölçeğin dışı yönelik iritabilite unsurunda puanlar daha yüksekti ($t=3.90$, $p<0.01$) ve hastalık süreleri (Mann Whitney Signed ranked değeri 20.00**, $p<0.01$) ve tedavi süreleri daha kısaydı (Mann Whitney Signed ranked değeri 28.00, $p<0.05$). RDD grubunda, öfke atağı olan vakalarda, sosyal ortam ($t=-2.12$, $p<0.05$), çevresel ortam ($t=2.99$, $p=0.01$) ve toplam yaşam kalitesi puanları ($t=2.56$, $p<0.05$) öfke atağı (ÖA) olmayanlardan daha düşüktü.

Sonuç: Öfke atakları unipolar ve bipolar depresyonda eşit ölçüde yaygın olup, sosyodemografik ve klinik değişkenlerden etkilenmemekte ve her iki grupta subjektif yaşam kalitesi üzerine benzer etkilerde bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Öfke atakları, unipolar depresyon, bipolar depresyon

SUMMARY

Anger attacks in Bipolar versus Recurrent Depression

Background: Research on anger attacks has been mostly limited to unipolar depression, and only a few studies have focused on anger attacks in bipolar depression.

Methodology: In a cross-sectional study, 22 subjects with bipolar depression were compared to 22 subjects with recurrent unipolar depression using an anger attack questionnaire, irritability, depression and anxiety scale and quality of life scale.

Results: Anger attacks were present in 62.5% subjects with recurrent depression (RDD group) compared to 54.5% in subjects with bipolar depression (BD group), but the difference between the groups was not statistically significant. Also, there was no significant difference between the RDD and BD groups on the Irritability Depression and Anxiety Scale and WHOQOL-Bref except that the BD group had a poorer quality of life (QOL) compared to the RDD group in the social relationship domain ($t=-2.30$, $p<0.05$). In the BD group, the subjects with anger attacks were older ($t=2.77$, $p<0.05$), had significantly higher scores on the Irritability-Outwards component of IDA ($t=3.90$, $p<0.01$) and shorter duration of illness (Mann Whitney Signed ranked value 20.00, $p<0.01$) and duration of treatment (Mann Whitney Signed ranked value 28.00, $p<0.05$) compared to BD group members without anger attacks. In the RDD group, the subjects with anger attacks had poor QOL in the social domain ($t=-2.12$, $p<0.05$), environmental domain ($t=2.99$, $p=0.01$) and total ($t=2.56$, $p<0.05$) QOL compared to those without anger attacks.

Conclusion: Anger attacks are equally prevalent in unipolar and bipolar depression, are not influenced by sociodemographic and clinical variables, and lead to comparable impact on the subjective QOL in both groups.

Key Words: Anger attacks, unipolar depression, bipolar depression

GİRİŞ

Fava ve arkadaşları (1990) depresif ya da anksiyete ile ilişkili psikopatoloji zemininde panik ataklarına benzeyen fizyolojik semptomların eşlik ettiği bir dizi kıskırtılmış öfke atağı tespit etti. Bu hastalar diğer psikiyatrik tanı kriterlerine uymadıkları (kişilik bozuklukları dahil) ve böyle epizodlar antidepresanlara yanıt verdiği için, yazarlar bu atakların farklı bir sendrom oluşturan panik ve depresif bozuklukların, farkedilip tedavi edilmezse sekonder anksiyete ve depresyona yol açabilen bir çeşidi olduğunu düşündüler. Daha sonra, antidepresanlara iyi yanıt verdikleri ve düşmanlık, iritabilite ve depresyon arasındaki ilişkiler dikkate alınarak, öfke ataklarının major depresyonun bir çeşidi olduğu varsayıldı (Fava ve ark. 1993a, Fava ve ark. 1993b, Fava ve Rosenbaum 1997, Fava ve Rosenbaum 1999).

Öfke atakları (ÖA) üzerine daha sonraki araştırmaların çoğu unipolar depresyon üzerinde odaklandı (Fava ve ark. 2000, Sayar ve ark. 2000, Mischoulon ve ark. 2002, Fraguas ve ark. 2006, Fraguas ve ark. 2007, Dougherty ve ark. 2006, Iosifescu ve ark. 2007, Painuly ve ark. 2007, Fava ve ark. 1991, Gould ve ark. 1996). Çalışmalar kendi bildirdikleri öfke ataklarının depresyon epizodları sırasında hastaların %30-50'sinde mevcut olduğunu göstermiştir (Fava ve ark. 1993b, Fava ve ark. 2000, Fava ve ark. 1991, Gould ve ark. 1996). ÖA'nın tedaviye uyumsuzluğa yol açacağını ileri sürenler de vardır (Mammen ve ark. 1997).

Geçmişte iritasyon ve öfke, çoğunlukla mani ve karışık durumlarla bağlantılı olarak bipolar hastalığın belirgin semptomları olarak kabul edilmişlerdir (Perugi ve ark. 1997, Dayer ve ark. 2000). Ancak, son zamanlarda bazı yazarlar onun bipolar depresyonun da önemli bir semptomu olduğunu bildirmişlerdir (Perlis ve ark. 2004). Jain ve arkadaşları (1997) ÖA'yı bipolar depresyonda sadece %12 oranında bildirirken, unipolar depresyonda %41 oranında ve bipolar karışık vakalarda %62 oranında bildirmiştir. Mammen ve arkadaşları (2004) 45 bipolar hastayla yaptıkları çalışmada ÖA prevalansını %38.6 olarak saptamışlardır. Perlis ve arkadaşları (2004) ÖA'yı bipolar hastalarda unipolar olanlardan daha sık bildirdiler (%62'ye %26) ve aynı zamanda ÖA'nın bipolarlığın tek anlamlı belirleyicisi olduğunu buldular.

Hem bipolar hastalık hem de reküran depresif bozukluk, hayat boyu birden fazla atağı olan kronik hastalıklar olma eğilimindedir. Her ikisinin de muzdarip olanlar üzerinde benzer bir etkisi olabilir. Bu nedenle her iki bozuklukta öfke ataklarının prevalansı, korelasyonları ve etkisinin saptanması afektif bozukluklarla öfke atakları arasındaki ilişki üzerine bilgilerimizi artırabilir. Bu zemin üzerinde, bu araştırmanın amacı bipolar depresyon ya da reküran depresyon atağı yaşayan hastalarda ÖA'nın prevalansını, sosyo klinik faktörleri ve etkisini karşılaştırmaktır. Depresyonun tipinden bağımsız olarak (RDD ya da BD) vakalarda ÖA prevalansının daha yüksek

olacağı ve bunun onların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkide bulunacağı varsayıldı.

Metod

Çalışma Chandigarh', Hindistan'da Tıbbi Eğitim ve Araştırma Doktora Enstitüsü Psikiyatri Bölümü'nde gerçekleştirildi. Bölümün etik komitesi çalışmayı onayladı. Kesitsel çalışma metodu kullanıldı. Polikliniğe Nisan 2003-Haziran 2003 tarihleri arasında başvuran tüm ardışık hastalar taramaya tabi tutuldu. Organik beyin sendromu, psikotik bozukluk ve komorbid madde suistimali (tütün hariç) olanlar çalışmadan çıkarıldı. 20-60 yaş arasındaki, Hint dilinde okuyup yazabilenler ve BD için (psikotik semptomlu depresyon hariç) WHO ICD-10 kriterlerine uyan hastalara çalışmaya katılmaları önerildi. Sadece çalışmaya katılmaya razı olanlar ve yazılı bilgilendirilmiş onam verenler çalışmaya dahil edildi ve uzman bir psikiyatrist tarafından değerlendirildi.

Aynı dahil etme ve dışlama kriterlerini kullanarak, BD grubu hastalarla benzer sosyo demografik değişkenleri olan reküran depresyonlu hastalardan bir kontrol grubu oluşturuldu.

Her iki grup için de tanı, uzman psikiyatristin yaptığı klinik görüşmeye dayandırıldı.

Değerlendirme 45-60 dakika sürdü ve aşağıdaki araçları kullanarak tek bir seansta yapıldı.

1. Sosyodemografik profil raporu: Bu çalışma için geliştirildi ve yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, din, medeni hal ve yaşanan yer gibi değişkenleri içeriyordu.

2. Klinik profil raporu: Aşağıdaki değişkenleri değerlendirdi; hastalık süresi, tedavi süresi, bir önceki ay agresif hareketler (ayrılma tehditi, konuşmayı reddetme, somurtma, bağırma kapıyı vurma, nesnelere kırıp bir kişiye ya da başka bir yere atma, diğerlerini tehdit etme ya da onlara fiziksel zarar vermeye çalışma), ve agresif hareketlerin hedefi (eş, ebeveynler, çocuklar, diğer akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar ve diğerleri).

3. Öfke Nöbeti Anketi (ÖNA) (Fava ve ark. 1990): Öfke nöbetlerinin varlığı ya da yokluğunu belirlemek için kullanılan kendi kendine değerlendirme yapılan bir anket. Öfke atağı duruma uygun olmayan kızgınlık nöbeti olarak tanımlanır ve ona panik atağı andıran iritabilite ve fiziksel semptomlar eşlik eder. İlk madde öfke nöbetlerinin sıklığıyla ilgilidir, geri kalanlar evet ya da hayır diye yanıtlanan otonom ve davranışsal semptomlarla ilgili 13 soruyu içerir. Öfke atağıyla ilgili çalışmaların çoğu (Fava ve ark. 1993a, Fava ve ark. 1993b, Fava ve Rosenbaum 1997, Fava ve Rosenbaum 1999, Fava ve ark. 2000, Sayar ve ark. 2000, Painuly ve ark. 2007, Mammen ve ark. 1997, Tedlow ve ark. 1997). Bu ölçeği temel almaktadır. ÖNA'nın Hindu diline çevirisi yapıldı ve protokol çevirisi ve geri çevirisi yapılarak daha önceki çalışmalarımızdan birinde kullanılmıştı (Painuly ve ark. 2007).

TABLO 1. Öfke atakları olan veya olmayan , bipolar ve reküran depresyon grup ve alt gruplarının demografik ve klinik özellikleri.

Değişkenler	BD	RDD	BD	BD	RDD	RDD
	Tüm grup (n=22) Ortalama (SS)/ n (%)	Tüm grup (n=22) ortalama (SS)/ n (%)	ÖA olan (n= 12) Ortalama (SS)/ n (%)	ÖA olmayan (n= 10) Ortalama (SS)/ n (%)	ÖA olan (n=15) ortalama (SS)/ n (%)	ÖA olmayan (n=7) ortalama (SS)/ n (%)
Yaş	37.04 (12.14)	37.63 (11.14)	42.75 (12.32)	30.20 (7.94)	35.53 (10.96)	42.14 (10.94)
Cinsiyet						
Erkek	11 (50)	08 (33.33)	06 (50)	05 (50)	06 (40)	02 (22.22)
Kadın	11 (50)	14 (66.66)	06 (50)	05 (50)	09 (60)	05 (81.88)
Medeni hal						
Evli	17 (77.18)	19 (87.50)	10 (83.33)	07 (70)	12 (80)	07 (100)
Hiç evlenmemiş	05 (22.72)	03 (12.50)	02 (16.66)	03 (30)	03 (20)	00 (00)
Meslek						
İstihdam ediliyor	09 (40.90)	10 (54.16)	04 (33.33)	05 (50)	08 (53.33)	02 (33.33)
İşsiz	06 (13.63)	03 (20.83)	03 (25.00)	03 (30)	02 (13.33)	01 (11.11)
Ev kadını	07 (31.81)	09 (33.33)	05 (41.66)	02 (20)	06 (40)	03 (55.55)
Eğitim						
< 10 yıl	08 (36.36)	03 (12.50)	07 (58.33)	01 (10)	02 (13.33)	01 (11.11)
≥ 10 yıl	14 (63.64)	19 (87.50)	05 (41.66)	09 (90)	13 (86.66)	06 (88.88)
Aylık gelir						
Hint rupisi	1404 (1032)	1581 (1342)	1227 (1050)	1617 (1022)	1553 (1296)	1642 (1541)
Din						
Hindu	16 (72.72)	14 (62.50)	07 (58.33)	09 (90)	10 (66.66)	04 (55.55)
Diğer	06 (27.28)	08 (37.50)	05 (41.66)	01 (10)	05 (33.33)	03 (44.44)
Aile						
Çekirdek	16 (72.72)	13 (62.50)	08 (66.66)	08 (80)	08 (53.33)	05 (77.77)
Diğer	06 (27.28)	09 (37.50)	04 (33.33)	02 (20)	07 (46.66)	02 (22.22)
Yerleşim yeri						
Kentsel	14 (63.64)	12 (58.33)	07 (58.33)	07 (70)	08 (53.33)	04 (66.66)
Kırsal	08 (36.36)	10 (41.66)	05 (41.66)	03 (30)	07 (46.66)	03 (33.33)
Klinik profil						
Şu anki atağın ay olarak süresi*	22.68 ± 45.84	4.34±2.85	3.00 ±3.04	46.30± 61.28	4.56 ± 3.07	3.85 ± 2.47
Şu anki atak için tedavinin ay olarak süresi*	4.56 ± 15.20	0.82±1.68	1.00 ± 2.54	8.85 ± 22.23	1.00 ± 2.02	0.45 ± 0.37
İritasyon, Depresyon ve Anksiyete Ölçeği						
Depresyon	10.22 (5.87)	7.77 (2.84)	11.91(7.07)	8.20 (3.29)	7.86 (2.85)	7.57 (3.04)
Anksiyete	07.27 (3.78)	6.95 (2.83)	8.16 (3.32)	6.20 (4.81)	7.13 (2.64)	6.57 (3.40)
İritasyon-dışa dönük	05.77 (2.94)	4.59 (3.58)	7.50 (2.27)	3.70 (2.26)	5.00 (3.90)	3.71 (2.81)
İritasyon-içer dönük	06.54 (3.17)	5.77 (3.79)	7.08 (2.67)	5.90 (3.72)	6.20 (3.85)	4.85 (3.76)
WHOQOL-kısa						
Fiziksel sağlık	16.90 (3.55)	19.00 (4.44)	17.08 (2.39)	16.70 (4.73)	18.00 (4.37)	21.14 (4.05)
Psikolojik sağlık	15.00 (2.44)	16.13 (3.38)	14.75 (2.30)	15.30 (2.71)	15.33 (3.17)	17.85 (3.38)
Sosyal ilişki	08.54 (2.08)	10.00 (2.09)	8.16 (1.52)	9.00 (2.62)	9.40 (1.99)	11.28 (1.79)
Çevresel sağlık	23.09 (6.56)	24.59 (5.54)	21.83 (6.45)	24.60 (6.71)	22.53 (4.95)	29.00 (4.12)
Toplam puan	63.54 (10.90)	69.72 (13.44)	61.83 (9.93)	65.60 (12.16)	65.26 (12.17)	79.28 (11.41)

*Mann Whitney U testiyle karşılaştırıldı.

4. İritabilite, Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (IDA) (Snaith ve Taylor 1985): Klinik durumlarda iritabilite, depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi için kullanılan, kendi kendine uygulanan bir ölçektir (Bu üç duygu-durum arasında anlamlı ilişkileri dikkate alarak). İritabilite için 8, depresyon ve anksiyete için 5 madde olmak üzere 18 madde içerir. İritabilite için 8 sorunun 4'ü dışa dönük, 4'ü içe dönük anksiyeteye ilgilidir. Her madde 1'den 4'e kadar puanlanır. İritabilite, depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinin diğer ölçeklerle anlamlı

korelasyonları vardır ve çakışan geçerliliğin kriterlerini karşılarlar (Snaith ve ark. 1970). IDA'nın Hint diline çevirisi daha önceki bir çalışmamızda çeviri ve geri çevirinin standart protokolüne adapte edildikten sonra kullanılmıştı (Painuly ve ark. 2007).

5. WHO Yaşam Kalitesi –Kısa Versiyonu (WHOQOL Kısa, Hindu versiyon) (Saxena ve ark. 1998): Birçok dilde bulunan kendi kendine uygulanan bir ankettir. Bu çalışma için, Hindu

dil versiyonu kullanıldı. WHOQOL-kısa sağlık ve yaşam koşullarının subjektif değerlendirilmesine ağırlık verir. QOLde dört alan ölçülür. Fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre. Ölçekte 1-5 arası puanlanan 26 madde vardır. Puanlar 130 arasında değişebilir ve yüksek skorlar daha iyi yaşam kalitesi gösterir. Ayırıcı geçerliğinin, çakışan geçerliğin, iç tutarlılığın ve test yeniden test geçerliğinin iyi olduğu bulunmuş ve psikometrik özelliklerinin 100 maddelik versiyonla (WHOQOL-100) benzer olduğu saptanmıştır (Saxena ve ark. 1998, Orley ve ark. 1998).

Veri analizi: RDD ve BD grupları (ve öfke atağı olan ve olmayan alt gruplar) sosyo demografik, klinik ve yaşam kalitesi parametrelerine göre ki kare testi, eşleşmemiş t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı.

SONUÇLAR

Çalışma grupları şu an depresyonda olan BD (N=22) ve RDD hastalarından oluşuyordu (N=22). İki grup sosyoekonomik değişkenler yönünden benzerdi.

ÖA prevalansı

ÖA, RDD grubunda %62.5 oranında görülürken BD grubunda %54.5 oranında görüldü. İki grup ki kare testi kullanılarak karşılaştırıldı ve anlamlı bir fark bulunamadı.

BD ve RDD Grupları

Her iki grup çeşitli sosyo ekonomik değişkenler yönünden eşit dağıtılmış olmasına rağmen (ki kare testi ile anlamlı fark bulunmadı), BD grubunda cinsiyet değişimi eşit iken RDD grubunda kadınlar çoğunlukta idi (%66.66).

BD grubunda RDD grubuna göre daha çok 'hiç evlenmemiş' vaka vardı (%22.72'ye %12.50). Kentsel ortamda yaşayanlar daha çoktu (%63.64'e %58.33), çekirdek aile mensupları daha çoktu (%72.72'ye %62.50) ve şu anki atakların ortalama süresi ve tedavi süreleri daha uzundu (Tablo 1).

İrritabilite, Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (Tablo 1): IDA ile ölçülen depresyon, anksiyete, dışa dönük ve içe dönük iritabilite, BD ve RDD grupları arasında anlamlı bir fark göstermedi.

WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği (Tablo 1): WHOQOL-kısa ölçeğinde, BD ve RDD grupları arasında fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevresel sağlık alanında ve toplam puanlarda anlamlı bir fark yoktu. Ancak sosyal ilişkiler alanında, BD grubunun yaşam kalitesi RDD grubundan anlamlı ölçüde daha düşüktü ($t = -2.30, p < 0.05$).

BD ve RDD gruplarında ÖA olan ve olmayan vakaların karşılaştırılması (Tablo 1): Grupların her birinde, ÖA varlığının etkisini belirlemek için, BD ve ÖA (BD-ÖA) olan

vakalar ÖA olmayan BD vakalarıyla karşılaştırıldı. (BD-ÖA olmayan) ve benzer şekilde, RDD-ÖA olanlar ve RDD-ÖA olmayanlar karşılaştırıldı.

BD alt grupları benzerdi ama BD-ÖA alt grubundakiler daha yaşlıydı (t değeri= 2.77, $p < 0.05$), IDA'nın dışa yönelik iritabilite skoru daha yüksekti (t değeri= 3.90, $p < 0.01$), hastalık süreleri daha kısaydı (Mann Whitney Signed ranked değeri 20.00, $p < 0.01$) ve tedavi süreleri de daha kısaydı (Mann Whitney Signed ranked değeri 28.00, $p < 0.05$). RDD-ÖA alt grubundaki vakalar RDD-ÖA olmayan alt gruba benzerdi ama WHOQOL-kısa test sosyal ilişki alanı (t değeri= -2.12, $p < 0.05$) çevresel sağlık alanı (t değeri = 2.99, $p = 0.01$) ve toplam yaşam kalitesi puanları (t değerleri= 2.56, $p < 0.05$) farklıydı.

ÖA olan ve olmayan alt gruplar (yani BD-ÖA alt grubu RDD-ÖA alt grubuyla ve BD-ÖA olmayan alt grup RDD-ÖA olmayan alt grubuyla) sosyo klinik, IDA ve yaşam kalitesi parametrelerine göre karşılaştırıldı. ÖA olan alt gruplar birbirlerinden sosyoklinik, IDA ve yaşam kalitesi değişkenleri yönünden farklılık göstermiyordu. Ancak, ÖA-olmayan alt grup analizlerinde RDD-ÖA olmayan alt gruptaki vakaların BD-ÖA olmayan alt grubundakilerden daha yaşlı olduğu ($t = -2.61^*$; $p < 0.05$) ve yaşam kalitesi toplam puanlarının daha yüksek olduğu görüldü ($t = -2.33, p < 0.05$).

TARTIŞMA

Öfke hoş olmayan bir duygudur. Psikiyatrik bir sendromun parçası olarak, ÖA tedaviye uyumsuzluk, şiddet ve intihara yatkınlıkla (Fava ve ark. 1993a, Fava ve ark. 1993b, Mammen ve ark. 1997, Oquendo ve ark. 2000) ve işte ve evde kişiler arası ilişkilerde problemlerle ilişkili olabilir. Geçmişte ÖA başlıca unipolar depresyonla bağlantılı olarak incelendi ve sadece birkaç çalışma bipolar depresyonda öfke atakları bildirdi (Perlis ve ark. 2004, Jain ve ark. 1997, Mammen ve ark. 2004). Biz bipolar depresyonda ÖA olgusunu reküran depresyonlu benzer bir hasta örneklem grubunu kullanarak incelemeye çalıştık. Bu çalışmada reküran depresyonda bildirilen % 62.5 oranında ÖA prevalansı unipolar depresyonda %40-60 oranında ÖA bildiren önceki çalışmalarla uyumludur (Fava 1998). Bipolar depresyon grubundaki %54.5 ÖA oranı da mevcut literatürle uyumludur (Perlis ve ark. 2004, Jain ve ark. 1997, Mammen ve ark. 2004). Bununla birlikte, reküran depresyon grubunda BD grubuna göre daha fazla ÖA olduğu bulgusu Perlis ve arkadaşlarının (2004) sonuçlarıyla çelişkilidir, onlar ÖA prevalansının reküran depresyon ve BD gruplarında benzer oranda olduklarını bildirmişlerdir.

Perlis ve arkadaşları (2004) ile Jain ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan önceki çalışmalar, ÖA'yı sırasıyla bipolarlık ve unipolarlığın belirleyicisi olarak değerlendirme konusunda çeşitli yorumlar yapmıştır ama bu çalışmadaki sonuçlar

ÖA'nın bipolar ve unipolar hastalıklar arasında klinik olarak ayırt edici bir özellik olmadığını düşündürmüştür. Mammen ve arkadaşları (2004) BD'de %38.6 oranında ÖA prevalansı bildirdiler ve bizim çalışmamıza benzer şekilde, ÖA'nın varlığının bipolar ve unipolar depresyonu ve eşik altı karışık durumları ayırt etmekte yararlı olamayabileceğini ileri sürdüler. Ek olarak, Mammen ve arkadaşları (2004) unipolar depresyonda Perlis ve arkadaşları (2004) tarafından bildirilen düşük ÖA oranlarını sorguladılar. Her iki gruptaki yüksek ÖA oranları muhtemelen günümüzdeki sınıflandırma sistemlerinin ÖA'nın tam tablosunu yakalayamadığını düşündürmektedir (kolay irite olma duygusu dahil). Ancak, ÖA'nın varlığı belli bir hastada altta yatan bir duygudurum bozukluğu olasılığı konusunda bizi ikaz etmelidir (Perlis ve ark. 2004).

Bu çalışmada, ÖA olan BD hastalarının, olmayanlardan daha yaşlı olduğu, hastalık ve tedavi sürelerinin de daha kısa olduğu saptandı. Bu, muhtemelen öfke ataklarının BD nöbetlerinin ilk döneminde daha çok görüldüğünü akla getirmektedir.

BD ve RDD gruplarının bulgularının ÖA olan alt gruplarında yansıyor yansımadığını belirlemek için, BD-ÖA ile RDD-ÖA ve BD-ÖA olmayan ile RDD-ÖA olmayan alt gruplar karşılaştırıldı. BD-ÖA ve RDD-ÖA alt gruplarında yaşam kalitesi birbirlerine yakinken, RDD-ÖA olmayan alt grup BD-ÖA olmayan gruba göre daha yüksek yaşam kalitesi puanına sahipti. Çoğunlukla alt grup analizleri birbirlerine yakındı, bu her grup içinde bulunan sonuçların alt gruplar arasında görülene benzer olduğunu göstermektedir. Böylece, ÖA'nın varlığı ya da yokluğu sosyo klinik değişkenlere bağımlı değildir ama RDD hastalarında yaşam kalitesini etkiliyor gibi görünmektedir.

ÖA olan ve olmayan BD vakaları onları ayırt edebilecek demografik ve klinik özellikleri belirlemek için karşılaştırıldı. Tek fark ÖA alt grubunda irite olmaya yatkınlığın daha

yüksek dışsal ifadesiydi. Genelde, benzerlikler farklılıklara ağır basmasına rağmen, örneklemin küçük olması ilk analizimizdeki istatistiksel gücü azalttı. Reküran depresyon vakalarındaki ÖA alt grubu ÖA olmayan alt gruba, daha düşük yaşam kalitesi puanı hariç benzerdi. Diğer karşılaştırmaları hesaba katarak, reküran depresyonda ÖA olmayan grubun diğer alt gruplardan daha iyi yaşam kalitesi sahibi olduğu açıktı. Genelde, yaşam kalitesi puanları reküran depresyonda (ve alt gruplarında) BD'ye (ve alt gruplarına) göre yüksekti, bu da reküran depresyonda iyi algılanan bir yaşam kalitesi olduğunu göstermektedir (ÖA var ya da yok).

Özetleyecek olursak, ÖA unipolar ve bipolar depresyonda aynı oranda yaygındır, sosyo klinik değişkenlerden etkilenmezler ve her iki grupta da subjektif yaşam kalitesi üzerinde benzer etkileri vardır. Sonuçlarımız genellikle daha önceki literatürde bulunanlara benzerdir (Mammen ve ark. 2004, Perlis ve ark. 2004) ve ÖA'nın bipolar depresyonda unipolar depresyon kadar yaygın olabileceğini ve böylece muhtemelen duygudurum bozukluğunun uni ya da bipolar olmasından bağımsız olduğunu göstermektedir.

Ancak, çalışmamızın küçük örneklemini, kontrol grubunun yokluğu, incelenen değişkenlerin sınırlılığı, komorbid kişilik özellikleri ve hastalıkları için yapılandırılmış bir değerlendirme yokluğu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği ya da Montgomery Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği gibi standart araçların yokluğu gibi sınırlılıkları vardı.

Yine de, bulgular önemli sayılabilir, çünkü sınırlı dilsel kapasitenin semptomların bilişsel ifadesinden çok somatik ifadesine yol açtığı gelişmekte olan bir ülke ortamında yapılmış, (Varma ve Gupta 2008) ve aynı zamanda ÖA'nın (yaşam kalitesi ile ölçülen) potansiyel etkisini değerlendiren çok az sayıdaki çalışmalardan biridir. Bipolar hastalıkta ÖA'yı daha iyi anlayabilmemiz için prospektif, büyük örnekleme sahip, kültürlerarası bazda çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Dayer A, Aubry JM, Roth L ve ark. (2000) A theoretical reappraisal of mixed states: Dysphoria as a third dimension. *Bipolar Disord*, 2: 316-24.
- Dougherty DD, Bonab AA, Ottowitz WE ve ark. (2006) Decreased striatal D1 binding as measured using PET and [11C] SCH 23,390 in patients with major depression with anger attacks. *Depress Anxiety*, 23:175-7.
- Fava M, Anderson K, Rosenbaum JF (1990) "Anger attacks": Possible variants of panic and major depressive disorders. *Am J Psychiatry*, 147: 867-70.
- Fava M, Anderson K, Rosenbaum JF (1993a) Are thymoleptic-responsive "anger attacks" a discrete clinical syndrome? *Psychosomatics*, 34: 350-5.
- Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M ve ark. (1991) Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. *Psychopharmacol Bull*, 27: 275-9.
- Fava M, Rosenbaum JF, Pava JA ve ark. (1993b) Anger attack in unipolar depression, part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*, 150: 1158-63.
- Fava M, Rosenbaum JF (1997) Anger attacks in depression. *Depress Anxiety*, 6:1-5.

- Fava M, Rosenbaum JF (1999) Anger attacks in patients with depression. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl 15): 21-4.
- Fava M, Vuolo RD, Wright EC ve ark. (2000) Fenfluramine challenge in unipolar depression with and without anger attacks. *Psychiatry Res*, 94:9-18.
- Fava M (1998) Depression with Anger attacks. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl 18): 18-22.
- Fraguas R, Iosifescu DV, Bankier B ve ark. (2007) Major depressive disorder with anger attacks and cardiovascular risk factors. *Int J Psychiatry Med*, 37:99-111.
- Fraguas R Jr, Papakostas GI, Mischoulon D ve ark. (2006) Anger attacks in major depressive disorder and serum levels of homocysteine. *Biol Psychiatry*, 60:270-4.
- Gould RA, Ball S, Kaspi SP (1996) Prevalence and correlates of anger attacks: a two site study. *J Affect Disord*, 39: 31-8.
- Iosifescu DV, Renshaw PF, Dougherty DD ve ark. (2007) Major depressive disorder with anger attacks and subcortical MRI white matter hyperintensities. *J Nerv Ment Dis*, 195:175-8.

- Jain U, Vinita C, Leslie MA ve ark. (1997) Anger attacks in bipolar depression versus unipolar depression. New Research Program and Abstract of 150th Annual National Meeting of American Psychiatric Association, May 17-22, 1997, San Diego Calif Abstract, NR 139:103.
- Mammen O, Shear K, Greeno C ve ark. (1997) Anger attacks and treatment nonadherence in a perinatal psychiatry clinic. *Psychopharmacol Bull*, 33:105-8.
- Mammen OK, Pilkonis PA, Chengappa KN ve ark. (2004) Anger attacks in bipolar depression: Predictors and response to citalopram added to mood stabilizers. *J Clin Psychiatry*, 65:627-33.
- Mischoulon D, Dougherty DD, Bottonari KA ve ark. (2002) An open pilot study of nefazodone in depression with anger attacks: Relationship between clinical response and receptor binding. *Psychiatry Res*, 116:151-61.
- Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B ve ark. (2000) Suicidal behavior in bipolar mood disorder: Clinical characteristics of attempters and non-attempters. *J Affect Disord*, 59: 107-17.
- Orley J, Saxena S, Herrman H (1998) Quality of life and mental illness: Reflection from the prospective of WHOQOL. *Br J Psychiatry*, 172: 291-93.
- Painuly N, Sharan P, Mattoo SK (2007) Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. *Psychiatry Res*, 153:39-45.
- Perlis RH, Smoller JW, Fava M ve ark. (2004) The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 79:291-5.
- Perugi G, Akiskal HS, Micheli C ve ark. (1997) Clinical subtypes of bipolar mixed states: Validating a broader European definition in 143 cases. *J Affect Disord*, 43: 169-80.
- Saxena S, Chandramani K, Bhargava R (1998) WHOQOL Hindi: a questionnaire for assessing quality of life in health care setting in India. *Nat Med J India*, 11: 160-66.
- Sayar K, Guzelhan Y, Solmaz M ve ark. (2000) Anger attacks in depressed Turkish outpatients. *Ann Clin Psychiatry*, 12:213-8.
- Snaith RP, Constantopoulos AA, Jardine MY ve ark. (1970) A clinical scale for the self-assessment of irritability, anxiety and depression. *Br J Psychiatry*, 132: 164-71.
- Snaith RP, Taylor CM (1985) Irritability: definition, assessment and associated factors. *Br J Psychiatry*, 147:127-36.
- Tedlow JR, Leslie VC, Keefe BR (1997) Are anger attacks in unipolar depression a variant of panic disorder? New research program and abstracts of the 150th annual meeting of the American Psychiatric Association. San Diego, California.
- Varma VK, Gupta N (2008) *Psychotherapy in a Traditional Society: Context, Concept and Practice*. Jaypee Publishers, New Delhi.
- World Health Organization (1992) *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.