

Duygudurum Bozukluğu Hastalarında ve Birinci Derece Akrabalarında “Affektif Spektrum Bozukluğu”

E. KURT *, A. İ. ADANUR **, E. T. ORAL ***, A. VERİMLİ ***

ÖZET

Affektif Spektrum Bozukluğu (ASB), alkolizm, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, impuls kontrol bozukluğu, panik bozukluğu, posttravmatik stress bozukluğu, Tourette bozukluğu, irritabl barsak sendromu, narkolepsi, migren, fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, kleptomani gibi hastalıkları kapsamaktadır. Bu çalışma ile affektif bozukluğu bulunan hastaların kendilerinde veya birinci derece akrabalarının herhangi birisinde sözü edilen hastalıkların varlığı araştırılmıştır. Hastanemize başvuran, remisyonda Duygudurum Bozukluğu tanısı almış 86 bipolar, 30 unipolar bozukluk hastası ve bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 36 sağlıklı gönüllü ile bunların eşit sayıdaki birinci derece akrabaları çalışmaya alınmıştır. Tüm gruplara sosyodemografik veri formu, SCID-NP/OP, FH-RDC formu ve ASB ek görüşme formu uygulanmıştır. Genel olarak hasta grubunda ve ailelerinde Affektif Spektrum Bozukluğu kapsamında olan hastalıklar kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı sıklıkta görülmedi. Hastalık yaşı, cinsiyet, hastalık sıklığı, suisid oranı açısından Unipolar hastalar bipolar hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiler. Affektif Spektrum Bozukluğu açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmazken, migrenin unipolar hastalarda görülme sıklığı anlamlı derecede fazla bulundu ($p<0.002$). Ayrıca bipolar hastaların annelerinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk görülme oranı unipolar hastalara göre anlamlı derecede fazla bulundu ($p<0.04$). Unipolar hastalarda Affektif Spektrum Bozukluğu sıklığı bipolar hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak fazla saptandı ($p=0.009$).

Anahtar kelimeler: Affektif spektrum bozukluğu, duygudurum bozukluğu, unipolar depresyon, bipolar

Düşünen Adam; 2002, 15(3): 158-163

SUMMARY

Affective Spectrum Disorder (ASD) is a given name for a group of disorders (i.e. alcoholism, obsessive compulsive disorder, eating disorder, impuls control disorder, panic disorder, post-traumatic stress disorder, Tourette's disorder, irritable bowel syndrome, narcolepsia, migraine, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, kleptomania). The presence of these disorders were investigated in affective disorder patients and in their first degree relatives. 86 remitted bipolar and 30 unipolar patients who admitted to our hospital were compared with 36 healthy volunteers. First degree relatives of both patients and volunteers were also compared. All groups were applied Spitzer's SCID-NP/OP, Andreasen's FH-RDC and structured ASD interviewing form of Hudson-Pope. Affective Spectrum Disorders prevalence in bipolar affective patients were not significantly higher than the control group statistically. Unipolar patients had longer duration and frequency of illness and higher suicide ratios comparing to bipolars but these two groups showed no statistical differences by means of Affective Spectrum Disorders. Affective Spectrum Disorders in general was found significantly higher in unipolar patients comparing to bipolars and healthy controls ($p=0.009$). In comparison of first degree relatives, only mothers of bipolar patients had more psychiatric disorders comparing to unipolars ($p<0.04$).

Key words: Affective spectrum disorder, affective disorders, unipolar depression, bipolar

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uz. Dr., ** Bursa Devlet Hastanesi, Uz. Dr., *** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Doç. Dr.

GİRİŞ

Bazı hastalıkların aynı aileden geldiği fikri çok eskilere dayanmaktadır. Psikiyatride ilk olarak Janet 1903'de Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), fobi, panik bozukluğu, bulimi, migren, atipik yüz ağrısı benzeri ağrı sendromu ve irritabl barsak sendromunu (İBS) düşündüren mide-barsak sistemi bozukluklarının aynı bozukluklar ailesinden olduğunu düşünmüş ve "agitations forcees" olarak tanımlamıştır. Tıp tarihi boyunca da tedaviye yanıt, bir patofizyolojik anormalliği paylaşan bozuklukların tanınmasında bir metod olarak kullanılmıştır. Aynı ilaç grubunun etkinliği konusunda iki temel varsayım ortaya atılmıştır. I) "Ven Disorder" (Ortak yol) Varsayımı: Trisiklik ve diğer antidepresanlara yanıt veren hastalıklar ortak psikobiyojik anomalilerle fakat çeşitli klinik görünümle seyreden bir çekirdek bozukluğu taşır. II) "Shotgun" (Av tüfeği) Varsayımı: Trisikliklerin çeşitli etkilerinin herbiri (örneğin, adrenerjik reseptörlere, muskarinik reseptörlere, serotonin sistem değişikliklerine etkileri) tedavinin seyri sırasında bir başka sorun alanında etkili olacak şekilde önem taşır (Murphy ve ark. 1985). Bu varsayımlardan da anlaşıldığı gibi günümüz tıbbında bu model için en önemli kanıt antidepresanlardır. Bazı araştırmacılara göre, hepsi aynı biçimde antidepresan tedaviye ya da bazıları Lityum'a yanıt veren hastalıklar affektif bozukluklar spektrumu içinde değerlendirilebilirler (Hudson ve ark. 1990). Bu spektrum içindeki hastalıklarda affektif bozukluklara diğer hastalıklar ve sağlıklı kişilere göre daha fazla rastlanmaktadır. Affektif bozuklukların diğer psikiyatrik bozukluklara oranla daha yüksek genetik geçiş özelliği gösterdiği de bilinmektedir (Miklowitz ve ark. 1988). Bunun kanıtı olarak affektif bozukluğu olan hastaların ailelerinde iki uçlu ya da tek uçlu duygudurum bozukluk bulunması ile, alkolizm, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, impuls kontrol bozukluğu, panik bozukluğu, posttravmatik stress bozukluğu, Tourette bozukluğu, gibi affektif spektrum içinde olan birinci eksen psikiyatrik bozukluklara ya da irritabl barsak sendromu, narkolepsi, migren, fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, kleptomani gibi yine affektif spektrum içinde olan psikiyatrik olmayan tıbbi bozukluklara rastlanması beklenir (McElroy ve ark. 1992). Ancak bugüne kadar bu kapsamılıkta bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışma ile affektif bozuklu-

ğu bulunan hastaların kendilerinde veya birinci derece akrabalarının herhangi birisinde irritabl barsak sendromu, narkolepsi, Tourette's bozukluğu, migren, fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, kleptomani gibi hastalıkların varlığını ve bunların yanısıra birinci eksen psikiyatrik bozuklukların bulunup bulunmadığını saptamak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

I. Çalışma Evreni

A-1. Hasta Grubu: Kasım 1996 Haziran 1998 tarihleri arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 5. Psikiyatri Birimi Polikliniğine başvuran 18-66 yaşları arasında bulunanlar cinsiyet farkı gözetmeksizin çalışmaya alındılar.

A-2. Hasta Ailesi Grubu: Hastaların birinci derece akrabaları (ebeveyn, kardeş) arasında gelişigüzel seçilen ve çalışmayı kabul edenler alındılar. Yaşları 18-70 arasında.

B-1 ve 2. Kontrol Grubu ve Yakınları: Hiçbir hastalığı bulunmayan sağlıklı gönüllüler ile onların hasta aile grubu ile türdeş yakınları arasında çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alındılar. Kontrol grubuna alınan kişilerin çoğunluğunu Nöroloji Kliniğine ziyaret amacıyla başvuran ve psikiyatrik yakınması olmayan kişiler ile onların birinci derece yakınları oluşturdu.

II. Gereçler

1. SCID-I/OP psikiyatrik görüşme formu: 1986'da Spitzer, Williams, Gibbon tarafından geliştirilen ve bir yapılandırılmış klinik tanı aracı olan SCID-OP karşılıklı görüşme ile DSM-III-R tanı ölçütlerine göre tanı konulmasını sağlar. Burada konulan tanılar daha sonra DSM-IV ölçütlerine göre gözden geçirildiler. Formun Türkçe versiyonu Sorias, Saygılı ve ark.'ları tarafından 1988'de hazırlanmıştır.

2. SCID-I/NP psikiyatrik görüşme formu: Psikiyatrik hastalığı olmayan kişide, herhangi bir birinci eksen tanısının geçmişte ve/veya son bir ay içinde olup olmadığını araştırmak için kullanılmaktadır.

3. FH-RDC aile görüşme formu: Andreasen Endi-

cott, Spitzer (1987) tarafından geliştirilen ve akrabalarla doğrudan psikiyatrik görüşme yapılamadığı durumlarda bir yakından öykü alma yöntemine dayandırılan, FH-RDC (Family History-Research Diagnostic Criteria) Aile Öyküsü Araştırma İçin Tanı Ölçütleri formunun 3. ve son baskısı olan 1970 versiyonu kullanıldı. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, 1995'de Büyükkal ve Pektaş tarafından yapılmıştır.

4. Affektif Spektrum Bozuklukları Ek Görüşme Formu: Hudson ve Pope tarafından 1991 yılında geliştirilmiş, SCID formunda yapılandırılmış ve SCID ile birlikte kullanılması önerilen bir görüş formudur. Yedi alt başlıkta İBS, Narkolepsi-Katapleksi, TS, Migren, Fibromiyalji, KYS, Kleptomani tanısı koymayı amaçlamaktadır. Formun Türkçe uyarlaması Oral ve Adanur tarafından yapılmıştır.

5. Sosyodemografik Değerlendirme Formu: Bireyin yaş, cins, medeni durum, eğitim geçirilmiş genel tıbbi hastalıkları ve ekonomik durumu gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını etkileyebileceği düşünülen özelliklerini kapsamaktadır.

III. İşlem Yolu

1. A-1 grubuna SCID-I/OP psikiyatrik görüşme formu, Affektif Spektrum Bozuklukları Ek Görüşme Formu, Sosyodemografik Değerlendirme Formu
2. A-2 grubuna SCID-I/NP psikiyatrik görüşme formu, FH-RDC aile görüşme formu Affektif Spektrum Bozuklukları Ek Görüşme Formu, Sosyodemografik Değerlendirme Formu
3. B-1 grubuna SCID-I/NP psikiyatrik görüşme formu, Affektif Spektrum Bozuklukları Ek Görüşme Formu, Sosyodemografik Değerlendirme Formu
4. B2 grubuna SCID-I/NP psikiyatrik görüşme formu, FH-RDC aile görüşme formu Affektif Spektrum Bozuklukları Ek Görüşme Formu, Sosyodemografik Değerlendirme Formu uygulanarak, SCID ile elde edilen tanımlar DSM-IV ölçütlerine göre gözden geçirilmiştir.

Böylece:

- a. Hastanemizde duygudurum bozukluğu tanısı ile takip edilmekte olan hastalarda mevcut duygudurum

bozukluklarının yanısıra "Affektif Spektrum Bozuklukları"ndan herhangi birinin de olup olmadığı araştırılmış,

- b. Bu hastaların birinci derece akrabalarında mevcut, geçirilmiş ya da eşik altı bir psikiyatrik bozukluk ya da "Affektif Spektrum Bozuklukları"ndan herhangi birinin bulunup bulunmadığı araştırılmış,

- c. Sağlıklı gönüllülerde ve onların birinci derece akrabalarından herhangi birinde mevcut, geçirilmiş ya da eşik altı bir psikiyatrik bozukluk veya "Affektif Spektrum Bozuklukları"ndan herhangi birinin olup olmadığı araştırılmış,

Hasta grubu ile yakınları, sağlıklı gönüllüler ve yakınları ile karşılaştırılmıştır.

IV. İstatistikler

SPSS yazılım programının Windows Sürümü kullanılarak, frekans dağılımları hesaplandı, çok gözlü tablolar için (2, Fisher kesin P, parametrik olmayan ölçümler için Mann-Whitney-U ve parametrik ölçümler için Student's t testleri uygulandı. Bulunan tüm sonuçlar iki yönlü olarak değerlendirildi ve $p < 0.05$ olduğunda anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

a) Demografik Özellikler

Çalışmaya katılan ve halen remisyonda olan duygudurum bozukluğu hastalarının (n=116) yaşları 18 ile 66, kontrol grubundaki deneklerin (n=36) yaşları ise 18 ile 51 arasındadır. Hasta ve kontrol grubundaki deneklerin yaşları 20-40 yaş arasında yoğunlaşmıştır (Tablo 1). Duygudurum bozukluğu olan hastaların yaş ortalaması 31.88 ± 9.61 , kontrol grubundakilerin ise 31.63 ± 9.3 idi. İki grubun yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durumları açısından gruplar türdeşdir.

b) Hasta ve Kontrol Grubunda Hastalık Dağılımı

I. Tüm Bozukluklar

Hastanemizde duygudurum bozukluğu tanısı ile takip edilmekte olan remisyondaki hastalarda mev-

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarının yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş<	<21 (%)	21-30 (%)	31-40 (%)	>40 (%)
BP	9 (10.5)	37 (43.0)	30 (34.9)	10 (11.6)
UP	1 (3.3)	9 (30.0)	13 (43.3)	7 (23.3)
Kontrol	6 (16.7)	11 (30.6)	10 (27.8)	9 (25.0)

Tablo 2. Tüm bozuklukların dağılımı.

	Hasta (n=116)	Kontrol (n=36)
İki uçlu bozukluk	86	1
Majör depresyon	30	1
OKB	7	2
Panik bozukluğu	1	1
Anksiyete bozukluğu	1	2
Anoreksiya nervoza	1	-
Sosyal fobi	2	-
Basit fobi	6	-
Uyurgezerlik	1	-
Alkol kul. bozukluğu	4	1
Patolojik kumar	1	-
Kleptomani	1	-
Migren	14	4
İrritabl barsak send.	2	1
Fibromiyalji	-	-
Narkolepsi	-	-
Tourette bozukluğu	-	-
Kronik yorgunluk	2	-

cut duygudurum bozukluğunun yanısıra "Affektif Spektrum Bozukluğu" kapsamındaki psikiyatrik bozukluklardan ve "Affektif Spektrum Bozukluğu" kapsamındaki tıbbi bozukluklardan herhangi birinin geçirilmiş ya da halen mevcut olup olmadığı araştırılmıştır.

II. Affektif Spektrum Bozuklukları (ASB)

ASB olan ve olmayan hastalar arasında hiçbir parametrede anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastalık süresi ASB olmayan hastalarda hafifçe yüksek ve sonuç istatistiksel anlamlılık sınırında bulunmuştur (Tablo 4).

ASB olan hastalara daha çok UP grupta rastlanmıştır (p=0.009).

e) Hasta ve Kontrol Grubunun Birinci Derece Akrabalarında Hastalık Dağılımı

Affektif bozukluğu olan hastaların ailelerinde "ASB" kapsamında bulunduğu varsayılan psikiyatrik ve

Tablo 3. Hastalara ilişkin diğer verilerin ortalamaları.

	BP	UP	p
Hastalık başlama yaşı	21.12±5.32 (14-39)	25.57±7.12 (15-40)	0.023
Hastalık süresi (yıl)	9.56±6.33 (1-23)	10.57±9.97 (1-41)	0.050
Hecme sayısı	4.93±3.49 (1-19)	6.83±9.20 (1-40)	0.000
Hastaneye yatış sayısı	3.5±2.79 (0-15)	1.93±1.31 (0-4)	0.003
Suisid girişimi	19 (% 22.1)	11 (% 36.7)	AD
Mevsimlerle ilişki	32 (% 37.2)	11 (% 36.7)	AD

Tablo 4. ASB olan ve olmayan hastaların hastalığa ilişkin özellikler açısından dağılımı.

	ASB Yok (n=93)	ASB Var (n=23)	p
Yaş	31.3±9.3	34.5±10.4	AD
Cinsiyet			
Kadın	47 (% 75.8)	15 (% 24.2)	AD
Erkek	46 (% 85.2)	8 (% 14.8)	AD
Hecme sayısı	5.5±5.4	4.9±6.1	AD
Hastalık süresi	9.8±7.4	9.7±7.4	AD
Lityuma yanıt (n=97)			
Var	81 (% 86.2)	13 (% 13.8)	AD
Yok	1 (% 33.3)	2 (% 66.6)	AD
Mevsimsel özellik			
Var	34 (% 79.1)	9 (% 20.9)	AD
Yok	59 (% 80.8)	14 (% 19.2)	AD
Suisid girişimi			
Var	24 (% 80)	6 (% 20)	AD
Yok	69 (% 80.2)	17 (% 19.8)	AD

ASB: Panik Boz./OKB/Sosyal Fobi/İmpuls Kont Boz./Yeme Boz./İrritabl Barsak Sendromu (İBS)/ Narkolepsi/Tourette/Migren/Kronik Yorgunluk/Fib-romiyalji/Kleptomani' den herhangi birinin varlığı.

tıbbi bozukluklar sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha fazla değildir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, remisyonda duygudurum bozukluğu olan 116 hasta ile onların birinci derece akrabalarında ve 36 sağlıklı kişi ile onların birinci derece akrabalarında, özellikle "ASB" kapsamında olduğu düşünülen psikiyatrik ve tıbbi bozuklukların sıklığı ve dağılımı araştırıldı. Çeşitli ASB bozuklukları içinde Duygudurum Bozukluklarının (DDB) araştırıldığı çalışmalara hem uluslararası hem de ulusal literatür-

Tablo 5. Toplam ASB'nin her üç grupta dağılımı.

	Yok	Var	Toplam
UP	18	12	30
BP	75	11	86
Kontrol	28	8	36
Toplam	121	31	152

Tablo 6. Annede saptanan bozukluklar.

	BP (n=86)	UP (n=30)	Kontrol (n=36)
DDB	10	1	-
OKB	2	-	1
Anksiyete bozukluğu	11	4	6
Basit fobi	1	-	-
Psikotik bozukluklar	2	-	-
Migren	6	3	4
İrritabl barsak send.	1	1	-

de rastlanmaktadır (Hudson ve Pope 1990-1991, Murphy ve ark. 1985, Verimli ve ark. 1993, Doğan ve Hizmetli 1990). Nitekim, yalnız bu boyutta değil, ailelerde de ASB'nun araştırıldığı, kliniğimizde yapılmış bir seri çalışma bulunmaktadı (Büyükkal 1995, Pektaş 1995, Solmaz 1996, Karadeniz 1997, Arabacı 1997). Fakat DDB hastalarında ya da ailelerinde ASB bulunup bulunmadığını araştıran bir çalışmaya ne uluslararası ne de ulusal literatürde rastlanmamıştır. DDB hastalarında özellikle de BP ve UP ayırımı yapılarak ASB araştırılmamıştır. Ayrıca hastaların ailelerinde de ASB araştıran kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır.

Yapılan en kapsamlı çalışmada hastaların birincil tanısı fibromiyalji, MD veya kleptomani ve kontrol grubu bulunmamaktadır (Hudson ve Pope 1991).

Çalışmamızda UP hastaların % 40'ında, BP hastaların % 12.7'sinde, sağlıklı kişilerin % 22.2'sinde "ASB" saptandı. Sonuç olarak kontrol grubundaki "ASB" görülme sıklığı BP hastalara oranla yüksek UP'lardan düşük bulundu ($p=0.009$).

Türkcan (1992), Pektaş (1995), Büyükkal (1995), Solmaz (1996) Arabacı (1997) ve Karadeniz'in (1997) migren, IKS, fibromiyalji, vs. gibi bozukluklarda BP hastalara UP'dan daha az rastlandığını "Affektif Spektrum Bozukluğu"ndan daha çok "Depresif Spektrum Bozukluğu" adlandırmasının uygun ola-

Tablo 7. Babada saptanan bozukluklar.

	BP (n=86)	UP (n=30)	Kontrol (n=36)
DDB	27	5	-
Panik bozukluğu	1	-	1
Alkol kul. bozukluğu	11	1	3
Basit fobi	-	1	-
Somatoform bozuk.	-	1	-
Patolojik kumarbazlık	5	1	2
Psikotik bozukluklar	2	-	-
Migren	2	-	-
İrritabl barsak send.	3	1	-

Tablo 8. Kardeşlerde saptanan bozukluklar.

	BP (n=348)	UP (n=240)	Kontrol (n=118)
DDB	19	3	1
OKB	1	1	1
Anksiyete bozukluğu	10	4	3
Somatoform bozukluk	-	2	-
İmpuls kont. boz.	-	2	-
Panik bozukluğu	1	1	1
Alkol kul. boz.	9	3	2
Patolojik kumarbazlık	10	2	1
Kleptomani	1	-	-
Psikotik bozukluklar	4	3	-
Migren	5	5	5
İrritabl barsak send.	1	-	-
PTSB	-	1	-

cağını söylemiktir (Dunner ve ark. 1979, Büyükkal 1995). Çalışmamız bu savın tersine sağlanmasını göstermektedir.

Bozukluk tipleri açısından bakıldığında; hastalarda bir kleptomani mevcut olup panik bozukluğu ve İBS görülmezken, migren ve OKB'ye sık rastlanmıştır. Tourette Bozukluğu, Narkolepsi, Fibromiyalji, Kronik Yorgunluk Sendromu görülmediği gibi onların birinci derece akrabaları arasında da tespit edilmiştir. Hastalarda genelde hastalık sürecinin başlarında "ASB" kapsamındaki bu bozuklukların görüldüğü ve birkaç yıl içinde duygudurum bozukluğu epizodlarının başladığı gözlenmiştir. Arabacı (1997) ve Karadeniz'in (1997) Migren ve Fibromiyalji çalışmalarında da veriler bu bulguyu doğrulamaktadır.

Bu veriyi destekleyen bir başka kanıt OKB ve migreni olanlarda duygudurum bozukluğu epizodları başladıktan sonra lityum profilaksisine geçilince zaman içinde OKB'nin genelde tamamen ortadan kalktığının, migrenin önemli oranda azaldığının hastalar tarafından belirtilmesidir.

Tablo 9. Birinci derece akrabada ASB.

		Hayır	Evet
Tanı	UP	19	11
	BP	60	26

Tablo 10. İkinci derece akrabada ASB.

		Hayır	Evet
Tanı	UP	29	1
	BP	80	6

ASB grubundaki hastalıkların DDB görülmesinden önce ortaya çıktıkları bilindiğine göre, bu hastalıkların erken görülmesinin DDB için ön haberci olup olmadığı ya da DDB'nun bir varyantı olarak "onun yerine" ortaya çıkıp çıkmadığının araştırılabilmesi tartışmaya yeni bir boyut kazandıracaktır.

SONUÇ

Bu çalışma, DDB hastalarında ya da ailelerinde ASB bulunup bulunmadığını uluslararası ve ulusal literatürde kontrollü olarak araştıran ilk çalışmadır. UP hastalarda anlamlı olarak daha sık ASB görülmektedir.

Kontrol grubundaki "ASB" görülme sıklığı BP hastalara oranla daha yüksektir ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Migren ve OKB sıklığı Tourette Bozukluğu, Narkolepsi, Fibromiyalji, ne hastalarda ne de birinci derece akrabaları arasında da tespit edilememiştir.

Hastalık sürecinin başlarında "ASB" kapsamındaki bozukluklar görülmekte ve birkaç yıl içinde duygudurum bozukluğu epizodları başlamaktadır. Hastalık yaşı, cinsiyet, hastalık sıklığı, suisid oranı ASB olan ve olmayanlarda farklı değildir.

"ASB'da DDB görülüyorsa, tersi de doğru olabilir" varsayımı UP hastalar için geçerli olabilir. Affektif bozukluğu olan hastaların ailelerinde "ASB" kapsamında bulunduğu varsayılan psikiyatrik ve tıbbi bozuklukların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha fazla değildir.

Sonuç olarak "Affektif Spektrum Bozukluğu" yerine "Depresif Spektrum Bozukluğu" tanımı mevcut durumu daha iyi tanımlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Arabacı M: Migrenin duygudurum spektrumundaki yerinin araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1997, İstanbul.
2. Büyükkal B: Duygudurum spektrumunda yeme bozukluklarının yeri (Aile Çalışması), Uzmanlık Tezi, 1995, İstanbul
3. Cadoret RJ: Evidence for genetic inheritance of primary affective disorder in adoptees. Am J Psychiatry 135:463-466, 1978.
4. Coryell W, Endicott J, Andreasen NC: Depression and panic attacks: The significance of overlap as reflected in follow up and family study data. Am J Psychiatry 45:437-443, 1988.
5. Dunner DL, Henzel BM, et al: Bipolar illness: Factors in drinking behavior. Am J Psychiatry 136:48, 583-585, 1979.
6. Goldenberg DL: Psychologic Studies in Fibrositis. The American Journal of Medicine 81(suppl 3A):29, 1986.
7. Goodwin FK, Jamison KR: Manic-Depressive Illness. Oxford University Press 1986, New York.
8. Helzer JE, Winokur G: A family interview study of male manic depressives. Arch Gen Psychiatry 31:73-77, 1974.
9. Hudson JI, Pope HG: Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? Am J Psychiatry 147:552-564, 1990.
10. Johnson FS, Leeman MM: Analysis of familial factors in bipolar affective illness. Arch Gen Psychiatry 34:1074-1083, 1977.
11. Karadeniz Ş: Primer fibromiyalji sendromunun duygudurum bozukluğu spektrumundaki yerinin araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1997, İstanbul
12. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE, Aizley HG: The DSM-III-R Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified: Clinical Characteristics and Relationship to Other Psychiatric Disorders. Am J Psychiatry 149:318-327, 1992.
13. Merikangas KR, Angst J, Isler H: Migraine and depression: the Zurich cohort, in New Research Program and Abstracts. 142nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association 1989, Washington DC.
14. Murphy DL, Siever LJ, Insel TR: Therapeutic Response to Tricyclic Antidepressants, and Related Drugs in Non-affective Disorder Patient Population (Abstr). Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 9:3-13, 1985.
15. Pektaş A: Duygudurum spektrum bozukluğu olarak alkol bağımlılığı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1995, İstanbul
16. Pope HG, Hudson JI: A supplemental interview for forms of "Affective spectrum disorder". Int'l. J Psychiatry in Medicine 21:205-232, 1991.
17. Schuckit MA: Subjective responses to alcohol in sons of alcoholics and control subjects. Arch Gen Psychiatry 41:879-884, 1984.
18. Türkcan A: Kronik ağrılı hastalarda psikiyatrik semptomatoloji. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1992, İstanbul.
19. Verimli A, Türkcan A, Erdine S: Chronic pain in psychiatry (Abst). IX World Congress of Psychiatry 1993, Rio de Janeiro 695-698, 1980.
20. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ: Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Illness. Am J Psychiatry 147:565-572, 1990.
21. Wender RH, Kalm M: Prevalence of attention deficit disorder, residual type and other psychiatric disorders in patients with irritable colon syndrome. Am J Psychiatry 146:1579-1582, 1989.
22. Winokur A, March V, Mendels J: Primary affective disorders in relatives of patients with anorexia nervosa. Am J Psychiatry 137:695-698, 1980.
23. Winokur G, Cadoret R: A genetic study. Arch Gen Psychiatry 24:135-144, 1971.