

Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Eş Tanıları Comorbidity of Impulse Control Disorders Among Patients with Major Depression

Bilge BURÇAK ANNAGÜR, Lut TAMAM*

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

ÖZET

Amaç: Depresyon hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları eş tanılarını ve dürtüselliğin depresyon başlangıcı ve kliniği üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntemler: Polikliniğimize bir yıllık süre boyunca ayaktan başvuran 150 depresyon hastası çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği, dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği, Ruhşal Belirti Tarama Listesi, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Zuckerman Heyecan arama Ölçeği, Barratt Dürtsellik Ölçeği-11 ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Bir yıllık bir süreçte polikliniğimize ayaktan başvuran depresyon hastalarının %34.7'sinde en az bir dürtü kontrol bozukluğu eş tanısı saptanmıştır. Başka Türlü Adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları dâhil edildiğinde hastaların %56.7'sinde dürtü kontrol bozukluğu eş tanısı saptanmıştır. En sık saptanan Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (%31.3), ikinci sırada Deri Yolma (%28), üçüncü sırada Kompülsif Satın Alma (%14)'dır. Dürtü kontrol bozukluğu eş tanısı konan ve konmayan hastalar arasında yaş açısından dürtü kontrol bozukluğu saptanan grupta anlamlı farklılık olup bu hastaların ilk depresyon atak yaşıları da daha küçüktür. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve hastaneye yatış açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Patolojik kumar oynama erkeklerde, kompülsif satın alma kadınlarda daha fazladır. Yaşam boyu özkiyim girişimi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de dürtü kontrol bozukluğu saptanan grupta iki kat daha fazladır. Öyküsünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan olguların hepsi yaşam boyu en az bir dürtü kontrol bozukluğu tanısı da almışlardır. Depresyon ölçek puanlarında iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte belirti tarama listesi puanları, heyecan arama Ölçeği puanları, dürtsellik puanları ve duygudurum bozuklukları ölçek puanları dürtü kontrol bozukluğu saptanan grupta anlamlı olarak yüksek çıkmıştır.

Sonuç: Bu çalışma sonuçları bir yıllık süreçte polikliniğimize başvuran depresyon hastalarının ortalama üçte birinde DSM-IV'e göre en az bir dürtü kontrol bozukluğu eş tanısı aldıklarını göstermektedir. Dürtü kontrol bozukluklarının oldukça sık oranda görülmESİ ve buna bağlı olarak depresyonun seyri sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan kaçınabilmek ve tedavinin şekillenmesi açısından bu bozukluklar tanınmalıdır. (Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48: 22-30)

Anahtar kelimeler: Depresyon, dürtü kontrol bozuklukları, eş tanı

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the prevalence rates of impulse control disorders among patients with major depression and evaluate the effect of comorbidity on the onset and the clinical course of depression.

Methods: The study included 150 consecutive depressive psychiatric patients who have presented to our outpatient clinics within a one-year period. A demographic data form has been completed along with a structural clinical interview (SCID-I) to evaluate axis I psychiatric disorders according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV). To determine the impulse control disorders and depression, the Minnesota Impulse Control Disorders Interview and the Hamilton Depression Rating Scale have been applied to all patients. Besides, all patients completed the Symptom Check List-90, the Beck Depression Inventory, the Zuckerman's Sensation Seeking Scale Form-V, the Barratt Impulsiveness Scale-11 and the Mood Disorders Questionnaire to help us find out the levels of psychopathology.

Results: In a one-year period, 34.7% of depressive outpatients in our clinics had at least one comorbid impulse control disorder. The inclusion of patients with a diagnosis of impulse control disorders not otherwise specified increased the rate of comorbid impulse control disorders to 56.7%. The most common impulse control disorder in our sample was intermittent explosive disorder (31.3%) followed by skin picking (28%) and compulsive buying (14%). Depressive patients with a comorbid impulse control disorder had an earlier age of onset of the disorder than patients without any impulse control disorder. There were no differences between the groups in terms of gender, marital status, education level and number of hospitalizations. Pathological gambling was more common in male patients, whereas compulsive buying was more frequently seen in female patients. Lifetime suicide attempt rates were two times more common in depressive patients with comorbid impulse control disorder than in patients without it, but this difference did not reach statistical significance. Though there was not any statistically significant difference between these two groups, levels of general psychopathology, impulsivity scores and mood disorder questionnaire scores were significantly higher in patients with comorbid impulse control disorder.

Conclusion: The results of this study show that one third of depressive patients who presented to our outpatient clinics within a one-year period were diagnosed with at least one lifetime comorbid impulse control disorder according to DSM-IV. Since impulse control disorders are frequently seen, in order to avoid eventual complications in the course of comorbid depression and establish proper treatment plans, close evaluation and recognition of impulse control disorders are necessary. (Archives of Neuropsychiatry 2011; 48: 22-30)

Key words: Comorbidity, depression, impulse control disorder

Giriş

Dürtüselliğin normal bir davranış örüntüsü olabileceği gibi birçok ruhsal hastalığın psikopatolojik bir parçası da olabilir (örn. yıkıcı davranış bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu). Dürtü kontrol bozuklukları (DKB) genel olarak zararlı eylemleri gerçekleştirmeye isteklerine karşı koyamama ile belirli bir ruhsal hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır ve ana belirti tekrarlayan dürtüselli davranışlar şeklinde ortaya çıkar. DKB olan hastalar üç temel özelliğe sahiptir: 1- Kendilerine ya da başkalarına zarar verebilecek bazı eylemleri gerçekleştirmeye arzularına ya da dürtülerine karşı koymayı başaramazlar. 2- Eylem öncesinde artan bir gerginlik ve uyarılma vardır. 3- Eylem gerçekleştirirken hazır, doyum ve rahatlama sağlanır. Bu temel öğeler dışında yapılan eylemler benlikle uyumludur, yani hastanın birdenbire ortaya çıkan bilingüel arzularına uygundur. Eylemin gerçekleştirilmesinden sonra hastalar yoğun suçluluk ya da pişmanlık duyabilirler (1). DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde altı DKB tanımlanmıştır (5). Bu hastalıklar; 1- Aralıklı Patlayıcı bozukluk (APB), 2- Kleptomani, 3- Patolojik kumar oynama (PKO), 4- Piromani, 5- Trikotillomani, 6- Başka türlü Adlandırmayan (BTA) DKB'dir.

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha sık görülen bir hastalığıdır (2,3). Kadınlarda erkeklerle göre iki kat fazla oranda rastlanır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12 arasında değişmektedir. Olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösterir. Çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla giyen depresif bir duyguduruma, gerek ruhsal gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama, kişinin işlevselliğinde azalma eşlik eder.

Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi DKB'de de psikiyatrik bozukluklarla bir arada bulunması hastalarda tanı konmasını güçleştirir ve uygulanacak tedaviyi, hastalığın gidişini olumsuz etkiler. Bu bozuklukları genel psikiyatrik muayenede ve yarı yapılandırılmış görüşmelerde sorgulanmasında fayda vardır. Bireylilik durumlarının belirlenmesi daha uygun ve daha özgün bir tedaviye olanak sağlamaktadır.

Depresyonu olan hastalarda başta anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, davranış bozukluğu üzere psikiyatrik hastalık eş tanı oranının genel topluma göre yüksek olduğu bilinmektedir. Bireylilik gösteren diğer bir hastalık grubu da dürtü kontrol bozukluklarıdır. Bu konuda özgül tanılı hastalarda yapılmış iki Fransız çalışması ve iki farklı hastanede erişkin yatan psikiyatri hasta grubunda DKB sıklığını araştıran bir Kuzey Amerika çalışması vardır (4,6,7). Türkçe literatür tarandığında bu konuda Tamam ve arkadaşları tarafından psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda DKB sıklığını araştıran bir çalışma bulunmaktadır (8). Bu konu üzerindeki çalışmaların azlığı dürtü kontrol bozukluklarının depresyonla olan ilişkisinin doğası konusunda kesin bir yargıya varmamızı güçleştirmektedir. Bu ilişkiyi aydınlatmaya katkıda bulunmak üzere oluşturulan mevcut çalışmada depresyon hastalarında DKB eş tanıları ve dürtüselliğin depresyon başlangıcı ve kliniği üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmaya Ocak 2007-Aralık 2007 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, yaşıları 18-65 arası olan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı konan ilk ya da yineleyen atakları olan hastalar alındı. Çalışmaya alınan gruba en son atağı depresyon olan bipolar (II) bozukluk hastaları da dahil edildi. Psikozu olanlar, demans tanısı alanlar, alkol ve madde bağımlısı olanlar, bilişsel yetilerinde belirgin bozukluğu olanlar, mental retardasyonu olanlar, Parkinson hastalığı, dejeneratif hastalıklar, multipl skleroz gibi nörolojik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya katılma koşullarını karşılayan 178 hasta görüşmeye alındı. Görüşmeye alınanlar arasından 28 hasta testleri eksik doldurduğu veya çalışmaya katılmak istemediği için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan 150 hastanın 100'ü kadın, 50'si erkek hastaydı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Çalışmaya katılan hastalara ilk görüşmenin ilk aşamasında psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Yaklaşık 1-1,5 saat süren bu görüşmede DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) uygulanarak eksen I psikiyatrik tanıları konmuş, elde edilen bilgiler ışığında çalışmada kullanılan Sosyo-demografik veri formu doldurulmuştur. Yine bu görüşme sırasında yaşam boyu dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme'sinin (Minnesota Impulsive Disorders Interview-MIDI) Türkçe versiyonu uygulanmıştır. Bu ölçekte her bir DKB için ayrıntılı sorular bulunmaktadır böylelikle olası bir DKB tanısı atlanmamaya çalışılmıştır. Depresif düzeylerin nesnel açıdan tespiti için Hamilton depresyon ölçeği (HAM-D) uygulanmıştır. Bu ölçek görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Ayrıca hastanın kendi öz bildirimine dayanan bir depresyon ölçeği olan Beck depresyon ölçeği (BDÖ) kullanılarak da klinik tanının daha nesnel değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Görüşmeden sonra hastalar yaklaşık 2 saatlik sürede genel ruhsal durumlarının, depresif belirtilerinin düzeyi, dürtüselliğin ve heyecan arama düzeylerini değerlendirebilmesi için ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90), Zuckerman heyecan arama ölçeği (ZHÖ), Barratt dürtüselliğin ölçeği-11 (BDÖ-11) öz bildirim ölçeklerini doldurmuşlardır. Dürtüselliğin ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla da tüm hastalara duygudurum bozuklukları ölçeği (Mood Disorders Questionnaire-MDQ) uygulanmıştır.

DKB'lerden, aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, patolojik kumar oynama, piromani, trikotillomani ve başka türlü adlandırmayan DKB tanıları DSM-IV ölçütlerine göre konmuştur. Başka türlü adlandırmayan DKB olan kompülsif satın alma (KSA) ise McElroy ve arkadaşlarının ölçütlerine göre konmuştur (9). Deri yolma, kompülsif cinsel davranış ve egzersiz bağımlılığı için henüz belirlenmiş net ölçütler yoktur. Bu nedenle tanıları daha önceden yayınlanmış makaleler temel alınarak konmuştur. Kompülsif internet kullanımı ise çalışmaya dahil edilmemiştir.

Kullanılan Ölçek ve Formlar

Çalışmada tarafımızdan hazırlanan iki bölümden oluşan veri formu kullanıldı. İlk bölüm sosyo-demografik veri toplama formuydu. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, sosyokültürel düzeyleri, fiziksel hastalık, çalışma durumu, ya-

şam biçimini gibi sosyo-demografik veriler hastaların verdiği bilgilerden elde edilmiştir. İkinci bölüm klinik veri toplama formu idi. Hastalığın alt tipi, süresi, başlangıç yaşı, hastaneye yatış, düzelmeyenin şekli, alkol madde kullanımı, özgeçmiş, soygeçmiş, varsa özkiyim girişimleri bu form kullanılarak sorgulanmıştır. İkinci bölüm hastanın verdiği bilgiler doğrultusunda görüşmeci tarafından doldurulmuştur.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 tane birinci eksen bozukluğunun tanı ölçütleri ile ve 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırılmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılrken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamındaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 30-60 dakika sürmektedir. First ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme adı ile Öz-kürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır (10).

Minnesota Dörtü Kontrol Bozukluğu Görüşmesi'nin (Minnesota Impulsive Disorders Interview-MIDI) Türkçe uyarlaması yaşam boyu DKB'nin varlığını değerlendirmek için kullanılmıştır. Ölçek 36 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Ayrılmış modüllerde DSM-IV ölçütlerine göre Dörtü Kontrol Bozukluklarını (APB, PKO, Kleptomanı, Trikotillomani, Piromani, KSA, deri koparma, kompülsif seksüel davranış, kompülsif egzersiz yapma) araştırmaktadır.

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 5 dereceli Likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir. Her maddeye verilen yanıtara 0 ile 4 arasında puan verilir (11). Somatizasyon, obsesif-kompülsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık (hostilité), fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Genel semptom indeksi (GSI) ise, genel olarak iyilik düzeyini ve işlevselliliğini gösterir. Tüm alt ölçeklerin toplamlarının 90'a bölünmesiyle elde edilir. Türkçe uyarlaması Dağ tarafından yapılmıştır (42).

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır. On yedi maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (12).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ruh sağlığı taramalarında veya depresyon ile ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulur. 15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren 21 maddesi vardır. Ölçek için Türkiye'de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. BDÖ'de her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın

yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli'nin yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağıltım gerektirecek şiddetetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir (13,14).

Zuckerman Heyecan Arama Ölçeği Form V (ZHÖ) heyecan aramayı değerlendiren 10'ar maddeden oluşan 4 alt ölçekten yani 40 sorudan oluşan bir ölçektir (15). Heyecan ve macera arama (Thrill and Adventure Seeking-TAS) alt ölçeğindeki maddeler, tehlikeli ya da yeni fiziksel aktiviteleri uygulamaya yönelik istek ve arzuyu yansıtır. Yaşantı arayışı (Experience Seeking-ES) alt ölçeği, gezme, müzik ve sanat gibi yeni ve kendiliğinden gelişen yaşantı arayışını gösteren maddelerdir. Disinhibisyon alt ölçeği (disinhibition-DIS) alkol kullanımı ile birlikte ya da alkol kullanımı olmaksızın baskılanmamış sosyal aktiviteler girişme gereksinimini yanıt些什么 maddeleri içerir. Sıkılmaya yatkınlık (Boredom Susceptibility-BS) tekrarlardan, rutinlerden ve öngörülebilirlikten hoşlanmamayı yansitan maddeleri kapsar. Heyecan aramayı değerlendiren her maddeye bir puan verilmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyon çalışması Öngen tarafından yapılmıştır. Ölçeğin ve alt ölçeğin iç tutarlılıkları değerlendirildiğinde; tüm ölçeğin, TAS ve Dis alt ölçeklerinin iç tutarlılıklarının yeterli olduğu (0.82; 0.75; 0.75 sırasıyla), ES ve BS alt ölçeklerinin iç tutarlılığının ise düşük olduğu (0.55 ve 0.56 sırasıyla) saptanmıştır. Genel olarak ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenilir olduğu bildirilmiştir (16).

Barratt İmpulsivite Ölçeği-11 (BIS-11) dürtüselliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir (17). Otuz maddeden oluşan ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüselliğ, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammüslük). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüselliğ puanlarıdır. Toplam BIS-11 puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüselliğ düzeyi o kadar yüksektir. BIS-11'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, madde yükü düşük maddelerin çıkarılması aşamasından önce çeviri işleminin devamının ve Türk örneklemine özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek, daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmamızda ölçeğin değerlendirilmesi için Patton ve arkadaşlarının önerdiği puan anahtarlarını kullanılmıştır (18).

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği-The Mood Disorder Questionnaire (MDQ), bipolar bozuklukları taramaya ve saptamaya yarayan orijinal geçerlilik ve güvenilirliği Hirschfeld ve arkadaşları tarafından 2000 yılında çalışılmış bir ölçektir. 73 duyarlılık ve 0,90 özgüllük özelliklerini gösterilmiştir. Farklı ülkelerde geçerlilik çalışmaları yapılmış olup kullanılabilir psikometrik özellikler sergilediği gösterilmiştir. Ölçek evet ve hayır cevaplarını içeren, kökenini DSM-IV'den alan öz-bildirim ölçeidir. Ölçek üç sorudan oluşmaktadır. On üç alt maddeden oluşan birinci soru yaşam boyu manik ya da hipomanik belirtilerin öyküsü, yükselen duygudurum, irritabilite, girişkenlik, uykulu, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi göze çarpan öznel değişiklikleri içerir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Konuk ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (19). Kesme puanı 5

alındığında duyarlılığı %81 seçiciliği %53; kesme puanı 6 olarak alındığında duyarlılığı %75 seçiciliği %63; kesme puanı 7 alındığında duyarlılığı %64 seçiciliği %77 olarak bulunmuştur.

Istatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 15.0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıkların ve oranların karşılaştırılmasında ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin korelasyonlarına bakılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan majör depresyon tanısı almış 150 hastanın (100 kadın, 50 erkek) 85'inde (%56.7) yaşam boyu en az bir DKB eş tanısı bulunduğu belirlenmiştir. Başka türlü adlandırılama-yan (BTA) DKB (kompülsif satın alma, deri yolma, kompülsif cinsel davranış ve kompülsif egzersiz yapma) dâhil edilmeden yapılan değerlendirmede yaşam boyu DKB sıklığı (BTA hariç) %34.7 (n=52) olarak bulunmuştur. Bu hasta grubunda saptanın yaşam boyu ve şu anki DKB eş tanı sıkılıkları Tablo 1'de sunulmuştur.

Çalışmaya katılan tüm hastaların sosyo-demografik özellikleri ele alındığında grubun çoğunluğunun kadın (%67), evli (%60), orta ve üst düzeyde eğitim aldığı (%79), orta düzeyde sosyoekonomik düzeye sahip oldukları (%95), çalışmadığı veya düzenli işinin olmadığı (%64) saptanmıştır. Hastalar yaşam boyu DKB tanısı alıp almamalarına göre DKB (+) ve DKB (-) olarak iki gruba ayrılmış ve demografik özelliklerini Tablo 2'de karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda DKB olan ve olmayan hasta grupları arasında sosyo-demografik özelliklerden sadece yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. DKB olanlar diğer gruba kıyasla daha genç yaştaydılar. DKB (+) olanlarda ortalamada yaş 31.3 yıl iken, DKB (-) olanlarda 35.9 yıl olarak saptanmıştır ($p<0.005$). Cinsiyet, medeni hal, eğitim, ekonomik durum ve çalışma durumunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Yaşam boyu DKB varlığı (BTA hariç) kadınlarda %31 (n=31), erkeklerde %42 (n=21) olarak saptanmıştır. BTA dahil edildiğinde bu oranlar kadınlarda %55 (n=55), erkeklerde %60 (n=30) ola-

rak saptanmıştır. Bu bozuklukların farklılıklarını cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (sırasıyla $p=0.182$, $p=0.560$). Cinsiyetler arasında yaygınlık farkı saptanan bozukluklar, PKO ve KSA'dır. Çalışmaya katılan kadınların hiçbirinde PKO'ya rastlanmamışken erkeklerin %8 (n=4) inde PKO tanısı konmuştur ($p=0.011$). KSA kadınlarda %19 (n=19), erkeklerde %4 (n=2) oranında saptanmıştır ($p=0.013$). Kadın ve erkeklerde en sık görülen DKB, APB (kadında %27, erkekte %40) idi. Her iki cinsiyette de bunu deri yolma izlemektedir (kadında %30, erkekte %24). Cinsiyete göre DKB eş tanı dağılım ve sıklığı Tablo 3 de gösterilmiştir.

DKB (+) ve DKB (-) gruplarının depresif atak sıklığı ve ilk depresyon atağının özelliklerine göre yapılan karşılaştırma Tablo 4 de sunulmuştur. DKB(+) olan hasta grubunda ilk depresyon atağı daha erken yaşta (DKB(+)) de 27 y, DKB(-) de 31 y görülmektedir. Bunun dışında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

DKB'leri tek tek ele aldığımızda Eksen I eş tanı oranları %67 ve %100 arasında değişmektedir. Kleptomani tanısı alanlarda sadece YAB ve uyum bozukluğu görülmüştür. PKO olan hastalar sadece YAB, Piromanisi olanlarda ise TSSB, YAB ve soma-taform bozukluk saptanmıştır. YAB tüm DKB olgularında bir eş tanı olarak saptanmıştır. DKB hastalarında görülen eş tanılar Tablo 5'de sunulmuştur.

Dürtüselliğle ilgili ölçek puanları her bir DKB için DKB (-) olan grupta kıyaslandığında BIS-Total puanları APB, PKO, Trikotillomani, KSA, DY, kompülsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. BIS-NPA, PKO ve KSA'da istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. BIS-motor, APB, PKO, trikotillomani, KSA, DY ve kompülsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. BIS-Dikkat, APB, KSA, DY ve kompülsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Kleptomani, piromani ve kompülsif egzersizde BIS alt ölçek puanlarında DKB (-) olan grupta kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

ZHÖ'ne baktığımızda toplam puanda kleptomani ve kompülsif egzersiz dışında diğer DKB'lerde istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-TAS puanları, APB ve PKO'da istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-ES puanı sadece trikotillo-

Tablo 1. Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları (DKB) eş tanılarının yaşam boyu ve şu anki sıkılıkları

	Şu anda			Yaşam boyu		
	n	%	% 95 CI (%)	n	%	% 95 CI (%)
DKB varlığı (BTA hariç)	50	33.3	26.3-41.2	52	34.7	27.5-42.6
DKB varlığı (BTA dâhil)	81	54	46- 61.8	85	56.7	48.7-64.3
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB)	46	30.7	23.8-38.5	47	31.3	24.5-39.2
Kleptomani	3	2	0.7-5.6	4	2.7	1-6.6
Patolojik Kumar oynama	4	2.7	1-6.6	4	2.7	1-6.6
Piromani	1	0.7	0.1-3.6	3	2	0.7-5.6
Trikotillomani	6	4	1.8-8.4	7	4.7	2.3-9.3
En az bir DKB-BTA varlığı	61	40.7	33.1-48.6	65	43.3	35.6-51.3
Kompülsif Satinalma (KSA)	19	12.7	8.3-19.8	21	14	9.4 -20.4
Deri yolma	41	27.3	20.8-34.9	42	28	21.4-35.7
Kompülsif cinsel davranış	6	4	1.8-8.4	7	4.7	2.3-9.3
Kompülsif egzersiz (KE)	1	0.7	0.1 -3.6	3	2	0.7 - 5.6

DKB: Dörtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka türlü adlandırılama-yan

manide istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-Dis puanları kleptomanı ve kompülsif egzersiz dışında istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-BS puanları APB, Kleptomanı, PKO, piromani ve kompülsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Kompülsif egzersiz yapmada hem BIS, hem de ZHÖ puanlarında diğer DKB'lerden farklı olarak DKB (-) olan grubun puanlarına benzemektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır. Kleptomanide de ZHÖ-BS dışındaki puanlar DKB (-) olan grubun puanlarına yakındır ve istatistiksel olarak fark çıkmamıştır. Tek tek DKB'lerin dürtüselliğe ilgili ölçek puanları Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tartışma

Bu çalışma sonuçları 1 yıllık bir süreçte polikliniğiimize ayaktan başvuran depresyon hastalarının üçte birinin (%34.7) DSM-IV ölçütlerine göre en az bir DKB eş tanısı aldıklarını göstermektedir. BTA-DKB da dahil edildiğinde (KSA, deri yolma, kompülsif cinsel davranış ve kompülsif egzersiz yapma) başvuran depresyon hastaların yaklaşık yarısında (%56.7) DKB varlığı saptanmıştır. Bu bulgular daha önce özgül tanılı hasta gruppında yapılmış iki Fransız çalışması ve iki farklı hastanede erişkin yatan psikiyatrik hasta grubunda DKB sıklığını araştıran bir Kuzey Amerika çalışmasının sonuçlarına benzemektedir (4,6,7). Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyon hastalarının %28.9, alkol bağımlılığı tanısi alan hastaların %38'inde DKB eş tanısı saptanmıştır (4,7). Bunun yanında Grant ve arkadaşları erişkin psikiyatrik hastalarda yaptığı çalışmada DKB yaygınlığını %30.9 olarak saptamışlardır (6).

Tablo 2. Depresyon hastalarının sosyodemografik özellikleri ve yaşam boyu DKB varlığına göre bu özelliklerin karşılaştırılması

	Tüm grup (n=150)	DKB (+) (n=85)	DKB (-) (n=65)	P Değer
Yaş (yıl)	33.3±10.0	31.3 (±9.3)	35.9 (±10.5)	T=-2.85 p<0.005
Cinsiyet				
Kadın (n%)	100 (67)	55 (65)	45 (69)	X=0.339 p=0.560
Erkek (n %)	50 (33)	30 (35)	20 (31)	
Medeni Hal				
Evli	90 (60)	48 (57)	42 (65)	X=1.018 p=0.313
Bekar	60 (40)	37 (43)	23 (35)	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	32 (21)	16 (19)	16 (25)	X=0.745 p=0.689
Ortaöğretim		62 (41)	36 (42)	26 (40)
Yükseköğretim	56 (38)	33 (39)	23 (35)	
Ekonomik durum				
Alt	4 (3)	3 (4)	1 (2)	X=0.700 p=0.705
Orta	143 (95)	80 (94)	63 (96)	
Üst	3 (2)	2 (2)	1 (2)	
Meslek				
Çalışmıyor	75 (50)	42 (49)	33 (50)	X=0.363 p=0.958
Düzenli iş	54 (36)	32 (38)	22 (34)	
Düzensiz iş	11 (7)	6 (7)	5 (8)	
Emekli	10 (7)	5 (6)	5 (8)	

P değeri DKB (+) ile DKB (-) grupları arasındaki karşılaştırmayı göstermektedir

Çalışmamızda en sık görülen dürtü kontrol bozuklukları, APB (%31.3) ve deri yolma (%28)'dır. Fransız çalışmada depresyon hastalarında benzer şekilde en sık görülen DKB APB'dur (%16.8) (4). Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada APB %12.7 oranında görülmüştür (20). Kuzey Amerika çalışmada APB yaygınlığı %6.9 olarak gösterilmiştir (21). Adı geçen çalışmalar da olgu sayıları birbirine yakın olmakla birlikte yapılan grupların psikiyatrik tanıları geniş bir dağılım göstermektedir ve farklı kültürlerde yapılmış çalışmalar vardır. Çalışmamızda en sık görülen ikinci bozukluk %28 oranı ile deri yolma DSM-IV'de BTA-DKB kategorisinde ele alınmaktadır. Deri yolmanın kendi başına bir bozukluk mu yoksa başka bozuklukların bir semptomu mu olduğuna yönelik fikir birliğine varılamamıştır. Deri yolmanın yaygınlığı bilinmemekle birlikte bu konuda yapılan çalışmalarla baktığımızda dermatolojiye başvuran hastalarda %2, kolej öğrencisinde %4 olduğunu gösteren çalışmalar vardır (22-24). Literatür gözden geçirildiğinde, DKB sıklığını araştıran çalışmalarla deri yolma sıklığına bakılmamıştır.

Çalışmamızda üçüncü sırada KSA %14 oranında bulunmaktadır. KSA, DSM-IV'de BTA-DKB kategorisinde yer alınmaktadır. KSA ayrıca "obsesif kompülsif spektrum bozuklukları" ve "afektif spektrum bozuklukları" içerisinde de değerlendirilebileceği öngörlülmektedir. Grant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikiyatri hastalarında yaşam boyu yaygınlığı %9.3 bulunmuştur (6). Black ve arkadaşları, diğer psikiyatri hastalıklarla depresyon hastaları kıyaslandığında, depresyon hastalarında KSA'nın daha sık rastlandığını göstermişlerdir (25). KSA ve OKB birliktelığıne ilişkin literatür verilerine bakıldığından Faber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KSA olgularında %10 oranında OKB eş-

Tablo 3. Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları (DKB) eş tanılarının yaşam boyu sıklıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması

n (%)	Kadın	Yaşam boyu Erkek	p
DKB varlığı (BTA hariç)	31 (31)	21 (42)	X=1.781 p=0.182
DKB varlığı (BTA dahil)	55 (55)	30 (60)	X=0.339 p=0.560
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk	27 (27)	20 (40)	X=2.618, p=0.106
Kleptomani	1 (1)	3 (6)	p=0.108
Patolojik Kumar oynaması	0 (0)	4 (8)	p=0.011
Piromani	1 (1)	2 (4)	p=0.258
Trikotillomani	6 (6)	1 (2)	p=0.425
En az bir DKB-BTA varlığı	46 (46)	19 (38)	X=0.869, p=0.351
Kompulsif Alışveriş	19 (19)	2 (4)	X=6.229, p=0.013
Deri yolma	30 (30)	12 (24)	X=0.595, p=0.440
Kompülsif cinsel davranış	3 (3)	4 (8)	p=0.222
Egzersiz bağımlılığı	1 (1)	2 (4)	p=0.258

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka türlü adlandırılabilir

Tablo 4. Yaşam boyu DKB'si olan ve olmayan hastaların genel olarak depresyon ataklarının ve ilk depresyon atak özelliklerinin karşılaştırılması

n (%)	Tüm Grup	DKB (+)	DKB (-)	p
Toplam depresyon atak sayısı	1.74±1.12	1.73±0.98	1.75±1.28	t=0.132, p=0.895
Yaşam boyu özkiyim girişimi	36 (24)	25 (39)	11 (17)	X=3.15, p=0.076
İlk depresyon atağının				
Yaşı (yıl)	29.0±9.79	27.4±8.97	31.1±10.5	t=2.29, p=0.023
Stres etkeni varlığı	1.27 (85)	72 (85)	55 (85)	x=0.0, p=0.988
Hastaneye yatış varlığı	8 (9)	3 (7)	5 (12)	p=0.471
Özkiyim girişimi	28 (19)	20 (24)	8 (12)	x=3.18, p=0.075
Depresyon şiddeti				
Hafif	14 (9)	5 (6)	9 (14)	x=3.42, Sd=2
Orta	109 (73)	66 (78)	43 (66)	p=0.180
Ağır	27 (18)	14 (17)	13 (20)	
Depresyon alt tipi				
Postpartum	7 (5)	3 (4)	4 (6)	x=3.77, df=6
Psikotik	4 (3)	3 (5)	1 (1)	p=0.707
Katatonik	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Melankolik	7 (5)	4 (5)	3 (5)	
Atipik	8 (5)	5 (6)	3 (5)	
Mevsimsel	7 (5)	4 (5)	3 (5)	
Gruplandırılamayan	116 (77)	68 (80)	48 (74)	

lik ettiği gösterilmiştir (26). Çalışmamızdaki KSA olgularının da %10'unda OKB eş tanısı saptanmıştır. KSA'ya eşlik eden diğer eksen I tanılarından alkol kullanımı %10, bulumiya nervoza %5 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine baktığımızda; DKB (+) olanların ortalama yaşıının DKB (-) olanlara kıyasla daha küçük olduğunu ve hastalığın daha erken yaşta başladığını görmekteyiz. Bu bulgu bize dürtüselliğe serotonin düzeylerinin azaldığını ve biyolojik olarak dürtüselliğe depresyon arasında ilişkinin olduğunu gösteren çalışmaların akla getirmektedir (27-35). Bu veriden yola çıkarak çocukluk ve ergenlik döneminde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve davranış bozukluğu olan veya erişkin dönemde dürtü kontrol bozukluğu olan bireylerin daha erken yaşlarda depresyona gitabilecekleri söylenebilir. Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da DKB olan depresyon hastalarının yaş ortalamaları DKB olmayan gruba göre daha küçüktür (4). Çalışmamızda cinsiyet, medeni hal, eğitim, ekonomik durum, mesleki çalışma durumunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde; yaşam boyu DKB varlığı (BTA hariç) kadınlarda %31 (n=31), erkeklerde %42 (n=21) olarak saptanmıştır. BTA dâhil edildiğinde bu oranlar kadınlarda %55 (n=55), erkeklerde %60 (n=30) olarak saptanmıştır. Kadın ve erkek arasında genel olarak DKB varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan bozuklıklar PKO ve KSA'dır. Çalışmaya katılan kadınların hiçbirinde PKO rastlanmamıştır. Erkeklerin %8'inde (n=4) PKO'ya rastlanmıştır. Çalışmamızda PKO'nun yaşam boyu görülmeye oranı %2.7 dir. Bu sonuç Zimmerman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 1709 psikiyatrik hastada bulunan %2.3 PKO oranına çok yakındır (36). Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı depresyon hastalarında PKO oranı %2.8 olarak gösterilmiştir. Kayda değer başka

Tablo 5. Tek tek DKB'lerin ektanı özelliklerini

n(%)	APB	Klept	PKO	Piromani	Triko	DKB BTA	KSA	DY	Komp. Seks	Komp. Egzers.
Ek tanı varlığı	35 (75)	3 (75)	3 (75)	2 (67)	5 (71)	49 (75)	18(86)	29(69)	5 (71)	3 (100)
Duygudurum bzk.										
BPB I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BPB II	1 (2)	0	0	0	0	2 (3)	1 (5)	1 (2)	0	0
Siklotimi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Distimi	1 (2)	0	0	0	0	1 (2)	0	1 (2)	0	0
Alkol/madde kullanımı	9 (19)	0	0	0	2 (29)	9 (14)	2 (10)	6 (33)	2 (29)	1 (33)
Anksiyete bzk.										
Panik bzk.	2 (4)	0	0	0	0	5 (18)	1 (5)	3 (7)	1 (14)	0
OKB	1 (2)	0	0	0	0	3 (5)	2 (10)	2 (5)	0	0
TSSB	2 (4)	0	0	1 (33)	0	1 (2)	1 (5)	0	0	0
Sosyal fobi	3 (6)	0	0	0	0	5 (8)	0	5 (12)	0	0
Özgül fobi	2 (4)	0	0	0	1 (14)	4 (6)	3 (14)	1 (2)	0	0
YAB	21 (45)	1 (25)	2 (50)	2 (69)	4 (57)	29 (45)	11 (52)	15 (36)	1 (14)	2 (67)
Somatoform bzk.	3 (6)	0	0	1 (33)	0	4 (6)	4 (19)	0	0	0
Yeme bzk.										
A. Nervoza	1 (2)	0	0	0	0	1 (2)	0	0	0	1 (33)
B. Nervoza	1 (2)	0	0	0	1 (14)	1 (2)	1 (5)	1 (2)	1 (14)	0
Uyum bozukluğu	2 (4)	1 (25)	0	0	0	7 (11)	1 (5)	4 (10)	1 (14)	2 (66)

bir bulgu da bizim çalışmamızdaki PKO saptanan 3 olgunun yaşam boyu eş tanılarına baktığımızda sadece YAB eş tanılarının olmasıdır. Daha önceki çalışmalarında PKO olgularının başta alkol ve madde kullanımı olmak üzere diğer eksen I tanıların sıkılıkla eşlik ettiği görülmektedir (7,36). Çalışmamıza katılan PKO bulunan depresyon hastalarında alkol ve madde kullanımı eş tanısına rastlanmamıştır. Bu durum çalışmaya alkol ve madde bağımlılarının dâhil edilmemesi ile açıklanabilir. Öte yandan çalışmamızda KSA kadınlarında daha fazla saptanmıştır. Bu bulgu McElroy'un ve Lejoyeux'un çalışmalarındaki veriler ile örtüşmektedir (9,37-39). Gözden geçirilen kaynaklardaki cinsiyetler arasındaki farka bakıldığından; kleptomani, trikotillomani ve KSA kadınlarında daha yüksek, APB, PKO ve piromani erkeklerde daha yüksek olarak gösterilmektedir (40-42). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da yaygınlıklara bakıldığından APB, kleptomani, piromani, kompülsif cinsel davranış ve kompülsif egzersiz yapma erkeklerde yüksek bulunmuştur. Literatürün aksine kleptomani erkeklerde daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç olgu sayısının azlığı ile ilgili olabilir. Trikotillomani ve deri yolma kadınlarında daha yüksek çıkmıştır.

Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri değerlendirildiğinde; çocukluk dönemine ait psikiyatrik hastalıklardan sadece DEHB için, DKB olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu sonuç da dürtüselliğin depresyon arasındaki ilişkiyi öne süren çocukluk çağı ve erkenlerde yapılan çalışmalar ile ilişkili bulunmuştur (28-31). Tüm grupta öyküsünde DEHB saptananların hepsi yaşam boyu DKB tanısı da almışlardır. DKB (-) grupta ise hiçbir olgunun öyküsünde DEHB saptanmamıştır. Fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından DKB (+) ve DKB (-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Depresyon atak sıklığı ve ilk depresyon atağının özelliklerine bakıldığından; DKB (+) olan hasta grubunda ilk depresyon atanın daha genç yaşta (27 y, 31 y) geçirmeleri istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmamızda yaşam boyu özkiyim girişimi için DKB (+) ve DKB (-) olan gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da oranlara bakıl-

dığında yaşam boyu özkiyim girişimi DKB (+) olan grupta %39, DKB (-) olan grupta %17 olarak saptanmıştır. İlk depresyon atağındaki özkiyim oranları da DK B (+) olan grupta iki kat daha fazladır. Oysa ki gözden geçirilen çalışmalarında serotonin düzeyindeki düşüklük ile ilişkilendirilen bir özellik olarak depresyon hastalarındaki dürtüselliğin özkiyime olan eğilimi artırdığını yönelik bulgular mevcuttur (32-34). Sadece ayaktan takip edilen hastalar çalışmaya alındığı için özkiyim girişimi için saptanan bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamış olabilir.

DKB (+) ve DKB (-) grupları arasında depresyon ölçek puanları ve depresyon özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ruhsal belirti tarama listesi (SCL) puanlarına bakıldığından genel belirti indeksi, pozitif belirti indeksi ve genel olarak anksiyete, psikotizm ve hostilité alt ölçekleri DKB (+) grupta DKB (-) gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu bulgulardan dürtüselliğin eşlik ettiği depresyonlarda hastalığın kliniğinin de farklılıklar gösterebileceği, dürtüselliği olanlarda daha fazla anksiyete ve psikotik belirtilerin olabileceği sonucuna varılabilir. Bu sonuçlar da hastanın tedavisinin planlanmasıda oldukça önemlidir.

BIS-11 incelendiğinde 3 ana dürtüselliğin alt başlıklarını olan motor, dikkat ve plan yapmama bulunmaktadır. Bunlardan motor dürtüselliğin düşünmeden hareket etmeyi, bilişsel/dikkat dürtüselliğin çabuk karar vermeyi, plan yapmama ya da bekletemeyi tanımlar. Beklendiği gibi, BIS puanlarına göre total dürtüselliğin puanı, kognitif ve motor dürtüselliğin puanları DKB (+) grupta DKB (-) gruba göre yüksekti. Dürtüselliğin ilgili ölçek puanları tek tek DKB'lerle DKB (-) olan grup kıyaslandığında BIS-Toplam puanları, motor ve dikkat dürtüselliğinde yüksek değerler göstermektedir. Benzer sonuçlar Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gösterilmiştir (4).

Yine ZHÖ'de toplam puan ve ZHÖ-DIS'de DKB (+) olan grupta anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar dürtüselliğin grupta beklediğimiz bir bulgudur. Bu konuda yapılmış çalışmaların sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiştir (4,7). ZHÖ ölçüğinde toplam puanlarda, ZHÖ-DIS puanında ve ZHÖ-BS de her bir DKB için yüksek değerler saptanmıştır.

Tablo 6. Tek tek DKB'lerin dürtüselliğle ilgili ölçek puanlarının DKB'si olmayan hastalarla karşılaştırılması

	DKB (-)	APB	Klept	PKO	Piromani	Triko	DKB BTA	KSA	DY	Komp. Seks	Komp. Egzers.
BIS-Total	68.9±7.07	74.4±8.87*	72.0±5.88	78.7±9.28***	71.6±10.5	76.0±9.45****	73.5±9.20***	75.7±7.8*	73.8±8.72**	75.0±9.23****	61.6±12.6
BIS-NPA	27.2±4.03	28.2±4.28	26.7±3.77	32.0±4.0****	27.6±4.04	28.4±5.50	28.2±4.49	29.5±3.65****	28.3±4.46	27.0±3.82	23.6±7.50
BIS-Motor	21.6±3.49	24.5±4.13*	23.7±4.11	25.2±3.30****	22.6±4.04	26.0±3.46****	23.5±4.48***	24.0±3.38***	23.6±4.69****	25.7±5.31***	19.6±4.04
BIS-Dikkat	20.1±2.22	21.7±2.69**	21.5±2.51	21.5±3.78	21.3±2.51	21.5±2.99	21.8±2.61*	22.1±2.82**	21.9±2.39*	22.2±2.42***	18.3±1.52
ZHÖ-Toplam	9.92 ± 4.35	13.7±7.40**	13.7±9.14	19.2±9.42*	19.6±7.76 *	16.1±7.51 **	12.9±7.44***	13.6±7.28***	12.8±7.71****	15.0±6.63 ***	13.0±6.24
ZHÖ-TAS	3.46±2.42	4.76±2.89***	4.25±4.64	6.50±3.41****	6.0±4.58	5.28±3.35	4.46±3.08 ****	4.57±2.67	4.52±3.24	4.0±3.05	6.0±3.46
ZHÖ-ES	2.72±1.62	3.36±2.41	2.0±1.41	3.25±1.89	4.33±2.08	4.28±1.97****	3.21±2.29	3.42±2.33	3.28±2.51	3.71±1.88	3.66±2.08
ZHÖ-Dis	1.10±1.27	1.95±2.37****	1.50±2.38	4.0±3.80*	3.66±4.04***	2.85±2.34***	2.03±2.22***	2.38±2.35 ***	1.83±2.18****	3.0±1.82 **	1.33±1.52
ZHÖ-BS	2.63±1.43	3.68±2.14 ***	6.0±1.41*	5.50±2.08 *	5.66±2.51 **	3.71±2.36	3.26±2.12 ****	3.28±2.26 ***	3.19±2.06	4.28±2.42 ***	2.0±1.73

* p<0,0001; **p<0,001; *** p<0,01; **** p<0,05

Çalışmadaki bir diğer ilginç bulgu MDQ puanlarının DKB (+) olan grupta anlamlı olarak yüksek olmasıdır. Bu durum bize dürtüselt olan grubu duygudurum bozukluğu açısından iyi takip etmemiz gerektiğini veya DKB tanısını koyarken MDQ'nun da kullanılabileceğinin göstergesi olabilir. Bu konuda başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yaşamboyu DKB'si olan ve olmayan depresyon hastalarının diğer eksen I bozukluklarının sıklığını karşılaştırdığımızda iki grup arasında bir fark saptanmamıştır. Tek tek DKB'lerin eş tanılarına baktığımızda Eksen I eş tanı oranları %67 ve %100 arasında değişmektedir. APB'da ve KSA'da eş tanı çeşitlidir. Kleptomani tanısı alanlarda sadece YAB ve uyum bozukluğu görülmüştür. PKO hastaları sadece YAB, piromanide ise TSSB, YAB ve somataform bozukluk saptanmıştır. YAB tüm DKB olgularında bir eş tanı olarak saptanmıştır. Alkol kullanımı kleptomani, PKO ve piromani dışındaki DKB'lerde saptanmıştır.

Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB (-) olan grupta kıyasladığımızda HAM-D puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. BDÖ için sadece kompülsif egzersiz yapmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup BDÖ toplam puanı düşük bulunmuştur. Kompülsif egzersiz yapmada diğer ölçek puanlarına baktığımızda hem DKB (-) olan gruba hem de diğer DKB'lere göre düşük olduğunu görmekteyiz. Bu durum egzersiz yapanlarda depresyon şiddetinin daha az olabileceğini akla getirebilir. APB'da ve DY'da ve KSA'da genel olarak SCL alt ölçek puanları belirgin olarak yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda her üç grubunda olgu sayısı fazladır. Olgu sayısı az olan diğer DKB'lerde alt ölçek puanları DKB (-) olan gruba yakındır. Bu nedenle daha geniş kapsamlı çalışmalar hastalıkların doğasını anlamamıza yardımcı olabilecektir.

Çok uzun süredir "dörtü kontrol bozuklukları" tanımlanmasına karşın, bu hastalıkların tek tek ya da bir kategori olarak geçerliliğine yönelik kavramsal sorunlar halen sürmektedir. Bu hastalıkların geçerliliğini sorgulayan kimi yazarlar, etkilenen bireylerin gerçekten dayanılmaz dürtüler biçiminde yaşıtlarının olmadığını ve davranışları üzerinde istemli bir kontrollerinin bulunduğuunu ileri sürümüştür. Diğer yazarlar ise dürtüselt davranışların alta yatan diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olarak ortaya çıktığını savunmuşlardır. Bu yorumlara karşın, dayanılmaz dürtülerin tanımlanmasındaki tutarlılık bu belirtilerin özgül bir psikiyatrik belirti olarak geçerliliğini desteklemektedir (4,5). Depresyonu olan hastalarda anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı eş tanı oranının genel topluma göre yüksek olduğu bilinmektedir. Benzer şekilde DKB'ları da yüksek oranda görülmektedir. Eş tanılı durumlarda üzerinde durulması gereken bir nokta da depresyona eşlik eden bir takım belirti ve davranışların ayrı birer klinik tanı mı, yoksa ana hastalığın klinik görünümünde bir semptomu mu olduğunu. Tıpkı alkol kullanımını hastanın bir takım belirtilerini gidermek için devam ettirmesi gibi bazı dürtüselt davranışlar da (kumar oynama, satın alma, saç yolma vs) depresyonla başa çıkmak için yapılmıyor olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında çalışmanın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesinde yürütülmesi nedeniyle genel topluma ve diğer hastalara genelleştirilememesi, örneklem grubunun azlığı, sadece ayaktan takip edilen hastaların çalışmaya alınması ve bazı DKB'larında az sayıda olgu bulunması gösterilebilir.

Çalışmanın güçlü olan yanları ise hastaların tanılarının yapılandırılmış klinik görüşmelerle konulması, aynı zamanda tanıları doğrulamak amacıyla da hastaların kendi bildirimlerinin de değerlendirilmesidir.

Bu çalışma sonuçları bir yıllık süreçte polikliniğe ayaktan başvuran depresyon hastalarının ortalama üçte birinde DSM-IV'e göre en az bir DKB eş tanısı aldılarını göstermektedir. DKB'nin oldukça sık oranda görülmesi ve buna bağlı olarak depresyonun seyri sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan kaçınabilmek ve tedavinin şekillenmesi açısından bu bozukluklar tanınmalıdır.

Kaynaklar

- Çorapçıoğlu A. Başka Yerde Sınıflandırılmamış Dörtü Kontrolü Bozuklukları. Güleç C, Köroğlu E. Editörler. Psikiyatri Temel Kitabı 2. Cilt. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998; s. 697-716.
- Angst J. The Epidemiology of depressive disorders. Eur Neuropsychopharmacol 1995; 5:95-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19. [Abstract] / [PDF]
- Lejoyeux M, Arbaretaz M, McLoughlin M et al. Impulse control disorders and depression. J Nerv Ment Dis 2002; 190:310-4. [Abstract]
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Köroğlu E. çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
- Grant JE, Levine L, Kim D et al. Impulse Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatients. Am J Psychiatry 2005; 162:2184-8. [Abstract] / [PDF]
- Lejoyeux M, Feuche N, Loi S et al. Study of impulse-control disorders among alcohol dependent patients. J Clin Psychiatry 1999; 60:302-5. [Abstract]
- Tamam L, Zengin M, Karakuş G et al. İmpulse Control Disorders in an Inpatient Psychiatry Unit of a University Hospital. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18:53-61. [Abstract] / [PDF]
- McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. J Clin Psychiatry 1994; 55:242-8. [Abstract]
- Özkürkügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:233-6.
- Derogatis LR. SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedure Manuel for the Revised Version. Baltimore, MD: Jhon Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, 1977. 12. Akdemir A, Örsel S, Dağ I. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: bazı psikometrik ve ICD-10 depresyon tanısı ile karşılaştırılması. 2. Bahar Sempozyumu, Poster Bildiri 1998.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi 1988; 6:118-26.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
- Zuckerman M, Eysenck S, Eysenck HJ. Sensation seeking in England and in America. Cross cultural, age and sex comparisons. J Consult Clin Psychol 1978; 46:139-49. [Abstract]
- Ongen D. The Relationship Between Sensation Seeking and Gender Role Orientation Among Turkish University Students. Sex Roles 2007; 57:111-8. [Abstract] / [PDF]
- Gulec H, Tamam L, Gulec MY et al. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18:251-8. [Abstract] / [Full Text]
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51:768-74. [Abstract]
- Konuk N, Kiran S, Tamam L. Duygudurum bozuklukları ölçüğünün Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18:147-54. [Abstract] / [PDF]

20. Grant JE, Williams KA, Potenza MN. Impulse Control Disorders in Adolescent Psychiatric Inpatients: Co-Occurring Disorder and Sex Differences. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1584-92. [\[Abstract\]](#)
21. Grant JE, Potenza MN. Impulse Control Disorder: clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry*, 2004; 16:27-34. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
22. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ et al. Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* 2002; 26:320-39. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
23. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S. Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics* 2000; 41:210-5. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
24. Arnold LM, McElroy SL, Mutusim DF. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:509-14. [\[Abstract\]](#)
25. Black DW, Repertinger S, Gaffney GR et al. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1998; 155:960-3. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
26. Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:5-11. [\[Abstract\]](#)
27. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:587-99. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
28. Spreux-Varoquaux O, Alvarez JC, Berlin I et al. Differential abnormalities in plasma 5-HIAA and platelet serotonin concentrations in violent suicide attempters: relationships with impulsivity and depression. *Life Sci* 2001; 69:647-57. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
29. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP et al. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1871-7. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
30. Cataldo MG, Nobile M, Lorusso ML et al. Impulsivity in depressed children and adolescents: a comparison between behavioral and neuropsychological data. *Psychiatry Res* 2005; 136:123-33. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
31. Pezawas L, Stamenkovic M, Jagsch R et al. A longitudinal view of triggers and thresholds of suicidal behavior in depression. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:866-73. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
32. Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* 1999; 53:211-5. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
33. Cremliter D, Jamain S, Kollenbach K et al. CSF 5-HIAA levels are lower in impulsive as compared to nonimpulsive violent suicide attempters and control subjects. *Biol Psychiatry* 1999; 45:1572-9. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
34. Granö N, Keltikangas-Järvinen L, Kouvonnen A et al. Impulsivity as a predictor of newly diagnosed depression. *Scand J Psychol* 2007; 48:173-9. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
35. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Prevalance and diagnostic correlates of DSM-IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *J Gamb Stud* 2006; 22:255-62.
36. Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consum Res* 1992; 19:459-69. [\[DF\]](#)
37. Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J et al. Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:169-73. [\[Abstract\]](#) /
38. Black DW, Repertinger S, Gaffney GR et al. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1998; 155:960-3. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
39. McElroy SL, Pope HG Jr, Keck PE Jr et al. Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry* 1996; 37:229-40. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
40. McElroy SL, Soutullo CA, Beckman DA et al. DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:203-10. [\[Abstract\]](#)
41. Grant JE, Kim SW. Adolescent kleptomania treated with naltrexone--a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11:92-5. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
42. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:5-12.