

MAJOR DEPRESYON HASTALARINDA DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

PSYCHIATRIC DISORDER COMORBIDITY IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION

Bilge BURÇAK ANNAGÜR¹, Lut TAMAM²

¹ Konya Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya.

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD., Adana.

Özet

Major depresif bozuklukta Eksen I komorbiditeSinin sıklığını araştıran birçok çalışma olmakla birlikte bir diğer eksen I bozukluk kümesi olan dürtü kontrol bozukluklarını da içeren çalışmalar çok kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı major depresif bozuklukta yaşamboyu komorbid Eksen I bozuklukların dürtü kontrol bozuklukları da dâhil olmak üzere sıklığını araştırmaktır. Ayrıca cinsiyetler arasındaki farklılıkları gösterip komorbiditenin depresyonun başlangıcı ve süreci üzerine etkisini göstermektir. Bir yıllık süreçte Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğe ayaktan başvuran, yaşları 18-65 arası DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı alan ilk ya da yineleyen atakları olan 150 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya katılan hastalara ilk görüşmede Sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen I bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I) uygulandı. Dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota dürtü kontrol bozuklukları görüşme ölçeğinin (MIDI) düzenlenmiş şekli, Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ), Zuckerman heyecan arama ölçeği (ZHÖ), Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BIS-11), kullanıldı. Tüm grupta ektanı varlığı %73,3 oranında saptandı. Tüm anksiyete bozuklukları %56 olarak tesbit edildi. Tüm grupta anksiyete bozuklukları içerisinde en yüksek oranda Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) %46,7 olarak saptandı. Alkol kullanımı tüm grupta %12 olarak, Somatoform bozukluk tüm grupta %9,3 olarak bulundu. Dürtü kontrol bozuklukları (DKB) %56,7 oranında saptandı. Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) DKB grubu dâhil edilmediği durumda oran tüm grupta %34,6 olarak saptandı. Tüm grupta en yüksek aralıklı patlayıcı bozukluk %31,3 olarak bulunurken ikinci sıklıkta deri koparma %28 olarak, üçüncü sıklıkta kompulsif satınalma %14 olarak bulundu. Anksiyete bozukluklarının hem alkol kullanımı ile hem de dürtü kontrol bozuklukları ile yüksek oranda birliktelik göstermekteydi. MDB tanısı alan hastalarda komorbidite oldukça yüksek oranlardadır. Bir komorbid eştanı başka bir komorbid eştanıya eğilimi artırmaktadır. Komorbidite hem MDB'nin seyrini hem de tedavi planını etkilemektedir. Bu nedenle komorbid durumların saptanması MDB'da hasta takibini ve tedavi planını kolaylaştırır. (Anatol J Clin Invest 2010;4(2):111-117).

Anahtar Kelimeler: Depresyon, dürtü kontrol bozuklukları, komorbidite.

Abstract

Although too many studies were performed to search for the frequency of Axis I comorbidity in major depressive disorder, studies including impulse control disorder, which is a special cluster of axis I disorders, are quite limited. The aim of this study was to search for the frequency of life-time comorbid Axis I disorders in major depressive disorders including impulse control disorders. Also it was aimed to demonstrate the effect of comorbidity on the initiation and duration of depression together with the difference between males and females. In this study, 150 patients between 18-65 ages were included with recurrent attacks diagnosed as major depression due to DSM-IV criteria, who admitted the Psychiatric clinics of Cukurova University Faculty of Medicine in one year time. During the first interview, Sociodemographical data form, Structural clinical interview (SCID-I) prepared for DSM-IV Axis I disorders were applied. In order to detect impulse control disorders, some scales like arranged form of Minnesota Impulse control disorder interview (MIDI), Symptom check list (SCL-90), Beck depression Inventory (BDI), Hamilton depression scale interview (HDI), Zuckerman Sensation Seeking scale (ZSS), Barratt Impulsiveness scale-11 (BIS-11) were used. Comorbidity was %73,3 in whole group. All anxiety disorders were detected to be %56. Severe anxiety disorder (GAD) was detected in %46.7 of the patients, as the most common of anxiety disorders in whole group. In whole group, alcohol consumption was %12, Somatoform disorder was %9,3 of the cases. Impulse control disorders (ICD) were detected in %56,7 of cases. When the impulse control disorders not otherwise specified were excluded, the ratio in whole group was %34,4. In whole group, intermittent explosive disorder was found to be %31,3, followed by skin picking as %28 and compulsive buying as %14. It was observed that anxiety disorders high frequently accompany both alcohol intake and impulse control disorders. Comorbidity is high frequently seen in patients with major depressive disorder. Any comorbid diagnosis increases tendency to another comorbid diagnosis. Comorbidity affects both the progress and also the treatment strategy of major depressive disorder. Therefore, detection of comorbid conditions enables patient follow-up and treatment strategy in major depressive disorders. (Anatol J Clin Invest 2010;4(2):111-117).

Key Words: Comorbidity, depression, impulse control disorder

Giriş

Major depresif bozuklukta (MDB) görülen diğer Eksen I bozuklukların sıklığını gösteren birçok

çalışma vardır [1-3]. Bu çalışmalarda öne çıkan bulgu, MDB a eşlik eden psikiyatrik bozuklukların

Bilge BURÇAK ANNAGÜR

Konya Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya.

E-mail: bilgeannagur@yahoo.com

sadece prevalansının yüksek olması değil depresyonun başlangıcını, seyrini ve tedavi sürecini de etkilediğidir [4,5]. Klinik çalışmalarda komorbiditenin varlığı MDB'daki relaps, rekürrens, kronisite, rezidüel semptomlar, intihar eğilimi ve psikososyal sorunların artışına neden olan faktörler arasında yer aldığı gösterilmiştir [6-11].

MDB da komorbidite araştıran çalışmaları 1990'lı yıllarda başlamıştır. Yapılan çalışmalarda komorbidite oranları farklı şekillerde raporlanmıştır [12-18]. Çalışmaların sonuçlarına göre MDB hastalarının yaklaşık yarısında son bir aylık dönemde komorbid bir anksiyete bozukluğu olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalarda en yüksek oranda sosyal fobi komorbiditesi ortalama %25 (%13-33) saptanmıştır. Panik bozukluk (PB) %16 ortalama ile (%7-%34) en sık görülen ikinci komorbid anksiyete bozukluğudur. Diğer anksiyete bozukluklarından yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ortalama %14 (%9-%20), obsesif kompulsif bozukluk %5 (%4-%10) ve post travmatik stres bozukluğu %6 (%0-%13) oranında birlikte görüldüğü bildirilmiştir. Bu hastalarda alkol kullanım bozukluğu ise ortalama %14 (%8-%25) sıklığında bulunmuştur. MDD'deki komorbidite çalışmaları genelde anksiyete bozukluklarına odaklanmıştır. Az sayıda çalışma alkol kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu eştanılarını ele almıştır [12,16,17,19,20]. Dürtü kontrol bozukluklarını da içeren ilk komorbidite çalışması ise literatürde Zimmerman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadır [21]. Bu çalışmada dürtü kontrol bozuklukları oranı oldukça düşük değerlerde bulunmuştur. Çalışmaların geneli üçüncü basamak sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir. Genellikle de ayaktan takip edilen hasta grubu seçilmiştir. Çalışmalar 1990'lı yıllarda yapıldığı için genel olarak DSM-III-R tanı ölçütleri kullanılmıştır.

Bu çalışmadaki hedefimiz MDB da cinsiyetler arasındaki farklılıkları göstermek ve komorbiditenin depresyonun başlangıcı ve süreci üzerine etkisini ele almaktır. Ayrıca dürtüselliğin depresyon ve diğer komorbid durumlarla ilişkisini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Ocak 2007-Aralık 2007 arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğe ayaktan başvuran, yaşları 18-65 arası DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı alan ilk ya da yineleyen atakları olan 178 hasta alındı. Hastaların 28'i eksik veri bildirdikleri veya çalışmadan ayrılmak istedikleri için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya devam edilen 150 hastanın 100'ü kadın 50'si erkek hastaydı.

Çalışmaya dâhil edilen kişilere çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı. Çalışmaya en son atığı depresyon olan Bipolar II hastaları da dâhil edildi. Bipolar I bozukluğu olanlar, psikoza olanlar, demans tanısı alanlar, alkol ve madde bağımlısı olup maddenin etkisinde olanlar, bilişsel yetilerinde belirgin bozulmaları olanlar, dejeneratif nörolojik hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı.

Çalışma Prosedürü:

Çalışmaya katılan hastalara ilk görüşmede Sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen I bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I) uygulandı. Dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota dürtü kontrol bozuklukları görüşme ölçeğinin (MIDI) düzenlenmiş şekli, Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ), Zuckerman heyecan arama ölçeği (ZHÖ), Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BIS-11) kullanılmıştır.

Kullanılan Ölçekler

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I): Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmecisi 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 araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 30-60 dakika sürmektedir. First ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir [22].

Minnesota Impulsive Disorders Interview" (MIDI) nin Türkçe versiyonunu, yaşam boyu dürtü kontrol bozukluklarının varlığını değerlendirmek için kullanılır. Ölçek 36 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Ayrılmış modüllerde DSM-IV ölçütlerine göre Dürtü Kontrol Bozukluklarını (aralıklı patlayıcı bozukluk (APB), patolojik kumar oynama (PKO), Kleptomani, Trikotillomani, Piromani, Kompulsif Satınalma, deri koparma, kompulsif seksüel davranış, kompulsif egzersiz) araştırır.

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 yanıtlara 0 ile 4 arasında puan verilir [23]. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır. 17 maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir [24].

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 uyarılma 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 [25].

Barratt İmpulsivite Ölçeği-11 (BİS-11) dürtüsellik değerlendirilmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç altölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BIS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir [26].

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 yansıtan maddeleri içerir. Sıkılmaya Yatkınlık (Boredom Susceptibility-BS) tekrarlardan, rutinlerden ve öngörülebilirlikten hoşlanmamayı yansıtan maddeleri kapsar. Heyecan aramayı değerlendiren her maddeye bir puan verilmektedir [27].

İstatistik

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

Sosyodemografik özellikler

Hastaların 100'ü kadın (%66,6), 50 'si erkekti (%33,3). Ortalama yaş 33,3 (± 10) yıl olarak belirlendi. Kadın ve erkekler arasında yaş farkı saptanmadı. Tüm grubun %60'ı evli %40'bekârdı. Kadınların %63'ü erkeklerin %54'ü evliydi. Grubun çoğunluğu orta ve yüksek öğrenimini tamamlamıştı. Erkeklerin eğitim düzeyi kadınlardan daha yüksekti. Grubun büyük bir kısmı çalışmıyor veya düzensiz çalışıyorlardı (%57,3). Düzenli işi olan grup %36 idi. Tüm grubun tamamına yakını (%95) orta düzeyde ekonomik duruma sahipti. Sosyodemografik özellikler Tablo 1 de verilmiştir.

Yaşamboyu Eksen I komorbidite varlığı

Tüm grupta ektanı varlığı %73,3 oranında saptandı. Duygudurum bozuklukları (BPBII, distimi, siklotimi) %4 oranında saptandı. Distimi erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulundu. Alkol kullanımı tüm grupta %12 olarak, kadınlarda %4 erkeklerde %28 olarak saptandı. Alkol kullanım bozukluğu erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti. Madde kullanımı %4 olarak bulundu. Cinsiyetler arasında fark saptanamadı.

Tüm anksiyete bozuklukları sıklığı %56 idi. Tüm grupta anksiyete bozuklukları içerisinde en yüksek oranda YAB %46,7 oranında saptandı. Bundan başka giderek azalan sırayla sosyal fobi %6,7, PB %5,3, özgül fobi %4,7, obsesif kompulsif bozukluk %3,3, post travmatik stres bozukluğu %2 oranında saptanmıştır. Somatoform bozukluk tüm grupta %9,3 olarak bulunmuş olup hepsi kadındı. Somatoform bozuklukta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

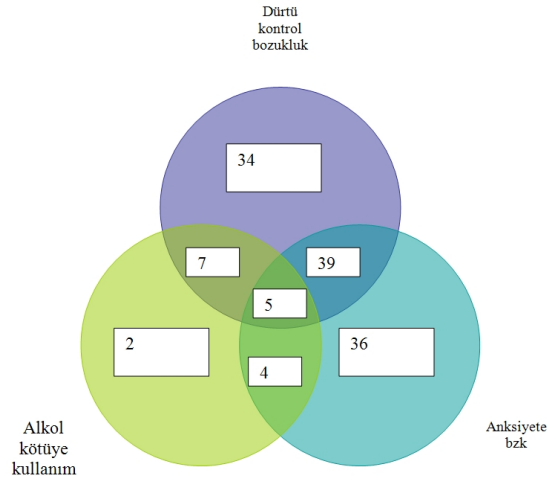
Tüm grupta Anoreksiya nervroza %1,3, Bulimia nervroza %0,7 olarak saptandı ve olguların hepsi kadındı. Yeme bozukluğu olguları az olduğu için her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Dürtü kontrol bozuklukları (DKB) %56,7 oranında saptandı. Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) DKB grubu dâhil edilmediği durumda oran tüm grupta %34,6 dır. Tüm grupta en yüksek APB %31,3 olarak bulunurken ikinci sıklıkta deri koparma %28 olarak, üçüncü sıklıkta kompulsif satınalma %14 olarak bulundu. Trikotillomani ve

kompulsif seksüel davranış %4,7 olarak, kleptomani, piromani, patolojik kumar ve kompulsif egzersiz düşük oranlarda saptanmıştır. PKO erkeklerde, kompulsif satınalma ise kadınlarda daha yüksek oranda saptanmıştır. Diğer DKB'lerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Major depresif bozukluğu olan hastalarda eşlik eden diğer Eksen I bozuklukların yaşam boyu sıklığı Tablo 2 de verilmiştir.

Şekil 1 de Major depresif bozukluğu olan hastalarda komorbid diğer Eksen I bozuklukların örtüştüğü durumlar verilmiştir. Burada anksiyete bozukluklarının hem alkol kullanım bozuklukları ile hem de dürtü kontrol bozuklukları ile yüksek oranda birlikteliği dikkate değerdir.



Şekil 1. Major depresif bozukluğu olan hastalarda diğer Eksen I bozuklukların örtüştüğü durumlar

Komorbiditenin depresyon atağı ve özelliği ile ilişkisi

Tüm grupta toplam depresyon atak sayısı 1,74 ($\pm 1,12$) olarak saptanmıştır. Atak sayısı iki grup arasında benzerdi.

Yaşam boyu intihar girişimi tüm grupta %24, komorbiditesi olan grupta %26,4, komorbiditesi olmayan grupta %17,5 olarak bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

İlk depresyon atak yaşı tüm grupta $29,0 \pm 9,79$ olarak belirlendi, komorbiditesi olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Her iki grupta stres etkeni varlığı ilk depresyon ataklarında yüksek çıkmıştır. İlk atakta hastaneye yatış %9,1 olup, komorbiditesi olanlarda %6,3, komorbiditesi olmayan grupta %16,7 dir. Bu rakamlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İlk depresyon atağında intihar

girişimi açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır.

Şimdiki depresyon atağında stres etkeni varlığı, intihar düşüncesi, intihar girişimi oranları komorbiditesi olan ve olmayan her iki grupta da tüm gruba yakın değerlerde saptanmıştır. Her iki grup için şimdiki depresyon atağı özelliğini gösteren değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Komorbid Eksen I bozukluğu olan MDB hastaları ile komorbiditesi olmayan MDB hastalarının depresyon özelliklerinin ve ilk depresyon ataklarının karşılaştırılması Tablo 3 de verilmiştir.

Tartışma

MDB de yapılan komorbidite çalışmalarından elde edilen verilere bakıldığında komorbid Eksen I bozuklukların oldukça sık oranlarda görüldüğü dikkat çekicidir. Bu durumda MDB'da komorbiditenin bir kural olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda da MDB hastalarının büyük çoğunluğunda (%73) eksen I komorbiditesi saptanmıştır. Bu oran 2002 yılında Finlandiya'da yapılan çalışmanın sonucuna (%79) benzerdir. Aynı çalışmada tüm anksiyete bozukluklarının oranı %57 olup bizim çalışmamızdaki %56 oranı ile oldukça benzerdir. Anksiyete bozukluklarının alt gruplarına baktığımızda bizim çalışmamızda %46,7 ile en yüksek oranda YAB saptanırken daha önce yapılmış çalışmalarda en yüksek oran (%27) PB'da saptanmıştır. YAB ise diğer çalışmalarda %20 oranında bulunmuştur. YAB'nun bu kadar yüksek oranda saptanması iki şeyi akla getirebilir. Birincisi anksiyete bozukluğu ve depresyonun iç içe geçen semptomlarının oldukça fazla olması, ikincisi de YAB'ın "duygudurum bozukluğu" kümesinde gruplanabilecek bir tanı olma olasılığıdır [28, 29].

Çalışmamızda anksiyete bozuklukları içerisinde ikinci sıklıkta sosyal fobi, üçüncü sıklıkta da PB saptanmıştır. Özgül fobi oranı diğer çalışmalara (ortalama %14) göre oldukça düşük (%4,7) çıkmıştır. Tüm bulgular gözden geçirildiğinde toplam anksiyete bozukluklarının oranı oldukça benzerdir. Ancak çalışmaların yapıldığı hastanelerin özellikleri, vaka sayıları, hasta grupları, değerlendirme yöntemleri, çalışmaların farklı yıllar ve farklı kültürlerde yapılmış olması gibi birçok etkileyen faktörler nedeni ile anksiyete bozukluğu alt gruplarında farklı oranların olduğunu düşünmekteyiz.

Alkol kullanım bozukluklarına baktığımız zaman 1990 Sanderson ve ark %8 olarak saptamışken, 2001'de McDermut ve ark saptadığı oran %9, 2002 Finlandiya çalışmasında ise %25 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Alkol kullanım bozukluğu %12 olarak saptandı. Yine oranlar

arasında farklılıklar çalışmaların değişik merkezlerde, farklı hasta sayılarında ve farklı yıllarda yapılmış olmasına bağlanabilir.

Depresyon hastalarında Dürtü kontrol bozuklukları ile yapılmış çalışmalar kısıtlıdır. Zimmerman ve arkadaşları herhangi bir DKB komorbidite oranını %4 gibi oldukça düşük oranda saptanmıştır. Çalışmamızda hem APB, Trikotillomani, Kleptomani, Piromani, PKO gibi tanımlanmış dürtü kontrol bozuklukları yanı sıra Başka türlü adlandırılmayan DKB dan deri koparma, kompulsif satın alma, Kompulsif egzersiz ve kompulsif cinsel davranış oranlarını saptadık. En sık görülen komorbid DKB'ları sırasıyla APB, deri koparma ve kompulsif satın almaydı.

Şekil 1'de gösterildiği gibi komorbid durumlar oldukça yüksek oranlarda birlikte bulunmaktadır. Bir komorbid eştanının başka bir komorbid eştaniye eğilimi arttırdığı söylenebilir. Komorbid bozuklukların gelişimindeki karmaşık beyin işlevlerinin tanımlanması hastalıkların daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır [16].

Depresyon özelliği açısından komorbiditesi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum çalışmaya alınan hastaların ayaktan takip edilen hastalar olması ile açıklanabilir. Komorbid durumlarda daha çok hospitalizasyon olduğunu gösteren çalışmalar göz önüne alındığında yatan hasta grubunu da içeren olgularla yapılan çalışmalarda depresyon özelliği, intihar girişimi ve hastaneye yatış

oranları açısından farklılıklar saptanacağı tahmin edilebilir [7-9].

Çalışmamızı kısıtlayan faktörler arasında hastanenin bir 3. basamak sağlık kuruluşu olması, tek merkezli olması ve ayaktan takip edilen hasta grubunun çalışmaya alınması söylenebilir. Birinci ve 2. basamak hastanelerde ve yatan hasta grubunu da içeren çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada bir üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan üniversite hastanesinde ayaktan takip edilen MDB tanısı alan hastalar ele alınmıştır. Çalışma tek merkezli yürütülmüştür. Daha önceki yapılmış çalışmalardan farklı olarak dürtü kontrol bozuklukları da dâhil edilmek üzere eşlik eden tüm eksen I bozuklukların sıklığı araştırılmıştır. Diğer çalışmaların çoğunda DSM-III-R kullanılırken bizim çalışmamızda DSM-IV tanı ölçütü kullanılmıştır. Çoğu çalışmada anket veya yarı yapılandırılmış görüşme yapılırken bu çalışmada hastaların değerlendirilmesi yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğine göre yapılmıştır.

Sonuç

Bu çalışmada ayaktan takip edilen MDB tanısı olan hastalarda komorbiditenin oldukça yaygın olduğu gösterilmiştir. Bir komorbid eştani başka bir komorbid eştaniye eğilimi arttırmaktadır. Komorbid bozuklukların gelişimindeki karmaşık beyin işlevlerinin tanımlanması hastalıkların daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Komorbidite hem MDB'nin seyrini hem de tedavi planını etkilemektedir. Bu nedenle komorbid durumların saptanması MDB'da hasta takibini ve tedavi planını kolaylaştırır.

Tablo 1. Major depresif bozukluğu olan hastalarda cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.

	Tüm Grup (n=150)	Kadın (n=100)	Erkek (n=50)	İstatistik
Yaş (yıl)	33,3±10,0	33,4±10,0	32,8±10,1	t=0,344 p=0,841
Medeni hal				
Evli (N%)	90 (60)	63 (63)	27 (54)	x=1,125
Bekar (N%)	60 (40)	37 (37)	23 (46)	p=0,289
Eğitim Durumu				
İlköğretim	32 (21,3)	26 (26)	6 (12)	X=7,900
Ortaöğretim	62 (41,3)	44 (44)	18 (36)	P=0,019
Yükseköğretim	56 (37,3)	30 (30)	26 (52)	
Ekonomik Durum				
Alt	4 (2,7)	3 (3)	1 (2)	X=0,128
Orta	146 (97,3)	97 (97)	49 (98)	P=0,720
Meslek				
Çalışıyor	65 (43,3)	32 (32)	33 (66)	X=15,69
Çalışmıyor	85 (56,6)	68 (68)	17 (34)	P=0,000

P değeri cinsiyetler arasındaki karşılaştırmayı göstermektedir.

Tablo 2. Major depresif bozukluğu olan hastalarda cinsiyete göre diğer eksen I eştanılarının yaşamboyu sıklıklarının karşılaştırılması.

	Tüm Grup (n=150)	Kadın (n=100)	Erkek (n=50)	x	p
Ektanı varlığı	110 (73,3)	72 (72)	38 (76)	x=0,273	p=0,602
Duygudurum bzk					
BPB II	3 (2)	2 (2)	1 (2)	x=0,00	p=1,000
Siklotimi	1 (0,7)	1 (1)	0 (0)	x=0,503	p=0,478
Distimi	2 (1,3)	0 (0)	2 (4)	x=4,054	p=0,044
Alkol-Madde kullanımı					
Alkol kul	18 (12)	4 (4)	14 (28)	x=18,182	p=0,000
Madde kul	6 (4)	4 (4)	2 (4)	x=0,503	p=0,478
Anksiyete bozuklukları	84 (56)	56 (56)	28 (56)	X=0	P=1.00
Agorofobi	6 (4)	3 (3)	3 (6)	x=0,781	p=0,377
Panik boz					
Agorofobisiz	2 (1,3)	2 (2)	0 (0)	x=1,014	p=0,314
Panik boz					
OKB	5 (3,3)	3 (3)	2 (4)	X=0,103	p=0,748
TSSB	3 (2)	2 (2)	1 (2)	X=0,00	p=1,000
Sosyal fobi	10 (6,7)	4 (4)	6 (12)	X=3,429	p=0,064
Özgül fobi	7 (4,7)	3 (3)	4 (8)	x=1,873	p=0,171
YAB	70 (46,7)	52 (52)	18 (36)	x=3,429	p=0,064
Somatoform bzk	12 (8)	12 (12)	0 (0)	x=6,522	P=0,011
Yeme bzk					
A. nevroza	2 (1,3)	2 (2)	0 (0)	x=1,014	p=0,314
B. nervoza	1 (0,7)	1 (1)	0 (0)	x=0,503	p=0,478
Dürtü kontrol bozuklukları (DKB)	85 (56,7)	55 (55)	30 (60)	x=0,339	p=0,560
DKB varlığı (BTA hariç)	52 (34,6)	31 (31)	21 (42)	x=1,781	p= 0,182
Aralıklı patl. Bzk	47 (31,3)	27 (27)	20 (40)	x=2,618	p=0,106
Trikotillomani	7 (4,7)	6 (6)	1 (2)	x=1,199	p=0,274
Kleptomani	4 (2,7)	1 (1)	3 (6)	x=3,211	p=0,073
Patolojik kumar	4 (2,7)	0 (0)	4 (8)	x=8,219	p=0,004
oynama					
Piromani	3 (2)	1 (1)	2 (4)	x=1,531	p=0,216
Komp.	21 (14)	19 (19)	2 (4)	x=6,229	p=0,013
Satınalma					
Kompulsif Sex.	7 (4,7)	3 (3)	4 (8)	x=1,873	p=0,171
Kompulsif	3 (2)	1 (1)	2 (4)	x=1,531	p=0,216
Egzersiz					
Deri koparma	42 (28)	30 (30)	12 (24)	x=0,595	p=0,440

Tablo 3. Komorbid Eksen I bozukluğu olan MDD hastaları ile komorbiditesi olmayan MDD hastalarının depresyon özelliklerinin ve ilk depresyon ataklarının karşılaştırılması.

	Tüm grup	Komorbidite (+) MDD hastaları	Komorbidite (-) MDD hastaları	
Toplam depresyon atak sayısı	1,74± 1,12	1,65± 0,89	1,98± 1,57	t=-1,55 p=0,122
Yaşam boyu intihar girişimi	36 (24)	29 (26,4)	7 (17,5)	x=1,263 p=0,261
İlk depresyon atağının				
Yaşı (yıl)	29,0±9,79	28,99± 10,05	29,05± 9,15	t=0,033 p=0,974
Stres etkeni varlığı	127 (84,7)	95 (86,4)	32 (80,0)	x=0,915 p=0,339
Hastaneye yatış varlığı	8 (9,1)	4 (6,3)	4 (16,7)	X=2,292 p=0,130
İntihar girişimi	28 (18,8)	23 (21,1)	5 (12,5)	x=1,418 p=0,234
Şimdiki epizotta				
Stres etkeni varlığı	126 (84,0)	93 (84,5)	33 (82,5)	X=0,091 p=0,763
İntihar düşüncesi	88 (58,7)	64 (58,2)	24 (60,0)	X=0,040 p=0,842
İntihar girişimi	15 (10,0)	10 (9,1)	5 (12,5)	X=0,915 p=0,339

Kaynaklar

1. 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
2. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, et al. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry* 1996;168:17-30
3. Regier DA, Burke JD, Burke KC. Comorbidity of affective and anxiety disorders in the NIMH epidemiologic catchment area program. In: Maser JD, Colinger CT, eds. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p 113-123
4. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, et al. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66(1):17-31
5. Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ. Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1999;156(8):1230-6.
6. Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(4):336-42
7. Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Taylor J. Long-term outcome of episodes of major depression. Clinical and public health significance. *JAMA* 1984;252(6):788-92
8. Mueller TI, Lavori PW, Keller MB, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *Am J Psychiatry* 1994;151(5):701-6.
9. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995;25(6):1171-80.
10. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(9):1189-94
11. Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1999;175:175-9.
12. Sanderson WC, Beck AT, Beck J. Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relationships. *Am J Psychiatry* 1990;147(8):1025-8.
13. Fava M, Abraham M, Alpert J, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. Gender differences in Axis I comorbidity among depressed outpatients. *J Affect Disord* 1996;38(2-3):129-33.
14. Schatzberg AF, Samson JA, Rothschild AJ, Bond TC, Regier DA. McLean Hospital depression research facility: early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *Br J Psychiatry* 1998;(34):29-34
15. Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157(8):1337-40.
16. Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry* 2002;63(2):126-34.
17. McDermut W, Mattia J, Zimmerman M. Comorbidity burden and its impact on psychosocial morbidity in depressed outpatients. *J Affect Disord* 2001;65(3):289-95.
18. Sato T, Sakado K, Nishioka K, Uehara T, Sato S, Kasahara Y. The relationship of DSM-III-R personality disorder to clinical variables in patients with major depression: possible difference between personality disorder clusters. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996;50(3):95-100
19. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, et al. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res* 1992;42:93-99
20. Fava M, Alpert JE, Borus JS, et al. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:1308-12
21. Zimmerman M, Chelminski I, McDermut W. Major depressive disorder and axis I diagnostic comorbidity. *J Clin Psychiatry* 2002;63(3):187-93
22. Özkürkçügil 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(4):233-6.
23. Derogatis LR. SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedure Manual for the Revised Version. Baltimore, MD: Jhon Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, 1977
24. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: bazı psikometrik ve ICD-10 depresyon tanısı ile karşılaştırılması. 2. Bahar Sempozyumu, Poster Bildiri 1998.
25. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118-26
26. Gulec H, Tamam L, Gulec MY et al. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008; 18(4): 251-258.
27. 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.
28. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(6):651-60.
29. Rickels K, Rynn M. Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24(1):1-17.