



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK VE MAJOR DEPRESİF
BOZUKLUK TANISI ALAN HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE
KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Okan EKİNCİ

ANKARA, 2010

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSKIYATRI KLİNİĞİ**

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK VE MAJOR DEPRESİF
BOZUKLUK TANISI ALAN HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE
KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Okan Ekinci

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ

ANKARA, 2010

ÖNSÖZ

Bütün psikiyatri ihtisasım boyunca tüm bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, daha da önemlisi dünyaya ve insanlığa bakışımında anlamlı izler bırakan değerli hocam ve büyüğüm Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ali Çayköylü' ye sonsuz teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Ayrıca bir süre kliniğimizde şef yardımcılığı yapan Prof. Dr. Murat Kuloğlu'na, şu an Gölbaşı Devlet hastanesinde uzman olarak görev yapan Dr. Yakup Albayrak'a, başasistanımız Dr.Görkem Karakaş Uğurlu'ya ve birlikte mesai yaptığımız tüm asistan arkadaşlarıma, klinikte birlikte çalıştığımız uzmanlarımıza, psikiyatri kliniğinde görevli psikologlar, hemşire hanımlar ve personelimize, beni bugünlere getiren anne-babama ve her zaman yanımda olan ağabeyime, desteğini ve sevgisini hiç esirgemeyen eşim Aslı'ya yürekten teşekkür ederim.

Dr. Okan Ekinci

Ankara, 2010

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK	5
2.2.MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	11
2.3. DÜRTÜSELLİK	17
2.4. KİŞİLİK, DÜRTÜSELLİK VE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	49
6. KAYNAKLAR.....	57

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAB	Bipolar Affektif Bozukluk
MDB	Major Depresif Bozukluk
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders
MHPG	3-metoksi-4-hidroksi-fenilglükol
VMA	Vanil Mandelik Asit
PIP 2	Fosfatidil inositol 4,5 bifosfat
HPA	Hipotalamo-pitüiter-adrenal
TRH	Tiroid serbestleştirici hormon
TSH	Tiroid Stimüle edici Hormon
5 HT	5-Hidroksi Triptamin
NE	Nöroepinefrin
GABA	γ -aminobütirikasit
LH	Lüteinizan Hormon
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
PET	Pozitron emisyon tomografisi
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
KDT	Kognitif Davranışçı Terapi
KB	Kişilik Bozukluğu
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
HDÖ	Hamilton Depresyon Ölçeği
YMS	Young Mani Ölçeği
MKE	Mizaç ve Karakter Envanteri
BIS-11	Barratt Impulsivity Scale-11

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Hasta grubunun klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 3. Tanı dağılımlarına göre grupların dürtüsellik düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 4. İntihar girişimi varlığına göre grupların dürtüsellik düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 5. Karma epizod varlığına göre bipolar hasta grubunun dürtüsellik düzeyi karşılaştırılması

Tablo 6. Yatış sırasında saldırgan davranış bulunup bulunmamasına göre dürtüsellik düzeyi karşılaştırılması

Tablo 7. Tekrarlayıcı suisid girişiminin varlığına göre hasta grubunun dürtüsellik düzeyi

Tablo 8. İlk atak tipine göre bipolar bozukluklu hastaların dürtüsellik

Tablo 9. Baskın atak tipine göre bipolar bozukluklu hastaların ve unipolar depresyon hastalarının dürtüsellik düzeyi

Tablo 10. Bipolar bozuklukta dürtüsellüğün prediktörleri

Tablo 11. Major depresyonda dürtüsellüğün prediktörleri

ÖZET

Giriş: Bipolar bozuklukta dürtüsellik, özellikle hastalığın manik dönemlerinde, bir çekirdek belirti olarak iyi anlaşılmış olmasına karşın remisyon dönemine ait bilgilerimiz sınırlıdır. Major depresif bozukluklu (MDB) hastalarda dürtüsellüğün bir kişilik özelliği olarak ele alınıp araştırıldığı az sayıda çalışma ise bu konuda tartışmaya açık bilgiler sunmaktadır. Biz bu çalışmada, BAB ve MDB tanısı ile takip edilen ötimik dönemdeki hastaları dürtüsellik düzeyleri ve dürtüsellüğün klinik özelliklerle ilişkisi açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 60 bipolar bozukluklu, 50 major depresyonlu hasta ile sosyodemografik açıdan uyumlu 50 sağlıklı birey dahil edildi. Dürtüsellik, BIS-11 ve Mizaç-Karakter envanterinin dürtüsellik alt ölçeği ile değerlendirildi. Klinik özellikler hasta kayıtlarından, hastalarla ve onların birinci derece yakınları ile yapılan görüşmelerden elde edildi. Hasta grubunda remisyon Hamilton Depresyon ölçeği ve Young Mani ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Klinik gruptaki tüm katılımcılar çalışma sırasında remisyonunda idi.

Bulgular: Bipolar bozukluklu olgular tüm dürtüsellik alt skalalarında unipolar bozukluklu olgular ve sağlıklı kontrollerden daha yüksek skorlar aldılar. Unipolar olgular ise plansızlık alt skalası dışında tüm dürtüsellik alt skalalarında kontrol grubundan daha yüksek skorlara sahipti. Bipolar olgularda dürtüsellik intihar girişimi, saldırganlık, karma atak varlığı, baskın polarite, ve epizod sayısı ile ilişkili iken unipolar olgularda başlıca eğitim düzeyi ile ilişkili idi. Her iki hasta grubunda da dürtüsellik skorları yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile ilişkili değildi.

Sonuç: Çalışmamız dürtüsellüğün bipolar bozuklukta saldırganlık, karma atak varlığı, baskın atak tipi gibi bazı klinik özellikler bağlamında farklılaşabildiğini göstermektedir. Dürtüsellüğün unipolar depresyonlu bireylerde eğitimden ciddi anlamda etkilenmesi de dikkat çekicidir. Ayrıca bulgularımız duygudurum bozukluklarında önemli bir mortalite nedeni olan intihar davranışı ile dürtüsellik arasında, literatürde sıklıkla üzerinde durulan yakın ilişkiyi de desteklemektedir. Ancak bulgularımız daha geniş örneklem gruplarında uzun vadeli diğer çalışmalarla desteklenmelidir.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, dürtüsellik, klinik özellikler

ABSTRACT

Introduction: Increased impulsivity is a diagnostic feature of mania in bipolar disorder. However, it is unclear whether increased impulsivity is also a trait feature of BD and therefore present in remission. On the other hand, only few studies have investigated impulsivity in the euthymic phase of unipolar affective disorders, yielding diverging results. We have investigated relationships between trait-like impulsivity and demographic and illness-course characteristics of bipolar and unipolar disorder.

Method: We measured impulsivity using the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and Impulsivity subscale of Temperament and Character Inventory in 60 bipolar patients, 50 major depressive patients and 50 demographically matched healthy volunteers. Clinical features were assessed in all participants using the patient records and structured interviews with the patients and their family. The clinical remission was defined using the Hamilton Depression Rating Scale and the Young Mania Rating Scale. Participants in clinical groups were euthymic, and participants in the control groups were screened for psychopathology.

Results: BIS-11 total, motor, attentional and non-planning scores were higher in bipolar disorder than in major depressive disorder and comparison subjects. All BIS-11 scores, except of non-planning, were higher in unipolar disorder than in comparison subjects. BIS-11 scores were associated with more frequent episodes of illness, a history of suicide attempts and violence, the presence of mixed episode, predominant polarity in bipolar subjects while were associated with predominantly education in depressed subjects. There was no association between impulsivity and age, gender, socioeconomic level, age at onset, duration of illness in both clinical groups.

Conclusion: Our study indicates that impulsivity may be differentiated in the context of some clinical features such as aggression, the presence of mixed episodes, the dominant type of episodes in bipolar disorder. Unipolar depressed individuals seriously was impulsivity affected by education is striking. In addition, our findings support the close relationship between suicidal behavior that is a major cause of mortality in mood disorders and impulsivity. However, our findings should be supported by other studies with larger sample groups.

Key words: bipolar disorder, major depressive disorder, impulsivity, clinical features

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dürtü organizmanın uyarılmış bir durumudur. Bir eksiklik ya da hoş olmayan bir uyarının etkisi altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için çabuk ve kasıtsız bir itme, bir canlanmadır. Ani ve kısa süreli olabildiği gibi gerilimi sabit olarak artarak, kendi ve diğerlerini dikkate almadan patlayıcı bir şekilde ortaya çıkabilir. Dürtüsellik ise önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanır (1, 2). Patton ve arkadaşları dürtüsellik, anında içinden geldiği gibi davranmak (motor), eldeki verilere odaklanmamak (dikkat), plansızlık ve dikkatlice düşünmemek şeklinde üç alt gruba ayırmıştır. Dürtüsellik normal bir davranış örüntüsü olabileceği gibi birçok ruhsal bozukluğun bir parçası da olabilir (3).

Dürtüsellik tek başına bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmamakla birlikte kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ya da dürtü kontrol bozukluğu gibi durumlarda sık görülür. Dürtüsellik tedaviye dirençli olgularda, hastalığın hem tedaviye yanıtını hem de seyrini etkileyebileceği düşünülerek akla getirilmeli ve gerekirse dürtüsellik yöneltik ek yaklaşımlarda bulunulmalıdır (1).

Duygudurum bozukluklarında dürtüsellikle ilgili çalışmalar daha çok Bipolar Affektif Bozuklukta (BAB) yapılmıştır (4). BAB'lı hastalarda dürtüsellik, özellikle hastalığın manik dönemlerinde, bir çekirdek belirti olarak iyi anlaşılmış olmasına karşın nöbetlerden bağımsız dönemlerde dürtüsellik hastalıkla olan ilişkisine ait bilgilerimiz sınırlı ve tartışmalıdır (5, 6). Diğer yandan serotonin seviyelerindeki azalma ile ilişkili olarak dürtüsellik ve depresyon arasında da bir ilişkinin olabileceği öne sürülmüştür. Corruble ve arkadaşları major depresyonlu hastalarda depresif ataklarda hem dikkat, hem davranışsal, hem de plansızlık şeklindeki dürtüsellikte artış tanımlamıştır (7). Buna karşılık major depresif bozukluklu (MDB) hastalarda dürtüsellik bir kişilik özelliği olarak ele alınıp araştırıldığı az sayıda çalışma bu konuda tartışmaya açık bilgiler sunmaktadır (8). Bununla birlikte dürtüsellik her iki bozukluğun da klinik görünümünden etkilenmesi ve/veya bu bozuklukların klinik görünümünü etkilemesi sorunu ise, ayrı bir merak konusudur (5).

Biz bu çalışmada, BAB ve MDB tanısı ile takip edilen ötimik dönemdeki hastaları dürtüsellik düzeyleri ve dürtüsellik klinik özelliklerle ilişkisi açısından değerlendirmeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK

2.1.1.Tanım

Duygulanım (affectivity) dıştan ve içten gelen uyarılara duygularla tepki verebilme yetisidir. Dıştan gelen uyarıları, yani çevrede olup bitenleri ve içten gelen uyarıları (anılar, istekler, düşlemler) algılayıp değerlendirirken hoşlanma, sevinme, üzülmeye, bunaltı, öfkelenme, korkma, tikslenme, şaşırma, utanma, suçlanma gibi yalın yada karmaşık duygularımız olur. Bunların hepsi birden bizim duygusal tepkilerle dolu yaşantımızı, yani duygulanımımızı oluşturur. Duygudurum (mood) ise uzunca bir süre (günler, aylar) belli duyguların baskın olarak yaşanması durumudur (9).

Bipolar Affektif Bozukluk, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline (ötimi) dönebildiği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (9).

2.1.2.Bipolar Bozukluk Tarihçesi

Duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemler, insanlık tarihi boyunca, değişik çağlarda, değişik toplumlarda, çeşitli mitolojilerde, eski ve semavi dinlerde yer almıştır. Hipokrat insanın duygu durumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı dört mizaç (duygudurum) tanımlamıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelen melankoli terimiyle de, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tarif etmiştir (9, 10).

Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır. Homeros, İlyada destanında Yunanca’da öfke ve gazap anlamına gelen “mani” sözcüğünü kullanmıştır. Milattan sonra (M.S.) birinci yüzyılda Soranus, taşkın duygudurumla giden tabloların melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir (9). Daha sonra Kapadokyalı Areatus (M.S. yaklaşık 150) melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemlemiş ve aynı hastaların, farklı zamanlarda, bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir (10).

1854 yılında Jules Falret, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve bu hastalıklara “Folie Circulaire” adını vermiştir. Bu yıllarda Baillarger aynı durumu

tanımlamak için “iki şekilli delilik” terimini kullanmıştır. Kraepelin 1895 yılında manik depresif hastalığı ilk tanımlayan kişidir (11). Hastalığın klinik görünümünü tanımlamış ve bir anlamda manik- depresif bozukluk spektrum kavramını da geliştirmiştir (12). Karma durumları ilk tanımlayan kişi de yine Kraepelin’dir. Bleuler; 1930’larda depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı “affektif bozukluklar” olarak adlandırmıştır. 1938 yılında elektrokonvulzif sağıltımın bulunması ve depresyon üzerine olumlu etkisi, kafa travmaları sonrası mani ve depresyon benzeri tabloların gözlenmesi, dikkatleri bu hastalardaki subkortikal düzensizliğin önemine çekmiştir. Daha sonraki yıllarda nöroleptiklerin, antidepresan ilaçların ve ardından lityumun kullanıma girmesi; bu hastalıklarda birçok biyokimyasal kuramın öne sürülmesine neden olmuştur (9).

2.1.3. Bipolar Affektif Bozukluğun Epidemiyolojisi

BAB’un yaşam boyu yaygınlığı % 0,4- 1,6 (ortalama 1,2) arasındadır. Bipolar spektrum olarak ele alındığında, oran %5’i geçmektedir. BAB’ta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000’dir (13-15). MDB’un, BAB’a oranı yaklaşık 10:1 ile 4:1 arasındadır (9). BAB’un yaşam boyu yaygınlığının farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermediği iddia edilmektedir; bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız bir yanı olabileceğini düşündürür (16,17).

MDB’ un sıklık ve yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen en tutarlı bulgu kadınlarda yaklaşık olarak iki kat daha fazla görülmesidir. MDB’a zıt olarak BAB’ta cinsiyet oranı tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak eşittir. BAB’un başlangıcı major depresyondan daha erkendir. MDB’un başlangıcı ortalama 30’lu yaşlar iken, BAB 20’li yaşlar dolayında başlar. BAB I ve BAB II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır, fakat BAB II bozuklukta başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir (9). Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24.4, kadınlarda 24.8 bulunmuştur (11). Hastaların % 20-30’unda ilk atağın 21 yaşından önce, % 10’unda ise 50 yaşından sonra ortaya çıktığı bildirilmektedir (18).

BAB I bozukluğu kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, BAB II bozukluğu kadınlarda daha sık görülür (9). BAB I bozukluğun erkeklerde daha çok bir manik dönemle, kadınlarda ise daha çok bir major depresif dönemle başladığı bildirilse de veriler kesin değildir. Doğum sonrası dönemde BAB depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu bipolar bozukluğa sahiptir (9). Hastalığın her iki cinsiyette eşit oranda görülmesi nedeniyle bipolar bozukluklardaki cinsiyet farklılıkları çok fazla ilgi görmemiş ve yeterince incelenmemiştir. BAB’un yaşam boyu

yaygınlığı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemekle birlikte, hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır. Kadınlarda, karma durumlar ve hızlı döngü daha sık görülmektedir (19-21).

2.1.4.Bipolar Affektif Bozukluğun Oluş Nedenleri

2.1.4.1.Biyolojik nedenler

a-Genetik

BAB'ta genetik geçişin önemi çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü destekler (22, 23). BAB ve MDB birlikte ele alındığında, monozigot ikizlerdeki konkordansın (%79.5), dizigot ikizlerden (%23) 3.5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Monozigotlarda konkordansın tam olmaması, penetransı tam olmayan genlerin ve çevresel nedenlerin rolünü düşündürmektedir (23, 24).

Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ana-babada bozukluk oranı, evlat edinen ana-babadan yüksek bulunmuştur. Biyolojik ana- babadaki riskin, BAB için üç, MDB için iki, özkıyım için altı kat artmış olduğu gösterilmiştir. Moleküler genetik alanındaki çalışmalar, çelişkili sonuçlar vermektedir. Ancak genellikle BAB ile 5, 11, 18 ve X kromozomları için bağlantı bildirilmektedir ve 18 p bölgesindeki bir lokusun hastalıktan sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir (14, 23, 25). Bipolar depresyonda MDB'a göre genetik etkenler daha önemlidir. Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır. Ancak bunun çok sayıda genle ilişkili olduğu, bunlardan bazılarının hastalığa yatkınlık için daha fazla bir etkinlikte olduğu ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu karmaşık bir geçiş düşünülmüştür. Bulgular; BAB'un klasik mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını, birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir (9, 22, 23, 26).

b-Biyokimyasal çalışmalar

Biyokimyasal çalışmalar daha çok biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Genellikle patofizyolojide norepinefrin (NE) ve serotonin (5HT) üzerinde durulmaktadır. Manide NE aktivitesinde artış olduğuna dair görüşler ağırlıktadır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, VMA (vanilmandelik asit) düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (9).

Serotonerjik sistemin BAB'taki rolü, lityumun serotonerjik sistem üzerindeki etkisi nedeniyle gündemde kalmaktadır.

Dopamin aktivitesinin genel olarak depresyonda düştüğü, manide yükseldiği düşünülmektedir. L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniye tetiklemesi bu görüşü desteklemektedir (9, 27).

Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik- kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu (daha çok kolinerjik yetersizlik) manide görülen biyokimyasal değişikliklerdir. Melatonin nokturnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, erkeklerde testesteron seviyesinin düşüklüğü ve kortizol salınımının sirkadiyan ritminde bozulma, bahsi geçen nöroendokrin düzensizliklerdir. Çok sayıda çalışmada hızlı döngülü bipolar hastalığı olanlarda klinik ve subklinik tiroid hastalığı yaygınlığı araştırılmış ve çoğunda subklinik hipotiroidi bulunmuştur. Bunun yanında hızlı döngülü hastalarda tiroperoksidaz otoantikörlerinde yükseklik saptanmıştır (9, 28, 29).

c-Beyin görüntüleme bulguları

Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, bipolar bozuklukta serebral ventrikül hacminde genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlendiği bildirilmiştir (30).

d-Nöron ve nöron-içi sinyal ileti sistemleri

Guanin nükleotid bağlayıcı proteinler (G), hücre zarında bilginin değiştirilmesini sağlayan proteinlerdir. Bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan postmortem beyin inceleme çalışmalarında, G reseptör sayısının, psikiyatrik bozukluğu olmayan aynı yaştakilerin beyinlerindekiyle göre arttığı saptanmıştır (9, 28).

Lityum fosfatidil inositol yolağında inositol fosfatazı ketler ve bu sayede PIP 2 (Fosfatidil inositol 4,5 bifosfat) oluşumu için gerekli olan inositolün ortamdaki yoğunluğunu azaltır. Bu azalmanın fizyolojik durumda mı, yoksa nöronal aktivitenin uyarılmış olduğu durumda mı ortaya çıktığı henüz açık değildir (9, 28).

Kalsiyum üzerinde az sayıda çalışma yapılmış olmasına karşın, inositol trifosfatın (IP3) hücre içi kalsiyum depolarını boşaltması, fosfoinositol kalsiyum bağlantısındaki düzensizliğin BAB fizyopatolojisiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (9, 31).

Bipolar bozukluk, uzunlamasına giden bir rahatsızlık olduğu için, remisyon ve yinelemelerle seyreder. Dolayısıyla tutuşma (kindling) gibi nörobiyolojik bazı fenomenlerin etiolojide güçlü bir açıklayıcı model oluşturması beklenebilir. Bu karmaşık sistem, çevresel

stres etkenlerinin belli bir hastalığa genetik yatkınlığı bulunan kişilerde, nasıl çok uzun zaman dilimlerinde hastalığın ortaya çıkmasına neden olabileceğini açıklayabilir (31).

2.1.4.2.Psikososyal Etkenler

Duygudurum bozukluklarında, ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemi duyarlılaşma modelinin geliştirilmesine neden olmuştur (25, 32). İlk atağı genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar, fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin gen ekspresyonuna neden olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelenmesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (33).

Mani ile ilgili psikodinamik kuramların çoğu, manik dönemleri, altta yatan depresyona karşı bir savunma olarak görür. Karl Abraham manik dönemlerin, gelişimsel bir trajediyi tolere etme yetisi yokluğunu, yansıtıyor olabileceğine inanır. Bertram Lewin, manik hastanın egosunu, “cinsellik gibi zevkli uyaranlar ya da agresyon gibi korkulan uyaranlar tarafından ezilmiş” olarak ele almıştır. Klein kişinin büyüklük sanrıları geliştirdiği omnipotans gibi manik savunmaları, maninin, depresyona karşı bir savunma tepkisi olarak görmüştür (9).

2.1.5. Klinik Özellikler

Manik epizodda hastalar canlıdır, konuşkandır, bazen eğlendirici ve güldürücüdür. Manik dönemin temel belirtisi yükselmiş, kabarmış veya irritabl duygudurumdur. Sıklıkla hastanın baskın duygudurumu hastalığın gidişinin erken dönemlerinde öforik iken ilerleyen dönemde irritabl olur. Manik olgular öfori, fikir uçuşmaları, fiziksel etkinlikte ve konuşmada artış, uyku gereksiniminde azalma ve grandiozite gibi belirti ve bulgular gösterirler. Hastaların konuşması araya girip kesilemez. Maninin şiddeti arttıkça konuşma yüksek sesle, çok daha hızlı ve bölünmesi çok daha zor hale gelir. Hastanın manik epizodunun şiddeti arttıkça, konuşma, şaka, sözcükler üzerinde oyunlar ve konu dışı yandan yanıtlarla dolmaya başlar. Epizod ağırlaşmaya devam ederse çağrışımlar kopar, konsantrasyon azalır, fikir uçuşmalarına yol açar. Enerji düzeyinde artış ve hiperseksüalite gözlenir. Benlik saygısında artmaya bağlı büyüklük ve olağandışı güçlülük düşünceleri hakim olur. Bazen büyüklük düşünceleri sanrısız nitelik kazanır. Perseküsyon ve büyüklük sanrıları, referans fikirleri görülebilir. Varsanılar ortaya çıkabilir. Sonuçlarını düşünmeden tehlikeli işlere girebilirler, aşırı alışveriş yapması olasıdır. Hastanın davranışları dürtüsel, aynı zamanda tutkulu ve amaca dönüktür (9, 20).

Depresif duygudurum ve isteksizlik depresyonun anahtar belirtileridir. Benlik saygısında azalma, çaresizlik duygusu sıktır. Bazı olgularda önde gelen belirti anksiyete olabilir. İştah ve kilo değişiklikleri, uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük, sabahları erken uyanma, enerji düzeyinde azalma ve libido azlığı olasıdır. Olguların çoğunda psikomotor retardasyon gözlenir; hareketler yavaşlamış ve azalmıştır, konuşmaları fakir ve tekdüzedir. Depresyonu olan hastaların yaklaşık 2/3'ünde özkıyım düşünceleri vardır ve %10-15'i özkıyım girişiminde bulunur. Değersizlik, suçluluk, hastalık ve ölüm ile ilgili düşünceler yanında paranoid düşünceler gibi psikotik belirtiler de görülebilir (28).

2.1.6. Bipolar ve unipolar depresyon

Bipolar depresyonla, major depresyon arasında çeşitli klinik farklar tanımlanmıştır. Psikomotor retardasyon; değersizlik, değişmeyen duygudurum ve belirgin anhedoni gibi melankolik belirtiler; hipersomnia ve kurşun paralizisi gibi atipik belirtiler; psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülür. Anksiyete, başlangıç uykusuzluğu ve başkalarını suçlama major depresyona oranla daha az görülür. Depresyonlu hastalarla yapılan 11 yıllık izlem çalışmasında BAB'a dönüşmüş olanların, MDB tanısında kalanlara göre ilk depresif ataklarında psikotik özelliklerin ve hastaneye yatışların daha fazla olduğu gösterilmiştir (9). Major depresif hastalarla karşılaştırıldığında, bipolar depresif dönemlerin daha kısa sürdüğü bildirilmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık depresif dönemler, atağın akut başlaması ve çabuk iyileşmesi bipolar depresyonda daha sık görülür. Tanımlanan klinik farklar patognomonik değildir ve uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar/unipolar depresyon ayrımını yapmak olanaksızdır. Bir depresyon dönemi ne denli erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o denli yüksektir (28, 34).

2.1.7. Bipolar Affektif Bozuklukta sınıflandırma ve tanı ölçütleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR) bipolar bozukluklar başlığı altında dört tip bozukluktan sözedilmektedir.

1. Bipolar bozukluk-tip 1

Tek manik epizod

En son epizod hipomanik

En son epizod manik

En son epizod karma (mikst)

En son epizod depresif

En son epizod belirlenmemiş

2. Bipolar bozukluk-tip 2

En son epizod hipomanik

En son epizod depresif

3. Siklotimik bozukluk

4. Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) bipolar bozukluk

DSM–IV-TR’de duygudurum epizotları tanı ölçütleri ise aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

Hipomanik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3’ünün (duygudurum yalnızca irritabl ise 4’ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.

1.Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.

2.Uyku gereksiminde azalma.

3.Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.

4.Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi.

5.Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.

6.Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

7.Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn.aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)

C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir düzeydedir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Somatik antidepresan sağaltımın (örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu hipomanik benzeri dönemler iki uçlu II bozukluğu olarak sayılmamalıdır.

Manik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri

A. En az 1 hafta süreyle (hastaneye yatış gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli şekilde yükselmiş, öforik ya da irritable ayrı bir duygudurum döneminin varlığı.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün duygudurum yalnızca irritable ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.

1. Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.

2. Uyku gereksiminde azalma.

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.

4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi.

5. Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek ağılabilmesi.

6. Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)

C. Belirtilerin karma (mikst) tip döneme uymaması.

D. Duygudurum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde önemli bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Somatik, antidepresan sağaltımın (örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu manik benzeri dönemler iki uçlu bozukluk olarak sayılmamalıdır.

Karma (Mikst) epizod DSM-IV-TR tanı ölçütleri

A. En az 1 haftalık bir dönem boyunca hemen hergün, hem bir manik nöbet, hem de bir major depresif nöbet için tanı ölçütleri (süre dışında) karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak veya kendisine yahut başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılacak düzeyde şiddetlidir veya psikotik özellikler gösterir.

C. Bu belirtiler bir maddenin (örn: ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

DSM- IV-TR ye göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri

- A.** En az bir manik ya da karma bir dönem vardır.
- B.** Depresif dönem geçirilmiştir ya da ileride ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.
- C.** Duygudurum dönemleri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır.
- D.** Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.
- E.** Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.1.8. Seyir ve sonlanım

Bipolar bozukluk epizodik ve yineleyici bir gidiş gösterir. Epizod sayısı arttıkça döngü uzunluğu kısalma eğilimi gösterir. Geç yaş başlangıçlı olgularda, döngü uzunluğu daha kısa olma eğilimindedir. Olguların %34- 79'unda ilk epizod genellikle manidir. İlk epizodun erkekte mani, kadında depresyon şeklinde ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmektedir. Erkeklerde manik ve depresif epizotların yıllar içerisinde aşağı yukarı eşit kalma özelliğine karşılık, kadınlarda depresif epizotların baskın olması dikkati çeker (20). Erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan hastalar genellikle ilk mani epizodundan önce birkaç depresyon epizodu geçirmektedir. İlk epizoddan sonra kadınlarda rekürrens daha sık ve ileri yaştaki kadınlarda gençlere oranla rekürrens riskinin yüksek olduğu öne sürülmektedir. Tüm epizodlar değerlendirildiğinde hastalık başlangıcının erken yaşta olmasının rekürrens riskini artırdığı iddia edilmektedir (9, 11).

Hızlı döngünün kadınlarda, ultra hızlı döngünün erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hızlı döngü olma özelliğinin, olguların %80'inin başlangıç döneminde olmadığı, ilerleyen yıllarda artışın antidepresan kullanımı gibi ilaç etkileri ile de bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (35). 1-4 yıl süreyle yapılan izlem çalışmalarında hastalık öncesi kötü iş yaşantısı, alkol bağımlılığı, psikotik özellikler ve erkek olma kötü prognoz; manik dönemlerin süresinin kısa olması, başlangıç yaşının ileri olması, özkıyım düşüncelerinin az olması, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi sorun olmaması iyi prognoz göstergeleri olarak belirtilmiştir. Hastaların %7'sinin tam iyileştiği, %45'inin birden fazla dönem geçirdiği ve %40'ının süregenleştiği bildirilmektedir. Ortalama manik dönem sayısı dokuz olmasına karşın bazı hastalar daha fazla sayıda manik dönem yaşayabilmektedirler(20).

2.2. DEPRESİF BOZUKLUK

Çökkünlük anlamında kullanılan “depresyon” sözcüğünün kökeni Latince “depressus” yani aşağıya çekme sözcüğünden gelmektedir. Depresif bozukluklar temel olarak kognitif (bilişsel), psikomotor ve psikofizyolojik alanlardaki bozukluklarla, kişiler arası güçlüklerin eşlik ettiği bir grup bozukluktur. Klinik olarak depresyon, derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (35). Depresyon elemkeder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Her ne kadar bu gibi duygular, insanlarda bazı olumsuz yaşam olaylarına karşı yaygın olarak verilen bir tepki olarak izlenebilirse de, bir tepki olarak ortaya çıkan her benzer duygudurumunu, bir depresif bozukluk olarak kabul etmemek gerekir. Gerçek bir depresif bozuklukta bu gibi duygular hem sürekli, hem de kişinin günlük yaşamını bozacak düzeyde yoğun olarak izlenir (9).

2.2.1.Tarihçe:

Depresyon ve benzeri ruhsal bozuklukları sınıflandırma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanmıştır. Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır. Mani ve melankoli deyimlerini ise ilk olarak Hipokrat kullanmıştır. Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat melankoli adını vermiş ve bunu "Kara safra"ya bağlamıştı. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da, hepsini psikozy manyak depresif adı altında toparlayıp gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin yapmıştır (20, 36).

2.2.2. Epidemiyoloji

Depresyon psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülenlerden biridir. Her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen bir bozukluktur. Yaşam boyu major depresyon yaygınlığı % 17 olarak verilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık rastlanır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda % 10–25, erkeklerde % 5–12 arasında değişmektedir. Her 4 kadından birisi ya da her 8–10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir major depresif bozukluk geçirmektedir. Bu kişilerin de % 50–80’inde hastalığın bir ya da birden çok sayıda nüksetme olasılığı bulunmaktadır. Kişinin biyolojik ailesinde depresyon geçirmiş kişilerin bulunması, hastalık riskini 1,5–3 kat arttırmaktadır (36).

Yaygınlığının doğu kültürlerinde batı kültürlerine göre daha düşük olduğu bildirilmektedir. Gerek bipolar bozukluk gerekse depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha sık izlenir. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluşturmaktadır. Biyolojik akrabalarında major depresyon olanlarda hastalığın ortaya çıkma riski erkeklerde % 11, kadınlarda ise %18 düzeyindedir. Obsesif, histrionik, bağımlı ve sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresif bozukluk daha çok görülmektedir. Uzun süre devam eden ya da üst üste gelen olumsuz yaşam olayları risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Daha önceden geçirilmiş depresif bozukluk, alkol ya da madde kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, distimi, birincil uyku bozukluğu ve nörolojik hastalıkların varlığı gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (9, 20).

2.2.3. Oluş nedenleri

2.2.3.1. Biyojenik aminler

Depresif bozukluğu olan hastaların kan, idrar ve beyin-omurilik sıvılarında (BOS) biyojenik amin metabolitlerinde (3-metoksi-4hidroksifenilglikol, 5-hidroksiindolasetik asit ve homovalinik asit gibi) çeşitli bozuklukların olduğu gösterilmiştir (9). Patofizyolojide en çok yeri olduğu düşünülen biyojenik aminler norepinefrin ve serotonindir. Hayvan modellerinde etkinliği gösterilmiş olan bütün somatik antidepressan tedavilerin, uzun süreli bir uygulamadan sonra postsinaptik β -adrenerjik ve 5-hidroksi triptamin tip 2 (5-HT₂) reseptörlerinin duyarlılığında azalma yaptıkları saptanmıştır. Hayvan modellerinde gözlenen bu geçici reseptör değişikliklerinin ortaya çıkması için geçmesi gereken süre ile depresif hastalarda klinik düzelme görülebilmesi için geçmesi gereken 1–3 haftalık süre birbiriyle aşağı yukarı çakışmaktadır. Duygudurum bozukluklarında norepinefrin, serotonin ve dopaminin yanı sıra asetilkolin bozuklukları da olabilmektedir (20, 36).

2.2.3.2. Nöroendokrin açıklamalar

1980' lerde Carroll ve arkadaşlarının deksametazon supresyon testi (DST) ile yaptığı çalışmalar, melankolik depresyonu olan hastalarda DST'de baskılanmama olduğunu ortaya koymuştur (37). Sonraki yıllarda HPA eksenini ile depresyon ilişkisine dönük çalışmalarda özellikle melankolik ve psikotik tip depresyonlar başta olmak üzere bazı depresif hastalarda, HPA ekseninde hiperaktiviteye işaret eder biçimde adrenal kaynaklı kortizolde hipersekresyon, kortizolün sirkadiyen olarak periyodik salınımında düzleşme ve DST'de baskılanmanın olmadığı saptanmıştır. Bazı depresif hastalarda uyku, growth hormon salıverilmesini uyarmamaktadır. Yine bu hastalarda klonidin uygulanmasının ardından, growth hormon sekresyonunda beklenen artmanın olmadığı gösterilmiştir (11, 20, 28, 38).

Nöroendokrin dizge ile ilgili çalışma alanlarından biri de beyin-tiroid eksenidir. Depresyonda bu açıdan en önemli bulgu TRH' ya TSH yanıtının azalması ve serum T4 düzeyinin yükselmesidir. Bunların yanı sıra duygudurum bozukluğu olan hastalarda gösterilmiş olan diğer nöroendokrin bozukluklar, melatoninin noktürnal sekresyonunun azalması, triptofan uygulamasıyla prolaktin salıverilmesinin azalması, follikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinizan hormonun (LH) bazal düzeylerinin azalması ve erkeklerde testosteron düzeylerinin azalmasıdır (9, 16, 39, 40).

2.2.3.3. Ruhsal-toplumsal etkenler

Duygudurum bozukluklarında ruhsal-toplumsal etkenlerin yeri küçümsenemez. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, emeklilik, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak ve daha nice fiziksel ya da psikososyal olay duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süregelenleşmesinde büyük rol oynarlar (36).

Çocukluğun erken dönemlerinde anne yitiminin depresyona yatkınlık açısından önemli bir etken olduğu genellikle kabul edilir. En önemli etken ilk çocukluk yıllarında karşılaşılan ana-babadan uzun süreli ayrılma durumlarıdır (41, 42).

2.2.3.4. Psikanalitik görüş

Freud "Yas ve Melankoli" başlıklı yazısında ruhsal çökkünlüklerdeki belirtilerin yas tutma sırasındaki belirtilere benzerliğine dikkati çekmiştir. Freud çökkünlüklerde sevgi nesnesi kaybindan bahseder; gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir kaybın var olması gerektiğini vurgular. Psikoanalitik kuramda, gerçek ya da gerçektışı yitim duygusunun eşliğinde "sevdiğimi yitirdim, artık sevmiyorum, ben artık kötüyüm" duygusu ve buna bağlı olarak da özsaygı (self-esteem) kaybı ile birlikte depresif bir tablo ortaya çıktığı iddia edilmiştir (9, 36).

2.2.3.5. Bilişsel görüş

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre çökkünlük temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincildir. Çökkünlüğe yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan a) Kendisine, b) Geleceğe ve c) Dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar (Beck'e göre "şemalar") giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Bir bakıma bu kişiler yaşam olayları karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazarlar. Böylece olumsuz düşünce ve kavramlardan duygudurum bozukluğu ortaya çıkar (43).

2.2.3.6. Davranışçı görüş

Bu görüş, depresyonun baş edilemeyen geçmiş yaşantılardan öğrenilen bir davranış kalıbı olduğunu ileri sürmektedir. Yapılan deneylerde, köpeklerin hoş gitmeyen elektrik şokundan kaçmaları engellenmiş ve sonunda köpekler bu uyarandan kaçmak için hiçbir çaba göstermemeye başlamışlardır. Martin Seligman bu çalışmalar sonucunda "öğrenilmiş çaresizlik" kavramını oluşturmuştur. Buna göre, depresyon geçmişte yaşanmış kontrol edilemeyen çaresizlik dönemlerinin birikimi sonucu oluşan, istenmeyen durumlardan kurtulmak için kişisel olarak eyleme geçmenin yararsız olacağı inancı ile birlikte olan bir özellik olarak tarif edilmiştir (9).

2.2.3.7. Hastalık öncesi kişilik

Tek-uçlu çökkünlük nöbetleri geçirenlerde bazı ortak kişilik özellikleri tanımlanmışsa da özgül bir kişilik yapısının varlığı tartışmalı bir konudur. Klasik yayınlarda en sık tanımlanan kişilik özellikleri; aşırı sorumluluk duyma eğilimi, bağımlılık, özseverlik, titizlik, güvensizlik, kolayca suçlanma eğilimi gibi özelliklerdir. Bu kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentisi olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmeyen, çabuk etkilenen ve üzülen kişilerdir (36).

Majör depresyona ek tanı olarak kişilik bozukluğunun sıklığının % 6-87 arasında değiştiği bildirilmektedir. Klinik örneklerde kişilik bozukluğu oranının % 30-40 olduğu tahmin edilmektedir (44).

2.2.4.Sınıflandırma

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kümede ele alınması yaygınlaşmıştır (9, 36).

1. Birincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir.

2.İkincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa ikincil olarak ortaya çıkan çökkünlük durumlarıdır.

Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları

Depresif bozukluklar (majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk), daha önce geçirilmiş bir manik, karma ya da hipomanik

atak olduğuna ilişkin bir öykünün olmaması ile bipolar bozukluklardan ayrılır. Bipolar bozukluklarda (bipolar I, bipolar II, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk) manik dönemler ya da hipomanik dönemler vardır ya da daha önce geçirilmiş olduklarına ilişkin bir öykü alınır, bunların yanı sıra depresif dönemler de bulunur (9,20).

DSM-IV-TR'a göre depresif bozukluklar:

296.2x Major depresif bozukluk, tek epizod

296.3x Major depresif bozukluk, tekrarlayan

300.4 Distimik bozukluk

311 Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olarak sınıflandırılırlar.

DSM-IV-TR' ye göre major depresif episod tanı ölçütleri:

A. İki haftalık bir dönem sonrasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (Örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (Örn.ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma (Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (Örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen hergün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması.

4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (Sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7.Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (Hezeyan düzeyinde olabilir) olması (Sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (Ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (Sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (Örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (Örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

2.2.5. Gidiş ve Prognoz

Tedavi edilmemiş bir depresif dönem 6-24 ay sürer. Tedavi edilmiş olanlar aşağı yukarı 3 ay sürer. 20 yıllık bir sürede ortalama dönem sayısı 5 ya da 6'dır. 3-6 aydır devam eden depresyonun remisyona girme şansı % 50'dir, fakat 2 yıldır mevcut olan major depresif atağın takip eden 6 ay içinde remisyona girme şansı ise % 5'tir (35).

Major depresif atakta tedaviye rağmen tekrarlama eğilimi vardır. Bir major depresif atak iyileştikten sonra tekrarlama oranı ilk 2 yıl içinde % 50 ve 6 yıl içinde ise % 90 bulunmuştur. Bir defa depresif atak geçiren birinin tekrar bir depresif atak geçirme riski % 50, 2 defa depresif atak geçiren birinin üçüncü bir depresif atak geçirme riski % 70, 3 defa depresif atak geçiren birinin dördüncü bir depresif atak geçirme riski % 80'dir. Dolayısıyla major depresif atak geçiren hastaların % 75 ile %95 oranları arasındaki bir kısmı hayatları boyunca en az bir atak daha geçirirler (9, 35). Tek atak major depresif bozukluk geçiren kişilerin yaklaşık % 5-10'unda daha sonra bir manik atak ortaya çıkar. Genç bir kişide major depresif bozukluğun ilk atağının sonunda bipolar bozukluğa dönüşüp dönüşmeyeceğini kestirmek zordur. Eldeki kimi veriler, ergenlik öncesinde herhangi bir psikopatolojisi olmayan genç bir kişide ortaya çıkan, özellikle psikotik özelliklerin ve psikomotor retardasyonun olduğu, ağır bir depresyon vakasında, bipolar gidiş ihtimalinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ailede bipolar bozukluğun olması da daha sonra bipolar bozukluğun gelişeceğini düşündürür (20).

2.3. DÜRTÜSELLİK

2.3.1.Giriş

Dürtü organizmanın uyarılmış bir durumudur. Bir eksiklik ya da hoş olmayan bir uyarının etkisi altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için bir itme, bir canlanmadır (36). Bir dürtüyü patolojik yapan ise o dürtüye ve onu gerçekleştirmeye engel olunamamasıdır. Dürtü çabuk ve kasıtsızdır. Ani ve kısa süreli olabildiği gibi, gerilimi sabit olarak artarak kendi ve diğerlerini dikkate almadan patlayıcı bir şekilde de ortaya çıkabilir (2). Dürtüsellik birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın ana bileşenidir ve çok boyutlu bir kavramdır. Sık görülen klinik bir problem ve insan davranışının temel bir özelliğidir (45).

2.3.2.Tanım

Günümüzde dürtüsellığı net bir biçimde tanımlama çabaları sürmektedir. Bir kısım yazarlar önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlamışlardır (1, 2). Eysenck dürtüsellığı risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihnini çabuk toparlayamama ile ilişkilendirmişken; diğerleri biyopsikososyal yönden olumsuz sonuçlara artmış duyarlılık, bilgi işleme süreci tamamlanmadan hızlı, plansız yanıt ve uzun dönem sonuçları düşünmede yetersizlikle ilişkilendirmişlerdir (1, 46). Hollander ve Evers dürtüsellığın davranışın ölçülebilir bir özelliği olduğunu ve sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan ve haz arama, yaşanan travmanın beklenenden az hissedilmesi ve dışa dönüklük gibi çeşitli şekillerde karşımıza çıkabileceğini vurgulamışlardır (2). Patton ve arkadaşları dürtüsellığı motor aktivasyon, dikkat ve plan eksikliği şeklinde 3 bölümde ele almışlardır (3). Davranışsal yönden dürtüsellik; kötü kavramanın bir sonucu olan, zamansız ifade edilmiş, gereksiz risk taşıyan, uygun olmayan durumlar ve sıklıkla istenmeyen sonuçlara neden olan yaygın bir eylem olarak tanımlanmaktadır (47). Deneysel davranışsal anlamda ise büyük ve gecikmiş ödüllerden çok küçük ama doğrudan ödülleri seçme özelliği olarak görülür (48). Ho ve arkadaşları bu tanımlamaya ceza kavramını da katmışlar, dürtüsel kişilerin büyük ve gecikmiş cezaları tercih ettiklerini belirtmişlerdir (49). Brunner ve Henn ise dürtüsel eylem (davranış) ve dürtüsellik (altta yatan psikolojik süreç) arasında farklılık olduğunu vurgulamışlardır. Bu görüşe göre küçük ama hemen verilen ödülü daha büyük ama geç gelen ödüle tercih etme dürtüsel bir davranış olmakla birlikte bu davranışı sergileyen iki bireye de dürtüsel denilemez. Birey iki durumun farkında iken isteğini geciktirmekte yetersiz kalıyorsa dürtüsel denilebilirken,

birey bu iki durumun ayırıcına varamadığı için küçük ödülü seçiyorsa dürtüseldir denilemez (50).

Dürtüsellik sıklıkla istenmeyen sonuçlara yol açan, gereksiz risk almayı da içeren olgunlaşmamış ve uygunsuz nitelikli bir kavram olarak değerlendirilmiştir. Oysa Dickman dürtüsellığı işlevsel olan (fonksiyonel) ve işlevsel olmayan (disfonksiyonel) olmak üzere birbirinden bağımsız, hem olumlu hem olumsuz sonuçları olan 2 gruba ayırmıştır. İşlevsel olmayan dürtüsellik diğer insanların çoğuna göre daha az düşünerek hareket etme eğilimidir. İşlevsel dürtüsellik ise, uygun durum ya da ortamlarda olması gerekenden daha az düşünmedir (51). Dürtüsellik hızlı araba kullanma, aşırı alışveriş yapma, kendine ya da çevreye zarar verme gibi birçok günlük olayda da karşımıza çıkar. Dürtüsellığın günlük yaşamımızdaki rolü çoğunlukla negatif yönde olsa da zaman zaman kariyer başarısına yol açan girişkenlik gibi pozitif yönde de olabilir (52).

Dürtüsellik normal bir davranış özelliği olabildiği gibi aynı zamanda birçok ruhsal bozuklukta psikopatolojik bir özellik olarak ortaya çıkabilmektedir. Dürtüsellik eylemi madde kötüye kullanımı, özkıyım davranışı ve diğer ciddi davranışsal problemlerle sonuçlanabilir (53). Dürtüsellikle karakterize ruhsal hastalıklar çocuk ve erişkinlerde farklı gruplarda bulunmaktadır. Çocuklarda dürtüsellik daha çok dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve davranım bozuklukları ile ilişkilendirilirken; erişkinlerde kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, başta bipolar bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları, şizofreni, madde kullanım bozuklukları gibi birçok farklı ruhsal bozuklukta görülebilmektedir (54).

Şekil 1. Bir kişilik özelliği olarak dürtüsellığın şematik anlatımı



2.3.3.Dürtüselliğin etyolojisi

2.3.3.1. Psikososyal Etkenler

Öğrenme kuramlarına göre dürtüsel davranış erken yaşam olayları ile ilgilidir. Çocuğun dürtülerini denetlemekte güçlük çeken ebeveynler başta olmak üzere uygun olmayan özdeşim modelleri ile birlikte büyümesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca evde şiddet davranışı, alkol kötüye kullanımı ve antisosyal davranışa maruz kalma gibi diğer psikososyal etkenlerinde önemli olduğu düşünülmektedir. Sosyal olarak dürtüselliğin, çocuğun aile ortamında, haz almaya yönelik ani tepkiler şeklinde öğrenildiği, edinilmiş bir davranış olduğu kabul gören görüşler arasındadır (55).

Dürtüsellik insan hayatının hemen tüm alanlarını etkileme potansiyeli olan bir kişilik özelliğidir (56). Psikiyatride kişiliğin biyopsikososyal yönünü ortaya koyan en sağlam kişilik örgütlenme kuramı; kişiliğin genetik olarak birbirinden bağımsız "yenilik arayışı", "zarardan sakınma", "ödül bağımlılığı" ve "sebatkarlık" şeklinde dört boyutlu olduğunu öne süren kuramdır. Dürtüsellik olduğu düşünülen özelliklerin birçoğu, bu belirtilen ilk üç kişilik boyutuna yayılmıştır. Bu kuramda dürtüsellik, bilgi işleme süreci tamamlanmadan içsel veya dışsal uyaranlara hızlı yanıt verme eğilimi, bireyin kendisine veya çevresindekilere getireceği olumsuz uzun dönem sonuçlarını değerlendirmeksizin verdiği plansız tepkiler biçiminde yerini almaktadır. Bu tanımda dürtüsellik tek bir davranıştan çok, bir davranış kalıbına eğilim olarak açıklanmaktadır (57).

Dürtüselliğe ilişkin kognitif-davranışçı okulların görüşleri 1970-1980'li yıllara damgasını vurmuştur. Kagan'ın, bilgi işleme süreci ile dürtüselliği ilişkilendirmesi bu alana önemli katkılar sağlamıştır. Kagan, özellikle davranışsal inhibisyon üzerinde durmuş ve davranışsal inhibisyonun mizaç özelliği olarak bir çocuğun yeniliğe psikolojik ve davranışsal cevabının bir kombinasyonunu temsil ettiğini ileri sürmüştür (46, 58). Diğer yandan kognitif davranışçı bakış açısından dürtüsellik ile bilgi işleme arasındaki ilişkiden de söz edilmektedir. Daha dürtüsel olarak tanımlanan bireyler, bir seçim görevinde daha uzun cevap verme latensine sahiptirler. Dürtüselliğin düzeyi karar verme aşamasını etkilerken algısal aşamayı etkilememektedir. Bu bilgi, eylemle bilgi arasında bir kayıp halka olarak dürtüselliğin tanımlanabileceği şeklinde yorumlanmıştır (46).

Kognitif literatürde üzerinde sık olarak durulan bir diğer konu da dikkat ve işlem belleği ile dürtüsellik arasında bir ilişkinin varlığıdır. Uzun süreli dikkati devam ettirmede bozukluğu olanlar ya da ortalama işlem belleği kapasitesi daha düşük olanların daha dürtüsel karar verme biçimine sahip oldukları öne sürülmüştür. Ayrıca işlem belleğinin yükü artarsa kararlar daha dürtüsel olmaktadır. Hinson ve arkadaşlarına göre myopik karar verme (uzun

dönem sonuçları gözetmeden) aslında ani davranışları durdurma (motor dürtüsellik) ve doğabilecek sonuçları öngörme beceriksizliği (kognitif dürtüsellik) nin eşdeğeridir. Dikkati kalıcı olarak sürdürememe ve düşük işlem belleği kapasitesinin, eldeki tüm bilgileri göz önüne alma, plan yapma ve her olası sonucu düşünerek seçim yapma kabiliyetini bozabileceği de öne sürülmektedir (59).

Psikodinamik kuramlara göre ise dürtüsel davranış çocukluk dönemindeki yoksunluktan kaynaklanan ruhsal travma ile ilişkili zayıf süperego ve zayıf ego yapılarından kaynaklanmaktadır. Otto Fenichel dürtüsel davranışı bunaltı, suçluluk, depresyon yada diğer acı veren duyguların eylem aracılığı ile üstesinden gelmeye çalışma olarak görmüştür. Fenichel'e göre dışarıdan mantıksız ve açgözlülük gibi görünen dürtüsel davranışlar, gerçekte acıdan kurtulma çabaları olabilir. Fenichel genellikle ısrarcı olan egosintonik karakterde patolojik dürtülere sahip hastaları dürtü nörozları olarak tanımlamıştır. Bu dürtülerin kaynağı içgüdüsel isteklerle savunma çabalarının birleşmesi olarak görünmektedir. Dürtü nörozu olan hastaların daha sonraları düşük reddedilme eşiğine sahip oldukları ve ani eylemlere karşı koymada zorlandıklarını belirtmiştir. Fenichel'in tanımından da anlaşılacağı gibi dürtü nörozu konsepti şu an dürtüsellik olarak adlandırdığımız antitenin birçok yönü ile ilişkili olmalıdır (9, 46).

Heinz Kohut ise dürtüsel davranışların yetersiz kendilik duygusu ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür ve kişilerin kendilik parçalanmasının önüne geçmek için dürtüsel davranışlar sergileyebileceklerini düşünmüştür. Kohut'un formülasyonu ile uyumlu olarak Winnicott da dürtüsel davranışın çocuğun ilkel anne ilişkisini yeniden yakalama çabası olduğunu iddia etmiştir. Ayrıca pek çok psikanalist dürtüsel hastalarda gelişimin oral döneminde saplanmaya işaret etmiştir (9).

2.3.3.2. Dürtüsellik ve nöroanatomik bozukluklar ilişkisi

Dürtüsellik farklı bileşenleri olan bir davranıştır. Nöroanatomik ve nörokimyasal olarak birbirinden farklı süreçlere bölünerek incelenebilir. Nöroanatomik veriler yanıt engellenmesi (dürtüsel eylem/motor dürtüsellik) ve ödül gecikmesinin tolere edilememesi (dürtüsel seçim/karar verme) süreçlerinin farklı frontostriatal döngüler tarafından düzenlendiği düşüncesini desteklemektedir. Dorsal prefrontal korteks ve anterior singulat korteks dürtüsel seçim yapma ile ilgili görünmemekte, ancak inhibitör süreçlerin düzenlenmesinde bir şekilde rol oynamaktadır. Buna karşılık, orbitofrontal korteks ve bazolateral amigdala dürtüsel karar verme süreçlerinde önemli rol oynamaktadır. Nukleus akumbens ve subtalamik çekirdek gibi diğer yapılar ise her iki sinir devresinde ortak yapılar olabilir (2).

2.3.3.3.Dürtüsellik ve nörotransmitter sistem ilişkisi

Dürtüsellik çok çeşitli nörotransmitter sistemleri tarafından etkilenmektedir. Dürtüsellüğün psikofarmakolojisi üzerine ilgi geçen 40 yılda daha da artmıştır. Psikopatolojik çalışmalar daha çok serotonin ve dopaminin etkilendiğini göstermektedir (46). Kişilik boyutlarından dürtüsellikle ilgili olan yenilik aramanın dopaminle, zarardan kaçınmanın ise serotonin ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (60).

Serotonerjik sistem

Santral sinir sisteminde serotonerjik disfonksiyon, dürtüsellik ile karakterize davranışsal bozukluklara sebep olabilir. Hayvan ve insan deneylerinde santral serotonin eksikliğinin dürtüsellik ile ilişkili olduğuna dair güçlü deliller ortaya konmasına rağmen hangi 5HT sistem modülüyle dürtüsellüğün düzenlendiğinin mekanizması henüz tam olarak anlaşılamamıştır (2, 8, 62). Dürtüsel suçlularda, depresif ya da özkıyım eğilimi olan kişilerde, B kümesi kişilik bozukluklarında beyin omurilik sıvısında 5-hidroksiindolasetik asit (5HIAA) seviyelerinde düşüklük gözlenmiştir (63,64).

Bir Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmasında dürtüsel agresif kişilerde prefrontal korteksin ventromedial alanında, bir serotonerjik ajan olan fenfluramine özellikle körleşmiş metabolik yanıt olduğu gösterilmiştir (65). Akut kan triptofan düzeylerinde azalmanın da dürtüsel ve agresif davranışı artırdığı bulunmuştur (66). Paroksetin gibi serotonerjik ilaçların verilmesinin davranım bozukluğu olanlarda dürtüsellığı azalttığı gösterilmiştir. Bu klinik, nörogörüntüleme ve farmakolojik çalışmalar 5HT nörotransmisyonunda 5HT reseptör polimorfizmine bağlı fonksiyonel değişimin insanlarda dürtüsel davranış modülasyonuna yol açtığı hipotezini destekler. 5HT 2A geninin promoter bölgesi 1438 G/A tek nükleotid polimorfizm içerir. Bu bölge alkol bağımlıları, OKB, mevsimsel duygudurum bozukluğu gibi olgularda dürtüsel davranışlarla ilişkilendirilmiştir. 5HT2A reseptör gen anormalliklerinin devamlı performans görevlerinde dürtü denetimi ile ilişkili olabileceği de iddialar arasındadır (61).

Dopaminerjik sistem

Dopamin fonksiyonu ödül ve pekiştirmede kritiktir. Dopamin reseptörleri ile ilişkili gen çalışmaları dürtüsel davranışlarda genetik etkilenmeyi desteklemektedir (2). Patolojik kumar, madde kötüye kullanımı, opiat bağımlılığı ve ADHD gibi ruhsal bozukluklar da D4 reseptör gen polimorfizmi ile ilişkilidir. Fakat DRD4 geni ile dürtüsellüğün ilişkisi tam olarak bilinmemektedir (67).

Dürtüsel davranışta dopaminin önemi ADHD tedavisinde amfetamin ve metilfenidat gibi psikostimulan ilaçların terapötik etkisinden çıkarılabilir. Dürtüsel aktivite üzerine

amfetaminin etkisi nukleus accumbens aracılığıylaadır. Düşük doz dopamin reseptör agonisti apomorfin veya D2 reseptör agonisti kuinpirol veya dopamin reseptör antagonistleri ile tedavi dürtüsel aktiviteyi azaltır (62).

Gabaerjik sistem

GABA beyinde primer inhibitör nörotransmitterdir. Hem inhibitör- inhibitör, hem de eksitator- inhibitör sinapslarda bulunması nedeni ile prefrontal ve limbik korteks bağlantı devrelerinde kritik bir nörotransmitterdir. Bazı ön çalışmalar GABA fonksiyonu ve dürtüsellik arasında ters ilişki bulmuştur. Lee ve arkadaşları psikiyatrik hasta popülasyonunda santral GABA ve dürtüsellik ölçümü arasında ilişkiyi araştıran ilk çalışmasında BOS GABA düzeyi ve dürtüsellik arasında ters ilişki olduğu hipotezinin aksine BOS GABA ve Eysenck dürtüsellik ölçeği arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Özkıyım öyküsü olan kişilik bozukluğu hastalarında, özkıyım öyküsü olmayanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek BOS GABA düzeyleri; özkıyım öyküsü ve dürtüsellik olan kişilik bozukluğu hastalarında GABA erjik fonksiyonun direk olarak değişebileceği bulunmuştur. Bu bulgular artmış beyin GABA aktivitesinin disfonksiyonel dürtüsellik ve özkıyım davranışı için risk faktörü olabileceğini desteklediği şeklinde yorumlanmaktadır (68).

Glutamaterjik sistem

Selektif olmayan NMDA reseptör antagonistlerinin sistemik olarak enjeksiyonunun nörokognitif testlerde dürtüsel aktivitede artışa neden olması ve selektif NMDA 2B reseptör subünit antagonisti dikkat çekici şekilde dürtüsellığı artırması dürtüsellikte glutamaterjik sistemin rolüne dikkat çekmektedir. Nöroanatomik lokalizasyon açısından medial frontal korteks ve özellikle bunun infralimbik bölgelerinde glutamat transmisyon değişimi dürtüsellik ile ilişkilendirilmiştir. Tüm bu bulgular birleştirildiğinde, hasarlı glutamat transmisyonunun dürtüsellığe yol açabileceği görülmektedir (62, 69)

Kanabinoid sistem

Kannabinoid sistem ve özellikle CB1 reseptörü dikkat, davranışsal esneklik, zaman tahmini ve işlem belleği gibi yüksek kognitif fonksiyonlarla ilgilidir. Sağlıklı gönüllülerde marihuana ve delta 9 tetrahidro kannabinol risk alma davranışında ve dürtüsel aktivitede artmaya neden olmuştur. Bu dürtüsellikte kanabinoid sistemin rolünü destekleyebilir (62).

2.3.4. Dürtüsellığe yönelik farmakoterapi ve psikoterapi

2.3.4.1.İçgörü yönelimli psikoterapi

Dürtüsellığe yönelik psikanalitik terapi örnekleri başlıca borderline kişilik bozukluklu hastaların tedavisinde yer almıştır. 1940-1960 yıllarında psikanalistler destekleyici ve ego yapılandırıcı psikodinamik yaklaşımı, savunma mekanizmaları üzerinden intrapsişik

çatışmaları çözmeye çabalayan bir girişime tercih etmişlerdir. 1970'li yılların psikodinamikçileri ise özellikle borderline KB'lu hastalarda kişilikte temel değişiklik hedefleyen yoğun ve regresif tekniklere yönelmişlerdir. Lakin günümüzde içgörü yönelimli psikodinamik yaklaşımlar küçük hasta örneklemleri ve kontrolsüz raporlara dayanan literatür bilgileri ile sınırlıdır (70–72).

2.3.4.2.Kognitif-davranışçı yaklaşım

Kognitif-davranışçı terapi (KDT), problemleri davranışların oluşmasına öncülük eden kognitif işlemeyle modifiye ederek davranış değişikliği oluşturmak için davranışçı terapi tekniklerini kullanır. Madde bağımlılığı, ergenlikte karşı çıkma gibi dürtüsel özellikli hasta popülasyonunda problem çözme yetenekleri zayıftır, bu da KDT nin bu bireylerde uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır (1).

Platt ve arkadaşları kişilerarası problem çözme becerileri adını verdikleri yapılandırılmış bir KDT modeli ortaya atmışlardır. Bu model kullanılarak literatürde kronik psikiyatrik hastalar, dürtüsel okul öncesi çocuklar ve madde bağımlısı hastalar gibi gruplarda başarılı sonuçlar bildirilmiştir (1, 73).

Diğer bir yapılandırılmış KDT tipi borderline hastalarda dürtüsellik tedavisi için Linehan tarafından geliştirilmiş olan dialektik davranışçı terapidir. Bu terapide yaklaşım hastalara genel problem çözme yetenekleri, duygusal regülasyon tekniklerini, kişilerarası iletişim becerilerini ve stres toleransını öğretmeye dayanmaktadır. Dialektik terapinin etkinliği bir grup kadın borderline hastada gösterilmiştir. Dialektik terapi alan hastaların daha az sayı ve ciddiyette parasüidal davranış sergilediği ve daha kısa hastane yatışı bulunduğu bildirilmiştir (74).

2.3.4.3.Durumsal yaklaşımlar

Dürtü bozukluklu hastaların tedavisinde kullanılan bir yaklaşım olan durumsal yaklaşım çok ilgi uyandırmıştır. Bu yaklaşım bir hedef davranışın oluşumunun ödüllendirilme ya da cezalandırma için pozitif ya da negatif olayları kullanmayı içermektedir. Dolayısıyla bu yaklaşım daha az ani, daha iyi planlanmış olan ve dürtüsel eylem arasında seçim yapmaya teşvik etmek için dürtüsellik sonuçlarını kullanır. Bu yaklaşımda en popüler uygulama madde kullanım bozukluklarının tedavisinde yapılmaktadır. Higgins ve arkadaşları bu tedavinin madde kullanımını azalttığını iki çalışmada ortaya koymuşlardır. Ancak dürtüsellik ölçümü yapmadıkları için bu çalışmalardan bir sonuç çıkartmak zordur (75, 76).

2.3.4.4. Farmakoterapi

Dürtüsellik ve dürtüsel davranışların farmakoterapisine yönelik yapılan çalışmalar bir dürtü kontrol bozukluğu olarak agresyon tedavisine yöneliktir. Hem çocuklarda hem de erişkinlerde lityumun dürtüsel agresyon üzerine etkin olduğu bildirilmektedir. Ancak lityumun yan etkileri de kullanımını kısıtlamaktadır (1,77).

SSRI'lar son yıllarda dürtüsel agresyonu azaltmak için başarılı olarak kullanılmaktadırlar. Coccaro ve Kavoussi fluoksetinin kişilik bozukluklu hastalarda dürtüsel agresyon davranışını plaseboya göre anlamlı olarak azattığını bildirmişlerdir. Benzer bir sonuç otistik çocuklarda fluvoksaminle, şizofrenili hastalarda sitalopram ile bildirilmiştir (78–80).

Dürtüsel agresyonu azaltmak için antikonvülzanların da etkinliği çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Fenitoin, karbamazepin ve divalproex dürtüsel agresyonu azalttığı bildirilen antikonvülsanlardır. Aksine karbamazepinin dürtüsel agresyon üzerinde plasebodan farklı olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (81, 82).

Çoğu antipsikotik ilaç agresyon tedavisinde spesifitesi olmadığı için yalnızca akut agresyon tedavisinde uygun olabilir. Bununla beraber son yıllarda atipik antipsikotiklerin daha spesifik antiagresif etkilerinin olabileceğine yönelik kanıtlar sunulmaktadır. Plasebo kontrollü çalışmalarda risperidonun demanslı hastalarda anlamlı sedasyon yapmadan agresyonu azalttığı bildirilmiştir. Benzer sonuçlar otistik erişkinlerde ve davranım bozukluklu çocuklarda da yine risperidon ile rapor edilmiştir (83, 84).

Dürtüsel agresyonun tedavisinde kullanılan bir diğer farmakolojik seçenekte B adrenerjik antagonistlerdir. Organik beyin bozukluğu olan hastalarda dürtüsel agresyon üzerinde propranolol ve pindolol'ün etkinliği küçük örneklemlerle plasebo kontrollü çalışmalarda bildirilmiştir (85). Plasebo ile karşılaştırıldığında psikostimulanların ADHD li hastalarda dikkati düzelttiğini ve dürtüsellikliğini azalttığını rapor edilmiştir. Ancak bu ajanların sadece dikkati ve hiperaktiviteyi düzelttikleri ancak dürtüsellik üzerine etkilerinin olmadığı da öne sürülmektedir (86).

2.4. KİŞİLİK, DÜRTÜSELLİK VE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

2.4.1. Kişilik

Kişilik (şahsiyet) anlamındaki personality teriminin kökeni Latince persona (maske) kelimesine uzanır. Kişilik naturel-nürtürel-kültürel faktörlerin etkileşimleriyle küçük yaşlardan itibaren şekillenen, değişmeye oldukça dirençli, o kişiye has kavrayış, düşünüş, karar veriş ve davranış özelliklerinin toplamı olarak tanımlanabilir. Kişilik kavramının sınırları ve kapsamı ilk bakışta zannedildiğinden çok daha geniştir. Kişinin hem naturel (doğuştan getirilen) yani kalıtsal yanını ve mizacını, hem de nürtürel (terbiyeyle eğitimle görgüyle v.s kazanılan) ve kültürel (toplumsal, çevrenin etkisiyle kazanılan) yönlerini yani karakterini ve görgüsünü kapsamaktadır.

İnsan biyopsikososyal bir bütündür ve bütünün kendisini meydana getiren parçaların toplamından fazla farklı bir şey olması esprisi içerisinde kişilik de bütün bunların toplamından fazla, farklı ve o kişiye has bir olgudur. Kişilik gelişimiyle ilgili teorilerin her biri bu parçalardan bir veya birkaçına önem vermiş, ona göre kurulmuştur (9).

2.4.2. Kişilik Kuramları

Kişilik kuramlarının başlangıçta klinik gözlemler ile geliştiğini, önceleri Charcot ve Janet, daha sonra Freud, Jung ve Mc Doughall'in bu kuramlar üzerine etkilerini görmekteyiz. Bir başka etki kanalı ise William Stern ile başlayan Gestalt yaklaşımları ve bütüncü görüşler olmuştur. Bu arada deneysel psikoloji, öğrenme kuramları ve kontrollü ampirik araştırmalar da kendi alanlarında kişilik kuramlarının gelişmesinde etkili olmuştur. Psikometri ve insan davranışlarında ölçme ve değerlendirme yanında bireysel ayrılıkların saptanması kişilik kuramlarının gelişmesinde bir başka etki boyutunu oluşturur (36).

Freud kişilik kuramında (yapısal kuram) kişiliğin gelişimini bireyin bebeklik ve çocukluk yıllarına bağlamıştır. Freud'a göre bireyin kişiliği id, ego ve süperegounun birleşiminden oluşmaktadır. İd kişiliğin çekirdeğini oluşturur, ego kişiliğin gerçekçi yürütme organıdır, süpereo da kısaca çocuğun sorumluluk ve ahlaki duygularını oluşturur. Bu üçlüden herhangi birisi daha etkin olduğunda şu kişilik tipleri ortaya çıkar: *Erotik tip*: Başkaları ile olmayı ve kalabalığı sever. Kendisini ve başkalarını, popüler, doğru olanı yapmak, toplumsal baskı gibi değerlerle ölçer. *Obsesif tip*: Eleştiricidir, şüphecidir, kolay kolay etkilenmez. Obsesif ve rasyonel olmakla övünür. Basit olayları karmaşık bir biçimde yorumlar. *Narsist tip*: Kusuru başkalarına atar. Başkaları ile olan ilişkilerinde kendini över. Kendisiyle ilgili endişelerin farkında değildir, kendisinden memnundur (87). Freud ayrıca kişilik özelliklerinin, gelişimin psikoseksüel dönemlerinin bir evresinde saplanmaya bağlı olduğunu ileri sürmüştür (36, 87).

Jung ve analitik psikoloji insanları içe-dönük/ introvert ve dışa-dönük/ extrovert diye ayırmıştır. Her insanda kişilik ya içe-dönük ya da dışa-dönük ağırlıktadır. Jung'a göre içe-dönük insanlar uyarımları kendi içinden alır dışa-dönük olanlar çevreden alır. Her insanda bu iki eğilim bir arada bulunur ancak biri ağır basar. Jung kişiliğin dört ana fonksiyonunu da tanımlamıştır. Bunlar duygu, hissetme, düşünme, sezgi şeklindedir. Bundan hareketle de düşünen içedönük, düşünen dışadönük, duygusal içedönük, duygusal dışadönük, duysal içedönük, duysal dışadönük, sezgisel içe dönük ve sezgisel dışa dönük olarak sekiz tür içe ve dışa dönük tip şeklindedir (9, 36).

Adler ve bireysel psikoloji, kişiliğin özgünlüğüne önem verir, çeşitli özellikleri ve değerleri ile her bireyin tek ve kendine özgü olduğuna inanır. Her bireyin davranışları diğerlerinden yaşam biçiminin özellikleri ile ayrılır. Adler kuramına göre kişilik, bireyin kendisine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların ürünü olarak gelişir. Kişiliğin merkezi bilinçtir. Birey bilinçli bir varlıktır. Davranışlarının bilincindedir. Her insanın varoluşunda bir eksiklik duygusu vardır. Çocukluk dönemindeki yetersizliğinden, çevreye olan bağımlılığından ötürü, çaresizlik içindedir. Yaşamı boyunca da bireyler üzerinde üstünlük kurmak ve gücünü kanıtlamak için çaba gösterir. Kusursuz bir kişi olmak ister. Sürekli üstün olma peşindedir. Adler, davranışın sosyal belirleyicilerinin önemi üzerinde durmuştur. Yaratıcı kendilik kavramını, bireylerin yaşantılarını yorumlayan, anlam kazandıran bir sistem olarak açıklamıştır. Kişiliğin emsalsizliğini önemsememiş, cinsel içgüdüye daha az önem vermiş, bilinci, kişiliğin temeli ve esası olarak kabul etmiştir (9).

Harry Stack Sullivan ve kişiler arası ilişkiler kuramına göre kişiliğin incelenmesinde insanlar arası ilişkilere öncelik tanınmaktadır. Kişilik varsayımsal bir kavramdır ancak ilişkiler incelenerek anlaşılabilir. Kişiliğin yapısal örgütü ise içsel algıların değil insanlar arası ilişkilerin ürünüdür. Yani kişilik bir ya da daha fazla kişi ile ilişki durumunda ortaya çıkar. Sullivan kişiliğin başlıca görevini, gerilimi azaltma olan ve bu amaçla çalışan bir enerji sistemi olarak ele alır (9, 36).

Gordon Allport ve personalistik psikolojiye göre kişilik, bireyin çevresine özel uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerinin dinamik örgütü olarak tanımlanmıştır. Dinamik örgütlenme sürekli değişen ve gelişen özellikle uyuma yönelik bir işlevdir. Psikofizyolojik sistemler ise alışkanlıklar, özel ve genel tutumlar ve diğer psikofizyolojik sistemleri kapsar. Psikofizyolojik eğilimlere "trait" adını vermiş olan Allport bu kavramı kuramının temeli yapmıştır. Allport'a göre kişilik bir sağ kalma biçimidir (36, 88).

Kişiliğin sınıflaması konusunda temel yaklaşımlardan birisi de, kişiliğin farklı özellikleri temsil eden çok sayıda boyuttan oluştuğunu varsayar. Buna göre her insan, bu

sürekli boyutların her biri üzerinde farklı bir noktada bulunur. Yani herkesin farklı bir içedönüklük, bencillik, uzlaşmacılık vb. derecesi vardır. Boyutsal yaklaşım adını alan bu yaklaşıma göre, kişilik bozuklukları, bu boyutların uçlarında yer alır, yani normal kişilik özelliklerinin aşırı durumlarıdır. Boyutsal yaklaşımda dikotomik yerine ardı ardına süreklilik gösteren bir dağılım söz konusudur. Bu görüş psikolojik olarak daha geçerli gibi görünmektedir. Boyutlar süreklilik gösterdiği için, kişilik bozukluklarının, kendi aralarındaki ve normallik ile yaptıkları sınırlar kesin değildir. Birinden diğerine geçiş yavaş olur. Böylece boyutsal yaklaşım, hem kişilik bozukluklarında görülen aşırı değişkenliği, hem de aynı hastada birden çok kişilik bozukluğu görülmesini açıklayabilmektedir (89, 90).

Eysenck kişiliğin tanımını Allport'a yakın bir biçimde yapmıştır. Eysenck ve Faktör Kuramlarına göre kişilik insanın dışavuran veya potansiyel davranış örgütlerinin tümünü kapsar. Eysenck insan kişiliğinde dört temel boyutun bulunduğunu ifade etmiştir. Bunlar bilişsel boyut (zeka), değerlendirici boyut (karakter), duygusal boyut (mizaç) ve somatik boyut (yapı)'tur. Normal ve nevrotik insanları karşılaştırırken bunların nevrotizm, introversiyon-extroversiyon ve psikotizizm şeklinde olmak üzere 3 özellik ve tipe ayrıldıklarını ifade etmiştir (9, 91). Geliştirdiği "Eysenck Kişilik Envanteri" ile bu üç boyutun sayısal değerleri elde edilebilir. Yüksek nörotizizm skorlarının anksiyete ile, yüksek psikotizizm skorlarının psikozlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (20, 92).

Gray, Eysenck'in nörotizizm ve ekstroversiyon - introversiyon boyutlarının diğer iki boyutun türevi olduklarını ileri sürmüştür, bu iki boyut; sürekli (trait) anksiyete ve dürtüsellik (impulsivite)'tir. Sürekli anksiyete ceza tehdidi uyarılarına yatkınlığı, dürtüsellik ise ödül uyarılarına yatkınlığı yansıtır. Bu kurama göre nörotizizm boyutu ceza ve ödül uyarılarına duyarlılıkların toplamıdır, ekstroversiyon - introversiyon boyutu ise bu iki tür duyarlılık arasındaki dengenin göstergesidir. Psikotizizm boyutunun eklenmesiyle yine üç boyutlu bir kişilik modeli elde edilmektedir. Gray, çeşitli psikopatolojik durumların bu üç boyutlu modeldeki yerleşimlerini tanımlamıştır (93, 94).

Eysenck bir literatür taramasında son derece belirgin ve çok önemli iki şahsiyet boyutunun bulunduğunu öne sürmüştür. Bunlar sırasıyla "dışa dönüklük – içe dönüklük" ile nörotizm, yani emosyonalite veya istikrarlık-istikrarsızlık olarak tanımlanabilir (92). 1952'de Eysenck dışadönüklük ve nörotizizmden tamamen ayrı olarak bir üçüncü önemli boyut olan psikotizizm'i ortaya atmış ve bu bulguyu desteklemek için şöyle bir savunma yapmıştır: "Nörotizm vasfının bir kimsede aşırı derecede görülmesi sonucuna nevroz denildiğine göre, psikoz da aynı şekilde, psikotizizm vasfının aşırı olduğu hallere verilen ad olmaktadır. Bu hipotez şu iki temel farazyeye dayandırılmaktadır: (1) Psikiyatrik anomaliler esas olarak

normallikle bir devamlılık gösterirler, ve (2) oysa, nevroz ve psikoz tamamen farklı bağımsız boyutlardır” Her iki hipotez de deneylerle desteklenmiş olup bugün için söyleyeceğimiz, varılan sonuçların ve izlenen hedeflerin doğru yönde olduğudur (91).

Tipik bir dışadönük; sosyal bir kimse olup, toplantılardan hoşlanır, pek çok arkadaşı vardır, kendi başına çalışmaktan veya okumaktan hoşlanmaz. Heyecan verici şeyler arar, riski göze alır ve genellikle dürtüsel bir kişiliği vardır. Agresif olma eğilimindedir ve çabuk öfkeye kapılır. Nörotisizm vasfında yüksek puan alan bir kimseyi kaygılı, endişeli, aksi ve çoğunlukla küskün bir kişi olarak tanımlayabiliriz. Uykusuzken huzursuz olan bu insanlar çeşitli türde psikomatik rahatsızlıklardan şikayetçidirler. Aşırı derecede emosyonel reaksiyonda bulunmaları uyum yeteneklerini engeller ve böylece reaksiyonları irrasyonel ve bazen de katı olur. Psikotisizm skorundan yüksek puan alan kişi ise yalnız, başkalarını umursamayan, insanlara aldırış etmeyen bir tiptir. Bazen acımasız, zalim ve hatta insanlıktan uzak davranışlarda bulunabilir. Hissizdir, başkalarını kolay kolay anlayamaz ve duyarlı olamaz. Başkalarına, hatta kendi yakınlarına bile hostile davranır ve saldırgandır (89, 90).

2.4.3. Kişilik ve dürtüsellik

Dürtüsellik önemli bir psikolojik yapıdır. Kişiliğin tüm major sistemlerinde bir formdan diğerine yer aldığı görülür. Bu bağlamda Eysenck dürtüselligi, kişiliğin 3 boyutlu değerlendirmesinde dışadönüklüğün bir komponenti olarak heyecan arama, risk alma ve psikotizmin bir komponenti olarak ele almıştır. Cloninger ise modelinde yenilik arayışının bir üst faktörü olarak değerlendirmiştir (54, 92).

Eysenck başlangıçta dürtüselligi dışadönüklüğün bir altfaktörü gibi değerlendirmekle birlikte sonraki yıllarda dışadönüklüğü sosyalizasyon ile ilişkilendirmiş, dürtüselligi dahil etmemiştir. Ancak daha sonra dürtüselligi dört alt faktöre ayırmıştır; canlılık, dikkat dürtüselligi, risk alma ve plansızlık. Bu alt faktörlerin üç kişilik boyutu ile farklı ilişkileri olduğuna dikkat çekmiştir. Dikkat dürtüselligi nörotisizm ve psikotizm ile ilişkili iken dışadönüklükle ilişkili değildir. Ancak diğer üç alt dürtüsellik faktörü dışadönüklükle yakından ilişkilidir. Bu çalışma Eysenckin dürtüselligin dışadönüklükteki yerini sorgulamasını sağlamış ve dışadönüklüğün risk almayı karşılayan bir kişilik özelliği olduğunu, psikotizmin ise dürtüselligi karşılayan bir özellik olduğu varsayımını ortaya atmıştır (89–92).

Buss ve Plomin mizacın dört faktör modelinde dürtüselligi, hassasiyet, aktivite ve sosyalizasyon bağlamında değerlendirmişlerdir. Onlara göre dürtüsellik çok yönlü bir mizaç özelliğidir ve temelde inhibisyon kontrolü ya da bir davranışı geciktirebilme yeteneği olarak değerlendirilmelidir. Bu sistemde diğer üç dürtüsellik faktörü karar almadan önce sonuçlarını

gözetebilme, karşının çekiciliğine rağmen bir görevi sürdürebilme ve çabuk sıkılma eğilimi, yeni uyaran arama ihtiyacını kapsamaktadır. Bu araştırmacılar aynı zamanda mizaç özelliklerinin birbiriyle etkileşim halinde çalıştıklarından da bahsetmişlerdir. Örneğin aktivite ve hassasiyet bireyleri eyleme motive ederken dürtüsellik davranışı inhibe etmek için çalışır (95).

Zuckerman ve arkadaşları da dürtüsellik kişilik bağlamında inceleyenlerdendir. Onlar 5 faktörlü bir kişilik modeli ortaya atmışlardır. Zuckerman heyecan arama skalası ile dürtüsel heyecan arama olarak adlandırdıkları dürtüsellik ölçümleri ve dört alt skaladan oluşan bir faktör tanımlamışlardır. Dürtüsel heyecan arama olarak adlandırılan alt skala planlama yokluğunu, düşünmeden eyleme geçme eğilimini, deneyim arayışını, yeni deneyimler ve uyarılma için risk almayı içermektedir. Araştırmacılar bu dürtüsellik biçiminin Eysenck'in psikotizm maddesine karşılık geldiğini ileri sürmüşlerdir (96).

Tellegen ise 3 faktörlü bir kişilik sistemi önermiştir. İlk ikisi pozitif ve negatif duygusallıktır ve direkt olarak duygudurum ile ilişkilidirler. Üçüncüsü ise kısıtlanma, bireyin önlem alma düzeyi, dizginlenme, riskli davranışlara eğilim olarak açıklanmıştır. Düşük kısıtlanma düzeyi olan bireyler kendilerini dürtüsel, maceraperest ve davranışlarının kısıtlanmasını reddetmeye yatkın olarak tanımlamışlardır. Tellegen'in modelinde dürtüsellik duygusal uyaranlara bireyin verdiği cevabın yoğunluğunu ve yönünü belirleyen üç faktörden birisidir (97).

Diğer yandan Newman ve arkadaşları Gray'in nöropsikolojik modeli ile Eysenck kişilik sistemini birleştirmişler ve dürtüsellik üç yolak aracılığı ile açıklamaya çalışmışlardır. Onlara göre normal dürtüsellikte davranışsal aktivasyon sistemi davranışsal inhibisyona göre daha önemlidir ve nonspesifik uyarılma tarafından güçlendirilir. Bu daha çok nörotik-dışadönüklükte görülen dürtüsellik paternidir. İkincisi anksiyöz dürtüsellikdir ve davranışsal inhibisyon davranışsal aktivasyon sisteminden daha önemlidir. Bu dürtüsellik paternide daha çok nörotik içedönük kişiliklerde görülebilir. Üçüncü yolak ise P koşulu olarak adlandırılır, ödül ve ceza içerikli durumlara cevap veren psikopat kişiliklerde görülen dürtüsellik paternini açıklamak için kullanılır (98).

2.4.4. Duygudurum bozuklukları ve dürtüsellik

Bipolar bozuklukta DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan bir mani epizodunda dürtüsellik temel özelliklerden birisi olarak kabul edilmektedir. Manik epizodda saldırganlık, sorumsuzca cinsel ilişkiye girme, patolojik samimiyet ve aşırı para harcama gibi riskli aktiviteler dürtüsel zeminde gelişen semptom örüntüleridir. Dürtüsel davranış mani tanısında önemlidir, ancak bipolar bozukluğun ötimik veya diğer duygudurum fazlarında da

bulunabileceği öne sürülmektedir (4). Dürtüselliğin hastalık dönemleri dışında da devam etmesinin farklı nedenleri olabilir. Dürtüsellik; yinelenen hastalık dönemlerinin bir sonucu, hastalık için bir risk faktörü ya da hastalığın biyolojik nedenleri ile ilişkili bağımsız bir etkenin göstergesi olabilir (4, 5).

Araştırmalar bipolar bozuklukta özellikle iki biyolojik faktörün, serotonerjik işlev eksikliği ve frontal lob aktivitesinde bozulmanın dürtüsel davranışta rol oynadığını göstermektedir. Bipolar olgularda orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, ventral prefrontal korteks ve anterior singulat girus işlevlerindeki bozulma dürtüselliğin nöroanatomik göstergeleri olabilir (113, 114). İşlevsel görüntüleme çalışmaları ise bipolar bozuklukta fronto-limbik nöral ağlardaki bozulmaya dikkati çekmektedir. Bu ağlar biliş (kognisyon), emosyonel ve sosyal davranışı düzenleyen ağlardır. Zira bipolar bozukluğun bilişsel ve emosyonel profilini inceleyen araştırmalar tutarlı bir biçimde cevap inhibisyonunda anormallikler, önceden düşünmeden hareket etme ve uzun soluklu kazançlardansa, kısa zamanlı ödüllere yönelik karar verme eğilimi gibi dürtüsel davranışlar gösterdiklerini bildirmektedirler (5, 9, 113).

Dürtüselliğin bipolar olgularda duygudurum stabilitesini bozduğu, duygudurum oynaması ile ilişkili davranış problemlerini artırdığı ve klinik gidiş üzerinde önemli etkileri olduğu üzerinde sık durulan bir konudur. Bu durum bipolar bozuklukta dürtüselliğe daha fazla önem verilmesini sağlamıştır (4, 6, 8, 9). Bipolar bozukluklu olgularda dürtüselliğin intihar, alkol-madde kullanımı ve saldırganlık gibi ruhsal sorunlar üzerinde anlamlı etkileri olduğu vurgulanmakta, dürtü kontrol bozukluğu ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi gibi önemli klinik durumlarla da ilişkili olduğu iddia edilmektedir (4-6, 20, 110). Diğer yandan bipolar bozukluklu olgularda karma epizod varlığı, sayıca baskın epizod tipi, ilk epizod tipi ve hastalık başlangıç yaşı gibi bazı klinik özellikler psikopatolojinin doğasında farklılık yaratabilirler ve bu farklı klinik görünümünün farklı mizaç ve karakterler zemininde gelişebilecekleri de iddia edilmektedir (9, 111). Ancak dürtüselliğin bu klinik görünümünün temelinde yeterince incelenmemiş olması bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır.

Major depresif bozuklukta nörotransmitter mekanizması olarak öne sürülen ana varsayım bir monoamin nörotransmitter olan serotonin sisteminde aktivite azlığıdır. Serotonin seviyelerindeki azalma ile ilişkili olarak dürtüsellik ve depresyon arasında da bir ilişki olabileceği öne sürülmüştür. Dürtüsel intihar girişiminde bulunmuş depresif olgularda plazma serotonin, 5-HIAA ve trombosit 5HT seviyelerinin düşük bulunması bu görüşü desteklemektedir (35, 62, 63). Ayrıca bu olgularda patolojik kumar oynama ve kleptomani

başta olmak üzere dürtü kontrol bozukluklarının normal populasyona göre daha sık görülmesi de dikkat çekicidir (9).

Unipolar depresyonlu hastalarda dürtüsellik genellikle bozukluğun aktif dönemlerinde değerlendirilmiş ve intihar ile olan yakın ilişkisine vurgu yapılmıştır. Bipolar bozuklukta drtselligin semptomsuz dönemlerle ilişkisi kısmen anlaşılmış olmakla birlikte unipolar depresif bozukluklu hastalarda bu ilişki henüz net olarak anlaşılamamıştır (7, 8). Oysa depresyonun ötimik fazında dikkat ve görsel-uzamsal bellek gibi kognitif işlevlerde bozukluklar devam etmekte ve bu durum başta prefrontal bölge olmak üzere bazı nöroanatomik değişikliklerle ilişkilendirilmektedir (119, 120). Dolayısı ile depresif bozuklukta drtselligin aktif epizodların yanısıra ötimik dönemde de iyi irdelenmesinin gerekli olduğu söylenebilir.



3.MATERYAL-METHOD

Bu çalışma, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 2007–2010 yılları arasında yatarak tedavi görmüş, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almış olan, çalışmaya katılmaya onay vermiş bireylerde gerçekleştirildi. Deneklere psikiyatri polikliniğine kontrol amacı ile başvurdularında yada telefon yolu ile ulaşılmaya çalışıldı. Toplamda 77 bipolar bozukluklu ve 65 major depresif bozukluklu bireye ulaşıldı. Bipolar bozuklukluların 7'si çalışmaya katılmaya onay vermediği, 10'u çalışmaya dahil edilme ölçütlerini (üçü kişilik bozukluğu komorbiditesi, üç hasta organik patoloji varlığı, ikisi mental retardasyon, biri anksiyete bozukluğu komorbiditesi, biriside hızlı döngülü gidişe sahip olması nedeni ile) karşılamadığı için çalışma dışı bırakıldı. Çalışma 60 bipolar bozukluklu hasta ile yürütüldü. Major depresif bozuklukluların 5'i çalışmaya katılmaya onay vermediği, 10'u çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılamadığı (5 hasta organik patoloji varlığı, 5 hasta kişilik bozukluğu komorbiditesi) için çalışma dışı bırakıldı. Çalışma 50 major depresif bozukluklu birey ile yürütüldü. Affektif epizodlar geriye dönük olarak mani, hipomani, karma epizod ve depresyon için DSM-IV kontrol listesi kullanılarak değerlendirildi. Klinik değişkenler hastalarla ve onların birinci derece yakınları ile gerçekleştirilen yapılandırılmış görüşmeler ile elde edildi. Bunlar, önceki epizodların tipi ve sayısı, yatış sayıları, hastalık başlangıç yaşı, ilk epizod polaritesi, son epizod polaritesi, hayat boyu psikotik özellikli atak yaşama ve suicidal davranışı içermektedir. İlaveten demografik bilgiler, psikiyatrik komorbidite ve birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü de değerlendirildi. Ayrıntılı klinik ve demografik özelliklerin elde edilmesi için ayrıca poliklinik ve yatan hasta kayıtlarından faydalanıldı. Kontrol grubu, polikliniğimize sağlık kurulu değerlendirmesi için başvuran ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan; yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyokültürel açıdan hasta grubu ile uyumlu olan ve yazılı onayı alınan 50 gönüllü, sağlıklı bireyden oluşturuldu.

Dürtüsellik ve kişilik özellikleri, hastalar DSM-IV'e göre tam remisyonda iken değerlendirildi. Hasta grubuna tam remisyonu belirlemek amacı ile Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) ve Young Mani Skalası(YMS) uygulandı. Bu hastalardan YMS puanı< 6 ve HDÖ puanı<8 olan hastalar remisyonda kabul edildi (8). Çalışmaya alınan hastalara ve sağlıklı kontrol grubuna, Sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği–11 (BIS–11), Mizaç karakter envanterinin (MKE) dürtüsellik alt ölçeği uygulandı. İlgili klinik değerlendirme ölçekleri poliklinik ve klinik ortamında araştırmacılar tarafından uygulandı.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Tüm olgularda klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik bilgi formu kullanıldı. Bu form; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, iş durumu, ailenin gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, manik atak sıklığı, depresif atak sıklığı, alkol madde kullanımı, intihar girişiminin araştırıldığı soruları kapsamaktadır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

HDDÖ, depresyon ölçekleri içinde en yaygın kullanılanı olup, bir kez klinisyen tarafından tanı konulduktan sonra depresyonun şiddetini ölçmek ya da belirti örüntüsünü saptamak için kullanılan görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. HDDÖ depresyonlu hastaların depresyon düzeyini ölçmede sıklıkla kullanılan ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmış bir ölçektir (102).

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(103).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği, 11. versiyon (BIS-11)

Dürtüsellik ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak ‘nadiren/ hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir: a) Dikkatle ilişkili dürtüsellik, b) Motor dürtüsellik, c) Tasarlanmamış dürtüsellik. Dikkatle ilişkili dürtüsellik; bilişsel karışıklığı tolere edememe ve sabırsızlığı, motor dürtüsellik anında düşünmeden eyleme geçmeyi, plansızlık dürtüsellik ise gelecek hissini yokluğunu temsil eder (3). Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (104, 105).

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri 240 maddeden oluşan "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (106). Çalışmada ilgili ölçeğin dürtüsellik değerlendirilen ve 10 sorudan oluşan “Dürtüsellik-İyice düşünme” alt ölçeği kullanıldı.

Araştırmaya dahil olma ve dışlama kriterleri

Hasta grubu için araştırmaya alma lütleri

- 1- DSM-IV-TR tanı ölçütlerine uyan ve DSM-IV-TR'ye göre en az iki aydır remisyonunda olduğu tespit edilen Bipolar Affektif Bozukluk-I ve Unipolar depresif bozukluklu hastalar (Young mani puanı < 6 ve Hamilton Depresyon puanı < 8 olmalı)
- 2- DSM-IV'e göre bu tanı grupları ile beraber başka eksen I yada II tanısı almamış olmak.
- 3- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak.
- 4- En azından verilen testleri cevaplayabilecek düzeyde okuma-yazma biliyor olmak.
- 5- 18-65 yaşları arasında olmak.
- 6- Kliniğini ve teste cevap vermesini etkileyecek organik bir hastalığa sahip olmamak.

Hasta grubu için araştırmadan dışlama lütleri

- 1- DSM-IV TR'ye göre mental retardasyon, demans ve komorbid olarak başka ruhsal hastalığının olması.
- 2- Alkol- madde kullanım bozukluğu olması.
- 3-Bipolar bozukluklu hastalar için hızlı döngülülük
4. Bedensel bir hastalığa sahip olmak

Sağlıklı kontrol grubu için araştırmaya alma lütleri

1. Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilmek
2. 18-65 yaşları arasında olmak
3. şimdi ve geçmişinde psikiyatrik bozukluğu olmaması
4. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Sağlıklı kontrol grubu için araştırmadan dışlama lütleri

1. Bedensel ya da psikiyatrik hastalığa sahip olmak
2. Alkol madde kullanımını olması.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM VE ETİK KURUL ONAYI:

Tüm hastalara araştırmanın amacı ve kapsamı anlatıldı ve yazılı onamları alındı. Ankara 5 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 03.12.2009 tarih ve 14 sayılı kararıyla etik kurul onayı alınarak çalışmaya başlandı

İSTATİSTİK:

Tüm veriler SPSS 16.0 programına girildi. Üç grubun yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, epizod özellikleri, hastaneye yatış, intihar girişimi, eşlik eden psikiyatrik tanılar, birinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalıklar, dürtüsellik düzeyleri gibi parametreler açısından karşılaştırılması için ki-kare ve kriterler uygunsa ANOVA (post-hoc, Bonferroni yada tukey) değilse Kruskal-Wallis testleri ve Mann-Whitney testleri yapıldı. Ayrıca gerekli durumlarda lojistik regresyon analizi ve lineer regresyon analizi kullanıldı. Veriler ortalama±(SD) olarak verildi. İstatistiksel anlamlılık 0.05'den küçük olarak belirlendi.

4. BULGULAR

4.1.Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya katılan 160 kişiden 50'si sağlıklı kontrol (SK), 60'ı bipolar affektif bozukluk, 50'si major depresif bozukluk tanısı almıştı. Katılımcıların %55'i kadın (n=88), %45'i (n=72) erkekti. Yaş ortalamaları bipolar bozukluklu grup için $33,85 \pm 8,75$; unipolar depresyonlu grup için $35,88 \pm 6,88$ ve sağlıklı kontrol grubu için $31,90 \pm 9,51$ idi. Gruplar yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı (sırasıyla, $p=0,067$ ve $p=0,686$). Gruplar medeni durum açısından karşılaştırıldığında bipolar bozukluklu bireylerin hem sağlıklı kontrollerden hem de major depresif bozukluklu bireylerden anlamlı olarak daha fazla bekar oldukları bulundu (sırasıyla, $p=0,001$ ve $p=0,017$). Sosyoekonomik düzeyleri ve öğrenim süreleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$). Yaşanılan yer açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,636$). Hem hasta grupları hem de sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğu şehirde yaşıyordu. Çalışmaya alınan grupların sosyodemografik özellikleri Tablo1' de verilmiştir.

4.2.Klinik özellikler

Bipolar bozukluklu grubun hastalık başlangıç yaşı $24,80 \pm 7,16$ iken unipolar depresyon grubunun $30,14 \pm 6,22$ idi. Gruplar hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırıldığında, bipolar bozukluklu olgularda major depresif bozukluklulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede erken yaşta başladığı bulundu ($p<0,001$). Suisid girişimi varlığı, ortalama suisid sayısı ve ilk suisid girişim yöntemi açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı (sırasıyla $p=0,807$, $p=0,259$ ve $p=0,865$). Bipolar bozukluklu bireylerin anlamlı olarak daha erken yaşta ilk suisid girişimlerini gerçekleştirdikleri belirlendi ($p<0,001$). Toplam hastalık süreleri ve toplam atak sayısı açısından karşılaştırıldıklarında bipolar bozukluklu vakaların anlamlı olarak daha fazla epizod yaşadıkları ve daha uzun toplam hastalık süreleri olduğu bulundu (sırasıyla, $p=0,009$ ve $p<0,001$). Bir yılda ortalama yaşanan epizod sayısı da bipolar bozukluk grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,001$). Ortalama hastaneye yatış sayısı yönünden iki grup karşılaştırıldığında bipolar grupta, ortalama yatış sayısı anlamlı olarak fazla bulundu ($p<0,001$). Psikotik özellikli atak sayısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,0103$). Bipolar bozukluklu olgular daha fazla psikotik özellikli atak sayısına sahipti. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında bipolar bozukluklu olguların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü unipolar depresyonlu olgulardan daha fazlaydı

(p=0,025). Son depresyon atağı belirleyicisi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p<0.001). Major depresif olguların çoğunluğunun son depresyon atakları bir belirleyiciye sahip değildi. Sigara ve alkol kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla, p=0,310 ve p=0,100).

Tablo-1. Grupların sosyodemografik özellikleri

		Tanı			p
		Bipolar (N=60)	Unipolar (N=50)	Kontrol (N=50)	
Yaş ortalaması		33,8500±8,75432	35,8800± 6,88874	31,9000± 9,51315	0,186
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	32 (20,0%)	30 (18,8%)	26 (16,2%)	0,686
	<i>Erkek</i>	28 (17,5%)	20 (12,5%)	24 (15,0%)	
Meslek	<i>Düzenli işi yok</i>	12 (7,5%)	1(0,6%)	5(3,1%)	0,931
	<i>İşçi</i>	19(11,9%)	17(10,6%)	16(10,0%)	
	<i>Memur</i>	13(8,1%)	9(5,6%)	20(12,5%)	
	<i>Emekli</i>	1(0,6%)	0(,0%)	3(1,9%)	
	<i>Ev hanımı</i>	15(9,4%)	23(14,4%)	6(3,8%)	
Medeni Durum	<i>Bekar</i>	20(12,5%)	3(1,9%)	13(8,1%)	0,005*
	<i>Evlü</i>	36(22,5%)	36(22,5%)	31(19,4%)	
	<i>Dul</i>	4(2,5%)	11(6,9%)	6(3,8%)	
Öğrenim Durumu	<i>Yok</i>	0(,0%)	0(,0%)	2(1,2%)	0,035*
	<i>İlköğretim</i>	27(16,9%)	30(18,8%)	23(14,4%)	
	<i>Lise</i>	21(13,1%)	18(11,2%)	18(11,2%)	
	<i>Yüksek</i>	12(7,5%)	2(1,2%)	7(4,4%)	
Öğrenim süresi (yıl)		9,6000 ±3,45528	8,8600 ±2,20399	9,4000± 2,91373	0,194
Sosyoekonomik Durum	<i>0-500</i>	3 (1,9%)	0 (,0%)	2 (1,2%)	0,245
	<i>500-1000</i>	29 (18,1%)	32 (20,0%)	23 (14,4%)	
	<i>1000-3000</i>	28 (17,5%)	18 (11,2%)	25 (15,6%)	
Yaşadığı Yer	<i>Köy</i>	1 (,6%)	0 (,0%)	0(,0%)	0,636
	<i>Kasaba</i>	22 (13,8%)	23 (14,4%)	20 (12,5%)	
	<i>Şehir</i>	37 (23,1%)	27 (16,9%)	30 (18,8%)	

Tablo-2. Bipolar bozukluk ve major depresyon grubunun klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Major depresyon	p
		N=60	N=50	
Ailede psikiyatrik Hastalık öyküsü	<i>Yok</i>	11 (10,0%)	20 (19%)	0,025*
	<i>Var</i>	49 (44,5%)	30(29.5%)	
Ailede psikiyatrik hastalık tanısı	<i>Unipolar depresyon</i>	22 (24,7%)	22 (36,0%)	0,005*
	<i>Bipolar bozukluk</i>	17(19,1%)	4(4,5%)	
	<i>Alkol- madde kull. boz</i>	3(3,4%)	0(,0%)	
	<i>Psikotik bozukluk</i>	7(7,9%)	4(4,5%)	
Suisid Girişimi	<i>Yok</i>	31 (28,2%)	27 (24,5%)	0,807
	<i>Var</i>	29 (26,4%)	23 (20,9%)	
İlk suisid girişimi Şekli	<i>İlaç</i>	19(36,5%)	18(34,6%)	0,259
	<i>Ası</i>	7(13,5%)	5(9,6%)	
	<i>Kesici alet</i>	3(5,8%)	0(,0%)	
Ortalama suisid sayısı		1,4828 ±0,68768	1,5217±0,73048	0,865
İlk suisid girişimi yaşı		23,8621±4,80122	32,4783±6,04430	< 0,001*
Sigara Kullanımı	<i>Yok</i>	14(8,8%)	16(10,0%)	0,310
	<i>Var</i>	46(28,8%)	34(21,2%)	
Alkol Kullanımı	<i>Yok</i>	47(29,4%)	45(28,1%)	0,100
	<i>Var</i>	13(8,1%)	5(3,1%)	
Son depresif atağın belirleyicisi	<i>Melankolik özellikli</i>	17(15,5%)	11(10,0%)	< 0,001*
	<i>Psikotik özellikli</i>	13(11,8%)	7(6,4%)	
	<i>Atipik özellikli</i>	14(12,7%)	0(,0%)	
	<i>Postpartum başlangıç</i>	3(2,7%)	2(1,8%)	
	<i>Belirleyici Yok</i>	13(11,8%)	30(27,3%)	
Hastalık başlangıç yaşı		24,80±7,16	30,14±6,22	< 0,001*
Hastalık süresi(yıl)		9,05 ±7,96	5,74 ±3,55	0,009*
Yatış sayısı		2,91 ±1,76	1,58 ±0,53	< 0,001*
Sıklık yılda		1,50± 0,56	1,14±0,35	< 0,001*
Toplam atak		5,13 ±2,18	3,34 ±1,66	< 0,001*
Mani sayısı		2,20 ±1,00	--	--
Depresyon sayısı		2,46 ±1,43	3,34 ±1,66	0,005*
Karma dönem sayısı		0,48± 0,67	--	--
Psikotik özellikli atak sayısı		2,02± 0,76	1,60± 0,51	0,010*

4.3. Grupların dürtüsellik düzeyleri açısından karşılaştırılması

Gruplar tanı dağılımlarına göre dürtüsellik düzeyi ve kişilik boyutları açısından karşılaştırıldı. BIS alt skalaları açısından gruplar karşılaştırılırken dağılım kriterini karşıladıkları için ANOVA testi tercih edildi, anlamlılık gösterenlerde çoklu karşılaştırmalar post-hoc tukey analiz yöntemi ile yapıldı. MKE dürtüsellik ve Eysenck üç alt skalası açısından gruplar dağılım kriterini karşılamadıkları için Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmış olup, anlamlılık gösterenlerde çoklu grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney testi kullanıldı.

Gruplar total BIS skorlarına dayanarak dürtüsellikleri açısından karşılaştırıldıklarında, bipolar bozukluk grubundaki olgular hem kontrollerden hem de major depresyon grubundakilerden anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldılar (sırasıyla, $F=235,28$; $p1<0,001$ ve $p2<0,001$). Major depresyonlu olgular ise sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha fazla total BIS skoruna sahipti ($F=235,28$; $p<0,001$). BIS dikkatle ilişkili dürtüsellik skorlarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardı. Bipolar bozuklukluların skorları hem kontrollerden hem de major depresyon grubundakilerden anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, $F=155,6$; $p<0,001$ ve $p<0,001$). Major depresyonlu olguların ise sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek dikkatle ilişkili BIS skoruna sahip oldukları bulundu ($F=155,6$; $p<0,001$). Motor dürtüsellik skorları açısından değerlendirildiğinde bipolar bozukluk grubunun sağlıklı kontrol ve major depresif bozukluk grubundan anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldığı saptandı (sırasıyla, $F=124,81$; $p<0,001$ ve $p<0,001$). Bipolar bozukluklu grubun yine hem sağlıklı kontrol hem de major depresif bozukluklu gruptan plansızlık BIS alt skalasında anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldıkları bulundu (sırasıyla, $F=104,336$; $p<0,001$ ve $p<0,001$). Diğer yandan major depresyonlularla sağlıklı kontrol grubu arasında plansızlık BIS skorları açısından istatistiksel anlamlı farklılık yoktu ($F=104,33$; $p=0,284$).

MKE dürtüsellik alt skala skorları açısından karşılaştırıldıklarında, bipolar bozukluklu bireylerin hem kontrollerden hem de major depresyonlulardan anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldıkları saptandı. Major depresyonluların ise sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek MKE dürtüsellik alt skala skoru aldıkları bulundu. ($X^2 =105,351$ $df=2$; sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Tablo-3. Tanı dağılımlarına göre grupların dürtüsellik düzeylerinin karşılaştırılması

KLİNİK ÖLÇEK	BİPOLAR BOZUKLUK GRUBU (N=60)	MAJOR DEPRESYON GRUBU(N=50)	SAĞLIKLI KONTROL (N=50)	Gruplar arası karşılaştırma	İstatistik	P
Total BIS	74,33±7,85	62,84±4,50	50,36±3,48	BP>UP>SK	F=235,286	<0,001*
Dikkat- BIS	21,20±3,94	18,30±1,60	18,30±1,60	BP>UP>SK	F=155,600	0,005*
Motor-BIS	24,90±3,22	22,40±2,14	17,02±2,25	BP>UP>SK	F=124,816	0,001*
Plansızlık- BIS	28,11±2,86	22,20±2,47	21,38±2,70	BP>UP=SK	F=104,336	0,021*
Dürtüsel mizaç	6,08±1,79	3,94±1,11	1,780±0,84	BP>UP>SK	X ² =105,351 df=2	0,013*

4.4. İntihar girişimi varlığına göre grupların dürtüsellik düzeylerinin karşılaştırılması

Bipolar ve major depresif bozukluklu vakalar kendi aralarında intihar girişimi olan ve olmayanlar şeklinde ikişerli gruplara ayrıldı. Sonrasında hem kendi aralarında hem de sağlıklı kontrol grubu ile çoklu karşılaştırma yapıldı. BIS alt skalaları açısından gruplar karşılaştırılırken dağılım kriterine uydukları için ANOVA testi tercih edildi, çoklu karşılaştırmalar post-hoc Tukey analiz yöntemi ile yapıldı. MKE dürtüsellik ve Eysenck üç alt skalası açısından gruplar dağılım kriterini karşılamadıkları için Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırıldı, anlamlılık gösterenlerde ikili grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Yapılan analizler sonucunda intihar girişimi olan bipolar bozukluklu grubun diğer tüm gruplardan, total BIS ve dikkatle ilişkili BIS alt skalalarından anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldıkları bulundu. Motor ve plansızlık BIS alt skorları açısından ise intihar girişimi olmayan bipolar bozukluklu grup ile aralarında anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla, F=148,25, F=200,59; p<0,05 ve F=65,936, F=52,820; p>0,05). Diğer yandan intihar girişimi olan bipolar bozukluklu olgular diğer tüm gruplarla karşılaştırıldığında MKE dürtüsellik alt skalalarından anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldılar (X²=111,725 df=4, p<0,05).

Tablo 4. İntihar girişimi varlığına göre grupların dürtüsellik düzeylerinin karşılaştırılması

KLİNİK ÖLÇEK	BİPOLAR BOZUKLUK		MAJOR DEPRESYON		SAĞLIKLI KONTROL N=50	İstatistik	p
	İntihar girişimi		İntihar girişimi				
	Yok (N=31)	Var N=(29)	Yok (N=27)	Var (N=23)			
Total BIS	70,61±7,16	78,31±6,59	62,40±4,31	63,34± 4,76	50,36±3,48	F=148,259	<0,001*
Dikkat- BIS	18,19±2,90	24,41±1,74	17,44±1,12	19,30± 1,52	11,96±1,80	F=200,590	0,001*
Motor-BIS	24,06±2,99	25,79±3,27	22,33±2,02	22,47± 2,33	17,02±2,25	F=65,936	0,006*
Plansızlık-BIS	28,35±2,60	27,86±3,14	22,66±2,66	21,65± 2,16	21,38±2,70	F=52,820	0,034*
Dürtüsel mizaç	5,32± 1,77	6,89± 1,44	3,66± 1,143	4,26± 1,01	1,78± 0,84	$\chi^2=111,72$	0,005*

Dürtüsellikğin hayat boyu intihar girişiminin anlamlı bir yordayıcısı olup olmadığını bulmak amacıyla bipolar bozukluk ve major depresyon grubuna lojistik regresyon analizi uygulandı. BIS toplam ve alt ölçek skorları ve MKE dürtüsellik skorları prediktörler olarak; intihar girişimi varlığı bağımlı değişken olarak seçilmiştir. BIS toplam, dikkatle ilişkili BIS ve MKE dürtüsellik skorlarının major depresyonlularda anlamlı olarak geçmişteki intihar girişimini öngördüğü bulundu ($\beta =-7,325$, OR=0,01 $X^2=4,26$ df=1, $p=0,039$; $\beta=8,727$, OR= 6,167, $X^2=5,242$ df=1, $p=0,022$ ve $\beta =5,086$, OR=161,7 $X^2=5,026$ df=1, $p=0,025$). Buna karşılık bipolar bozukluklu olgularda, dürtüsellikği değerlendiren herhangi bir ölçek puanı, intiharın anlamlı bir yordayıcısı olarak bulunamadı.

4.5. Karma epizod varlığına göre bipolar bozukluk grubunun dürtüsellik düzeyi ve kişilik boyutlarının karşılaştırılması

Bipolar bozukluklu grup en az bir karma epizod yaşamış olma durumuna göre ikiye ayrıldı, sonrasında dürtüsellik düzeyleri ve kişilik boyutları açısından kendi aralarında karşılaştırıldı. En az bir karma epizod yaşamış olan bipolar olguların hiç karma epizod yaşamamış olanlarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek total BIS, dikkatle ilişkili BIS ve motor BIS puanlarına sahip oldukları saptandı ($t =5.269$ $p<0,001$; $t =5.328$ $p<0,001$; $t =3.531$, $p=0,001$). BIS plansızlık alt skalasında ise gruplar arasından anlamlı farklılık bulunamadı ($t =1.926$, $p=0,059$). Diğer yandan iki grup arasında MKE dürtüsellik alt skala skorlarında anlamlı farklılıklar bulundu. Karma epizod yaşamış bipolarlar anlamlı olarak daha yüksek skorlara sahiptiler. (sırasıyla, $p<0,001$, $Z= -3,960$)

Tablo-5. Karma epizod varlığına göre bipolar bozukluk grubunun dürtüsellik düzeyi karşılaştırılması

KLİNİK ÖLÇEK	BİPOLAR BOZUKLUK GRUBU		İstatistik	p
	<i>Karma Epizod (+)</i> (N=23)	<i>Karma Epizod (-)</i> (N=37)		
Total BIS	79,9565±4,71437	70,8378±7,40688	t =5.269	< 0,001*
Dikkat BIS	24,0435±2,61948	19,4324±3,59429	t =5.328	< 0,001*
Motor-BIS	26,6087±2,42598	23,8378±3,23620	t =3.531	0,001*
Plansızlık- BIS	29,0000±2,66288	27,5676±2,88233	t =1.926	0,059
Dürtüsel mizaç	7,2609± 0,81002	5,3514±1,85915	Z= -3,960	< 0,001*

4.6. Yatış sırasında saldırgan davranış bulunup bulunmamasına göre dürtüsellik düzeyi karşılaştırılması

Bipolar bozukluklu grup hastanede yattıkları dönemde saldırganlık davranışı gösterme durumu açısından iki gruba ayrıldı, sonrasında dürtüsellik ve kişilik boyutları açısından karşılaştırıldı. Yatış sırasında saldırgan davranış gösteren bipolar bozukluklu vakalar göstermeyenlerle karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek total BIS, dikkatsizlik BIS ve motor BIS puanlarına sahipti (sırasıyla, $t =-4,626$, $p<0,001$; $t=-3,561$, $p=0,001$; $t =-4,413$, $p<0,001$). BIS plansızlık alt skalasında ise gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($t =-1,776$, $p=0,606$). Diğer yandan iki grup arasında MKE dürtüsellik alt skala skorları açısından da anlamlı farklılık bulundu. Saldırganlık davranışı gösterenler anlamlı olarak daha yüksek skorlara sahipti ($p<0,001$, $Z=-3,851$).

Tablo-6. Yatış sırasında saldırgan davranış bulunup bulunmamasına göre dürtüsellik düzeyi karşılaştırılması

KLİNİK ÖLÇEK	BİPOLAR BOZUKLUK GRUBU		İstatistik	P
	<i>Saldırganlık (+)</i> (N=25)	<i>Saldırganlık (-)</i> (N=35)		
Total BIS	79,1200± 5,84751	70,9143± 7,35795	t= -4,626	< 0,001*
Dikkat BIS	23,1600± 3,33766	19,8000± 3,77920	t=-3,561	0,001*
Motor-BIS	26,8000± 2,48328	23,5429± 3,03260	t=-4,413	< 0,001*
Plansızlık- BIS	28,8800± 2,93428	27,5714± 2,72554	t=-1,776	0,081
Dürtüsel mizaç	7,0800± 1,25565	5,3714± 1,80009	Z= -3,851	< 0,001*

4.7. Tekrarlayıcı suisid girişiminin varlığına göre grupların dürtüsellik düzeyi

Bipolar bozukluk ve major depresyon grupları kendi aralarında tekrarlayıcı suisid girişiminin varlığına göre ikişerli gruplara ayrıldılar ve sonrasında dürtüsellik düzeyleri ve kişilik boyutları açısından karşılaştırıldılar. Rekurren suisid girişimi olan bipolar olgular olmayanlara göre dürtüsellik alt skalaları açısından anlamlı farklılık göstermediler ($p>0,05$).

Rekurren suisid girişimi olan unipolar depresyonlular ise rekurren suisid girişimi olmayan unipolar olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek dikkatle ilişkili BIS, MKE dürtüsellik alt skala skorlarına sahipti (sırasıyla, $F=50,547$ $p<0,05$ ve $X^2=28,430$, $df=3$, $p<0,001$).

Tablo-7. Tekrarlayıcı suisid girişiminin varlığına göre grupların dürtüsellik düzeyi

KLİNİK ÖLÇEK	BİPOLAR BOZUKLUK GRUBU		MAJOR DEPRESYON GRUBU		İstatistik	p
	<i>Rekürren suisid girişimi</i>		<i>Rekürren suisid girişimi</i>			
	<i>Var (N=12)</i>	<i>Yok (N=17)</i>	<i>Var (N=10)</i>	<i>Yok (N=13)</i>		
Total BIS	78,666±6,5551	78,058±6,8050	66,800±2,1499	60,692±4,5347	F=32,864	< 0,001*
Dikkat BIS	24,916±1,1645	24,058±2,0146	20,300±,8232	18,538±1,5064	F=50,547	0,003*
Motor-BIS	25,666±4,0750	25,882±2,7129	23,600±1,4298	21,615±2,5670	F=6,576	0,022*
Plansızlık- BIS	28,166±2,6227	27,647±3,5344	22,900±1,9692	20,692±1,8432	F=23,875	0,004*
Dürtüsel mizaç	6,916±1,5642	6,882±1,4090	4,900±0,3162	3,769±1,0919	X ² =28,43 df=3	0,001*

4.8. İlk atak tipine göre bipolar bozukluklu olguların dürtüsellik düzeyi

Bipolar bozukluklu grup ilk epizod tipine göre (mani yada depresyon) iki gruba ayrıldı ve sonrasında dürtüsellik düzeyleri açısından kendi aralarında karşılaştırıldı. İlk epizodu depresyon olan bipolar olgularla, mani olanlar arasında total BIS, dikkatle ilişkili BIS, plansızlık BIS, motor BIS ve MKE dürtüsellik skorları açısından anlamlı farklılık bulunamadı (P>0,05).

Tablo 8. İlk atak tipine göre bipolar bozukluklu olguların dürtüsellik düzeyi ve kişilik boyutları

KLİNİK ÖLÇEK	BiPOLAR BOZUKLUK GRUBU		Z	P
	<i>İlk Atak Depresyon (N=31)</i>	<i>İlk Atak Mani (N=29)</i>		
Total BIS	73,7097±7,98830	75,0000±7,80110	-0,682	0,495
Dikkat BIS	20,7742±4,09642	21,6552±3,79168	-0,836	0,403
Motor-BIS	24,4516±3,59480	25,3793±2,76991	-0,996	0,319
Plansızlık- BIS	28,2258±3,12740	28,0000±2,60494	-0,202	0,840
Dürtüsel mizaç	6,0000±1,94936	6,1724±1,64900	-0,181	0,892

4.9. Baskın atak tipine göre bipolar bozukluklu olguların dürtüsellik düzeyi

Bipolar bozukluklu olgular sayıca baskın atak tipine göre (mani yada depresyon) iki gruba ayrıldılar ve kendi aralarında ve unipolar depresyonlularla karşılaştırıldılar. Depresyon atakları baskın bipolar olguların hem mani atağı baskın bipolar olgulardan hem de unipolar depresyonlulardan tüm dürtüsellik alt skalalarında anlamlı olarak yüksek skorlar aldıkları bulundu (F=135,4; F=51,6; F=42,3; F=85,48; p<0,05). Diğer yandan manik atağı baskın bipolar bozukluklu olgular unipolar depresyonlulardan anlamlı olarak daha yüksek total BIS ve plansızlık BIS alt skorlarına sahipti (F=135,4, F=85,48, p<0,05). Diğer dürtüsellik ölçümlerinde unipolar depresyonlulardan farklı değillerdi.

Tablo 9. Baskın atak tipine göre bipolar bozukluklu olguların dürtüsellik düzeyi

KLİNİK ÖLÇEK	BİPOLAR BOZUKLUK (N=60)		UNİPOLAR DEPRESYON (N=50)	Gruplar arası karşılaştırma	İstatistik	P
	<i>Baskın atak tipi</i>					
	Depresyon (N=35)	Mani (N=25)				
Total BIS	79,571±4,8705	67,000 ±4,7081	62,840±4,505	D>M>UP	F=135,451	<0,001*
Dikkat BIS	23,371±3,0301	18,160±2,9535	18,300±1,606	D>M=UP	F=51,634	0,005*
Motor-BIS	26,714±2,4201	22,360± 2,4131	22,400±2,147	D>M=UP	F=42,329	0,003*
Plansızlık- BIS	29,285±2,6631	26,480± 2,3115	22,200±2,474	D>M>UP	F=85,482	<0,001*
Dürtüsel mizaç	7,200±1,0516	4,520±1,4177	3,940±1,1141	D>M=UP	X ² =66,340df=2	0,002*

4.10. Bipolar bozukluklu ve major depresyonlu olgularda dürtüsellik öngördürücüleri

Bipolar ve unipolar bozukluklu olgularda, dürtüsellik öngördürücüleri bulmak amacıyla multiple lineer regresyon analizi yapıldı. BIS alt skalaları bağımlı değişkenler olarak seçildi. Yaş, öğrenim süresi, hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık süresi, psikotik özellikli epizod sayısı, mani ve depresyon ölçek skorları, depresyon, mani, karma ve toplam epizod sayısı bağımsız değişkenler olarak analize dahil edildi. Bu değişkenlerden hangilerinin dürtüsellik anlamı olarak predikte ettiğini bulmak amacıyla her iki grup için ayrı ayrı aşamalı regresyon modeli kullanıldı.

Bipolar bozukluklu olgularda toplam dürtüsellik en iyi prediktörleri, psikotik özellikli atak sayısı, öğrenim süresi, manik epizod sayısı, psikotiklik skorları ve depresif epizod sayısıydı (sırasıyla, $\beta = 0,147$, $r^2 = 0,891$; $\beta = -0,126$, $r^2 = 0,902$; $\beta = -0,138$, $r^2 = 0,918$; $\beta = 0,170$, $r^2 = 0,926$ ve $\beta = 0,196$, $r^2 = 0,935$). Dikkate ilişkin dürtüsellik skorlarının en iyi prediktörlerinin, karma ve psikotik özellikli epizod sayısı olduğu bulundu (sırasıyla, $\beta = 0,367$, $r^2 = 0,429$ ve $\beta = -0,295$, $r^2 = 0,484$). Motor dürtüsellik skorlarının en iyi prediktörleri, manik epizod sayısı ve öğrenim süresiydi (sırasıyla, $\beta = -0,303$, $r^2 = 0,633$ ve $\beta = -0,271$, $r^2 = 0,694$). Plansızlık dürtüsellik skorlarının en iyi prediktörlerinin ise karma epizod sayısı olduğu bulundu (sırasıyla, $\beta = 0,387$, $r^2 = 0,396$).

Major depresif bozukluklu olgularda total dürtüsellik en iyi prediktörleri öğrenim süresi, psikotik özellikli epizod sayısı ve toplam atak sayısıydı (sırasıyla, $\beta = -1,346$, $r^2 = 0,767$; $\beta = 0,658$, $r^2 = 0,861$ ve $\beta = -0,444$, $r^2 = 0,994$). Dikkate ilişkin dürtüsellik skorlarının en iyi

prediktörünün öğrenim süresi olduğu bulundu ($\beta=-0,715$, $r^2=0,449$). Motor dürtüsellik skorlarının en iyi prediktörleri psikotik özellikli atak sayısıydı (sırasıyla, $\beta=0,599$, $r^2=0,851$ ve $\beta=0,426$, $r^2=0,927$). Plansızlık dürtüsellik skorlarının en iyi prediktörünün ise öğrenim süresi olduğu bulundu ($\beta=-0,713$, $r^2=0,509$).

Tablo 10. Bipolar bozuklukta dürtüsellik prediktörleri

	Prediktör değişkenler	β	R^2	P
Dikkat BIS	Karma atak sayısı	0,367	0,429	0,018
	Psikotik özellikli atak sayısı	0,295	0,484	0,040
Motor BIS	Mani sayısı	0,303	0,633	0,003
	Öğrenim süresi	-0,271	0,694	0,005
Plansızlık BIS	Karma epizod sayısı	0,734	0,291	<0,001
Total BIS	Psikotik özellikli atak sayısı	0,147	0,891	0,012
	Öğrenim süresi	-0,126	0,902	0,020
	Mani sayısı	0,138	0,918	0,005
	Depresif epizod sayısı	0,196	0,935	0,025

Tablo 11. Major depresyonda dürtüsellik prediktörleri

	Prediktör değişkenler	β	R^2	P
Dikkat BIS	Öğrenim süresi	-0,715	0,449	0,020
Motor BIS	Psikotik özellikli atak sayısı	0,599	0,851	0,006
Plansızlık BIS	Öğrenim süresi	-0,713	0,509	0,021
Total BIS	Öğrenim süresi	-1,346	0,767	<0,001
	Psikotik özellikli atak sayısı	0,658	0,861	<0,001
	Toplam atak sayısı	0,444	0,994	0,002

4.11. Bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerle dürtüsellik ilişkisi

Hastaların ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri ile dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyetin BIS-11 alt skalalarının hiçbirinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulundu ($F=1,702$, $p=0,156$). Hasta ve kontrol grubunun yaşlarının hiçbir BIS alt skala skorları üzerine anlamlı bir etkisi yoktu ($p>0,05$; $F=0,132$, $F=0,613$, $F=0,226$, $F=0,319$). Medeni durum ile BIS toplam puan ve tüm alt skalaları arasında anlamlı ilişki

bulunamadı. ($F=6,331$, $p>0,05$). Hasta ve kontrol grubunun sosyoekonomik durumları ile hiçbir BIS alt skalası arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($F=1,690$, $P=0,190$). Yaşanılan yerin tüm BIS alt skala skorları üzerine anlamlı bir etkisi yoktu ($F=0,189$; $P= 0,192$).

Alkol kullanım varlığı ile dürtüsellik toplam ve alt puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($F=0,951$, $p=0,436$). Diğer yandan sigara kullanımı varlığı ile total BIS ve tüm BIS alt skala skorları arasında anlamlı ilişki bulundu ($F=9,197$, $P=0,003$; $F=10,537$ $P=0,001$; $F=6,147$, $P= ,014$; $F=4,318$, $P=0,039$). Sigara kullananların ($n=106$) kullanmayanlarla ($n=54$) karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek total BIS ($65,21\pm11,26$; $59,38\pm10,96$), dikkatsizlik BIS ($18,19\pm4,74$; $15,85\pm4,41$), motor BIS ($22,28\pm4,15$; $42\pm4,09$) ve plansızlık BIS ($24,68\pm4,01$; $23,12\pm4,07$) skorlarına sahip oldukları bulundu.

Yapılan çok değişkenli analizler sonucunda bipolar bozukluklu ve unipolar depresyonlu olguların hastalık başlangıç yaşının (<25 yaş/ >25 yaş) hiçbir BIS alt skala skoru üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı bulundu ($P>0,05$; $F= 0,180$, $F=1,758$, $F=0,445$, $F=4,163$). Hastalık süresinin (<5 yıl/ >5 yıl) hiçbir BIS alt skala skoru üzerine anlamlı bir etkisi yoktu ($p>0,05$; $F=0,269$, $F=0,970$, $F=0,404$, $F=2,477$). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması hiçbir BIS alt skala skoru üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildi. ($P>0,05$; $F= 0,485$, $F=0,008$, $F=0,500$, $F=0,933$). İlk atak stres etkeni bulunmasının hiçbir BIS alt skala skoru üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı bulundu ($P>0,05$; $F= 0,979$, $F=0,556$, $F=1,208$, $F=0,398$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Ruhsal bozuklukların pek çoğu multifaktöryel etyolojiye sahiptirler. Birçok sosyodemografik ve klinik değişkenin hastalığın ortaya çıkışında etkisi olabildiği gibi, klinik seyri ve tedaviye cevap üzerine de etkisi vardır. Duygudurum bozukluklarının seyri ve tedavisine de etki eden pek çok sosyodemografik ve klinik özelliğin yanı sıra komorbid ruhsal sorunların da burada rolü olduğu düşünülmektedir. Bazen de hastalığın doğasında komorbid bir ruhsal sorun varmış gibi görülmekte, bu sorunun hastalığın bir özelliği ya da parçası olup olmadığı tartışmalara konu olmaktadır. Bu tartışmalardan birisi de duygudurum bozuklukları ile dürtüsellik arasındaki ilişki üzerinedir (109–111). Duygudurum bozukluklarında klinik gidiş üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülen dürtüsellik klinik ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin daha iyi anlaşılmasının bu bozuklukların tedavisine önemli katkılar sağlayabileceği söylenebilir (5).

Biz, çalışmamızda ele aldığımız bipolar bozukluklu bireylerin toplam BIS ve her üç BIS alt skalasında unipolar depresyon ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar aldıklarını bulduk. Literatürde bipolar ve unipolar olguları remisyon döneminde dürtüsellik açısından karşılaştıran yalnızca bir çalışmaya rastladık. Bu çalışmada bipolar olguların unipolar depresyonlulardan daha yüksek total, dikkat, plansızlık ve motor BIS skorlarına sahip oldukları bildirilmiştir(8). Bipolar bozukluklu olguların sağlıklı kontrollerden daha yüksek dürtüsellik skorlarına sahip olduklarını bildiren görece daha fazla çalışma bulunmaktadır (8, 112, 113, 114). Önceki çalışmaların ve çalışmamızın bulguları birlikte değerlendirildiğinde bipolar olguların major depresif olgulardan ve sağlıklı bireylerden daha dürtüsel oldukları söylenebilir. Ancak Scott ve arkadaşları ötimik dönemdeki bipolar bozukluklu olguların, total ve tüm alt dürtüsellik skorları açısından kontrol grubundan farklılık göstermediğini bildirmişlerdir (115). Bu farklı bulguyu, daha önceki çalışmalarla kıyaslandığında daha sıkı remisyon kriteri kullanmaları ve eşikaltı belirtileri bulunan bipolar olguları çalışmaya dâhil etmemiş olmaları ile açıklamışlardır. Bu çalışmadaki bipolar olguların önceki çalışmalar ve çalışmamızdaki olgulardan daha yüksek eğitim seviyesine sahip oldukları dikkati çekmektedir. Eğitim düzeyinin düşük oluşu yüksek dürtüsellik düzeylerinin bir nedeni olabilir. Zira çalışmalarda ve çalışmamızda yüksek dürtüsellik düzeyleri düşük eğitim seviyesi ile korele bulunmuştur (5, 115, 116).

Biz çalışmamızda BAB'lı olgularda total ve dürtüsellik alt tipleri açısından ele alındığında daha yüksek dürtüsellik düzeylerinin BAB'ın doğasından kaynaklanan ya da BAB'daki birtakım alt özelliklerle belirlenen bir durum olup olmadığını da irdelemeye

çalıştık. Bipolar bozukluklu olgularda, total dürtüsellik skorları psikotik özellikli atak sayısı, manik ve depresif epizod sayısı ile pozitif, eğitim süresi ile negatif yönde ilişkili idi. Motor dürtüsellğin, manik epizod sayısı ile pozitif, öğrenim süresi ile negatif; dikkatle ilişkili dürtüsellğin karma epizod sayısı, ve psikotik özellikli epizod sayısı ile pozitif, plansızlık dürtüsellğinin ise karma epizod sayısı ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulduk. Bu değişkenler bipolar olgularda dürtüsellğinin iyi prediktörleri gibi görünmektedir. Bununla birlikte bipolar olgularda dürtüsellğinin prediktörlerini araştırmış yalnızca bir çalışmaya rastladık. Bu çalışmada dikkatle ilişkili ve total BIS skorlarının, eğitim süresi ve depresyon şiddeti; motor BIS skorlarının en iyi prediktörlerinin; depresyon şiddeti; plansızlık dürtüsellğinin ise eğitim süresi, depresyon şiddeti olduğu bildirilmiştir. Ancak olguların bazılarının dürtüselliklerinin atak döneminde bazılarının ise remisyonda ölçülmüş olması bulgularımızla kıyaslama yapmayı zorlaştırmaktadır (98).

Çalışmamızda bipolar bozuklukta epizod sayılarının dürtüsellğinin önemli öngördürücüleri olduğu göze çarpmaktadır. Bu daha önce bildirilen, yaşanan her atağın nörotoksisiteye neden olarak kognitif işlevleri bozduğu ve bunun da yüksek dürtüsellik düzeylerine neden olduğu şeklinde yorumlanabileceği gibi, yüksek dürtüsellik düzeylerinin daha fazla epizod yaşamaya neden olduğu şeklinde de yorumlanabilir (117). Çalışmamız kesitsel desene sahip olması nedeniyle dürtüsellik ile epizod sayısı arasındaki bu ilişkiyi tam olarak açıklayamamaktadır. Bu alanda daha geniş ölçekli ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca bipolar bozukluklu bireylerde hastalığın daha erken yaşta başladığı, daha fazla epizod yaşadıkları ve daha fazla psikotrop ilaca maruz kaldıkları görülmektedir (5, 8, 113). Bipolar olgularda düşük eğitimde olduğu gibi bu faktörlerin de yüksek dürtüsellik düzeyleri ile ilgili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Unipolar depresif bozukluklu olgularda ise plansızlık alt skalası dışında kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek BIS puanlarına sahip olduklarını bulduk. Bazı çalışmalarda major depresyonlu olgularda remisyon döneminde orbitofrontal kortekste anlamlı bir hacim azalması olduğu ve bu azalmanın dürtüsellğe yatkınlık yaratabileceği öne sürülmüşse de unipolar depresyonlu olguları sağlıklı bireylerle dürtüsellik açısından karşılaştırmış çalışmalar bu görüşü doğrulamamıştır (8, 118, 119, 120). Westheide ve arkadaşları ötimik dönemdeki unipolar depresif bozukluklu olguların, total ve tüm alt dürtüsellik skorları açısından kontrol grubundan farklılık göstermediğini bildirmişlerdir (120). Benzer şekilde Peluso ve arkadaşları da ötimik dönemdeki unipolar depresyonluların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek total, dikkat ve plansızlık BIS skorları olduğunu, ancak bunun istatistiksel olarak anlamı olmadığını bildirmişlerdir (8). Bu iki çalışmadan farklı sonuçlara

ulaşmamız, örnekleminizin bu çalışmalara kıyasla daha fazla sayıda epizod yaşamış ve daha düşük eğitim seviyesine sahip unipolar depresyonlu olgulardan oluşması ile açıklanabilir (6, 121). Diğer yandan bahsi geçen her iki çalışma da oldukça küçük örnekleme sahiptir ve bu durum bulgularının dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir (8, 120).

Unipolar depresif bozukluklu olgularda total dürtüsellik öğrenim süresi ile negatif, psikotik özellikli epizod sayısı ve toplam atak sayısı ile pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili iken, plansızlık ve dikkatle ilişkili dürtüsellik öğrenim süresi ile ters ilişkili olduğunu bulduk. Unipolar depresyonlu olgularda öğrenim sürelerinin motor dürtüsellik dışındaki dürtüsellik skorlarının anlamlı öngördürücüsü olması dikkat çekicidir. Eğitimin kognitif savunmaları artırarak dürtüsellik üzerinde denetimi arttırdığı ve tüm dürtüsellik alt tipleri üzerinde etkili olduğu bazı çalışmalarda da bildirilmiştir. Özellikle plansızlık ve total dürtüsellik skorlarının eğitimden önemli düzeyde etkilendiği vurgulanmaktadır (5, 115, 116).

Unipolar depresif olgularda motor dürtüsellik en iyi prediktörlerinin ise psikotik özellikli atak sayısı olduğunu bulduk. Epizod sayısı ile dürtüsellik ilişkisi ise daha önce de belirtildiği gibi yüksek düzeydeki dürtüsellik daha fazla atak yaşamının yarattığı nörotoksinite ile ilişkili olabileceği varsayımı ile açıklanabilir (117). Bildiğimiz kadarıyla unipolar depresyonda dürtüsellik öngördürücülerine ilişkin yapılmış başka çalışma bulunmamaktadır. Örneklem küçüklüğü nedeniyle çalışmamızın bulgusu dikkatle yorumlanmalı ve ileriye dönük çalışmalarla desteklenmelidir.

Sonuçlarımız yaş, cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı ve toplam hastalık süresinin hem bipolar hem unipolar olgularda dürtüsellik skorları üzerine anlamlı etkisinin olmadığını göstermektedir. Bu konuda yapılan önceki çalışmalarda değişik sonuçlar bildirilmiştir. Bir çalışmada bipolar bozukluklu olgularda cinsiyetin hiçbir BIS skoru üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı ancak yaşın plansızlık dürtüsellikinde, hastalık başlangıç yaşının dikkatle ilişkili dürtüsellik üzerinde ve hastalık süresinin motor dürtüsellik üzerinde anlamlı etkisinin olduğu öne sürülmüştür. Yazarlar hastalığın erken yaşlarda başlamasının dürtüsellik eğilimi arttırdığını ve bu durumun madde bağımlılığı ve daha sık intihar girişiminin bir açıklayıcısı olabileceğini ifade etmişlerdir (5). Diğer bir çalışmada ise dürtüsellik skorlarının yaş ile negatif, hastalık süresi ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir (114). Ancak dürtüsellik bu yönüyle daha iyi anlaşılması için daha geniş ölçekli kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan bipolar bozukluklu bireyler anlamlı olarak hem intihar girişimi olmayan bipolarlardan hem her iki unipolar depresyon grubundan daha yüksek total ve dikkatle ilişkili BIS skorlarına sahipti. İntihar etyolojisinde impulsivitenin rolü sık

vurgulanan bir konudur. Dürtüselliğin biyolojik temeli olduğu düşünülen düşük serotonerjik aktivite intihar davranışı ile de ilişkilendirilmektedir (50). Dürtüsellik ve intihar arasında yakın bir ilişki bulunduğu pekçok çalışmada dile getirilmiştir (122–124). Bipolar bozuklukta dürtüsellik ve intihar ilişkisini araştırmış çalışmalar ise farklı sonuçlar ortaya koymaktadırlar (122, 125, 126). Bazı çalışmalarda intihar girişimi olan bipolar olguların girişimi olmayanlardan daha yüksek dürtüsellik skorlarına sahip oldukları bildirilirken (125, 127) bazılarında intihar ile dürtüsellik skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı öne sürülmüştür (123). Literatürdeki bu uyumsuzluk çok boyutlu bir ruhsal sorun olan intiharın hem biyolojik hem psikososyal pekçok faktörle ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir (21). Bizim sonuçlarımız ister biyolojik kökenli isterse çevresel faktörlerden köken alsın, intihar girişiminde bulunan bipolar bozukluklu olguların yüksek dürtüsellik gösterdiğine işaret etmektedir.

Diğer yandan tek intihar girişimi olan bipolar bozukluklu vakalarla çok sayıda intihar girişimi olanlar arasında tüm BIS alt skala skorları açısından anlamlı farklılık bulamadık. Diğer çalışmalar da tekrarlayıcı intihar girişimi olan bipolar bozukluklularda dürtüsellik skorlarının farklılık arzetmediğini bildirmişlerdir (125, 128).

Bipolar bozuklukta önceki intihar girişimi, genç yaş, önceki depresif epizod, evlenmemiş olmak, umutsuzluk, alkol-madde kullanımı, hastalığın erken dönemleri intihar için iyi bilinen risk faktörleridir (129). Pompili ve arkadaşları çalışmalarında bipolar bozukluklu yatan hastalarda diğer risk faktörlerinin yanında depresyon döneminde ölçülen BIS skorlarının da suisidalitenin anlamlı bir öngördürücüsü olduğunu bildirmiştir (130). Çalışmamızda ise bipolar bozukluklu olgularda ölçülen herhangi bir dürtüsellik alt skoru suisidalitenin anlamlı öngördürücüsü olarak bulunamadı. Önceki çalışmalarla çelişkili gibi görünen bu sonuç, çalışmamızda dürtüsellikle ilgili ölçümlerin remisyon döneminde yapılmış olması nedeniyle bipolar bozukluğun depresyon döneminde dürtüselliğin, umutsuzluk ve anhedoni gibi semptomlarla bir araya geldiğinde suisid için anlamlı risk oluşturduğu fikri ile uyumlu görünmektedir (6).

Çalışmamızda intihar girişimi olan unipolar depresyonlu vakaların girişimi olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek dikkatle ilişkili dürtüsellik skorlarına sahip oldukları bulundu. İntihar girişimi olan unipolar olguların, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek dikkatle ilişkili BIS skorlarına sahip olduklarını bildiren çalışmalar olduğu gibi (132) yalnızca total dürtüsellik skorlarının (131) ya da hem total hem dikkatle ilişkili dürtüsellik skorlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (7, 133).

Ancak ortak payda bu hastalarda dikkat ve total dürtüsellik skorlarının intihar davranışı üzerinde bir öngördürücülüğe sahip olma ihtimalleridir.

Çalışmamızda unipolar depresif olgularda ötimik dönemde ölçülen dürtüsel mizaç, dikkatsel ve toplam dürtüsellik puanlarının hayat boyu intihar girişimi ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu bulduk. Bu bulgu Corruble ve arkadaşlarının dikkate ilişkin dürtüsellüğün major depresyonlu bireylerde intiharın güçlü belirleyicisi olabileceği ancak plansızlık dürtüsellüğünün zayıf bir belirleyici olduğu bulgusuyla benzerlik göstermektedir (133). Brodsky ve arkadaşları (131) ise major depresif bozukluklu vakalarda total BIS skorlarının hayat boyu suisidalitenin anlamlı yordayıcısı olduğunu bildirmişlerdir. İlâveten unipolar depresyonlular için BIS dışındaki dürtüsellik ölçekleriyle ve çoğunlukla atak dönemlerinde ölçülen dürtüsellüğün intiharın anlamlı bir yordayıcısı olduğu bildirilmektedir (134–136). Çalışmamızda ise unipolar depresif bozukluklu vakalarda bir kişilik özelliği olarak da dürtüsellüğün suisidalitenin iyi bir öngördürücüsü olduğunun bulunması literatüre ilave bir bakış açısı sunmaktadır. Bu bulguların yapılacak geniş örneklemliler ve ileriye dönük çalışmalarla desteklenmesi, major depresif bozukluklu olgularda intihar davranışının öngörülmesine önemli katkılar sağlayabilir.

Çalışmamızın dikkat çeken bir bulgusu ise yatarak tedavileri sırasında saldırganlık davranışı gösteren bipolar bozukluklu vakaların saldırganlık davranışı göstermeyenlerden total BIS, dikkatle ilişkili BIS, motor BIS ve dürtüsel mizaç skalalarından anlamlı olarak daha yüksek skorlara sahip olmasıydı. Çeşitli çalışmalar manik olguların hastane başvurusu öncesi saldırganlık gösterdiklerini ve hospitalizasyonun birinci haftasında daha fazla şiddet davranışı gösterdiklerini bildirmektedir (137, 138). Dürtüsellik ile saldırganlık arasında yakın ilişki olduğuna dair bir fikir birliği bulunmaktadır ve agresyon ölçeğinden elde edilen puan ile dürtüsellik arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (122, 139). Bununla birlikte hiçbir çalışma bipolar bozuklukta doğrudan dürtüsellik ile saldırganlık arasındaki ilişkiyi incelememiştir (4). Çalışmamızın bulgusu ise sadece bir ön bulgudur, vaka sayısının azlığı nedeniyle dikkatli yorumlanmalı ve geniş örneklemlilerle çalışmalarla desteklenmelidir.

Çalışmamızda bipolar bozukluğun klinik gidişi boyunca en az bir karma epizod yaşamış olan vakaların anlamlı olarak daha yüksek total BIS, dikkatle ilişkili BIS, motor BIS, dürtüsel mizaç skorları bulduk. Bildiğimiz kadarıyla şu ana kadar bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Swann ve arkadaşları karma klinik görünümünde dürtüsellüğün manik belirtilerden daha öte depresyonun bizzat kendisinin bir ögesi olduğunu öne sürmüşlerdir (6). Diğer yandan bipolar depresyonda görülen dürtüsellüğün varolan manik semptomların bir sonucu olabileceği gibi, altta yatan dürtüsel kişilik özelliği ile de ilişkili

olabileceği öne sürülmüştür (53). Benzer bakış açısıyla karma ataklardaki dürtüsellik manik ya da depresif belirtilerin bir ögesi olmaktan ziyade bir kişilik özelliğinin yansıması da olabilir ya da dürtüsel kişilik özelliklerinin bipolar bozukluklu bireyleri karma epizod yaşamaya yatkın kıldığı söylenebilir.

Çalışmamızda, ilk atağı depresyon veya mani olan bipolar vakalar arasında BIS dürtüsellik skorları açısından anlamlı farklılık bulunamadı. Bipolar bozukluklu grupta ilk atağın %51,6'sı depresyon, %48,4' ü mani idi. Bipolar olguların çoğunda ilk epizodun depresyon olduğu bildirilmekle birlikte (21, 105) duygudurum epizodu tipi açısından farklılık saptamayan bir çalışmaya da raslanmıştır (140). İlk atak depresyonluların ilk atak mani olan olgularla karşılaştırıldığında hayat boyu yaşanan depresyon sayısı kontrol edildikten sonra dahi anlamlı olarak daha fazla suicidal girişimde buldukları bildirilmiştir (141). İntiharın dürtüsellikle olan yakın ilişkisi göz önüne alındığında ilk atağı depresyon olan bipolar bozukluklu vakaların daha yüksek dürtüsellik skorlarına sahip olmaları beklenebilir. Ancak çalışmamızın bulguları ilk atak polaritesine göre dürtüsellik bağlamında herhangi bir farklılığa işaret etmemektedir.

Çalışmamızın bir diğer ilginç bulgusu da depresyon atakları baskın bipolar vakaların hem mani atağı baskın bipolar vakalardan hem de unipolar depresyonlulardan tüm dürtüsellik alt skalalarında anlamlı olarak yüksek skorlar almalarıdır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde bipolar bozukluklu vakaları baskın atak tipine göre dürtüsellik açısından karşılaştırmış bir çalışma bulunmamaktadır. Depresyon atağı baskın vakaların mani atağı baskın olanlarla karşılaştırıldıklarında daha erken hastalık başlangıç yaşına sahip oldukları, daha fazla suicidal girişimi öyküleri olduğu ve intihar girişimlerinin sayıca fazla olduğu bildirilmektedir (142, 143). Depresyon polaritesi baskın bipolarların daha fazla intihar girişimi olması daha fazla depresyon atağı yaşamaları ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte çalışmamızda bulunan yüksek dürtüsellik düzeyleri de bu hastalarda suicidalitenin altında yatan bir neden olabilir.

Çalışmamızın bulgularından birisi ise sigara kullanımı ile toplam ve her üç dürtüsellik alt skorları arasında anlamlı ilişkinin bulunmasıydı. Skinner ve arkadaşları sigara içme ile tüm BIS skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve ağır sigara içicilerin belirgin şekilde orta düzey içicilerden ve içmeyenlerden daha yüksek plansızlık dürtüsellikleri olduğunu bildirmişlerdir (144). Diğer yandan Ostacher ve arkadaşları bipolar bozukluklu hastalarda sigara içiminin şu anki ve gelecekteki intihar riskinin anlamlı bir prediktörü olduğunu bildirmişler ve bu bulguyu sigara içenlerdeki yüksek düzeydeki dürtüsellik ile ilişkilendirmişlerdir (145). Çalışmamız bu yönü ile literatür bilgileri ile uyumludur.

Sonuç olarak çalışmamızın bulguları, bipolar affektif bozukluk ve major depresyonlu vakalar ile sağlıklı popülasyonda dürtüselliğin alt boyutlarının, dürtüsel mizaç özelliklerinin bazı alanlarda farklılığına işaret etmektedir. Dürtüselliğin bir kişilik özelliği olarak ele alındığında bipolar bozuklukta saldırganlık, karma atak varlığı, baskın atak tipi gibi bazı klinik özellikler bağlamında farklılaşabildiğini ve klinik gidişi etkileyebileceğini göstermektedir. Dürtüselliğin unipolar depresyonlu bireylerde eğitimden ciddi anlamda etkilenmesi dikkat çekicidir. Ayrıca bulgularımız duygudurum bozukluklarında önemli bir mortalite nedeni olan intihar davranışı ile dürtüsellik arasında, literatürde sıklıkla üzerinde durulan yakın ilişkiyi de desteklemektedir. Daha önce bildirilen sonuçlardan farklı olarak major depresif olgularda depresyon dönemlerinin yanında, semptomsuz dönemlerdeki dürtüselliğin de intiharın iyi bir öngördürücüsü olduğu söylenebilir. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda, DSM-IV'te bipolar bozukluğun tanı kriterlerinde yer alan dürtüsellik belirtisinin hastalığın aktif döneminde görülen bir belirti mi yoksa kişiliğin bir parçası mı olduğunun sorgulanması fikrinin tartışmaya açılması gerekli gibi görünmektedir. Ancak bulgularımız daha geniş örneklem gruplarında uzun vadeli diğer çalışmalarla desteklenmelidir.

6.KAYNAKLAR

- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Scmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001;158:1783- 1793.
- Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001;358:949-950.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
- Najt P, Perez J, sanches M, Peluso MAM, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007;17:313-320.
- Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2009; 11: 280-288.
- Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008; 106: 241-248.
- Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* 1999; 53: 211-215.
- Peluso MA, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, Bowden CL, Barratt ES, Soares JC. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 2007;100: 227-231.
- Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Vol. 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005
- Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord.* 2001; 67: 3-19.
- Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 441- 503.

- Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clin Psychopharmacology* 1996; 16: 4-14.
- Akiskal HS, Bourgeois ML, Jules Angst ve ark.. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59:5-30.
- Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* 1995; 30: 279-292.
- Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C. The epidemiology of DSM III-R Bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997; 27: 1079-1089.
- Ball WA, Whybrow PC. Biology of depression and mania. *Current Opinion in Psychiatry* 1993; 6: 27- 34.
- Weissman NM, Bland RC, Canino GJ. Cross- national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293- 299
- Bellivier F, Golmard J, Rietschel M. Age at onset in Bipolar I Affective Dis Further evidence for three subgroups *Am J Psych* 2003; 160: 999-1001.
- Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori P. Recurrence of BPD and major depresyon. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 236-240.
- Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği , Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.*
- Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol psychiatry* 2000; 48: 445-457.
- Sourney D, Mussat I ve Mendlewicz J.Genetics of BPD, *J Affect Disord* 2000; 18: 278-286.
- Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. Genetic Studies of Bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry* 2001; 41: 6-134.
- Manning JS, Cannon PD, Sahai A. The bipolar spectrum of depression in primary care. *Arch Farm Med* 1998; 7: 63- 71.
- Mac Q, Glenda M, Young L, Trevor, Joffe, RussellT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001;103: 163- 170.
- Baron M. Genetic linkage and bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 67: 267-373.
- Yazıcı O, Kora K, Üçok A. Predictors of lithium prophylalaxis in bipolar patients. *J Affect Disord* 1999; 55: 133-142.

- Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 1. Baskı, 4. Cilt, İstanbul, CSA Medikal Yayın. 2001:1-71.
- Cayköylü A, Capoğlu I, Ünüvar N, Erdem F, Cetinkaya R. Thyroid abnormalities in lithium-treated patients with bipolar affective disorder. *J Int Med Res.* 2002; 30(1):80-4.
- Regenold WT, D'Agostino CA, Ramesh N, Hasnain M, Roys S, Gullapalli RP. Diffusion weighted Magnetic Resonance imaging of white matter in bipolar disorder: a pilot study. *Bipolar Disord* 2006; 8: 188-195.
- Gaehmi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Kindling and second messengers: an approach to the neurobiology of recurrence in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 1999; 15, 45:137-144.
- Lam D, Wong G. Prodromes , coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med* 1997; 27: 1091-1100.
- Post RM. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic. *Biol Psychiatry* 1992; 32: 469- 484.
- Bowden CL, Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression: Review. *Psichiatri Serv* 2001; 52: 51- 55.
- Hales RE, Yudofsky SC (eds). *Essentials of Clinical Psychiatry*. İstanbul: Sigma Publishing Danışmanlık ve Organizasyon Dış Tic. 2004: 250-284.
- Öztürk MO, Uluşahin A.Güdüleme. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. cilt yenilenmiş 11. baskı Ankara nobel tıp kitabevleri* 2008; 59- 66.
- Arana GW, Baldessarini RJ, Ornstein M. The dexametasone suppression test for diagnosis and prognosis in psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42: 1193 -1204
- Juruena MF, Pariante CM, Papadopoulos AS, Poon L, Lightman S, Cleare AJ. Prednisolone suppression test in depression: prospective study of the role of HPA axis dysfunction in treatment resistance. *Br J Psychiatry.* 2009; 194(4):342-9.
- Rao U, Hammen CL, Poland RE. Risk markers for depression in adolescents: sleep and HPA measures. *Neuropsychopharmacology.* 2009;34(8):1936-45.
- Piwowarska J, Wrzosek M, Radziwoń-Zaleska M, Ryszewska-Pokraśniewicz B, Skalski M, Matsumoto H, Biernacka-Bazyluk A, Szelenberger W, Pachecka J. Serum cortisol concentration in patients with major depression after treatment with clomipramine. *Pharmacol Rep.* 2009;61(4):604-11.

- Kashani JH, Carlson GA: Seriously Depressed Preschoolers. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 348- 350.
- Wender PH, Kety SS, Rosenthal D ve ark. : Psychiatric Disorders in the Biological and Adoptive Families of Adopted Individuals With Affective Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986, 43: 923- 937.
- Beck AT, Rush JA : *Cognitive therapy of Depression*, New York, Guilford Pres, 1983
- Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, comorbidity. *Can J Psychiatry* 2001; 6: 77- 90
- Horn NR, Dolan R, Elliott R, Deakin JFW, Woodruff PWR. Response inhibition and impulsivity: An fMRI study. *Neuropsychologia* 2003; 41: 1959–1966.
- Arce E, Santisteban C. Impulsivity: a review. *Psicothema* 2006; 18:213-220.
- Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology* 1999;146:348-61.
- Ainslie G. Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull* 1975; 82:463-98.
- Ho MY, Al Zahrani SS, Al Ruwaitea As, Bradshaw CM, Szabadi E. 5-hydroxytryptamine and impulse control: prospects for a behavioral analysis. *J Psychopharmacol* 1998;12:68-78.
- Brunner D, Hen R. Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836:81-105.
- Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58:95-102.
- Klenteberg B, Hallman J, Orelan L, Wirsén A, Levander S, Schalling D. Exploring the connections between platelet monoamine oxidase activity and behavior. *Neuropsychobiology* 1992;26:136-45.
- Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord* 2007;9: 206-12.
- Garland MR, Hallahan B. Essential fatty acids and their role in conditions characterised by impulsivity. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18:99-105
- L'Abate L: A family theory of impulsivity, in *The Impulsive Client*. Edited by McCown WG, Johnson JL, Shure MB. Washington, DC, American Psychological Association, 1993; 93–117
- Spinella M. Neurobehavioral correlates of impulsivity: evidence of prefrontal involvement. *Int J Neurosci* 2004;114:95-104.

- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
- Kagan J, Zentner M. Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harv Rev Psychiatry* 1996;3: 341-50.
- Hinson JM, Jameson TL, Whitney P. Impulsive decision making and working memory. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* 2003;29:298-306.
- Kısa C, Yıldırım SG, Göka E. Ataklık ve ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16:46- 54.
- Nomura M, Nomura Y. Psychological, neuroimaging and biochemical studies on functional association between impulsive behavior and the 5HT2A receptor gene polymorphism in humans. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1086:134- 143.
- Pattij T, Vanderschoren LJMJ. The neuropharmacology of impulsive behaviour. *Trends Pharmacol Sci* 2008;29;192-199.
- Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, Jimerson DC, Klein WJ, Bunney WE. Aggression, suicide and serotonin: relationships to CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry* 1982;139:741-746.
- Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Riman R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci* 1983;33:2609-14.
- Siever LJ, Buchsbaum MS, New AS, Spiegel- Cohen J, Wei T, Hazlett EA. D,l fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with (18F)fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology* 1999;20:413-23.
- Cleare AJ, Bond AJ. Experimental evidence that the aggressive effect of tryptophan depletion is mediated via the 5-HT1A receptor. *Psychopharmacology (Berl)*. 2000;147:439-41.
- Helms CM, Gubner NR, Wilhelm CJ, Mitchell SH, Grandy DK. D4 receptor deficiency in mice has limited effects on impulsivity and novelty seeking. *Pharmacol Biochem Behav* 2008;90:387-93.
- Lee R, Petty F, Coccaro EF. Cerebrospinal fluid GABA concentration: Relationship with impulsivity and history of suicidal behavior, but not aggression, in human subjects. *J Psychiatr Res* 2008.04.004

- Semenova S, Markou A. The effects of the mGluR5 antagonist MPEP and mGluR2/3 antagonist LY341495 on rats' performance in the 5 choice serial reaction time task. *Neuropharmacology* 2007;52:863-72
- Fenichel O: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, WW Norton, 1945.
- Kernberg OF: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975.
- Aronson TA: A critical review of psychotherapeutic treatments of borderline personality. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:511–528.
- Baer RA, Nietzel MT: Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: a meta-analytic review of the outcome literature. *J Clin Child Psychol* 1991; 20:400–412.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:1060–1064.
- Higgins ST, Stitzer ML, Bigelow GE, Liebson IA: Contingent methadone delivery: effects on illicit-opiate use. *Drug Alcohol Depend* 1986; 17:311–322.
- Higgins ST, Wong CJ, Badger GJ, Ogden DE, Dantrona RL: Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:64–72.
- Rifkin A, Karajgi B, Dicker R, Perl E, Boppana V, Hasan N, Pollack S: Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *Am J Psychiatry* 1997; 154:554–555.
- Coccaro EF, Kavoussi RJ: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1081–1088.
- McDougle CJ, Naylor ST, Cohen DJ, Volkmar FR, Heninger GR, Price LH: A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:1001–1008.
- Vartiainen H, Tiihonen J, Putkonen A, Koponen H, Virkkunen M, Hakola P, Lehto H: Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:348–351.
- Tariot PN, Erb R, Podgorski CA, Cox C, Patel S, Jakimovich L, Irvine C: Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *Am J Psychiatry* 1998; 155:54–61.

- Donovan SJ, Stewart JW, Nunes EV, Quitkin FM, Parides M: Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood lability: a double-blind, placebo-controlled crossover design. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 818–820
- McDougle CJ, Holmes JP, Carlson DC, Pelton GH, Cohen DJ, Price LH: A double-blind, placebo-controlled study of risperidone in adults with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:633–641
- Findling RL, McNamara NK, Branicky LA, Schluchter MD, Lemon E, Blumer JL: A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:509–516
- Greendyke RM, Kanter DR, Schuster DB, Verstrete S, Wootton J: Propranolol treatment of assaultive patients with organic brain disease: a double-blind crossover, placebo-controlled study. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174:290–294
- Musten LM, Firestone P, Pisterman S, Bennett S, Mercer J: Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD: cognitive and behavioral functions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1407–1415
- Tunaboğlu İ. Sigmund Freud ve Klasik Psikanalitik Görüşte Dürtülerin Akıbeti. *Psikanaliz Yazıları* 2002;4:11-17
- Allport GW: *Personality: A Psychological Interpretation*, New York, Holt Rinehart Winston, 1937; 12- 15
- Eysenck HJ, Eysenck MW. *Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach*. New York: Plenum, 1985.
- Eysenck HJ, Eysenck SB. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. Hodder & Stoughton, London, 1975.
- Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Eysenck Personality Inventory*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service, 1964.
- Eysenck SBG, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1977; 16:57–68.
- Gray JA. Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality* 1987; 21: 493–509.
- Gray JA. Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. In: van Goozen SHM, van de Poll NE, Sergeant J, editors. *Emotions: essays on emotion theory*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1994; 29-59.

- Buss AH, Plomin R. A temperament theory of personality development. New York: John Wiley & Sons, 1975.
- Zuckerman M, Cloninger CR. Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual Differences* 1996; 21:283–285.
- Tellegen A. Structure of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma, & J. D. Maser, *Anxiety and the anxiety disorders*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 1985; 681-706.
- Newman JP, Wallace JF. Divergent pathways to deficient self-regulation: implications for disinhibitory psychopathology in children. *Clinical Psychology Review*, 1993; 13: 699-720.
- Costa PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol* 1980;38:668-78.
- Larsen RJ, Ketelaar T. Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:132-40.
- Smillie LD, Bhairo Y, Gray J, Gunasinghe C, Elkin A, McGuffin P, Farmer A. Personality and the bipolar spectrum: normative and classification data for the Eysenck Personality Questionnaire-Revised. *Compr Psychiatry* 2009;50(1):48-53.
- Akdemir A, Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliği – güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi*, 1996; 251-259.
- Karadağ F, Young mani değerlendirme ölçeğinin Türkçe çevirisinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:107-114.
- Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M, Turhan M, Karakuş G, Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18(4):245-252.
- Hıdıroğlu C. Bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalar ve birinci derece akrabalarında dürtüsellik: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi*, 2009, İzmir
- Köse S, Sayar K, Ak İ ve ark. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 107-131.
- Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R. The development of an abbreviated form of the revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Pers Individ Dif* 1992; 13:443-449.

- Karancı N, Dirik G, Yorulmaz O. Reliability and validity studies of Turkish translation of Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18:254-261.
- Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001;35:307-12.
- McElroy SL, Pope Jr HG, Keck Jr PE, Hudson JI, Philips KA, Strakowski SM. Are impulse control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry* 1996; 37:229-240
- Sayin A, Kuruoğlu AC, Yazici Güleç M, Aslan S. Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2007;48:446-51.
- Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG. Measurement of interepisode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001;101:195-7.
- Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Moeller FG. Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord*. 2004;6:204-12.
- Matsuo K, Nielsen N, Nicoletti MA, Hatch JP, Monkul ES, Watanabe Y. Anterior genu corpus callosum and impulsivity in suicidal patients with bipolar disorder. *Neurosci Lett*. 2010 Jan 18;469(1):75-80.
- Lewis M, Scott J, Frangou S. Impulsivity, personality and bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(7):464-9.
- Glahn DC, Bearden CE, Bowden CL, Soares JC. Reduced educational attainment in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2006; 92:309–312.
- Post, R.M., Rubinow, D.R., Ballenger, J.C. Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness. *Br. J. Psychiatry* 1986; 149: 191–201.
- Freedman M. Frontal and parietal lobe dysfunction in depression: delayed alternation and tactile learning deficits. *Neuropsychologia* 1994; 32:1015–1025
- Kaiser S, Unger J, Kiefer M, Markela J, Mundt C, Weisbrod M. Executive control deficit in depression: event-related potentials in a Go/Nogo task. *Psychiatry Res* 2003; 122:169-184.
- Westheide J, Wagner M, Quednow BB, Hoppe C, Cooper-Mahkorn D, Strater B, Maier W, Kuhn KU. Neuropsychological performance in partly remitted unipolar depressive patients: focus on executive functioning. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007; 257(7):389-95.

- Ben AT, Ellouze F, Amri H, Krid G, Zouari A, M'Rad MF. Unipolar versus bipolar depression clues toward predicting bipolarity disorder. *Encephale* 2006; 32: 962-5.
- Michaelis BH, Goldberg JF, Davis GP, Singer TM, Garno JL, Wenze SJ. Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: a preliminary study. *Suicide Life-Threat Behav* 2004;34: 172–176.
- Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000;59(2):107-17.
- Kotler M, Finkelstein G, Molcho A, Botsis AJ, Plutchik R, Brown SL. Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: coping styles and social support. *Psychiatry Res* 1993;47(3):281-90.
- Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162: 1680-7.
- Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav* 2002;32:10-32.
- Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:1433-41.
- Michaelis BH, Goldberg JF, Singer TM, Garno JL, Ernst CL. Characteristics of first suicide attempts in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder. *Compr. Psychiatry*.2003; 44: 15–20.
- Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management. *CNS Spectr.* 2006;11(6):465-71.
- Pompili M, Innamorati M, Raja M, Falcone I, Ducci G. Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4(1):247-55.
- Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11):1871-7.

- Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavior and psychosocial dimensions. *J Affective Disord* 2006;92:195-204.
- Corruble E, Benyamina A, Bayle F, Falissard B, Hardy P. Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003;27:829-33.
- Horesh N, Gothelf D, Ofek H, Weizman T, Apter A. Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis* 1999; 20:8–14
- Horesh N, Rolnick T, Iancu I, Dannon P, Lepkifker E, Apter A, Kotler M: Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychother Psychosom* 1997; 66:92–96
- Apter A, Plutchik R, van Praag HM: Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87:1–5
- Feldmann TB. Bipolar disorder and violence. *Psychiatr. Q* 2001; 72: 119–129.
- Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2000; 34: 967–974.
- Logue AW. *Self-Control: Waiting Until Tomorrow for What You Want Today*. Prentice–Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1995.
- Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord*. 1999; 52(1-3):135-44.
- Neves FS, Malloy-Diniz LF, Barbosa IG, Brasil PM, Corrêa H. Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31(2):114-8.
- Rosa AR, Andreazza AC, Kunz M, Gomes F, Santin A. Predominant polarity in bipolar disorder: diagnostic implications. *J Affect Disord* 2008;107: 45-51.
- Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sánchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006 ;93:13-7.
- Skinner MD, Aubin HJ, Berlin I. Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addict Behav*. 2004; 29(5):973-8.
- Ostacher MJ, Lebeau RT, Perlis RH, Nierenberg AA. Cigarette smoking is associated with suicidality in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2009;11: 766-71.
- Sariusz-Skapska M, Czabała C, Dudek D, Zieba A, Rduch S. Personality traits in patients with unipolar and bipolar disorder. *Psychiatr Pol* 2003;37: 225-33.

