



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESYONUN DÜRTÜSELLİĞİN FARKLI
BOYUTLARI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Çağrı ÖĞÜT

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2017**



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESYONUN DÜRTÜSELLİĞİN FARKLI
BOYUTLARI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Çağrı ÖĞÜT

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Koray BAŞAR**

**ANKARA
2017**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince, bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan, araştırmanın oluşum, yazım ve değerlendirme aşamalarında yol göstericiliği ile desteklerini hep yanımda hissettiğim, bana her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşması sayesinde motivasyonumu artıran, yanında çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Koray Başar'a teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimimin en başından beri bilgi birikimini ve zamanını esirgemeyen, Doç. Dr. Yavuz Ayhan'a teşekkür borçluyum.

Asistanlık hayatım boyunca, mesleki kimliğimin oluşmasında emekleri olan, eğitimim süresince anlayış ve desteklerini esirgemeyen ve bana hep doğru yerde olduğumu hissettiren değerli hocalarım Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu'na, Prof. Dr. Kazım Yazıcı'ya, Prof. Dr. Berna Uluğ'a, Prof. Dr. Aylin Uluşahin'e, Prof. Dr. Aygün Ertuğrul'a, Prof. Dr. Suzan Özer'e, Prof. Dr. Başaran Demir'e, Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a, Prof. Dr. Elif Barışkın'a, Doç. Dr. Özlem Erden Aki'ye, Yrd. Doç. Dr. Sertaç Ak'a, Uzm. Dr. Ş. Can Gürel'e, Uzm. Dr. İrem Yıldız'a, Doç. Dr. Emine Eren Koçak'a teşekkürlerimi sunarım. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Nöroloji rotasyonlarım sırasında mesleki eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimde dostluğunu ve yardımını hep yanımda hissettiğim, sevgili kıdemlim Uzm Dr. Zuhale Kamış'a ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her anında desteğini hep yanımda hissettiğim aileme, bu yorucu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan ve büyük bir sabırla bana destek olan eşim Neslihan Demirel Öğüt'e teşekkür borçluyum.

Dr. Çağrı ÖĞÜT

ÖZET

Öğüt Ç., Majör Depresyonun Dürtüsellik Farklı Boyutları ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2017.

Amaç: Dürtüsellik birbirinden farklı nöropsikolojik ve nörobiyolojik süreçlerle şekillenen çok boyutlu bir yapıdır. Majör depresyonda dürtüsellik özellikle özkıyım riskine ve tedavi uyumuna etkisi nedeniyle önemlidir. Majör depresyonda dürtüsellik alt boyutlarının incelenmesi, özkıyım ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Mart-Eylül 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde majör depresyon tanısıyla izlenen, yapılandırılmış görüşmeyle (SCID-I) DSM-IV ölçütlerine göre tanıları doğrulanan 103 hasta araştırmaya alınmıştır. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) puanları ≤ 7 olanlardan 'Remisyonda Majör Depresyon' (RMD, n=32), HAM-D puanı ≥ 8 olanlardan 'Majör Depresyon' (MD, n=71) grupları oluşturulmuştur. Halen ve yaşam boyu ruhsal bozukluk tanısı konulmayan 30 bireyle 'Kontrol' (K) grubu oluşturulmuştur. Remisyonda anksiyete bozuklukları dışında ek tanıları dışlanmıştır. Silik bipolar bozukluk özellikleri Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'yle (DBÖ) değerlendirilmiş, özkıyım ile ilgili düşünce ve davranışlar kaydedilmiştir. Dürtüsellik Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS) ile özbildirimle, Yap/yapma Testi (YYT), Iowa Kumar Testi (IKT), Balon Analog Risk Testi (BART) uygulanarak davranışsal görevlerle değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS Statistics 17.0 kullanılarak, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Spearman testiyle yapılmıştır. Anlamlılık ölçütü olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Majör Depresyon grubunun BDÖ plan yapmama, UPPS sıkışıklık boyutlarında K grubundan daha dürtüsel olduğu, MD grubunun RMD grubundan UPPS sıkışıklık boyutundan daha yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir. Davranışsal görevlerle gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Tüm örnekleme depresyon belirti şiddeti ile tasarlama eksikliği, sıkışıklık, plan yapmama ve dikkatte dürtüsellik arasında zayıf derecede pozitif ilişki, YYT'nden elde edilen dikkatle ilgili bozukluk lehine değerlendirilen yap hedefine ihmal hata sayısı arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Majör Depresyon grubu alt gruplara ayrıldığında özkıyım düşüncesi olanlarda BDÖ toplam ve dikkatte dürtüsellik puanının, UPPS toplam ve tasarlama eksikliği ve sıkışıklık puanlarının, YYT'nde yanıt baskılanmasında yetersizliği yansıtan yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme sayısının yüksek olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişimi olanlarda bunlara ek olarak BDÖ tüm alt ölçeklerinde yüksek puan saptanmış, davranışsal görevlerde farklılık görülmemiştir.

Sonuç: Depresyon döneminde sadece özbildirim ölçekleri ile gösterilen yüksek dürtüsellik dürtüsellik durumsal olduğunu düşündürmüştür. Dürtüsellik izlem çalışmalarıyla, bu çalışmada incelenmemiş boyutlarını da içerecek şekilde araştırılmasını gerektirmektedir. Dürtüsellik ölçekleri ve davranışsal görevleri ile değerlendirilen boyutları özkıyım riski ile ilişkili bulunmuştur. Özkıyım riskinin öngörülebilmesi, tedavinin bu riske göre planlanabilmesi ve uygun tedavi yaklaşımları geliştirilmesi için depresyon döneminde dürtüsellik özkıyım ile ilişkisi ileri çalışmalarda incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Majör depresyon, dürtüsellik, özkıyım

ABSTRACT

Öğüt Ç., Relation of Major Depression with Different Dimensions of Impulsivity. Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis, Ankara, 2017.

Objectives: Impulsivity is a multidimensional construct involving diverse neuropsychological and neurobiological processes. Impulsivity is particularly important in major depression due to its influence on suicidality and medication compliance. The aim was to study impulsive features in depressed patients and their relationship to suicidality.

Method: Participants were recruited between March 2016 and September 2016 in Hacettepe University Hospitals Psychiatry Clinic. Hundred and three outpatients diagnosed as major depression, with Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) were recruited. Two groups were constituted as ‘remitted major depression’ (RMD, n=32) and ‘major depression’ (MD, n=71) based on Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) scores ≤ 7 and ≥ 8 , respectively. ‘Control group’ (C) consisted of 30 healthy individuals who were never diagnosed with any psychiatric disorder. Comorbid Axis I mental diagnosis other than remitted anxiety disorders were excluded. Subthreshold bipolarity was assessed with Mood Disorder Questionnaire (MDQ), suicidal ideation and behaviour history were recorded. Impulsivity was evaluated with self-report scales and behavioral tasks: Barratt Impulsivity Scale (BIS), UPPS Impulsive Behaviour Scale (UPPS), Go/no-go Task, Iowa Gambling Task (IGT), Balloon Analogue Risk Task (BART). Data were analyzed with Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Spearman test with SPSS Statistics 17.0. Significance level was set as $p < 0.05$.

Results: Barratt Impulsivity Scale non-planning subscale and UPPS urgency subscale scores in MD group was higher than controls, and MD group had higher UPPS urgency subscale scores than RMD group. There was no significant difference between groups in behavioral task scores. There were weak positive correlations between depression symptom severity and lack of premeditation, urgency, non-planning, and attention impulsivity, and omission errors in Go/no-go Task reflecting attention deficit, when analysed in all participants.

MD group with suicidal ideation had higher BIS total and attention impulsivity scores, UPPS total, lack of premeditation and urgency scores, and commission errors in Go/no-go Task reflecting failure in response inhibition, compared to those without suicidal ideation. In addition to these differences, MD group with lifetime history of suicide attempt had higher scores for all subscales of BIS, however there was no difference in behavioral task performances.

Conclusion: Higher impulsivity found only in self-report scales during depressive episode suggests that the impulsivity is state dependent, rather than being a trait feature. Impulsivity needs to be investigated by follow up studies including dimensions that were not assessed in this study. Various dimensions of impulsivity assessed by self-report scales and behavioral tasks were found to be related to suicide risk. The relationship between impulsivity and suicidality in depressed patients should be investigated in further studies in order to be able to predict the risk of suicide, improve management according to this risk, and to develop more effective treatment approaches.

Keywords: Major depression, impulsivity, suicide

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi ve Kapsamı	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Dürtüsellik.....	2
2.1.1. Dürtüsellik Nedir?.....	2
2.1.2. Dürtüsellik Boyutları	4
2.1.3. Dürtüsellik Değerlendirilmesi.....	5
2.1.3.1. Özbildirim Ölçekleri.....	5
2.1.3.2. Davranışsal Görevler	7
2.2. Majör Depresyon.....	13
2.2.1. Majör Depresyonda Dürtüsellik Önemi.....	15
2.2.2. Majör Depresyon ve Dürtüsellik.....	17
2.2.3. Majör Depresyonda Dürtüsellikle İlgili Araştırmalar	19
2.2.3.1. Depresyon hastalarında dürtüsellik ölçekleri ile değerlendirildiği araştırmalar	19
2.2.3.2. Depresyon hastalarında dürtüsellik davranışsal görevlerle değerlendirildiği araştırmalar	23
2.2.4. Majör Depresyonda Dürtüsellik Özkıyma İlişkisi	28
2.3. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler	33
2.3.1. Araştırmanın Amacı.....	33
2.3.2. Araştırmanın Soru ve Hipotezleri	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Örnekleme	34

3.1.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	34
3.1.2. Araştırmanın Dışında Bırakılma Ölçütleri	34
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme ve Değerlendirme Araçları	35
3.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):	35
3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu (EK-1)	35
3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (EK-2).....	35
3.2.4. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS) (EK-3).....	36
3.2.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11 (BDÖ) (EK-4)	37
3.2.6. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) (EK-5)	38
3.2.7. Özkıym ve İlişkili Düşünce ve Davranışlar Formu (ÖİDDF) (EK-6)	38
3.2.8. Yap/ yapma Testi	40
3.2.9. Balon Analog Risk Testi (BART).....	42
3.2.10.Iowa Kumar Testi (IKT)	44
3.3. Araştırmanın Deseni	49
3.4. Etik Kurul İzni	50
3.5. Araştırma Bütçesi.....	51
3.6. İstatistiksel Analiz.....	51
4. BULGULAR	52
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	52
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler	52
4.1.2. Depresyon ve Depresyon Tedavisi Öyküsü	53
4.1.3. Bedensel Hastalık ve Tedavi Öyküsü	55
4.1.4. Ailede Ruhsal Bozukluk Öyküsü.....	56
4.2. Klinik Değerlendirme Ölçekleri.....	56
4.2.1. Depresyon Belirti Şiddeti.....	56
4.2.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği.....	56
4.2.3. Özkıym ile İlişkili Düşünce ve Davranışlar.....	57
4.3. Dürtüsellik ile İlgili Değerlendirmeler.....	59
4.3.1. Dürtüsellik Özbildirim Ölçekleri ile Değerlendirilmesi	59
4.3.2. Dürtüsellik Davranışsal Görevler ile Değerlendirilmesi.....	61

4.3.3. Özbildirim Ölçekleri ve Davranışsal Görevler ile Ölçülen Dürtüsellik Boyutlarının İlişkisi	64
4.3.4. Özkıyım Düşünce ve Girişimi ile Dürtüsellik İlişkisi.....	67
5. TARTIŞMA.....	72
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	72
5.2. Dürtüsellikle İlgili Karşılaştırmalar	74
5.2.1. Dürtüsellüğün Özbildirim Ölçekleri ile Karşılaştırılması.....	74
5.2.2. Dürtüsellüğün Davranışsal Görevler ile Değerlendirilmesi.....	78
5.2.2.1. Yap/Yapma Testi	78
5.2.2.2. Iowa Kumar Testi	80
5.2.2.3. Balon Analog Risk Testi	82
5.2.3. Özkıyım Düşünce ve Girişimi ile Dürtüsellüğün Karşılaştırılması	83
5.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
7. KAYNAKLAR.....	91
8. EKLER	105
EK-1: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu	105
EK-2: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D).....	108
EK-3: UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS)	111
EK-4: Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği 11.....	114
EK-5: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ)	115
EK-6: Özkıyım ve İlişkili Düşünce ve Davranışlar Formu (ÖİDDF):.....	116
EK-7: Yap/ yapma Testi ile ilgili kullanılan parametreler	120
EK-8: Balon Analog Risk Testi ile ilgili kullanılan parametreler.....	120
EK-9: Iowa Kumar Testi ile ilgili kullanılan parametreler	121
EK-10: Aydınlatılmış onam formu	122

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	: Anksiyete Bozukluğu
AD	: Antidepresan
BART	: Balon Analog Risk Testi
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BDÖ	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11
BKE	: Borderline Kişilik Envanteri
CAA	: Çeyrekler arası aralık
DBÖ	: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği
DD	: Dikkatte dürtüsellik
DDB	: Duygudurum Bozukluğu
DPSm	: Mavi balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı,
DPSs	: Sarı balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı
DPSst	: Turuncu balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması
IKT	: Iowa Kumar Testi
İUDB	: İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu
K	: Kontrol
MD	: Majör Depresyon
Mod	: Motor dürtüsellik
Md	: Ortanca
MKB	: Madde kullanım bozukluğu
NP	: Net Puan
ÖG	: Özkıyım girişimi
ÖİDDF	: Özkıyım ve İlişkili Düşünce ve Davranışlar Formu
PY	: Plan yapmama
RMD	: Remisyonda Majör Depresyon
SBF	: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu
SCID-I	: DSM Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SS	: Standard sapma
SSRT	: Stop-signal reaction time
TG	: Tüm Grup
TK	: Toplam kazanç
TP	: Toplam patlama
TPS	: Toplam pompalanma sayısı
TPSm	: Mavi balonlar için toplam pompalanma sayısı
TPSs	: Sarı balonlar için toplam pompalanma sayısı
TPSt	: Turuncu balonlar için toplam pompalanma sayısı
TS	: Tepki Süresi
UPPS	: UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği
YHİH	: Yap Hedefine İhmal Hataları
YHYYV	: Yapma Hedefine Yanlışlıkla Yanıt Verme

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. Karar verme sürecinin farklı evreleri.....	3
Şekil 2.2. Karar verme sürecinin farklı evrelerinde dürtüsellik boyutları.	6
Şekil 2.3. Yap/yapma testi ve dur işareti tepki süresi testi	8
Şekil 2.4. Dur işareti tepki süresi testi	9
Şekil 2.5. Cambridge Kumar Testi ve Iowa Kumar Testi görünümü	10
Şekil 2.6. Değersizleştirme işlevinin daha az ve daha dürtüsel bireylerdeki standart örneği	11
Şekil 3.1. Yap/ yapma Testi görünümü	41
Şekil 3.2. Balon Analog Risk Testi'nde görev başlangıcında ekran görüntüsü	42
Şekil 3.3. Iowa Kumar Testi görünümü.....	45
Şekil 3.4. Iowa Kumar Testi'ndeki her destenin içerdiği kartlar.....	46
Şekil 3.5. Çalışmanın akış şeması.....	50
Şekil 4.1. Üç grupta Iowa Kumar Testinde (IKT) 100 kart boyunca 20'şer kartlık beş blokta net avantajlı kart seçimini skorunun değişimi.	62

TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1. Farklı dürtüsellik boyutlarını değerlendirmede kullanılan davranışsal görevler	12
Tablo 2.2. Majör depresyon tanısı konulan hastalarda dürtüsellğin özbildirim ölçekleri ile değerlendirildiği araştırmalar	21
Tablo 2.3. Majör depresyon tanısı konulan hastalarda dürtüsellğin yap/yapma testi ile değerlendirildiği çalışmalar	24
Tablo 2.4. Majör depresyon tanısı konulan hastalarda dürtüsellğin IKT ile değerlendirildiği çalışmalar.....	26
Tablo 2.5. Majör depresyon hastalarında özkıyım girişimi ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği ilişkisi	30
Tablo 2.6. Özkıyım girişimi olan ve olmayan majör depresyon hastalarının IKT bulguları açısından karşılaştırılması	32
Tablo 3.1. Iowa Kumar Testi'ndeki ödeme şeması.....	47
Tablo 3.2. Çalışmada kullanılan değerlendirme yöntemleri	49
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	53
Tablo 4.2. Katılımcıların depresyonla ilgili klinik özellikleri.....	54
Tablo 4.3. Hastaların kullanmakta oldukları antidepresan ilaçlar.....	55
Tablo 4.4. Katılımcıların ailelerinde ruhsal bozukluk öyküsü	56
Tablo 4.5. Katılımcıların HAM-D ve DBÖ puanları	57
Tablo 4.6. Katılımcılarda özkıyım girişimi ve ilişkili düşünce ve davranışlar	58
Tablo 4.7. Gruplar arasında dürtüsellğin özbildirim ölçekleri ile karşılaştırılması	60
Tablo 4.8. Gruplar arasında dürtüsellğin Yap/ yapma Testi ile karşılaştırılması	61
Tablo 4.9. Gruplar arasında dürtüsellğin IKT ile karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.10. Gruplar arasında dürtüsellğin BART ile karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.11. Özbildirim Ölçekleri ve Davranışsal Görevler ile Ölçülen Dürtüsellik ve Depresyon Belirti Şiddetinin İlişkisi	65

Tablo 4.12. MD grubunda yaşam boyu özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların BDÖ ve UPPS puanlarının karşılaştırılması	68
Tablo 4.13. MD grubunda yaşam boyu özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların IKT, BART ve yap/yapma testi sonuçlarının karşılaştırılması	69
Tablo 4.14. MD grubunda son bir ay içinde özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların BDÖ ve UPPS puanlarının karşılaştırılması	70
Tablo 4.15. MD grubunda son bir ay içinde özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların IKT, BART ve yap/yapma testi sonuçlarının karşılaştırılması	71

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Kapsamı

Majör depresyon, toplumun tüm kesimlerinde, sıkça gözlenen, kronik seyir gösteren, yinelemelerle gidebilen, belirgin düzeyde yeti yitimine yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Majör depresyonun önemine rağmen ilaç sağaltımına verilen yanıt ve düzelleme oranları beklenenin çok altındadır. Yatırımlarla tedavi gerektirecek düzeyde ağır depresyonu olan hastalarla yapılan izlem çalışmalarında % 15'i bulan özkıyım oranları bildirilmektedir (Simon ve VonKorff 1998). Bunun yanı sıra bütün özkıyımların yaklaşık %60'ında depresyonun rolü olduğu düşünülmektedir (Cavanagh ve ark., 2003; Lesage ve ark., 1994). Özkıyım ve özkıyım girişimlerinin dürtüsellikle ilişkili olduğu ve dürtüsel kişilerin daha sık özkıyım girişiminde bulduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Swann ve ark., 2005; Corruble ve ark., 1996). Bu bilgiler majör depresyonda dürtüsellikğin önemine işaret etmektedir.

Majör depresyonda uygulanan tedavilerin istenen ölçüde etkin olmamasının yanı sıra sağaltımın başarısız olmasındaki en önemli nedenlerden biri de ilaç uyumsuzluğu sorunudur. Duygudurum bozukluklarında tedavi uyumsuzluğunda eylemlerin uzun vadeli sonuçlarını değerlendirme farklılıkları ve ani karar verme gibi dürtüsellikle ilgili özelliklerin etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Liraud ve Verdoux 2001; Belzeaux ve ark., 2015). Bu nedenle majör depresyon varlığı ve klinik özellikleriyle dürtüsellikğin farklı boyutlarının ilişkilerinin bilinmesi, tedavi planlanması ve risk değerlendirmesi, hastaların tedaviye uyum sorunlarının öngörülebilmesi açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışma kapsamında psikiyatri polikliniğine başvuran, depresyon saptanan ve ayaktan tedavisi sürdürülen erişkin hastalarda dürtüsellikğin alt boyutlarının, özbildirim ölçekleri ve davranışsal görevler ile değerlendirilmesi, dürtüsellikğin özkıyım düşünce ve davranışıyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

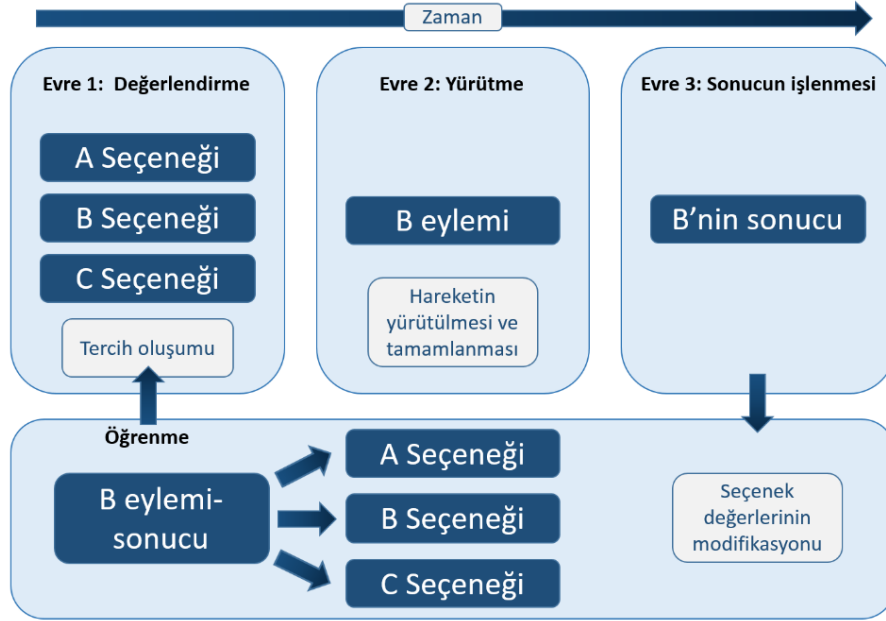
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dürtüsellik

2.1.1. Dürtüsellik Nedir?

Dürtüsellik bir eylemin sonuçlarını yeterince öngöremeden, yeterince bilgi edinmeden, uzun vadeli sonuçları düşünmeden karar verme, harekete geçme eğilimi olarak tanımlanabilmektedir (Dalley ve ark., 2011). Dürtüsellik bekleyememe, sabırsızlık, uygunsuz yanıtı baskılayamama, hemen gerçekleşecek doyumunu uzun vadeli olana tercih etme, riskli davranışlara eğilim, heyecan arayışı gibi farklı özellikler ile kendini gösterebilmektedir. Günlük hayatta fevri, tez canlı, sabırsız, gözü pek, gözü kara, atılgan, atak olarak nitelendirilen kişilerin birçok davranışıyla ilişkilendirilebilir. Dürtüsellik çok sayıda ruhsal bozukluğun çekirdek belirtileri arasında sayılmakta, DSM tanı sistemi içinde yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Dürtüsellik tanımlanması ile ilgili farklılıklar, birbirinden farklı hastalık gruplarında görülebilmesi, hastalık durumu dışında günlük hayattaki birçok davranışla ilişkilendirilebilmesi dürtüsellik çok sayıda yapı içeren bir kavram olduğunu, tek bir davranışsal, ruhsal, biyolojik karşılığı olmadığını düşündürmektedir.

Dürtüsellik bir eylemi yürütme ya da yürütmeme, birden çok eylem seçeneği olduğunda alternatifler arasında seçim yapma gibi karar verme bağlamında değerlendirilebilecek süreçlerde kendini göstermektedir. Karar verme süreci bileşenlerine ayrıldığında, bu bileşen ya da evrelerdeki bireysel farklılıklar dürtüsellik çeşitli görünümüleriyle ilişkilendirilebilmektedir. Karar verme, zamansal ve sıralı olan üç farklı süreçten oluşmaktadır (Ernst ve Paulus 2005): 1) Olası seçenekler arasından tercihlerin oluşumu ve değerlendirme, 2) Seçim ve bir eylemin yürütülmesi, 3) Deneyim veya bir sonucun değerlendirilmesi (Şekil 2.1). Chambers ve Potenza (2003) da karar verme süreci için benzer üç bileşenli bir model önermiştir: 1) Girdi: Bağlam ve davranış seçenekleriyle ilgili veri toplanması; 2) İşleme: Verilerin bilişsel değerlendirilmesi; 3) Çıktı: Eylemin yürütülmesi.



Şekil 2.1. Karar verme sürecinin farklı evreleri (Ernst ve Paulus (2005)'den uyarlanmıştır)

Karar vermenin aşamaların analizi, çeşitli dürtüsellik boyutlarının, karar vermenin hangi aşamasını etkilediğini ayırt etmeye yardımcı olabilmektedir. Bireyler arasında bu evrelerin farklı derecelerde etkilenmesinin dürtüsellik açısından bireysel farklılıkların altında yattığı öne sürülmektedir (Başar ve ark., 2010).

Evre 1: Tercihleri şekillendirme

Eylem seçeneklerinin değerlendirilmesi aşamasında, eylemin sonucun değerliği (olumlu/olumsuz), hedonik/aversif değeri, büyüklüğü, elde edilme zamanı (hemen/gecikmeyle), olasılığı (risk, eylemin sonucu belirleme gücü), belirsizliği, bu seçenekle ilgili önceki deneyimler ve onların sonuçları, kararın verildiği iç ve dış bağlam (sosyal, duygudurum vb.) gibi birçok etken tercihin gelişimini etkilemektedir. Seçeneklerle ilgili her bir özelliğin farklı bir sinir devresinde kodlandığı ve farklı nörokimyasal sistemler tarafından düzenlendiği öne sürülmektedir (Başar ve ark., 2010). Seçeneklerin bu değerlendirme sonucunda zihinde oluşturulan temsilleri değişkenlik gösterebilmektedir. Bu değişkenlik kişiler arasında ve kişinin farklı bağlamlarda yaptığı seçimler arasında farklılıklar olmasına imkan vermektedir. Bu aşamada dürtüsellik eylemin son tahlilde neden olacağı kazanç/zararın aksine seçim yapmaya sebep olabilir. Örneğin; uzun vadede olumsuz sonuçları olmasına rağmen, hemen, küçük ödülleri seçmek (dürtüsel seçim),

seçenekleri değerlendirmede güçlük ve mevcut bilgileri kullanarak uygun riskleri alamamak (dürtüsel karar verme), olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeme (tasarlama eksikliği), riskli, heyecan verici ve tehlikeli deneyimlerden hoşlanma ve bunları arama (heyecan arayışı) gibi farklı dürtüsellik boyutları seçeneklerin değerlendirildiği ve tercihlerin şekillendiği bu aşamayı etkilemektedir.

Evre 2: Eylemin yürütülmesi

İlk evrede seçilen tercih ile ilişkili hareketi başlatmak, yürütmek ve tamamlamak, bu evrenin hedefidir. Bu evrede bilişsel olarak, yarışan eylemler bastırılmalı veya inhibe edilmeli, sıralı eylemler uygulanmalı, uygun alt hedefler gözlenmeli, hatalar düzeltilmeli ve eylemlerin zamanlaması planlanmalıdır. Bu aşamada dürtüsellik çevresel koşullarda ya da uyarılarda değişikliğin ardından hareketi başlatmamakta ya da durdurmakta güçlüğe yol açabilmektedir. Örneğin, stres ve olumsuz duygulanımla deneyimlenen sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilim (sıkışıklık), sıkıcı ya da zor görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluk (sebatsızlık) gibi farklı dürtüsellik boyutları eylemin yürütüldüğü bu aşamayı etkilemektedir.

Evre 3: Sonucun değerlendirilmesi

Bu evrede seçilen hareketin sonucu değerlendirilmektedir. Eylemin sonuçlarıyla ilgili yapılan değerlendirmeler, daha sonra benzer seçimlerle karşılaşıldığında tercihlerin şekillenmesine etkide bulunabilmektedir. Farklı seçeneklerle ilgili Evre 1’de değinilen özellikler buradaki deneyime bağlı olarak öğrenme aracılığıyla güncellenmektedir.

2.1.2. Dürtüsellüğün Boyutları

Davranış bilimleri açısından, dürtü kontrolü yüksek derecede arzulanan diğer kazançlar için içsel veya dışsal olarak harekete geçirilen güçlü bir isteği düzenleyen aktif bir inhibitör mekanizma şeklinde tarif edilmektedir (Yazıcı ve ark., 2010). Bu inhibitör kontrol mekanizması sayesinde hızlı koşullanmış yanıtlar ve refleksler geçici olarak baskılanır ve böylelikle daha yavaş bilişsel mekanizmalar davranışı yönlendirebilir. Bu sürece yanıt baskılanması adı verilir. Bu bağlamda bir yanıt vermeye engel olamamak ya da gerektiğinde durduramamak ‘dürtüsel eylem’ olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsellik, dürtüsel eylemlerin yanı sıra, dürtüsel kararlar veya

seçimler şeklinde de görülmektedir. Burada ortaya çıkan ve inhibe edilen motor bir yanıt değil, bir karar verme süreci söz konusudur. Dürtüsel karar verme ya da dürtüsel seçim yapma, eylemlerin diğer olası seçenekleri veya sonuçları yeterince düşünmeden başlatılması ya da uzun erimde olumlu sonuçları olacak yönde seçimler yapmamak olarak tanımlanır (Yazıcı ve ark., 2010).

Deneylerde ölçüm geçerliliğini arttırmak için dürtüsellik temel olarak dürtüsel eylem (motor dürtüsellik) ve dürtüsel seçim ya da dürtüsel karar verme (bilişsel dürtüsellik) olarak iki ana bileşene ayrılmıştır (Arce ve Santisteban, 2006; Broos ve ark., 2012). Yeni geliştirilen testler, ölçekler ve davranışsal görevlerle elde edilen bulgularla dürtüsellik daha fazla alt boyutu olduğu düşünülmüştür.

2.1.3. Dürtüsellik Değerlendirilmesi

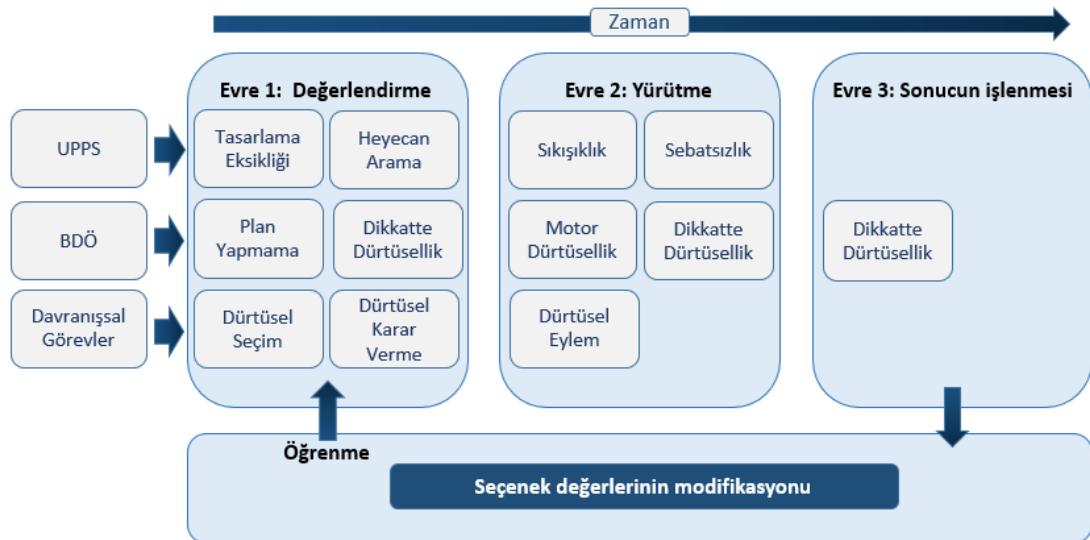
Dürtüsellik değerlendirmek için çok çeşitli yöntemler kullanılmaya gelmiştir. Bu değerlendirme araçları temelde iki sınıf altında toplanabilmektedir: Özbildirim ölçekleri ve davranışsal görevler. Bu bölümde her iki sınıftan başlıca değerlendirme araçları ve bu araçlar aracılığıyla değerlendirilebilen dürtüsellik boyutları gözden geçirilecektir.

2.1.3.1. Özbildirim Ölçekleri

Özbildirim ölçekleri kişinin davranışında uzun süreli kalıplar oluşturmuş olan çeşitli eylemler konusunda araştırmacıya bilgi sağlamaktadır. Özbildirim ölçeklerinde örnek olarak “işlerimi dikkatle planlarım”, “hızla karar veriririm” gibi maddeler kullanılmaktadır. Kişiden bu maddelerde ifade edilen eylemlerin kendisine uygunluk derecesini bildirmesi beklenmektedir. Dürtüsellik ağırlıklı olarak süreklilik gösteren yönünün değerlendirilmesi, katılımcının doğru şekilde ölçeği doldurduğuna güvenilmesinin gerekmesi, kişinin kendisiyle ilgili öznel değerlendirmesini etkileyebilecek çok sayıda değişkenin bulunması özbildirim ölçeklerinin bir kısıtlılığıdır. Ek olarak bu ölçeklerin tekrarlayan uygulamalarının sonuçları etkilemesi nedeniyle izlem çalışmalarında kullanılmaları sınırlı bilgi sağlamaktadır.

Dürtüsellik değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan özbildirim ölçeği Barratt Dürtüsellik Ölçeği'dir (BDÖ). Barratt ve arkadaşları dört farklı

perspektiften (medikal model, psikolojik model, davranışsal model ve sosyal model) elde ettikleri bilgileri kullanarak, dürtüsellik farklı boyutları ile ölçmek için dünyada ve ülkemizde en sık kullanılan ölçeklerden birisini geliştirmişlerdir (Whiteside ve Lynam 2001). Bu amaçla öz bildirim ölçekleri, bilişsel ve davranışsal görevler ve hayvanlarla yapılan beyin-davranış çalışmalarını içeren çeşitli ölçümler birleştirilmiştir (Barratt, 1993). Ernest S. Barratt tarafından 1959 yılında oluşturulan ölçekte zaman içinde bir takım değişiklikler yapılmıştır. Günümüzde hala 1995 yılında revize edilen BDÖ-11 kullanılmaktadır (Patton ve ark., 1995). Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin ‘Dikkatte Dürtüsellik’, ‘Motor Dürtüsellik’ ve ‘Plan Yapmama’ olmak üzere üç alt ölçeği vardır (Malloy-Diniz ve ark., 2015). Bu üç farklı boyut karar vermenin farklı evrelerini etkilemektedir. Plan yapmama boyutu (gelecek yerine şimdiye yönelme) seçeneklerin değerlendirildiği ve tercihlerin şekillendiği ilk evreyi etkilemektedir. Motor dürtüsellik boyutu (düşünmeden hareket etme) eylemin yürütüldüğü ikinci evreyi etkilemektedir. Dikkatte dürtüsellik boyutu (sürmekte olan göreve odaklanma eksikliği) ise seçeneklerinin değerlendirilmesi için gereken bilginin bilişsel, algısal ve duygusal yönleriyle zihinde tutulmasının gerekliliği nedeniyle değerlendirme evresini, yürütülen göreve odaklanma ve monitorizasyonun gerektiği yürütme evresini ve deneyime bağlı olarak öğrenmenin gerçekleştiği sonucun işlenmesi evresini etkilemektedir (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Karar verme sürecinin farklı evrelerinde dürtüsellik boyutları.

Upps: Upps Dürtüsel Davranış Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Daha yakın dönemde geliştirilen diğer bir ölçek UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'dir. Whiteside ve Lynam (2001) sık kullanılan dokuz farklı dürtüsellik ölçeği ve görevi üzerinde çalışarak 45 maddeden oluşan UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'ni (UPPS Impulsive Behavior Scale) oluşturmuşlardır. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'nin dört alt ölçeği vardır. Bunlar “sıkışıklık” (stres ve olumsuz duygulanım karşısında sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilim), “tasarlama eksikliği” (olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeden düşüncesizce davranma), “sebatsızlık” (sıkıcı ya da zor görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluk) ve “heyecan arayışı” (riskli, heyecan verici ve tehlikeli deneyimlerden hoşlanma ve bunları arama) alt ölçekleridir. Karar verme süreci üzerinden değerlendirildiğinde heyecan arama ve tasarlama eksikliği boyutlarının seçeneklerin değerlendirildiği ve tercihlerin şekillendiği ilk evreyi etkilediği; sıkışıklık ve sebatsızlık boyutlarının eylemin yürütüldüğü ikinci evreyi etkilediği düşünülmektedir. Şekil 2.2'de özetlenmiştir.

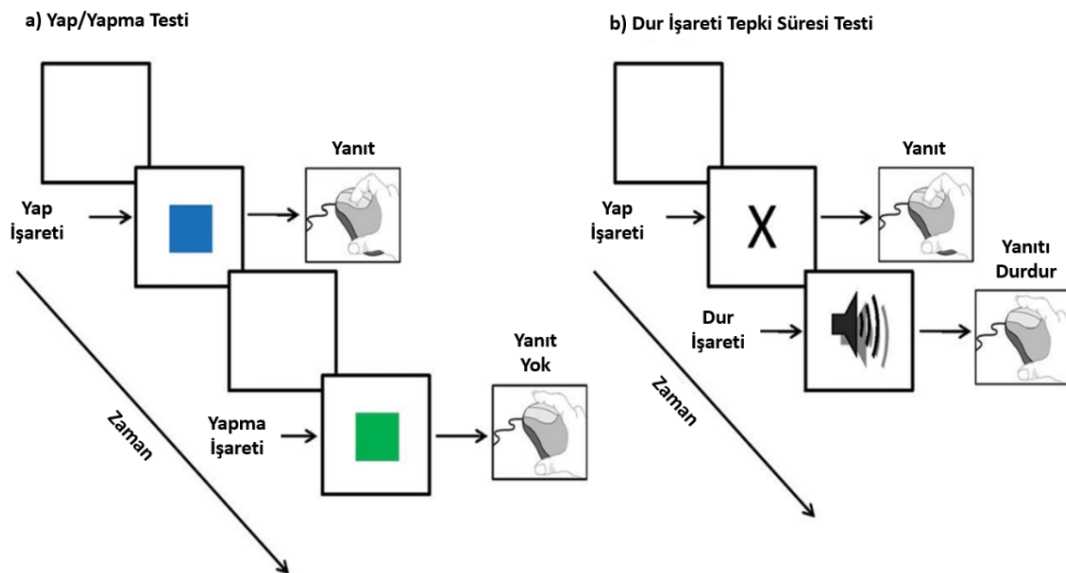
2.1.3.2. Davranışsal Görevler

Dürtüsel davranışların farklı yönlerine odaklanan birtakım davranışsal görevler geliştirilmiştir. Davranışsal görevlerde kişiden tanımlanmış bir durumda bir eylemi başlatması/başlatmaması, başladığı bir eylemi sürdürmesi/durdurması, birden çok seçenek arasında seçimler yapması beklenmektedir. Görev süresince farklı koşullarda yineleyen denemelerde kişinin sergilediği performanstan elde edilen verilerden, dürtüsellikinin belirli boyutlarına işaret eden değişkenler hesaplanabilmektedir. Davranışsal görevler dürtüsel eylemi (motor dürtüsellik) ölçenler ve dürtüsel seçim ya da dürtüsel karar vermeyi (bilişsel dürtüsellik) ölçenler şeklinde iki ana kategoriye ayrılabilirler. Dürtüsel eylemin (motor dürtüsellik) ve dürtüsel seçim ya da dürtüsel karar vermenin (bilişsel dürtüsellik) ölçülmesinde kullanılan testler Tablo 2.1.'de özetlenmiştir (Fineberg ve ark., 2014).

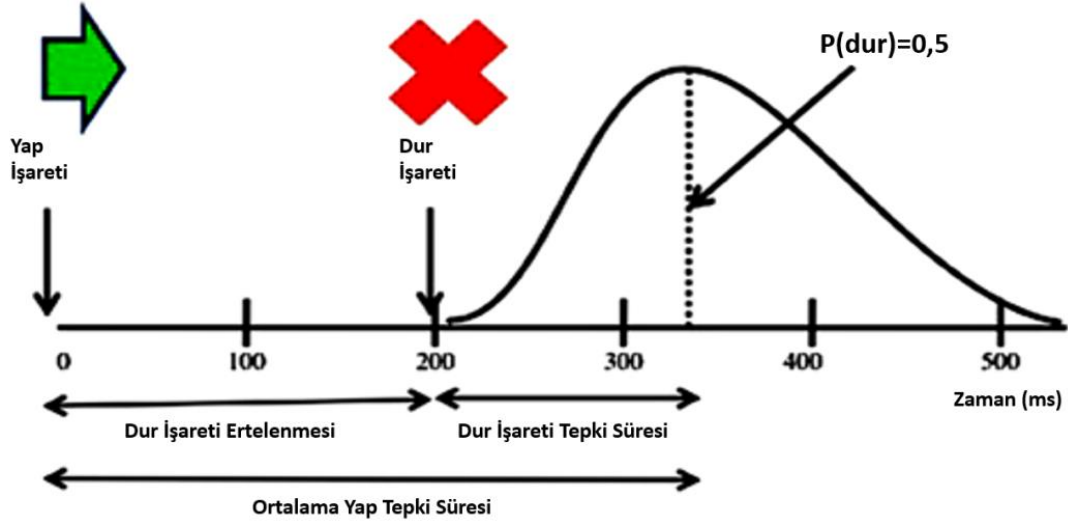
Dürtüsel eylem yanıt baskılanmasını değerlendiren görevlerle incelenmektedir. Yanıt baskılama süreçlerini değerlendirmede en yaygın kullanılan iki test yap/yapma testi ('go/no-go') ve dur işareti tepki süresi ('stop-signal reaction time', SSRT) testidir. Yap/yapma testinde katılımcılardan hedeflenen işaret ('yap') görüldüğünde yanıt vermesi, diğer işaretlere (yapma) yanıt vermemesi beklenir.

Testin sonucunda yap ve yapma hedeflerine verilen yanıtlar değerlendirilerek dikkat ve dürtüsellik ile ilişkili fikir elde edilmektedir.

Dur işareti tepki süresi testinde ise benzer şekilde katılımcılar “yap” işareti görüldüğünde yanıt verirler, ancak hedeflenen işareten bir süre sonra “dur” işareti oluşursa, başlatmış oldukları yanıtı durdurmaya çalışırlar. Bu iki test arasındaki temel ayrım yap/yapma testinde daha başlanmadan önce yanıtın durdurulması beklenirken; dur işareti tepki süresi testinde motor yanıtın daha sonraki bir aşamada durdurulmaya çalışılmasıdır. Koşullarda değişiklik ya da yeni uyarıların belirmesiyle hareketi başlatmamak (‘action restraint’) ve yürütülmeye başlanmış hareketi durdurmak (‘action cancellation’) farklı zihinsel süreçlerdir. Testlerin işleyişi Şekil 2.3’de gösterilmiştir. Dur işareti tepki süresi testinde “yap” ve “dur” sinyalleri arasındaki süre her katılımcı için görevin seyri boyunca bir izleme algoritması kullanılarak değiştirilir. Bu şekilde, tetiklenmiş motor komutunun durdurulması için gereken sürenin ölçüsü olan dur işareti tepki süresinin hesaplanmasını sağlar. Testle ilgili olası değişkenler Şekil 2.4’de gösterilmiştir. Karar verme aşamaları üzerinden değerlendirildiğinde, yap/yapma testi ve dur işareti tepki süresi testleri ile değerlendirilen dürtüsel eylemin, eylemin yürütüldüğü ikinci aşamayı etkilediği düşünülmektedir (Şekil 2.2).



Şekil 2.3. Yap/yapma testi ve dur işareti tepki süresi testi (López-Caneda ve arkadaşları'ndan (2014) uyarlanmıştır)



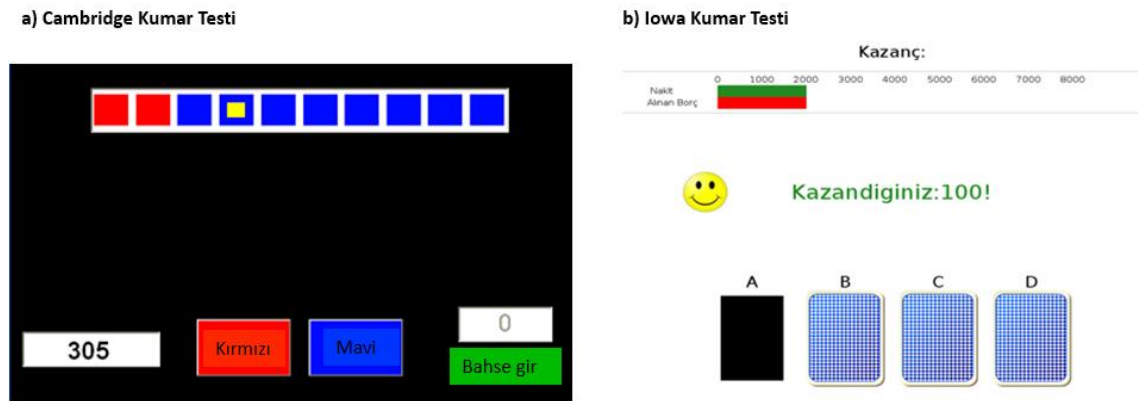
Şekil 2.4. Dur işareti tepki süresi testi (Jahanshahi'den (2013) uyarlanmıştır)

Karar vermeyele ilgili dürtüsellik genel olarak kumar testleri ile değerlendirilir. Cambridge Kumar Testi (CKT) karar vermenin farklı bileşenlerini ölçer. Cambridge Kumar Testi'nde soldan sağa doğru kırmızı ve mavi renklerden oluşan on kutu sıralanmıştır (Şekil 2.5a). Her bir denemede mavi ve kırmızı kutuların oranları rastgele değişmektedir. Deneklere, bilgisayarın her seferinde kutulardan rastgele birinin içine sarı bir işareti sakladığı bilgisi verilmektedir. Deneklerden işaretin hangi kutunun (kırmızı veya mavi) içinde olduğu hakkında karar vermesi ve daha sonra bu kararı için puanlarının ne kadarı ile bahse gireceğini, zamanla değişen seçenekler arasından seçmesi istenmektedir. Görev boyunca yüz ardışık tahmin yapılması beklenmektedir. Bu testin sonunda dürtüsel karar verme şu şekilde tanımlanır: i) kişinin puanlarının büyük oranı ile kumar oynaması, ii) riskli (kazanma ihtimali az olan) seçeneğin orantısız şekilde fazla tercihi veya iii) orantısız şekilde harcama ve tüm parayı kaybetme (iflas etme).

Iowa Kumar Testinde ise A, B, C ve D şeklinde isimlendirilmiş 4 deste iskambil kağıdı bulunmaktadır (Şekil 2.5b). Deneklerin farklı desteler arasından seçim yapmalarına izin verilmektedir. A ve B destelerindeki kartlar, C ve D destelerindekilere göre genelde daha büyük ödül kazandırır; ancak bu destelerin seçilmesi daha sık oranda ancak öngörülemez cezalandırma içermektedir. Bu sebeple A ve B destelerindeki kartlar görece daha büyük kayıplara neden olmaktadır. Uzun vadede net kayıpla sonuçlanan A ve B dezavantajlı desteler olarak

adlandırılırken, uzun dönemde net kazançla sonuçlanan C ve D avantajlı desteler olarak adlandırılır. Iowa Kumar Testinde dürtüsel karar verme uzun dönemde net kayıpla sonuçlanacak olan, daha büyük ödül kazandırmasına rağmen, diğer seçimlere göre daha fazla ve öngörülemeyen cezalandırma içeren seçimlerin (dezavantajlı seçimler) daha sık yapılması ile ilişkilidir.

Iowa Kumar Testi ile CKT karşılaştırıldığında, CKT’de risk altında karar verilirken olasılıklar daha açık ve belirliken, İKT’nde seçeneklerin daha belirsiz olması nedeniyle diğer karıştırıcı bilişsel süreçlerin daha fazla rol oynadığı düşünülmektedir. Karar verme sürecinde İKT ve CKT gibi davranışsal görevlerle değerlendirilen dürtüsellik boyutunun seçeneklerin değerlendirildiği ve tercihlerin şekillendiği ilk evrede kendini gösterdiği düşünülmektedir (Şekil 2.2).

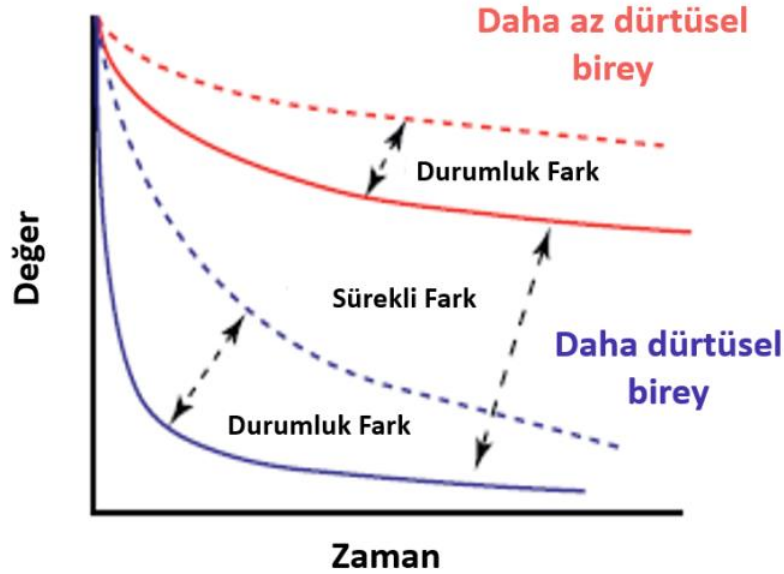


Şekil 2.5. Cambridge Kumar Testi ve Iowa Kumar Testi görünümü

a) Cambridge Kumar Testi (katılımcı henüz mavi kutular üzerine bahis oynamış ve ödüllendirilmiştir) (Bibby (2016)’dan uyarlanmıştır). **b)** Iowa Kumar Testi görünümü (katılımcı henüz A destesini seçmiş ve 100 lira ile ödüllendirilmiştir).

Dürtüsel seçim hazzı ertelemede güçlük nedeniyle uzun vadede olumsuz sonuçları olmasına rağmen, hemen veya daha kısa gecikmeyle elde edilebilen, daha küçük ödülleri seçmek olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsel seçim bazı karar verme ile ilgili davranışsal görevler ile teorik olarak ölçülebilirken, daha sıklıkla bu amaç için özel olarak tasarlanmış gecikme ile değersizleştirme (‘temporal discounting’) görevleri ile ölçülür. Katılımcılar hemen kazanılan küçük ödüller ile bir gecikme sonrası kazanılan daha büyük ödüller arasında seçim yaparlar. Gecikme ile değersizleştirme fonksiyonu, gecikmenin seçeneğin zihindeki temsili değeri üzerindeki etkisidir. Seçeneklerin birey tarafından öznel olarak değerlendirilmesini

etkileyerek seçim üzerine etkili olur. Daha fazla gecikme ile değersizleştirme, aynı süreyle gecikmeyle bir ödülün daha keskin bir şekilde değer kaybetmesine neden olur, böylece de daha dürtüsel seçime yol açar (Şekil 2.6). Karar verme süreci bağlamında değerlendirildiğinde dürtüsel seçimin, seçeneklerin değerlendirildiği ve tercihlerin şekillendiği ilk evreyi etkilediği düşünülmektedir (Şekil 2.2).



Şekil 2.6. Değersizleştirme işlevinin daha az ve daha dürtüsel bireylerdeki standart örneği

Bireyler arasında süreklilik gösteren fark, bireyin davranışlarında duruma bağlı değişkenlik gösteren fark gösterilmiştir. (Peters ve Büchel (2011)'den uyarlanmıştır)

Refleks dürtüsellik karar vermeden önce çevreden yeterli bilgi toplamama eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Cambridge Bilgi Örnekleme Görevi gibi davranışsal görevlerde kişilerin görev sürecinde sorulara cevap vermeden önce ne miktarda bilgi topladıkları değerlendirilmektedir. Karar verme süreci üzerinden değerlendirildiğinde tercih etmek için yeterli bilginin elde edilmemiş olması nedeniyle ilk aşamadan da önce bir döneme denk geldiği düşünülmüştür.

Tablo 2.1. Farklı dürtüsellik boyutlarını değerlendirmede kullanılan davranışsal görevler (Fineberg ve arkadaşları (2014)’ten uyarlanmıştır).

Nörobilişsel Alan	Tanım	Davranışsal Görev
Motor	Çevre değişikliğini takip eden	Yap/yapma testi
Dürtüsellik	motor yanıtları durdurmada güçlük	Dur İşareti Tepki Süresi Testi
Dezavantajlı Karar verme	Seçenekleri değerlendirmede güçlük ve mevcut bilgileri kullanarak uygun riskleri alamamak	Iowa Kumar Testi, Cambridge Kumar Testi, Cambridge Nöropsikolojik Test Bataryası
Dürtüsel Seçim	Hazzı ertelemede güçlük. Uzun vadede olumsuz sonuçları olmasına rağmen, hemen, küçük ödülleri seçmek	Gecikme ile Değersizleştirme Görevi
Refleks Dürtüsellik	Karar vermeden önce yeterli bilgi toplamamak	Cambridge Bilgi Örnekleme Görevi

Dürtüsellüğün laboratuvar ölçümlerinin farklı içeriklerle tekrarlanabilir olması izlem çalışmalarında kullanılabilmesini sağlayan bir avantajdır. Bu ölçümlerin dezavantajı da seçeneklerin değerlendirilmesi ve davranışın bileşenlerini ayrı ayrı ele almakla ilgili güçlükler, kişi ve ortamla ilgili karıştırıcı etkenlerden etkilenmesidir. Bu görevlerin önemli bir avantajı laboratuvar hayvanlarında insanlardakine karşılık gelecek deney düzenekleri geliştirilebilmesidir (Moeller ve ark., 2001). Böylece insanlarda yapılamayacak olan, dürtüsellüğün farklı boyutları ile ilgili nörobiyolojik süreçlerle ilgili araştırmalar yürütülebilmektedir. Bunun yanı sıra davranışsal görevlerin görüntüleme sırasında yürütülmesinden elde edilen işlevsel görüntüleme bulguları da dürtüsellikle ilgili beyin süreçlerinin anlaşılmasına önemli katkılarda bulunmuştur (Mitchell ve Potenza 2014).

Farklı değerlendirme araçları ile yapılan araştırmalar, dürtüsellüğün, herbirinin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri kendine özgü birkaç farklı nörokognitif mekanizmadan temel aldığını göstermiştir. Son derlemelerde dürtüsellüğün dört boyutundan bahsedilmektedir (Fineberg ve ark., 2014):

1. Karar vermeden önce yeterli bilgi toplamamak
2. Seçenekleri değerlendirmede güçlük ve mevcut bilgileri kullanarak uygun riskleri alamamak
3. Hazzı ertelemede güçlük; uzun vadede olumsuz sonuçları olmasına rağmen, hemen, küçük ödülleri seçmek
4. Çevresel koşullarda ya da uyarılarda değişikliğin ardından hareketi başlatmamakta ya da durdurmakta güçlük

Bu boyutların bilinmesi ve incelenmesi farklı hastalıklarda dürtüselliğin farklı yönlerinin rol oynaması nedeniyle önemlidir. Bulimiya nervozada stres ve olumsuz duygulanım karşısında sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilim (sıkışıklık), antisosyal kişilik bozukluğunda olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeme (tasarlama eksikliği), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda sıkıcı ya da zor görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluk (sebatsızlık), madde kullanım bozukluğunda riskli, heyecan verici ve tehlikeli deneyimlerden hoşlanma ve bunları arama (heyecan arayışı) ön plandadır (Whiteside ve Lynam 2001). Bazı durumlarda aynı ruhsal bozukluğun farklı evrelerinde dürtüselliğin farklı boyutları etkin olabilmektedir. Örneğin, madde kullanım bozukluklarının gelişmesinde heyecan arayışı, sürdürülmesinde sıkışıklık ve tasarlama eksikliği önplanda olabilmektedir (Kalivas ve Volkow, 2005).

Sonuç olarak herhangi bir ruhsal bozuklukta dürtüsellik araştırıldığında, tek bir değerlendirme aracı ile, dürtüselliğin tek bir boyutunun değerlendirilmesi mevcut bilgi birikimi göz önünde bulundurulduğunda yeterli kabul edilmemektedir.

2.2. Majör Depresyon

Majör depresyon, toplumun tüm kesimlerinde sıkça gözlenen, kronik seyir gösteren, yinelemelerle gidebilen, yetiyitimine yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon epidemiyolojisine ilişkin yapılan çalışmalarda, araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişik oranlar bildirilmişse de, sıklık ve yaygınlığının yüksek olduğu konusunda görüş birliği vardır (Kaya ve Kaya, 2007). Majör depresyon ruhsal bozukluklar içinde en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip hastalıktır. Major depresyon yaşam boyu yaygınlık oranı %5 ile %17 arasında değişmektedir (Akiskal 2009). Tahmini yıllık sıklığın erkeklerde %3,2 iken

kadınlarda % 4,9 olduğu bildirilmiştir (Üstün ve ark., 2004). Major depresyon her yaşta görülebilse de, ergenlikle birlikte sıklığında artış görülmektedir. İlk majör depresyon dönemi yaşı Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Araştırması'nda (ECA) 27,4, Hollanda Ruhsal Sağlık İzlem ve Sıklık (NEMESIS) çalışmasında 29,9 bulunmuştur (de Graaf ve ark., 2003).

Toplumda yaygın olarak karşılaşılan bir ruhsal bozukluk olmasının yanı sıra, önemli ölçüde yeti yitimine neden olması majör depresyonu önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yaptığı Hastalıkların Toplam Yükü Çalışması'nda ('The Global Burden of Disease'), depresyona bağlı yeti yitiminin ilk sırada yer aldığı ve bütün hastalıklara bağlı yeti yitimi ile geçen yılların %12'sine denk geldiğini göstermiştir (Üstün ve ark., 2004). Benzer şekilde ülkemizde de yineleyici depresif bozukluk, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yürütülen 'Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi' sonuçlarına göre; yeti yitimine yol açma bakımından ilk sırada, hastalık yükü sıralamasında dördüncü sırada yer almıştır (Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, 2004).

Bireyin işlevselliğindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra depresyon aynı zamanda ölüm riski açısından da önem taşır. Depresyonun bedensel hastalıklarla birarada bulunması, eşlik eden bedensel hastalığın gidişini olumsuz etkilemekte, yeti yitimini ve ölüm riskini artırmakta ve prognozu olumsuz yönde etkilemektedir (Katon ve ark., 2007; Pan ve ark., 2011; Kessler, 2012). Ruhsal ve bedensel olumsuz etkilerinin yanı sıra beraberinde getirdiği özkıyım riski de depresyonun birey ve toplum sağlığı açısından önemini arttırmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar majör depresyon hastalarının % 15'inin hayatlarının bir döneminde özkıyım girişiminde buldukları sonucunu vermektedir (Chen ve ark., 1996). Tamamlanmış özkıyımların % 60'ında hastanın majör depresyonu vardır (Lesage ve ark., 1994; Cavanagh ve ark., 2003) ve depresyon özkıyım riskini 20 kat artırmaktadır (Osby ve ark., 2001).

Yaygınlığı, birey ve toplum üzerindeki olumsuz etkilerinin boyutu ve yol açtığı hastalık yükü gibi nedenlerle depresyonun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğundan kuşku yoktur. Buna rağmen depresyon hastalarının ancak yaklaşık %40'ı tedavi edilmektedir (Ebmeier ve ark., 2006). Geçtiğimiz yüz yılın son yarısından

itibaren depresyonun ilaçla tedavisiyle ilgili önemli ilerleme yaşanmış, çok sayıda tedavi seçeneği geliştirilmiştir (López-Muñoz ve Alamo 2009).

Majör depresyon sağaltımında ana hedef en kısa zamanda düzelme sağlamaktır. Randomize kontrollü klinik ilaç çalışmalarında görülmüştür ki uygun doz, yeterli süreyle kullanılmasına, ilaç uyumunun yeterli olmasına rağmen ilk verilen antidepresan ilaca %30'a yakın hasta yanıt vermemiştir (Crismon ve ark., 1999). Üçüncü ve dördüncü antidepresan denemesinden sonra bile dirençli hastaların oranı sırasıyla yüzde 15-25 ve yüzde 10 olarak bildirilmiştir (Rihmer ve ark., 2016). Gerçek klinik uygulama içinde yanıtın incelendiği, çok merkezli, büyük örneklemlerle STAR*D çalışmasında ilk basamakta kullanılan antidepresanla 12 hafta tedavi sonrası hastaların sadece %50'sinde yanıt görülmüştür (Triverdi ve ark., 2006). Kontrollü çalışmalarla etkinlikleri gösterilen bu tedavi seçenekleri ile beliren iyimser hava, son yıllarda geniş örneklemlerle izlem çalışmalarının bulgularıyla kaybolmuştur (Howland 2008).

Uygun şekilde tedavisi planlandığı halde, hastaların önemli bir bölümünde beklendiği kadar yüksek oranlarda yanıt alınmamakta, birden çok tedavi değişikliği yapılmasına rağmen hastaların önemli bir bölümünde düzelme sağlanamamaktadır. Tedavi hedeflerine ulaşmakla ilgili bu güçlüğü yanında, mevcut antidepresan tedavilerin etki başlangıçları gecikmeyle olmaktadır. Tedaviyle ilgili bu özellikler, hastalar tedaviye erişebildiklerinde dahi, depresyonla ilgili yeti yitiminin ve özkıyım riskinin bir süre daha devam etmesine neden olmaktadır. Tedaviyle ilgili bu sınırlılıklar yeni tedavi seçenekleri geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu gelişme depresyonun farklı bileşenleri, nörobiyolojisi ve tedavisiyle ilgili araştırmalardan elde edilecek bilgilerle mümkün olabilecektir.

2.2.1. Majör Depresyonda Dürtüselliğin Önemi

Dürtüsellik ve özkıyım riski

Dürtüsellik uzun zamandır özkıyım girişimleriyle ilgili önemli yeri olan bir özellik olarak görülmektedir. Özkıyım, erken ve önlenemez ölümlerin en önemli sebeplerinden biridir. Araştırmalar özkıyım girişimi sonucu ölen kişilerin %90'ında bir ruhsal bozukluk tanısının konulabileceğini göstermektedir (Bertolote ve Fleischmann 2002). Ruhsal bozukluğu olan kişilerde özkıyım riski olmayanlara

oranla 5-15 kat yüksektir (Harris ve Barraclough 1997). Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin yarısından çoğunda duygudurum bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Cavanagh ve ark., 2003; Arsenault-Lapierre ve ark., 2004). Bir kuşak izlem çalışması kapsamında 49 yıl izlenen majör depresyon hastalarında özkıyım oranı %3,4 olarak bulunmuştur (Thomson 2012). Bir başka çalışmada ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde majör depresyon tanısı ile izlenen hastalarda özkıyım girişimi yaygınlığı %10,4 olarak saptanmıştır (Riihimäki ve ark., 2014). Bu yüksek oranlar depresyon tedavisinde özkıyım riskinin değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Depresyonun varlığı özkıyım düşüncesinin önemli bir yordayıcısı olmakla birlikte, kendi başına girişimde bulunanlarla özkıyım düşüncesi olduğu halde girişimde bulunmayanlar arasında ayırım yapılmasını sağlayamamaktadır (Klonsky ve ark., 2016). Çökkünlüğü olan kişilerde özkıyım riskini artıran etkenler arasında erkek cinsiyet, ailede ruhsal hastalık olması, umutsuzluk duygusu, madde ve alkol kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ek tanıları yer almaktadır (Hawton ve ark., 2013). Dürtüselliğe özellikle de özkıyım düşüncelerinden özkıyım girişimine geçişteki rolüne vurgu yapılmaktadır (Bryan ve Rudd 2006). Bazı özkıyım ve özkıyım girişimlerinin dürtüsellekle ilişkili olduğu ve dürtüsel kişilerin daha sık özkıyım girişiminde bulduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Swann ve ark., 2005; Corruble ve ark., 1996). Ancak aksi yönde bulgular da bildirilmiştir (Anestis ve ark., 2014). Majör depresyon hastalarında dürtüselliğin özkıyım ile ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçlarının çelişkili olması, özkıyım düşüncesi ve özkıyım davranışı ile ilgili terminolojide tutarsızlıklar olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu konuda yapılacak çalışmalarda özkıyım düşüncesi ve davranışının yeni tanımlamalar ışığında ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Dürtüsellik ve tedavi uyumu

Çökkünlük sağaltımında başarısız olunmasındaki en önemli nedenlerden biri de ilaç uyumsuzluğu sorunudur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında antidepresan tedavi önerilen hastaların en az dörtte birinin ilacı ya hiç almadığı ya da iki haftadan uzun süreli kullanmadığı bildirilmiştir (Van Geffen ve ark., 2009). Beş çalışmanın incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında antidepresan tedaviye uyumsuzluk oranlarının %13 (ilaç reçete edilmesinin başında) ile %55,7 arasında değiştiği bildirilmiştir (Sansone ve Sansone 2012). Düzenli kullandığını söyleyen hastalarda

bile kan düzeyi incelemeleri ilaç uyumunun hastanın bildirdiği gibi olmadığını göstermektedir (Yoshimura ve ark., 2010). Depresyonun yinleme riskini en fazla artıran etkenin sağaltıma uyumsuzluk olduğu bilinmektedir (Gopinath ve ark., 2007).

Genel olarak tedavi uyumsuzluğunda evsizlik, depresyon, psikiyatrik hastalık, madde kullanımı, bilişsel işlevlerde bozukluk, unutkanlık, öfke, psikolojik stres, anksiyete, hastalığa azalmış içgörü, tedavilerin etkinliğine inanmama, tedavinin karışıklığı, yan etkilerin şiddeti ve maliyet gibi faktörlerin etkili olduğu gösterilmiş olmakla birlikte (Krüger ve ark., 2005), eylemlerin uzun vadeli sonuçlarını değerlendirme farklılıkları ve ani karar verme gibi dürtüsellikle ilgili özellikler de tedavi uyumsuzluğunda rol oynuyor olabilir.

İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısıyla izlenen hastalarda ötimik dönemde saptanan dürtüsellik plan yapmama boyutunun şiddeti ile tedavi uyumsuzluğunun ilişkili olduğu gösterilmiştir (Belzeaux ve ark., 2015). Genel olarak duygudurum bozukluklarında tedavi uyumsuzluğunda eylemlerin uzun vadeli sonuçlarını değerlendirme farklılıkları ve ani karar verme gibi dürtüsellikle ilgili özelliklerin etkili olduğunu gösterilmiştir (Liraud ve Verdoux 2001). Ancak dürtüsellik majör depresyon hastalarının tedavi uyumlarına olan etkisi henüz çalışılmamıştır. Majör depresyon hastalarında, özellikle hastaların ötimik dönemlerinde, dürtüsellik değerlendiren çalışmalar eksik olduğu için, dürtüsellik farklı boyutlarının iki uçlu duygudurum bozukluğundaki gibi hastalığın kötü gidişatı, özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimleri ve tedavi uyumsuzluğuna katkısı tam olarak bilinmemektedir.

Depresyonun klinik izlemi ve tedavisi ile ilgili önemli bir rolü olabileceği halde depresyonla dürtüsellik ilişkisi üzerine yapılmış çalışma sayısı sınırlıdır. Dürtüsellik depresyon tanısı konulan kişilerde genel toplumdan farklı olup olmadığı, fark varsa bunun duruma bağlı mı, sürekli mi olduğu, dürtüsellik depresyon belirtileri ve özkıyım ilişkisinin bilinmesi hastaların değerlendirilmesi, tedavi planlanması ve izlemine katkıda bulunacaktır.

2.2.2. Majör Depresyon ve Dürtüsellik

Duygudurum bozukluklarında dürtüsellikle ilgili çalışmalar daha çok iki uçlu duygudurum bozukluğu (İUDB) hastaları ile yapılmıştır. Özbildirim ölçekleri ile dürtüsellik değerlendirildiği çalışmalarda, İUDB tanısı konulan hastalarda hem

mani hem de depresyon dönemlerinde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında dürtüselliğin yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastalık dönemlerinde BDÖ'nün motor dürtüsellik, plan yapmama ve dikkatte dürtüsellik boyutlarında alınan puanların sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu saptanmıştır (Peluso ve ark., 2007, Strakowski ve ark., 2009; Swann ve ark., 2003). Davranışsal görevlerde dürtüselliğin yüksekliğine işaret edecek şekilde, mani dönemindeki hastalarda, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, yanıt baskılamasının daha kötü olduğu (Najt ve ark., 2005; Strakowski ve ark., 2009), gecikme ile değersizleştirmenin daha büyük ölçüde gerçekleştiği (Clark ve ark., 2001; Strakowski ve ark., 2009) gösterilmiştir. İki uçlu duygudurum bozukluğu depresyon döneminde ise, gecikme ile değersizleştirmenin daha büyük olduğu, hastaların daha dürtüsel seçimler yaptıkları (Murphy ve ark., 2001), seçenekleri değerlendirmede güçlük yaşadıkları ve mevcut bilgileri kullanarak uygun riskleri alamadıkları (Rubinsztein ve ark., 2006; Adida ve ark., 2011) gösterilmiştir.

Kontrollerden bu farklılığın, ruhsal bozukluk belirtilerinin görüldüğü dönemlerle sınırlı olup olmadığını anlaşılması, bozukluk belirtilerinin olmadığı (hastanın ötimik olduğu) düzelme dönemlerinde hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ile mümkün olmuştur. Yakın tarihli bir metaanaliz çalışmasına, ötimik İUDB hastalarının, sağlıklı kontrollerle dürtüsellik açısından karşılaştırıldığı on yedi çalışma dahil edilmiştir (Saddichha ve ark., 2014). Ötimik İUDB hastalarında Barratt Dürtüsellik Ölçeğine göre, dürtüselliğin her üç boyutunun da sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunduğu ve "Plan yapmama" boyutunun diğer iki dürtüsellik boyutuna göre daha fazla arttığı gösterilmiştir. Bu bulgu dürtüselliğin hastalık durumundan çok, süreğen bir özellik olarak İUDB varlığıyla ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Bunun ötesinde, İUDB'nda ötimik dönemlerde yüksek dürtüselliğin, dikkatsiz araba kullanma (Smith ve ark., 2008), madde kullanma (Swann ve ark., 2004), tedaviye uyumun zayıf olması (Sublette ve ark., 2009; Belzeaux ve ark., 2015) gibi yıkıcı sonuçları olabilecek davranışların yanı sıra düşük yaşam kalitesi ile de ilişkili olduğu (Kim ve ark., 2013) gösterilmiştir. Yakın tarihli bir başka çalışmada İUDB'nda öz bildirim ölçekleri (BDÖ) ile mani döneminde saptanan artmış dürtüselliğin, hastaların belirtilerinin yatışmasının daha uzun sürmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Dawson ve ark., 2014).

İki uçlu duygudurum bozukluğu ve dürtüsellik ile ilişkili yapılan çalışmalarda; öz bildirim ölçekleri ve davranışsal görevler ile değerlendirilen dürtüsellik boyutlarının iki uçlu duygudurum bozukluğunun her döneminde artmış olduğu ve ötimik dönem de dahil artmış dürtüsellik madde kötüye kullanımı, tedavi uyumunun azalması ve yaşam kalitesinin düşmesi ile ilişkileri gösterilmiştir.

2.2.3. Majör Depresyonda Dürtüsellikle İlgili Araştırmalar

Daha yaygın görülen bir duygudurum bozukluğu olmasına rağmen, majör depresyonda dürtüsellik görece daha az incelenmiştir. Depresyon ve dürtüsellik ilişkisini araştırmak için dürtüsellik belirtilerin tanı konulması için yeterli düzeyde devam ettiği depresyon döneminde ya da belirti şiddetinin tanı eşiğinin altına düştüğü remisyon (düzelme) döneminde değerlendirilebilmektedir. Dürtüsellikle ilgili sağlıklı kontrollerden farklılıklar dürtüsellik depresyon dönemleriyle sınırlı olması durumunda bu ilişkinin durumsal olduğu öne sürülebilecektir. Hastaların ötimik oldukları remisyon döneminde de sağlıklı kontrollerden farklı bulunması halinde ise depresyon ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin süreklilik gösteren bir özellik olduğu düşünülebilecektir. Alanyazında her iki dönemde de yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Depresyon tanısı konulmuş hastalarda dürtüsellik öz bildirim ölçekleri ya da dürtüsellikle ilgili davranışsal görevleri ile incelenmektedir. Öz bildirim ölçekleri ile yapılan değerlendirme depresyon döneminde belirtilerin kişinin dürtüsellikini değerlendirmesine olası etkileri nedeniyle davranışsal görevlere göre sınırlı bilgi sağlayabilmektedir.

2.2.3.1. Depresyon hastalarında dürtüsellik öz bildirim ölçekleri ile değerlendirildiği araştırmalar

Kesitsel olarak öz bildirim ölçekleri ile dürtüsellik majör depresyon hastaları ve sağlıklı kontrol grupları arasında karşılaştırıldığı çalışmalar Tablo 2.2'de özetlenmiştir. Majör depresyon tanısı konulmuş hastalarda dürtüsellik UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğiyle değerlendirildiği araştırma bulunmamaktadır. Bu amaçla yaygın olarak BDÖ kullanılmıştır. Majör depresyon belirtilerinin devam ettiği sırada hastalarla sağlıklı kontroller arasında karşılaştırma yapmak üzere

dürtüselliğin öz bildirim ölçekleri ile incelendiği az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların ilkinde, Peluso ve arkadaşları (2007) yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile majör depresyon tanısı konulmuş 24 hasta ve 51 sağlıklı bireyi kesitsel olarak BDÖ ile karşılaştırmıştır. Majör depresyon hastalarının ölçeğin plan yapmama (PY), motor dürtüsellik (MoD), dikkatte dürtüsellik (DD) gibi tüm boyutlarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek puanlar aldığı, yüksek dürtüsellik sergiledikleri gösterilmiştir (Peluso ve ark. 2007). Ancak bu çalışmada anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği hastalar çalışmadan dışlanmamıştır. Değerlendirme yapıldığı sırada majör depresyon dışında ruhsal bozukluk tanısı konulmayan 56 hasta ve 56 sağlıklı bireyin karşılaştırıldığı diğer çalışmada, majör depresyon dönemi sırasında hastaların sadece MoD boyutunda sağlıklı kontrollerden daha yüksek puanlar aldığı gösterilmiştir (Hur ve Kim 2009).

Westheide ve arkadaşları (2007) kısmen remisyonda olan majör depresyon hastalarını sağlıklı kontrollerde karşılaştırdıklarında BDÖ puanları açısından anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir. Ötimik dönemdeki majör depresyon hastalarında, sağlıklı kontrollere göre, plan yapmama, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik gibi dürtüselliğin tüm boyutlarında artış olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (Henna ve ark., 2013; Perroud ve ark., 2011) dikkatte dürtüsellik ve motor dürtüsellik boyutlarında (Ekinci ve ark., 2011) veya sadece motor dürtüsellik boyutunda artış olduğunu gösteren (Peluso ve ark., 2007) çelişkili çalışma sonuçları bildirilmiştir. Ancak, Perroud ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında remisyon bir ölçek değerlendirmesi veya klinik görüşme sonucuna göre değil, yatarak tedavi edilen hastaların taburcu edilmesi ile tanımlanmıştır. Bu çalışmalar arasında sadece Ekinci ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların majör depresyon dışında ruhsal bozukluk tanısı bulunmamaktadır. Ancak, bu çalışmada da majör depresyon grubundaki hastaların %36'sında daha önce psikotik özellikli depresif dönem öyküsü olması ve özkıyım girişimi oranının yüksek (%43) olması bulguların genellenmesini güçleştirmektedir.

Tablo 2.2. Majör depresyon tanısı konulan hastalarda dürtüsellik ölçekleri ile değerlendirildiği araştırmalar

Çalışma	Grup	Örneklem (n)	Yaş: Ort (SS)	Tanı*	Ek tanı	Depresyon HAM-D	BDÖ Bulgular				Notlar
							Tp	DD	M	PY	
Henna ve ark 2013	RMD	25	35,6 (12,8)	SCID-I	Eksen II	<6					MKB+ dürtüsellik ↑
	K	136	37,1 (14,0)		AB, MKB		↑	↑	↑	↑	
Westheide ve ark 2007	RMD	15	45,1 (11,4)	Klinik	Eksen I, II	<13	≈	≈	≈	≈	Depresyon şiddeti ile DD ↑
	K	15	42,1 (9,8)								
Ekinci ve ark 2011	RMD	60	35,9 (6,9)	Klinik	Yok	<7					
	K	50	31,9 (9,5)				↑	↑	↑	≈	
Perroud ve ark 2011	RMD	186	43,2(11,4)	DIGS	NA	NA					Remisyon ölçekle değerlendirilmemiş.
	K	143	45,8(13,3)				↑	↑	↑	↑	
Peluso ve ark 2007	MD	24	37,0 (13,5)	SCID-I	Eksen II	18,0 (5,2)					
	RMD	10	46,0 (10,2)		AB	5,3 (7,2)	↑	↑	↑	↑↑	
	K	51	34,6(10,9)			1,1 (1,4)	≈	≈	↑	≈	
Hur ve Kim 2009	MD	56	40,1 (15,0)	Klinik	Yok	24,2 (3,3)					
	K	56	37,3 (4,0)				↑	≈	↑	≈	
Tavares ve ark 2007	MD	25	38,6 (1,7)	Klinik	Eksen I, II	25,5 (1,6)					İlaç kullanmayan hastalar
	K	25	34,8 (1,8)				≈	NA	NA	NA	
Sher ve ark 2003	MD	158	36,3 (11,9)	Klinik	Eksen I, II	21,5 (5,8)					
	K	32	38,9 (16,0)				↑	NA	NA	NA	

MD: Majör Depresyon Grubu; K: Kontrol Grubu; HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği; M: Motor dürtüsellik; DD: Dikkatte dürtüsellik; PY: Plan yapmama; MKB: Madde kullanım bozukluğu, AB: Anksiyete Bozukluğu; DIGS: Diagnostic Interview for Genetic Studies, ≈: Gruplar arasında anlamlı fark yok, SCID: DSM Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, NA: belirtilmemiş, ↑: Kontrolle göre daha yüksek, ↑↑: MD>RMD

*: Tanı konulma yöntemi, **: MD grubunda izin verilen ek tanımlar,

Khait ve arkadaşları (2005) farklı tanımlar konulmuş duygudurum bozukluğu hastalarını (90 depresyon döneminde, 35 remisyon döneminde majör depresyon hastası, 25 depresyon döneminde iki uçlu duygudurum bozukluğu hastası ve 2 distimik bozukluk hastası), sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıklarında, BDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ancak bu çalışmada her bir tanı konulan grupta sağlıklı kontroller arasında karşılaştırma yapılmadığı ve dürtüsellikle ilgili alt ölçeklerin değerlendirilmediği görülmüştür.

Yakın tarihli bir metanaliz çalışmasına, ötimik depresyon hastalarının sağlıklı kontrollerle BDÖ kullanılarak karşılaştırıldığı dokuz çalışma (Hur ve Kim, 2009; Westheide ve ark., 2007; Westheide ve ark., 2008; Tavares ve ark., 2007; Ekinci ve ark., 2011; Perroud ve ark., 2011; Peluso ve ark., 2007; Khait ve ark., 2005; Sher ve ark., 2003) dahil edilmiştir (Saddichha ve ark., 2014). Metaanaliz sonucunda, düzelme döneminde dahi depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha dürtüsel özellikleri olduğu sonucuna varılmış, bu farklılığın dürtüsellik hangi boyutlarıyla ilgili olabileceği çalışılmamıştır. Ancak, metaanalize alınan çalışmalar tek tek incelendiğinde bazılarının remisyon ölçütlerini karşılamadığı (Hur ve Kim, 2009; Westheide ve ark., 2008; Tavares ve ark., 2007; Westheide ve ark., 2007; Sher ve ark., 2003) ya da remisyonun nesnel ölçümlerle değerlendirilmediği (Perroud ve ark., 2011) görülmüştür.

Majör depresyon ile dürtüsellik ilişkisinin özbildirim ölçekleri kullanılarak değerlendirildiği sadece bir izlem çalışması vardır (Corruble ve ark., 2003). Bu çalışmada BDÖ yanı sıra Dürtüsellik Derecelendirme Ölçeği ('Impulsivity Rating Scale) ve Dürtü Kontrol Ölçeği ('Impulse Control Scale') bir arada uygulanmış, tüm ölçek maddelerini içerecek şekilde faktör analizi yapılmıştır. İzlem başında ve sonunda dürtüsellikte değişim faktör analizi ile elde edilen üç boyut (bilişsel/plan yapmama, kontrol kaybı ve motor) kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada da, majör depresyon tanılı bireylerde, tedaviden dört hafta sonra dürtüsellik alt boyutlarında azalma olduğu gösterilmiştir. Üç boyutta BDÖ maddelerinden alınan puanlar karşılaştırıldığında, toplam puanın yanı sıra bilişsel/plan yapmama ve motor dürtüsellik puanlarında anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. Ancak dürtüsellik tedavi yanıtı ile ilişkisi çalışılmamıştır.

Sonuç olarak depresyonda dürtüselliğin öz bildirim ölçeklerinden sadece BDÖ kullanılarak incelenmiş olduğu, çalışmaların tanı, ek tanı, remisyon ölçütleri açısından heterojen oldukları, birçok çalışmanın çok küçük örneklemelerde yürütüldüğü görülmüştür. Depresyon belirtilerinin devam ettiği dönemde hastaların dürtüsellik boyutlarının tümü ya da bir bölümünde sağlıklı kontrollerden yüksek puanlar aldığı gösterilmiştir. Remisyon dönemi ile ilgili bulgular ise çelişkilidir.

2.2.3.2. Depresyon hastalarında dürtüselliğin davranışsal görevlerle değerlendirildiği araştırmalar

Dürtüsellikle ilgili öz bildirim ölçeklerinin, kişinin hastalık durumundan bağımsız olarak süregelen dürtüsel özelliğini değerlendirdiği düşünülerek, davranış görevleri kullanılarak da karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar Tablo 2.3 ve Tablo 2.4'te özetlenmiştir.

Tablo 2.3. Majör depresyon tanısı konulan hastalarda dürtüsellüğün yap/yapma testi ile değerlendirildiği çalışmalar

Çalışma	Örneklem (n)	Yaş: Ort(SS)	Tanı*	Ek tanı**	Depresyon	Değerlendirme	Bulgular		
	MD K	MD K					YHYV	YHİH	TS
Westheide ve ark 2007	15	45,1 (11,4)	Klinik	Eksen I, II	HAM-D < 13	Standart YYT	↑	≈	NA
	15	42,1 (9,8)							
Ruchsow ve ark 2008	21	40,1 (9,1)	Klinik	Eksen II	HAM-D = 13,1 ±6,6	Modifiye YYT	≈	≈	≈
	21	37,3 (13,4)							
Ruchsow ve ark 2006	10	37,5 (11,6)	Klinik	Eksen II	HAM-D ₂₁ = 12,8 ±6,5	Modifiye YYT	≈	≈	≈
	10	33,3 (12,8)							
Diler ve ark 2014	10	15,9 (1,1)	Klinik	Eksen I, II	CDRS-R= 65,8 ±13,3	Standart YYT	≈	≈	≈
	10	15,6 (1,2)							
Zhang ve ark 2016	20	27,4 (5,0)	SCID-I	Eksen I, II	HAM-D = 21,1 ± 2,1	Standart YYT	≈	≈	↑
	20	26,2 (3,7)							
Zhang ve ark 2016	21	70,8 (6,9)	SCID-I	Eksen I, II	HAM-D = 21,5 ± 3,0	Standart YYT	≈	≈	↑
	20	68,1 (4,8)							
Zhang ve ark 2007	20	> 60	Klinik	Eksen I, II	HAM-D = 19,78 ± 3,8	Standart YYT	≈	↑	↑
	19	> 60							
Katz ve ark 2010	11	73,1	Klinik	Eksen I, II	HAM-D > 17	Standart YYT	↑	↑	≈
	11	73,4							

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; MD: Majör Depresyon Grubu; K: Kontrol Grubu; YHYV: Yapma hedefine yanlılıkla yanıt verme, YHİH: Yap hedefine ihmal hataları, TS: Tepki Süresi; MINI: Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik görüşme formu, SCID-I: DSM Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, YYT: Yap/yapma testi, NA: belirtilmemiş, ≈: Gruplar arasında anlamlı fark yok, ↑: MD grubunda daha yüksek *: Tanı konulma yöntemi, **: MD grubunda izin verilen ek tanıları

Depresyon hastalarında dürtüselliğin Yap/Yapma Testi ile değerlendirildiği çalışmalar Tablo 2.3'de özetlenmiştir. Biri dışında çalışmaların tümü depresyon belirtileri devam ederken, Westheide ve arkadaşlarının (2007) çalışması ise kısmi remisyondayken yürütülmüştür. Çalışmaların tümü küçük örneklem gruplarında gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçimi (yaş, ek tanı gibi özellikler), depresyon belirtilerinin varlığı (remisyon, kısmen remisyon ve depresyon), yap/yapma testinin uygulanma biçimi ile ilgili çalışmalar arasında farklılıklar dikkat çekicidir. Bununla birlikte sadece iki çalışmada (Westheide ve ark., 2007; Katz ve ark., 2010) motor dürtüsellekle ilgili olduğu düşünülen yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme (YHYV) yüksek bulunmuştur. Dikkat bozukluğuna işaret edecek şekilde tepki süresi ve yap hedefine ihmal hatalarının sağlıklı kontrollerden yüksek bulunduğu çalışmalar belirli yaş aralıklarında (21-36 ve 60-80 yaş) örneklemelerde yürütülmüştür (Zhang ve ark., 2007; 2016).

Sonuç olarak çalışmaların büyük çoğunluğu depresyon döneminde hastaların yanıtın baskılanması açısından sağlıklı bireylerden farklı olmadığına işaret etmektedir. Orta düzeyde depresyon belirtileri devam ederken yanıt baskılanması açısından dürtüselliğin yüksek bulunduğu tek çalışma ileri yaş grubunda yapılmıştır (Katz ve ark., 2010). Anlamlı fark gösterilen diğer çalışma ise kısmi remisyonda hastalarla yapılmıştır (Westheide ve ark., 2007). Bu nedenle mevcut bulgular bir sonuca varmak için yeterli görülmemektedir.

Depresyon döneminde dürtüselliğin IKT ile değerlendirildiği çalışmalar Tablo 2.4'te özetlenmiştir. Çalışmaların ikisi dışında tanılar yapılandırılmış görüşme kullanılmadan konulmuştur. Bir çalışma hariç (Oldershaw ve ark., 2009) majör depresyon dışında Eksen I bozuklukların dışlanmadığı görülmektedir. Bununla birlikte sadece iki çalışmada, majör depresyon hastalarında karar verme süreçlerindeki dürtüselliğin yüksekliğine işaret edecek şekilde son bloklardan (Blok 3, Blok 4 ve Blok 5) alınan net puanların daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Must ve ark 2006; Cella ve ark., 2010). On sekiz yaş altı ve 60 yaş üzeri örneklemelerle yapılan çalışmalarda bu bulgular tekrarlanamamıştır (McGovern ve ark., 2014; Han ve ark., 2012, Oldershaw ve ark 2009). Dürtüsel seçim yapmanın belirteci olarak kullanılan toplam net puanın belirtildiği hiçbir çalışmada, sağlıklı kontrollerle depresyon hastaları arasında fark bildirilmemiştir.

Tablo 2.4. Majör depresyon tanısı konulan hastalarda dürtüselliğin IKT ile değerlendirildiği çalışmalar

Çalışma	Örneklem(n)	Yaş:ort(SS)	Tanı*	Ek tanı**	Depresyon	Bulgular					
						MD K	MD K	B1	B2	B3	B4
Cella ve ark., 2010	19	35,8 (10,1)	SCID-I	Eksen I, II	NA	≈	↓	↓	↓	↓	NA
	20	35,1 (9,3)									
Must ve ark., 2006	30	43,8 (9,6)	MINI	Eksen I	HAM-D: 15(5)	≈	≈	↓	↓	↓	NA
	20	42,5(10,7)									
Westheide ve ark., 2007	15	45,1 (11,4)	Klinik	Eksen I, II	HAM-D<13	≈	≈	≈	≈	≈	≈
	15	42,1 (9,8)									
McGovern ve ark., 2014	60	>60	Klinik	Eksen II	HAM-D >18	≈	≈	≈	≈	≈	≈
	36	>60									
Han ve ark., 2012	31	17,4 (1,6)	Klinik	Eksen I, II	BDE: 21 (12)	NA	NA	NA	NA	NA	≈
	30	17,5 (1,6)									
Smoski ve ark., 2008	41	37,9 (8,7)	Klinik	Eksen I, II	HAM-D >13	NA	NA	NA	NA	NA	≈
	44	36,7 (10,3)									
Oldershaw ve ark., 2008	22	15,7 (1,3)	Klinik	Yok	DDA:33,5 (11)	NA	NA	NA	NA	NA	≈
	57	15,8 (1,5)									

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri, DDA: Duygudurum ve Duygular Anketi ('Mood and Feelings Questionnaire'); MD: Majör Depresyon Grubu; K: Kontrol Grubu; IKT: Iowa Kumar Testi, B: Blok, NP: Net Puan, B1: 1-20., B2: 21-40., B3: 41-60., B4: 61-80., B5: 81-100. kartlar arasında kazanılan net puan; MINI: Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik görüşme formu, SCID-I: DSM Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, NA: belirtilmemiş, ≈: Gruplar arasında anlamlı fark yok, ↑: MD grubunda daha yüksek, ↓: MD grubunda daha düşük

*: Tanı konulma yöntemi, **: MD grubunda izin verilen ek tanımlar

Dürtüsel karar verme ile ilgili diğer bir görev olan Gecikme ile Değersizleştirme Görevi (Delay Discounting Task) kullanılarak majör depresyon tanısı konulmuş hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, majör depresyon sırasında dürtüsellik yüksekliğine işaret edecek şekilde gecikme ile değersizleştirmenin daha büyük ölçüde gerçekleştiği gösterilmiştir (Pulcu ve ark., 2014). Bu çalışmada majör depresyon belirtileri devam eden 24 hasta, düzelme dönemindeki 29 hasta ve 29 sağlıklı bireyin Gecikme ile Değersizleştirme Görevi performansları karşılaştırılmıştır. Halen depresif belirtileri olan hastalarda ötimik depresyon hastalarına ve kontrollere oranla gecikme ile değersizleştirmenin daha büyük ölçüde gerçekleştiği gösterilmiş ve dürtüsel özelliklerin duruma bağlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç olarak dürtüsel seçimle ilgili bir görev performansında farklılık bildiren çalışmalar varsa da, depresyon hastalarının sağlıklı kontrollerden daha dürtüsel olduğu gösterilememişse de, tek bir çalışmada başka bir görev kullanılarak dürtüsel seçim yapmakla ilgili duruma bağlı bir bozukluk olabileceği sonucuna varılmıştır.

Yukarıdaki çalışma bulguları, bazı boyutlarda majör depresyon döneminde hastaların sağlıklı kontrollerden daha dürtüsel olduğunu düşündürmektedir. Ancak, bu çalışmalarda farklı sonuçların bulunmuş olması, örneklem sayılarının küçük olması, tanı konulurken yapılandırılmış görüşme kullanılmamış olması, örneklem seçimi (yaş, ek tanı gibi özellikler), depresyon belirtilerinin varlığı, testlerin uygulama biçimi ile ilgili yöntem farklılıkları nedeniyle meydana gelmiş olabilir. Depresyon belirtilerinin devam ettiği dönemde olduğu öne sürülen farklılıkların, düzelme dönemlerinde de davranışsal görevlerle incelenmesi gereklidir.

Depresyon hastalarının dürtüsellik çeşitli boyutlarında sağlıklı bireylerden farklı olup olmadığı, bu farklılığın depresyon dönemleri ile sınırlı olup olmadığı ile ilgili araştırma bulguları kesin sonuçlara varmaktan uzak görünmektedir. Dürtüsellik sadece öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmesinin, dürtüsellikle ilgili sonuçlara varmak için yeterli bir yöntem olmadığı düşünülmektedir. Hem öz bildirim ölçekleri, hem de davranışsal görevler yürütülen çalışmalarda tutarsız sonuçlara ulaşılmıştır. Depresyon hastalarında, belirtilerin sürdüğü ve yatıştığı dönemlerde, çeşitli dürtüsellik boyutlarının, öz bildirim ölçeklerinin yanı sıra farklı davranışsal

görevlerin de kullanılarak, önceki çalışmaların kısıtlılıklarının üstesinden geldiği, daha geniş örneklerle incelenmesine gereksinim duyulmaktadır.

2.2.4. Majör Depresyonda Dürtüselliğin Özkıyım İlişkisi

Majör depresyon hastalarında özkıyım, erken ve önlenbilir ölümlerin en önemli sebeplerinden biridir. Remisyon veya depresyon dönemlerinde artmış olan dürtüselliğin özkıyım ile ilişkisinin değerlendirilmesi majör depresyon hastalarında özkıyım riskinin anlaşılabilmesi için gereklidir.

Özkıyım riski girişimin kendisiyle olduğu gibi, özkıyım düşüncesinin varlığı ile de artmaktadır. Alanyazında özkıyım düşüncesinin varlığına göre majör depresyon hastalarını dürtüsellik açısından karşılaştıran iki çalışma mevcuttur. Westheide ve arkadaşları (2008) özkıyım düşüncesi olan 14 majör depresyon hastası, özkıyım düşüncesi olmayan 15 majör depresyon hastası ve 29 sağlıklı birey dürtüsellik açısından karşılaştırılmıştır. Özbildirime dayanan BDÖ ile yapılan değerlendirmede dikkatte dürtüsellik boyutunun özkıyım düşüncesi olan majör depresyon hastalarında, diğer iki gruba göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Özkıyım düşüncesi olan majör depresyon hastalarının diğer iki gruba göre Iowa Kumar Testinden, dürtüselliğin yüksekliğine işaret edecek şekilde puan aldıkları gösterilmiştir. Benzer şekilde Yap/yapma testinde özkıyım düşüncesi olan hastalarda yanıt baskılanmasında bozukluğa işaret edecek şekilde yapma hedefine yanlılıkla yanıt verme sayısının sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dürtüsellikle ilgili diğer bir özbildirim ölçeği olan UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile yapılan kesitsel bir çalışmada, özkıyım düşüncesinin, sıkışıklık ve tasarlama eksikliği olan katılımcılarda daha sık olduğu gösterilmiştir (Klonsky ve ark., 2010).

Dolayısıyla, hem özbildirim ölçekleri, hem de davranışsal görevlerle yapılan değerlendirmeler, majör depresyonda özkıyım düşüncesi varlığının dürtüselliğin hem bilişsel, hem de motor bileşenleriyle ilişkili olduğuna işaret etmektedir.

Özkıyım girişimi olan ve olmayan majör depresyon hastalarında, dürtüselliğin özbildirim ölçekleri ile değerlendirildiği çalışmalar Tablo 2.5'de özetlenmiştir. Bu çalışmaların hiçbirinde majör depresyon dışında ek ruhsal bozukluğu olan katılımcıların dışlanmadığı görülmektedir. Bu çalışmaların beşinde

depresyon dönemindeki hastalar değerlendirmeye alınırken, sadece bir çalışmada remisyon dönemindeki hastalar değerlendirilmiştir (Henna ve ark., 2013). Depresyon dönemindeyken değerlendirme yapılan araştırmalardan birinde çalışma tamamlanmış özkıyım sonrası hasta yakınlarından alınan bilgi ile yürütülmüştür (Dumais ve ark., 2005). Bununla birlikte sadece iki çalışmada (Mann ve ark., 1999; Perroud ve ark., 2011) BDÖ toplam puanlarında artış olduğu, diğer çalışmalarda majör depresyon hastalarında özkıyım girişimi ile BDÖ puanları arasında anlamlı fark görülmediği bildirilmiştir. Klonsky ve arkadaşları (2010) ise UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğiyle özkıyım davranışının ise sadece sıkışıklık boyutu ile ilişkili olduğunu, diğer dürtüsellik boyutları ile anlamlı düzeyde ilişki olmadığını göstermiştir.

Tablo 2.5. Majör depresyon hastalarında özkıyım girişimi ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği ilişkisi

Çalışma	Örneklem(n)	Yaş: Ort (SS)	Tanı*	Ek tanı	Depresyon	BDÖ Bulgular				Notlar
						HAM-D	TP	DD	M	
Mann ve ark., 1999	184	32,0 (9,5)	SCID-I	Eksen I,II	26,3 (9,8)	↑	NA	NA	NA	% 51'i MD (93 ÖG+, 83 ÖG-)
	159	32,7 (11,1)								
Corruble ve ark., 2003	36	39,2 (11,5)	Klinik	Eksen I,II	22 (5,2)	≈	≈	≈	≈	
	91									
Henna ve ark., 2013	3	35,6 (12,8)	SCID-I	Eksen II AB, MKB	<6	≈	≈	≈	≈	
	22									
Dumais ve ark., 2005	104	40,6 (14,4)	SCID-I	Eksen I,II	NA	≈	NA	NA	NA	yakınların bildirim
	74	43,0 (10,8)								
Park ve ark., 2016	31	31,3(11,6)	MINI	Eksen I,II	19,8 (6,4)	≈	NA	NA	NA	
	69	39,3 (12,4)								
Perroud ve ark., 2011	117	43,2 (11,4)	Klinik	Eksen I,II	NA	↑	↑	≈	≈	
	69									

MD: Majör Depresyon Grubu; K: Kontrol Grubu; HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği; M: Motor dürtüsellik; DD: Dikkatte dürtüsellik; PY: Plan yapmama; MKB: Madde kullanım bozukluğu, AB: Anksiyete Bozukluğu; SCID: DSM Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, MINI: Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik görüşme formu, NA: belirtilmemiş, ≈: Gruplar arasında anlamlı fark yok, ↑: ÖG+ grubunda daha yüksek, ↓: ÖG+ grubunda daha düşük

*: Tanı konulma yöntemi, **: MD grubunda izin verilen ek tanımlar

Öz bildirim ölçekleriyle saptanan yüksek dürtüsellikle özkıyım girişimi arasında ilişkiye işaret eden çalışmalar olmakla birlikte, birbiriyle tutarsız çalışma sonuçları mevcuttur.

Özkıyım girişimi olan ve olmayan majör depresyon hastalarında, dürtüsellik IKT ile değerlendirildiği çalışmalar Tablo 2.6'da özetlenmiştir. Remisyonda ve kısmen remisyonda (HAM-D<12) olan majör depresyon hastaları ile yapılan çalışmalarda özkıyım girişimi olanlarda karar verme süreçlerindeki dürtüsellik yüksekliğine işaret edecek şekilde net puanların (NP) daha düşük olduğu bildirilmiştir (Jollant ve ark., 2010; Richard-Devantoy ve ark., 2016). Beklenmedik şekilde depresyon dönemindeki hastalarla yapılan çalışmalarda özkıyım girişimi olan ve olmayan hastalarda karar verme süreçlerinde dürtüsellik açısından fark gösterilememiştir (Oldershaw ve ark., 2009, Gorlyn ve ark., 2013). Bridge ve arkadaşlarının (2012) ruhsal bir hastalığı olan katılımcılarla yaptığı bir çalışmada ise özkıyım girişimi olan hastalarda olmayanlara oranla dürtüsellik yüksek olduğu gösterilmiştir; ancak bu çalışmada majör depresyon tanısı konulmuş hastalar için dürtüsellik açısından karşılaştırma yapılmamıştır.

Yakın tarihli bir metaanaliz çalışmasına, özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış unipolar depresyon hastalarının IKT ile saptanan karar verme süreçlerindeki dürtüsellik karşılaştırıldığı altı çalışma dahil edilmiştir (Richard-Devantoy ve ark., 2016). İntihar girişiminde bulunmuş unipolar depresyon hastalarının, diğer gruba göre Iowa Kumar Testinden, dürtüsellik yüksekliğine işaret edecek şekilde düşük sayıda avantajlı seçim yaptıkları gösterilmiştir. Ancak bu metaanalize alınan çalışmalar da tek tek incelendiğinde, dahil edilen iki çalışmanın (Bridge et al., 2012; Gorlyn et al., 2013) sadece unipolar depresyon hastalarını içermediği görülmüştür.

Sonuç olarak özkıyım girişimi olan ve olmayan depresyon hastalarında IKT ile değerlendirilen dürtüsel seçim yapma açısından farklılığa işaret eden çalışmalar varsa da, aksi yönde sonuçlara da ulaşılmıştır.

Tablo 2.6. Özkıyım girişimi olan ve olmayan majör depresyon hastalarının İKT bulguları açısından karşılaştırılması

Çalışma	Örneklem(n)		Yaş: Ort(SS)	Tanı*	Ek tanı	Depresyon	Bulgular					Notlar		
	ÖG+	OG-					ÖG+	OG-	B1	B2	B3		B4	B5
Jollant ve ark 2010	13	12	38	43	MINI	Eksen II	HAM-D<7	≈	↓	≈	≈	↓	↓	
Richard Devantoy ve ark 2016	141	83	38,3 (12,3)	33,2 (12)	MINI	Eksen I,II	HAM-D<12	NA	NA	NA	NA	NA	↓	ÖG+:%27,9 MKB ÖG-:%15,9 MKB
Oldershaw ve ark 2009	54	22	15,8 (1,5)	15,7 (1,3)	Klinik	Eksen II	DDA: 33(13) DDA: 34(11)	NA	NA	NA	NA	NA	≈	ÖG değil, kendine zarar verme girişimi
Goryln ve ark 2013	26	46	35,9 (12)	37,8 (11)	SCID-I	Eksen I,II	HAM-D>16	≈	≈	≈	≈	≈	≈	İUDB dahil
Bridge ve ark 2012	40	40	15,5 (1,4)	15,6 (1,4)		Eksen I,II	NA	≈	≈	≈	≈	↓	↓	%55'i DDB(+); gruplarda farklı oranlarda

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; MD: Majör Depresyon; İUDB: İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu, DDB: Duygudurum Bozukluğu, ÖG: Özkıyım girişimi olan grup, K: Kontrol grubu; İKT: Iowa Kumar Testi, B: Blok, NP: Net Puan, B1: 1-20., B2: 21-40., B3: 41-60., B4: 61-80., B5: 81-100. kartlar arasında kazanılan net puan, DKB: Dürtü kontrol bozukluğu, DDA: Duygudurum ve Duygular Anketi, MINI: Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik görüşme formu, SCID-I: DSM Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, NA: belirtilmemiş, ≈: Gruplar arasında anlamlı fark yok, ↓: ÖG grubunda daha düşük

2.3. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

2.3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran, depresyon tanısıyla izlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden erişkin hastalarda dürtüselliğin alt boyutlarının, öz bildirim ölçekleri ve davranışsal görevler ile değerlendirilmesi, dürtüselliğin özkıyım düşünce ve girişimiyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.3.2. Araştırmanın Soru ve Hipotezleri

Bu araştırmada cevaplanmak istenen sorular aşağıda sıralanmıştır:

1. Majör depresyon tanısı konulan hastalar ve sağlıklı gönüllüler arasında dürtüsellik açısından fark var mıdır?
2. Depresyon belirtilerinin düzelmiş olduğu, remisyondaki majör depresyon hastalarıyla sağlıklı gönüllüler arasında dürtüsellik açısından fark var mıdır (depresyonda dürtüsellik durumluk mu sürekli mi özelliktedir)?
3. Majör depresyon hastalarında dürtüselliğin özkıyım ile ilişkisi var mıdır?

Araştırmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Majör depresyon tanısı konulan hastalarda dürtüsellik, belirtilerin devam ettiği dönemde de, düzelme durumunda da sağlıklı gönüllülerden daha fazladır. Ancak belirtilerin olduğu dönemde ve düzelme döneminde dürtüselliğin farklı bileşenleri ile ilgili farklılık vardır. Öz bildirim ölçekleri ile dürtüsel boyutlarda farklılık saptanması, görevlerle dürtüsel seçimle ilgili farklılık saptanması beklenmektedir.
2. Ödül süreçleri ile ilgili bozuklukların remisyon döneminde de devam etmesi, depresyona yakınlıkla ilişkili görülmesi nedeniyle, depresyon belirtileri düzeldiğinde dürtüsellikte belirgin düzelme beklenmesine rağmen, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında dürtüsel seçim major depresyon grubunda daha fazla olacaktır.
3. Özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimi öyküsü dürtüsellikle ilişkilidir. Özkıyım düşüncesi ve girişimi dürtüselliğin öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilen sıkışıklık ve tasarlama eksikliği altboyutları ile ilişkilidir. Özkıyım girişimi yanıt engellenmesi, risk alma gibi dürtüsellik boyutları ile ilişkilidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örnekleme

Mart 2016 ve Eylül 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve değerlendiren hekim tarafından majör depresyon tanısı konulan, 18-65 yaş aralığındaki, çalışmaya katılmakla ilgili bilgilendirilmiş olur veren tüm hastalar araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı konulmuş 103 hasta ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 30 sağlıklı kontrol alınmıştır.

3.1.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- 18-65 yaş aralığında olmak
- Bilgilendirilmiş olur vermek
- Hasta grubu için DSM-IV majör depresyon tanı ölçütlerini karşılamak
- Kontrol grubu için DSM-IV majör depresyon ve diğer ruhsal bozukluk tanı ölçütlerini karşılamamak

3.1.2. Araştırmanın Dışında Bırakılma Ölçütleri

- DSM-IV'e göre halen ya da geçmişte, şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, iki uçlu duygudurum bozukluğu, organik psikoz, demans veya nikotin dışında herhangi bir madde ya da alkol bağımlılığı tanısı konulması
- DSM-IV'e göre halen majör depresyona ek olarak yukarıda sayılanlar dışında Eksen I bozukluk tanısını karşılaması (geçmişte herhangi bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan, halen remisyonda olan hastalar çalışmaya alınmıştır)
- Çalışmanın gerektirdiği değerlendirme ve görüşmelere engel olabilecek şiddette nörolojik ve fiziksel hastalığı olması

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme ve Değerlendirme Araçları

3.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):

DSM-IV'e göre birinci ekseninde yer alan ruhsal bozuklukların tanısını belirlemek amacıyla geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşmedir (First ve ark., 1996). Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Öztürkçügil ve ark., 1999). Yapılandırılmış görüşme ile halen ve yaşam boyu ruhsal bozukluk tanısı konulması mümkün olmaktadır.

3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu ile hastanın sosyodemografik özellikleri ve en son depresyon döneminin süresi, varsa daha önce bu dönemde görmüş olduğu tedavilerle ilgili bilgiler, geçmişte depresyon dönemi öyküsü ve özellikleri, tedavi görmesini gerektiren bedensel hastalık öyküsü, bedensel hastalıklarına yönelik kullanmakta olduğu ek tedavilerle ilgili bilgiler, soygeçmişinde başta depresyon olmak üzere ruhsal bozukluk öyküsü gibi klinikle ilgili bilgiler kaydedilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin ayrıntılı ve sistematik şekilde kaydedilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (EK-2)

Depresyon şiddetini ölçmek için geliştirilmiş (Hamilton 1960) olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Akdemir ve ark. 1996). Son bir hafta içinde yaşanan depresyon belirtilerinin klinisyen tarafından değerlendirildiği 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik belirtiler, genital belirtiler, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmektedir. En yüksek puan 53'tür. Toplam 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir.

Çalışmaya katılan majör depresyon hastaları ve kontrol grubunda depresyon belirti şiddeti ve dağılımının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.4. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS) (EK-3)

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği dürtüsellik değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler ve görevler dikkate alınarak geliştirilmiş, dürtüsellik farklı boyutlarını değerlendirmekte kullanılan bir özbildirim ölçeğidir. Whiteside ve Lynam (2001) sık kullanılan 9 farklı dürtüsellik ölçek ve görevi üzerinde çalışarak 45 maddeden oluşan, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'ni (UPPS Impulsive Behavior Scale) oluşturmuşlardır. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'nin dört alt ölçeği vardır. Bunlar "sıkışıklık" (stres ve olumsuz duygulanım karşısında sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilim), "tasarlama eksikliği" (olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeden düşüncesizce davranma), "sebatsızlık" (sıkıcı ya da zor görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluk) ve "heyecan arayışı" (riskli, heyecan verici ve tehlikeli deneyimlerden hoşlanma ve bunları arama) alt ölçekleridir. Ölçeğin dürtüsellikle ilişkili yapısal, süreklilik gösteren özellikleri değerlendirdiği düşünülmektedir. Dürtüsellik değerlendirilmesinde Türkçe'de daha yaygın olarak kullanılan Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden daha çok boyut değerlendirme imkanı vermektedir. Ancak Türkçe'de geçerlik çalışması dışında kullanılmamıştır.

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği dörtlü Likert tarzında yanıtlanan 45 madde içermektedir. "Bana hiç uymuyor" seçeneği 1, "Bana çok uyuyor" seçeneği 4 puan alır. ABD toplumunda ortalama değerleri sıkışıklık için 15; tasarlama eksikliği için 24,44; sebatsızlık için 20,28; heyecan arayışı için 34,74'tür (Whiteside ve Lynam, 2001). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Yargıç ve ark., 2011). Tüm ölçek için iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı 0,845; Alt ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları ise tasarlama eksikliği için 0.856, sıkışıklık için 0.802, heyecan arayışı için 0.858 ve sebatsızlık için 0.800 olarak bulunmuştur.

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'nde 12., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 23. 24., 25., 26., 27., 28., 29., 30., 31., 32., 33., 34., 35., 37.,45. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11. maddelerinin toplamı tasarlama eksikliği; 12., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22., 23. maddelerinin toplamı sıkışıklık; 24., 25., 26., 27., 28., 29., 30., 31., 32., 33., 34., 35. maddelerinin toplamı heyecan arayışı; 36., 37., 38., 39., 40., 41., 42., 43., 44., 45. maddelerinin toplamı sebatsızlık alt ölçeğini değerlendirmek için kullanılmaktadır.

Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülerde ve majör depresyon hastalarında süreklilik gösteren dürtüsellik farklı boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11 (BDÖ) (EK-4)

Barratt ve arkadaşları dört farklı bakış açısından (medikal model, psikolojik model, davranışsal model ve sosyal model) elde ettikleri bilgileri kullanarak, dürtüsellik ölçmek için dünyada ve ülkemizde en sık kullanılan ölçeklerden birisini geliştirmişlerdir. Araştırmacılar; öz bildirim ölçekleri, bilişsel ve davranışsal görevler ve hayvanlarla yapılan beyin-davranış çalışmalarını içeren çeşitli ölçümleri birleştirmişlerdir (Barratt, 1993).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 30 maddeden oluşmuş bir öz bildirim ölçeğidir (Patton ve ark., 1995). ‘Dikkatte Dürtüsellik’, ‘Motor Dürtüsellik’ ve ‘Plan Yapmama’ olmak üzere üç alt ölçeği vardır. ‘Nadiren/hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ olmak üzere dört yanıt seçeneği vardır. Toplam BDÖ puanı ne kadar yüksekse, kişinin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik puanları.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği’nde, 1., 7., 8., 10., 12., 13., 14., 15., 18., 27., 29. maddeler plan yapmama; 2., 3., 4., 16., 17., 19., 21., 22., 23., 25., 30. maddeler motor dürtüsellik; 5., 6., 9., 11., 20., 24., 26., 28. maddeler dikkatte dürtüsellik alt ölçeklerini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçekte 1., 7., 8., 9., 10., 12., 13., 15., 20., 29., 30. maddeler ters kodlanmaktadır.

Dikkatte dürtüsellik alt ölçeğinin puanının yüksekliği kişinin daha dikkatsiz davranışlarda bulunduğunu, motor dürtüsellik alt ölçeğinin puanının yüksekliği motor hareketlilikteki artışı, plan yapmama alt ölçeğinin puanının yüksekliği yaşamı planlamasındaki istikrarsızlık ve plan yapamamayı gösterir. Barratt Dürtüsellik Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek için iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı öğrencilerde 0,78, hastalarda 0,81 bulunmuştur. İki ay sonra ölçek yeniden uygulandığında tekrar test güvenilirliği katsayısı öğrencilerde 0,83 bulunmuştur.

Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülerde ve majör depresyon hastalarında süreklilik gösteren dürtüselliğin farklı boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.6. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) (EK-5)

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği, iki uçlu duygudurum bozukluğunu taramaya ve saptamaya yarayan bir ölçektir (Hirschfeld ve ark., 2000). Farklı toplumlarda geçerlik çalışmaları yapılmış olup kullanılabilir psikometrik özellikler sergilediği gösterilmiştir. Ölçek ‘evet’ ve ‘hayır’ cevaplarını içeren, kökenini DSM-IV’ten alan öz bildirim ölçeğidir. Ölçek üç sorudan oluşmaktadır. On üç alt maddeden oluşan birinci soru yaşam boyu manik ya da hipomanik belirtilerin öyküsünü, kabarmış, taşkın duygudurum, iritabilite, girişkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi göze çarpan öznel değişiklikleri irdeler. Bundan sonraki iki ek soruyla bu belirtilerin aynı dönemde görülüp görülmediği ve yaşam üzerindeki olumsuz etkilerinin değerlendirilmesi istenmektedir. Ölçeğin birinci sorusunda ‘evet’ diye işaretlenen maddelere 1 puan, ‘hayır’ diye işaretlenen maddelere 0 puan verilir. Toplam puan her maddeden alınan puanların toplanması ile hesaplanır.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Konuk ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Belirti taranan ilk soru için kesme puanı 7 alındığında iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı için duyarlılığı %64, seçiciliği %77 olarak bulunmuştur. Birinci sorudan 7 ve üzerinde puan alınmasının, iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konulmayan hastalarda, iki uçlu duygudurum bozukluğu riskini yansıtabileceği öne sürülmüştür (Konuk ve ark., 2007).

Çalışmaya katılan kişilerde tanı konulması için yeterli şiddette olmasa da bulunabilecek, silik bipolar bozukluk özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.7. Özkıyım ve İlişkili Düşünce ve Davranışlar Formu (ÖİDDF) (EK-6)

Özkıyım ile ilgili düşünce ve davranışların değerlendirildiği araştırmalarda tanımlama ile ilgili farklılıklar ölçümlerle ilgili önemli tutarsızlıklara neden olabilmektedir. Bu çalışmada bu tutarsızlığı önüne geçebilmek amacıyla yakın

dönemde geliştirilmiş ve son yıllarda yapılan ilaç geliştirme çalışmalarında güvenilir bir değerlendirme aracı olarak kabul edilen Columbia Özkıyım Riskini Değerlendirme Ölçeği'nin tanımlama ve sorularının model alınması planlanmıştır. Bu ölçek, Columbia Üniversitesi, Pennsylvania Üniversitesi ve Pittsburgh Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı tarafından özkıyım girişimi riskini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (Posner ve ark, 2011). Araştırma planlandığı sırada Türkçe formu üzerinde çalışılmamış olan ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yakın dönemde tamamlanmıştır (Güneş ve Kılınçaslan 2015). Ölçek özkıyım düşünce ve davranışının değerlendirildiği iki ana bölümden oluşur.

Özkıyım düşüncesi 5 kategoride değerlendirilmektedir:

1. Ölmüş olmayı dilemek
2. Belirgin olmayan aktif özkıyım düşüncesi
3. Harekete geçme niyeti olmaksızın, herhangi bir yöntem ile (plan değil) aktif olarak özkıyım düşüncesi.
4. Belirli bir plan olmadan, eyleme geçmeye niyetli bazı aktif özkıyım düşünceleri
5. Belirli bir plan ve niyetle birlikte aktif özkıyım düşüncesi

Ölçekte belirtilen sorular yardımı ile bu 5 kategori sırası ile hastada sorgulanmaktadır. Her bir soru 0 veya 1 puan arasında puanlanmaktadır; 1 puan ölüm düşüncesi olduğunu, 2 ve üzeri puanlar özkıyım düşüncesi olduğunu, 4 ve 5 puan ise ciddi özkıyım düşüncesi olduğunu göstermektedir.

Özkıyım düşüncesinin yoğunluğu 5 yoğunluk maddesi (sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcılar, düşüncelerin nedenleri) ile toplam 0 ile 25 puan arasında puan verilerek hesaplanmaktadır. Herhangi bir özkıyım düşüncesi yoksa özkıyım düşüncesinin yoğunluğuna da toplam 0 puan verilmektedir.

Özkıyım davranışı 5 kategoride değerlendirilmektedir:

1. Gerçekleşmiş Girişim
2. Yarıda kesilen girişim
3. Durdurulan girişim
4. Hazırlayıcı eylemler veya davranış
5. Özkıyım

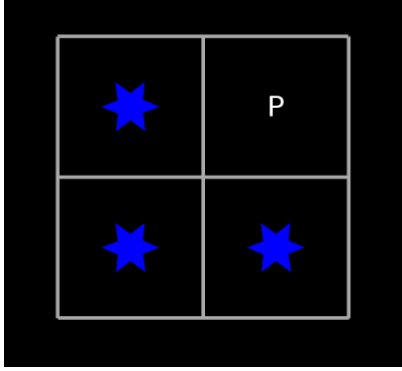
Bu 5 kategoriden herhangi birine verilen “evet” yanıtı katılımcının özkıyım davranışı olduğunu göstermektedir. Her kategorideki özkıyım davranışının toplam sayıları kaydedilerek toplam özkıyım davranış sayısı hesaplanır. Her bir özkıyım davranışı için ayrıca ölümcüllük skorlaması yapılır. Ölümcüllük skorlaması özkıyım girişimi sonrası oluşan fiziksel hasarı değerlendiren 5 madde (fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar=0, küçük fiziksel hasar=1, orta fiziksel hasar=2 veya 3, şiddetli fiziksel hasar=4, ölüm=5) ile toplam 0 ile 5 puan arasında puan verilerek hesaplanır. Özkıyım girişiminde tıbbi hasar yoksa (ölümcüllük=0), özkıyım girişiminin ölümcül olma olasılığı (potansiyel ölümcüllük) 3 madde ile değerlendirilir. Potansiyel ölümcüllük, toplam 0 ile 2 puan arasında puan verilerek hesaplanır.

Bu çalışmada özkıyım düşüncesi ve davranışının değerlendirilmesi için Columbia – Özkıyım Riskini Değerlendirme Ölçeği (Posner ve ark; 2011) maddeleri Türkçeye çevirilerek özkıyım düşüncesi çeşitleri, düşüncelerin yoğunluğu (sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcılar, düşünce nedenleri), özkıyım davranışı şekilleri (gerçekleşmiş girişim, yarıda kesilen girişim, durdurulan girişim, hazırlayıcı eylem veya davranış) ile ilgili bilgiler kaydedilmiştir. Bu çalışmada özkıyım düşüncesi ve davranışının varlığı kategorik olarak değerlendirilmiştir. Her bir kategorinin varlığı tüm katılımcılarda yaşam boyu ve son dört hafta için sorgulanmıştır. Remisyonda Majör Depresyon ve Majör Depresyon gruplarında son depresyon dönemi de ayrıca değerlendirilmiştir.

3.2.8. Yap/ yapma Testi

Çalışmamızda dikkatin ve motor dürtüselliğin değerlendirilmesi amacıyla Yap/ yapma Testi kullanılmıştır. Yap/ yapma Testi yanıt önleminin incelendiği bir testtir (Bezdjians, 2009).

Test, ekranda 2x2'lik dizilimde dört yıldızın görünmesi ile başlar. 1500 milisaniyede bir, 500 milisaniye süre boyunca dört yıldızdan birinin yerinde tek bir harf (P veya R) belirir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Yap/ yapma Testi görünümü

Testte katılımcıdan harfleri sırasıyla izlemesi ve hedeflenen bir harf görüldüğünde bir tuşa basarak yanıt vermesi, diğer harflere yanıt vermemesi beklenir. Testin sonucunda hedeflenen ve hedeflenmeyen harflere verilen yanıtlar hesaplanarak dikkat ve dürtüsellik ile ilişkili fikir elde edilmektedir.

Test iki bölümden oluşur. Her bölüm 128 P ve 32 R harfi içeren 160'ar denemeden (toplam 320) oluşur. İlk bölümde (P-Yap) katılımcılardan P harfini gördüklerinde kırmızı tuşa basmaları, R harfini gördüklerinde basmamaları istenir. İkinci bölümde (R-Yap) ise katılımcılardan R harfini gördüklerinde kırmızı tuşa basmaları, P harfini gördüklerinde basmamaları istenir. Test başlamadan önce kısa bir pratik seansı uygulanır. Katılımcının testi anladığından emin olmak için yapılan Bu 10-15 denemelik pratik seansından sonra, test sırasında, katılımcı odada yalnız bırakılır. Tüm test yaklaşık olarak 8 dakika sürmektedir.

Testteki davranışsal performans, her bir durumdaki 4 değer hesaplanması ile değerlendirilir:

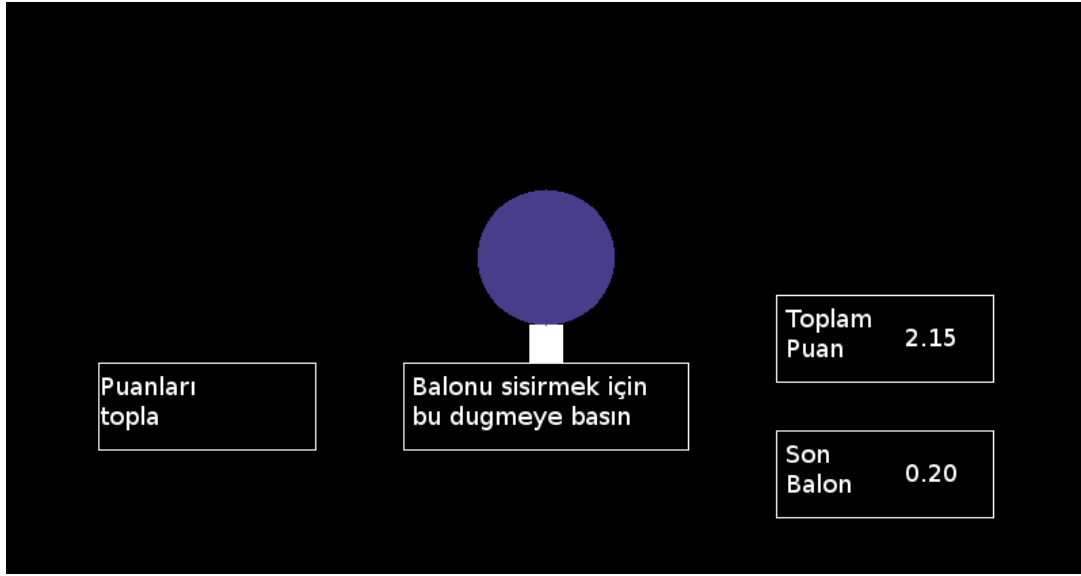
1. Yap hedefine doğru cevaplar
2. Yap hedefine ihmal hataları ("omission errors")
3. Yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme ("commission errors")
4. Yapma hedefine uygun şekilde yanıt vermeme

Ek olarak yap ve yapma hedefine tepki süresi her katılımcı için hesaplanmaktadır. Yap hataları tipik olarak dikkatsizliği değerlendirmek için kullanılırken, yapma hataları dürtüsellik değerlendirilmek için kullanılır (Barkley 1991; Halperin ve ark., 1991). Çalışmada kullanılan Yap/ yapma testi

<http://pebl.sourceforge.net/download.html> sitesinden indirilmiştir. Testle ilgili teknik özellikler EK-7’de gösterilmiştir.

3.2.9. Balon Analog Risk Testi (BART)

Balon Analog Risk Testi davranışsal görevler ile dürtüsellik (özellikle risk alma davranışının) değerlendirilmesini sağlayan nöropsikolojik bir testtir (Lejuez ve ark., 2002).



Şekil 3.2. Balon Analog Risk Testi’nde görev başlangıcında ekran görüntüsü

Balon Analog Risk Testi’nde bir bilgisayar ekranı üzerinde bir balon ve balon pompası gösterilmektedir (Şekil 3.2). Katılımcılar, balon pompası düğmesine (Balonu şişirmek için bu düğmeye basın) her bastıklarında balonun yavaşça şişeceği ve ödül kazanacakları, ancak fazla pompaladıklarında balonun patlayabileceği konusunda bilgilendirilmektedir. Her yeni balon şişirme sırasında her pompalama ile geçici bir bölmede ödül puanı biriktirilmektedir (Son balon). Eğer balon patlarsa geçici bölmede biriktirilen tüm ödül kaybedilmektedir. Balon patlamadan önce herhangi bir zamanda katılımcı pompalamayı durdurabilir ve “Puanları topla” tuşuna basarak geçici bölmedeki ödülünü, bilgisayar ekranında her defasında gösterilen kalıcı hesabına (Toplam Puan) aktarabilmektedir. Patlayan balonlar kalıcı hesaptaki ödül miktarını etkilememektedir.

Test başlamadan önce testle ilgili yazılı ve sözel bilgilendirme yapılır. Katılımcının testi anladığından emin olunduktan sonra, test sırasında, katılımcı odada yalnız bırakılır. Tüm test yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmektedir.

Her katılımcıya 90 adet balon sunulmaktadır. Bu 90 deneme 3 farklı balon çeşidinden (mavi, sarı ve turuncu balonlar) oluşmaktadır. İlk 30 denemede her balon çeşidi karışık olarak sunulmaktadır. Son 60 denemede ise balonlar aynı rengi içeren 20'li, 3 blok halinde sunulmaktadır. Her balon çeşidinin patlama riski farklıdır. Katılımcılara patlama riski ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmemektedir. Onlara sadece her balonun, ilk pompalamadan, balonun tüm ekran büyüklüğüne eriştiği büyüklüğe kadar olan herhangi bir noktada patlayabileceği bilgisi verilmektedir. Mavi balonların patlama olasılığı 1/128 ile başlar, patlamadığı takdirde her bir pompalama ile patlama olasılığı (2. pompalamada 1/127, 3. pompalamada 1/126 ve en son 128. pompalamaya ulaşılabilirse 1/1 olacak şekilde) giderek artar. Bu algoritmaya göre mavi balon için ortalama patlama noktası 64. pompalama olacaktır. Herhangi bir balon çeşidinin art arda şişirilmesi (patlamayla kaybedilecek miktarın giderek artması ve göreceli kazancın giderek azalması nedeniyle); gerçek hayattaki sağlık ve güvenliğe olan tehditinin artışı ve azalmış kar ile sonuçlanan aşırı risk alma davranışının modellenmesidir. Örneğin ilk pompalamayı takip eden 2. pompalamada risk sadece önceki pompalamada kazanılmış olan 0.05 puandır ve 2. pompalamayla kazanılmış olan 0.05 puanı %100 artırma ihtimali vardır. Oysa ki 60. pompalamada, bir sonraki pompalama, o zamana kadar kazanılmış 30.0 puanın hepsini riske atarken, bu pompalamada olası kazanç miktarı riske atılan miktarın %1.6'sıdır (0.05 puan/30 puan).

Turuncu balonların ortalama patlama noktası 4 pompalama (1-8 pompalama arasında patlayabilir), sarı balonların ortalama patlama noktası 16 (1-32 pompalama arasında patlayabilir) pompalamadır. Mavi balonlar için 64, sarı balonlar için 16 ve turuncu balonlar için 4 pompalamada maksimum kazanç olmaktadır. Mavi balonların en büyük pompalama aralığını sunması nedeniyle mavi balonlardaki test performansının kişilerarası değişkenliği de en fazla yakalayabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple mavi balon üzerindeki pompalama sayısı temel bağımlı değişken olarak kullanılmaktadır. Patlamaların pompalanma sayısını istekdişi olarak sınırlandırması nedeniyle, risk alma davranışının değerlendirilmesinde, toplam

ortalama pompalama sayısı yerine düzeltilmiş (“adjusted”) ortalama pompalama sayısının (patlayan balonların pompalanma sayısının hesaba dahil edilmemesi) kullanılması önerilmektedir (Lejuez ve ark., 2002).

Testteki davranışsal performans, 90 denemenin sonunda elde edilen 9 değerinin hesaplanması ile değerlendirilmiştir:

1. Mavi balonlar için toplam pompalanma sayısı (TPSm),
2. Mavi balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı (DPSm),
3. Sarı balonlar için toplam pompalanma sayısı (TPSs),
4. Sarı balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı (DPSs),
5. Turuncu balonlar için toplam pompalanma sayısı (TPSt),
6. Turuncu balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı (DPSt),
7. Toplam pompalanma sayısı (TPS),
8. Toplam kazanç (TK),
9. Toplam patlama (TP)

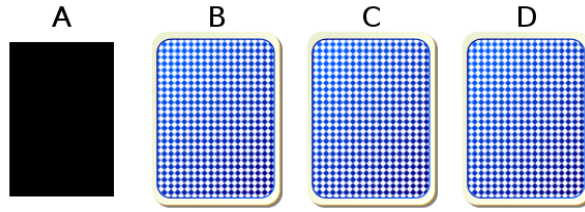
Çalışmada kullanılan Balon Analog Risk Testi <http://pebl.sourceforge.net/download.html> sitesinden indirilmiştir. Testle ilgili teknik özellikler EK-8’de gösterilmiştir.

3.2.10. Iowa Kumar Testi (IKT)

Bechara ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen, davranışsal görevler ile dürtüsellik değerlendirilmesini sağlayan nöropsikolojik testtir (Bechara 2007). Testin Türkçe uyarlamasının (IKT-T) geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Güleç ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Iowa Kumar Testi Türkçe uyarlamasının iç tutarlılığının, uygulayıcılar arası güvenilirliğinin, uyum geçerliğinin ve ayırt edici geçerliğinin Türkiye toplumu için kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür (Toplak ve ark., 2010).



Kazandığınız:100!



Şekil 3.3. Iowa Kumar Testi görünümü

Katılımcı henüz A destesini seçmiş ve 100 lira ile ödüllendirilmiştir.

Testte A, B, C ve D şeklinde isimlendirilmiş dört deste iskambil kağıdı bulunmaktadır. Deneklerin farklı desteler arasından seçim yapmalarına izin verilmektedir. Yüz karta ulaşıncı test son bulmaktadır (Toplak ve ark., 2010). Test başlamadan önce testle ilgili yazılı ve sözel bilgilendirme yapılmakta, destelerin özellikleriyle ilgili önbilgilendirme yapılmamaktadır. Katılımcı testi anladığından emin olunduktan sonra, test sırasında odada yalnız bırakılmaktadır. Tüm test yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmektedir. Bu çalışmada test sonucunda katılımcılara ödül (testte kazanılan para) verilmemektedir, ancak en yüksek değeri hedeflenmelerinin beklendiği belirtilmektedir.

A ve B destelerindeki kartlar, C ve D destelerindekilere göre genelde daha büyük ödül kazandırır; ancak bu destelerin seçilmesi daha sık oranda ancak öngörülemez cezalandırma içermektedir. Bu sebeple A ve B destelerindeki kartlar görece daha büyük kayıplara neden olmaktadır. Uzun dönemde net kayıpla sonuçlanan A ve B dezavantajlı desteler olarak adlandırılırken, uzun dönemde net kazançla sonuçlanan C ve D avantajlı desteler olarak adlandırılır.

Her bir destede arka yüzleri birbiri ile aynı olan 40 adet kart bulunmaktadır. Bu kartların ön yüzlerinin 20'si siyah 20'si kırmızı renklidir. Kartların renklerinin özel bir fonksiyonu bulunmamaktadır. Gerçek bir kart destesindeki kartların farklı

kategoriler içinden strateji oluşturabilmeyi gerektirmesi nedeniyle, gerçek kart destesi kullanmanın çok daha dikkat dağıtıcı olduğu gösterilmiştir. Dikkat dağılmasını azaltmak için kartlar sadece 2 renk olarak ayarlanmıştır: Siyah ve kırmızı (Bechara ve ark., 2000).

Test boyunca bir destedeki kart bittiği zaman o deste tekrar en başından başlatılmaktadır. Şekil 3.4’de her deste için, o desteden bir kart seçildiğinde kazanılan miktar ilk sütunda deste adının yanında parantez içinde belirtilmiştir. Ardışık kart seçimi ile her bir destede karşılaşılabilecek kayıp miktarları ilgili sütunda belirtilmiştir.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
A(+100)			-150		-300		-200		-250	-350		-350		-250	-200		-300	-150				-300		-350		-200	-250				-350	-200		-250								
B(+100)									-1250					-1250							-1250										-1250											
C(+50)			-50		-50		-50		-50	-50		-25	-75				-25	-75			-50			-50	-25	-50									-25	-25		-75		-50	-75	
D(+50)									-250											-250																						

Şekil 3.4. Iowa Kumar Testi’ndeki her destenin içerdiği kartlar.

Her kart seçimi sonunda A ve B destesinden 100, C ve D destesinde 50 lira kazanılmasının yanında, bazı kartların içerdiği kayıplar şekilde gösterilmiştir. Gösterim kolaylığı nedeniyle bu şekilde kayıplar sadece kırmızı kartlarda gösterilmiştir; testte kartların siyah veya kırmızı renkte olmasının bir fonksiyonu yoktur. Dikkat dağıtıcı olarak eklenmiştir.

Bu 4 deste uzun dönemli sonuçlarının (A ve B dezavantajlı desteler; C ve D avantajlı desteler) dışında 2 özellik açısından da farklılık göstermektedir (Tablo 3.1).

1. Kazanç/kayıp sıklığı: B ve D desteleri için yüksekken, A ve C desteleri için düşüktür.
2. Net kayıp sayısı: A destesi için yüksekken, B ve D desteleri için düşük, C destesi için 0’dır.

Tablo 3.1. Iowa Kumar Testi'ndeki ödeme şeması

Faktör	A Destesi	B Destesi	C Destesi	D Destesi
Kazanç	100	100	50	50
Kayıp	150-350	1250	50	250
Net kayıp sayısı (10 deneme)	5	1	0	1
Kazanç/kayıp sıklığı (10 deneme)	5:5	9:1	5:5	9:1
Uzun dönemli sonuç (10 deneme)	-250	-250	+250	+250

Bu özelliklerin kombinasyonu nedeniyle her deste kendine özgüdür:

A Destesi: Test boyunca sürekli A destesinin seçilmesi durumunda oyun sonunda 2500 lira kaybedilmektedir. Bu deste B destesine göre daha sık ve küçük kayıplardan oluşmaktadır.

B Destesi: Test boyunca sürekli B destesinin seçilmesi durumunda oyun sonunda 2500 lira kaybedilmektedir. Bu deste A destesine göre daha nadir ve büyük kayıplardan oluşmaktadır.

C Destesi: Test boyunca sürekli C destesinin seçilmesi durumunda oyun sonunda 2500 lira kazanılmaktadır. Bu deste D destesine göre daha sık ve küçük kayıplardan oluşmaktadır.

D Destesi: Test boyunca sürekli D destesinin seçilmesi durumunda oyun sonunda 2500 lira kazanılmaktadır. Bu deste C destesine göre daha nadir ve büyük kayıplardan oluşmaktadır.

Bechara ve arkadaşlarının (1994) ilk varsayımlarının tersine kart seçimi sırasında karar verirken geçerli olan temel etkenin “uzun dönemli sonuçların” değerlendirilmesi değil, “kazanç/kayıp sıklığının” değerlendirilmesi olduğu öne sürülmüştür (Horstmann ve ark., 2012). Her deste için bireysel tercihlere bakıldığında kişilerin uzun dönemli sonuçlara bakmaksızın, öncelikle kazanç/kayıp sıklığı yüksek olan destelerden (B ve D destesi) seçim yaptığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Wilder ve ark., 1998; MacPherson ve ark., 2002; Yechiam ve Busemeyer, 2005; Dunn ve ark., 2006; Huizenga ve ark., 2007; Lin ve ark., 2007; Carlson ve ark., 2009; Caroselli ve ark., 2010). Bu sebeple, belirsizliğin olduğu durumlarda, karar verirken yol gösteren temel faktörün “uzun dönemli sonuç”tan çok “kazanç/kayıp sıklığı”nın değerlendirilmesi olduğu düşünülmektedir (Lin ve ark., 2007). Yine de katılımcılar kazanç/kayıp sıklığı düşük olan desteler (A ve C Destesi)

arasında destelerin uzun dönemde avantajlı (C Destesi) veya dezavantajlı (A Destesi) sonuçlar doğurduğunu öğrenebiliyorken, bu ayrım kazanç/kayıp sıklığı yüksek olan desteler için (B ve D destesi) yapılamamaktadır. Bu sebeple C destesinin A destesine göre tercih edilmesindeki artış ilk blok denemeden sonra bile gözle görülebilir olurken, B ve D desteleri halen eşit olarak tercih edilmeye devam edilmektedir (Horstmann ve ark., 2012; Lin ve ark., 2007). Başka bir deyişle, destelerin uzun dönemde avantajlı veya dezavantajlı sonuçlar doğurduğu ayrımı A ve C desteleri arasında daha kolay yapılabilirken, B ve D desteleri arasında bu ayrımı yapmak daha güçtür. Bu sebeple avantajlı veya dezavantajlı seçimleri değerlendirmek için sadece A ve C desteleri arasındaki seçim oranı kullanılabilir.

Bu testin sonucunda elde edilen net puanlar katılımcıların toplamda seçmiş oldukları 100'er kartın 20'şerli gruplara ayrılması sonucunda 5 blokta ele alınmaktadır:

Blok 1: 1-20. kartlar arasında kazanılan net puan

Blok 2: 21-40. kartlar arasında kazanılan net puan

Blok 3: 41-60. kartlar arasında kazanılan net puan

Blok 4: 61-80. kartlar arasında kazanılan net puan

Blok 5: 81-100. kartlar arasında kazanılan net puan

Bu bloklardaki net puan kazancının değişiminin değerlendirilmesi ile test süresince katılımcının öğrenmesinin nasıl olduğu hakkında bilgi elde etmemizi sağlamaktadır (Bechara 2007).

Testteki davranışsal performans, 100 seçimin sonunda elde edilen aşağıdaki değerlerin hesaplanması ile değerlendirilmektedir:

1. Kazanılan toplam para
2. Avantajlı deste seçim toplam net puanı: $(C+D)-(A+B)$
3. Testin ikinci yarısında (51-100. kartlar) avantajlı deste seçim toplam net puanı: 51-100. kartlarda $(C+D)-(A+B)$,
4. Beş bloktaki net puanlar ve bu bloklardaki net puan kazancının değişimi,
5. Kazanç/kayıp sıklığı düşük olan destelerde, avantajlı deste seçim toplam net puanı: $(C-A)$
6. Testin ikinci yarısında (51-100. kartlar), kazanç/kayıp sıklığı düşük olan destelerde, avantajlı deste seçim toplam net puanı: 51-100. kartlarda $(C-A)$

Çalışmada kullanılan Iowa Kumar Testi <http://pebl.sourceforge.net/download.html> sitesinden indirilmiştir. Testle ilgili teknik özellikler EK-9’da gösterilmiştir.

3.3. Araştırmanın Deseni

Çalışmaya katılmak üzere bilgilendirilmiş olurları alınan hastalar çalışmaya alınma ve dışlanma ölçütleri açısından değerlendirilmiştir. Öncelikle katılımcılara, uygulama konusunda eğitim almış ve deneyimli bir araştırmacı tarafından DSM-IV’e göre Eksen I ruhsal bozukluk tanıları açısından değerlendirilmek üzere yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) uygulanmıştır. Majör depresyon tanısı doğrulanarak, araştırmaya alınmamayı gerektirecek tanıların geçmişte veya halen konulup konulmadığı değerlendirilmiştir.

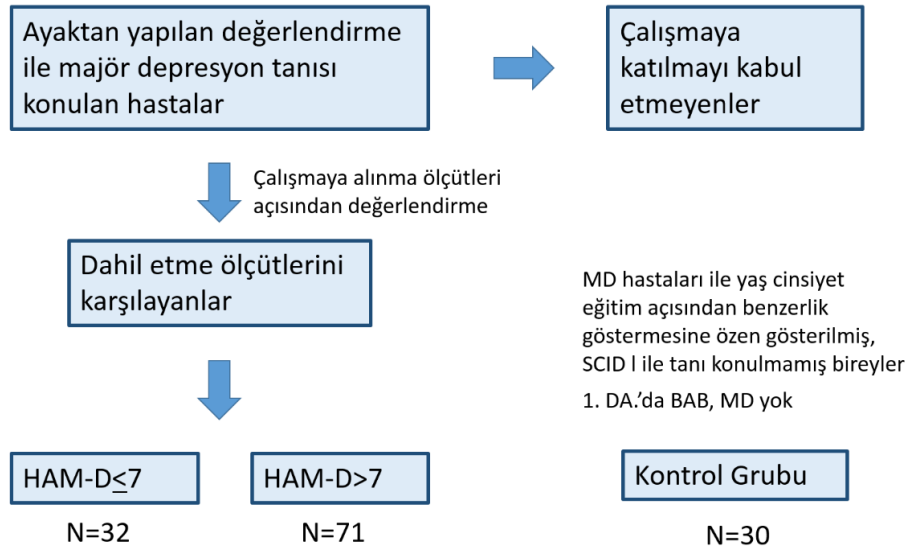
Majör depresyon belirti dağılımı ve şiddetini değerlendirmek için klinisyen tarafından uygulanan Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) puanları ≤ 7 olup, yaşam boyu majör depresyon tanısı konulmuş olan hastalar “Remisyonda Majör Depresyon” (RMD), HAM-D puanı ≥ 8 olan tüm hastalar “Majör Depresyon” (MD) gruplarını oluşturmuştur. Özkıyım riski olduğu belirlenen hastalarla ilgili bilgi, tedaviyi düzenleyen hekimle paylaşılmıştır.

Çalışmaya katılmakla ilgili bilgilendirmiş olur veren, yapılandırılmış görüşme ile majör depresyon ve diğer ruhsal bozukluk tanısı konulmayan bireylerden “Kontrol” (K) grubu oluşturulmuştur. Kontrol grubu hastane ve poliklinikte yapılan duyurular sonucunda çalışmaya katılmak isteyenlerden, sağlık personelinin yakınları arasından başvuran gönüllülerden oluşturulmuştur.

Tablo 3.2. Çalışmada kullanılan değerlendirme yöntemleri

Ölçekler	Davranışsal Görevler
HAM-D	Yap/ yapma testi
ÖİDDF	BART
SBF	IKT
DBÖ	
UPPS	
BDÖ	

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği, SBF: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu, UPPS: UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği 11, DBÖ: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği, BART: Balon Analog Risk Testi, IKT: Iowa Kumar Testi, ÖİDDF: Özkıyım ve İlişkili Düşünce ve Davranışlar Formu



Şekil 3.5. Çalışmanın akış şeması

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği; BAB: Bipolar Afektif Bozukluk; 1.DA: Birinci Derece Akraba; MD: Majör Depresyon

Çalışmanın akış şeması Şekil 3.5’de özetlenmiştir. Hasta ve kontrol grupları klinisyen tarafından uygulanan, öz bildirim ölçekleri ve davranışsal görevlerle değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamındaki tüm ölçekler ve davranış görevleri Dr. Çağrı Ögüt tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde aynı gün içerisinde uygulanmıştır. Bilgi formu ve klinisyen tarafından uygulanması gereken ölçekler (HAM-D, ÖİDDF) hasta ile yapılan klinik görüşme sırasında Dr. Çağrı Ögüt tarafından doldurulmuştur. Öz bildirim ölçekleri (UPPS, BDÖ, DBÖ) kağıt ve kalem kullanılarak hasta tarafından Psikiyatri Polikliniğinde doldurulmuştur. Davranış görevleri Dr. Çağrı Ögüt tarafından başlatılmış, aynı poliklinik odasında uygulanmış ve testler sırasında hasta yalnız bırakılmıştır. Katılımcılar, bilgisayar ekranında yönergeleri takip edip, tuşlara basarak, sırasıyla davranışsal görevlerini (Yap/ yapma testi, BART, IKT) tamamlamışlardır.

3.4. Etik Kurul İzni

Araştırmanın amacı ve deseni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nda değerlendirilmiş ve 27.03.2016 tarihinde onay alınmıştır (Etik Kurul Karar No: GO 16/16-33). Verilerden elde edilen sonuçlar daha

önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır. Bilgilendirilmiş onam formu EK-10'de sunulmuştur.

3.5. Araştırma Bütçesi

Çalışmanın gerektirdiği kırtasiye giderleri çalışmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Tüm analizler SPSS Statistics 17.0 kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik (Kolmogorov-Smirnov testi) ve görsel (histogramlar, olasılık grafikleri) yöntemlerle incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, çeyrekler arası aralık, minimum ve maksimum değerler, kategorik değişkenler için yüzdelerle ifade edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerle ilgili ikili karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi, ikiden çok grup arasında karşılaştırmalar Kruskal-Wallis testi ile yapılmıştır. Sayısal olmayan değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırmaları için Ki kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler için korelasyon katsayıları Spearman testi ile incelenmiştir. İKT'nde birbirini izleyen bloklardaki skorların karşılaştırılmasında tekrarlayan ölçümler varyans analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık ölçütü olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışma süresince, Mart 2016 ve Eylül 2016 tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve değerlendiren hekim tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre halen ya da geçmişte majör depresyon tanısı konulan 103 hasta araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) puanları ≤ 7 olan, araştırmacı tarafından yapılandırılmış görüşme ile yaşam boyu majör depresyon tanısı doğrulanmış olan 32 hasta "Remisyonda Majör Depresyon" (RMD), HAM-D puanı ≥ 8 olan 71 hasta "Majör Depresyon" (MD) gruplarını oluşturmuştur. "Kontrol" grubu (K) psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, yapılandırılmış görüşme ile halen veya yaşam boyu majör depresyon tanısı konulmayan 30 kişiden oluşmuştur.

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de özetlenmiştir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı ve eğitim süresi dışında farklılık saptanmamıştır. Majör depresyon grubunda kadın/erkek cinsiyet oranı diğer gruplardan daha büyüktür ($\chi^2_{(2,133)} = 6,947$, $p = 0,031$). Üç grup yıl olarak toplam eğitim süresi açısından birbirinden anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($\chi^2_{(2,133)} = 9,044$, $p = 0,011$). Bu üç grup arasında, Mann-Whitney U testi ile yapılan tüm ikili karşılaştırmalar sonucunda, sadece K ve MD grupları arasındaki fark Bonferroni düzeltmesi ile belirlenen anlamlılık eşiğinden ($p < 0.05/3 = 0,017$) küçük ($p = 0,010$) bulunmuştur. Bu iki grup arasındaki farklılık grupların farklı çıkmasından sorumlu kabul edilmiştir. MD grubunun eğitim süresi daha kısa bulunmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	MD (n: 71) n (%)	RMD (n: 32) n (%)	K (n:30) n (%)	TG (n:133) n (%)	p[†]
Yaş					$\chi^2=0,363$ 0,834 ^a
\bar{x} (SS)	38,06 (12,75)	39,19 (13,24)	39,47 (10,96)	38,65 (12,42)	
Md (m-M; ÇAA)	38 (18-63; 23)	38 (21-63; 24)	37,5(22-62; 17)	38 (18-63; 23)	
Cinsiyet					$\chi^2=6,947$ 0,031^b
Erkek	13 (18)	8 (25)	13 (43)	34 (26)	
Kadın	58 (82)	24 (75)	17 (57)	99 (74)	
Medeni durum					$\chi^2=1,082$ 0,582 ^b
Evli olan	45 (63)	20 (63)	22 (73)	87 (65)	
Evli olmayan*	26 (37)	12 (37)	8 (27)	46 (35)	
Çalışmaya ve eğitime devam durumu					
Devam eden**	41(58)	18(56)	20 (67)	79(59)	$\chi^2=0,869$ 0,648 ^b
Öğrenci	14 (20)	5 (16)	2 (7)	21 (16)	
Çalışıyor	27 (38)	13 (41)	18 (60)	58 (44)	
Çalışmıyor	24 (34)	8 (25)	7 (23)	39 (29)	
Emekli	6 (8)	6 (19)	3 (10)	15 (11)	
Eğitim süresi					$\chi^2=11,241$ 0,024^b
≤ 8 yıl	28 (39)	7 (22)	4 (13)	39 (29)	
9-12 yıl	27 (38)	12 (38)	11 (37)	50 (38)	
> 12 yıl	16 (23)	13 (41)	15 (50)	44 (33)	
\bar{x} (SS)	10,97 (4,17)	12,91 (4,46)	13,27 (2,97)	11,95 (4,12)	$\chi^2=9,044$ 0,011^c
Md (m-M; ÇAA)	11 (5-22; 7)	14,5 (5-20; 5)	13,5 (8-18; 4)	12 (5-22; 7)	

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, TG: Tüm Grup, \bar{x} : Ortalama, Md: Ortanca, SS: Standard sapma, m: Minimum, M: Maksimum, ÇAA: Çeyrekler arası aralık

[†]: MD, RMD, K grupları arasında karşılaştırma

*: Bekar, dul, boşanmış, **: Öğrenci veya çalışıyor.

a: Mann-Whitney U testi, b: Ki kare testi, c: Kruskal Wallis testi

4.1.2. Depresyon ve Depresyon Tedavisi Öyküsü

Majör depresyon ve remisyon gruplarındaki hastaların depresyonla ilgili klinik özellikleri ve tedavi öyküleri Tablo 4.2’de sunulmuştur. Bu özellikler açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Majör depresyon grubundaki hastaların 44’ünün (%62), remisyonda olan hastaların 19’unun (%59) yaşamları boyunca 2 ve daha fazla depresyon dönemi geçirdiği belirlenmiştir. Remisyonda majör depresyon grubunda 15 kişinin (%46,9) bir yıldan uzun süredir remisyonda oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların depresyonla ilgili klinik özellikleri

	MD	RMD	P*
	(n: 71)	(n: 32)	
İlk MD yaşı			U=1082,5 0,703
	\bar{x} (SS)	30,94 (11,61) 29,94 (11,10)	
	Md (m-M; ÇAA)	30 (13-63;17) 26 (14-51;20)	
İlk MD tanı yaşı			U=1124,5 0,935
	\bar{x} (\pm SS)	32,80 (12,16) 32,63 (10,73)	
	Md (m-M; ÇAA)	32 (13-63; 20) 34 (18-51; 20)	
Toplam MD dönemi			U=1118,0 0,893
	Md (m-M; ÇAA)	2 (1-10; 2) 2 (1-15; 2)	
Depresyon Dönemi Süresi (ay)			
	\bar{x} (SS)	11,7 (17,84)	
	Md (m-M; ÇAA)	6 (1-120; 10)	

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, AD: Antidepresan, \bar{x} : Ortalama, Md: Ortanca, SS: standart sapma, m: Minimum, M: Maksimum, ÇAA: Çeyrekler arası aralık
*: Mann-Whitney U testi

Çalışmaya alınan tüm hastaların antidepresan tedavi öyküleri incelendiğinde halen depresyon döneminde olan hastaların %39'unun (n:28), remisyonda olan hastaların %34'ünün (n:11) daha önce antidepresan tedavi kullanmadığı belirlenmiştir. Hastaların daha önceki depresyon dönemlerine yönelik tedavi öyküleri gözden geçirildiğinde elektrokonvulsif tedavi alan hastanın bulunmadığı, halen depresyonda olan hastardan 6'sının ve remisyonda olan hastaların 7'sinin depresyona yönelik psikoterapi aldığı, bir hastanın yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Hastaların kullanmakta oldukları ilaç tedavileri gözden geçirildiğinde, en sık seçici serotonin geri alım inhibitörü grubu (%39,8) antidepresanların kullanıldığı, essitalopram, sertralin ve venlafaksin ise en sık kullanılan antidepresan ilaçlar olduğu belirlenmiştir. Majör Depresyon ve RMD gruplarındaki hastaların kullandığı antidepresan ilaçların dağılımı Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Antidepresan tedavi ile birlikte kullanılan ek psikotrop ilaç tedavileri incelendiğinde, MD grubunda 4 hastanın uyku sorunlarına yönelik ilaçlar, 2 hastanın

anksiyolitik, 8 hastanın antipsikotik 4 hastanın duygudurum düzenleyici ilaç kullandığı; RMD grubunda 3 hastanın uyku sorunlarına yönelik ilaçlar, 2 hastanın anksiyolitik ve 3 hastanın antipsikotik kullandığı, RMD grubunda duygudurum düzenleyici ilaç kullanan hasta olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.3. Hastaların kullanmakta oldukları antidepresan ilaçlar

	MD (n: 71) n (%)	RMD (n: 32) n (%)	MD+RMD (n:103) n (%)
Paroksetin	1(1,4)	1(3,1)	2(1,9)
Sitalopram	2(2,8)	0(0)	2(1,9)
Essitalopram	11(15,5)	5(15,6)	16(15,5)
Fluoksetin	7(9,9)	1(3,1)	8(7,8)
Sertralin	9(12,7)	6(18,8)	15(14,6)
Venlafaksin	6(8,5)	7(21,9)	13(12,6)
Milnasipran	1(1,4)	0(0)	1(1,0)
Duloksetin	1(1,4)	0(0)	1(1,0)

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon

4.1.3. Bedensel Hastalık ve Tedavi Öyküsü

Katılımcıların tıbbi özellikleri incelendiğinde, MD grubundaki hastaların 28'inin (%39), RMD grubundaki hastaların 10'unun (%31) ve K grubundaki katılımcıların 5'inin (%17) bedensel hastalık öyküsü olduğu görülmüştür. Gruplar arasında Ki kare testi ile yapılan karşılaştırma sonucunda ek bedensel hastalık oranları açısından farklılık saptanmamıştır ($\chi^2_{(2,133)}=5,020$, $p=0,081$).

Majör depresyon grubundaki hastaların 17'sinin (%24), remisyonda olan hastaların 5'inin (%16) ve kontrol grubunun 6'sının (%20) bedensel hastalık nedeniyle devam ettiği depresyonla ilişkisi olabilen ilaç kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasında Ki kare testi ile yapılan karşılaştırma sonucunda depresyonla ilişkisi olabilen ilaç kullanımı açısından farklılık saptanmamıştır ($\chi^2_{(2,133)}=0,944$, $p=0,624$). Gözden geçirildiğinde RMD grubundaki hastaların kullandıkları ilaçlar sıklık sırasına göre steroid (n:7), antihipertansif (n:6), oral kontraseptif (n:1); MD grubunda steroid (n:3), antihipertansif (n:2) şeklinde sıralanmıştır.

4.1.4. Ailede Ruhsal Bozukluk Öyküsü

Katılımcıların psikiyatrik soygeçmiş bilgileri incelendiğinde ailede majör depresyonu veya başka bir ruhsal bozukluğu olan birey bulunması, ailede özkiyım girişimi öyküsü olması açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların ailelerinde ruhsal bozukluk öyküsü ile ilgili bulgular Tablo 4.4'te özetlenmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların ailelerinde ruhsal bozukluk öyküsü

	MD (n: 71) n (%)	RMD (n: 32) n (%)	K (n:30) n (%)		P*
Ailede majör depresyon	27 (38)	12 (38)	9(30)	$\chi^2=0,626$	0,731
Ailede başka ruhsal bozukluk	17(24)	5(16)	2(7)	$\chi^2=4,423$	0,110
Ailede intihar girişimi	11(15)	5(16)	2(7)	$\chi^2=1,561$	0,458

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, *Ki kare testi

4.2. Klinik Değerlendirme Ölçekleri

4.2.1. Depresyon Belirti Şiddeti

Tüm gruplarda depresyon belirti şiddeti ve dağılımının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan HAM-D sonuçları Tablo 4.5'te özetlenmiştir. Ölçeğin tüm örnekleme iç tutarlılık güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0,886 olarak bulunmuştur. Majör depresyon grubundaki toplam 71 kişinin, 5'i ağır şiddette depresyon (HAM-D > 28), 35'i orta şiddette depresyon (HAM-D =16-28), 31'i hafif depresyon (HAM-D=8-15) olarak dağılmıştır.

4.2.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği

Çalışmaya katılan MD hastalarında tanı konulması için yeterli şiddette olmasa da bulunabilecek, silik bipolar bozukluk özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan DBÖ sonuçları Tablo 4.5'te özetlenmiştir. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ilk sorusundan alınan toplam puanlar açısından üç grup karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2_{(2,133)} =7,805$, $p=0,02$). Bu üç grup arasında, Mann-Whitney U testi ile yapılan tüm ikili karşılaştırmalar sonucunda, sadece K ve MD grupları arasındaki fark Bonferroni düzeltmesi ile belirlenen

anlamlılık eşiğinde ($p < 0,05/3 = 0,017$) bulunmuştur ($U = 724,5, p = 0,015$). Bu iki grup arasındaki farklılık grupların farklı çıkmasından sorumlu kabul edilmiştir. Remisyonda Majör Depresyon ve MD grupları arasındaki fark anlamlı değildir ($U=871,5, p = 0,058$). Ancak bipolarite açısından eşik olarak kabul edilen yedi puanının üzerinde alanların oranları incelendiğinde MD grubunun 23'ünün (%32,3), RMD grubunun 7'sinin (%21,9) ve K grubunun 6'sının (%20) yedi puan üzerinde aldıkları belirlenmiştir. Gruplar arasında Ki kare testi ile yapılan karşılaştırma sonucunda eşiğin üzerinde puan alan hasta oranı açısından farklılık saptanmamıştır ($\chi^2_{(2,133)} = 2,217, p=0,33$).

Tablo 4.5. Katılımcıların HAM-D ve DBÖ puanları

		MD (n: 71)	RMD (n: 32)	K (n:30)	Kruskal Wallis testi	p
HAM-D					$\chi^2=100,337$	<0,001
	\bar{x} (SS)	17,45 (6,43)	3,13 (2,11)	1,8 (1,86)		
	Md (m-M; ÇAA)	16 (8-37; 9)	3 (0-7; 3)	1(0-7; 3)		
DBÖ					$\chi^2=7,805$	0,02
	\bar{x} (SS)	5,48(2,65)	4,47(2,87)	4,07(2,43)		

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, DBÖ: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği 1. Soru puanı, m: minimum, M: maksimum, ÇAA: çeyrekler arası aralık, \bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma, Md: Ortanca

4.2.3. Özkıyım ile İlişkili Düşünce ve Davranışlar

Özkıyım girişimi ve ilişkili düşünce ve davranışlarla ilgili bilgi alınırken; daha önce ölmüş olmak, ya da uykuya dalıp bir daha uyanmamayı istemiş olmak, ölüm düşüncesi; belirgin olmasa da kişinin kendisini öldürmekle ilgili düşüncesinin olmuş olması, özkıyım düşüncesi; belirli bir planı olsun ya da olmasın özkıyım eylemine niyetlenilmiş olması ise, şiddetli özkıyım düşüncesi olarak değerlendirilmiştir. Özkıyım girişimleri, gerçekleşmiş girişim; özkıyım girişimi için bir şey yapmaya başladıktan sonra birinin ya da birşeyin kişiyi durdurmuş olması yarıda kesilen girişim, özkıyım girişimi için bir şey yapmaya başladıktan sonra ancak girişimde bulunmadan önce kişinin kendisini durdurması durdurulan girişim

olarak değerlendirilmiştir. İntihar eylemi olmayan kendini yaralama girişimleri ise kendini yaralama olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan MD, RMD ve K gruplarında özkıyım düşüncesi ve davranışı ile ilişkili bulgular Tablo 4.6'da özetlenmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcılarda özkıyım girişimi ve ilişkili düşünce ve davranışlar

	MD (n: 71) n (%)	RMD (n: 32) n (%)	K (n:30) n (%)
Yaşam boyu değerlendirme			
Ölüm Düşüncesi	56 (78,9)	15 (46,9)	9 (30)
Özkıyım Düşüncesi	35 (49,3)	11 (34,4)	1 (3,3)
Şiddetli Özkıyım Düşüncesi	13 (18,3)	6 (18,8)	0 (0)
Gerçekleşen Girişim	14 (19,7)	4 (12,5)	0 (0)
Yarıda Kalan Girişim	7 (9,9)	1 (3,1)	0 (0)
Durdurulan Girişim	3 (4,2)	1 (3,1)	0 (0)
Kendini Yaralama	7 (9,9)	0 (0)	0 (0)
Son depresyon dönemi			
Ölüm Düşüncesi	46 (64,8)	8 (25)	
Özkıyım Düşüncesi	26 (36,6)	3 (9,4)	
Şiddetli Özkıyım Düşüncesi	11 (15,5)	2 (6,3)	
Gerçekleşen Girişim	6 (8,5)	0 (0)	
Yarıda Kalan Girişim	5 (7)	0 (0)	
Durdurulan Girişim	4 (5,6)	0 (0)	
Kendini Yaralama	3 (4,2)	0 (0)	
Son Bir Ay			
Ölüm Düşüncesi	34 (47,9)	2 (6,3)	
Özkıyım Düşüncesi	16 (22,5)	0 (0)	
Şiddetli Özkıyım Düşüncesi	5 (7)	0 (0)	
Gerçekleşen Girişim	3 (4,2)	0 (0)	
Yarıda Kalan Girişim	3 (4,2)	0 (0)	
Durdurulan Girişim	1 (1,4)	0 (0)	
Kendini Yaralama	2 (2,8)	0 (0)	

MD: Majör Depresyon Grubu, RMD: Remisyonda Depresyon Grubu, K: Kontrol Grubu

4.3. Dürtüsellik ile İlgili Değerlendirmeler

4.3.1. Dürtüsellik Özbildirim Ölçekleri ile Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülerde ve majör depresyon hastalarında süreklilik gösteren dürtüsellik farklı boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan BDÖ ve UPPS ölçekleri ile ilgili bulgular Tablo 4.7’de özetlenmiştir. Bu örnekleme, UPPS Ölçeğinin iç tutarlılık güvenilirlik Cronbach alfa katsayıları ‘Tasarlama Eksikliği’ için 0,887, ‘Sıkışıklık’ için 0,905, ‘Heyecan Arama’ için 0,884, ‘Sebatsızlık’ için 0,807 ve ölçekten alınan toplam puan için 0,929 olarak bulunmuştur. BDÖ’nin iç tutarlılık güvenilirlik Cronbach alfa katsayıları ‘Plan Yapmama’ için 0,695, ‘Motor Dürtüsellik’ için 0,625, ‘Dikkatte Dürtüsellik’ için 0,654 ve ölçekten alınan toplam puan için 0,822 olarak hesaplanmıştır.

Gruplar arasında Kruskal-Wallis testiyle yapılan karşılaştırmalarda UPPS ölçeğinin ‘Tasarlama Eksikliği’ ve ‘Sıkışıklık’ alt ölçeklerinde, BDÖ’nün ‘Plan Yapmama’ alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Majör Depresyon, RMD, K grupları arasında, Mann-Whitney U testi ile yapılan tüm ikili karşılaştırmalar sonucunda, ‘Plan Yapmama’ alt ölçeğinde sadece MD ve K grupları arasındaki fark ($U=741$, $p = 0,016$), ‘Sıkışıklık’ alt ölçeğinde MD ile RMD grupları arasındaki fark ($U=715$, $p = 0,003$) ve MD grubu ile K grubu arasındaki fark ($U=548$, $p < 0,001$) anlamlı bulunmuştur. ‘Tasarlama Eksikliği’ alt ölçeğiyle ilgili ikili karşılaştırmalarda sadece MD ve RMD grupları arasındaki farkın p değeri $< 0,05$ ($U=827,5$, $p = 0,027$) bulunmuş, ancak Bonferroni düzeltmesi ile anlamlılık için gerekli bulunan p değerinin ($0,017$) üzerinde olduğu için anlamlı kabul edilmemiştir.

Tablo 4.7. Gruplar arasında dürtüsellik öz bildirim ölçekleri ile karşılaştırılması

	MD (n: 71)	RMD (n: 32)	K (n:30)	Kruskal Wallis testi	p
BDÖ					
Plan Yapmama				$\chi^2=6,383$	p=0,041
\bar{x} (SS)	26,62 (5,31)	25,31 (4,47)	24,13 (4,18)		
Md (m-M)	28 (13-36)	25 (18-34)	24 (15-32)		
Motor Dürtüsellik				$\chi^2=1,709$	p=0,426
\bar{x} (SS)	18,56 (4,37)	18,44 (2,79)	17,83 (3,55)		
Md (m-M)	18 (11-33)	18,5(13-25)	17 (13-29)		
Dikkatte Dürtüsellik				$\chi^2=4,307$	p=0,116
\bar{x} (SS)	16,15 (4,04)	15,19 (2,98)	14,57 (2,74)		
Md (m-M)	15 (9-26)	14,5 (10-22)	14 (11-23)		
BDÖ Toplam				$\chi^2=4,962$	p=0,084
\bar{x} (SS)	61,34 (11,14)	58,94 (7,85)	56,53 (8,85)		
Md (m-M)	61 (41-90)	57 (45-72)	57 (40-84)		
UPPS					
Tasarlama Eksikliği				$\chi^2=6,433$	p=0,040
\bar{x} (SS)	21,48 (5,86)	19,25 (3,44)	19,43 (4,17)		
Md (m-M)	22 (11-39)	20 (11-27)	21 (11-26)		
Sıkışıklık				$\chi^2=18,686$	p<0,001
\bar{x} (SS)	30,52 (7,76)	26,00 (6,96)	24,17 (5,71)		
Md (m-M)	32 (12-46)	25 (13-45)	24 (16-35)		
Heyecan Arama				$\chi^2=0,210$	p=0,901
\bar{x} (SS)	25,71 (7,52)	25,47 (6,98)	26,23 (6,29)		
Md (m-M)	25 (12-44)	26 (12-38)	27 (14-39)		
Sebatsızlık				$\chi^2=2,259$	p=0,323
\bar{x} (SS)	21,24 (5,31)	21,09 (3,61)	19,70 (3,68)		
Md (m-M)	21 (13-35)	21,5 (14-27)	20 (11-29)		
UPPS Toplam				$\chi^2=5,330$	p=0,070
\bar{x} (SS)	98,77 (20,41)	91,81 (14,00)	89,53 (14,62)		
Md (m-M)	97 (57-150)	93,5 (56-121)	90,5 (64-122)		

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11, m: minimum, M: maksimum, \bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma, Md: Ortanca,

4.3.2. Dürtüselliğin Davranışsal Görevler ile Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülerde ve majör depresyon hastalarında dürtüselliğin farklı boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan davranışsal görevler ile ilgili bulgular Tablo 4.8, Tablo 4.9 ve Tablo 4.10'da özetlenmiştir.

Üç grup arasında sadece Yap/ yapma Testi tepki süresinde (1. ve 2. Bölümde) gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.8). Bu üç grup arasında, Mann-Whitney U testi ile yapılan tüm ikili karşılaştırmalar sonucunda, sadece K ve MD grupları arasındaki fark Bonferroni düzeltmesi ile belirlenen anlamlılık eşiğinden ($p < 0,05/3 = 0,017$) küçük (1. Bölümde: $U = 743$, $p = 0,017$; 2. Bölümde: $U = 667$, $p = 0,003$) bulunmuştur. Kontrol ve MD grupları arasındaki farklılık grupların farklı çıkmasından sorumlu kabul edilmiştir.

Tablo 4.8. Gruplar arasında dürtüselliğin Yap/ yapma Testi ile karşılaştırılması

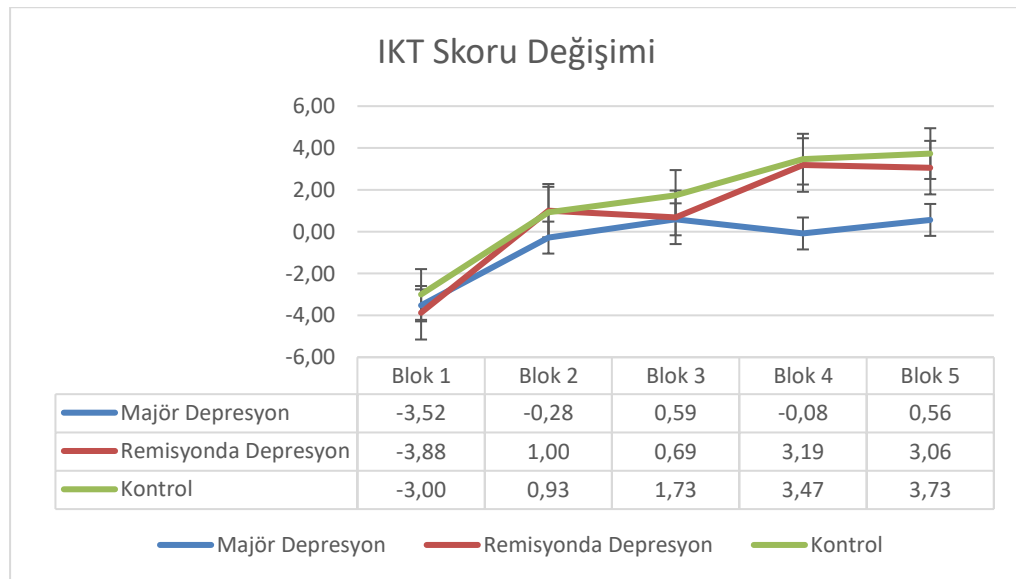
	MD (n: 71)	RMD (n: 32)	K (n: 30)	Kruskal Wallis	p
Yap/ yapma Testi					
YHİH				$\chi^2=5,031$	$p=0,081$
\bar{x} (SS)	4,66 (6,57)	2,32 (3,15)	1,90 (3,71)		
Md (m-M)	2 (0 - 28)	1 (0 - 12)	1 (0 - 19)		
YHYV				$\chi^2=0,032$	$p=0,984$
\bar{x} (SS)	9,72 (6,06)	10,13 (6,60)	10,50 (7,75)		
Md (m-M)	8 (0 - 25)	9 (0 - 25)	9,5 (0 - 36)		
1. Bölümde TS				$\chi^2=6,047$	$p=0,049$
\bar{x} (SS)	548,94 (97,36)	527,18 (92,84)	504,40 (65,45)		
Md (m-M)	542 (401 - 896)	508 (408 - 828)	496 (410 - 694)		
2. Bölümde TS				$\chi^2=9,213$	$p=0,010$
\bar{x} (SS)	600,72 (80,49)	574,40 (66,03)	555,17 (64,44)		
Md (m-M)	587 (479 - 971)	579,5 (456 - 747)	553 (432 - 762)		

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, YHİH: Yap Hedefine İhmal Hataları, YHYV: Yapma Hedefine Yanlışlıkla Yanıt Verme, TS: Tepki Süresi, m: minimum, M: maksimum, \bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma, Md: Ortanca

Çalışmaya katılan MD, RMD ve K gruplarında IKT sonucunda çalışmaya alınan tüm örneklerin test boyunca avantajlı destelere yönelip/ yönelmedikleri tekrarlayan ölçümler varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Test süresince avantajlı kart tercihlerinde ((C+D)-(A+B)) değişim olduğuna işaret edecek şekilde kaçınıcı blok olduğunun kart seçiminde anlamlı etkisi olduğu gösterilmiştir ($F(3,248,422.201) = 15,696$, $p < 0.001$, Huynh-Feldt). Bu değişim açısından üç grup arasında farklılık saptanmamıştır (grup, $F(2,130) = 1,093$, $p = 0.338$; blok X grup, $F(6,495,422.201) = 0,863$, $p = 0,529$). Grupların görev bloklarında avantajlı kart seçim seyri Şekil 4.1’de gösterilmiştir.

Her blokta avantajlı kart seçimi ve IKT net skoru 3 grup arasında Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gösterilmemiştir (Tablo 4.9). Testte kazanılan toplam para açısından da gruplar benzer bulunmuştur.

Iowa Kumar Testinde son 50 denemede avantajlı kart seçimi((C+D)-(A+B)) açısından üç grup karşılaştırıldığında da anlamlı bir fark görülmemiştir ($\chi^2_{(2,133)} = 1,542$ $p = 0,462$). Kazanç/kayıp sıklığı düşük olan destelerde, avantajlı deste seçim toplam net puanı (C-A) açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır ($\chi^2_{(2,133)} = 3,266$ $p = 0,195$). Benzer şekilde kazanç/kayıp sıklığı düşük olan destelerde, son 50 denemede avantajlı deste seçim net puanı (C-A) gruplarda benzer bulunmuştur ($\chi^2_{(2,133)} = 2,765$ $p = 0,251$).



Şekil 4.1. Üç grupta Iowa Kumar Testinde (IKT) 100 kart boyunca 20’şer kartlık beş blokta net avantajlı kart seçimini skorunun değişimi.

Tablo 4.9. Gruplar arasında dürtüsellik IKT ile karşılaştırılması

	MD (n: 71)	RMD (n: 32)	K (n: 30)	Kruskal Wallis	P
NP 1-20				$\chi^2=0,308,$	$p=0,857$
\bar{x} (SS)	-3,52 (5,49)	-3,88 (5,03)	-3,00 (5,14)		
Md (m-M)	-4 (-16 - 10)	-4 (-12 - 10)	-4 (-12 - 8)		
NP 21-40				$\chi^2=2,061,$	$p=0,357$
\bar{x} (SS)	-0,28 (6,88)	1,00 (7,77)	0,93 (6,58)		
Md (m-M)	0 (-16 - 16)	1 (-18 - 20)	2 (-14 - 18)		
NP 41-60				$\chi^2=0,320$	$p=0,852$
\bar{x} (SS)	0,59 (7,94)	0,69 (9,73)	1,73 (8,79)		
Md (m-M)	0 (-16 - 20)	3 (-20 - 20)	0 (-14 - 20)		
NP 61-80				$\chi^2=3,515$	$p=0,172$
\bar{x} (SS)	-0,08 (9,71)	3,19 (10,59)	3,47 (9,17)		
Md (m-M)	0 (-20 - 20)	3 (-20 - 20)	4 (-16 - 18)		
NP 81-100				$\chi^2=1,801$	$p=0,406$
\bar{x} (SS)	0,56 (10,96)	3,06 (11,79)	3,73 (11,96)		
Md (m-M)	0 (-20 - 20)	3 (-18 - 20)	0 (-20 - 20)		
NP 0-50				$\chi^2=1,547$	$p=0,461$
\bar{x} (SS)	-3,86 (12,75)	-2,81 (13,17)	-0,33 (10,99)		
Md (m-M)	-4 (-36 - 34)	-3 (-30 - 24)	0 (-20 - 22)		
NP 51-100				$\chi^2=1,542$	$p=0,462$
\bar{x} (SS)	1,12 (22,62)	6,88 (24,67)	7,20 (23,96)		
Md (m-M)	0 (-46 - 46)	5 (-36 - 50)	1(-36 - 46)		
NP				$\chi^2=1,660$	$p=0,436$
\bar{x} (\pm SS)	-2,73 (32,63)	4,06 (33,27)	6,87 (31,78)		
Md (m-M)	-2 (-82 - 78)	1 (-60 - 62)	4(-46 - 58)		
KTP				$\chi^2=0,178$	$p=0,655$
\bar{x} (SS)	-333,80 (971,87)	-246,09 (840,32)	-143,33 (836,22)		
Md (m-M)	-200 (-1900 - 2550)	-162,5 (-1550 - 1000)	-175 (-1450 - 1400)		

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, IKT: Iowa Kumar Testi, NP: Net Puan, KTP: Kazanılan toplam para, m: minimum, M: maksimum, \bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma, Md: Ortanca

Üç grup arasında dürtüsellik BART ile karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Gruplar arasında dürtüsellik BART ile karşılaştırılması

	MD (n: 71)	RMD (n: 32)	K (n: 30)	Kruskal Wallis	p
TPS				$\chi^2=0,776$	p=0,679
\bar{x} (SS)	975,46 (421,70)	1053,03 (509,99)	932,03 (400,68)		
Md (m-M)	947 (215 - 2119)	1092 (192 - 2089)	972 (223 - 1755)		
TK				$\chi^2=0,000$	p=1,000
\bar{x} (SS)	29,23 (10,43)	29,06 (12,31)	28,98 (10,22)		
Md (m-M)	30,4 (7,8 - 49,1)	28,4 (2,5 - 51,7)	31,2 (9,2 - 46,4)		
TP				$\chi^2=0,648$	p=0,723
\bar{x} (SS)	44,27 (11,85)	44,47(16,40)	41,27 (12,79)		
Md (m-M)	43 (22 - 76)	41(11 - 83)	43,5 (17 - 66)		
DPSm				$\chi^2=0,311$	p=0,856
\bar{x} (SS)	76,31 (47,35)	87,85 (65,29)	75,44 (44,30)		
Md (m-M)	65,4 (7,4 - 225,8)	84,4 (8,6 - 263,8)	71,0 (8,3 - 190,2)		
DPSm Blok 1				$\chi^2=2,173$	p=0,337
\bar{x} (SS)	21,14 (15,17)	26,38 (20,58)	18,60 (15,29)		
Md (m-M)	17,8 (3,1 - 74,5)	20,9 (2,0 - 72,3)	13,6 (2,4 - 57,4)		
DPSm Blok 2				$\chi^2=0,304$	p=0,859
\bar{x} (SS)	25,98 (19,03)	31,58 (27,37)	26,37 (20,29)		
Md (m-M)	21,8 (2,4 - 81,3)	26,4 (3,3 - 115,0)	23,8 (2,2 - 89,3)		
DPSm Blok 3				$\chi^2=0,465$	p=0,793
\bar{x} (SS)	29,31 (19,18)	29,90 (22,05)	30,48 (16,66)		
Md (m-M)	25,4 (1,6 - 85,3)	29,0 (3,3 - 87,0)	29,6 (2,9 - 67,3)		

MD: Majör Depresyon, RMD: Remisyonda Depresyon, K: Kontrol Grubu, BART: Balon Analog Risk Testi,

TPS: Toplam pompalanma sayısı, TK: Toplam kazanç, TP: Toplam patlama, DPSm: Mavi balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı, m: minimum, M: maksimum, \bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma, Md: Ortanca

4.3.3. Özbildirim Ölçekleri ve Davranışsal Görevler ile Ölçülen Dürtüsellik Boyutlarının İlişkisi

Tüm katılımcılarda özbildirim ölçekleri ve davranışsal görev puanlarının ilişkisi Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Özbildirim Ölçekleri ve Davranışsal Görevler ile Ölçülen Dürtüsellik ve Depresyon Belirti Şiddetinin İlişkisi

			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)		
UPPS	TE (1)	SK	1,00																					
		p																						
	Sık (2)	SK	,51**	1,00																				
		p	,00																					
	HA (3)	SK	,35**	,36**	1,00																			
		p	,00	,00																				
	Seb (4)	SK	,68**	,37**	,21*	1,00																		
		p	,00	,00	,02																			
BDÖ	PY (5)	SK	,61**	,50**	,15	,57**	1,00																	
		p	,00	,00	,08	,00																		
	Mod (6)	SK	,52**	,55**	,39**	,41**	,39**	1,00																
		p	,00	,00	,00	,00	,00																	
	D (7)	SK	,54**	,49**	,40**	,49**	,55**	,54**	1,00															
		p	,00	,00	,00	,00	,00	,00																
YYT	YHİH (8)	SK	-,01	,08	-,09	-,11	,04	-,12	-,04	1,00														
		p	,88	,35	,30	,23	,66	,18	,64															
	YHYV (9)	SK	,15	,10	,13	,09	,23**	,28**	,33**	,12	1,00													
		p	,08	,24	,14	,29	,01	,00	,00	,16														
IKT	KTP (10)	SK	,15	,11	,20*	,09	,01	,06	,02	,02	-,04	1,00												
		p	,08	,21	,02	,31	,92	,48	,84	,79	,63													
	NP (11)	SK	,20*	,09	,22*	,16	,04	,07	,02	-,05	,00	,82**	1,00											
		p	,02	,33	,01	,07	,68	,43	,86	,60	,96	,00												
	NP51-100 (12)	SK	,22*	,12	,28**	,19*	,03	,09	,03	-,05	,01	,79**	,95**	1,00										
		p	,01	,19	,00	,03	,72	,33	,71	,60	,89	,00	,00											
BART	TPS(13)	SK	,06	,04	,19*	,08	,07	,05	,11	-,15	,08	,04	,03	,06	1,00									
		p	,51	,65	,03	,33	,42	,58	,19	,09	,36	,62	,74	,46										
	TK(14)	SK	,06	,07	,25**	,08	,01	,05	,09	-,19*	,05	,15	,12	,14	,74**	1,00								
		p	,48	,43	,00	,33	,88	,56	,32	,03	,59	,08	,16	,11	,00									
	TP(15)	SK	-,01	-,04	-,05	-,05	,09	-,05	,05	,03	,11	-,10	-,15	-,13	,77**	,36**	1,00							
		p	,87	,65	,58	,59	,31	,54	,54	,72	,22	,24	,08	,13	,00	,00								
	DPSm(16) (1.blok)	SK	,09	,00	,17*	,15	,05	,06	,07	-,12	,05	,07	,09	,12	,81**	,65**	,61**	1,00						
		p	,33	1,00	,05	,08	,56	,48	,44	,16	,59	,44	,29	,16	,00	,00	,00							
	DPSm (17) (2.blok)	SK	,09	,06	,17*	,07	,03	,06	,04	-,18*	,07	,06	,05	,08	,86**	,69**	,59**	,69**	1,00					
		p	,32	,49	,05	,45	,76	,50	,62	,04	,39	,48	,57	,36	,00	,00	,00	,00						
	DPSm(18) (3.blok)	SK	,10	,11	,29**	,13	,07	,05	,12	-,19*	,02	,03	,05	,11	,84**	,70**	,58**	,63**	,75**	1,00				
		p	,23	,21	,00	,13	,45	,58	,16	,03	,85	,77	,60	,23	,00	,00	,00	,00	,00					
	DPSmt(19)	SK	,11	,07	,24**	,13	,05	,06	,09	-,19*	,05	,06	,07	,12	,94**	,76**	,66**	,85**	,93**	,89**	1,00			
		p	,23	,46	,01	,14	,54	,47	,33	,03	,55	,51	,42	,19	,00	,00	,00	,00	,00	,00				
HAMD	(20)	SK	,20*	,35**	-,01	-,01	,18*	,09	,18*	,22*	,11	-,02	-,09	,03	,01	,09	,00	-,02	-,01	-,01	1,00			
		p	,02	,00	,88	,93	,03	,33	,04	,01	,21	,84	,46	,30	,69	,87	,30	,96	,85	,93	,90			

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, TE: Tasarlama Eksikliği, Sık: Sıkışıklık, HA: Heyecan Arama, Seb: Sebatsızlık, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11, PY: Plan Yapmama, Mod: Motor Dürtüsellik, D: Dikkatte Dürtüsellik, YYT: Yap/ yapma Testi, YHİH: Yap Hedefine İhmal Hataları, YHYV: Yapma Hedefine Yanlışlıkla Yanıt Verme, IKT: Iowa Kumar Testi, NP: Net Puan, KTP: Kazanılan toplam para, BART: Balon Analog Risk Testi, TPS: Toplam pompalanma sayısı, TK: Toplam kazanç, TP: Toplam patlama, DPSm: Mavi balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı, SK: Spearman korelasyon katsayısı. *p < 0,05 ** p < 0,01

Dürtüselliğin değerlendirilmesinde bu çalışmada iki farklı öz bildirim ölçeği (BDÖ, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği) kullanılmıştır. Tüm alt ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi olumlu yönde anlamlı düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.11). Tüm örnekleme öz bildirim ölçekleri ile depresyon belirti düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde tasarlama eksikliği, sıkışıklık, plan yapmama ve dikkatte dürtüsellikle depresyon belirti şiddeti arasında zayıf derecede, ancak anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır.

Yap/yapma testinde dürtüsellikle, yanıt baskılanmasında yetersizlikle ilgili temel sonuç değişkeni yapma hedefine yanlılıkla yanıt verme sayısıdır. Bu çalışma örnekleminde yapma hedefine yanlılıkla yanıt verme sayısı ile BDÖ'nin plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatte dürtüsellik alt ölçek puanları arasında zayıf, ancak anlamlı düzeyde pozitif ilişki gösterilmiştir (Tablo 4.11). Yap hedefine ihmal hataları ile depresyon belirti şiddeti arasında zayıf ancak anlamlı düzeyde pozitif ilişki gösterilmiştir.

IKT'nde sonlanım değişkeni olarak kabul edilen değişkenlerin öz bildirim ölçek puanları ile ilişkisi incelendiğinde UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin heyecan arama alt ölçeği ile anlamlı düzeyde pozitif ilişki gösterilebilmiştir (Tablo 4.11). Iowa Kumar Testi sonuçlarıyla yap/yapma testi ve IKT sonuçlarıyla depresyon belirti şiddeti arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışma majör depresyon hastalarının Balon Analog Risk Testi ile değerlendirildiği ilk çalışmadır. Balon Analog Risk Testi dürtüsel seçimin heyecan ve risk arayışı, riskten kaçınma eğilimiyle ve dürtüsel eylemle ilişkili olabilecek bir davranışsal görevdir. Örneklemin tümünde BART ile elde edilen değişkenlerin öz bildirim ölçekleriyle ilişkisi incelendiğinde dürtüsellikle ilgili olduğu kabul edilen toplam ve düzeltilmiş pompa sayıları ile UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin heyecan arama alt ölçek puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 4.11). Heyecan arama eğilimi yükseldikçe bu davranışsal görevde riskli olsa da pompalama sayısı artmaktadır. Ancak heyecan arayışı ile Balon Analog Risk Testinde toplam kazanç miktarı arasında da pozitif ilişki gösterilmiştir. Beklendiği şekilde BART ile değerlendirilen değişkenlerin dürtüsel eylemi değerlendirmek üzere uygulanan Yap/yapma testi sonuçlarıyla da ilişkisi gösterilmiştir. Yap/yapma testinde yap hedefine ihmal yanıtı sayısı ile pompalama sayısı arasında olumsuz ilişki

gösterilmiştir (Tablo 4.11). Balon Analog Risk Testi sonuçlarıyla depresyon belirti şiddeti arasında bir ilişki saptanmamıştır.

4.3.4. Özkıyım Düşünce ve Girişimi ile Dürtüsellik İlişkisi

Ölüm ve özkıyım ile ilgili düşünce ve girişimlere göre gruplar içinde özbildirim ölçekleri ve davranışsal görevlerle dürtüsellik değerlendirmelerinin karşılaştırılması hedeflenmiştir. Ancak düşünce ve davranışların gruplar içindeki dağılımı incelendiğinde bazı gruplardaki katılımcı sayısının anlamlı istatistiksel karşılaştırma yapmaya uygun olmadığı görülmüştür. Remisyon grubunda hem yaşam boyu, hem de son depresyon dönemi ile ilgili bildirilen düşünce ve girişim sayılarının düşüklüğü bu sorgulamaya bildirim güvenilirliğiyle ilgili şüphe duyulmasına neden olmuştur. Zira benzer klinik özelliklere sahip oldukları depresyon grubu ile karşılaştırıldığında oranlar düşük bulunmuştur. Bunun yanı sıra remisyon grubunun büyüklüğü dikkate alındığında düşünce ve girişimlerin varlığına göre oluşturulacak gruplar da daha küçük olmaktadır. Bu nedenlerle karşılaştırmalar majör depresyon grubuyla sınırlı tutulmuştur. Bu grup içinde de karşılaştırmaya imkan verecek büyüklükte grupların oluşturulabilmesi nedeniyle yaşam boyu ölüm, özkıyım düşüncesi ve gerçekleşmiş özkıyım girişimi olan hastalar olmayanlarla, son bir ay içinde ölüm ve özkıyım düşüncesi olan hastalar olmayanlarla karşılaştırılmıştır.

Majör depresyon grubunda yaşam boyu özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre dürtüsellik değerlendirmelerinden elde edilen puanlar ve karşılaştırma sonuçları Tablo 4.12 ve 4.13’de gösterilmiştir. Bu gruplar HAM-D puanları açısından karşılaştırıldığında depresyon belirti şiddetinin ölüm düşüncesi, özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimi olanlarda olmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; $U = 155,0$, $p = 0,001$, $U = 323,5$, $p < 0,001$, $U = 235,0$, $p = 0,018$). Gruplar cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırıldıklarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.12. MD grubunda yaşam boyu özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların BDÖ ve UPPS puanlarının karşılaştırılması

	Ölüm Düşüncesi		Özkıyım Düşüncesi		Özkıyım Girişimi	
	Olan (n:56) (%79)	Olmayan (n:15) (%21)	Olan (n:35) (%49)	Olmayan (n:36) (%51)	Olan (n:14) (%20)	Olmayan (n:57) (%80)
BDÖ						
Plan Yapmama						
\bar{x}	27,27*	24,20*	27,94*	25,33*	29,50*	25,91*
(SS)	(5,17)	(5,27)	(4,46)	(5,79)	(4,15)	(5,35)
Motor Dürtüsellik						
\bar{x}	19,04	16,80	20,17*	17,00*	21,14*	17,93*
(SS)	(4,47)	(3,59)	(5,12)	(2,77)	(5,45)	(3,86)
Dikkatte Dürtüsellik						
\bar{x}	16,57	14,60	17,49*	14,86*	17,86	15,74
(SS)	(4,17)	(3,16)	(4,07)	(3,61)	(4,64)	(3,81)
BDÖ Toplam						
\bar{x}	62,87*	55,60*	65,60*	57,19*	68,50	59,58*
(SS)	(11,08)	(9,66)	(10,74)	(10,01)	(10,73)	(60,00)
UPPS						
Tasarlama Eksikliği						
\bar{x}	22,07	19,27	23,20*	19,81*	24,86*	20,65*
(SS)	(5,96)	(5,05)	(5,74)	(5,55)	(4,57)	(5,88)
Sıkışıklık						
\bar{x}	32,09**	24,67**	34,43**	26,72**	34,29*	29,60*
(SS)	(7,68)	(4,79)	(6,16)	(7,31)	(6,86)	(7,74)
Heyecan Arama						
\bar{x}	26,15	24,13	27,00	24,50	28,07	25,13
(SS)	(7,58)	(7,35)	(6,68)	(8,14)	(7,62)	(7,45)
Sebatsızlık						
\bar{x}	21,45	20,47	21,38	21,11	23,14	20,77
(SS)	(5,53)	(4,50)	(5,75)	(4,94)	(5,86)	(5,11)
UPPS Toplam						
\bar{x}	101,56*	88,53*	105,79*	92,14*	110,36*	95,87*
(SS)	(20,98)	(14,55)	(19,58)	(19,15)	(19,63)	(19,72)

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11, \bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma
* <0.05 , ** <0.001

Tablo 4.13. MD grubunda yaşam boyu özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların IKT, BART ve yap/yapma testi sonuçlarının karşılaştırılması

	Ölüm Düşüncesi		Özkıyım Düşüncesi		Özkıyım Girişimi	
	Olan (n:56) (%79)	Olmayan (n:15) (%21)	Olan (n:35) (%49)	Olmayan (n:36) (%51)	Olan (n:14) (%20)	Olmayan (n:57) (%80)
Iowa Kumar Testi						
NP 1-20						
\bar{x}	-3,14	-4,93	-1,49*	-5,50*	-2,43	-3,79
(SS)	5,51	5,34	5,56	4,69	4,24	5,75
NP 21-40						
\bar{x}	-,96	2,27	-,74	,17	-1,43	0,00
(SS)	6,42	8,14	5,80	7,85	5,57	7,18
NP 41-60						
\bar{x}	,46	1,07	0,86	,33	-,71	0,91
(SS)	7,80	8,71	8,02	7,96	8,93	7,73
NP 61-80						
\bar{x}	,00	-,40	1,20	-1,33	-,71	0,07
(SS)	9,70	10,09	9,97	9,43	10,60	9,58
NP 81-100						
\bar{x}	,54	,67	2,57	-1,39	-,43	0,81
(SS)	11,18	10,49	10,53	11,16	12,80	10,58
KTP						
\bar{x}	-286,61	-510,0	-58,57	-601,39	-321,43	-336,84
(SS)	953,08	1054,5	845,12	1022,67	846,53	1007,11
BART						
TPS						
\bar{x}	990,77	918,33	1035,54	917,06	1100,07	944,86
(SS)	404,62	491,49	412,84	427,76	477,31	405,67
TK						
\bar{x}	29,84	26,96	30,71	27,78	32,19	28,50
(SS)	10,23	11,21	10,32	10,48	10,45	10,39
TP						
\bar{x}	44,46	43,53	44,40	44,14	45,00	44,09
(SS)	11,47	13,59	11,71	12,15	15,47	10,95
DPSm						
\bar{x}	78,34	68,83	82,91	70,07	94,56	71,74
(SS)	47,04	49,38	48,06	46,47	55,58	44,46
Yap/ yapma Testi						
YHİH						
\bar{x}	4,57	5,00	4,14	5,17	4,07	4,81
(SS)	6,44	7,26	6,17	6,98	5,70	6,80
YHYV						
\bar{x}	10,34	7,40	11,94*	7,56*	10,71	9,47
(SS)	6,20	5,05	6,46	4,81	6,50	5,98
1. Bölümde TS						
\bar{x}	538,15	589,20	510,2**	586,6**	509,07*	558,73*
(SS)	89,26	117,90	76,17	101,84	109,22	92,67
2. Bölümde TS						
\bar{x}	588,839	645,07	570,614*	630,0*	580,464	605,693
(SS)	64,71	115,18	51,32	92,79	60,70	84,35

\bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma YHİH: Yap Hedefine İhmal Hataları, YHYV: Yapma Hedefine Yanlışlıkla Yanıt Verme, TS: Tepki Süresi, BART: Balon Analog Risk Testi, TPS: Toplam pompalanma sayısı, TK: Toplam kazanç, TP: Toplam patlama, DPSm: Mavi balonlar için düzeltilmiş toplam pompalanma sayısı, *<0.05, **<0.001, Mann-Whitney U testi

Majör depresyon grubunda son bir ay içinde özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre dürtüsellik değerlendirmelerinden elde edilen puanlar ve karşılaştırma sonuçları Tablo 4.14 ve 4.15'te gösterilmiştir. Bu gruplar HAM-D puanları açısından karşılaştırıldığında depresyon belirti şiddetinin ölüm düşüncesi ve özkıyım düşüncesi olanlarda olmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; $U = 200,0$, $p < 0,001$, $U = 160,0$, $p < 0,001$). Gruplar cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırıldıklarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.14. MD grubunda son bir ay içinde özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların BDÖ ve UPPS puanlarının karşılaştırılması

	Ölüm Düşüncesi		Özkıyım Düşüncesi	
	Olan (n:34) (%)	Olmayan (n:37) (%)	Olan (n:16) (%)	Olmayan (n:55) (%)
BDÖ				
Plan Yapmama				
\bar{x}	27,03	26,24	28,00	26,22
(SS)	5,52	5,15	5,05	5,36
Motor Dürtüsellik				
\bar{x}	19,44	17,76	20,94	17,87
(SS)	4,89	3,72	5,95	3,58
Dikkatte Dürtüsellik				
\bar{x}	16,79	15,57	18,63*	15,44*
(SS)	4,44	3,59	3,65	3,89
BDÖ Toplam				
\bar{x}	63,26	59,57	67,56*	59,53*
(SS)	12,45	9,61	11,99	10,30
UPPS				
Tasarlama Eksikliği				
\bar{x}	22,56	20,49	24,31*	20,65*
(SS)	6,73	4,81	6,78	5,36
Sıkışıklık				
\bar{x}	31,71	29,43	36,50**	28,78**
(SS)	8,19	7,29	5,19	7,54
Heyecan Arama				
\bar{x}	26,45	25,05	27,73	25,16
(SS)	7,51	7,57	7,16	7,59
Sebatsızlık				
\bar{x}	21,21	21,27	21,47	21,18
(SS)	6,06	4,63	6,12	5,13
UPPS Toplam				
\bar{x}	101,61	96,24	109,73*	95,78*
(SS)	23,42	17,23	21,21	19,32

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11, \bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma

* <0.05 , ** <0.001 , Mann-Whitney U testi

Tablo 4.15. MD grubunda son bir ay içinde özkıyım düşünce ve girişimi varlığına göre hastaların IKT, BART ve yap/yapma testi sonuçlarının karşılaştırılması

	Ölüm Düşüncesi		Özkıyım Düşüncesi	
	Olan (n:34) (%)	Olmayan (n:37) (%)	Olan (n:16) (%)	Olmayan (n:55) (%)
Iowa Kumar Testi				
NP 1-20				
\bar{x}	-2,18	-4,76	-2,13	-3,93
(SS)	5,58	5,17	6,22	5,25
NP 21-40				
\bar{x}	,65	-1,14	-1,38	,04
(SS)	5,96	7,61	4,94	7,36
NP 41-60				
\bar{x}	1,76	-,49	-,38	,87
(SS)	8,07	7,77	7,97	7,98
NP 61-80				
\bar{x}	1,82	-1,84	2,25	-,76
(SS)	9,94	9,29	10,90	9,34
NP 81-100				
\bar{x}	3,47*	-2,11*	2,88	-,11
(SS)	10,23	11,07	9,85	11,26
KTP				
\bar{x}	-19,12	-244,59	9,37	-179,09
(SS)	898,13	702,85	721,91	828,27
BART				
TPS				
\bar{x}	1046,82	909,89	1044,44	955,40
(SS)	457,99	379,85	443,93	417,09
TK				
\bar{x}	30,52	28,04	30,87	28,75
(SS)	11,31	9,56	11,12	10,28
TP				
\bar{x}	44,44	44,11	43,19	44,58
(SS)	13,72	10,02	11,21	12,11
DPSm				
\bar{x}	86,22	67,46	81,62	74,86
(SS)	53,89	39,31	49,24	47,18
Yap/ yapma Testi				
YHİH				
\bar{x}	4,03	5,24	3,69	4,95
(SS)	5,82	7,22	5,06	6,96
YHYV				
\bar{x}	10,91	8,62	13,06*	8,75*
(SS)	6,55	5,43	6,60	5,59
1. Bölümde TS				
\bar{x}	515,49*	579,68*	500,16	563,13
(SS)	78,95	103,41	89,25	95,74
2. Bölümde TS				
\bar{x}	581,49*	618,39*	574,53	608,34
(SS)	71,53	85,06	55,74	85,28

\bar{x} : Ortalama, SS: Standard sapma YHİH: Yap Hedefine İhmal Hataları, YHYV: Yapma Hedefine Yanlışlıkla Yanıt Verme, TS: Tepki Süresi, BART: Balon Analog Risk Testi, TPS: Toplam pompalanma sayısı, TK: Toplam kazanç, TP: Toplam patlama, DPSm: Mavi balonlar için düzeltilmiş pompalanma sayısı, *<0.05, **<0.001, Mann-Whitney U testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatri polikliniğinde ayaktan tedavi gören belirtileri devam eden ve remisyon dönemindeki majör depresyon hastalarında, depresyon öyküsü olmayan sağlıklı kontrollerde dürtüsellik alt boyutları karşılaştırılmıştır. Buna ek olarak depresyon hastalarında dürtüsellik özkıym düşüncesi ve girişimi ile ilişkisi incelenmiştir. Depresyonda dürtüsellik duruma bağlı ve süreklilik gösteren boyutlarıyla ilgili bilgi edinebilmek amacıyla öz bildirim ölçekleri ve davranışsal görevler birlikte uygulanmıştır. Bu alanda yürütülmüş çalışmalarla ilgili önemli bir kısıtlılık olduğu göz önünde bulundurularak hasta gruplarında depresyon dışında ruhsal bozukluk ek tanısı dışlanmıştır. Tanı konulması ve ek tanıların dışlanmasında güvenilirliği arttıracak şekilde yapılandırılmış görüşme kullanılmıştır.

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Depresyonda dürtüsellik durumsal ve süreklilik gösteren yönlerinin değerlendirilmesi için ideal çalışma deseni izlem çalışması olacaktır. Çalışmamızın kesitsel niteliği bu anlamda bir sınırlılık oluşturmakla birlikte, alanyazındaki birçok çalışmanın aksine hem belirtilerin devam ettiği dönemde, hem de remisyon döneminde hasta grupları olması önemli bir üstünlüktür. Majör depresyon ve remisyon grupları depresyonla ilgili başlangıç yaşı, geçmişte depresyon dönemi sayısı gibi klinik özellikler açısından benzerlik göstermekte, kullanılmakta olan ilaç tedavileri açısından belirgin farklılık bulunmamaktadır. Çalışmadaki üç grup bedensel hastalık ek tanısı oranları, tedavi öyküsü ve ailede ruhsal bozukluk öyküsü açısından da benzer bulunmuştur.

Depresyonda dürtüsellik incelendiği çalışmalarda tutarsız bulgular elde edilmesiyle ilgili önemli bir etken yineleyici depresyon ve İUDB hastalığının depresyon dönemindeki hastaların birlikte değerlendirilmesidir. Majör depresyon döneminde tanı konulduğunda hastanın izlemde unipolar veya iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı alacağını kesin bir şekilde ayırt etmek mevcut bilgilerle mümkün değildir. İki uçlu duygudurum bozukluğunda sıklıkla ilk depresyon dönemlerinde yanlış tanı olarak unipolar bozukluk tanısı konduğu bilinmektedir (Angst ve ark., 2011). İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konulan hastalarda, hem mani, hem de

depresyon dönemlerinde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında dürtüselliğin yüksek olduğu gösterilmiştir (Peluso ve ark., 2007, Strakowski ve ark., 2009; Swann ve ark., 2003). Bu sebeple MD tanısı konulan hastalarda tanı konulması için yeterli şiddette olmasa da bulunabilecek, silik bipolar özelliklerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Depresyonda dürtüsellik ile ilişkili yapılan çalışmalarda bu durum dikkate alınmamıştır.

Çalışmamızda silik bipolar özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla DBÖ kullanılmıştır. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık gösterilmişse de, bipolarite için eşik değer olarak kabul edilen 7 puanın üzerinde alan hasta oranları açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Majör depresyon ve remisyonda depresyon gruplarında ilk depresyon yaşı sırasıyla 30 ve 26 bulunmuştur. Majör depresyon insidansının ABD’de yaşamın üçüncü on yılında en üst düzeye ulaştığı gösterilmiştir (Kessler ve ark., 2003). Majör depresyon ortalama başlangıç yaşı Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü’nün Epidemiyolojik Alan Araştırması’nda (ECA) 27,4, Hollanda Ruhsal Sağlık İzlem ve Sıklık (NEMESIS) çalışmasında 29,9 olarak bulunmuştur (de Graaf ve ark 2003). Örnekleme dahil edilen depresyon hastalarının klinik popülasyonun geneline benzerlik gösterdiği düşünülmüştür. Halen depresyonda olan gruba hafif, orta ve ağır depresyon belirti şiddeti olan hastalar dahil edilebilmiş olması nedeniyle örneklemin ayaktan tedavi görmekte olan depresyon hastalarını temsil edebileceği kanaatine varılmıştır. Bunun yanı sıra grupların büyüklükleri sınırlı olmakla birlikte alanyazındaki birçok çalışmanın üzerindedir. Bu çalışmada MD grubuna 71, RMD grubuna 32 ve K grubuna 30 katılımcı alınmıştır.

Örneklemin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların ortanca yaşlarının MD ve RMD gruplarında 38, K grubunda 37,5 olduğu, tüm grupların belirli bir yaş dönemine sınırlanmayacak şekilde geniş bir yaş aralığında katılımcılardan oluştuğu görülmüştür. Gruplar arasında anlamlı yaş farkı saptanmamıştır. Ancak gruplarda cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Majör depresyon grubundaki katılımcıların %82’si, RMD grubunda ise %75 kadınlardan oluşmuştur; kontrol grubunda kadın oranı depresyon gruplarından düşüktür.

Yaşam boyu kadınların biyolojik (genetik, gen çevre etkileşimi, hormonal ve fizyolojik stres yanıtı gibi), psikolojik (nevrotiklik, olumsuz duygudurum, kişiler arası ilişki yönelimi, bedeninden memnuniyetsizlik gibi) ve çevresel (çocukluk çağında cinsel istismar, kişiler arası şiddet, strese maruz kalma, toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi) etkenlere bağlı olarak erkeklerden iki kat daha sık depresyona girdiği ve depresyon sıklığının erkeklere göre 1.7 ile 2.7 kat daha sık olduğu bildirilmiştir (Kuehner 2016; Weissman ve ark. 1993; Scheibe ve ark., 2003). Bu yönüyle depresyon gruplarında kadın cinsiyet ağırlığı psikiyatri polikliniğine başvuran ve depresyon tanısı konulan popülasyonun genel özelliklerini yansıtmaktadır. Ancak dürtüsellikle ilgili değerlendirmelerde cinsiyete bağlı olası farklılıklar nedeniyle gruplar arasında cinsiyet dağılımı farklılığı önemli bir kısıtlılıktır.

Çalışma grupları medeni durum, çalışmaya veya eğitime devam ediyor olması açısından farklı değildir. Ancak MD, RMD ve K grupları eğitim süreleri ve düzeyleri açısından karşılaştırıldığında MD grubunun eğitim süresi daha kısa bulunmuştur. Bu durum davranışsal görevlerde kişinin performansını etkileyebileceği için bir kısıtlılık olarak dikkate alınmalıdır.

Özkıymıyla ilgili düşünce ve davranışların değerlendirildiği araştırmalarda tanımlama ile ilgili farklılıklar ölçümlerle ilgili önemli tutarsızlıklara neden olabilmektedir. Bu çalışmada bu tutarsızlığın önüne geçebilmek amacıyla yakın dönemde geliştirilmiş ve son yıllarda yapılan ilaç geliştirme çalışmalarında güvenilir bir değerlendirme aracı olarak kabul edilen Columbia Özkıyım Riskini Değerlendirme Ölçeği'nin tanımlama ve soruları model alınmıştır. Çalışmamızda katılımcılar ölüm düşüncesi, özkıyım düşüncesi, şiddetli özkıyım düşüncesi, kendini yaralama girişimi, yarıda kesilen girişim açısından değerlendirilmiştir. MD grunda özkıyım girişimi %14 olarak bulunmuştur. Bu oran RMD grubunda %4'tür. Alanyazında benzer şekilde birinci basamakta çökkünlük tanısı ile izlenen hastalarda özkıyım girişimi yaygınlığı %10.4 olarak saptanmıştır (Riihimaki ve ark., 2014).

5.2. Dürtüsellikle İlgili Karşılaştırmalar

5.2.1. Dürtüsellik'in Özbildirim Ölçekleri ile Karşılaştırılması

Dürtüsellikle ilgili araştırmalarda yaygın olarak kullanılan BDÖ'nün yanı sıra, daha önce depresyon hastalarında dürtüsellik'in incelenmesi amacıyla hiç

uygulanmamış olan UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği kullanılmıştır. Her iki ölçeğin de bu çalışma örneğinde güvenilirliği yeterli bulunmuştur. Depresyon döneminde hastaların kontrollerden BDÖ'nin plan yapmama, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'nin sıkışıklık boyutlarında daha dürtüsel oldukları, depresyon dönemindeki hastaların remisyondakilere göre sıkışıklık boyutundan daha yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir. Özbildirim ölçeklerinin aksine davranışsal görevlerle gruplar arasında dürtüsellik farkına işaret edecek anlamlı farklılık saptanmamıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterli olmaması nedeniyle bu ölçeklerle ilgili faktör analizleri yapılmamıştır. Her iki ölçekte de Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmalarında sınanmış alt ölçek puanları hesaplanmıştır. İki ölçeğin de hem tümü, hem de her bir alt ölçeği için iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları hesaplanmış ve yeterli olduğu görülmüştür. Tüm alt ölçeklerin birbirleriyle ilişkisinin olumlu yönde anlamlı düzeyde olması ölçeklerin bütünsel olarak bir yapıyı, dürtüselligi, ölçtüğü yönünde değerlendirilmiştir (Tablo 4.11). Alt ölçekler arasındaki ilişki katsayılarının zayıf ve orta düzeyde ilişkiye işaret etmesi ise alt ölçeklerle dürtüsellüğün farklı bileşenlerinin değerlendirilebildiği şeklinde yorumlanmıştır.

Sonuç olarak BDÖ ile plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatte dürtüsellik incelenirken, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile tasarlama eksikliği, sıkışıklık, heyecan arama ve sebatsızlık değerlendirilmiştir. Her iki ölçeğin toplam ve alt ölçek puanları arasında beklendiği şekilde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterilmiştir.

Tüm örnekte özbildirim ölçekleri ile depresyon belirti düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde tasarlama eksikliği, sıkışıklık, plan yapmama ve dikkatte dürtüsellikle depresyon belirti şiddeti arasında zayıf derecede ancak anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 4.11). Alanyazında BDÖ ile depresyon belirti düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde ölçek toplam puanı ve dikkatte dürtüsellikle depresyon belirti şiddeti arasında anlamlı düzeyde kuvvetli pozitif ilişki saptanan çalışmaların (Westheide ve ark., 2007) yanında dürtüsellüğün tüm alt ölçekleri ile depresyon belirti şiddeti arasında ilişki gösterilemeyen çalışmalar mevcuttur (Peluso ve ark 2007). UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile değerlendirilen dürtüsellik ile bir özbildirim ölçeği ile değerlendirilen depresyon belirti düzeyi arasındaki ilişki 13-19 yaş aralığındaki 217 ergende incelendiğinde depresyon belirti şiddeti UPPS Dürtüsel

Davranış Ölçeği toplam puanı ve sıkışıklıkla orta, sebatsızlık ve tasarlama eksikliği ile zayıf derecede ilişkili bulunmuştur (d'Acremont ve Linden 2007). Heyecan arama ile depresyon belirti şiddeti arasında korelasyon saptanmamıştır.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı açısından MD, RMD ve K grupları arasında farklılık saptanmamıştır. Daha önce üç farklı çalışmada (Peluso ve ark. 2007, Hur ve Kim 2009, Sher ve ark 2003) majör depresyon dönemi sırasında hastaların BDÖ toplam puanlarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu gösterilirken, Tavares ve arkadaşları (2007) fark bildirmemiştir. Toplam puanın yüksek bulunduğu bir çalışma (Sher ve ark., 2003), benzer bulunduğu tek çalışma (Tavares ve ark., 2007) depresyon dışında ruhsal bozukluk ek tanısı olan hastalar da içermektedir. Bu çalışmanın örneğine benzer şekilde anksiyete bozukluğu dışında ek tanılar dışlandıği Peluso ve arkadaşlarının (2007), tüm ek tanılar dışlandıği Hur ve Kim'in (2009) çalışmalarında toplam puan yüksek bulunmuştur. Bu iki araştırmada da bu çalışmaya benzer şekilde yapılandırılmış görüşme ile tanı konulmuş olması ve bildirilen depresyon belirti şiddetinin bu çalışmanın örneğine benzer olması nedeniyle bulgulardaki farklılık bir tutarsızlık olarak değerlendirilmiştir.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği Plan Yapmama alt ölçeği puanının MD grubunda K grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Plan Yapmama alt ölçeğinin, karar verme süreçleri sırasında seçeneklerin değerlendirildiği ve tercihlerin şekillendiği ilk aşamada gelecek yerine şimdiye yönelme ile ilişkili dürtüsellik boyutunu ölçtüğü düşünülmektedir. Sadece iki çalışmada BDÖ alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Peluso ve arkadaşları (2007) majör depresyon dönemindeki hastalarda tüm alt boyutlarda, Hur ve Kim (2009) sadece motor dürtüsellik boyutunda yükseklik bildirmiştir.

Remisyon dönemindeki majör depresyon hastalarında, sağlıklı kontrollere göre, plan yapmama, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik gibi BDÖ'nin tüm alt ölçeklerinde yükseklik saptayan çalışmalar olduğu gibi (Henna ve ark., 2013; Perroud ve ark., 2011), sadece motor dürtüsellik alt ölçeği puanının yüksek olduğu (Peluso ve ark., 2007) da bildirilmiştir. Bu çelişkili sonuçlar bu çalışmalarda madde kullanım bozukluğu olan hastaların çalışmaya alınması (Henna ve ark., 2013), kısmen remisyonunda olan hastaların dahil edilmesi (Westheide ve ark., 2007), psikotik

depresyon tanısı konulmuş bireylerin çalışmaya alınması (Ekinci ve ark., 2011), remisyon döneminin klinik ölçeklerle değerlendirilmemesi (Perroud ve ark 2011) gibi farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada Westheide ve arkadaşlarının (2007) kısmen remisyon döneminde depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmaya benzer şekilde remisyon dönemindeki BDÖ toplam ve alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubundan farklı bulunmamıştır.

Bu çalışmaya benzer şekilde RMD ve MD gruplarının BDÖ ile karşılaştırıldığı tek çalışmada (Peluso ve ark. 2007) depresyon döneminde plan yapmama alt ölçeği puanı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda iki grup arasında fark gösterilememiştir.

Bilindiği kadarıyla bu araştırma majör depresyon ve remisyon dönemlerinde dürtüselliğin sağlıklı kontrol grubuyla UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Majör depresyon, RMD ve K grupları arasında yapılan karşılaştırma sonucunda sıkışıklık alt ölçek puanının MD grubunda, hem RMD hem K grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu gösterilmiştir. Sıkışıklık alt ölçeği, karar verme sürecinde eylemin yürütüldüğü aşamada stres ve olumsuz duygulanımla sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilime karşılık gelmektedir. Tasarlama eksikliği alt ölçeği ile üç grup arasında farklılık anlamlı düzeyde bulunduysa da, ikili karşılaştırmalar benzer sonuç vermemiştir. Alanyazında hastalık tanısı konmamış ergenlerle yapılan bir çalışmada öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilen depresyon belirti şiddetinin, sıkışıklık ve sebatsızlık alt ölçeklerini yordadığını gösteren bir çalışma mevcuttur (Acremont ve Linden, 2007).

Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları majör depresyon döneminde öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilen bazı dürtüsel özelliklerin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, remisyon dönemindeki hastalarda bu farklılığın saptanmadığını göstermektedir. Bulguların benzer örneklem gruplarında daha önce yapılmış çalışmalarla uyumlu ve çelişen yönleri olmakla birlikte, çalışmaların tümü dikkate alındığında tutarsızlığın depresyon döneminde hangi dürtüsellik boyutunun yüksek olduğuyla ilgili olduğu görülmektedir. Bu çalışmada depresyon döneminde dürtüsellikle ilgili yüksek bulunan plan yapmama ve sıkışıklık boyutları, bu çalışma örnekleminde aralarında pozitif ilişkili olduğu gösterilmişse de, kavramsal olarak örtüşen yapılar değildir. Depresyon döneminde artan dürtüselliğin niteliği ile ilgili ileri çalışmalar gerekmektedir.

Sadece öz bildirim ölçekleriyle elde edilen bulgular dikkate alındığında depresyonda dürtüselliğin durumsal özellik gösterdiği, depresyon belirtilerin devam ettiği dönemle sınırlı olduğu sonucuna varılabilmektedir. Bu bulgunun izlem çalışmaları ile sınanması gereklidir. Benzer ölçeklerle yapılan tek izlem çalışmasında tedavi ile dürtüsellik puanlarında azalma bildirilmiştir (Corruble ve ark. 2003). Ancak bu çalışmada izlem sonucunda yapılan değerlendirmede hastaların depresyon belirti şiddeti, remisyona girip girmedikleri değerlendirilmemiştir. Bununla birlikte tedaviyle azalma depresyonda dürtüselliğin durumsal olduğu görüşünü desteklemektedir.

Yakın dönemde yayımlanan bir metaanalizde İUDB hastalarında remisyon döneminde öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilen dürtüselliğin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu bildirilmiştir (Saddichha ve Schuetz 2014a). Aynı yazarlar tarafından diğer bir metaanalizde remisyon döneminde İUDB olmayan depresyon hastalarında dürtüsellikteki yüksekliğin devam ettiği sonucuna varılmış da, metaanalize dahil edilen çalışmalar yeniden incelendiğinde tüm çalışmaların remisyon dönemi ölçütlerini karşılamadığı görülmüştür (Saddichha ve Schuetz 2014b). Yineleyici depresyonla ilgili önceki çalışma sonuçları ve bu çalışmanın bulguları remisyon döneminde hastaların sağlıklı kontrollere benzer dürtüsellik düzeyleri olduğunu göstermektedir. Bu durum iki uçlu bozukluk ve yineleyici depresyon arasında dürtüsellik açısından farklılık olduğuna işaret etmektedir.

5.2.2. Dürtüselliğin Davranışsal Görevler ile Değerlendirilmesi

Bu çalışmada dürtüselliğin farklı boyutlarına odaklanan üç farklı davranışsal görev kullanılmıştır. Dürtüsel eylem (motor dürtüsellik) Yap/yapma Testi ile, dürtüsel seçim ya da dürtüsel karar verme (bilişsel dürtüsellik) Iowa Kumar Testi ve Balon Analog Risk Testi ile değerlendirilmiştir.

5.2.2.1. Yap/yapma Testi

Alanyazında depresyonda dürtüselliğin Yap/yapma testi ile değerlendirildiği çalışmaların tümü (Tablo 2.3) depresyon belirtilerinin devam ettiği dönemde yapılmıştır. Bu çalışma remisyon döneminde bu değerlendirmenin yapıldığı ilk çalışmadır. Yap/yapma testinde dürtüsellikle, yanıt baskılanmasında yetersizlikle

ilgili temel sonuç değişkeni yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme sayısıdır. Bu alışma örnekleminde yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme sayısı ile BDÖ'nin plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatte dürtüsellik alt ölçek puanları arasında zayıf ancak anlamlı düzeyde pozitif ilişki gösterilmiştir (Tablo 4.11).

Bu çalışmada gruplar arasında yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme sayısında farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.8). Bu bulgu depresyon döneminde yapma hedefine yanlışlıkla yanıt vermede değişim olmadığını gösteren, ancak çok daha az sayıda katılımcı ile yapılan çalışmalar ile uyumludur (Zhang ve ark., 2007; Zhang ve ark 2016; Diler ve ark., 2014; Ruchsov ve ark., 2006; Ruchsov ve ark., 2008). Westheide ve arkadaşları (2007) kısmen remisyonunda olan (HAM-D < 13) on beş majör depresyon hastasını, on beş sağlıklı gönüllü ile karşılaştırdıklarında yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme sayısında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmamış, ancak hasta grubunda daha yüksek olma eğilimini ($p=0,050$) bildirmiştir. Yaşlı hasta ve kontrol gruplarında, çok kk örnekleme ($n = 11$) yapılan tek bir çalışmada yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme sayısı depresyon döneminde yüksek bulunmuştur (Katz ve ark., 2010).

Yap/yapma Testi ile incelenen değişkenlerden MD, RMD ve K grupları arasında anlamlı farklılık saptanan özellik tepki sresidir. RMD ve MD grupları arasında fark saptanmazken, MD grubunda tepki süresinin K grubundan dikkat bozukluğuna işaret edecek şekilde uzun olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu literatürde 21-36 yaş aralığında (Zhang ve ark., 2016) ve 60 yaş üzerinde (Zhang ve ark., 2007, Zhang ve ark., 2016) yapılan çalışmalarla uyumludur. Benzer bulgunun saptanmadığı iki çalışmada (Ruchsov ve ark., 2006 ve 2008) modifiye edilmiş Yap/yapma testi kullanılmıştır. Bu iki çalışmada da hasta grubunun depresyon belirti şiddeti, anlamlı farkın gösterilebildiği alışmalardakinden düşüktür. Tepki süresinin kısılması kişinin eyleme geçmeden önce yeterince değerlendirme yapmamış olması nedeniyle bilişsel işlemlenin kısa tutulmasının göstergesi olarak kabul edilir. Bu haliyle bilişsel dürtüsellik belirteci olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada ve depresyon hastalarında yapılan diğer çalışmalarda saptanan uzamış tepki süresinin depresyon belirti şiddeti ile paralellik gösterecek şekilde dikkat bozukluğu ya da bilişsel süreçlerde yavaşlama olmasıyla ilişkili olduğu dşnlmştir.

Yap/yapma testinden elde edilen diğerk bir değişken, yap hedefine ihmal hata sayısı, dikkatle ilgili bozukluk lehine değerlendirilmektedir. Bu örneklemede bu sayının depresyon belirti şiddeti ile anlamlı pozitif ilişkisi gösterilmiştir.

Sonuç olarak Yap/yapma testi ile değerlendirilen yanıt baskılanmasının depresyon belirtilerinin devam ettiği dönemde de, remisyon döneminde de hastalarda sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı gösterilmiştir.

5.2.2.2. Iowa Kumar Testi

Iowa Kumar Testi'nde grupların bloklar ilerledikçe kart seçimleriyle ilgili değişiklik MD, RMD ve K gruplarında farklı bulunmamıştır. Dolayısıyla IKT sırasında çalışmaya alınan tüm örneklemin test boyunca avantajlı destelere yöneldikleri gösterilmiştir (Şekil 4.1). Bu bulgu deneyim yoluyla avantajlı seçimler yapmaya yönelme açısından majör depresyon hastalarının belirtilerinin devam ettiği sırada ve remisyon döneminde sağlıklı kontrollerden farklı davranmadıklarına işaret etmektedir. Öğrenmeyle ilişkili farklılık olmadığını gösteren bu bulgu, diğerk değişkenler açısından depresyon grubunda farklılık saptayan çalışmalar da dahil (Must ve ark., 2006; Smoski ve ark., 2008; Cella ve ark., 2010) tüm çalışmaların ortak bulgusudur.

Her bir 20 kartlık blokta avantajlı seçim sayısı açısından gruplar karşılaştırıldığında da fark bulunmamıştır. Bu bulgu depresyon döneminde IKT uygulanan iki çalışma sonucuyla uyumludur (Westheide ve ark., 2007; McGovern ve ark., 2014). Ancak benzer örneklemede yürütölen iki çalışmada (Must ve ark., 2006; Cella ve ark., 2010) özellikle son bloklarda depresyon hastalarının avantajlı seçim sayısının sağlıklı kontrollerden düşük olduğu bildirilmiştir. Benzer bir durum bu çalışmanın örnekleminde de gözlenmişse de (Şekil 4.1), farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Toplam 100 kart seçiminden oluşan IKT'nin son 50 denemesinde avantajlı kart seçimi açısından gruplar karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık gösterilememiştir.

Iowa Kumar Testinde dürtüsellikle ilgili temel sonuç değişkeni toplam avantajlı kart seçimi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada MD, RMD ve K grupları arasında farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.9). Bu değişkenle ilgili sonuç bildirilmiş çalışmaların biri dışında ortak bulgusu bu şekildedir (Tablo 2.4). Sadece

Smoski ve arkadaşları (2008), diğer çalışmaların bulgularıyla da çelişecek şekilde bloklarda ve toplamda depresyon hastalarının daha fazla avantajlı kart seçimi yaptığını bildirmiştir. Ancak farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yazarlar bu bulguyu hastaların riskten kaçınma eğilimi üzerinden tartışmış, diğer çalışmalarla uyumsuzlukla ilgili yorum yapmamıştır.

Testte incelenebilecek alternatif sonlanım değişkenleri de önerilmiştir. Bazı araştırmacılar kazanç/kayıp sıklığı düşük olan destelerde (A ve C desteleri) avantajlı deste seçimi sayısının daha tutarlı sonuçlar verebileceğini öne sürmüştür (Horstmann ve ark., 2012; Lin ve ark., 2007). Ancak bu açıdan da gruplar arasında fark gösterilmemiştir.

Iowa Kumar Testi kapsamında kart seçimleriyle ilgili dikkat çeken bir gözlem, daha önce yapılmış çalışmalara benzer şekilde, bireyler arası değişkenliğin yüksek olmasıdır. Bu nedenle gruplar arasında farklılığın gösterilebilmesinin örneklem büyüklüğüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Daha büyük bir örneklemle çalışılması uygun olacaktır. Ancak bu çalışmada ulaşılan örneklem büyüklüğü daha önceki araştırmaların üzerindedir. Üstelik benzer büyüklükte bir örneklemle, benzer belirti düzeyindeki hasta grubuyla yapılan tek çalışma ile (McGovern ve ark; 2014) bulgular tutarlıdır.

Bu testte sonlanım değişkeni olarak kabul edilen değişkenlerin öz bildirim ölçek puanları ile ilişkisi incelendiğinde UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin heyecan arama alt ölçeği ile anlamlı düzeyde pozitif ilişki gösterilebilmiştir (Tablo 4.11). Çalışma grupları arasında bu alt ölçek puanı açısından da farklılık saptanmamıştır.

Bu bulgulara dayanarak, depresyon hastalarında IKT performansının, hem depresyon hem de remisyon döneminde sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı sonucuna varılmıştır. Testin uygulanması ile ilgili kimi değişikliklerle, ödül/ceza uygulanması ile ilgili test sırasında gerçekleşen değişiklikler eklendiğinde, depresyon hastalarının gereken esnekliği gösteremediği bildirilmiştir (Must ve ark., 2006; Cella ve ark., 2010). Alanyazında yaygın kullanımına rağmen IKT dürtüsel seçimle ilgili altın standart olarak kabul edilen bir değerlendirme aracı değildir. Karar vermeyle ilgili olası seçeneklerin birçok farklı özelliğinin değerlendirilme biçimi ve tercih önceliği dürtüsel davranışla sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla bu bulgu depresyon

hastalarında dürtüsel seçim açısından sağlıklı kontrollerden fark olmadığı şeklinde genellenmemelidir.

5.2.2.3. Balon Analog Risk Testi

Bu çalışma majör depresyon hastalarının Balon Analog Risk Testi ile değerlendirildiği ilk çalışmadır. Balon Analog Risk Testi dürtüsel seçimin heyecan ve risk arayışı, riskten kaçınma eğilimiyle ve dürtüsel eylemle ilişkili olabilecek bir davranışsal görevdir. Örneklemin tümünde BART ile elde edilen değişkenlerin öz bildirim ölçekleriyle ilişkisi incelendiğinde dürtüsellikle ilgili olduğu kabul edilen toplam ve düzeltilmiş pompa sayıları ile UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin heyecan arama alt ölçek puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 4.11). Heyecan arama eğilimi yükseldikçe bu davranışsal görevde riskli olsa da pompalama sayısı artmaktadır. Ancak heyecan arayışı ile Balon Analog Risk Testinde toplam kazanç miktarı arasında da pozitif ilişki gösterilmiştir (Tablo 4.11). İstatistiksel olarak anlamlı olsa da zayıf bir ilişkinin gösterilmiş olması, dürtüsellik genel olarak uzun vadede olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmekteyse de, bağlama göre işlevsel bir yönü de olabildiğini göstermektedir. Beklendiği şekilde BART ile değerlendirilen değişkenlerin dürtüsel eylemi değerlendirmek üzere uygulanan Yap/yapma testi sonuçlarıyla da ilişkisi gösterilmiştir. Yap/yapma testinde yap hedefine ihmal yanıt sayısı ile pompalama sayısı arasında olumsuz ilişki gösterilmiştir (Tablo 4.11). BART sonuçlarıyla depresyon belirti şiddeti arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışma grupları arasında Balon Analog Risk Testi performansı açısından farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.10). Depresyon belirtilerinin devam ettiği ve remisyon dönemlerinde hastalar sağlıklı kontrollerden risk alma ve riskten kaçınma açısından farklı bulunmamıştır.

Riskle ilgili seçimlerle ilgili davranışsal görevler olan IKT ve BART ile depresyon hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılık bulunmamıştır. Bir dizi seçim davranışı kapsamında değişen oranlarda risk ve belirsizlik içeren seçeneklerin tercih edilme oranları incelenerek, bireye özgü risk ve belirsizliğe bağlı değersizleştirme indeksinin hesaplanması mümkündür. Ancak depresyon hastalarında bu davranışsal görev de incelenmemiştir. Depresyon döneminde riskten

kaçınma eğilimi bildirilen tek çalışma (Smoski ve ark. 2008), bu sonuca İKT bulgularıyla varmıştır. Ancak bu bulgu tekrarlanmamıştır.

5.2.3. Özkıyım Düşünce ve Girişimi ile Dürtüselliğin Karşılaştırılması

Ölüm, özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimi ile ilgili hedeflenen karşılaştırmaların tümü örneklemin büyüklüğü ve özkıyım ile ilgili düşünce ve davranışlara dayanarak oluşturulan gruplarda yeterli katılımcı olmaması nedeniyle yapılamamıştır. Ancak majör depresyon grubuyla sınırlı olarak yapılan karşılaştırmalarda, hem özbildirim ölçekleri, hem de davranışsal görevlerle ilgili istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Son bir ay içinde ölüm ve özkıyım düşüncesine göre oluşturulan gruplar karşılaştırıldığında, özkıyım düşüncesi olanlarda BDÖ toplam puanının, dikkatte dürtüsellik alt ölçek puanının, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin toplam puanının, tasarlama eksikliği ve sıkışıklık alt ölçek puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.14). Davranışsal görevlerin sonuçları açısından karşılaştırıldığında, sadece dürtüsel eylemin değerlendirilmesi için kullanılan Yap/yapma testinde yanıt baskılanmasında yetersizlikle ilgili dürtüselliğin belirteci olarak kabul edilen ‘yapma hedefine yanlılıkla yanıt verme sayısının’ yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Özkıyım düşüncesi olanlarda benzer farklılıklar yaşam boyu değerlendirmeye göre karşılaştırma yapıldığında da saptanmıştır (Tablo 4.12). Ek olarak BDÖ’nün plan yapmama ve motor dürtüsellik alt ölçek puanları da yüksek bulunmuştur.

Özkıyım düşüncesi olan majör depresyon hastalarında özbildirim ölçeklerinden daha yüksek puanlar bulunması, dürtüselliğin özkıyım düşüncesi açısından riski arttırdığı yönünde değerlendirilebilir. Davranışsal görevlerde dürtüsel eylemle ilgili farklılığın tutarlı olarak saptanmasıysa, dürtüselliğin eylemle ve seçimle ilgili olacak şekilde iki ana grupta değerlendirilmesiyle ilgili bir soruna işaret edebilmektedir. Yanıt baskılanması işlevi bir eylemin durdurulmasıyla ilgili olduğu gibi, bir düşüncenin baskılanmasıyla da ilgili olabilir. Bu işlevin sadece motor davranışla ilgili olduğunun düşünülmesi yerine, genel olarak yürütücü işlevler kapsamında değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Majör depresyon hastalarında, özkıyım girişimi olan ve olmayan gruplarda dürtüselliğin BDÖ ile karşılaştırıldığı çalışmalarda sonuçlar çelişkilidir (Tablo 2.5).

Perroud ve arkadaşları (2011) majör depresyon hastalarında, Mann ve arkadaşları (1999), yarıya yakınına majör depresyon tanısı konulan geniş bir örnekleme, özkıyım girişimi olanlarda daha yüksek BDÖ toplam puanı bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmayla uyumlu bu bulguların aksine, Corruble ve arkadaşları (2003) özkıyım girişimi öyküsüne göre majör depresyon hastaları arasında farklılık saptamamıştır. Çalışma bulguları ile ilgili bu tutarsızlıkların özkıyım girişiminin sorgulanma biçimi ve sorgulandığı zaman aralığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Tasarlama eksikliği bir eylemin uzun vadeli sonuçlarının değerlendirilebilmesiyle, gecikmeyle uzun vadede elde edilebilecek ödüllere değer atfedilmesiyle ilgilidir. Bireylerde bu açıdan dürtüselliğin belirgin olması özkıyım ve yaşama devam etmekle ilgili karar verirken sağlıklı değerlendirme yapılmamasına, özkıyımın daha kolay tercih edilebilecek bir seçenek olarak kabul edilmemesine neden oluyor olabilir. Yaşam boyu özkıyım girişimi olan majör depresyon hastalarında tasarlama eksikliğinin yüksek bulunmuş olması da bu yorumu desteklemektedir (Tablo 4.12).

Sıkışıklık, olumsuz duygulanımla dürtüsel seçim ve eyleme yatkınlık oluşturan bir özelliktir. Majör depresyon hastalarında çökkün duygudurumla birlikte sıkışıklığın yüksek olması, özkıyım düşüncesinin bulunması ve özkıyım girişimi riskini arttırıyor olabilir. Yaşam boyu özkıyım girişimi olan majör depresyon hastalarında tasarlama eksikliğinin yüksek bulunmuş olması da bu yorumu desteklemektedir (Tablo 4.12).

Dürtüsel özelliklerin majör depresyonda özkıyım düşünce ve davranışı ile ilişkisi, özkıyım riskini arttıran etkenlerle ilgili daha önce yapılmış çalışma bulguları ile uyumludur (Bryan ve Rudd 2006; Klonsky ve ark., 2016). Majör depresyon hastalarında UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği daha önce kullanılmamıştır. Ancak bu ölçek sonuçları ile özkıyım düşüncesi ve girişimi arasındaki ilişki farklı örneklem gruplarında incelenmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde, başka çalışmalarda da özkıyım düşüncesi ve davranışının bu ölçeğin tasarlama eksikliği ve sıkışıklık alt ölçeklerinden yüksek puan alınmasıyla ilişkisi gösterilmiştir (Klonsky ve May 2010, Lynam ve ark., 2011).

Majör depresyon hastalarında yaşam boyu özkıyım girişimi öyküsü olanlarla olmayanlar arasında davranışsal görevlerin sonuçları arasında farklılık bulunmamıştır. Benzer grupların İKT ile karşılaştırıldığı çalışmalardan üçünde toplam avantajlı kart seçiminin özkıyım girişimi olan grupta daha az olduğu, bu grubun dürtüsel seçim yaptığı bildirilmiştir (Jollant ve ark., 2010; Richard-Devantoy ve ark., 2016; Bridge ve ark., 2012, Tablo 2.6). Ancak bu üç çalışmada da örneklem grubu depresyon belirti şiddeti düşük ya da remisyonda depresyon hastalarından oluşmuştur. Bu çalışmaya benzer düzeyde depresyon belirtisi olan hastalarda özkıyım girişimi olan ve olmayan gruplarda İKT bulgularını karşılaştıran tek çalışmada (Gorlyn ve ark., 2013) performans açısından farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmanın bulguları Gorlyn ve arkadaşlarının (2013) çalışmasına benzerlik göstermektedir.

Dürtüsellğin öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilmesiyle depresyonda durumsal olarak yüksek bulunduğu saptanan sıkışıklık gibi dürtüsel özelliklerin özkıyım düşüncesi ve girişimi ile ilişkili bulunması, davranışsal görevlerle depresyon hastalarında kontrollerden farklı bulunmayan yanıt baskılanması ile ilgili bozukluğun özkıyım düşünce ve davranışı ile ilişkisinin gösterilmesi dikkat çekicidir. Yanıt baskılanması ile ilgili sorun olmasının hastalarda depresyonla artan sıkışıklık gibi dürtüsel özelliklerle özkıyım düşüncelerinin belirmesini kolaylaştırdığı, özkıyım düşüncelerinin özkıyım girişimine evrilmesine aracılık ettiği öne sürülebilir. Ancak bu çalışmanın örneklem büyüklüğü böyle bir aracılık ilişkisini incelemek için gerekli çok değişkenli istatistiksel analizler için yeterli değildir.

Majör depresyonu olan hastalardan oluşan daha büyük bir örneklem grubuyla özkıyım düşünce ve davranışının öngörülmesinde farklı yöntemlerle ölçülen dürtüsellikle ilişkili özelliklerin rolünün araştırılması gereklidir. Bu örneklemde ikili karşılaştırmalarda özkıyım düşünce ve davranışı olanlarda cinsiyet açısından farklılık saptanmamışsa da, depresyon belirti şiddeti daha yüksektir. Dolayısıyla belirti şiddeti, yaş, cinsiyet, bipolarite gibi özelliklerin de dahil edilebileceği çok değişkenli modellerle dürtüsellğin özkıyım düşünce ve davranışıyla ilişkisi araştırılmalıdır.

5.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma grupları dürtüselliği etkileyebilecek bazı özellikler açısından farklı bulunmuştur. Örneklemin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, gruplarda cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Dürtüsellekle ilgili değerlendirmelerde cinsiyete bağlı olası farklılıklar nedeniyle bu önemli bir kısıtlılıktır. Çalışma grupları medeni durum, çalışmaya veya eğitime devam ediyor olması açısından farklı değildir. Ancak MD, RMD ve K grupları eğitim süreleri ve düzeyleri açısından karşılaştırıldığında MD grubunun eğitim süresi daha kısa bulunmuştur. Bu durum davranışsal görevlerde kişinin performansını etkileyebileceği için bir kısıtlılık olarak dikkate alınmalıdır. Daha sonraki çalışmalarda davranışsal görevlerdeki performansın karşılaştırılmasıyla ilgili kabaca zeka düzeyinin ya da başka bilişsel işlevlerin de değerlendirilmesi, davranışsal görevlerle saptanan farkların dürtüsellik dışında sebeplerini kontrol etmeyi sağlayacaktır.

Katılımcıların, çalışmaya alınma ve dışlanma ölçütleri açısından değerlendirilmesi için çalışmamızda uygulanan SCID-I ile aktivite ve dikkat bozukluğu tanısı değerlendirilmemektedir. Dürtüselliğin Aktivite ve Dikkat bozukluğunun çekirdek belirtilerinden olması nedeniyle bu tanının değerlendirmemiş veya dışlanmamış olması önemli bir kısıtlılıktır. Benzer şekilde dürtüsellik ile özellikle DSM-IV II. Eksen B kümesi kişilik bozukluklarının ilişkisi olduğu düşünülmese de, çalışmamızda katılımcıların kişilik bozuklukları açısından değerlendirilmemiş olması bir sınırlılık oluşturmaktadır.

Çalışmamızda dürtüselliğin farklı boyutlarının değerlendirilmesi için davranışsal görevler ve öz bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Depresyonun kişinin kendisiyle ilgili öznel değerlendirmesini etkileyebilecek olması öz bildirim ölçeklerinin depresyon döneminde kullanımı açısından kısıtlılık oluşturabilmektedir. Bununla birlikte, bu çalışmada ve daha önce bu ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda ölçeklerin güvenilirliklerine işaret eden değerlendirmeler yapılmıştır.

Davranışsal görevlerde test sonucunda katılımcılardan en yüksek puanı hedeflemeleri istenmektedir. Depresyondaki bireylerin cezalandırmalardan daha çok etkilenebilmeleri nedeniyle, cezalandırma olmayan küçük ödüllere yönelmesi ve anhedonisi olan katılımcıların ödül değerinin daha düşük olabilmesi nedeniyle büyük

ödüllere ilişkili tercihlere yönelmemeleri, depresyondaki kişilerin yanlışlıkla dürtüselliklerinin az olduğu yönünde değerlendirilmelerine yol açmış olabilir. Ayrıca bu çalışmada testler sonucunda katılımcılara ödül (testte kazanılan para) verilmemiş olmasının görev performansını etkilemiş olması mümkündür.

Balon Analog Risk Testi'nde herhangi bir balon çeşidinin art arda şişirilmesi (patlamayla kaybedilecek miktarın giderek artması ve göreceli kazancın giderek azalması nedeniyle), gerçek hayattaki sağlık ve güvenliğe olan tehditinin artışı ve azalmış kar ile sonuçlanan aşırı risk alma davranışının modellenmesidir. Bu davranışsal görev sonucunda pompalama sayısının risk alma davranışı ile orantılı olarak arttığı öne sürülmektedir. Bu önermeye göre balonların pompalanması arttıkça dürtüsellik arttığı, balonların pompalanması azaldıkça dürtüsellik azaldığı düşünülmektedir. Oysa davranışsal görevde katılımcılardan istenen en yüksek puanın elde edilebilmesi için balonların makul miktarda pompalanması gerekmektedir. Balonları az pompalayarak, hızlıca görevi tamamlamaya çalışmak da, sonuçta kazancın azalmasına sebep olabilecek farklı bir dürtüsellik boyutu ile ilişkili olabilir. Bu görevde dürtüsellik sadece pompalama miktarının artışı ile arttığı önermesi bu test ile ilgili bir sınırlılık olarak değerlendirilmiştir.

Majör depresyon ve remisyon gruplarında kullanılmakta olan ilaç tedavileri açısından belirgin farklılık bulunmamaktadır; ancak majör depresyon tedavisinde kullanılan psikotropaların dürtüsellik ile ilişkili özellikleri etkileyebileceği bilinmesine rağmen tedavi kullanımının araştırmanın dışında bırakılma ölçütleri içine alınmamış olması bu anlamda bir sınırlılık oluşturmaktadır.

Depresyonda dürtüsellik durumsal ve süreklilik gösteren yönlerinin değerlendirilmesi için ideal çalışma deseni izlem çalışması olacaktır. Böyle bir desen karıştırıcı değişkenler açısından daha güvenilir bulgulara erişilmesini de sağlayabilecektir. Antidepresan tedavi etkisini tam olarak dışlamak mümkün değilse de, kullanılan antidepresan gruplarına göre karşılaştırma yapılabilecek kadar az sayıda ilaç seçeneği ya da büyük örneklerle izlem çalışmalarında bu kısıtlılıkların üstesinden gelinebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın kesitsel niteliği bu anlamda bir sınırlılık oluşturmakla birlikte, alanyazındaki birçok çalışmanın aksine hem belirtilerin devam ettiği dönemde, hem de remisyon döneminde hasta grupları olması önemli bir üstünlüktür. Bu çalışmada

ulaşılan örneklem büyüklüğü daha önceki araştırmaların üzerinde olmasına rağmen daha önce yapılmış çalışmalara benzer şekilde, davranışsal görevlerle elde edilen puanlarda bireyler arası değişkenliğin yüksek olması, gruplar arasında farklılığın gösterilememesinin örneklem büyüklüğüyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Özkıyım düşünce ve davranışı ile ilgili öngörülen karşılaştırmaların yapılamamış olması temelde örneklem büyüklüğünün karşılaştırmaya yeterli büyüklükte gruplara olanak vermemesinden kaynaklanmıştır. Son olarak, dürtüsellikle ilgili bu çalışmada uygulanan davranışsal görevler, dürtüselliliğin tüm boyutlarını kapsamamaktadır. Araştırma soruları özkıyım ile ilişkiyi de içerdiği için dürtüsel seçimle ilgili riske göre karar vermeyle ilgili görevlere ağırlık verilmiştir. Dürtüselliliğin ödöl devreleriyle yakın ilişkisi göz önünde bulundurularak, depresyon hastalarında zaman, olasılık, riske göre değersizleştirme görevlerinin uygulanması önemli bir eksikliği tamamlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenmekte olan majör depresyon hastalarıyla yapılan bu çalışma dürtüselliğin, en azından incelenen boyutları açısından, depresyon hastaları ile sağlıklı kontroller arasında farklı olmadığını göstermiştir. Depresyon kendi başına süreklilik gösteren dürtüsel özelliklerle ilişkili görünmemektedir. Bununla birlikte duruma bağlı, yani depresyon belirtilerinin varlığı ve şiddeti ile ilişkili olacak şekilde dürtüselliğe artış olmaktadır. Depresyon döneminde dürtüselliğin belirgin hale gelmesi, bu çalışmada dürtüselliğe ilişkili olduğu gösterilen özkıyım riskini arttıran düşünce ve davranışların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Bunun ötesinde özkıyım düşüncesi olanlarda bunu eyleme dönüşmesinde dürtüselliğin rolü olduğu öne sürülmüştür.

Majör depresyonu olan hastalarda depresyon döneminde karar verme süreçlerini etkileyecek şekilde plan yapma, tasarlama ile ilgili işlemlerde dürtüsel eğilimler geliştirmesi, olumsuz duygulanımla ani kararlar vermeye, düşünmeden harekete geçmeye eğilimin artıyor olması hastalığın beraberinde getirdiği bedensel, ruhsal ve davranışsal sorunları arttırabilmektedir. Sadece depresyon tedavisi ile ilgili değil, genel olarak sağlıkla ilgili kararlar ve davranışlar, kişinin yaşantısıyla ilgili sağlıkla ilgili olmayan alanlarda verdiği kararlar dürtüsel özelliklerin belirgin hale gelmesinden olumsuz etkilenebilmektedir. Depresyon döneminde, başta özkıyım riski olmak üzere bu olumsuzlukların öngörülebilmesi, önüne geçilmesi ve uygun tedavi yaklaşımları geliştirilmesi, depresyon ve dürtüsellik ilişkisinin daha iyi anlaşılması ile mümkün olacaktır.

Daha büyük örneklerle depresyon hastalarında dürtüselliğin bu çalışmada uygulananın dışında davranışsal görevler de kullanılarak değerlendirilmesi gereklidir. Dürtüselliğe ilgili davranışsal görevler ve ölçekler araştırmaların bulguları ile gözden geçirilen, geçirilmesi gereken değerlendirme araçlarıdır. Bu çalışmada özbildirim ölçekleri ile dürtüselliğe artış gösterilmiştir. Ancak bu ölçeklerin puanlarının depresyon belirti şiddeti ile ilişkili bulunması, dürtüsel özelliklerin belirtilerle ilişkisi şeklinde yorumlanabileceği gibi, depresyonda ölçeklerin değerlendirmesinin güvenilirliğinin daha düşük olduğu da öne sürülebilir.

Davranışsal görevlerde depresyona eşlik eden performans değişikliği gösterilmemiş olması, bu davranış görevlerinde dürtüsellik öz bildirim ölçeklerinde arttığı gösterilmiş olan boyutunun, sıkışıklığın, yani olumsuz duygulanıma eşlik eden dürtüsel eylem ve seçim eğiliminin bu çalışmada kullanılan davranışsal görevlerle yeterli şekilde modellenememesiyle ilgisi olabilir. Daha büyük örneklem gruplarında depresyon belirti grupları ile dürtüsel özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi bu konuyu aydınlatabilecektir.

Davranışsal görevlerde farklılık saptanmaması dürtüsellikte fark olmamasıyla ilgili olabileceği gibi görevler sırasındaki performansın gerçek yaşamdaki dürtüsel düşünce ve eylemleri yeterince yansıtmıyor olmasıyla ilişkili olabilir. Bu çalışmada olduğu gibi dürtüsel karar verme ve eylemle ilgili özelliklerin görevlerle birlikte değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Majör depresyon tanısı konulan hastalar homojen bir grup oluşturmamaktadır. Depresyonun varlığının kategorik olarak dürtüsellikle ilişkisinin olmaması, başka bazı klinik özelliklerle belirlenebilecek alt grupların daha dürtüsel olmasını dışlamamaktadır. Bu çalışmada görüldüğü gibi özkıyım düşünce ve davranış dürtüsellik belirgin olan bir alt gruba işaret edebilmektedir. Risk oluşturacak şekilde yüksek dürtüsellik olan hastaları diğerlerinden ayırt etmeye yardımcı olabilecek, klinik değerlendirmeye saptanabilecek özelliklerin bilinmesi önlem alınmasını mümkün kılacaktır. İzlem çalışmalarıyla depresyonda dürtüsellik tedavinin etkisinin incelenmesi, farklı ilaç ve ilaç dışı tedavilerin dürtüsellik etkilerinin karşılaştırmasının klinik uygulamalara önemli etkileri olacaktır. Böylece bu grupta tedavi seçimi ve planlanmasını daha uygun hale getirebilecektir.

7. KAYNAKLAR

- Adida M., Jollant F., Clark L. ve ark., (2011) Trait-Related Decision-Making Impairment in the Three Phases of Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry* 70: 357–365
- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 4: 251-259.
- Akiskal H.S.(2009) Mood disorders: clinical features. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, B.J. Sadock and V.A. Sadock, Ed. 2009, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins S.1693-733
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2013.
- Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM ve ark. (2014) Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personal Soc Psychol Rev* 18:366-86.
- Angst J., Azorin JM., Bowden CL., ve ark. (2011) Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Aug;68(8):791-8.
- Arce E1, Santisteban C. (2006) Impulsivity: a review. *Psicothema*. 18: 213-20.
- Arsenault-Lapierre, G., ve ark.,(2004) Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta- analysi. *BMC Psychiatry* 4: 37.
- Barkley RA. (1991) The ecological validity of laboratory and analogue assessments of ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 19: 149–178.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data. In W. McCowan, J. Johnson, & M. Shure, *The impulsive client: theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Başar K, Sesia T, Groenewegen H ve ark. (2010) Nucleus accumbens and impulsivity. *Prog Neurobiol* 92:533-57
- Bechara A, Tranel D ve Damasio H (2000). Characterization of the decision- making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain* 123: 2189- 2202
- Bechara A. (2007) Iowa Gambling Task Professional Manual. PAR, USA, 1-14.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., ve ark., (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50: 7–15.
- Belzeaux R, Boyer L, Mazzola-Pomietto P ve ark. (2015) Adherence to medication is associated with non-planning impulsivity in euthymic bipolar disorder patients *J Affect Disord* 184: 60-6.
- Bertolote JM., Fleischmann A. (2002) Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 1(3): 181–185.
- Bezdjian S, Baker LA, Lozano DI ve ark., (2009) Assessing inattention and impulsivity in children during the Go/NoGo task. *Br J Dev Psychol* 27: 365–383.
- Bibby PA (2016) Loss-Chasing, Alexithymia, and Impulsivity in a Gambling Task: Alexithymia as a Precursor to Loss-Chasing Behavior When Gambling. *Front Psychol* 20;7:3.
- Bridge JA, McBee-Strayer SM, Cannon EA (2012) Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.
- Broos N., Schmaal L., Wiskerke J ve ark., (2012) The Relationship between Impulsive Choice and Impulsive Action: A Cross-Species Translational Study. *PLoS One* 7(5):e36781.
- Bryan CJ, Rudd MD (2006) Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol* 62:185-200
- Carlson, S.M., Zayas, V., Guthormsen A. (2009). Neural correlates of decision making on a gambling task. *Child Dev* 80: 1076–1096.

- Caroselli, J.S., Hiscock, M., Scheibel, R. S., and Ingram, F. (2010). The simulated gambling paradigm applied to young adults: an examination of university students' performance. *Appl. Neuropsychol.* 13: 203–212.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med.* 33: 395-405.
- Cella M., Dymond S., Cooper A. (2010) Impaired flexible decision-making in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 124: 207–210
- Chambers RA, Potenza MN (2003) Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *J Gambling Stud* 19: 53– 84.
- Chen YW., Dilsaver SC. (1996) Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Bio Psychiatry* 39: 896-9.
- Clark L, Iversen S, Goodwin GA (2001) Neuropsychological investigation of prefrontal cortex involvement in acute mania. *Am J Psychiatry* 158: 1605–11
- Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD (1996) Comorbidity of personality disorders and unipolar major depressive disorders in adults: A review. *J Affect Disord.* 37: 157–170.
- Corruble E., Benyamina A., Bayle F., ve ark., (2003) Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry.* 27: 829– 833
- Crismon ML, Trivedi MH, Pigott TA ve ark., (1999) The Texas Medication Algorithm Project: Report of the Texas Concensus Panel on Medication Treatment of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*, 60 (3): 142-156.
- d'Acremont M., Van der Linden M (2007) How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence* 30 (2007) 271–282
- Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW (2011) Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron* 69: 680–94.

- Dawson EL, Shear PK, Howe SR ve ark., (2014) Impulsivity predicts time to reach euthymia in adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 16: 846–856
- de Graaf R, Bijl RV, Spijker J (2003) Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders--findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study., *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(1):1-11
- Diler RS., Pan LA., Segreti AN (2014) Differential Anterior Cingulate Activity during Response Inhibition in Depressed Adolescents with Bipolar and Unipolar Major Depressive Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 23: 10-9.
- Dumais A, Lesage AD, Alda M ve ark., (2005) Risk factors for suicide completion in major depression: a case–control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry.* 162: 2116–24.
- Dunn BD, Dalgleish T, Lawrence AD (2006) The somatic marker hypothesis: A critical evaluation. *Neurosci Biobehav Rev* 30(2):239-271.
- Ebmeier KP, Donaghey C ve Steele JD. (2006) Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 367(9505): 153-67.
- Ekinci O, Albayrak Y, Caykoylu A. (2011) Impulsivity in euthymic patients with major depressive disorder: the relation to sociodemographic and clinical properties. *J Nerv Ment Dis.* 199(7):454-8.
- Ernst M, Paulus MP (2005) Neurobiology of decision making: a selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biol Psychiatry* 58(8):597-604.
- Fineberg N.A., Chamberlain S.R., Goudriaan A.E., ve ark., (2014) New developments in human neurocognition: Clinical, genetic, and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectr.* 19, 69–89.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc.

- Gopinath, S., ve ark., (2007) Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord*, 101: 57-63.
- Gorlyn M., Keilp JG., Oquendo MA. ve ark., (2013) Iowa Gambling Task performance in currently depressed suicide attempters. *Psychiatry Research* 207:150–157
- Güleç H, Güleç MY, Küçükali Cİ (2007) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Erkek Mahkûmlarda IOWA Kumar Testi Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Türkiye'de Psikiyatri*, 9 :91-97
- Güleç H., Tamam L., Güleç MY, ve ark. (2008) Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 18:251-258
- Güneş A. ve Kılınçaslan A. (2015) Columbia intihar şiddetini derecelendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Halperin JM, Wolf LE, Greenblatt ER, ve ark., (1991) Subtype analysis of commission errors on the continuous performance test in children. *Developmental Neuropsychology*. 7:207–217.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23: 56-62.
- Han G, Klimes-Dougan B, Jepsen S. ve ark., (2012) Selective neurocognitive impairments in adolescents with major depressive disorder. *Journal of Adolescence* 35: 11–20
- Harris EC., Barraclough ve B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta- analysis. *Br J Psychiatry* 170: 205-228.
- Hawton, K., ve ark., (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord* 147: 17-28.
- Henna E, Hatch JP, Nicoletti M, ve ark., (2013) Is impulsivity a common trait in bipolar and unipolar disorders? *Bipolar Disord* 15(2):223–7.

- Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL ve ark. (2000) Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the mood disorder questionnaire. *Am J Psychiatry* 157(11): 1873-1875.
- Horstmann A, Villringer A ve Neumann J (2012) Iowa Gambling Task : there is more to consider than long – term outcome. Using a linear equation model to disentangle the impact of outcome and frequency of gains and losses. *Front Neurosci.* 14:6-61
- Howland RH. (2008) Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D). Part 2: Study outcomes. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 46(10):21
- Huizenga,H.M.,Crone,E.A.,and Jansen,B.J.(2007). Decision- making in healthy children, adolescents and adult sex plained by the use of increasingly complex proportional reasoning rules. *Dev. Sci.* 10, 814–825.
- Hur JW., Kim YK (2009) Comparison of Clinical Features and Personality Dimensions between Patients with Major Depressive Disorder and Normal Control. *Psychiatry Invest* 6:150-155
- Jahanshahi M (2013) Effects of deep brain stimulation of the subthalamic nucleus on inhibitory and executive control over prepotent responses in Parkinson's disease. *Front Syst Neurosci.* 25;7:118.
- Jollant F, Lawrence SN, Olie E ve ark., (2010) Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *NeuroImage* 51: 1275–1281
- Kalivas ve Volkow (2005) The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 162: 1403-13.
- Katon W, Lozano P, Russo J, (2007) The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls. *J Adolesc Health* 41: 455-63.

- Katz R., De Sanctisa P., Mahoney JR. ve ark., (2010) Cognitive Control in Late-Life Depression: Response inhibition deficits and dysfunction of the Anterior Cingulate Cortex. *Am J Geriatr Psychiatry* 18: 1017–1025.
- Kaya B, Kaya M (2007) 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10 (Suppl. 6) 3-10.
- Kessler RC (2012) The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am* 35(1): 1-14
- Kessler RC, Berglund P, Demler O. ve ark. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289: 3095-105.
- Khait VD, Huang YY, Zalsman G (2005) Association of serotonin 5-HT_{2A} receptor binding and the T102C polymorphism in depressed and healthy Caucasian subjects. *Neuropsychopharmacology*. 30(1):166-72.
- Kim YS., Cha B., Lee D. ve ark., (2013) The Relationship between Impulsivity and Quality of Life in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. *Psychiatry Investig.* 10: 246–252.
- Klonsky ED, May A (2010) Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 40: 612-9 ;
- Klonsky ED, May AM, Saffer BY (2016) Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol* 12: 307-30.
- Konuk N, Kıran S, Tamam L ve ark. (2007) Duygudurum bozuklukları ölçeğinin Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg* 18(2): 147-154.
- Krüger S, Trevor Young L ve Bräunig P. (2005) Pharmacotherapy of bipolar mixed states. *Bipolar Disorders* 7: 205–15.
- Kuehner C. (2016) Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. S2215-0366(16)30263-2
- Lejuez CW, Read JP, Kahler CW ve ark., (2002) Evaluation of a behavioral measure of risk taking: the Balloon Analogue Risk Task (BART). *J Exp Psychol Appl* 2: 75-84.

- Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, ve ark., (1994) Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 151: 1063–1068
- Lin C-H, Chiu Y-C ve ark., (2007) Is deck B a disadvantageous deck in the Iowa Gambling Task? *Behav Brain Funct* 15;3:16
- Liraud F, Verdoux H (2001) Association between temperamental characteristics and medication adherence in subjects presenting with psychotic or mood disorders. *Psychiatry Res* 102 (1):91-5
- López-Caneda E., Holguín SR., Cadaveira F. (2014) Impact of Alcohol Use on Inhibitory Control (and Vice Versa) During Adolescence and Young Adulthood: A Review. *Alcohol and Alcoholism* 49: 173–181
- López-Muñoz F. ve Alamo C. (2009) Monoaminergic Neurotransmission: The History of the Discovery of Antidepressants from 1950s Until Today. *Current Pharmaceutical Design.*, 2009, 15:, 1563-1586
- López-Muñoz F., Alamo C. (2009) Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today. *Curr Pharm Des* 15(14): 1563-86.
- Lynam DR, Miller JD, Miller DJ, Bornovalova MA, Lejuez CW (2011) Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. *Personal Disord* 2: 151-60
- MacPherson SE., Phillips LH. ve Della Sala S. (2002) Age, executive function and social decision making: a dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging. *Psychol. Aging* 17, 598–609.
- Malloy-Diniz LF, Paula JJ, Vasconcelos AG ve ark., (2015) Normative data of the Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) for Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr.* 37(3): 245-8.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL ve ark., (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156:181–189.

- McGovern AR, Alexopoulos GS, Yuen GS. ve ark., (2014) Reward-Related Decision Making in Older Adults: Relationship to Clinical Presentation of Depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 29: 1125–1131.
- Mitchell MR., Potenza MN (2014) Recent Insights into the Neurobiology of Impulsivity. *Curr Addict Rep* 1:309-319
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM ve ark., (2001) Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 158:1783–93
- Murphy FC, Rubinsztein JS, Michael A ve ark., (2001) Decision-making cognition in mania and depression. *Psychol Med* 31: 679–93
- Must A, Szabo' Z, Bo'di N. ve ark., (2006) Sensitivity to reward and punishment and the prefrontal cortex in major depression *Journal of Affective Disorders* 90: 209– 215
- Najt P, Glahn D, Bearden CE ve ark., (2005) Attention deficits in bipolar disorder: a comparison based on the Continuous Performance Test. *Neurosci Lett* 379: 122–6
- Oldershaw A, Grima E, Jollant F ve ark., (2009) Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm. *Psychol Med* 39: 95-104.
- Osby U, Brandt L, Correia N, ve ark. (2001) Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 58: 844–850.
- Öztürkçügil A., Aydemir O., Yıldız M. ve ark., (1999) DSM-IV eksen I bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12: 233-236
- Pan A, Sun Q, Okereke OL ve ark. (2011) Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA*, 306(11): 1241-1249.
- Park EH., Hong N., Jon DI. ve ark., (2016) Past suicidal ideation as an independent risk factor for suicide behaviours in patients with depression. *Int J Psychiatry Clin Pract* 17:1-5.

- Patton J., Stanford M., ve Barrat E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J. Clin. Psychol* 51: 768–774.
- Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC ve ark., (2007) Trait impulsivity in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 100: 227–231.
- Perroud N, Baud P, Mouthon D ve ark., (2011) Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *J Affect Disord* 134: 112–118.
- Peters J., Büchel C. (2011) The neural mechanisms of inter-temporal decision-making: understanding variability. *Trends Cogn Sci* 15: 227-39.
- Posner K., Brown GK., Stanley B. ve ark., (2011) The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 168(12): 1266-77.
- Pulcu E., Trotter P., Thomas E. ve ark., (2014) Temporal discounting in major depressive disorder. *Psychol. Med.* 44: 1825–1834.
- Richard-Devantoy S, Olié E, Guillaume S (2016) Decision-making in unipolar or bipolar suicide attempters. *Journal of Affective Disorders* 190: 128–136
- Rihmer Z, Gonda X, Rihmer A ve ark., (2016) Antidepressant-resistant depression and the bipolar spectrum -- diagnostic and therapeutic considerations. *Psychiatr Hung* 31:157-68.
- Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T (2014) Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study, *Psychol Med* 44: 291-302.
- Rubinsztein JS., Michael A., Underwood BR. ve ark., (2006) Impaired Cognition and Decision-Making in Bipolar Depression but No 'Affective Bias' Evident. *Psychol Med* 36: 629-639.
- Ruchsow M, Groen G, Kiefer M. ve ark., (2008) Electrophysiological evidence for reduced inhibitory control in depressed patients in partial remission: A Go/Nogo study. *International Journal of Psychophysiology* 68: 209–218

- Ruchsnow M., Herrnberger B, Beschoner P. ve ark. (2006) Error processing in major depressive disorder: Evidence from event-related potentials *Journal of Psychiatric Research* 40: 37–46
- Saddichha S, Schuetz C (2014a) Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Compr Psychiatry* 55: 1479–1484.
- Saddichha S, Schuetz C. (2014b) Impulsivity in remitted depression: a meta-analytical review. *Asian J Psychiatr* 9: 13–6.
- Sansone LA, Sansone RA. (2012) Antidepressant Adherence. *Innov Clin Neurosci.* 9:41-46
- Scheibe S, Preuschhof C, Cristi C ve ark. (2003) Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *J Affect Disord* 75(3): 223-235.
- Sher L., Oquendo MA., Li S (2003) Prolactin response to fenfluramine administration in patients with unipolar and bipolar depression and healthy controls. *Psychoneuroendocrinology* 28: 559–573
- Simon GE, VonKorff M. (1998) Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol.* 147(2):155-60.
- Smith AR, Witte TK, Teale NE ve ark., (2008) Revisiting impulsivity in suicide: implications for civil liability of third parties. *Behav Sci Law* 26: 779–797.
- Smoski MJ., Lynch TR., Rosenthal MZ. ve ark., (2008) Decision-making and risk aversion among depressive adults. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39:567-576
- Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP ve ark., (2009) Characterizing impulsivity in mania. *Bipolar Disord* 11: 41–51
- Sublette EM, Carballo JJ, Moreno C ve ark., (2009) Substance Use Disorders and Suicide attempts in Bipolar Subtypes. *J Psychiatr Res* 43: 230–238.
- Swann A.C., Pazzaglia P., Nicholls A. ve ark., (2003) Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J. Affect. Disord* 73: 105–111.

- Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ ve ark., (2004) Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord* 6: 204–212.
- Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ ve ark., (2005) Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 162:1680-7.
- Tavares JVT., Clark L., Cannon DM. ve ark., (2007) Distinct profiles of neurocognitive function in unmedicated unipolar depression and bipolar II depression. *Biol Psychiatry*. 15;62(8):917-24.
- Thomson W. (2012) Long term follow up of suicide in a clinically depressed community sample. *J Affect Disord* 139:52-5.
- Toplak ME, Sorge GB, Benoit A ve ark., (2010) Decision-making and cognitive abilities: A review of associations between Iowa Gambling Task performance, executive functions, and intelligence. *Clinical Psychology Review* 30: 562–581.
- Triverdi MH, Rush AJ, Wisniewski SR ve ark (2006) Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement- based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 163: 28-40.
- Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkililik Projesi (2004) TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- Ustün TB (2000) Cross-national epidemiology of depression and gender. *J Gend Specif Med* 3: 54-8.
- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S ve ark. (2004) Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 184: 386-392.
- Van Geffen, E.C., ve ark., (2009) Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the GP's prescription? *Br J Gen Pract* 59: 81-7.
- Weissman MM, Bland R, Joyce PR ve ark. (1993) Sex differences in the rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 29(2-3): 77-84.

- Westheide J, Quednow BB, Kuhn KU ve ark., (2008) Executive performance of depressed suicide attempters: the role of suicidal ideation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258: 414–421.
- Westheide J, Wagner M, Quednow BB ve ark., (2007) Neuropsychological performance in partly remitted unipolar depressive patients: Focus on executive functioning. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 257: 389–395.
- Whiteside SP, Lynam DR. (2001) The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences* 30: 669-689
- Wilder KE, Weinberger DR, Goldberg TE (1998) Operant conditioning and the orbitofrontal cortex in schizophrenic patients: unexpected evidence for intact functioning. *Schizophr Res* 30:169-174.
- Yargıç İ, Ersoy E, Oflaz SB (2011) UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile Psikiyatri Hastalarında Dürtüsellik Ölçümü. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 21: 139-46
- Yazıcı K, Yazıcı AE. (2010) Dürtüsellik nöröanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2: 254-280.
- Yechiam E. ve Busemeyer JR. (2005) Comparison of basic assumptions embedded in learning models for experience-based decision making. *Psychon Bull Rev* 12: 387–402.
- Yoshimura, R., Umene-Nakano W., Ueda N. ve ark., (2010) No difference in adherence to paroxetine between depressed patients with early remission and those with late remission based on monitoring of plasma paroxetine concentrations. *Hum Psychopharmacol* 25: 487-90.
- Zhang BW, Xu J. ve Chang Y. (2016) The Effect of Aging in Inhibitory Control of Major Depressive Disorder Revealed by Event-Related Potentials. *Front Hum Neurosci* 30;10:116.

Zhang BW, Zhaob L. ve Xua J. (2007) Electrophysiological activity underlying inhibitory control processes in late-life depression: A Go/Nogo study. *Neuroscience Letters* 419: 225–230

8. EKLER

EK-1: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu

Tel:	Protokol Numarası
------------	-------------------------

BİLGİ FORMU

Dosya Numarası
Hastanın Adı Soyadı
Görüşmenin Yapıldığı Tarih
	G G A A Y Y Y Y

1. MEVCUT DEPRESYON DÖNEMİNDE ALDIĞI TEDAVİ

En son Antidepresan kullanım tarihi:.....

Önerilen Antidepresan Adı ve Dozu:..... mg

Anksiyolitik Adı ve Dozu:..... mg

İnsomnia Tedavisi ve Dozu:..... mg

Duygudurum Düzenleyici / Doz/Süre:...../...../.....mg (min. 4 hafta)

Antipsikotik Doz/Süre:...../...../.....mg (min. 4 hafta)

Diğer Psikotrop İlaçlar ve Dozu: mg

Psikoterapi:

2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

Doğum tarihi (yıl):.....

Cinsiyeti: Erkek Kadın

Medeni durumu: Bekar Evli Dul Boşanmış Diğer

Meslek: Öğrenci Ev kadını Çalışıyor İşsiz Emekli Diğer

Eğitim süresi: yıl

Eğitim düzeyi: Okur-yazar değil Okur-yazar ilköğretim Lise Yüksekokul /Üniversite

3. PSİKİYATRİK ÖZGEÇMİŞ

Hikayede tespit edilen ilk depresyon dönemi yaşı:

İlk depresyon tanı konulma yaşı:

Geçmişte antidepresan ilaç kullanımı öyküsü: Yok Var

MDB harici psikiyatrik ek tanı: Yok Var (tanrıyı belirtiniz)

Mevcut dönem dahil toplam depresyon dönemi sayısı:

Mevcut değişliklik dahil son 1 yıl içindeki depresif dönem sayısı:

Tel :	Protokol Numarası <input style="width: 100%;" type="text"/>
-------	---

Mevcut dönemin süresi (ne kadar süredir tedavisiz): (.....)

Mevcut dönem için aldığı tedaviler (ne kadar süredir tedavi almıyor?)

Tedavisiz Antidepresan Diğer
ilaç tedavileri

EKT Yatarak tedavi Psikoterapi Diğer

Depresyon için daha önce kullanılan ilaç tedavileri:

Geçmişte psikoterapi öyküsü: Yok Var

Geçmişte EKT öyküsü: Yok Var

Bir psikiyatri servisine yatış öyküsü: Yok Var

Varsa toplam yatış sayısı:

İntihar girişimi: Yok Var

Varsa toplam intihar girişimi sayısı:

4. PSİKİYATRİK SOYGEÇMİŞ

Ailede depresyon öyküsü: Yok Var

(Tüm aile öyküleri hastanın 1. Derece yakınlarının öyküsü dikkate alınarak not edilecektir)

Ailede depresyon tedavisi öyküsü:

Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü: Yok Var

Varsa belirtiniz:

Ailede intihar girişimi öyküsü: Yok Var Varsa belirtiniz.....

5. BEDENSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ

Kronik, takip ve tedavi gerektiren bedensel hastalık: Yok Var

Depresyonla ilişkili olabilecek sistemik ilaç kullanım öyküsü: Yok Var

Varsa belirtiniz: Antihipertansif OKS H2 R ant. KT Ajan KS Diğer

6. DAHA ÖNCE ANTİDEPRESANLARA VERİLEN YANITI TARİF EDİNİZ

EVET

HAYIR

Manik/hipomanik değişimler

Tedaviye direnç

İrritabilite

Kısmi yanıt (HAM-D % 25-50)

Tel:	Protokol Numarası
------	-------------------	-------

Yanıt (HAM-D %50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Düzelme (Remisyon: Son 2 ay içinde hiçbir anlamlı belirtinin olmaması)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İyileşme (Recovery: bir ataktan sonra uzun bir süre hastada depresyon belirtilerinin olmaması, atağın tam olarak geçmesidir.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yan etkiler nedeniyle kullanamama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilinmeyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME İLE KONULAN DSM-4 TANISI

8. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME DURUMU

Evet Hayır

9. ÖLÇEK PUANLARI

EK-2: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ Erişkin Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı	HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
	HASTA NİN ■ Adı-Soyadı : _____ ■ Test tarihi (gün/ay/yıl) : _____ ■ Testi uygulayan hekim : _____

	0	1	2	3	4
1. DEPRESİF DUYGUDURUM (Kader, ömitsizlik, çaresizlik, değersizlik) 0. Yok 1. Sadece soruların yanıtlarını anlaşıyor. 2. Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor. 3. Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama). 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SUÇLULUK DUYGUSU 0. Yok 1. Kendini suçlu bularak, insanları özdeşini hissediyor. 2. Geçmişteki hatalar veya günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var. 3. Önkü hastalığını bir özge olarak kabul ediyor, suçluluk sınırları var. 4. Suçlayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsamalar görüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. İNTİHAR 0. Yok 1. Hayatın yaşamaya değmeyeceğini düşünüyor. 2. Ölmüş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümlü düşünüyor. 3. İntihar düşünceleri veya davranışı var. 4. İntihar girişimi (herhangi bir cüddü girişim 4 puan olarak değerlendirilir).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK 0. Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor. 1. Son üç gecenin en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreli yataktaki geçiyor. 2. Son üç gecenin üçünde de uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreli yataktaki geçiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2		
5. GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK 0. Yok 1. Son üç gecenin en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor. 2. Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK 0. Yok 1. Sabahın erken saatlerinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor. 2. Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	0	1	2	3	4
<p>7. İŞ VE AKTİVİTELER</p> <p>0. Sorun yok.</p> <p>1. Aktiviteleriyle, işle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.</p> <p>2. Aktivite, hobi ve işe duyulan ilginin kaybolması – hasta bunu doğrudan kendi söyli veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlık ile gösterir.</p> <p>3. Aktivitelere ayırdan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az üç saatini aktivitelere (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.</p> <p>4. Ö anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastane de, hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa, 4 puan ile değerlendirin.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. RETARDASYON</p> <p>Düşünme ve konuşmada yavaşlama; konsantrasyon olma yeteneğinin bozulması; motor aktivitenin azalması.</p> <p>0. Normal konuşma ve düşünme.</p> <p>1. Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor.</p> <p>2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.</p> <p>3. Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.</p> <p>4. Tam stupor.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. AJİTASYON</p> <p>0. Yok.</p> <p>1. Şüpheli veya hafif ajitasyon.</p> <p>2. Eller, saçlar vb. ile oynama.</p> <p>3. Ayakta dolaşma, sakin oturamama.</p> <p>4. Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çıkma, dudak yeme.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. PSİŞİK ANKSİYETE</p> <p>0. Yok.</p> <p>1. Subjektif gerilim ve irritabilite.</p> <p>2. Küçük şeylerden kaygı duyma.</p> <p>3. Yüzde veya konuşmada belirgin endişe ifadesi.</p> <p>4. Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11. SÖMATİK ANKSİYETE</p> <p>Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinal – ağız kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, diyare, kramplar, geğirme • Kardiyovasküler – palpasyonlar, baş ağrıları • Solunumla ilgili – hipertansiyon, içme • Sık idrara çıkma • Terleme. <p>0. Yok.</p> <p>1. Hafif.</p> <p>2. Orta.</p> <p>3. Şiddetli.</p> <p>4. Çok şiddetli.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2		
<p>12. SÖMATİK SEMPTÖMLER - GASTROİNTESTİNAL</p> <p>0. Yok.</p> <p>1. İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikleriyle yiyor. Karnında şişkinlik.</p> <p>2. Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmıştır. Kabızlıktan yakınıyor.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13.	SOMATİK SEMPTÖMLER - GENEL 0. Yok 1. Ekstremitelerde, sırtta veya başta ağrılık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrıları ve kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi. 2. Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yalanması vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.	GENİTAL SEMPTÖMLER (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar). 0. Yok. (Cinsel ilgi ve aktivite her zamanki gibidir.) 1. Hafif. (Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır.) 2. Şiddetli. (Cinsel istek ve zevk açıkça yoktur.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		0	1	2	3	4
15.	HİPOKONDRIASIS 0. Yok 1. Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşgulüdür. 2. Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır. 3. Bütün semptomların açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir (dimağın; beyin tümörü, kanser vb.). Ancak sanrsal düzeyde değildir, ikna edilebilir. 4. Hipokondriak düşünceler sanrsal düzeydedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1	2		
16.	KİLO KAYBI (A veya B değerlendirilmelidir). A. Anamnez göre değerlendirilmelidir: 0. Kilo kaybı yok. 1. Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. B. Haftalık ölçümlerde (doktor veya sağlık personeline yapılan) Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçümlenir. 0. Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı. 1. Haftada 0.5 kg'dan fazla kilo kaybı. 2. Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.	İÇGÖRÜ 0. Depresif ve hasta olduğunun farkında. 1. Hastalığın farkında, fakat bunu kötü gıdalar, iklim, ayrı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor. 2. Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TÜPLAM PUAN :						
0-7 : Depresyon yok		8-15 : Hafif depresyon			16 ve üstü : Majör depresyon	

EK-3: UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS)

İnsanlar farklı durumlarda gösterdikleri düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve o cümlede ifade edilen “*Bana çok uyuyor*” seçeneği için 1’i , “*Bana uyuyor*” seçeneği için 2’yi, “*Bana uymuyor*” seçeneği için 3’ü ve “*Bana hiç uymuyor*” seçeneği için 4’ü daire içine alarak işaretleyiniz. .

	Bana çok uyuyor	Bana uyuyor	Bana uymuyor	Bana hiç uymuyor
1. İhtiyatlı ve tedbirli biriyimdir.	1	2	3	4
2. Düşüncelerim ölçülü ve bir amaca yöneliktir.	1	2	3	4
3. Düşünmeden konuşan biri değilim.	1	2	3	4
4. Harekete geçmeden önce biraz durup yapacağım şey üzerine düşünürüm.	1	2	3	4
5. Nasıl yürüteceğimi tam olarak bilmediğim bir projeye başlamak istemem.	1	2	3	4
6. Karşılaştığım sorunları mantıklı bir biçimde değerlendirerek “makul” bir yaklaşımda bulunma eğilimindeyim.	1	2	3	4
7. Kararlarımı genellikle dikkatlice enine boyuna düşünerek veririm.	1	2	3	4
8. İhtiyatlı biriyimdir.	1	2	3	4
9. Yeni bir durumun içine girmeden önce, o durumun bana neler kazandırabileceğini bilmek isterim.	1	2	3	4
10. Herhangi bir şey yapmadan önce genellikle iyice düşünürüm.	1	2	3	4
11. Bir konuyla ilgili karar vermeden önce tüm avantaj ve dezavantajları hesaba katarım.	1	2	3	4
12. Dürtülerimi kontrol etmede sorun yaşarım.	1	2	3	4
13. Şiddetli isteklerime direnç göstermede sorun yaşarım (örneğin, yemek, sigara içmek vb.).	1	2	3	4

	Bana çok uyuyor	Bana uyuyor	Bana uymuyor	Bana hiç uymuyor
14. Kendimi çoğu kez, sonradan pişman olup da kurtulmak istediğim işlerin içine sokarım.	1	2	3	4
15. Kendimi kötü hissettiğimde, çoğu kez o anda iyi hissettiren fakat sonradan yaptığıma pişman olduğum şeyler yaparım.	1	2	3	4
16. Kendimi kötü hissettiğim bazı zamanlarda, kendimi kötü hissettirse bile yapmakta olduğum şeyi durduramam.	1	2	3	4
17. Üzgün olduğum zamanlarda çoğu kez düşünmeden hareket ederim.	1	2	3	4
18. Reddedildiğimi hissettiğim zamanlarda, çoğu kez sonradan pişman olduğum şeyler söylerim.	1	2	3	4
19. Duygularıma göre hareket etmemin önüne geçemiyorum.	1	2	3	4
20. Sorunlarla karşılaştığımda onları çoğu kez içinden çıkılmaz bir hale getiririm çünkü üzgün olduğum zamanlarda düşünmeden hareket ederim.	1	2	3	4
21. Bir tartışmanın en ateşli anında, çoğu kez sonradan pişman olduğum sözler söylerim.	1	2	3	4
22. Duygularımı her zaman kontrol altında tutmayı başarabilirim.	1	2	3	4
23. Bazen aklıma eseni yapar ve sonra pişman olurum.	1	2	3	4
24. Genellikle yeni ve heyecan verici deneyimler ve duygular ararım.	1	2	3	4
25. Bu hayatta her şeyi bir kere deneyeceğim.	1	2	3	4
26. Bir sonraki hamlenin çabuk yapıldığı spor ve oyunlardan hoşlanırım.	1	2	3	4
27. Su kayağı yapmaktan keyif alabilirim.	1	2	3	4
28. Risk almaktan hoşlanırım.	1	2	3	4

	Bana çok uyuyor	Bana uyuyor	Bana uymuyor	Bana hiç uymuyor
29. Paraşütle atlamak hoşuma gidebilir	1	2	3	4
30. Biraz korkutucu ya da gelenek dışı dahi olsalar, yeni deneyimler ve duygular yaşamaya açığımdır.	1	2	3	4
31. Uçak kullanmayı öğrenmek hoşuma gidebilir.	1	2	3	4
32. Ara sıra biraz korkutucu işler yapmaktan keyif alırım.	1	2	3	4
33. Yüksek bir dağın tepesinden aşağıya hızla kayarken hissedilen duygular bana keyif verebilir.	1	2	3	4
34. Hava tüpü olmadan dalış yapmak hoşuma gidebilir.	1	2	3	4
35. Arabayı hızlı sürmek hoşuma gidebilir.	1	2	3	4
36. Genellikle olayları sonuna kadar takip etmeyi severim.	1	2	3	4
37. Kolayca pes etme eğiliminde olan biriyim.	1	2	3	4
38. Bitmemiş, yarım kalan işler canımı sıkır.	1	2	3	4
39. Bir şey yapmaya başladığımda, durmaktan nefret ederim.	1	2	3	4
40. Kolaylıkla konsantre olabilirim.	1	2	3	4
41. Başladığım işi bitiririm.	1	2	3	4
42. İşleri zamanında bitirebilmek için belirli bir düzen içinde çalışma konusunda oldukça iyiyimdir.	1	2	3	4
43. Ben her zaman yapacak bir işi olan üretken biriyim.	1	2	3	4
44. Başladığım hemen hemen her işin sonunu getiririm.	1	2	3	4
45. Yapılması gereken küçük işleri bazen hiç umursamam.	1	2	3	4

EK-4: Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği 11

Hastanın Adı, Soyadı:		Tarih:	
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:		Değerlendirici:	

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1 İşlerimi dikkatle planlarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Düşünmeden iş yaparım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hızla karar veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hiç bir şeyi dert etmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Dikkat etmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Uçuşan düşüncelerim var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Kendimi kontrol edebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Kolayca konsantre olurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Düzenli para biriktirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Dikkatli düşünen birisiyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 İş güvenliğine dikkat ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Sık sık iş değiştiririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Düşünmeden hareket ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Aklıma estiği gibi hareket ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Düşünerek hareket ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Sıklıkla evimi değiştiririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Düşünmeden alışveriş yaparım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Hobilerimi değiştiririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Geleceğini düşünen birisiyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-5: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

1. Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve oldu mu?	Evet	Hayır	
..... diğer insanlara normal haliniz olmadığınızı düşündürecek kadar veya başınızı derde sokacak derecede, kendinizi çok iyi ve aşırı neşeli hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....çok çabuk kızıp insanlara bağırduğunuz ya da kavga veya tartışma çıkardığınız oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.... her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....eskisinden çok daha fazla veya daha hızlı konuştuğunuz oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....düşüncelerin kafanızda yarıştığı ve zihninizi yavaşlatamadığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....etrafınızdaki şeylerden çok kolayca dikkatinizin dağıldığı veya bir hedefe yönelik ilerlerken konsantre olmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....normalde olduğunuzdan daha fazla enerjik olduğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....eskisinden çok daha aktif - faal- olduğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....eskisinden çok daha sosyal ve sıkça gezmelere giden birisi oldunuz mu? Meselâ bu amaçla arkadaşlarınızı gecenin bir yarısı aramaya başladığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....cinsellikle normalden daha fazla ilgilendiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...normalde yapmadığınız ya da diğer insanların sizin için aşırı, saçma sapan ve riskli bulduğu şeyler yaptığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.... aşırı para harcayarak kendinizi veya ailenizi zor duruma düşürdüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Eğer yukarıdaki soruların birden fazlasına evet dediyseniz bunların bir kaçını aynı zamanda mı oldu? (lütfen tek cevap işaretleyiniz)			
EVET		HAYIR	
3. Bu durumlar sizde; çalışmamak, evde ve işyerinde sorunlara yol açmak, yasal sorunlar çıkması, kavga veya tartışmalara girmek gibi konularda ne derece probleme sebep oldu? (Lütfen tek cevabı yuvarlak içine alınız.)			
hiç	az	orta derecede	ciddi

EK-6: Özkıym ve İlişkili Düşünce ve Davranışlar Formu (ÖİDDF):

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ:		
1 ve 2. soruları sorun. Eğer her ikisi de olumsuz ise, "İntihar Davranışı" bölümüne geçin.	Son ziyaretten beri	
	Evet	Hayır
1. Ölmüş olmayı dilemek: "Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalmayı ve bir daha uyanmamayı istediniz mi?"		
Evetse açıklayın:		
2. Belirli olmayan aktif intihar düşünceleri: "Gerçekten hiç kendinizi öldürmekle ilgili düşünceleriniz oldu mu?"		
Evetse açıklayın:		
3. Harekete geçme niyeti olmaksızın herhangi bir yöntem (plan değil) ile aktif olarak intihar etme düşüncesi: "Bunu nasıl yapabileceğinizi düşünüyor muydunuz?"		
Evetse açıklayın:		
4. Belirli bir plan olmadan, eyleme geçme niyetli bazı aktif intihar etme düşünceleri: "Böyle düşünceleriniz olmuş muydu ve bunları gerçekleştirmeye hiç niyetlendiniz mi?"		
Evetse açıklayın:		
5. Belirli bir plan ve niyetle birlikte aktif intihar etme düşüncesi: "Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntıları planlamaya başladınız mı ya da planladınız mı? Bu planınızı gerçekleştirmeye niyetli misiniz?"		
Evetse açıklayın:		

DÜŞÜNCELERİN YOGUNLUĞU:	
Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce tipine göre değerlendirilmelidir (yani, 1'den 5'e kadar, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde).	En Şiddetli
<p>Sıklık:</p> <p>Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?</p> <p>Haftada: (1) >1 (2) 1kez (3) 2-5kez (4) hemen her gün (5) hergün birçok defa</p>	
<p>Süre:</p> <p>Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süreyle aklınızda kalıyor?</p> <p>(1) Bir kaç saniye ya da dakika (2) 1 saatten az (3) 1-4 saat (4) 4-8 saat (5)8 saatten fazla</p>	
<p>Kontrol Edilebilirlik:</p> <p>Eğer yapmak isterseniz kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşünmeyi durdurabilir misiniz?</p> <p>(1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir</p> <p>(2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir</p> <p>(3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir</p> <p>(4) Düşünceleri oldukça zorlanarak kontrol edebilir</p> <p>(5) Düşünceleri kontrol edemez</p> <p>(0) Düşünceleri kontrol etmeye çalışmaz</p>	
<p>Caydırıcılar:</p> <p>Ölmeyi istemenizi durduran ya da intihar etme düşüncelerinizin harekete geçmesine engel olan şeyler var mı (aile, din, ölüm acısı vb.)?</p> <p>(1) Caydırıcılar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi</p> <p>(2) Caydırıcılar muhtemelen size engelledi</p> <p>(3) Caydırıcıların size engellediği kesin değil</p> <p>(4) Caydırıcılar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi</p> <p>(5) Caydırıcılar size kesinlikle engellemedi</p> <p>(0) Uygulanamaz</p>	
<p>Düşüncelerin Nedenleri:</p> <p>Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için ne gibi nedenleriniz vardı?</p> <p>(1) Tamamen dikkati çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için</p> <p>(2) Çoğunlukla dikkati çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için</p> <p>(3) Eşit ölçüde dikkati çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için ve acıya son vermek/ acıyı durdurmak için.</p> <p>(4) Çoğunlukla acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğin durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için).</p> <p>(5) Acıya tamamen son vermek ya da acıyı durdurmak için(bu acıyla ya da hissettiğin durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için).</p> <p>(0) Uygulanamaz</p>	

İNTİHAR DAVRANIŞI		
	Evet	Hayır
Gerçek Girişim: “İntihar girişiminde bulundunuz mu?”		
Evetse açıklayın: Girişimlerin toplam sayısı:_____		
İntihar eylemi olmayan kendini yaralama eyleminde bulundunuz mu?		
Yarıda Kesilen Girişim: “Hayatınıza son vermek için bir şey yapmaya başladığınız ancak birisinin ya da birşeyin siz herhangi bir şey yapmadan önce size durdurduğu bir zaman oldu mu?”		
Evetse açıklayın:		
Durdurulan Girişim: “Hayatınıza son vermek için birşey yapmaya başladığınız ancak birisinin ya da birşeyin siz herhangi bir şey yapmadan önce size durdurduğu bir zaman oldu mu?”		
Evetse açıklayın:		
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranış: Bir intihar girişiminde bulunmaya ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hapları biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yasmak gibi)?		
Evetse açıklayın:		
İntihar Davranışı: Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcuttu.		
İntihar:		

Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın	En ölümcül girişim tarihi:
<p>Gerçek Ölümcüllük/ Tıbbi Hasar</p> <p>0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (yüzeysel çizik)</p> <p>1. Küçük fiziksel hasar (letarjiye bağlı konuşma bozukluğu, birinci derece yanık, hafif kanama, burkulmalar).</p> <p>2. Orta derecede fiziksel hasar; tıbbi bakım gerekli (bilinçli fakat uykulu, biraz duyarlı, ikinci derece yanıklar, ana damarda kanama).</p> <p>3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; tıbbi nedenlerle hastaneye yatırılması ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (refleksler sağlam ama komada, vücudun %20'sinden azında 3. Dereceden yanık, aşırı kan kaybı, fakat iyileşebilir, büyük kırıklar).</p> <p>4. Şiddetli Fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren tıbbi nedenlerle hastaneye yatırılması gerekli (refleksleri yok ama komada, vücudun %20'sinden fazlasında 3. Dereceden yanık, dengesiz yaşam işaretleri ile birlikte aşırı kan kaybı, hayati bir bölgede büyük hasar).</p> <p>5. Ölüm</p>	
<p>Potansiyel Ölümcüllük: Yalnızca Gerçek Ölümcüllük=0 ise yanıtlayın (Tıbbi hasar yoksa, gerçek girişimde ölümcül olma olasılığı)</p> <p>0. Davranışların yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur.</p> <p>1. Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur.</p> <p>2. Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölümle sonuçlanma olasılığı vardır.</p>	

EK-7: Yap/ yapma Testi ile ilgili kullanılan parametreler

Yap/ yapma Testi		
Tekrar	32	P/R dizaynındaki blokların tekrar sayısı
UAS	1500	Uyaranlar arası süre
Psayısı	4	Her bloktaki 'p' sayısı
Rsayısı	1	Her bloktaki 'r' sayısı

EK-8: Balon Analog Risk Testi ile ilgili kullanılan parametreler

Balon Analog Risk Testi		
otomatik pompalama	0	Tuşa basılı tutulduğunda balon şişmeye devam eder mi? 1=evet, 0=hayır
bbb	10	Başlangıç balon büyüklüğü
Moneyperpump	0.05	
can1	8	İlk balon tipi için ortalama patlama noktası
can2	16	İkinci balon tipi için ortalama patlama noktası
can3	128	Üçüncü balon tipi için ortalama patlama noktası
herbloktakideneme	10	Her bloktaki balon sayısı

EK-9: Iowa Kumar Testi ile ilgili kullanılan parametreler

Iowa Kumar Testi (IKT)		
Deneme sayısı	100	Kullanılan deneme sayısı. Her destede 40 kart var. Destedeki kart bittiği zaman o deste tekrar en başından başlatılmaktadır.
Fare kullanımı	1	Fare kullanmalı mıyız? (kullan=1: kulanma=0 klavye için)
Desteleri karıştır	0	Onluk düzen içinde ödül yapısını devam ettirmek için karıştırma, onluk bölümlerin kendi içinde gerçekleşmektedir. Varsayılan seçenek kapalıdır.
Başlangıç değeri	2000	Başlangıç parası
Ödül geciktirme	2500	Ödüllendirme uyarısının gelmesi ne kadar sürecek?
Ceza geciktirme	2500	Cezalandırma uyarısının gelmesi ne kadar sürecek?
Sesi oynat	1	Ses açık mı?

EK-10: Aydınlatılmış onam formu**ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

(Hasta Grubu)

(Hekimin Açıklaması)

Majör depresyonda dürtüselliğin farklı boyutlarını inceleyen yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi ‘Major Depresyonun Dürtüselliğin Farklı Boyutları ile İlişkisi’dir. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda yürütülecektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, majör depresyonun dürtüselliğin farklı boyutları ile ilişkilerini araştırmaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Çağrı Öğüt tarafından muayene edilerek bulgularınız kaydedilecektir. Muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız.

Bölümümüzde izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için, depresyon belirtilerini ve intihar düşüncesi, girişimi ile ilgili bilgileri saptamak üzere doktorunuz sizinle bir görüşme yapacak. Farklı dürtüsellik özelliklerini saptamak amacıyla Psikiyatri Polikliniğinde bilgisayar testleri ve ölçekler uygulanacaktır. İlk görüşme sırasında; klinisyen 3 ölçek doldurulacak, siz de kağıt ve kalem kullanılarak 4 ölçek dolduracaksınız. Görüşme ve tüm ölçeklerin doldurulmasının yaklaşık 45 dakika sürmesi planlanmaktadır. Bilgisayar testleri Dr. Çağrı Öğüt tarafından başlanılacak, aynı poliklinik odasında uygulanacaktır. Testler sırasında yalnız bırakılacaksınız. Bilgisayar ekranında yönergeleri takip edip, tuşlara basarak, sırasıyla testleri tamamlayacaksınız. Tüm bilgisayar testlerinin tamamlamanın yaklaşık 30-45 dakika sürmesi öngörülmektedir. Eğer kontrole gelmeniz önerilirse;

4. ve 8. haftada tekrar değerlendirileceksiniz. 4. hafta kontrol görüşmesi sırasında 2 ölçek klinisyen tarafından doldurulacaktır. Bu görüşmenin yaklaşık 10 dakika sürmesi öngörülmektedir. 8. Hafta kontrol görüşmesi sırasında klinisyen 2 ölçek doldurulacak, siz de kağıt ve kalem kullanılarak 2 ölçek dolduracaksınız. Bu görüşmede ilk değerlendirme sırasında uygulanan bilgisayar testlerinin tümü tekrarlanacaktır. Tüm ölçeklerin doldurulması ve bilgisayar testlerinin yaklaşık 1 saat sürmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr.Çağrı Öğüt tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Çağrı Öğüt'ü 03123051873-1874 nolu iş telefonundan ve HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(Kontrol Grubu)

(Hekimin Açıklaması)

Majör depresyonda dürtüselliğin farklı boyutlarını inceleyen yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi ‘Major Depresyonun Dürtüselliğin Farklı Boyutları ile İlişkisi’dir. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda yürütülecektir.

Bu araştırmada depresyonu olan hastaların yanısıra depresyonda olmayan ve control grubu olarak adlandırılan bir araştırma grubu da bulunacaktır. Sizin de depresyonu olmayan gruptan bir birey olarak bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, majör depresyonun dürtüselliğin farklı boyutları ile ilişkilerini araştırmaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Çağrı Öğüt tarafından muayene edilerek bulgularınız kaydedilecektir. Muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız.

Bölümümüzde izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için, depresyon belirtilerini ve intihar düşünce, girişimi ile ilgili bilgileri saptamak üzere doktorunuz sizinle bir görüşme yapacak. Farklı dürtüsellik özelliklerini saptamak amacıyla Psikiyatri Polikliniğinde bilgisayar testleri ve ölçekler uygulanacaktır. İlk görüşme sırasında; klinisyen 3 ölçek doldurulacak, siz de kağıt ve kalem kullanılarak 4 ölçek dolduracaksınız. Görüşme ve tüm ölçeklerin doldurulmasının yaklaşık 45 dakika sürmesi planlanmaktadır. Bilgisayar testleri Dr. Çağrı Öğüt tarafından başlanılacak, aynı poliklinik odasında uygulanacaktır. Testler sırasında yalnız bırakılacaksınız. Bilgisayar ekranında yönergeleri takip edip, tuşlara basarak, sırasıyla testleri tamamlayacaksınız. Tüm bilgisayar testlerinin tamamlamanın yaklaşık 30-45 dakika sürmesi öngörülmektedir. Eğer kontrole gelmeniz önerilirse;

8. haftada tekrar değerlendirileceksiniz. 8. Hafta kontrol görüşmesi sırasında klinisyen 2 ölçek doldurulacak, siz de kağıt ve kalem kullanılarak 2 ölçek dolduracaksınız. Bu görüşmede ilk değerlendirme sırasında uygulanan bilgisayar testlerinin tümü tekrarlanacaktır. Tüm ölçeklerin doldurulması ve bilgisayar testlerinin yaklaşık 1 saat sürmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr.Çağrı Öğüt tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Çağrı Öğüt'ü 03123051873-1874 nolu iş telefonundan ve HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza