

Bipolar bozuklukta duygulanım oynaklığı dürtüsellik ve agresyonla ilişkili mi?

Is affective lability related to aggression and impulsivity in bipolar disorder?

Ersin Uygun¹, Oya Güçlü Gönüllü², Murat Erkıran², Nurettin Şahap Erkoç¹

¹Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy RSH Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-3268-119X-https://orcid.org/0000-0002-1222-2335

²Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy RSH Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-3104-2265-https://orcid.org/0000-0003-3104-2265

ÖZET

Amaç: Bipolar bozukluk (BB) tip 1 tanılı hastalarda dürtüsellik ve agresyon düzeylerinin duygulanım oynaklığı (DO) ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya kontrol için polikliniğe başvuran Bipolar Bozukluk tip 1 tanılı hastalar dahil edildi. Katılımcılar klinik görüşmeye alındı ve SCID I ile tanıları kesinleştirildi. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile Young mani ölçeği kullanılarak ötimik dönemde olmayan hastalar dışlandı. Katılımcılara veri toplama formu, Duygulanım Oynaklığı Ölçeği (DOÖ), Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) ile Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) verildi. **Bulgular:** Çalışmaya 114'ü kadın (%68) 167 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması (38,2±11,1) olarak hesaplandı. Öğrenim yılı ortalaması (9,2±3,9) olarak bulundu. Katılımcıların BPAÖ ile DOÖ puanları arasında pozitif yönde orta-güçlü düzeyde anlamlı korelasyon saptandı (r: 0,72 ve p<0,01). Ayrıca, BDÖ-11 ve DOÖ toplam puanları (r: 0,65 ve p<0,01) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu görüldü. Ayrıca uygulanan lineer regresyon analizinde eğitim düzeyi ile agresyon ve dürtüsellik düzeylerinin DO'yu anlamlı şekilde yordadığı görüldü. **Sonuç:** Bipolar bozuklukta DO, dürtüsellik ve agresyon arasında önemli düzeyde ilişki vardır. BB'nin patogenezinde önemli rolü olabilecek bu üç boyut arasında saptanan bu ilişkinin incelenmesi hastalığın doğasını anlamak ve yeni tedavi seçenekleri için yol gösterici olabileceğinden önemli olabilir.

Anahtar Sözcükler: Agresyon, bipolar bozukluk, duygulanım değişkenliği, dürtüsellik

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:153-160)

DOI: 10.5505/kpd.2020.30085

SUMMARY

Objective: This study aimed to investigate the relationship between affective lability, aggression and impulsivity among bipolar I disorder diagnosed patient in euthymic stage. **Method:** We included 167 patients applying to the outpatient clinic with the diagnosis of bipolar I disorder. After obtaining informed consent, the subjects were clinically interviewed by SCID I to be sure for diagnoses. On the next step, Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS) were applied to the subjects to exclude patient who is not in euthymic stage. Sociodemographic data form was filled with additional support from family interviews and previous medical records. Then, Affective Lability Scale (ALS), Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11), Buss – Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) were administered to the patient. **Results:** There was statistically mild-strong significant correlation in various degrees between all subscales of ALS and all subscales of BIS-11 and BPAQ, whereas total scores were correlated in highly significance level (p<0.001 and r: 0.65 / r: 0.62 and r: 0.71). The most significant subscale of AVS to correlate with remaining scales and subscales was anger. **Discussion:** There is a significant relation between AL, impulsivity and aggression in bipolar disorder. Investigating this relationship between these three dimensions, which may have an important role in the pathogenesis of BD, may be important in understanding the nature of the disease and guiding for new treatment options.

Key Words: Affective Lability, aggression, bipolar I disorder, impulsivity

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), tekrarlayan depresif, manik ve hipomanik dönemlerle seyreden kronik seyirli bir hastalıktır. Ayrıca BB, yineleyici özellikte, işlev kaybına yol açan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (1).

Moeller ve ark. dürtüsellığı, önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma olarak tanımlamışlardır (2). Yakın zamanda yazılmış bir derlemede, dürtüsellığın BB'nin ötimik döneminde kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu ve BB için potansiyel bir belirteç olduğu ileri sürülmüştür (3). Sağlıklı bireylerde dürtüsellığın genetik, biyolojik ve nöroanatmik temellerine dair çalışmalar yapılmış ancak BB'de bu konuya yeterince değinilmemiştir (4-7).

Agresyon, bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar verme amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış olarak tanımlanmaktadır (8). BB'de agresif davranışların toplumsal örnekleme göre daha sık görüldüğüne dair çalışmalar çok fazladır (9,10). Agresyonun tek bir boyut olmadığı "dürtüsel agresyon" ve "tasarlanmış agresyon" olarak iki kategoride ele alınabileceği belirtilmektedir (11). Bazı araştırmacılar dürtüsellik ve agresyonun fenotipik düzeyde birliktelik gösterdiğini ve "dürtüsel agresyon" teriminin tek bir boyutu yansıtmayabileceğini öne sürmektedir (12).

Duygulanım oynaklığı (DO, affective lability), duygulanım düzenleyememenin de (affective dysregulation) bir boyutu olup, normal insanlarda daha az duygusal yanıt oluşturabilecek, anlamlandırılabilir çevresel olaylara çok duyarlı olup, hızlı ve geri dönüşümlü yanıt vermeye olan yatkınlık olarak tanımlanabilir (13). Bu hızlı ve geri dönüşümlü yanıt kontrol edilememe ile karakterizedir (14). Henry ve ark. (2001) farklı alt tipteki BB hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu DO açısından karşılaştırmış ve BB'nin her iki tipinde de DO'nun anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır (15,16). Henry ve ark. (2001) DO ve duygudurum sürekliliğini sağlayamama gibi özellik-

lerin BB'nin temel belirtileri olduklarını öne sürmüşlerdir (15). Henry ve ark. (2001) duygudurum bozukluklarından özellikle BB II grubunu seçmiş (depresyon ve intihar girişimlerinin her iki tanı grubunda sık görülmesi nedeniyle) ve DO ile dürtüsellığın bu tanı grubunda BB I bozukluğa göre daha belirgin olabileceğini düşünmüş fakat bu çalışmaların BB I grubunda da yapılması gerektiğini önermişlerdir (15). Ayrıca literatürde BB tip 1'de ötimik dönemde dürtüsellik ve DO'nun sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu farklı çalışmalarda ortaya konmuş ancak aynı hasta grubunda bu iki özellik arasındaki ilişki bildiğimiz kadarıyla henüz incelenmemiştir (17,18).

Çalışmamızda BB tip 1'de sağlıklı bireylere göre daha sık görüldüğü daha önce ortaya konmuş olan dürtüsellik ve agresyon düzeylerinin (3,9) DO ile ilişkisini incelemeyi amaçladık. Hipotezlerimizi; BB tip 1'de DO ile dürtüsellik arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardır (H1), BB tip 1'de DO ile agresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardır (H2) ve agresyon ile dürtüsellik düzeylerinin DO'yu öngörür özelliktedir (H3).

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmaya hastanemiz ayaktan tedavi ünitesine kontrol için başvuran ve BB tip 1 tanısı ile takip edilen hastalar dahil edildi. Çalışmaya dahil etme ölçütleri: 18 -65 yaş arasında olmak, çalışmaya katılma konusunda onam vermiş olmak, DSM IV-TR tanı kriterlerine göre BB tip 1 tanısı almış olmak ve ötimik dönemde bulunmak olarak belirlendi. Ölçeklerde yer alan sorulara yanıt verecek düzeyde eğitimi olmayan (5 yılın altı), daha önce demans, şizofreni, şizoaffektif bozukluk gibi eksen I tanılarına veya zeka geriliği tanısına sahip olan, izlem notlarından BB etiyojisinin psikoaktif madde veya genel tıbbi durum olduğu anlaşılan, çalışma sırasında manik, karma veya depresif epizod döneminde olan ve son 1 yıl içerisinde EKT uygulanmış olan hastalar çalışmanın dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu gibi sosyodemografik özelliklerini, hastalığın başlangıç yaşı, atak sayısı, atak özellikleri gibi klinik özellikleri değerlendiren bir form olup bir ruh sağlığı çalışması tarafından bireyle ve bakım verenleriyle görüşülerek doldurulmuştur.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): On bir maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) duygudurum bozukluğu klinik çalışmalarında en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır (19).

Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADDÖ): Hastada depresyonun çekirdek belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçen, görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Torun ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır (20).

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV): DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur (32). SCID-I'nin Türkçe 'ye uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (21).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11): Dürtüsellik değerlendirilmede kullanılan, 15 maddeden oluşan hastanın doldurduğu bir ölçektir (33). BDÖ-11 değerlendirilirken toplam puan dışında 3 farklı alt skor elde edilir; plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam skor hastanın dürtüsellik düzeyi ile doğru orantılıdır. BDÖ-11 kısa formunun Türkçe uyarlama çalışması Tamam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (22).

Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ): Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş olan ölçek yine Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir (23). Agresyon ölçeği;

fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam 29 maddeden oluşan ölçek her biri 5 dereceli likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demirtaş tarafından yapılmıştır (24).

Duygulanım Oynaklığı Ölçeği (DOÖ): Harvey ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen ve insanın normal (ötimik) duygu durumunun elevasyon, depresyon, anksiyete, öfke gibi duygu durumlarına değişimini tanımlamaya çalışan, öz bildirim dayalı ve her biri 4 dereceli likert tipi 54 sorudan oluşan bir ölçektir (25). Oliver ve ark. 18 soruluk kısa formunu geliştirip geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Kısa formda depresyon, elevasyon, öfke, anksiyete, depresyon-elevasyon ve anksiyete-depresyon olmak üzere 6 farklı alt boyut tanımlanmıştır (26,27). Ölçek tarafımızca, ikisi sağlık bilimleri alanında biri de sağlık bilimi alanında çalışmayan olmak üzere ileri düzeyde İngilizce bilen üç kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Çeviriler arasında ki farklılıklar yazarlar tarafından gözden geçirilmiş, gündelik hayatta kullanılan terim ve ifadeler tercih edilmiştir. Ardından iyi düzeyde İngilizce bilen farklı üç kişi tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir ve çeviriler arasındaki farklar gözden geçirilip düzeltmeleri yapılarak Türkçeye uyarlanması tamamlanmıştır.

İşlem

Çalışmamız için hastanemiz Etik Kurulu'ndan 04.02.2013 tarihinde 6104 karar no ile onay alındı. Hastanemiz ayaktan tedavi ünitesine kontrol için gelen hastalar geldiklerinde önce çalışma ekibi dışında bir psikiyatri uzmanı tarafından tanıları ve remisyonda olup olmadıkları değerlendirilip sonrasında çalışma için yönlendirildiler. Gelen hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra onam veren hastalar klinik görüşmeye alındı. Klinik görüşmeye alınan katılımcılara SCID I'nin duygudurum bozuklukları modülü uygulandı ve modüle göre yalnızca BB tip I tanısı alan kişiler dahil edildi. MADDÖ ve YMDÖ uygulanarak depresif ve manik atak için kesme (cut-off) değerinin üstünde puan alan hastalar ötimik dönemde olmadıklarından çalışmadan dışlandı. Ötimik

dönemdeki hastalar tek başlarına test bataryasını doldurabilecekleri bir odaya alınıp (tez odası) bu odada BPAÖ, BDÖ ve DOÖ den oluşan test bataryasını doldurmaları istendi. Bataryayı dolduran hastalar tekrar yakınları ile görüşmeye alındı ve yapılan görüşmede sosyodemografik veri formu dolduruldu. Hastanın hatırlayamadığı bilgiler hastanın yakınından ve poliklinik takip zarfında bulunan kayıtlardan faydalanılarak tamamlandı.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 sürümü kullanıldı. Öncelikle veri tabanındaki kategorik değişkenlerin sayı ve yüzdeleri, sürekli değişkenlerin ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistik değerlendirilmeleri yapıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi ve dağılımın normal olduğu görüldü. Kategorik değişkenler birbirleri ile karşılaştırılırken “ki kare” testi kullanıldı. Sürekli ve kategorik değişkenler iki grup varlığında “Bağımsız gruplarda t testi”, üç ve daha fazla grup varlığında da tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri ile karşılaştırıldı. Ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi, ölçek puanları ve kategorik değişkenler arasındaki ilişki de Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Bununla birlikte DO bağımlı değişken, yaş, cinsiyet, BİÖ ve BPAÖ puanlarının bağımsız değişken olduğu lineer regresyon modeli uygulanmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri

Çalışmaya dahil edilen 114’ü kadın (%68) 167 kişinin yaşları 18-65 arası değişmekle birlikte ortalama yaş 38,2 yıl ($\pm 11,1$) olarak hesaplandı. Öğrenim yılı ortalaması ise 9,2 yıl ($\pm 3,9$) bulundu. Katılımcıların 59’unun (%35,3) hiç evlenmemiş, 83’ünün (%49,7) halen evli, 25’inin (%15) ise boşanmış ya da eşinden ayrı yaşıyor olduğu görülmüştür. Çalışma durumları değerlendirildiğinde 52 hasta (%31,3) düzenli bir işe sahip veya öğrenci olarak yaşamaktayken, 89’u (%52,7) herhangi bir işte çalışmıyor, 13’ü düzensiz olarak çalışıyor, 12 hasta (%7,2) emekliydi. Katılımcılardan birinci derece yakınlarında ruhsal

hastalık öyküsü bulunan hasta sayısı 51 (%30,5) olarak saptandı. 31 (%18,5) katılımcının geçmişinde özkıym öyküsü vardı. Bu değişkenler Tablo 1’de yer almaktadır.

Katılımcıların Duygulanım Oynaklığı, Barratt Dürtüsellik, Buss-Perry Agresyon Ölçeği ve alt ölçek puanları Tablo 2’de yer almaktadır.

BPAÖ ile DOÖ puanları arasındaki korelasyon ilişkisi

Katılımcıların BPAÖ ile DOÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, iki ölçeğin toplam puanları arasında istatistik olarak anlamlı ve pozitif yönde orta-güçlü düzeyde korelasyon saptandı

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri

	N	Ortalama	S.S.
Yaş	167	38,25	$\pm 11,09$
Eğitim	167	9,22	$\pm 3,86$
Hastalık başlangıç yaşı	167	25,65	$\pm 8,28$
Tanı yaşı	164	27,93	$\pm 8,88$
Tedaviye başlanan yaş	162	27,01	$\pm 8,86$
Yatış sayısı	166	2,46	$\pm 3,08$
Epizod sayısı	145	4,97	$\pm 4,09$
Cinsiyet	N	%	
Kadın	114	68,3	
Erkek	53	31,7	
Medeni durum	N	%	
Bekar	59	35,3	
Evli	83	49,7	
Boşanmış/dul/ayrı	25	15,0	
Çalışma durumu	N	%	
Çalışıyor/öğrenci	52	31,3	
İşsiz	38	22,9	
Düzensiz çalışıyor	13	7,8	
Emekli	12	7,2	
Ev kadını	52	30,7	
İntihar öyküsü	N	%	
Yok	136	81,5	
Var	31	18,5	
Aile öyküsü	N	%	
Yok	116	69,5	
Var	51	30,5	
Psikotik özellik	N	%	
Var	102	61,8	
Yok	63	38,2	
Aldığı Tedavi	N	%	
İlaç kullanmıyor	2	1,2	
AP	13	7,8	
DDD	21	12,7	
AD	1	0,6	
AP+DDD	117	70,5	
AD+DDD	8	4,8	
AD+AP+DDD	4	2,4	

S.S.: Standart Sapma, AP: Antipsikotik, DDD: Duygudurum Dengeleyici, AD: Antidepresan.

($r: 0,72$ ve $p<0,01$). Ayrıca BPAÖ'nün sözel şiddet, öfke, düşmanlık ve fiziksel şiddet alt ölçeği ile DOÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı korelasyon saptanmıştır (tümünde $p<0,01$ iken r değerleri sırası $0,43/0,62/0,64/0,64$ olarak saptanmıştır.)

BDÖ ile DOÖ puanları arasındaki korelasyon ilişkisi

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 ve DOÖ ile bu iki ölçeğin alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde her iki ölçeğin toplam puanları arasında pozitif yönde değişen derecelerde anlamlı ilişki olduğu görüldü ($r: 0,65$ ve $p<0,01$). Ayrıca, BDÖ'nin alt ölçekleri olan Plan Yapamama ($r: 0,34$ ve $p<0,01$), motor dürtüsellik ($r: 0,62$ ve $p<0,01$) ve dikkat dağınıklığı ($r: 0,66$ ve $p<0,01$) ile DDÖ puanları arasında (PY) ile elevasyon alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve orta düzeylerde anlamlı ilişki saptandı.

DO'nun demografik ve klinik özellikler, dürtüsellik ve agresyon tarafından yordanması

DO'nun bağımlı değişken, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, BİÖ ve BPAÖ puanlarının bağımsız değişken olduğu lineer regresyon modelinde bağımsız değişkenlerden BİÖ, BPAÖ ve eğitim düzeyinin DO'yu anlamlı bir şekilde öngördüğü saptanmıştır ($p<0,001$ ve $R=0,61$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

BB tip I tanılı 167 katılımcı ile yaptığımız ve DO, dürtüsellik ile agresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladığımız çalışmamızda hem DO ve dürtüsellik hem DO ve agresyon düzeyleri arasında anlamlı olan orta-güçlü düzeyde korelasyon ilişkisi saptadık. Ayrıca uygulanan lineer regresyon analizinde eğitim düzeyi, dürtüsellik ve agresyon puanlarının DO'yu anlamlı şekilde yordadığı saptanmıştır.

Dürtüsellik ile DO arasındaki ilişki çoğunlukla BB tip 2 ve sınırda kişilik bozukluğu (SKB) hastalarında çalışılmıştır. Henry ve ark. (2001) hem BB tip 2 grubunda hem SKB grubunda DO'nun

Tablo 2: DOÖ, BDÖ, BPAÖ ve alt ölçek puanları

N:167	Ortalama	S.S.
DOÖ	Anksiyete-depresyon	3,6 ±1,5
	Depresyon	7,7 ±2,4
	Öfke	8,3 ±3,3
	Elevasyon	3,5 ±1,4
	Bipolar	3,9 ±1,7
	Toplam	32,2 ±9,8
BDÖ	Plan yapamama	9,4 ±3,6
	Motor dürtüsellik	8,5 ±3,3
	Dikkat dağınıklığı	8,9 ±3,4
	Toplam	26,9 ±8,6
BPAÖ	Sözel şiddet	6,1 ±3,6
	Öfke	7,9 ±5,8
	Düşmanlık	10,4 ±6,8
	Fiziksel şiddet	6,7 ±7,5
	Toplam	31,2 ±19,99

S.S.: Standart sapma, DOÖ: Duygulanım Oynaklığı Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, BPAÖ: Buss-Perry Agresyon Ölçeği

sağlıklı kontrol grubuna göre çok daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (15). Ancak aynı çalışmada dürtüsellik sadece SKB grubunda yüksek olduğunu görmüşler, varsayımlarının aksine BB tip 2 grubunda sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek dürtüsellik puanları saptamamışlardır. Reich ve ark. (2012) da daha sonra SKB ve BB tip 2'de var olan DO'nun benzer ve farklı yönlerini araştırmış ve SKB'ye göre BB tip 2 de özellikle ötimi-elevasyon boyutunda oynaklığın daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (16). BB tip 2'de dürtüsellik ve DO arasında ilişki saptanmazken BB tip I tanılı hastalarla yapmış olduğumuz çalışmamızda anlamlı ilişkinin saptanmış olması BB'nin alt tipleri arasında DO ile dürtüsellik boyutlarının patogeneze farklı şekillerde rol oynuyor olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca DO ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin SKB, BB tip I ve BB tip 2'de farklı düzeylerde birliktelik gösteriyor olabileceği varsayılabilir. Son dönemlerde, stabil olmayan duygu durumunun ve duygu düzenlemedeki aksaklıkların birçok psikolojik bozukluğun oluşmasında ve süreklilik göstermesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, duygudurum yelpazesinde yer alan bozukluklarda duygu durumu düzenlemede farklı şekilde bozulmaların meydana geliyor olabileceği ve bu bozukluklarda görülen duygu durumuyla ilgili semptomlara yönelik farklı tedavi ajanlarının ya da müdahalelerin gerekebileceği öne sürülebilir (28).

BB'de agresif davranışların daha sık görüldüğü ve

Tablo 3. DOÖ puanının bağımsız değişken alındığı lineer regresyon analizi

	B	Std hata	Beta	t	P
BDÖ toplam puanı	,34	,07	,29	4,37	,000
BPAÖ toplam puanı	,25	,03	,51	7,62	,000
Yaş	-,02	,02	-,06	-1,26	,207
Eğitim	-,38	,12	-,15	-3,00	,003
Hastalık başlangıç yaşı	,01	,065	,01	,02	,982
Cinsiyet	,64	1,08	,03	,59	,554

Model için $p < 0,001$ ve $R^2 = 0,61$, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği,
BPAÖ: Buss-Perry Agresyon Ölçeği

bu davranışların genellikle dürtüsel tipte agresif davranışlar olduğu vurgulanmıştır (9,12). Güleç ve arkadaşları da BB tip 1 hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha fazla sürekli öfke duygusu yaşadıklarını ve bunu hem içe hem dışa daha fazla vurduklarını saptamıştır (17). Çalışmamızda agresyon ve DO arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu varsayımını destekleyen bulgular saptamış olduk. Üstelik regresyon modelimizde agresyonun DO'yu öngördüğünü saptadık. Henry ve ark. (2001) SKB hastalarında, dürtüsellik ve DO arasında saptamış oldukları ilişkiye benzer şekilde, agresyon ve DO arasında ilişki saptamış ancak BB tip 2 de öyle bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir (15). Bulgumuz bir önceki paragrafta tartışmış olduğumuz dürtüsellik ve DO arasındaki ilişkiye benzer şekilde, DO ve agresyon arasındaki ilişkinin doğasının da BP'nin alt tipleri arasında farklılık gösteriyor olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, son otuz yıldır biyolojik faktörlerle ilgili yürütülen araştırmalar, serotonerjik sistemin davranışsal bir inhibitör sistem olduğunu, dürtüsellik ve agresyon gelişiminde etkin olduğunu ortaya koymuştur (29). Ayrıca yüksek düzeyde dürtüsellığı olan bireylerin daha yüksek düzeyde agresyon gösterdikleri, aralarındaki bu bağın emosyonel işlemlerle ilişkili olabileceği, dürtüsellığın bir endofenotip olduğu ve bunun agresyon eylemleri ile takip edildiği öne sürülmektedir (30). Agresyon ve dürtüsellik arasında yapılan çalışmalar ve çalışmamızda saptadığımız DO'nun agresyon ve dürtüsellik ile güçlü ilişkisi, BB tip 1'de sağlıklı kontrollere göre bu üç boyutun birlikte artış gösteriyor olabileceğini düşündürmektedir. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada BB hastalarının birinci derece yakınlarında DO'nun sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunun saptanması üzerine DO'nun bir endofenotip olabileceğinin üzerinde durulmaktadır (31). Bu üç boyutun birlikte artışını sağlayan biyolojik yolak varlığı araştırılması gereken bir konu gibi görünmektedir.

DO, dürtüsellik ve agresyon düzeyleri arasında yakın bir ilişkinin olduğu aşikardır. Psikopatolojiden bağımsız olarak da insanda var olabilen fakat duygudurum bozukluklarında belirgin olarak daha fazla görülen bu özelliklerin biyolojik temelleri halen daha aydınlatılmayı bekleyen konulardır. Bu temeller aydınlatıldıkça duygudurum bozuklukları altında yatan temel biyolojik mekanizmalar aydınlatılabilir ve daha etkili tedavilerin önu açılabilir. Ayrıca BB'ta dürtüsellığın işlevsellik üzerine belirgin olumsuz etkisi olduğu bildirilmiştir. Ancak DO ve dürtüsellığın birbirinden bağımsız olarak işlevselliği ne kadar etkilediği de ileri ki çalışmalarda incelenmesi gereken bir konudur.

Çalışmamızda eğitim düzeyinin DOyu anlamlı olarak yordadığını saptadık. ($p < 0,05$ ve $r = 0,24$). Aminoff ve ark (2012) çalışmalarında böyle bir ilişki saptamamışlardır ancak, bu çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi ortalaması (ort:14) çalışmamız katılımcılarının eğitim ortalamasından (ort:9) belirgin şekilde daha yüksektir (34). Aminoff ve ark. evreninde düşük eğitimli hastaların çok az oluşu ilişki saptanmamış olmasına neden olmuş olabilir. Henry ve ark. (2008) ise çalışmalarında DD ve eğitim arasındaki ilişkiyi sorgulamamışlardır (18). Çalışmamızda eğitim düzeyi ve DD arasında fark saptamamıza rağmen aradaki ilişkinin düzeyi zayıf olarak bulunmuştur. İlerde yapılacak çalışmalarda bu ilişkinin daha ayrıntılı incelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı, her ne kadar uyarlaması tarafımızca özenle yapılmış olsa da DOÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının bulunmamasıdır. Kullandığımız ölçeklerin öz bildirime dayalı olması nedeniyle hafıza hatalarından etkilenmeleri, kontrol grubunun olmaması ve gönüllülerin tek merkezden seçilmiş olması çalışmanın diğer kısıtlılıklarını

oluşturmaktadır. Ayrıca kontrol grubunun olmayışı önemli bir diğer kısıtlılığımızı oluşturmaktadır.

Sonuç olarak 167 BB tip 1 tanılı hastanın dahil edildiği çalışmamızda, duygudurum bozukluklarının patogeneğinde temel rolü olabilecek DO, dürtüsellik ve agresyon seviyelerinin BB tip I hastalarında yüksek düzeyde korelasyon gösterdiğini saptadık. BB'de özellikle klinik remisyon döneminde sosyal düzeyde işlevselliği etkileyen bu üç boyutun psikopatolojideki rolü ve altlarında

yatan biyolojik özellikler ortaya kondukça hastaların yaşam kalitelerini ve sosyal işlevselliklerini arttıracak tedaviler geliştirilebileceğine inanıyoruz.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Ersin Uygun, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy RSH Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye ersinuygun@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: A review of etiological theories. In: Addictive Behaviors. 1998;23:717-34.
2. Moeller FG, Barratt ES, Ph D, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Reviews and Overviews Psychiatric Aspects of Impulsivity. Psychiatry Interpers Biol Process. 2001;158:1783-93.
3. Newman AL, Meyer TD. Impulsivity : present during euthymia in bipolar disorder? - A systematic review. 2014;2(2)
4. Hur YM, Bouchard TJ. The genetic correlation between impulsivity and sensation seeking traits. Behav Genet. 1997;27:455-63.
5. Robbins TW. Chemistry of the mind: Neurochemical modulation of prefrontal cortical function. Journal of Comparative Neurology. 2005. p. 140-6.
6. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellüğün Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri Neuroanatomical and Neurochemical Basis of Impulsivity. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2010;2:254-80.
7. Berlin HA, Rolls ET, Iversen SD. Borderline Personality Disorder, Impulsivity, and the Orbitofrontal Cortex. Am J Psychiatry. 2005;162:2360-73.
8. Abay E, Tuğlu C. Şiddet Ve Agresyonun Nörobiyolojisi. Klin Psikiyatr Derg. 2000;3:21-6.
9. Latalova K. Bipolar disorder and aggression. Int J Clin Pract. 2009;63:889-99.
10. Feldmann TB. Bipolar disorder and violence. Psychiatr Q. 2001;72:119-29.
11. Ramírez JM, Andreu JM. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity) Some comments from a research project. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2006;30:276-91.
12. Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF. The Relationship Between Impulsivity, Aggression, and Impulsive-Aggression in Borderline Personality Disorder: An Empirical Analysis of Self-Report Measures. J Pers Disord. 2004;18:555-70.
13. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry. 1991;148:1647-58.
14. Kilgus MD, Maxmen JS, Ward NG. Essential psychopathology and its treatment (4th ed.). Essential psychopathology and its treatment. 2016.
15. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders : similarities and differences. 2001;35:307-12.
16. Reich DB, Zanarini MC, Fitzmaurice G. Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2012;53:230-7.
17. Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M, et al. Impulsivity in bipolar disorder. Anadolu Psikiyatr Derg. 2009;10:198-203.
18. Henry C, Bulke D Van Den, Bellivier F, Roy I, Swendsen J, Bailara KM, et al. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. 2008;159:1-6.
19. Karadağ F, Oral T, Yalçın FA, Erten E. Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale. Turk Psikiyatri Derg. 2002;13:107-14.
20. Torun F, Önder ME, Torun S, Tural U, Şişmanlar SG. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. 3P Dergisi. 2002;10:319-330.
21. Çorapçıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılanıdırılmış klinik değerlendirilmenin güvenilirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:33-36.
22. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:130-4.
23. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452-9.
24. Demirtaş H. The Reliability and Validity of the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BAQ)-Turkish Version. Vol. 24, Turkish journal of psychiatry. 2013. 124-129 p.
25. Harvey PD, Greenberg BR, Serper MR. The affective lability scales: development, reliability, and validity. J Clin Psychoogy. 1989;45:786-93.
26. Oliver MNI, Simons JS. The affective lability scales : Development of a short-form measure. 2004;37:1279-88.
27. Look AE, Flory JD, Harvey PD, Siever LJ. Psychometric properties of a short form of the Affective Lability Scale (ALS-

- 18). *Pers Individ Dif.* 2010;49:187–91.
28. Alsancak Akbulut C. Evaluating emotion regulation processes of depression. *J Clin Psychiatry.* 2018;21:184–92.
29. Coccaro EF, Boparai A, Lee R. Cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid correlates directly with negative affective intensity , but not affective lability , in human subjects. 2013;16:261–9.
30. García-Forero C, Gallardo-Pujol D, Maydeu-Olivares A, Andrés-Pueyo A. Disentangling impulsiveness, aggressiveness and impulsive aggression: An empirical approach using self-report measures. *Psychiatry Res.* 2009;168:40–9.
31. Aas M, Pedersen G, Henry C, Bjella T, Bellivier F, Leboyer M, et al. Psychometric properties of the Affective Lability Scale (54 and 18-item version) in patients with bipolar disorder , first-degree relatives , and healthy controls. 2015;172:375–80.
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR.* 2000. Washington DC: American Psychiatric Association. Available from: doi/abs/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr
33. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995;51:768-774.
34. Aminoff SR, Jensen J, Lagerberg TV, Hellvin T, Sundet K, Andreassen OA, Melle I. An association between affective lability and executive functioning in bipolar disorder, *Psychiatry Research* 2012;198:58–61