



## ARAŞTIRMA / RESEARCH

# Kompulsif satın alma bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ilişkisi

Relationship between compulsive buying disorder and attention deficit and hyperactivity disorder

Meliha Zengin Eroğlu<sup>1</sup>, Mehmet Emin Demirkol<sup>2</sup>, Lut Tamam<sup>2</sup>, Volkan Gelegen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Turkey

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

<sup>3</sup>Osmaniye Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Osmaniye, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2019;44(4):1371-1378.*

### Abstract

**Purpose:** The aim of this study was to investigate the frequency of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and impulsivity in patients with compulsive buying disorder (CBD).

**Materials and Methods:** The medical records of 82 patients admitted to the Psychiatry Department of Cukurova University Medical School Balcalı Hospital and diagnosed as CBD were investigated retrospectively. Patients' Turkish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), modified Turkish version of the Minnesota Impulse Disorders Interview (MIDI), Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale Version 11 (BIS-11) and adult ADD/ADHD diagnosis and evaluation inventory data were evaluated.

**Results:** 50% (n=41) of the patients had at least comorbidity of one diagnosis of impulse control disorder not elsewhere classified. 42.7% (n=35) of the patients had a diagnosis of ADHD in childhood and 30.5% (n=25) in adulthood. In comparison of BIS-11 subscale scores of patients with ADHD and without ADHD, patients with the diagnosis of ADHD had statistically significant higher scores for BIS-11 subscales except motor impulsivity subscale.

**Conclusion:** CBD is commonly seen in women, often accompanied by ADHD and other impulse control disorders. When the diagnoses of CBD and ADHD are overlapped, it is seen that features such as general impulsivity, attention deficit and lack of planning are more evident.

**Keywords:** Compulsive buying disorder, attention deficit and hyperactivity disorder, impulsivity

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmada kompulsif satın alma bozukluğu (KSAB) tanısına sahip bireylerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda (DEHB) sıklığı ve KSAB ile dürtüsellik ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve KSAB tanısı konan 82 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği (MIDI), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BİS-11) ve Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri verileri değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların %50'sinde (n=41) KSAB'a komorbid en az bir başka türlü adlandırılmayan (BTA) dürtü kontrol bozukluğu (DKB) tanısı mevcuttu. Hasta grubunun %42.7'sinde (n=35) çocukluk döneminde, %30.5'inde (n=25) erişkin dönemde DEHB tanısı mevcuttu. DEHB tanısı olan hastalarla, DEHB tanısı olmayan hastaların BİS-11 ölçek puanlarının karşılaştırmasında; motor dürtüsellik alt ölçek puanı dışında DEHB tanısı olanların istatistiksel olarak daha yüksek puanlar aldıkları görüldü.

**Sonuç:** KSAB daha çok kadınlarda görülen, DEHB ve diğer dürtü kontrol bozukluklarının sıklıkla eşlik ettiği bir ruhsal bozukluktur. KSAB ve DEHB tanıları birlikte görüldüğünde genel dürtüsellik, dikkatsizlik ve plan yapmama gibi özelliklerin daha da belirginleştiği görülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kompulsif satın alma, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mehmet Emin Demirkol, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey E-mail: emindemirkol@gmail.com  
Geliş tarihi/Received: 30.04.2019 Kabul tarihi/Accepted: 25.05.2019 Çevrimiçi yayım/Published online: 10.09.2019

## GİRİŞ

Kompulsif satın alma bozukluğu (KSAB) kronik ve tekrarlayıcı özellikte alışveriş yapma ataklarıyla karakterize bir bozukluktur. Bu kişilerde alışveriş yapmayla ilgili karşı konulmaz derecede güçlü dürtüler ve özdenetim yetersizliği mevcuttur. Alışveriş atakları öncesinde kişide hissedilen gerginlik, huzursuzluk ve sıkıntı hisleri alışveriş yapma davranışıyla birlikte azalır. Kişiler satın aldıkları eşyalara karşı ilgilerini çabucak yitirirler ve bu eşyalar genellikle kullanılmaz. Hastalar alışveriş yapma sürecinin kendisinden, vitrinlere ya da mağazalara göz gezdirmekten, ürünleri seçmek ya da sıralamaktan hoşlanırlar<sup>1,2</sup>.

Kompulsif alışveriş gençlerde daha yüksek oranda görülür<sup>3-5</sup>. Avrupa kaynaklı çalışmalar erişkinlerde KSAB görülme sıklığının son 20 yılda artış gösterdiğini bildirmektedir<sup>4</sup>. Epidemiyolojik ve klinik pek çok çalışma kadınlarda daha sık olduğunu gösterse de kadın erkek oranının eşit olduğunu gösteren çalışma sonuçları da vardır<sup>3</sup>.

Dürtüsellik; dürtü kontrol bozuklukları dışında yıkıcı davranım bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi pek çok ruhsal hastalıkla ilişkili bir durumdur. Tanı ve sınıflandırma sistemlerinde dürtüsellik, DEHB'nin alt tipi veya görülme şekillerinden biri olarak yer alır<sup>6,7</sup>. Literatürde KSAB ile DEHB ilişkisi çok az araştırılmıştır. Bu durum iki klinik tablonun birbiriyle ilişkisiz olabileceğinden çok klinisyenlerin bu durumu gözardı etmesiyle ilgili olabilir. KSAB tanısı alan bireylerde Cloninger tarafından tanımlanan "yenilik arayışı" bir mizaç özelliği olarak oldukça belirgindir. Yenilik arayışı; yeni bir uyarana karşı keşfedici yaklaşıma genetik yatkınlık, dürtüsellik, savurganlık, düzensizlik ve çabuk öfkelenme gibi özellikleri içerir<sup>8,9</sup>. Bahsi geçen özellikler hem dürtü kontrol bozukluklarında hem de DEHB'de görülen klinik belirtilerle uyumludur<sup>10</sup>.

Bu çalışmada KSAB tanısı olan bireylerde dürtüsellik, DEHB ve ilişkili klinik özelliklerin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Konuyla ilgili ilk hipotezimiz KSAB tanılı hastalarda eşlik eden DEHB tanısının oldukça sık olduğu, ikinci hipotezimiz ise bu iki tanının birlikte görüldüğü bireylerin daha dürtüsel oldukları yönündedir. Literatürde bu konuyla ilgili fazla sayıda çalışma olmadığı düşünülürse; çalışmamızın

literatüre ülkemizdeki bir merkezle ilgili sonuçları kazandıracakını düşünmekteyiz.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne başvuran diğer psikiyatrik tanı/tanımlarla beraber ya da sadece KSAB tanısı konan ve dürtü kontrol bozukluğu (DKB) polikliniğine yönlendirilen, yazılı onam veren, 18-55 yaş hastaların verileri değerlendirildi.

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve ciddi nörolojik hastalığı (parkinson, epilepsi, serebrovasküler hastalık) olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma için KSAB tanısı alan toplam 91 hasta dosyası tarandı, ölçeklerinde eksiklik olan (4 hasta), yaş aralığı dışında kalan (2 hasta) ve yukarıda belirtilen ek hastalıklardan en az biri olan (3 hasta) hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya geri kalan 82 hasta ile devam edildi. Çalışma retrospektif olarak planlandı ve çalışmaya ilişkin veriler hastaların ilk DKB polikliniği başvurularındaki medikal kayıtlarından elde edildi. Çalışmaya görüşme sırasında psikiyatrik tedavi ve almayan hastalar birlikte dahil edildi.

KSAB tanısı Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği (MIDI) kullanılarak koyuldu. Hastaların DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)'e göre ek tanıları Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) ile taranmıştır. Hastalara dürtüsellik değerlendirme amacıyla BİS-11, DEHB'yi değerlendirmek amacıyla Erişkin DEHB tanı ve değerlendirme envanteri ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) uygulanmıştır. Sosyodemografik özellikler tarafımızca hazırlanan veri formu ile toplanmıştır. Çocukluk çağı travması, self mutilasyon ve özkıyım davranışı gibi klinik özellikler soru listesi yardımıyla sorgulanmıştır. Çalışma için etik kurul onamı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (01.06.2018 tarihli, 46 no'lu karar) alınmıştır.

## Ölçekler

### DSM-IV Eksen I Bozuklukları Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanımlarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan

yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. First ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme adı ile Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır<sup>11</sup>.

### **Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği (MIDI)**

MIDI'nın Türkçe düzenlemesi, yaşam boyu dürtü kontrol bozukluklarının varlığını değerlendirmek için kullanılır. Ölçek 36 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Her bir modül DSM-IV ölçütlerine göre dürtü kontrol bozukluklarını (aralıklı patlayıcı bozukluk, patolojik kumar oynama, kleptomani, trikotillomani, piromani, kompulsif satın alma, deri koparma, kompulsif cinsel davranış, kompulsif egzersiz) ayrı ayrı araştırır<sup>12</sup>.

### **Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BİS-11)**

Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). Değerlendirme sonucunda toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik şeklinde 4 alt skor elde edilir. Toplam BİS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir<sup>13</sup>. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır<sup>14</sup>.

### **Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)**

Erişkinlerin DEHB ile ilişkili çocukluk çağı belirti ve bulgularını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Her bir maddesinin '0' ile '4' arasında derecelendirildiği beşli likert tipinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puan maddelerin puanlarının aritmetik toplamı ile elde edilmektedir<sup>15</sup>. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir<sup>16</sup>.

### **Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri**

Dikkat Eksikliği Bölümü, Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü ve DEHB ile ilgili özellikler bölümü olmak üzere 3 alt bölümden oluşur. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır<sup>17</sup>.

### **İstatistiksel analiz**

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Her ölçek yönergesine uygun şekilde puanlanarak, bireylerin her ölçeğe ait puanları belirlendi. Veriler değerlendirilirken, tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde olarak değerlendirildi ve nicel verilerin normal dağılımına uygunlukları Kolmogorov-Smirnov testi ve Skewness Kurtosis değerleri ile değerlendirildi. Normal dağılıma uygun olan değişkenlerin iki grup arasında ki karşılaştırmalarında Student's T test, ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında One-way ANOVA testi, farklılığı belirleyen grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirmelerde ise; post-hoc Tukey testi kullanıldı. Normal dağılıma uygun olmayan değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında; Mann-Whitney U test, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında; Kruskal-Wallis test, farklılığı belirleyen grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirme için ise; Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Nitel değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde; Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

### **BULGULAR**

Çalışmaya 58 kadın (%70.7), 24 erkek (%29.3) toplam 82 hasta dahil edildi. Hastaların %30.5'i (n=25) evli, %61'i (n=50) bekar ve %8.5'i (n=7) dul ya da boşanmıştı. Hastaların %22'si (n=18) ilköğretim, %40.2'si (n=33) ortaöğretim ve %37.8'i (n=31) üniversite mezunuydu. Hastaların %39'u (n=32) çalışıyor, %61'i (n=50) çalışmıyordu. %42.7'si (n=35) alt gelir düzeyine, %57.3'ü (n=47) orta-üst gelir düzeyine sahipti. Hastaların %67.1'i (n=55) şehirde, %32.9'u (n=27) kırsal kesimde yaşıyordu.

Hastaların %40.2'sinin (n=33) ailesinde ruhsal hastalık öyküsü mevcuttu. Hastaların %25.6'sında (n=21) yaşam boyu en az 1 kez özkiyim girişimi vardı. Hastaların %36.6'sında (n=30) yaşam boyu en az bir kez self mutilatif davranış vardı. Hastaların %50'sinde (n=41) KSAB dışında en az bir başka türlü adlandırılmayan (BTA) DKB eşlik ediyordu. 12 hastada (%14.6) KSAB dışında en az 2 ve daha fazla BTA DKB vardı. KSAB dışındaki diğer BTA DKB tanı oranları %36.5 (n=30) aralıklı patlayıcı bozukluk, %18.2 (n=15) trikotillomani, %8.5 (n=7) patolojik kumar oynama, %3.6 (n=3) kompulsif

cinsellik, %2.4 (n=2) piromani, %2.4 (n=2) kleptomani ve %1.2 (n=1) kompulsif egzersiz şeklindeydi. 21 hastanın (%25.6) depresyon ve 20 hastanın (%24.4) herhangi bir anksiyete bozukluğu eş tanısı mevcuttu. 7 hastada (%8.5) herhangi bir

somatoform bozukluk, 9 hastada (%10.9) da herhangi bir yeme bozukluğu eş tanısı mevcuttu. 18 hastanın ise komorbid birden fazla psikiyatrik hastalık tanısı vardı.

**Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin BİS-11 toplam, E-DEHB Toplam ölçek puanları ile ilişkisi**

Değişken	n	%	BİS-11		E-DEHB Toplam	
			Ort±SS	p	Ort±SS	p
Cinsiyet						
Kadın	58	70.7	70.75±12.65	<sup>a</sup> 0.018*	58.24±25.71	<sup>a</sup> 0.078
Erkek	24	29.3	77.75±10.00		73.29±36.92	
Medeni Durum						
Evli	25	30.5	77.40±10.83	<sup>d</sup> 0.085	66.04±31.36	<sup>d</sup> 0.426
Bekâr	50	61.0	70.78±12.81		62.82±30.54	
Boşanmış-Dul	7	8.5	70.85±10.31		49.28±18.33	
Eğitim Durumu						
İlköğretim	18	22.0	73.05±15.22	<sup>b</sup> 0.390	66.55±34.50	<sup>b</sup> 0.192
Ortaöğretim	33	40.2	74.78±12.00		55.33±26.69	
Yükseköğretim	31	37.8	70.54±10.67		68.16±29.92	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	32	39.0	72.31±11.76	<sup>a</sup> 0.774	58.65±28.31	<sup>a</sup> 0.338
Çalışmıyor	50	61.0	73.12±12.73		65.20±31.04	
Sosyoekonomik Durum						
Alt	35	42.7	73.68±12.42	<sup>a</sup> 0.679	63.44±30.51	<sup>a</sup> 0.781
Orta-Üst	47	57.3	72.14±12.30		61.57±29.62	
Yaşadığı Yer						
İl	55	67.1	72.70±12.38	<sup>a</sup> 0.921	57.00±25.78	<sup>a</sup> 0.029*
İlden küçük	27	32.9	73.00±12.35		74.14±34.89	
Çocukluk DEHB						
Var	35	42.7	75.45±11.40	<sup>a</sup> 0.092	82.82±28.73	<sup>c</sup> <0.001**
Yok	47	57.3	70.82±12.68		47.61±20.82	
Çocukluk Travması						
Var	27	32.9	74.55±14.24	<sup>a</sup> 0.370	61.77±27.68	<sup>a</sup> 0.856
Yok	55	67.1	71.94±11.26		63.07±31.30	
Yaşamboyu Özkıyım						
Var	21	25.6	77.04±11.60	<sup>a</sup> 0.067	76.19±28.67	<sup>a</sup> 0.016*
Yok	61	74.4	71.34±12.18		57.98±29.	
Self-mutilasyon						
Var	30	36.6	79.13±9.32	<sup>a</sup> <0.001**	77.80±29.88	<sup>a</sup> <0.001**
Yok	52	63.4	69.15±12.39		53.90±26.6	
Ailede Psikiyatrik Hast.						
Var	33	40.2	73.66±13.67	<sup>a</sup> 0.606	64.27±31.08	<sup>a</sup> 0.690
Yok	49	59.8	72.22±11.39		61.55±29.5	
BTA DKB en az 1						
Var	41	50.0	79.07±10.41	<sup>a</sup> <0.001**	70.70±31.64	<sup>a</sup> 0.014*
Yok	41	50.0	66.53±10.83		54.58±26.22	

BİS-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, E-DEHB:Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, BTA DKB : Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu, <sup>a</sup> Student T-test, <sup>b</sup> One Way ANOVA, <sup>c</sup> Mann Withney U, <sup>d</sup> Kruskal Walls, \* <0.05, \*\*<0.01

Erkeklerin BİS-11 toplam puanları kadınlardan anlamlı derecede yüksekti (p=0.018). Self mutilasyon öyküsü olan hastaların BİS-11 toplam puanları olmayanlardan anlamlı derecede yüksekti (p=<0.001). Komorbid en az bir BTA DKB olan

hastaların da BİS-11 toplam puanları da olmayanlardan anlamlı derecede yüksekti (p<0.001).

WUDÖ skorlarına göre grubun %42.7'sinde (n=35) çocukluk çağında DEHB vardı. Erkeklerin WUDÖ toplam puanı 43.08±21.44, kadınların ise WUDÖ

toplam puanı  $30.43 \pm 17.00$  idi ( $p=0.006$ ). İl merkezinde yaşayanların WUDÖ puanı daha küçük yerlerde yaşayanların WUDÖ puanından anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla  $30.09 \pm 15.31$ ,  $42.37 \pm 23.52$ ,  $p=0.018$ ). Self mutilasyon öyküsü olanların WUDÖ toplam puanı olmayanlardan anlamlı derecede yüksekti ( $p=0.003$ ). Komorbid BTA en az bir DKB olanların WUDÖ puanı, olmayanlardan anlamlı derecede yüksekti ( $p=0.012$ ).

Diğer sosyodemografik özellikler WUDÖ puanı arasında ilişki saptanmadı.

Erişkin DEHB eş tanısı konan hasta sayısı 25 idi (%30.5). DEHB tanısı alan hastalarla DEHB tanısı almayan hastaların BİS-11 ölçek puanlarının karşılaştırmasında motor dürtüsellik alt ölçek puanı dışında tamamında DEHB tanısı alanların istatistiksel olarak daha yüksek puanlar aldıkları görüldü (Tablo 2).

**Tablo 2. DEHB tanısı alan ve almayan hastaların karşılaştırılması**

	DEHB (-) (n=57)	DEHB (+)(n=25)	p
Barratt Dürtüsellik			
Plan Yapamama	$28.92 \pm 5.84$	$31.32 \pm 5.64$	<sup>a</sup> 0.032*
Motor Dürtüsellik	$23.78 \pm 5.02$	$25.84 \pm 4.74$	<sup>a</sup> 0.087
Dikkat Dürtüselligi	$18.36 \pm 4.09$	$20.68 \pm 3.48$	<sup>a</sup> 0.016*
Toplam Puan	$70.52 \pm 12.49$	$78.00 \pm 10.28$	<sup>a</sup> 0.010**
Wender Utah	$27.07 \pm 14.14$	$50.24 \pm 19.62$	<sup>a</sup> <0.001**
Dürtü Kontrol Bozukluğu Sayısı	$0.57 \pm 0.77$	$1.12 \pm 1.23$	<sup>b</sup> 0.040*

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

**Tablo 3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Erişkin-Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği arası korelasyon**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Barratt Dürtüsellik	Plan Yapamama	1												
	Motor Dürtüsellik	619**	1											
	Dikkat Dürtüselligi	636**	333**	1										
	Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	923**	794**	741**	1									
	Wender Utah	191	269*	163	270*	1								
E-DEHB	Dikkat Eksikliği Kriter	182	184	253*	268*	624**	1							
	Dikkat Eksikliği Puan	139	132	258*	231*	625**	936**	1						
	Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Kriter	238*	288**	319**	344**	440**	497**	532**	1					
	Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Puan	279*	331**	328**	389**	390**	477**	514**	973**	1				
	DEB/DEHB ile ilişkili özellikler Kriter	271*	397**	233*	371**	652**	622**	619**	619**	609**	1			
	DEB/DEHB ile ilişkili özellikler Puan	237*	392**	240*	351**	723**	671**	691**	643**	625**	962**	1		
	E-DEHB Toplam Kriter	287**	374**	302**	400**	690**	771**	772**	775**	754**	947**	945**	1	
	E-DEHB Toplam Puan	252*	365**	295**	375**	710**	766**	806**	780**	770**	915**	961**	978**	1
Toplam Dürtü Kontrol Bozukluğu Sayısı	273*	375**	426**	413**	230*	268*	279*	304**	348**	339**	377**	366**	394**	

\*p <0.05, \*\*p<0.01, Pearson korelasyon testi

## TARTIŞMA

Çalışmamızda yer alan KSAB tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir<sup>12,18,19</sup>. KSAB tanısının çoğunlukla kadın cinsiyette görüldüğü öne sürülür<sup>20</sup>. Çalışma grubumuzun da %70.7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Ancak literatürde KSAB'nın kadın ve erkeklerde benzer oranlarda görüldüğüne dair veriler de mevcuttur<sup>3</sup>. Çalışmamızda dürtüsellik açısından cinsiyetler arasında da bir farklılık saptanmadı (Tablo 1).

Öne sürdüğümüz ilk hipoteze uygun olarak çalışma grubumuzda KSAB ile DEHB tanılarının birlikte görülme oranı oldukça yüksekti (%30.5). Bu iki tanının dürtüsellik şemsiyesi altında bulunduğu düşünülürse sonuçlarımız şaşırtıcı değildir. Literatürde de bu durum birkaç çalışmada gösterilmiştir<sup>21</sup>. Black ve arkadaşları, KSAB tanısı olan bireylerde DEHB belirtilerinin oldukça yaygın olduğunu belirtmiştir<sup>10</sup>. Dikkat ya da bilişsel dürtüsellik çabuk karar verme, motor dürtüsellik düşünmeden hareket etme, plan yapmama da sağduyu eksikliği şeklinde tanımlanabilir. Bu bulgular KSAB tanısı olan olguların para harcamaya karşı uygun yanıt oluşturamama, satın alma dürtülerini ertelemeye karşı güçlük yaşama ve para harcamayla haz arama davranışlarıyla açıklanmaktadır<sup>21-23</sup>.

Sağlık bireylerde yapılmış bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) araştırması satın alma kararı verme sırasında nucleus accumbens ve mezial prefrontal kortekste aktivite artışı olduğunu göstermiştir. Satın alma ya da almama kararını vermede özellikle insulanın rol oynadığı ileri sürülmektedir<sup>24</sup>. KSAB tanılı kadınlara ürünler sunulduğunda nucleus accumbenste sağlıklara oranla çok daha fazla bir aktivite artışı görülmüş. Ürünlerin fiyatları gösterildiğinde ise KSAB tanısı olanlarda insulada sağlıklardan daha az aktivite artışı olduğu görülmüş<sup>25</sup>. Bu durum KSAB tanısı olan olguların para kaybetmeye karşı sağlıklı kişiler gibi yanıt veremedikleri şeklinde açıklanmaktadır. Dürtüsellüğün bileşenleri olarak kabul edilen acelecilik, tasarlamada yetersizlik, sebat eksikliği ve heyecan aramanın özellikle aceleciliğin kompulsif satın alma eğilimlerinin en güçlü prediktörü olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda KSAB tanısı olan bireylerin DEHB eş tanı oranının çocukluktan erişkinliğe geçerken DEHB'nin doğal seyirine uygun olarak azaldığı görüldü. DEHB ile ilgili yapılan izlem çalışmaları

çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin en az yarısının erişkin dönemde belirtilerinin devam ettiğini göstermiştir<sup>26-28</sup>. Yaşamboyu süren ve nörogelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilen DEHB'nin yaşla birlikte bazı belirtilerinde değişimlerin olduğu kabul edilmektedir. Hiperaktivitenin yaşla birlikte azaldığı ve yerini bunaltı hissine bıraktığı ancak dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerinin kalıcı olduğu öne sürülmektedir<sup>26</sup>. Bu boylamsal seyir, çalışma sonuçlarımıza da yansımıştır. DEHB tanısı olan KSAB olgularının sadece motor dürtüselliklerinin DEHB tanısı olmayanlara benzediği, dikkat dürtüselligi, plan yapmama ve genel dürtüselliklerinin belirgin derecede yüksek olduğu görüldü. Böylelikle ikinci hipotezimizi de motor dürtüsellik dışında doğrulamış oluyoruz.

Çalışmamızda KSA ile diğer dürtü kontrol bozuklukları ilişkisi değerlendirildiğinde %50 oranında en az bir DKB ile örtüşme olduğunu gördük. Müller ve ark., benzer bir çalışmada diğer dürtü kontrol bozuklukları eş tanı oranını %16.6 saptamıştır. Aralıklı patlayıcı bozukluk %10.3, kleptomani %4.8, patolojik kumar oynama %2.8, trikotillomani %2.1 ve piromani %0.0 bulunmuş<sup>4</sup>. Bu çalışmaya göre diğer dürtü kontrol bozukluklarına ait daha yüksek bir oran bulmamızın nedenini daha çok sayıda dürtü kontrol bozukluğu (DKB) sorgulamamıza, çalışmadaki erkek cinsiyet oranının yüksekliğine, sosyokültürel ve genetik farklılıklara bağlı olduğunu düşünüyoruz. Özellikle aralıklı patlayıcı bozukluk oranını yüksek bulma nedenimizin çalışma grubumuzda erkek oranının %29.3 gibi diğer çalışmadan (%7) oldukça yüksek olması olabilir. Daha önce yapılan çalışmalar patolojik alışveriş sorunları ile patolojik internet kullanımı, egzersiz bağımlılığı ve patolojik kumar oynama arasında tanısal açıdan bir örtüşme olduğunu göstermektedir<sup>29,30</sup>. Bizim çalışmamızda ise KSAB ile aralıklı patlayıcı bozukluk, trikotillomani-cilt koparma ve patolojik kumar oynama arasında bir tanısal örtüşme vardı. Çalışmamızda patolojik internet kullanımı ya da oyun bağımlılığı sorgulanmadı. KSAB ile patolojik kumar oynama arasındaki bağlantı araştırmacılar tarafından merak edilip araştırılan bir konudur. KSAB tanısı olan olgular patolojik kumar oynayanlara benzer şekilde yürütücü işlevlerde sorunlar yaşarlar ve bu durum da "gelecek miyopisi" olarak adlandırılır<sup>10,31</sup>. Yine KSA olan hastaların patolojik kumar oynayanlara benzer fenomenolojik özellikler taşıdığından bahsedilir. KSA'da görülen düşük fiyatlı ürünleri sık sık satın

alma davranışı, patolojik kumar oynayanların hızlı ve aralıklı ödeme yapılan oyunları örneğin oyun makinalarını tercih etmelerine benzetilir<sup>12</sup>. Yine patolojik kumar oynayanlara benzer şekilde KSAB tanısı olan olgular birbiriyle yarışan uyarıcılara dikkatini vermeyi beceremezler ve engelleyici özellikli bilişsel süreçleri görmezden gelirler<sup>32</sup>. Bunların tamamının her iki bozukluğun ortak yönü olan dürtüsellik kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda saptanan bir başka ilginç sonuç ise KSAB'a eşlik eden DKB sayısı arttıkça hem DEHB'nin hem de dürtüsellik şiddetinin artmasıydı.

KSAB'a sıklıkla başka psikiyatrik hastalıklar da eşlik eder. Yapılan bir çalışmada KSAB tanılı olgularının %90'ında yaşamboyu en az bir eksen I bozukluğu olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada KSAB ile eş zamanlı Eksen I tanısı ise %50.9 bulunmuştur<sup>4</sup>. Çalışmamızda hastaların mevcut komorbidite oranları değerlendirildiğinde KSAB'a en sık başka türlü adlandırılmayan DKB (%50)'nin eşlik ettiği görüldü. Literatürde KSAB'a en sık anksiyete bozukluklarının ve duygudurum bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir<sup>1</sup>.

Retrospektif özellikli olması, kontrol grubunun olmaması ve literatürde tanımlanmış tüm DKB tiplerinin dahil edilememesi çalışmanın kısıtlı yanlarından. Örneklem büyüklüğü, çalışma grubunda yer alan erkek cinsiyetli olgu sayısının eski çalışmalar göre nispeten çokluğu ise çalışmanın güçlü yanları arasında sayılabilir. Çalışmamız literatürde KSAB ile dürtüsellik ve DEHB arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından önemli ölçüde katkı sağlasa da sonuçlarımızın tüm KSAB tanısı olan olgular açısından genellenemeyeceği ve dikkatle değerlendirilmesi önemlidir. Bu alanda yapılacak yeni ve prospektif özellikli araştırmalar konunun aydınlatılmasını sağlayacaktır.

**Yazar Katkıları:** Çalışma konsepti/Tasarımı: MZE, MED, LT, VG; Veri toplama: VG, LT; Veri analizi ve yorumlama: LT, MED, MZE; Yazı taslağı: LT, MED, MZE; İçeriğin eleştirel incelenmesi: LT, MED, MZE; Son onay ve sorumluluk: MZE, MED, LT, VG; Teknik ve malzeme desteği: LT, VG; Süpervizyon: LT, MZE, MED; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

**Author Contributions:** Concept/Design : MZE, MED, LT, VG; Data acquisition: VG, LT; Data analysis and interpretation: LT, MED, MZE; Drafting manuscript : LT, MED, MZE; Critical revision of manuscript : LT, MED, MZE; Final approval and accountability: MZE, MED, LT, VG; Technical or material support: LT, VG; Supervision: MT, MZE, MED; Securing funding (if available): n/a.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** Authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** Authors declared no financial support

## KAYNAKLAR

- Müller A, Mitchell JE, de Zwaan M. Compulsive buying. *Am J Addict.* 2015;24:132-7.
- Gençer AG, Karadere ME, Okumuş B, Hocaoglu Ç. DSM-5'e Giremeyen Tanılar (Kompulsif Satın Alma, Misophonia, Facebook Kıskaçlığı, Pagofaji, Siberkondria, İnternet Bağımlılığı). Hocaoglu Ç, editör. *DSM-5'in Yeni Tanıları.* Ankara, Türkiye Klinikleri, 2018;11:87-96.
- Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1806-12.
- Mueller A, Mitchell JE, Black DW, Crosby RD, Berg K, de Zwaan M. Latent profile analysis and comorbidity in a sample of individuals with compulsive buying disorder. *Psychiatry Res.* 2010;178:348-53.
- Zander H, Claes L, Voth EM, de Zwaan M, Mueller A. Impulsive Behaviors in Patients with Pathological Buying. *J Behav Addict.* 2016;5:457-64.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text revision.* Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.
- Cloninger C, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:975-90.
- Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırkpınar İ ve ark. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klin Psikofarmakol Bulteni.* 2004;14:107-31.
- Black DW, Shaw M, McCormick B, Bayless JD, Allen J. Neuropsychological performance, impulsivity, ADHD symptoms, and novelty seeking in compulsive buying disorder. *Psychiatry Res.* 2012; 200:581-7.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi.* 1999;12:233-6.
- Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M, Raymond NC, Specker SM, Ekern MD et al. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry.* 1994;55:5-11.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995;51:768-74.
- Gulec H, Tamam L, Gulec MY, Turhan M, Karakus G, Zengin M et al. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psikofarmakol Bult.* 2008;18:251-8.

15. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:885-90.
16. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg*. 2005;16:252-9.
17. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*. 2006;8:98-107.
18. Koran LM, Chuang HW, Bullock KD, Smith SC. Citalopram for compulsive shopping disorder: an open-label study followed by a double-blind discontinuation. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:793-8.
19. Koran LM, Aboujaoude EN, Solvason B, Gamel N, Smith EH. Escitalopram for compulsive buying disorder: a double-blind discontinuation study (letter). *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:225-7.
20. Brook JS, Zhang C, Brook DW, Leukefeld CG. compulsive buying: earlier illicit drug use, impulse buying, depression, and adult ADHD symptoms. *Psychiatry Res*. 2015;228: 312-7.
21. Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Adès J. Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:169-73.
22. Miltenberger RG, Redlin J, Crosby R, Stickney M, Mitchell J, Wonderlich S et al. Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2003;34:1-9.
23. Black DW. Compulsive buying disorder: a review of the evidence. *CNS Spectr*. 2007;12:124-32.
24. Knutson B, Rick S, Wimmer GE, Prelec D, Loewenstein G. Neural predictors of purchases. *Neuron*. 2007;53:147-56.
25. Raab G, Elger C, Neuner M, Weber B. A neurological study of compulsive buying behaviour. *J Consum Policy*. 2010;34:401-13.
26. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36:159-65.
27. Gao Q, Qian Y, He XX, Sun L, Chang WL, Li YL et al. Childhood predictors of persistent ADHD in early adulthood: Results from the first follow-up study in China. *Psychiatry Res*. 2015;230:905-12.
28. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163: 717-23.
29. Mazhari S. Association between problematic Internet use and impulse control disorders among Iranian university students. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012;15:270-73.
30. Lejoyeux M, Avril M, Richoux C, Embouazza H, Nivoli F. Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Compr Psychiatry*. 2008;49:353-8.
31. Bechara A. Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *J Gambl Stud*. 2003;19:23-51.
32. Schlosser S, Black DW, Repertinger S, Freet D. Compulsive buying. Demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16:205-12.