



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

# **DEPRESYON HASTALARINDA DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUKLARI SIKLIĞI**

**Dr. Bilge BURÇAK ANNAGÜR**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Lut TAMAM**

**ADANA-2008**



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

# **DEPRESYON HASTALARINDA DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUKLARI SIKLIĞI**

**Dr. Bilge BURÇAK ANNAGÜR**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Lut TAMAM**

**ADANA-2008**

**Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana**

**yardımcı olan Doç. Dr. Lut TAMAM'a**

**Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan**

**Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a,**

**Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a,**

**Prof. Dr. Ayşe AVCI'ya, Yrd. Doç. Dr. Şükrü UĞUZ'a**

**Tüm çalışma arkadaşlarıma**

**Her zaman desteği ile yanımda olan sevgili eşim Ali'ye, kızım Ceren ve oğlum Ozan'a**

**TEŞEKÜR EDERİM.**

**Dr. Bilge Burçak Annagür**

## İÇİNDEKİLER

|                                                                     | <b><u>Sayfa No</u></b> |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------|
| TEŞEKKÜR.....                                                       | I                      |
| İÇİNDEKİLER.....                                                    | II                     |
| TABLO LİSTESİ.....                                                  | IV                     |
| ŞEKİL LİSTESİ.....                                                  | V                      |
| KISALTMA LİSTESİ .....                                              | VI                     |
| ÖZET ve ANAHTAR SÖZCÜKLER .....                                     | VII                    |
| ABSTRACT- KEYWORDS.....                                             | VIII                   |
| 1. GİRİŞ .....                                                      | 1                      |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                             | 3                      |
| 2.1. Depresyonun Tanımı .....                                       | 3                      |
| 2.2. Depresyonun Güncel sınıflandırılmaları (DSM ve ICD) .....      | 3                      |
| 2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi .....                              | 5                      |
| 2.4. Depresyonun Etyoloji .....                                     | 5                      |
| 2.4.1.Biyolojik Etkenler .....                                      | 5                      |
| 2.4.2.Psikososyal Etkenler .....                                    | 6                      |
| 2.5. Depresyonun Kliniği .....                                      | 7                      |
| 2.6. Depresyonla Birlikte Bulunan Psikiyatrik Bozukluklar .....     | 9                      |
| 2.7. Başka Türü Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları ..... | 11                     |
| 2.7.1 Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB) .....                       | 13                     |
| 2.7.2.Kleptomani .....                                              | 17                     |
| 2.7.3. Patolojik Kumar Oynama (PKO) .....                           | 19                     |
| 2.7.4.Piromani .....                                                | 23                     |
| 2.7.5.Trikotillomani .....                                          | 25                     |
| 2.7.6.Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu .....     | 28                     |
| 2.8. Dürtü Kontrol Bozuklukları ve Depresyon.....                   | 32                     |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                             | 34                     |
| 3.1. Verilerin Toplanması .....                                     | 34                     |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 3.2. Veri toplama Araçları.....  | 35 |
| 3.3. İstatistiksel İşlemler..... | 39 |
| 4. BULGULAR.....                 | 40 |
| 5. TARTIŞMA.....                 | 51 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....       | 56 |
| 7. KAYNAKLAR .....               | 58 |
| 8. EKLER .....                   | 65 |
| EK-1.....                        | 65 |
| EK-2.....                        | 67 |
| EK-3.....                        | 69 |
| EK-4.....                        | 72 |
| EK-5.....                        | 75 |
| EK-6.....                        | 84 |
| EK-7.....                        | 85 |
| EK-8.....                        | 86 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ.....                 | 88 |

## TABLO LİSTESİ

| <u>Tablo No</u> |                                                                                                                                       | <u>Sayfa</u> |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <u>1</u>        | Duygudurum bozukluklarının güncel sınıflandırılması                                                                                   | 4            |
| <u>2</u>        | APB için DSM-IV-TR tanı ölçütleri                                                                                                     | 15           |
| <u>3</u>        | Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri                                                                                              | 17           |
| <u>4</u>        | PKO için DSM-IV-TR tanı ölçütleri                                                                                                     | 20           |
| <u>5</u>        | Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri                                                                                                | 24           |
| <u>6</u>        | Trikotillomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri                                                                                          | 26           |
| 7               | Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları (DKB) eştanılarının yaşamboyu ve şu anki sıklıkları                                 | 40           |
| 8               | Depresyon hastalarının sosyodemografik özellikleri ve yaşam boyu DKB varlığına göre bu özelliklerin karşılaştırılması                 | 41           |
| 9               | Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları (DKB) eştanılarının yaşamboyu sıklıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması        | 42           |
| 10              | Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin yaşam boyu DKB si olan ve olmayan gruplarda karşılaştırılması                         | 43           |
| 11              | Yaşamboyu DKB si olan ve olmayan hastaların genel olarak depresyon ataklarının ve ilk depresyon atak özelliklerinin karşılaştırılması | 44           |
| 12              | Son depresyon atağının psikometrik özellikleri ve Hamilton depresyon ölçeği maddelerinden elde edilen puanlar                         | 45           |
| 13              | Hastaların diğer psikometrik test ortalama sonuçlarının karşılaştırılması                                                             | 46           |
| 14              | Yaşamboyu DKB si olan ve olmayan hastalar arasındaki yaşam boyu diğer eksen I bozukluklarının sıklığının karşılaştırılması            | 47           |
| 15              | Tek tek DKB'lerin oluşan eştanı özellikleri                                                                                           | 48           |
| 16              | Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB si olmayan hastalarla karşılaştırılması                                                       | 49           |
| 17              | Tek tek DKB'lerin dürtüsellikle ilgili ölçek puanlarının DKB si olmayan hastalarla karşılaştırılması                                  | 50           |

## ŞEKİL LİSTESİ

| <u>Şekil No</u> |                                                                  | <u>Sayfa No</u> |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Şekil-1:        | Obsesif -kompulsif bozukluk ile ilişkili bozukluklar             | 13              |
| Şekil-2:        | Patolojik kumar oynama: eş tanımlık ve sınıflandırma konuları    | 22              |
| Şekil-3:        | Trikotillomaninin ön biyopsikososyal modelinin şematik diyagramı | 27              |

## KISALTMA LİSTESİ

|                |                                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>DSM-IV</b>  | : Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition |
| <b>ICD-10</b>  | : Clasification of Mental and Behavioural Disorders                     |
| <b>5HİAA</b>   | : 5 Hidroksi İndol Asetic Asit                                          |
| <b>SSRI</b>    | : Selective Serotonin Reuptake İnhibitors                               |
| <b>TSSB</b>    | : Travma Sonrası Stres Bozukluğu                                        |
| <b>YAB</b>     | : Yaygın Anksiyete Bozukluğu                                            |
| <b>OKB</b>     | : Obsesif Kompulsif Bozukluk                                            |
| <b>DKB</b>     | : Dürtü Kontrol Bozukluğu                                               |
| <b>BTA-DKB</b> | : Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu                    |
| <b>APB</b>     | : Aralıklı Patlayıcı Bozukluk                                           |
| <b>PKO</b>     | : Patolojik Kumar Oynama                                                |
| <b>KSA</b>     | : Kompulsif Satın Alma                                                  |
| <b>KCD</b>     | : Kompulsif Cinsel Davranış                                             |
| <b>KE</b>      | : Kompulsif Egzersiz                                                    |
| <b>BDT</b>     | : Bilişsel Davranışçı Terapi                                            |
| <b>DEHB</b>    | : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu                              |
| <b>SCID-I</b>  | : DSM-IV için yapılandırılmış görüşme ölçeği                            |
| <b>MIDI</b>    | : Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği                   |
| <b>SCL-90</b>  | : Ruhsal Belirti Tarama Listesi                                         |
| <b>BİS-11</b>  | : Baret İmpulsivite Ölçeği-11                                           |
| <b>MDQ</b>     | : Duygudurum Bozuklukları Ölçeği                                        |
| <b>BDÖ</b>     | : Beck Depresyon Ölçeği                                                 |
| <b>HAM-D</b>   | : Hamilton Depresyon Ölçeği                                             |
| <b>ZHÖ</b>     | : Zucerman Heyecan Arama Ölçeği                                         |

## ÖZET

### Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı

**Amaç:** Bu çalışmada depresyon hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları sıklığını ve dürtüselliğin depresyon başlangıcı ve kliniği üzerindeki etkilerini değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Polikliniğimize bir yıllık süre boyunca ayaktan başvuran 150 depresyon hastası çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik Veri Formu, Psikiyatrik Hastalıkların Tanı ve Sınıflandırılması El Kitabı-IV'e göre Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik görüşme Ölçeği, dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Zuckerman Heyecan arama Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Bir yıllık bir süreçte polikliniğimize ayaktan başvuran depresyon hastalarının % 34,7'sinde en az bir dürtü kontrol bozukluğu eştanısı saptanmıştır. Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları dâhil edildiğinde hastaların % 56,7'sinde dürtü kontrol bozukluğu eştanısı saptanmıştır. En sık saptanan Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (% 31,3), ikinci sırada Deri Yolma (% 28), üçüncü sırada Kompulsif Satın Alma (% 14) dır. Dürtü kontrol bozukluğu eş tanısı konan ve konmayan hastalar arasında yaş açısından dürtü kontrol bozukluğu saptanan grupta anlamlı farklılık olup bu hastaların ilk depresyon atak yaşları da daha küçüktür. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve hastaneye yatış açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Patolojik kumar oynama erkeklerde, kompulsif satın alma kadınlarda daha fazladır. Yaşam boyu özkiyım girişimi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de dürtü kontrol bozukluğu saptanan grupta iki kat daha fazladır. Depresyon ölçek puanlarında iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte belirti tarama listesi puanları, heyecan arama ölçeği puanları, dürtüsellik puanları ve duygudurum bozuklukları ölçek puanları dürtü kontrol bozukluğu saptanan grupta anlamlı olarak yüksek çıkmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışma sonuçları bir yıllık süreçte polikliniğimize başvuran depresyon hastalarının ortalama üçte birinde Psikiyatrik Hastalıkların Tanı ve Sınıflandırılması El Kitabı-IV' göre en az bir dürtü kontrol bozukluğu eştanısı aldıklarını göstermektedir. Dürtü kontrol bozukluklarının oldukça sık oranda görülmesi ve buna bağlı olarak depresyonun seyri sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan kaçınabilmek ve tedavinin şekillenmesi açısından bu bozukluklar tanınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** depresyon, dürtü kontrol bozuklukları, komorbidite

## ABSTRACT

### **The Prevalence of Impulse Control Disorders among Patients with Major Depression**

**Aim:** The aim of this study was to determine the prevalence rates of impulse control disorders among major depressive patients and evaluate the effect of comorbidity on the onset and the clinical course of depression.

**Material and Methods:** The study included 150 consecutive depressive psychiatric patients who have been referred to our outpatient clinics in one year period. A demographic data form has been completed along with a structural clinical interview (SCID-I) to evaluate axis I psychiatric disorders according to Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders-IV. To determine the impulse control disorders and depression Minnesota Impulse Control Disorders Interview and Hamilton Depression Scale Interview has been conducted with all patients. Besides all patients completed Symptom Check List-90, Beck Depression Inventory, Zuckerman Sensation Seeking Scale Form-V, Barratt Impulsiveness Scale-11, Mood Disorders Questionnaire to help us to find out several psychopathology levels.

**Results:** In one year period, 34,7 % of depressive outpatients in our clinics had at least one impulse control disorder comorbidity. The inclusion of patients with a diagnosis of impulse control disorders not otherwise specified increases the number of patients with any impulse control disorders comorbidity to 56,7 %. The most common impulse control disorder in our sample was intermittent explosive disorder (31,3 %) followed by skin picking (28 %) and compulsive buying (14 %). Depressive patients with a comorbid impulse control disorder had an earlier age of onset of the disorder than patients without any impulse control disorder. There were no differences between groups in terms of gender, marital status, education level and number of hospitalization. Pathological gambling was more common in male patients whereas compulsive buying was more common in female patients. Lifetime suicide attempt rates were two times more common in depressive patients with comorbid impulse control disorder than patients without any impulse control disorder comorbidity but this difference did not reach statistical significance. Though there was not any statistically significant difference between these two groups, general psychopathology levels, impulsivity scores and mood disorders questionnaire scores were significantly higher in patients with comorbid impulse control disorder.

**Discussion:** The results of this study have shown that one third of depressive patients had lifetime impulse control disorder comorbidity. Common occurrence of impulse control disorder comorbidity and ensuing complications in the course and treatment of depressive disorder necessitates close evaluation and recognition of impulse control disorder comorbidity.

**Keywords:** depression, comorbidity, impulse control disorder

# 1. GİRİŞ

Dürtüsellik normal bir davranış örüntüsü olabileceği gibi birçok ruhsal hastalığın psikopatolojik bir parçası da olabilir (örn. yıkıcı davranım bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu). Dürtü kontrol bozuklukları genel olarak zararlı eylemleri gerçekleştirme isteklerine karşı koyamama ile belirli bir ruhsal hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır ve ana belirti tekrarlayan dürtüsel davranışlar şeklinde ortaya çıkar. Dürtü kontrol bozuklukları (DKB) olan hastalar üç temel özelliğe sahiptir: 1- Kendilerine ya da başkalarına zarar verebilecek bazı eylemleri gerçekleştirme arzularına ya da dürtülerine karşı koymayı başaramazlar. 2- Eylem öncesinde artan bir gerginlik ve uyarılma vardır. 3- Eylem gerçekleştirilirken haz, doyum ve rahatlama sağlanır. Bu temel öğeler dışında yapılan eylemler benlikle uyumludur, yani hastanın birdenbire ortaya çıkan bilinçli arzularına uygundur. Eylemin gerçekleştirilmesinden sonra hastalar yoğun suçluluk ya da pişmanlık duyabilirler.<sup>22</sup> DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde altı DKB tanımlanmıştır. Bu hastalıklar; (1) Aralıklı Patlayıcı bozukluk, (2) Kleptomani, (3) Patolojik kumar oynama, (4) Piromani, (5) Trikotillomani, (6) Başka türlü Adlandırılmayan (BTA) DKB'dir.

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı % 4,4, % 19,6 ve % 17 olarak verilmiştir.<sup>1,2</sup> Kadınlarda erkeklere göre iki misli daha fazla oranda rastlanır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda % 10–25, erkeklerde % 5–12 arasında değişmektedir. Olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösterir. Çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla giden depresif bir duyguduruma, gerek ruhsal gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama, kişinin işlevselliğinde azalma eşlik eder.

Depresyonlu hastalarda başta anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, davranım bozukluğu olmak üzere psikiyatrik hastalık eşanı oranının genel topluma göre yüksek olduğu bilinmektedir. Birliktelik gösteren diğer bir hastalık grubu da dürtü kontrol bozukluklarıdır. Bu konuda özgül tanımlı hastalarda yapılmış iki Fransız çalışması ve iki farklı hastanede erişkin yatan psikiyatri hasta grubunda DKB sıklığını araştıran bir

Kuzey Amerika alışması vardır. <sup>25, 26, 27, 28</sup> Türkçe literatür tarandığında bu konu üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi DKB' da da psikiyatrik bozukluklarla bir arada bulunması hastalarda tanı konmasını güçleştirir ve uygulanacak tedaviyi, hastalığın gidişini olumsuz etkiler. Bu bozuklukları rutin psikiyatrik muayenede ve yarı yapılandırılmış görüşmelerde sorgulanmasında fayda vardır. Birliktelik durumlarının belirlenmesi daha uygun ve daha özgün bir tedaviye olanak sağlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, depresyon hastalarında DKB sıklığını ve dürtüsellik in depresyon başlangıcı ve kliniği üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

Duygudurum bozuklukları, depresif bozukluklar, bipolar bozukluklar ve etyolojilerine göre adlandırılan iki bozukluk olarak, genel tıbbi bir duruma bağlı duygu durum bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı duygu durum bozukluğu biçiminde ayrılır.

### **2.1.Depresyonun Tanımı**

Depresyon elem-keder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Her ne kadar bu gibi duygular, insanlarda bazı olumsuz yaşam olaylarına karşı yaygın olarak verilen bir tepki olarak izlenebilirse de, bir tepki olarak ortaya çıkan her benzer duygu durumunu, bir depresyon hastalığı olarak kabul etmemek gerekir. Gerçek bir depresyonda bu gibi duygular hem sürekli, hem de kişinin günlük yaşamını bozacak düzeyde yoğun olarak izlenir.

Depresyon tipik olarak;

— Olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla seyreden depresif bir duygudurumu (disforik mood),

— Gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama (psikomotor baskılanma),

— Düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama (bilişsel baskılanma),

Kişinin işlevselliğinde azalma ile kendini gösteren bir hastalıktır.<sup>5,6</sup>

Tanı konulması için depresif duygudurumu ya da ilgi azlığı ve alışagelmış etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması zorunludur. Bunlara ek olarak umutsuzluk, kötümser düşünceler, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, suçluluk düşünceleri, yineleyici ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü ve karar verme zorluğu, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı belirtilerinden bir kısmının varlığı gerekmektedir<sup>7</sup>

### **2.2.Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları (DSM ve ICD)**

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

atak olduğuna ilişkin bir öykünün olmaması ile bipolar bozukluklardan ayrılır. Bipolar bozukluklarda (bipolar I, bipolar II, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk) manik dönemler ya da hipomanik dönemler vardır ya da daha önce geçirilmiş olduklarına ilişkin bir öykü alınır, bunların yanı sıra depresif dönemler de bulunur.<sup>5.6.7</sup>

| <b>Tablo 1: Duygu durum bozukluklarının güncel sınıflandırılması</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DSM-IV sınıflandırması</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>ICD-10 sınıflandırması</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>Major depresif bozukluk</b></p> <p>Tek atak<br/>Tekrarlayan (rekürren) ataklar<br/>Şiddeti; hafif, orta, ağır (psikotik özelliği olan-olmayan), remisyonda (kısmi-tam)<br/>Eğer varsa kronik, atipik, melankolik ve postpartum başlangıç belirtilir.</p> <p><b>Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk:</b></p> <p>Premenstrüel disforik bozukluk<br/>Minör depresif bozukluk<br/>Rekürren kısa depresif bozukluk<br/>Postpsikotik depresif bozukluk<br/>Psikotik bozukluklarla birlikte aktif evrede görülen major depresif epizod</p> <p><b>Distimik bozukluk</b></p> <p>Varsa belirtilir:<br/>Erken/geç başlangıçlı<br/>Atipik özellikler gösteren</p> | <p><b>Depresif Atak</b></p> <p>Hafif depresif atak; somatik sendrom eşlik eden/etmeyen<br/>Orta şiddette atak; somatik sendrom eşlik eden/etmeyen<br/>Şiddetli depresif atak; psikotik özellikler gösteren/göstermeyen<br/>Tekrarlayan (rekürren) depresif bozukluk<br/>Şimdiki depresif atak; hafif, orta, şiddetli, şiddetli ve psikotik belirtilerle birlikte</p> <p><b>Başka duygudurum bozuklukları</b></p> <p>Başka tek duygudurum bozukluğu<br/>Karma affektif bozukluk<br/>Başka duygudurumu bozukluğu<br/>Rekürren kısa depresif bozukluk<br/>Başka sınıflandırılmış/belirlenmiş duygu durumu bozukluğu</p> <p><b>İnatçı duygudurum bozukluğu</b></p> <p>Siklotimi<br/>Distimi<br/>Diğer inatçı duygudurum bozuklukları<br/>Belirlenmemiş inatçı duygudurum bozukluğu</p> |
| <p><b>Bipolar I ve Bipolar II bozukluğu</b></p> <p>Şimdiki ya da en son epizod: hipomanik, manik, depresif, karma<br/>Başka türlü adlandırılmayan Bipolar bozukluk<br/>Başka türlü adlandırılmayan duygu durumu bozukluğu<br/>Genel tıbbi duruma veya madde kullanımına bağlı duygu durum bozukluğu<br/>Siklotimi</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Bipolar affektif bozukluk</b></p> <p>Şimdiki durumda; Hipomanik, manik, depresif, karma, remisyonda<br/>Başka Bipolar affektif bozukluklar<br/>Belirlenmemiş bipolar affektif bozukluk<br/>Belirlenmemiş duygudurum bozukluğu<br/>Siklotimi ICD sınıflandırmasında daha yukarıdaki inatçı duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır.)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Tablo 1’de DSM-IV TR ve ICD–10 tanı sistemlerine göre depresif bozuklukların sınıflandırılmaları karşılaştırılmıştır. DSM major depresif bozukluk terimini tercih ederken, ICD-10’da depresif nöbet (atak) terimi kullanılmıştır. Gidiş ve şiddet belirleyicileri her iki sistemde benzerdir. ICD depresyona özgü ilgi azalması, anhedoni, iştah azalması, uyku düzensizliği, sabah saatlerinde belirtilerin ağırlaşması, belirgin psikomotor yavaşlama gibi belirtilerin varlığını " somatik sendrom" olarak tanımlamakta ve şiddet belirleyicisi ile birlikte bedensel belirtilerin var olduğu, bedensel belirtilerin var olmadığı tip olarak ayrı kodlar vermektedir. DSM-IV’de atağın kronik seyirli, melankolik, atipik, postpartum başlangıçlı özellikleri kodsuz olarak belirtilir.<sup>8,9</sup>

### 2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu major depresyon yaygınlığı % 4,4 - % 19,6 ve % 17 olarak verilmiştir.<sup>1,2</sup> Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık rastlanır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda % 10–25, erkeklerde % 5–12 arasında değişmektedir. Her 4 kadından birisi ya da her 8–10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir major depresif bozukluk geçirmektedir. Bu kişilerin de % 50–80 inde hastalığın bir ya da birden çok sayıda nüksetme olasılığı bulunmaktadır. Kişinin biyolojik ailesinde depresyon geçirmiş diğer kişilerin bulunması, hastalık riskini 1,5–3 kat arttırmaktadır<sup>10</sup>. Böyle bir bozukluğu olanları birinci derecede, erişkin biyolojik akrabalarında alkol bağımlılığı olasılığının, çocuklarında da dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu insidansının daha yüksek olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.<sup>10</sup> Bazı hastalarda ise hastalık dönemleri yılın belirli mevsimlerinde izlenmekte olup, bunlara mevsimsel özellik gösteren depresyon denmektedir.

### 2.4. Depresyonun Etyolojisi

Depresif bozukluğun etyolojisinde rol oynayan etkenler biyolojik ve psikososyal etkenler olarak ayrılabilir.

#### 2.4.1. Biyolojik Etkenler

**a) Biyojenik aminler:** Yapılan çalışmalarda, duygu durum bozukluğu olan hastaların kan, idrar ve beyin-omurilik sıvılarındaki (BOS) biyojenik amin metabolitlerinde [3-hidroksi-4hidroksi fenilglükol (MHPG), 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) ve homovalinik asit

(HVA) gibi] çeşitli bozukluklarının olduğu gösterilmiştir. Elde edilen bu veriler duygu durum bozukluklarında biyogenik aminlerin heterojen bozukluklarının olduğu varsayımı ile uyumludur.<sup>5,6,10,11</sup>

Patofizyolojide en çok yeri olduğu düşünülen biyogenik aminler norepinefrin ve serotoninidir. Hayvan modellerinde etkinliği gösterilmiş olan bütün somatik antidepresan tedavilerin, uzun süreli bir uygulamadan sonra postsinaptik  $\beta$ -adrenerjik ve 5-hidroksi triptamin tip 2 (5-HT<sub>2</sub>) reseptörlerinin duyarlılığında azalma yaptıkları saptanmıştır. Hayvan modellerinde gözlenen bu geçici reseptör değişikliklerinin ortaya çıkması için geçmesi gereken süre ile depresif hastalarda klinik düzelme görülebilmesi için geçmesi gereken 1–3 haftalık süre birbiriyle aşağı yukarı çakışmaktadır. Duygu durum bozukluklarında norepinefrin, serotonin ve dopamin yanı sıra asetilkolin bozuklukları da olabilmektedir.

Serotonine özgü gerialım inhibitörlerinin (selektif serotonin gerialım inhibitörleri-SSRI) depresyonun tedavisinde ileri derecede etkili olması depresyonun patofizyolojisinde en önemli rol üstlenen biyogenik amin nörotransmitterin serotonin olduğunu düşündürmektedir. Serotonin eksikliği depresyona zemin hazırlamaktadır.

Rezerpin gibi dopamin konsantrasyonlarını azaltan ilaçlar ya da Parkinson hastalığı gibi yine dopamin konsantrasyonunun azalmasına yol açan hastalıklar depresif semptomlara neden olmaktadır.

**b) Nöroendokrin düzenleme:** Duygudurum bozukluklarında yeri olan en önemli nöroendokrin eksenler adrenal, tiroid ve growth hormon (büyüme hormonu) eksenleridir. Bunların yanı sıra melatoninin noktürnal sekresyonunun azalması, triptofan uygulamasıyla prolaktin salıverilmesinin azalması, follikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinizan hormonun (LH) bazal düzeylerinin azalması ve erkeklerde testosteron düzeylerinin azalmasıdır.<sup>5,6,10</sup>

**c) Nöroanatomik bulgular:** Biyolojik araştırma bulguları, duygu durum bozukluklarının limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinden kaynaklandığı kuramını desteklemektedir.<sup>5,6,10</sup>

#### 2.4.2.Psikososyal Etkenler

**a) Yaşam olayları:** Anne ya da babanın 11 yaşından önce kaybı, daha sonra depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayıdır. Bir kişinin çocuğunu ya da eşini kaybetmesi ise depresyonun başlamasına neden olabilecek en önemli çevresel stres kaynağıdır.

**b) Psikanalitik kuram:** Yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları erişkinlik yaşamında ambivalan sevgi ilişkilerinin doğmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar. Erişkinlik yaşamında da gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleriyle karşılaşma depresyonu tetikler. Gerçek bir kaybı yaşadıklarında da yitirdikleri nesneyi içselleştirirler ve öfkelerini içselleştirdikleri nesneye, dolayısıyla kendilerine yöneltirler.<sup>12</sup>

**c) Bilişsel görüş:** Bu kurama göre depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil bilişsel bir bozukluktur. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür.<sup>12, 13</sup>

**d) Davranışçı görüş:** Öğrenilmiş çaresizlik görüşünü destekler. Çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur.<sup>15</sup>

## **2.5. Depresyonun Kliniği**

### **2.5.1. Duygulanım bozukluğu**

Depresif duygu durum depresyonun temel özelliğidir. Hemen her hastada izlenir ve olmaması durumunda depresyon tanısından uzaklaşılır. Çökkün duygudurum: yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüzn ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir. Hastaların büyük bir kısmı kendilerini sabahları daha kötü hissederler. İlgi azlığı ve anhedoni: hasta daha önce işine ve çevresine gösterdiği ilgiyi gösteremez. Daha önce yapmaktan zevk aldığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir. Anksiyete: depresyonun karakteristik özelliği olmamasına rağmen klinik pratikte depresif duygu durum ve ilgi azlığından sonra üçüncü sırada gelir. Hastalar kendilerini gergin hissederler ve rahatlayamazlar. Öfkeli bir mizaç sergileyebilirler. Anksiyeteye genelde bedensel belirtiler (çarpıntı, göğüste ağrı, terleme gibi) de eşlik eder.<sup>5,6</sup>

### **2.5.2. Bilişsel bozukluklar**

Düşünce süreci ve akışında bozukluklar: sözel anlatımda zorlanma, yavaşlama ve hiç konuşmamaya (mutizm) kadar gidebilir. Düşünce içeriğinde bozulmalar: Suçluluk ve değersizlik düşünceleri, pişmanlık duyguları, kendini eleştirme şeklinde olabilir. Suçluluk

düşünceleri sanrı düzeyinde olabilir. Hipokondriyak uğraşlar yaklaşık 1/4 ünde görülebilir. Özellikle hipokondriyak uğraşlar yaşlı hastalarda ön plandadır. Bu nedenle depresyon fark edilmeyebilir. Hipokondriyak uğraşların olması hastalığın gidişi ve sonucu için de olumsuz bir göstergedir. Obsesif uğraşlar, intihar düşünceleri olabilir.

**Konsantrasyon güçlüğü:** Psikomotor yavaşlamanın bir parçası olarak da konsantrasyon güçlüğü olabilir.

**Dikkat bozukluğu:** gerek istemli gerek istemsiz (spontan) dikkat azalır.

**Bellek bozukluğu:** Unutkanlık en sık görülen belirtilerden biridir. Bellek daha çok öznel olarak bozulur. Unutkanlık hastaların dikkatini ve düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştıramaması ile ilgilidir. Ağır seyreden depresyonlarda ve yaşlılarda izlenen depresyonlarda bilişsel bozukluklar (psödodemans) demans ile karıştırılabilir. İkisi arasındaki fark depresyondaki hastanın unutkanlığından ızdırap duyup yakınması iken demans hastasının bunu geçiştirmeye çalışması ve öyküler uydurarak (konfobulasyon) bu konuları kapatmaya çalışmasıdır.

**Algı bozukluğu:** Nadiren varsanı ve yanılsama gibi yaşantılar izlenir. Algısal bozukluğun içeriği çoğunlukla depresif duygu durum ile uyumludur.<sup>5, 6, 10</sup>

### 2.5.3. Bedensel Belirtiler

Enerji azalması: Yorgunluk, bitkinlik sık görülür.

İştah azalması ve kilo kaybı veya iştahta artış ve kilo alımı

Cinsel istek kaybı: depresyonun başlangıç aşamasında ortaya çıkar ve tedaviyle en geç düzelmelerden biridir. Cinsel ilgide azalma, ereksiyon zorluğu, ejakülasyonun gerçekleşmemesi veya empotans olabilir.

Uyku düzensizlikleri: % 90 hastada uyku sorunu vardır. Çoğunlukla uykuya dalma bozulmuştur. Gece uykusunun sürekliliği de bozulur. Hastaların bir kısmında alışlagelmiş uyanma saatlerinden 2–3 saat daha önce uyanırlar. Yaş ilerledikçe uyku düzensizliği sıklığı artar. Hastaların küçük bir kısmında (% 20) ise aşırı uyuma görülür.

### 2.5.4. Davranış bozukluğu

**Psikomotor yavaşlama (retardasyon):** Genç hastalarda yaşlılara oranla daha sık görülür. Psikotik ve melankolik tip depresyonlarda, bipolar bozukluğun depresyonunda daha sık görülür. Çoğunlukla toplumsal geri çekilme ile birlikte görülür. Hastanın kamburu çıkmış bir biçimde oturduğu gözlenir.

**Psikomotor Hareketlilik (ajitasyon):** Ajitasyon hastanın yaşadığı sıkıntı ve bunaltı duygusunun (anksiyetenin) motor davranışlarla dışı vurumudur. Kadınlarda erkeklerden, yaşlılarda gençlerden daha sık görülür.<sup>5, 6, 10</sup>

## **2.6. Depresyonla Birlikte Bulunan Psikiyatrik Bozukluklar (Komorbidite)**

Depresyon diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte olduğu durumlarda tedavisi de zorluklar taşımaktadır. Bu nedenle birliktelik durumlarının belirlenmesi daha uygun ve daha özgün bir tedaviye olanak sağlamaktadır.<sup>3, 4</sup>

Depresyonlu hastalarda diğer ruhsal hastalıkların görülme sıklığı ve normal toplumdaki ruhsal hastalıklara oranı;

- Yaygın anksiyete bozukluğu normal popülasyondan 6,0 kat daha çok
- Agorafobi 3,4 kat daha çok
- Özgül fobi 3,1 kat daha çok
- Sosyal fobi 4,0 kat daha çok
- Panik bozukluk 4,0 kat daha çok
- Travma sonrası stres bozukluğu 2,0 kat
- Alkol bağımlılığı 2,0 kat
- İlaç bağımlılığı 2,8 kat
- Distimi 2,8 kat
- Davranım bozukluğu 1,3 kat

### **2.6.1. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon Birlikteliği**

Epidemiyolojik alan çalışmalarında gerek depresyon gerekse anksiyete bozuklukları oldukça yüksek oranlarda birlikte bulunmaktadır. Depresyonlu hastaların % 50 sinde anksiyete bozukluğuna rastlanmaktadır. Bunun yanı sıra, depresyonlu hastalarda % 90'a varan oranlarda anksiyete belirtileri de izlenmektedir. Depresyon ve anksiyete birlikteliğinde;

- Belirtiler daha şiddetlidir
- Özkıym olasılığı daha fazladır
- Sonlanım daha kötüdür
- Tedavi yanıtı daha zayıftır
- Psikososyal uyumsuzluk daha fazla izlenir
- İşlevsellikte bozulma daha çoktur.

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı % 5,8, bütün anksiyete bozukluklarının toplam yaşam boyu prevalansı ise % 14,6'dır. Anksiyete bozukluklarının tek başına görülme oranı, depresyonların tek başına görülme olasılıklarından daha sıktır. Depresyon geçiren hastaların % 47–50 sinde bir anksiyete bozukluğu da gelişmektedir.<sup>16, 17</sup>

Panik bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu depresif bozuklukla karşılaşma oranı % 20–90 arasında değişmekte olup, ortalama % 50 dir.<sup>18</sup> Genel olarak değerlendirildiğinde birliktelik durumları bu iki bozukluğun tek başına görülme olasılığından daha fazladır. Birliktelik durumunda panik bozukluğun ve diğer anksiyete bozukluklarının depresyondan daha önce başladığına inanılmaktadır.<sup>16, 17, 18</sup>

Sosyal fobi, major depresyon, madde kullanım bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları ile sıklıkla bir arada bulunmakta olup, hastalığın seyrinde hastaların % 90'ının depresyon de geliştirdikleri izlenir. Bir çalışmada ise sosyal fobiye eşlik eden eş zamanlı major depresyon oranı % 60, distimi oranı ise % 20 olarak bulunmuştur. Çalışmalar sosyal fobinin ileride depresyon gelişimi için hazırlayıcı rol oluşturduğunu düşündürmektedir.<sup>19</sup>

Post travmatik stres bozukluğu (PTSB) olan hastalar bir çok sendrom grubuna uyan belirtilerden yakındıkları için depresyon ve anksiyete belirtileri birbiriyle sıklıkla karışabilir. Bu nedenle yapay olarak birliktelik oranının yüksekliğinden bahsedilebilir. Araştırmaların çoğu depresyon tablosunun PTSB'ye ikincil olarak geliştiğini desteklemektedir. Bazı çalışmalarda PTSB ile birlikte en sık görülen sendromun depresyon olduğu (% 82) izlenmiş olup, bu hastaların prognozlarının da kötü ve tablonun kronikleşme oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir.<sup>19</sup>

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ile major depresyon arasında birliktelik oranı oldukça yüksek olup, halen yaşanan bir YAB sırasında hastaların % 39 unun depresyon, % 22 sinin ise distimi ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir. YAB olan hastalarda yaşam boyu major depresyon prevalansı ise % 32 oranında bulunmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda major depresyonlu hastaların % 35–50 sinde komorbid YAB olduğu bulunmuştur.<sup>3, 17</sup>

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) seyri sırasında sıklıkla depresyon gelişir. Epidemiyolojik çalışmalarda OKB olan hastaların % 67 sinin major depresyon belirtileri de taşıdığı bulunmuş. Distimi ise % 12 oranında bulunmuştur.<sup>19</sup>

### **2.6.2. Demans ve Depresyon Birlikteliği**

Demans tanısı almış hastaların klinik seyri sırasında sıklıkla depresyon da ortaya çıkabilmektedir. Depresif hastaların % 10–15 inde kesitsel olarak depresif sendrom gösterilmiştir. Demans alt grupları incelendiğinde vasküler demans ve Parkinson hastalığına

bağlı demans daha sıklıkla major depresyonla birlikte görülürken Alzheimer hastalığında daha az izlenmiştir.<sup>20</sup>

### **2.6.3.Kişilik Bozuklukları ve Depresyon Birlikteliği**

Depresyonlu hastalarda C kümesi kişilik bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır. Özellikle sınır kişilik bozukluğu ile affektif bozukluklar arasında önemli fenomenolojik ve ailesel bağlantılar kurulmuştur. Akiskal ve arkadaşları sınır kişilik bozukluğunun bir tür subaffektif bozukluk olduğunu, atipik depresyon ve distimiye benzer özellikleri içerdiğini ileri sürmüştür.<sup>21</sup>

### **2.7. Başka Türli Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları**

Dürtü kontrol bozuklukları genel olarak zararlı eylemleri gerçekleştirme isteklerine karşı koyamama ile belirli bir ruhsal hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır. Dürtü kontrol bozuklukları olan hastalar üç temel özelliğe sahiptir: 1- Kendilerine ya da başkalarına zarar verebilecek bazı eylemleri gerçekleştirme arzularına ya da dürtülerine karşı koymayı başaramazlar. 2- Eylem öncesinde artan bir gerginlik ve uyarılma vardır. 3- Eylem gerçekleştirilirken haz, doyum ve rahatlama sağlanır. Bu temel öğeler dışında yapılan eylemler benlikle uyumludur, yani hastanın birdenbire ortaya çıkan bilinçli arzularına uygundur. Eylemin gerçekleştirilmesinden sonra hastalar yoğun suçluluk ya da pişmanlık duyabilirler.<sup>22</sup>

DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde başka bir yerde sınıflandırılmamış altı dürtü kontrol bozukluğu tanımlanmıştır. Bu hastalıklar; (1) Aralıklı Patlayıcı bozukluk (APB), (2) Kleptomani, (3) Patolojik kumar oynama (PKO), (4) Piromani, (5) Trikotillomani, (6) Başka türlü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu (BTA-DKB) dur.

Çok uzun süredir bu grup hastalıklar tanımlanmasına karşın, bu hastalıkların tek tek ya da bir kategori olarak geçerliliğine yönelik kavramsal sorunlar halen sürmektedir. Bu hastalıkların geçerliliğini sorgulayan kimi yazarlar, etkilenen bireylerin gerçekten dayanılmaz dürtüler biçiminde yaşantılarının olmadığını ve davranışları üzerinde istemli bir kontrollerinin bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Diğerleri ise dürtüsel davranışların altta yatan diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olarak ortaya çıktığını savunmuşlardır. Bu yorumlara karşın, dayanılmaz dürtülerin tanımlanmasındaki tutarlılık bu belirtilerin özgül bir psikiyatrik belirti olarak geçerliliğini desteklemektedir. DSM-IV'te aynı kategori altında ilişkilendirilen ve

gruplandırılan bu hastalıklar dürtüsellik ve kompulsif özellikler gibi ortak özellikleri paylaşmaktadır.<sup>22</sup>

Dürtü kontrol bozukluğu ile diğer eksen I, II durumlarının tanı sınırlarındaki belirsizliğe literatürde de sık rastlanır. Çalışmalar dürtü kontrol bozukluğu, madde kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu arasında anlamlı derecede yüksek birliktelik olduğunu göstermiştir. Diğer önemli eş tanı durumları arasında; borderline kişilik, antisosyal kişilik ve narsistik kişilik bozuklukları; patolojik agresyonun bir veya diğer tipi; dikkat eksikliği bozukluğu; yeme bozukluğu ve parafililer yer alır.<sup>23</sup>

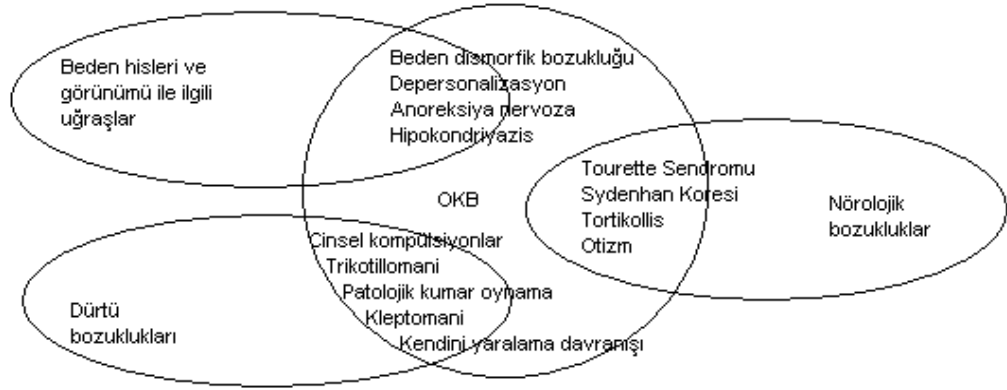
Genetik bir bakış açısıyla, dürtü kontrol bozukluğu olan bireylerin aile öyküleri, depresyon, bipolarite, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları ile doludur. Adı geçen hastaların aile ağaçları sıklıkla istatistiksel olarak anlamlı bir veya daha fazla dürtü kontrol bozukluğunun bulunduğunu göstermektedir.<sup>23</sup>

Nörobiyolojik araştırmalar bozulmuş frontal işlevlerinin bazı dürtü kontrol bozukluğu hastalarında görülen disinhibisyona katkıda bulunduğunu göstermiştir. Serotonerjik ve diğer nörotransmitterlerin disregulasyonundaki benzerlikler, dürtü kontrol bozukluğu yelpazesinde yer alan tüm bozukluklarda ortaya konmuştur. Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI), duygu durum düzenleyicilerinin ve opiyat antagonistlerinin kullanımı ile görülen düzeltilmeler, eşanlı hastalıklarda değişkenlik sergilemekle birlikte, dürtü kontrol sendromları arasında ortak nörobiyolojik niteliklere işaret etmektedir.<sup>23</sup>

Araştırmacılar dürtü bozuklukları ve eşanlı durumlar arasındaki bağlantıyı da açıklayabilecek çeşitli teoriler geliştirmişlerdir. Bununla ilgili olarak dürtü kontrol bozukluklarını çeşitli bozuklukların bir türevi (bağımlılık, duygu durum bozuklukları, organik mental bozukluklar) ya da spektrum bozukluklarının (obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, affektif spektrum bozuklukları) bir üyesi olarak değerlendiren varsayımlar da ortaya atılmıştır.<sup>22</sup>

Bu varsayımlardan en önemlilerinden biri, dürtü kontrol bozukluklarının obsesif kompulsif spektrum bozukluğunun bir parçası olabileceğidir. Bu varsayım temelde karşı konulamaz dürtüler ile OKB nin obsesyonları ve kompulsiyonları arasındaki fenomenolojik ilişkinin benzerliğine dayanmaktadır. Bu dürtülerin yaşanması sırasında duyulan yoğun anlamsızlık, karşı konulamaması, anksiyete ve gerginlik gibi belirtiler OKB ile çok büyük benzerlikler sergilemektedir. Kompulsiyonlar gibi, çalma, satın alma, saç çekme ve kumar oynama gibi eylemler de gerginlik giderici eylemlerdir. Bu benzerliklere karşın, OKB ve dürtü kontrol bozuklukları arasındaki bazı belirgin farklılıklar da bu varsayımın ciddi biçimde

eleştirilmesine yol açmıştır. Dürtü kontrol bozukluklarında görülen belirtilerin daha çok duygu durum düzenleyicilere yanıt vermesi, belirtilerin daha zararlı, daha anlamsız, daha çok kendiliğinden, haz almaya yönelik ve benlikle uyumlu olması OKB de görülen tablodan oldukça farklıdır. Dürtü kontrol bozukluklarındaki belirtiler bir bütün olarak değerlendirildiğinde; atak anında haz almaya yönelik benlikle uyumlu bir durum söz konusuysa, atak anı olmadığı dönemlerde benlikle uyumsuz, rahatsız edici bir durum tabloya hâkim görünmektedir. Son zamanlarda bu alanda yapılan çok sayıda çalışma dürtü kontrol bozukluklarının daha ayrıntılı bir biçimde tanımlanmasında ve tedavilerinin geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.<sup>22</sup>



**Şekil 1:** Obsesif -kompulsif bozukluk ile ilişkili bozukluklar

### 2.7.1 Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB)

APB mal, mülke yönelik ciddi fiziksel zarar ya da tahribata ya da her ikisine birden yol açan agresyon patlamalarıyla sonuçlanan saldırgan dürtülere tekrarlayıcı biçimde karşı koyamama ile karakterizedir. Saldırganlığın ortaya çıkması tipik olarak bunu ortaya çıkaran stres etkenine göre oldukça orantısızdır.<sup>23</sup>

APB muhtemelen bu grupta en tartışmaya yol açan tanıdır. DSM-I'de aralıklı patlayıcı bozukluk, mental bozukluk olarak tanımlanmamış. O dönemde bu hastalığa en yakın "emosyonel değişken kişilik" ve "pasif-saldırgan kişilik" tanılarıdır. DSM-II'de "patlayıcı

kişilik" tanımlanmıştır. Resmi olarak ilk kez DSM-III-R'de aralıklı patlayıcı bozukluk olarak sınıflanmıştır. DSM-IV'de hastalık tanısının konması için "bulguların bir başka mental bozukluğun gidişi sırasında meydana gelmemesi" dışlama ölçütü eklenmiştir.<sup>22</sup>

APB'ü olan kişiler klinik olarak birçok tanıma uyabilir. Örneğin;

- Stres ile ilişkili sık, küçük ölçekli zararsız patlayıcı eylemleri olan kişiler
- Sık küçük ölçekli hafif yıkıcı dönemlerin yanında nadir fakat çok yıkıcı dönemleri olan kişiler
- Nadir fakat ciddi yıkıcı dönemleri olan kişiler.<sup>24</sup>

#### **2.7.1.1. Epidemiyoloji**

DSM-IV de aralıklı patlayıcı bozukluğun nadir görülen bir bozukluk olduğu belirtilmiştir. Son zamanlarda yapılan bazı epidemiyolojik araştırmalar aralıklı patlayıcı bozukluğun bildirildiğinden çok daha yaygın olabileceğini ortaya koymuş, ancak bu konuda yapılmış kapsamlı bir toplum bazlı çalışma olmaması kesin bir rakamın ortaya konmasını önlemiştir. 748 psikiyatri hastası üzerinde yapılan bir çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre yaşam boyu APB oranının % 6,8 olduğu bildirilmiş, eğer bu olgularda eksen II tanısı olarak antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu tanılarına izin verilirse % 13,2 ye dek yükselebileceği rapor edilmiştir. Bu verilere dayanarak toplumda % 0,9, eksen II tanısına izin verilirse % 1,8 olması beklenir.<sup>22</sup> Erkeklerde kadınlardan yaklaşık 3 kat fazladır. Özellikle birinci derece yakınarda olmak üzere aile öykülerinde yüksek oranda bir ya da daha fazla duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve aralıklı patlayıcı bozukluğun kendisini de içeren dürtü kontrol bozukluklarından eştanıları olduğu gösterilmiştir. Özellikle bipolar bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları ile APB arasında güçlü bir ilişki bildirilmiştir. Agresif epizodların mikro-disforik manik epizodlara benzediği bildirilmiştir.<sup>32, 33</sup>

#### **2.7.1.2. Etyoloji**

APB'un etyolojisine yönelik olarak ortaya atılan bazı öneriler vardır. Çeşitli araştırmacılar döngüsel şiddet gösteren çoğu kişide başta limbik bölge olmak üzere beyin bölgelerinde fizyolojik bozukluklar olduğunu ileri sürmüşlerdir. Kimileri ise olaya bir sosyal sorun olarak bakarak, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz ortamların, bozukluğun gelişimindeki en önemli belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir. APB tanısı alan hastaların büyük bir kısmının çocukluk döneminde çevresi agresif, fiziksel saldırıda bulunan, yaşamı tehdit eden, rastgele

cinsel yaşantıları olan ya da alkol bağımlısı kişilerle çevrilidir. Ayrıca çocukluk çağında görülen predispozan etkenler arasında perinatal travma, infantil nöbet, kafa travması, ensefalit, minimal beyin disfonksiyonu ve hiperaktivite sayılmaktadır.<sup>22</sup>

Nörobiyolojik çalışmalarda, birden fazla nörotransmitterin agresyonun etyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Serotonerjik sistemde bir bozukluk olduğu birçok çalışmada tutarlı biçimde bildirilmiştir. Özellikle beyin omurilik sıvısında (BOS) düşük 5-HIAA düzeyleri ile dürtüsel agresyonun korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Ancak bu sistemin karmaşıklığı göz önünde tutulursa agresif hastalardaki katekolamin sistemi hakkında kesin bir sonuca varmak pek mümkün görünmemektedir. Ayrıca pubertal dönem sonrası ergenlerde gözlenen agresyonla artmış testosteron düzeyleri arasında bir ilişkinin olduğu da bildirilmektedir. APB için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

| <b>Tablo 2: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB) için DSM-IV-TR tanı ölçütleri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A.</b> Ciddi saldırı eylemleri ya da mala zarar verme ile sonuçlanan, birbirinden ayrı birçok saldırganlık dürtülerine karşı koyamama epizodunun olması.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>B.</b> Bu epizodlar arasında dışa vurulan saldırganlığın derecesi bunu ortaya çıkartan psikososyal stres etkenlerine duyarsızdır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>C.</b> Bu agresif epizodlar başka bir mental bozuklukla (örn. Antisosyal kişilik bozukluğu, Sınır kişilik bozukluğu, psikotik bir bozukluk, manik bir epizod, davranım bozukluğu ya da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) daha iyi açıklayamaz ve bir maddenin (kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (kafa travması, Alzheimer hastalığı) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. |

### **2.7.1.3. Klinik Özellikler**

Patlayıcı atağın öncesinde artan bir gerginlik ve agresif duyguların olduğu bir dönem bulunabilir ve çok küçük bir nedenle ya da herhangi bir kışkırtıcı neden olmaksızın bir anda atak ortaya çıkabilir. Atağa sıklıkla iritabilite, öfke, duygudurum yükselmesi, enerji artışı ve yarışan düşünceler eşlik edebilir. Daha sonra amnezi olmaksızın, hafif disosiyasyon ve depersonalizasyon duyguları da tanımlanmıştır. Öfke patlaması öncesinde ya da sırasında fiziksel belirtiler ( karıncalanma, temor, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ve başta basınç hissi veya baş ağrısı) meydana gelebilir. Atak sonrası, rahatlamayı hızla vicdan azabı, yorgunluk ve depresyon izler. Ataktan itibaren migren tipi bir baş ağrısı sürebilir. Öfke patlamaları yaklaşık 10–20 dakika sürer, kümeler halinde sıkça meydana gelebildiği gibi, bir sonraki atakla araya

haftalar veya aylar girebilir. Birçoğu ciddi agresyonun zayıf bir kontrolle ya da haykırma, masaya vurma ya da duvarı yumruklama gibi daha az tehlikeli davranışın yapılmasıyla önlendiği eşik altı durumlar yaşarlar.<sup>33</sup>

Tipik olarak geç çocukluk ve erken 20'li yaşlarda başlar. Ortalama başlangıç yaşı 18,3 dür. Ağır olgular kötü okul performansı, iş problemleri ve fırtınalı kişilerarası ilişkiler gösterirler. Çeşitli ekonomik ya da yasal problemler yaygındır.

#### **2.7.1.4. Ayırıcı Tanı**

Aralıklı patlayıcı bozukluk kontrolsüz agresyonun diğer bütün tıbbi ve psikiyatrik nedenleri kesinlikle dışlandıktan sonra konulabileceği vurgulanmıştır. Agresif davranışlar genel tıbbi bir duruma bağlı ise "genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişimi- agresif tip" tanısı konur. Agresif patlamalar deliryumda yaygındır ve altta yatan neden çözüldüğü zaman sona erer. Agresif patlamalar nadiren epilepside, özellikle frontal ve temporal lob nöbetlerinde görülür. Madde intoksikasyonu ve kesilmesine bağlı agresyon tanısı madde kullanım öyküsü ve uygun kan ve idrar çalışmaları ile konur. Alkol halen entoksikasyona bağlı agresif davranışın en yaygın sebebidir. Uyuşturucular arasında fensiklidin (PCP) çok şiddetli saldırganlık davranışına neden olur. Kişilik bozuklukları (özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu), şizofrenik bozukluk, manik atak, posttravmatik stres bozukluğu, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmaksızın sergilenen kasıtlı şiddet davranışı, agresif eylemden dolayı kazanç umudunun olmasından ayırt edilmelidir.<sup>23</sup>

#### **2.7.1.5. Tedavi**

Farmakolojik ve psikoterapötik yöntemlerin birlikte kullanılması en uygun yöntemdir. Özellikle agresyonun denetim altına alınmasında davranışsal yönetim terapisi, sosyal beceri eğitimi, öfke yönetimine odaklı bilişsel davranışçı terapiler ve grup terapilerinin faydaları bildirilmiştir.<sup>34</sup>

Farmakolojik tedavilerde kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Duygudurum düzenleyiciler (lityum, karbamazepin, valproik asit, lamotrijin), fenitoin, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), beta reseptör blokörleri, alfa-2 agonistleri ve antipsikotiklerin yararlı olduğu görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda SSRI'ların, dürtüsel agresif davranış sergileyen kişiler fluoksetin tedavisine cevap vermiştir.<sup>35</sup> Trisiklik antidepressanlar ile yapılan çalışmalarda afektif semptomlarda iyileşme olmasına karşın dürtüsel agresyonda etkili olmadıkları, hatta dürtüsellik ve agresyonu kötüleştirdikleri (noradrenerjik etkilerinden olduğu

tahmin edilmektedir) gösterilmiştir.<sup>36</sup> Dolayısıyla bu hastalarda yeni kuşak çift etkili antidepresan kullanımına temkinli yaklaşmak gerekir.

### 2.7.2. Kleptomani

Kleptomanide gözlenen en belirgin davranış, parasal değeri az olan ve gerçekten ihtiyaç duyulmayan eşyaları tekrarlayan biçimde çalmadır. Çalma öncesinde gerginlikte artış vardır. Eylem sırasında ve sonrasında ortaya çıkan rahatlama ve zevk alma duyguları, eylem sonrasında suçluluk, pişmanlık ve kendinden nefret etmeyle birleşen yakalanma korkusuna dönüşür. Çalma hastalığı, birçok hasta için ahlaki davranış ve inançlarıyla bağdaşmayan son derece rahatsız edici bir hastalıktır. Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

**Tablo 3: Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A.</b> Kişisel kullanım ya da parasal değeri için gereksinilmeyecek nesneleri çalmaya yönelik dürtülere tekrar tekrar engel olamama</p> <p><b>B.</b> Hırsızlık girişiminde bulunmadan önce giderek artan bir gerginlik duyumunun olması</p> <p><b>C.</b> Hırsızlık girişimi sırasında haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama</p> <p><b>D.</b> Kızgınlığı göstermek veya intikam almak için çalma girişiminde bulunmamaktadır ve bu bir hezeyan ya da halüsinasyona yanıt değildir.</p> <p><b>E.</b> Çalma davranım bozukluğu, bir manik epizot veya antisosyal kişilik bozukluğu ile açıklanamaz.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 2.7.2.1. Epidemiyoloji

Kleptomaninin yaygınlığı halen bilinmemektedir. Yaklaşık % 0,6 olduğunu gösteren kanıtlar vardır.<sup>37</sup> Günümüzde çoğu uzman, utanan hastaların tedavi arayışı sırasındaki çekincelerinden ve yasal korkulardan dolayı, kleptomaninin olduğundan çok daha az oranda bildirildiğine inanmaktadırlar.<sup>38</sup> Kadın erkek oranı 3:1 dir. Bu oranın kadınlardan yana fazla olmasının nedeni, kadınların daha çok tedavi arayışına girdikleri gerçeğini yansıtabilir.<sup>38</sup> Sınırlı bulgular, kleptomaniklerin birinci derece akrabalarında affektif hastalıklar ve obsesif kompulsif özelliklerin yüksek oranda bulunduğunu göstermektedir.<sup>23</sup>

Kleptomanisi olan hastalarda yüksek oranda yaşam boyu major duygudurum bozuklukları (genellikle depresyon) ve çeşitli anksiyete bozuklukları eştanıları görülebilir.<sup>38, 39</sup> Depresyon

tanısı ile yatan 107 hastayla yapılan bir çalışmada 4 hastanın (% 3,7) kleptomanisi olduğu gösterilmiştir.<sup>25</sup> İlişkili durumlar arasında diğer dürtü kontrol bozuklukları (özellikle patolojik kumar ve kompulsif alışveriş yapma), yeme bozuklukları ve alkolizm başta olmak üzere madde kötüye kullanım bozuklukları bulunmaktadır.

#### **2.7.2.2. Etyoloji**

Analistler, kompulsif çalmayı; haz alma ve cezalandırılma arasında mükemmel bir denge kurmuş son derece iyi belirlenmiş bir eylem olarak kavramsallaştırmışlardır. 1980'li yıllardan bu yana nörobiyoloji üzerine yapılan yorumlarda kleptomaninin duygudurum bozuklukları ve obsesif kompulsif bozuklukla belirgin birlikteliği vurgulanmıştır. Özellikle serotonerjik tedaviye yanıtla desteklenen serotonerjik disfonksiyon üzerinde durulmaktadır.<sup>40,41</sup> Ödüllendirme ve pekiştirme davranışlarını etkileyen dopaminerjik sistemlerden de dürtü kontrol bozukluklarında söz edilmektedir ve kleptemani patogenezinde rol alabilir. Birden çok gen ve çevresel etkilerle ilişkili olan ve kişiye bağımlılık yapan çok sayıda dürtüsel zorlantısal davranış açısından risk altına koyan varsayımsal bir "hipodopaminerjik durum" olan "ödül eksikliği sendromu" ileri sürülen bir diğer mekanizmadır.<sup>42</sup> Ödül arayışının dopamin salınımını tetikleyerek haz duygusu yarattığı da söylenmektedir. Nükleus akkumbense dopamin salınımının ödül olasılığının belirsiz olduğu durumlarda fazla olduğu, bu sebeple risk alma durumlarında davranışı yönlendirme merkezi olduğu düşünülmektedir. Gelecekteki davranış daha önceki ödüllendirici tecrübelerin nükleus akkumbens üzerindeki nöroplastik etkisiyle belirleniyor olabilir.<sup>43</sup> Davranışçı ve bilişsel bakış açısından bakıldığında kompulsif çalmanın tekrarlayıcı ve aşırı törenselleşen yönleri nedeniyle güçlü kendi kendini pekiştirici özelliği vardır.

#### **2.7.2.3. Klinik Özellikler**

Pek çok kleptomani dönemi kendiliğinden ve ani olarak oluşur, küçük bir kısmı ise önceden tasarlanmıştır. Bununla birlikte daha derin incelemeler hırsızlığın engellenme, öfke ve birine ihtiyaç duymaya yönelik zıt duyguların eşlik etmesi (örneğin sevgili ya da bir arkadaşla yapılan kavga) gibi yakın bir zamanda oluşan stresin ardından da ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Kleptomani nöbetleri çoğunlukla toplum içinde, mağazalarda, süpermarketlerde ve büyük alışveriş merkezlerinde ortaya çıkar. Çalınan nesneler genellikle değersiz, kolay alınabilecek nesnelerdir. Bazı hastalar çaldıkları şeyleri biriktirir. Çok daha sık olarak çalınan şey birine verilir, atılır veya bir hayır kurumuna bağışlanır, gizlice alındığı

yere bırakılır veya doğru olmayan bir açıklama ile iade edilir. Klasik olarak kleptomani geç ergenlik ve 20'li yaşların ortalarında başlar, sıklıkla kompulsif alışveriş yapma zemininde ortaya çıkar.<sup>23</sup> Hastalık genelde kronik bir seyir gösterir.

Yaşam boyu komorbid depresyon ve bipolar bozukluk sıklığının yüksek olması kleptomaninin duygudurum bozukluk yelpazesine dâhil olması fikrini desteklemektedir.<sup>39</sup>

#### **2.7.2.4. Ayırıcı tanı**

Akut mani, psikotik atak, şizofreni, madde ve alkol entoksikasyonundan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Antisosyal kişilik bozukluğunda hırsızlık, kişisel kazanç için kasten yapılır, suçluluk ve pişmanlık yoktur. Dükkândan mal aşırma kleptomaniden ayrılmalıdır. Ebeveyn çantasından veya cebinden bozuk para çalma dönemlerinin olması çocukluk çağında normaldir. Bunların çoğu geçicidir.<sup>23</sup>

#### **2.7.2.5. Tedavi**

Hastaların büyük çoğunluğu yasal sorun yaşayana dek psikolojik yardım almaktan kaçınırlar. Kleptomani ile ilgili hiçbir kontrollü çalışma yayınlanmamıştır. Tedavisinde bilişsel ve davranışçı stratejiler ve ilaç tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır. Davranışçı yöntemlerden hayali duyarlılaştırma, tiksindirici (aversive) koşullandırma, maruz bırakma ve yanıt önlenmesi yöntemleri kullanılabilir.<sup>44, 45</sup>

Kleptomaninin farmakolojik tedavisi hakkında sadece vaka sunumları, iki küçük vaka serisi ve açık iki farmakoterapi çalışması vardır. Trisiklik antidepresanlar, SSRI'lar, duygudurum düzenleyicileri ve opioid antagonistleri tedavide denenmiştir.<sup>38,46</sup> Ciddi duygudurum bozukluğu zemininde kleptomani oluşan hastalarda antidepresanlar (özellikle fluoksetin, fluvoksemin) ve duygudurum düzenleyiciler veya kombine tedaviler (örneğin paroksetin ile lityum, fluvoksamin ile valproat) özellikle yararlı olabilir.<sup>39, 47, 48</sup> Umut vaat eden diğer bir ilaç naltreksondur. Başka bir Eksen I tanısı olmayan kleptoman hastaların ortalama dozu 50–200 mg/gün olarak kullanılmış ve çalma dürtüsü, düşüncesi ve davranışında önemli bir düşüş sağlamıştır.<sup>38</sup> Naltrekson hırsızlığın heyecanını azaltarak pozitif pekiştirmeyi de engellemektedir.

#### **2.7.3. Patolojik Kumar Oynama (PKO)**

Bugünkü tanımlama, etkilenen bireylerin kumarla sıkıntı veren uğraşısını ve obsesyonunu, durumun ilerlemesi ile oluşan toleransı ve geri çekilmeyi, davranışların

takibinde ve kumar eyleminin denetimindeki zorluğun, kumarın disforik duygusal stresin yatıştırılmasında kullanılmasını, kumarın iş, sosyal ve aile yaşamı üzerindeki yıkıcı etkisini vurgular. Patolojik kumar oynama tanısı konabilmesi için başlıca özellikler şunlardır:

1. İlerleyici bir gidiş göstermesi
2. Ağır kayıplara karşın kumar oynamayı kontrol edememe
3. Davranışın sonuçlarına önem vermeme.<sup>23</sup>

PKO için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 4’de gösterilmiştir.

**Tablo 4: Patolojik kumar oynama için DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

**A.** Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, sürekli ve yineleyen uygunsuz kumar oynama davranışı:

1. Kumar oynama üzerine aşırı kafa yorar.
2. İsteddiği heyecanı duymak için giderek artan miktarda parayla kumar oynama gereksinimi duyar.
3. Birçok kez başarısız kumar oynamayı kontrol altına alma azaltma ya da bırakma çabası olmuştur.
4. Kumar oynamayı azaltma ya da bırakma girişiminde bulunurken huzursuz ya da iritabldır.
5. Sorunlardan kaçmak için ya da disforik bir duygu durumdan kurtulmak için kumar oynar
6. Parayla kumar oynayıp kaybetmesinin ardından bir başka gün kaybettiklerini yerine koymak için çoğu kez geri gelir.
7. Ne denli kumar oynadığını gizlemek için yalan söyler.
8. Kumar oynamak için gereken parayı sağlamak için, sahtekârlık, dolandırıcılık, hırsızlık, zimmetine para geçirme gibi yasa dışı eylemlerde bulunur.
9. Kumar oynama yüzünden ilişkilerini, eğitimini, mesleğini tehlikeye atar.
10. Kumar oynama nedeniyle içine düştüğü parasal durumdan kurtulmak için para sağlamak üzere başkalarına güvenir.

**B.** Kumar oynama davranışı bir manik dönem ile açıklanamaz.

#### **2.7.3.1. Epidemiyoloji**

İstatistikler henüz derlenmemiş olmasına karşın genel nüfusun % 3-5’inde sorunlu kumar oynama olduğu ve yaklaşık % 1’inin PKO tanı ölçütlerini karşıladığı gösterilmiştir.<sup>7</sup> Fakir azınlıklarda, ergenlerde, yaşlı emeklilerde ve kadınlarda kumar oynamada artış gözlenmiştir. Kadın erkek oranı 1:3 dür.<sup>49</sup> Erkeklerde hemen her zaman ergenlik çağında başlarken kadınlarda daha geç yaşlarda başlar.<sup>50, 51</sup> Patolojik kumarbazların ailelerinde artmış oranda madde kötüye kullanımı (özellikle alkolizm) ve depresif bozukluklar gözlenmiştir.

Muhtemelen rekabetçilik ve materyalistlikle yönlendirilen, paraya ve ilişkili sembollere yoğun hayranlık gösteren bir aile döngüsü vardır.<sup>23</sup>

### 2.7.3.2. Etyoloji

Serotonerjik, dopaminerjik, noradrenerjik bir disregulasyondan söz edilmektedir. Ventromedial ve prefrontal korteks, amigdala ve diğer yapıları içeren nöral sistemde lezyonları olan hastalarda sağduyuya yönelik değerlendirmelerle ilgili problemlerin farkında olmama veya inkâr vardır. Bu tür hasarların, hastanın kısa dönemde ödül elde ettiği, ancak uzun dönemde olumsuz sonuçlar doğuran davranışların peşine düşmesine yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir. Araştırmacılar benzer özelliğin madde kötüye kullananlarda da olduğunu göstermişlerdir. Fenomenolojik olarak PKO ve madde kullanım bozuklukları arasında benzerlik bulunur. Çünkü DSM-IV deki madde kullanım bozukluklarıyla ilgili tolerans, bağımlılık, çekilme gibi temel ölçütler patolojik kumar oynama için de geçerlidir.<sup>52.53.54</sup> PKO'da arzulanan heyecanı duymak için gereken bahis miktarı veya sıklığı arttığında tolerans gelişmiş demektir. Kişi kumar oynayamadığı zaman huzursuzluk, iritabilite, depresyon ve somatik belirtilerle karakterize bir yoksunluk ortaya çıkar. Kumar ve diğer madde bağımlılıklarının komorbiditesi yüksektir ve bu da patolojik kumar ve madde bağımlılığı arasındaki yakın ilişkiye işaret eder.<sup>55</sup> Alkol ve diğer madde bağımlılığı patolojik kumar hastalarının % 30–50 sinde bulunur.<sup>51</sup>

### 2.7.3.3. Klinik Özellikler

Kumar oynama davranışı düzenli ve dönemsel olarak karşımıza çıkabilirken patolojik kumar oynama süregen olma eğilimindedir. Custer ve Milt, PKO'nın klinik sürecini tanımlamak için üç evreli bir model ileri sürmüş, ardından Rosenthal dördüncü bir evre daha eklemiştir.<sup>51</sup> Bunlar:

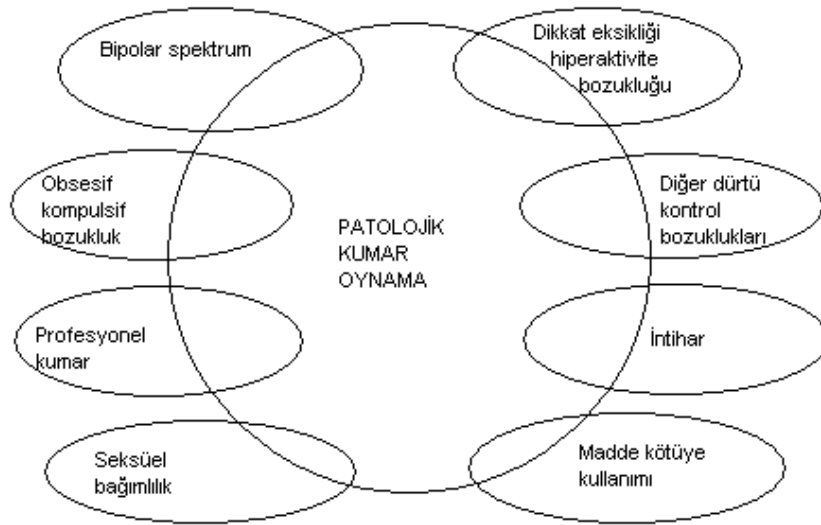
**1- Kazanma dönemi:** Özellikle erkek kumarbazlarda görülür. Büyük bir kazanç omnipotans fantezilerine attırır ve olayı çok büyütürler. Kumarı sorunlarından kaçış yolu görürler. Böylece kumar davranışının sürmesi için eylem ya da kaçış arama gibi iki önemli motivasyon ortaya çıkar.

**2- Kaybetme dönemi:** Kişi sürekli olarak kötü şansa sahiptir hem de kaybetmeye dayanamaz hale gelir. Kaybettiklerini almak için kumar oynama miktarı ve sıklığını artırır. Bu dönemde aile, iş ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar ortaya çıkar.

**3- Dengesizlik dönemi:** Kumarbaz yasadışı alışılmadık davranışlara başlar. Kumar oynamaya devam edebilmek için çılgınca yollar arar. Yeme ve uyku bozuklukları, özkiyim düşünceleri (bazen girişimleri) içeren depresif bulgular ortaya çıkar.

**4- Ümitsizlik dönemi:** Kayıpların düzeltilemeyeceği kabul edilir. Kumar yine de devam eder ancak bundaki esas motivasyon afektif uyarılma ve heyecana yeniden ulaşmadır.<sup>22</sup>

Çok az kumarbaz kazanma döneminde yardım arayışına girer. Genelde ilişkiler bozulma noktasındayken ve yasal sorunlar çıktığında tedaviye başvururlar. Major depresyon, duygudurum bozuklukları (bipolar spektrum bozukluğu), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte olabilir. Patolojik kumarbazlar arasında intihar oranı % 17–24 arasında değişmektedir.<sup>56</sup>



**Şekil 2:** Patolojik kumar oynama: eş tanılabilirlik ve sınıflandırma konuları

#### 2.7.3.4. Ayrıcı Tanı

Sosyal kumar oynama ve profesyonel kumar oynamadan ayrılmalıdır. Bir manik epizot sırasında yargılama yetisinin bozulması ile aşırı kumar oynama davranışı ortaya çıkabilir. Manik epizot dışında uygunsuz kumar oynama davranışı varsa patolojik kumar tanısı

konabilir. Patolojik kumar oynayan bireylerde de kumar oynama sırasında manik epizoda benzer davranışlar sergileyebileceği unutulmamalıdır. Kumar oynamayla ilgili sorunlar antisosyal kişilik bozukluğunda da çıkabilir. Ölçütler karşılıyorsa iki tanı birden konabilir.

#### **2.7.3.4. Tedavi**

Farmakolojik tedaviyle ilgili yayınlanmış az sayıda kontrollü çalışma vardır. Öncelikle eşlik eden major depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı gibi durumlar dikkate alınmalıdır. Çalışmalarda sıklıkla SSRI'lar kullanılmıştır. Özellikle Fluvoksamin ile yapılan çalışmalarda etkinlik bildirilmiştir.<sup>57,58</sup> Kullanılan SSRI dozu OKB deki gibi yüksek tutulmalıdır. Patolojik kumar oynamanın psikopatolojik özellikleri karmaşıktır: dürtüsel özellikler (uyarılma), kompulsif özellikler (anksiyeteyi azaltıcı), bağımlılık özellikleri (yoksunluk belirtileri) ve gereksinim, haz arayışı ve bireyin kendi yeteneklerini doğru olarak değerlendirmesindeki azalma gibi bipolar bozuklukla ilişkili özellikler. Bu klinik özellikler PKO'nın tedavisinde duygudurum düzenleyiciler ve opiat antagonistlerinin etkinliğini araştırma konusu edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.<sup>57,58</sup>

Kişisel yardım grupları olarak "Adsız kumarbazlar" vardır. Bu gruplara katılan bireylerde diğer tedavi modaliteleri birleştirildiğinde daha etkili olmaktadır. Tedavi programlarında hastanın inkârının kırılması, sorunlarıyla yüzleştirilmesi, utancın azaltılması, duygular üzerinde çalışma, sorun giderme ve çözme eğitimi, sosyal beceri eğitimi, temel bağımlılık kavramlarının öğretilmesi, aile terapisi ve rehberlik hizmetleri yer almaktadır.<sup>22</sup>

#### **2.7.4. Piromani**

Tekrarlayıcı, kasıtlı ve amaca yönelik yangın çıkarma davranışdır. Çıkarılan yangın suç amaçlı, kar veya sabotaj amaçlı değildir. Parasal kazanç veya sosyopolitik ideoloji (terörizm, protesto), öfke, intikam için yapılmamıştır. Halüsinasyona ikincil yangın çıkarma, piromani değildir. Piromanide diğer bir klinik özellik de yanan nesnelerin çekiciliğidir. Piromanikler yangını seyretmeyi severler. Etraflarında çıkan yangını seyrederler, yanlış yangın alarmı vermeyi severler. Yangının can ve mal açısından sonuçlarını umursamayabilirler veya zararlı sonuçlanmasından zevk alabilirler. Kendine veya başkasına zararlı bir iş yapmak için duyulan dürtü, özentiye karşı koymada zafiyet; olay öncesinde giderek artan heyecan veya gerilim hissi; olayı gerçekleştirirken veya hemen sonrasında mutluluk, haz veya gevşeme hissi vardır.<sup>23</sup> Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 5'de gösterilmiştir.

| <b>Tablo 5: Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A.</b> Birden çok durumda kasıtlı ve amaçlı yangın çıkarma</p> <p><b>B.</b> Eylem öncesi gerilim veya affektif uyarılma</p> <p><b>C.</b> Yangına ve yangınla ilgili durumlara karşı ilgi, merak, yangına karşı zevk duyma</p> <p><b>D.</b> Yangın çıkarırken veya tanık olurken veya sonuçlarına ortak olurken haz, mutluluk ve rahatlama hissi</p> <p><b>E.</b> Yangın çıkarma parasal kazanç, sosyopolitik ideoloji ifadesi, suç örtbası, öfke veya intikam ifadesi, birinin hayat şartlarını iyileştirme, delüzyon veya halüsinasyona ikincil olarak veya yargılama kusuru ( mental retardasyon, demans, madde intoksikasyonu) sonucu yapılmamıştır.</p> <p><b>F.</b> Yangın çıkarma davranış bozukluğu, manik dönem veya antisosyal kişilik bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz</p> |

#### **2.7.4.1. Epidemiyoloji**

Çalışmalar piromaninin seyrek görüldüğünü göstermektedir, çeşitli kundakçı veya yangın çıkaran popülasyonu içermektedir. Piromani daha çok erkeklerde, özellikle zayıf sosyal başarısı ve öğrenme güçlüğü olanlarda görülür.<sup>7</sup> Çoğu çalışmada ateşin sihrine erkeklerin daha çok kapıldığı açığa çıkmıştır.<sup>59</sup> Çocukluk ve ergenlerde yangın çıkarma sıktır. Çocukluk çağında gerçek piromani nadirdir. Erken yaşlarda yangın çıkarma genellikle davranış bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite ile ilişkilidir. Lewis ve Yarnell (1951) çalışmasında, yangın çıkaranların % 39’unda piromani tanısı alır. % 22’si sınır zekâ, % 13’ü sınır-geri zekâ arasında idi.<sup>59</sup>

#### **2.7.4.2. Etyoloji**

Biyolojik olarak çalışmalar; reaktif hipoglisemi, düşük 3-metoksi hidroksi fenilglükol (MHPG) konsantrasyonu ve serebrosipinal sıvı 5-HIAA konsantrasyonu ile ilişkili olabileceğini gösterdiler.<sup>60,61</sup> Alkolik ve yangın çıkaran erkek hastalarda, ağır paternal alkolizm öyküsü alınmıştır.

Yangının sembolik değeri insanın ateşe olan normal ilgisiyle açıklanır. Bu ilgi 2–3 yaşlarında başlar. Çocuklar arasında ateşe olan normal ilgi ile piromanideki aşırı ilginin ayrımı her zaman net değildir.<sup>62</sup> Kibritle oynamak piromaninin bir semptomu değildir. Geller

ve Bertsch'e göre piromani riski olan çocuklar kontrol grubuna göre daha çok ateş yakma ile uğraşır veya ateş yakmaktan korkar, yanlış yangın alarmı verirler.

#### **2.7.4.3. Klinik Özellikler**

Piromani genellikle çocukluk döneminde başlar. Erişkinlik döneminde olursa yangın çıkarma kasıtlı olarak zarar verme eğilimi taşır. Tedavi edilen çocuklarda gidişi iyidir ve tamamen iyileşme görülebilir. Hastalığın tedavi ile ya da tedavisiz sonlanımı hakkında fazla bilgi yoktur.

#### **2.7.4.4. Ayırıcı Tanı**

Çocukluk çağındaki ateşe ilgiden, kundakçılıktan, antisosyal kişilik bozukluğundan, şizofreni ve manik ataktan ve beyin disfonksiyonundan ayrılmalıdır.

#### **2.7.4.5. Tedavi**

Piromaninin tedavisi hakkında çok az yayın vardır. Yadsıma, içgörü eksikliği ve alkol kötüye kullanımı sıklığı nedeniyle tedavisi güçtür.<sup>63</sup>

#### **2.7.5. Trikotillomani**

Trikotillomani, artan gerilimle tetiklenen ve sıklıkla (ama her zaman değil) başkaları tarafından görülebilecek düzeyde değişik miktarlarda saç kaybına yol açan tekrarlayıcı saç çekme ile karakterize kronik bir hastalıktır. Trikotillomani yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve önceden sanıldığı kadar aksine çok daha yaygın görülen bir bozukluktur.<sup>23</sup>

Eylemi gerçekleştirmeden önce gittikçe artan bir gerginlik duyarlar, saçlarını yolduktan sonra haz alır ve rahatlarlar. Rahatlama hissini genellikle üzüntü ve suçluluk duyguları izler. Trikotillomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

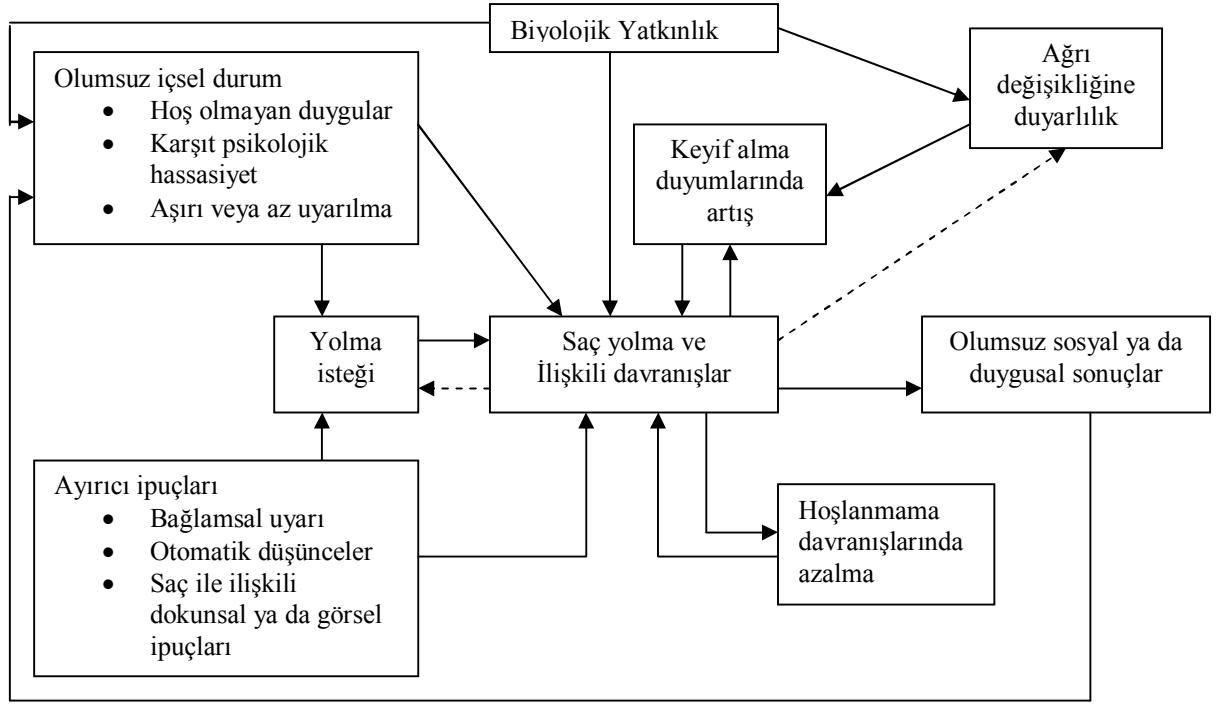
| <b>Tablo 6: Trikotillomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Göze çarpar şekilde saç kaybı ile sonuçlanacak derecede kişinin kendi saçını tekrarlayıcı yolması</p> <p>B. Saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik durumunun olması</p> <p>C. Saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama</p> <p>D. Bu bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve genel tıbbi duruma bağlı değildir.</p> <p>E. bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p> |

### **2.7.5.1. Epidemiyoloji**

Epidemiyolojik çalışmalar sayı ve yöntem açısından kısıtlıdır. Yaygınlığı % 1–3,5 olarak bildirilmiştir.<sup>64</sup> Erişkinlerde genellikle trikotillomani ile birlikte psikiyatrik eştanı çok yaygın görülmektedir. Christenson ve arkadaşlarının yaptığı (1991) bir çalışmada trikotillomanisi olan erişkin örnekleminde % 82 oranında Eksen I bozukluğu saptanmıştır. En sık affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, bağımlılık bozuklukları birliktelik gösterir. Sıklıkla görülen kişilik bozukluğu ise histriyonik, borderline ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğudur.<sup>65, 66</sup>

### **2.7.5.2. Etyoloji**

Trikotillomani gelişen hastalarda biyolojik yatkınlı fazladır. Ailesel araştırmalar birinci derece yakınlarında OKB ve diğer aşırı alışkanlıkların artmış oranlarda olduğunu göstermiştir.<sup>67, 68</sup> Bu bilgi trikotillomaniyi de kapsayan aşırı bakım davranışları spektrumunun genetik temeli ile uyumludur. Beyin görüntüleme çalışmalarında sol putamen, sol inferior frontal girus ve sağ cuneal kortekste hiperaktivite gözlenmiştir.<sup>69, 70</sup>



**Şekil 3:** Trikotillomaninin ön biyopsikososyal modelinin şematik diyagramı

### 2.7.5.3. Klinik özellikler

Hastalık ergenlik ya da genç erişkinlikte başlar. Kronikleşen ve zaman zaman iyileşen tipleri vardır. Saçlı deri en çok tüy yolunan alandır. Bunu kaş ve kirpikler izler.<sup>71</sup> Olguların yaklaşık yarısı saç yolmayı içeren bir ritüel tanımlar. Toplumsal aktivitelerden, cinsel yaklaşımlardan, atletik faaliyetlerden sıkıntı duyma veya kaçınma olabilir.<sup>72</sup> Saç yeme (trikofaji) nadir görülen bir durumdur ancak varsa mide ve barsakta trikobezoar oluşumu da ciddi komplikasyondur.

Saç yolmanın kompulsiyona benzer şekilde tekrarlayıcı, kontrol dışı doğası ve SSRI lara yanıt vermesi gibi benzerlikleri nedeniyle trikotillomani birçok araştırmacı tarafından OKB'ye benzetilmiştir. Trikotillomani obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde sınıflandırılması OKB hastalarında görülen yüksek trikotillomani oranıyla da desteklenmiştir.<sup>71,72</sup>

### 2.7.5.4. Ayırıcı tanı

Trikotillomanide tekrarlayıcı davranış özelliklerinin görülmesi, hastalığın OKB ile karıştırılmasına neden olabilir. Her iki hastalığın fenomenolojisi örtüşebilir. Ama OKB'den farklı olarak trikotillomanik hastalar obsesif düşünceye sahip değildirler ve kompulsif

davranışlar da sadece saç yolma ile sınırlıdır. Yapay bozukluğu olan hastalar tıbbi yardım almak için kendilerine zara verirler. Stereotipik hareket bozukluğu olan hastalar stereotipik ve ritmik hareketlere sahiptirler, ancak genellikle davranışlarından rahatsızlık duymazlar.

#### **2.7.5.5. Tedavi**

Tedavi genellikle psikiyatrist ve dermatologların ortak katılımı ile olur. Farmakoterapide genellikle SSRI lar çalışılmıştır. Bu çalışmalar trikotillomaninin OKB belirtilerine benzetilmesinden yola çıkmıştır.<sup>73</sup> Klomipraminin etkinliğini gösteren çalışmalar vardır.<sup>64</sup> İlaç tedavisi OKB deki kadar yüz güldürücü değildir. Naltreksonun iyi sonuçlar verdiği çalışmalar vardır.<sup>74</sup>

Psikoterapi için de randomize kontrollü çalışmalar vardır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve plesebonun karşılaştırıldığı çalışmalarda BDT nin etkin olduğu bulunmuştur.<sup>75</sup> Davranışsal yaklaşımlar; farkındalık eğitimi, kendini gözlem, gizli duyarlılaştırma, alışkanlık bozmadır.<sup>76</sup> Tüm bu tedavilere rağmen uzun dönemde sadece belirtilerde kısmi bir azalma olmaktadır. Bu tedaviler kombine kullanıldıklarında sonuçlar daha iyidir.

#### **2.7.6. Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu**

Bu kategori, herhangi özgül bir dürtü kontrolü bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan dürtü kontrolü bozuklukları gösteren grubu içerir. Bu heterojen grup; başka yerde sınıflandırılmayan kompulsif cinsel davranış, kompulsif tırnak ve tırnak eti yeme (onikotillomani), deri yolma, hafifçe kendini yaralama, self mutilasyonun diğer formları ve kompulsif alışveriş yapmayı içerir. Video oyunlarına bağımlılık ve internet bağımlılığını da bu kategoriye alanlar vardır. Kompulsif satın alma artık önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Hafifçe kendini yaralamada da bir artış görülmektedir. Gelecekte hazırlanacak DSM'de bunlardan biri veya birkaçının başka yerde sınıflandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları başlığı altında yer alması olasıdır.<sup>23</sup>

##### **2.7.6.1. Kompulsif Satın Alma (KSA)**

Satın alma ve alışveriş ile ilgili aşırı uğraşı veya uygunsuz satın alma veya alışveriş dürtüleri veya davranışları vardır. Alışverişle uğraşıp durma dürtüleri ve davranışları strese neden olur, zaman tüketir, sosyal, mesleki ve finansal sorunlara neden olur. Alışveriş davranışı hipomani veya mani dönemleri sırasında ortaya çıkmaz.<sup>77</sup> Kompulsif satın alma ayrıca "obsesif kompulsif spektrum bozuklukları" ve "afektif spektrum bozuklukları"

içerisinde de geçmektedir. Tanı koymada güçlükler vardır. Alış verişin kültürel koşullar içerisinde oluştuğunun, kadın ve erkeğin tipik alış veriş davranışları arasında farklılıkların olduğunun bilinmesi gerekir. Normal alışveriş davranışı bazı zamanlarda, özel tatillerde veya doğum günlerinde kompulsif niteliğe bürünebilir.

Genel toplumda ki yaygınlığının % 1,8–8,1 arasında değiştiği tahmin edilmektedir ve % 80-90' ı kadındır.<sup>77.78.79.80</sup> Geç ergenlik döneminde başlar, 20'li yaşların sonu ve 30'lu yaşların başlarında açığa çıkana kadar sinsi gelişir. Kompulsif satın alıcılar, değişen bir prodromal bir dönem boyunca gerginlikte ve heyecanda artış hissederler, aşırı satın alma süresince doyum ve gevşeme yaşarlar, bu dönemi depresif bir sönme izler. Satın alınan nesneler sıklıkla kişisel bakımla ilgilidir (giysi, parfüm, makyaj malzemesi, ayakkabı). Erkek hastalar elektronik ve otomobil araç gereçleri ve el aletleri tercih ederler. Gittikçe bireyin daha fazla zamanı ve parası tükenir.

Psikiyatrik eştanı görülme oranı yüksektir. Özellikle major depresyon, duygudurum bozuklukları, anksiyete (özellikle OKB), madde kullanımı, yeme (özellikle bulimia) ve kişilik bozuklukları sıkça görülür.<sup>80,81</sup> Diğer dürtü kontrol bozukluklarından kleptomaniyle birlikteliği yüksektir.

Tedavide komorbidite dikkate alınmalıdır. SSRI lar (özellikle fluoksetin ve fluvoksamin), duygudurum düzenleyiciler ve naltrekson kullanılmıştır. Özellikle SSRI lar ile iyi sonuçlar alınmıştır.<sup>77.82.83</sup> Bireysel ve grup psikoterapileri faydalıdır. Anormal alışveriş davranışına neden olan faktörlere ve harcamayı kontrol etmek için stratejilere odaklanan bilişsel davranışçı grup tedavisinin faydalı olduğu bildirilmiştir.<sup>84</sup>

#### **2.7.6.2. Deri Yolma**

Önceleri "nörotik ekskoriasyon" olarak tanımlanmıştır. Ciltteki rahatsız edici kurutları atmak için yapılan dürtüsel bir davranıştır. Olay öncesinde gerilim, deri koparma sırasında bir rahatlama vardır. Yapılan çalışmalarda kişiler stres ve sıkıntılı oldukları zamanlarda rahatlama sağlamak için deri kopardıklarını ifade etmişlerdir. Alman öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 90'ında deri koparma semptomunun olduğu, % 4,6'sında tekrarlayıcı bir şekilde deri koparmanın olduğu gösterilmiştir.<sup>85</sup>

Birçok tanımda deri koparma öncesinde bir gerginlik artışı ve koparma sonrasında rahatlama vardır. Birkaç dakikada birkaç saate kadar uzayabilir. Gün içinde sık sık veya bir ritüel olarak ortaya çıkabilir. Görece ılımlı ve şiddetli formları vardır. Kişinin fiziksel, sosyal ya da mesleki işlevselliğini etkiler. Deri yolma DSM-IV'de başka türlü adlandırılmayan

DKB kategorisine alınmıştır. Deri yolmanın kendi başına bir bozukluk mu yoksa başka bozuklukların bir belirtisi mi olduğuna yönelik fikir birliğine varılamamıştır. Yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte dermatolojiye başvuranlarda % 2 oranında olduğu tahmin edilmektedir.<sup>86</sup> Kadınlarda daha fazladır, özellikle menstrüel önemlerde artış gösterebilir.<sup>85, 87</sup> Spesifik bir pik yaptığı yaş yoktur. Erken 20'li ve 30–45 yaşlar arası artış göstermektedir. Genelde yüz, üst sırt bölgesi ve ekstremiteler deri koparma sık görülür.<sup>87, 88</sup>

Derideki bir uyarıcı (sivilce, böcek ısırığı, enfeksiyon) veya bir duygusal (stres, gerginlik, öfke) olayı tetikleyebilir. Birkaç dakikadan saatlere kadar sürebilir. Ciltte genelde küçük hasarlar veya görülebilir bozukluklara neden olabilir. Televizyon seyretme, telefonda konuşma, kitap okuma gibi özgül uyarıcılar ile ortaya çıkabilir. Trikotillomani ile fenomenolojik olarak benzer ancak DSM de tanısal kategoriye alınmamıştır. Kompulsif ve impulsif özelliğinden dolayı birçok araştırmacı "kompulsif-impulsif spektrum bozukluğu" olarak incelenmesini önermektedir. Diğer psikiyatrik hastalıklardan obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere diğer anksiyete bozuklukları, depresyon, beden dismorfik bozukluğu ve trikotillomani ile yüksek birliktelik gösterir.<sup>87, 88, 89, 90, 91, 92</sup>

### 2.7.6.3. Kompulsif Cinsel Davranış

Cinsel kompulsiyonların doğası ve tanımı üzerine genel bir fikir birliği olmamakla birlikte bunlar temelde karşı konulmayan cinsel düşünceler, istekler ve davranışlardır. Cinsel kompulsiyonlar; parafililer ve parafili ile ilişkili bozukluklar olarak kategorize edilebilir. Cinsel kompulsiyonlarla ilgili anketlerin doldurulmasındaki güçlükler nedeniyle bu konuda epidemiyolojik çalışma yapmak çok zordur. Bu konuda elde edilen veriler küçük klinik örnekler ya da adli olgulardır.

Cinsel kompulsiyonlar, obsesif- kompulsif spektrumda değerlendirilebilirler.<sup>93, 94</sup> Cinsel düşünceler, fanteziler ve istekler obsesif düşünceler olarak, cinsel davranışlar da kompulsif cinsel davranışlar olarak değerlendirilir. Fakat OKB ritüelleri haz veren eylemler değildir, sıklıkla nötral ve irrite edici davranışlardır ve anksiyeteyi azaltmak için yapılır. Bu nedenle cinsel kompulsiyonlar, bağımlılık ve patolojik kumar gibi dürtüsel bozukluklara daha yakındır.<sup>24</sup>

Parafililer: DSM-IV'e göre yoğun, tekrarlayan, cinsel olarak uyarıcı, insan olmayan objeleri, çocukları, rıza göstermeyen diğer kişileri veya acı çeken aşağılanan kişi ve partnerleri içeren fanteziler, istek ve davranışlar ile karakterizedir.<sup>7</sup> Tanımı yapılan parafililer:

teşhircilik, fetişizm, frotterizm, pedofili, cinsel mazohizm, cinsel sadizm, travestik fetişizm ve röntgenciliktir.

Birçok parafilik davranış suç sayılmaktadır. Genellikle geç adolesan dönemde başlar. Sadomazohistler dışında nadiren kadınlarda görülür. Parafilili erkeklerde eşlik eden en sık Eksen I bozukluklar; depresyon (% 69), distimik bozukluk (% 39), madde bağımlılığı (% 42), DEHB (% 42), anksiyete bozuklukları (% 39) ve dürtüsel bozukluklar (% 31) sık eşlik eder.<sup>93,94</sup>

#### Parafilili ile İlişkili bozukluklar:

Parafilili ile ilgili bozukluklar normal kabul edilen cinsel düşünce, istek ve davranışların stres oluşturacak ve disfonksiyona neden olacak kadar sık olması ile karakterizedir.<sup>95, 96, 97</sup> İmpulsif ve kompulsif olabilir. Genel popülasyonda parafilili ile ilgili bozukluk prevalansı %6 olarak tahmin edilmektedir.<sup>98</sup> Erkeklerde daha sıktır. Tanımlanan parafilili ile ilgili bozukluklar: kompulsif masturbasyon, telefonda seks bağımlılığı, pornografi bağımlılığı, aşırı sapıklık, ciddi cinsel istek uyumsuzluğu, cinsel içerikli chat yapma bağımlılığıdır.

Cinsel kompulsiyonlarda orbitofrontal korteks ile ilgili lezyonlar patogeneizde yer alır. Frontal lob lezyonlarından sonra maladaptif cinsel davranışlar ortaya çıkabilir.<sup>99</sup> Multipl sklerozun frontal lezyonlarına bağlı bildirilen hiperseksüel olgular bildirilmiştir.<sup>100</sup> Parkinson hastalarında L-dopa tedavisi sonrasında uygunsuz cinsel davranış olgularında strial disfonksiyon suçlanmaktadır. Tikler, koprolali, kopropaksi görülen Tourette sendromu hastalarında da aynı bölgeler rol almaktadır. Tourette sendromunda teşhircilik sıklığı artmıştır.

#### **2.7.6.4. Kompulsif Egzersiz Yapma**

Kompulsif egzersiz yapma ya da egzersiz bağımlılığı tanımı üzerinde genel bir fikir birliği olmamakla birlikte egzersizle ilgili zihnin aşırı meşguliyeti olarak tanımlanabilir. Bazı yazarlar sağlıklı egzersizi, en az 20 hafta boyunca haftanın 5 günü, bir hafta boyunca 15 saat ve üzerinde egzersiz yapmak olarak tanımlarlar.<sup>101</sup> Egzersizle ilgili aşırı zihinsel uğraşlara ek olarak bağımlılık tablosunda görülen egzersiz yapılmadığı zaman irritabilite, uykusuzluk, duygudurum düzensizlikleri gibi çekilme belirtilerinin olması söz konusudur. Zihinsel uğraşlar kişinin fiziksel, sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarında bozulmalara neden olur. Davranışsal bağımlılık gösteren patolojik kumar ve madde bağımlılığı gibi diğer patolojilere benzerlikler gösterir.<sup>102</sup> Birincil egzersiz bağımlılığı ve yeme bozukluğu ile sık birliktelik gösteren sekonder egzersiz bağımlılığı olarak ayrılabilir. Birincil egzersiz bağımlılığı nadirdir.

Sekonder tipi daha siktır ve yeme bozuklukları ile birliktelik gösterir. Birincil egzersiz bağımlılığının başlı başına bir patoloji olup olmadığı tartışmalıdır. Egzersizi bırakmayı takiben olumsuz duygulanım belirtilerinin görülmesi ile birlikte egzersiz yapıldığı dönemdeki patolojiler açık değildir. Bu nedenle morbiditesi ve ek patolojilere yönelik araştırmalar yapılması gerekmektedir. Fazla yapılan egzersiz yeme bozukluğunda da vardır ve rapor edilmiş egzersiz bağımlılarında yeme bozukluğu sık rastlanır.<sup>102</sup>

## 2.8. Dürtü Kontrol Bozuklukları ve Depresyon

Dürtüsellik; kişinin kendisine ve çevresine potansiyel olarak zararlı bir dürtü veya isteğe engel olamamasıdır. Sık görülen klinik bir problem ve insan davranışının temel bir özelliğidir. Dürtü çabuk ve kasıtsızdır. Ani ve kısa süreli olabildiği gibi gerilimi sabit olarak artarak dürtü, kendi ve diğerlerini dikkate almadan patlayıcı bir şekilde ortaya çıkabilir. Dürtüsellik davranış olarak dikkatsizlik, zararlı davranışları öngörememe, dışa dönüklülük, sabırsızlık (ödüllendirmeyi erteleyememek, risk alma eğilimi, haz ve duygulanım arayışı) şeklinde izlenir. Bir dürtüyü patolojik yapan dürtüye ve onu gerçekleştirmeye engel olamamaktır. Dürtü kontrol bozukluğunda ana semptom grubu olarak dürtüsellik doğası aynen anksiyete ve depresyonda olduğu gibi, semptom veya bozukluğun kendisi olarak ayırt edilmelidir.<sup>58</sup>

Depresyonda monoamin nörotransmitterler dopamin ve serotonin sisteminde aktivite azlığı görülür. Serotonin seviyelerindeki azalma ile ilişkili olarak dürtüsellik ve depresyon arasında olası bir ilişki öne sürülmüştür.<sup>103, 104</sup> Bu ilişkiye yönelik bulgular yapılan 3 araştırmadan saptananlardır:

1. Çocukluk çağında görülen DEHB ve davranım bozukluğu ile ergenlik dönemindeki depresyon ve dürtüsellik arasında ilişki bulunmuştur.<sup>105</sup> Aynı zamanda çocukluk çağı travmaları ile erişkin yaşta görülen depresyon ve özkıyım davranışı arasında da ilişki saptanmıştır.<sup>106</sup>
2. Erişkin depresyonunda görülen özkıyım ve dürtüsellik arasındaki ilişkidir. Çoğu çalışma depresyon hastalarında, dürtüsellik özkıyımına olan eğilimini araştırmıştır.<sup>107, 108</sup>
3. Depresyon hastaları ile dürtüsellik arasında biyolojik ilişkidir. Özkıyım girişiminde bulunan olgularda plazma 5HIAA düzeyleri düşük bulunmuş.<sup>104, 109</sup>

Bu birliktelikler karşısında, dürtüsellik depresyonun başlangıcında yordayan bir faktör olup olmadığı açık değildir. Bu nedenle yeni depresyon tanısı konanların ve depresyonu olmayanların dürtüsellik oranları arasında ilişki araştırılmalıdır. Böylelikle depresyonun diğer yordayıcıları (kadın olmak, düşük sosyoekonomik durum, sosyal destek azlığı, sigara

kullanımı, alkol bağımlılığı) gibi etkisi saptanmalıdır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda; yüksek dürtüsellik sağlıklı bireylerde depresyon için risk faktörü olabileceği gösterilmiştir.<sup>110</sup>

Dürtü kontrol bozuklukları genelde bipolar spektrum hastalıkları, depresif bozukluklar, madde bağımlılığı, OKB, anksiyete bozuklukları ve DEHB ile komorbidite gösterebilir.<sup>111</sup> Depresyon ile birlikteliği sıktır. PKO'sı olan hastalarda yapılan bir çalışmada % 72 sinin en az bir kez depresif atak geçirdikleri, % 52 sinin tekrarlayan depresif ataklar geçirdikleri saptanmış.<sup>112</sup> Kleptomanide yaşam boyu afektif bozukluk oranı % 59–100 arasında değişmektedir.<sup>38</sup> Kleptomanik 20 hastanın incelendiği bir çalışmada hastaların hepsinde yaşam boyu major duygudurum bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bu ve buna benzer bir çok çalışma kleptomaninin duygudurum bozukluk yelpazesine dahil olması gerektiği fikrini desteklemektedir.<sup>39</sup> Ancak kleptomanideki depresyon birincil ya da komplike olmayan depresyondan farklı olabilir. Örneğin kleptomanide depresyon utanç ve pişmanlık duygusunun bir sonucu olabilir. Trikotillomanisi olanların % 52 sinde major depresyon olduğu gösterilmiştir.<sup>113</sup> Trikotillomanide obsesif kompulsif bozukluk oldukça sıktır. Ancak OKB'ye göre anksiyete düzeyi daha düşük ve duygulanım yelpazesi daha geniştir.<sup>70</sup> Kompulsif satın almada psikiyatrik komorbidite kuraldır. Özellikle depresyon ve duygudurum bozukluğu oldukça sıktır. Bu kişilerin aile öykülerinde de major depresyon oranı oldukça yüksektir.<sup>80</sup>

Dürtü kontrol bozukluklarında görülen depresyon; birincil bir depresyon mu yoksa dürtüsel atakların ardından öfke, üzüntü, kontrolünü kaybetme, düşük benlik saygısı, suçluluk gibi olumsuz duygusal süreçler ya da çevre tarafından olumsuz değerlendirilmeye ikincil olarak ortaya çıkan depresyon mu tartışmalıdır. Gerek biyolojik araştırmalar gerekse sosyodemografik veriler her ikisini de desteklemektedir. Depresyonda çok faktörlü nedenler sorumludur. Bu noktada depresyondaki stres-diatez modeli göz önüne alınmalıdır.<sup>110</sup>

Dürtüsellik azaltmanın afektif düzensizliği azaltıp azaltmadığı veya afektif düzensizliği düzeltmenin azalmış dürtüsellik ile sonuçlanıp sonuçlanmadığı net değildir. Dolayısıyla komorbid bozuklukları tespit edilmesi ve tedavinin buna göre düzenlemesi önemlidir.<sup>24</sup>

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya Ocak 2007 - Aralık 2007 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, yaşları 18–65 arası olan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı alan ilk ya da yineleyen atakları olan 178 hasta alındı. 28 hasta testleri eksik doldurduğu veya çalışmaya katılmak istemediği için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan 150 hastanın 100’ü kadın, 50’si erkek hastaydı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Çalışmaya alınan gruba en son atağı depresyon olan bipolar bozukluk hastaları da dâhil edildi. Psikoza olanlar, demans tanısı alanlar, alkol ve madde bağımlısı olanlar, bilişsel yetilerinde belirgin bozukluğu olanlar, mental retardasyonu olanlar, Parkinson hastalığı, dejeneratif hastalıklar, multipl skleroz gibi nörolojik hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı.

Çalışmaya katılan hastalara ilk görüşmede Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik görüşme Ölçeği (SCID-I), dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği’nin (MIDI) düzenlenmiş şekli, Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL–90), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Zuckerman Heyecan arama Ölçeği (ZHÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği–11 (BDÖ–11) kullanıldı. Ayrıca tüm hastalara Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (Mood Disorders Questinnaire -MDQ) uygulanmıştır.

Dürtü Kontrol Bozukluklarından, Aralıklı Patlayıcı Bozukluk, Kleptomani, Patolojik Kumar Oynama, Piromani, Trikotillomani ve Başka Türü Adlandırılmayan dürtü Kontrol bozuklukları tanıları DSM-IV ölçütlerine göre konmuştur. Başka türlü adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluklarından olan Kompulsif Alışveriş yapma, McElroy ve arkadaşlarının ölçütlerine göre konmuştur.<sup>77</sup> Deri Yolma, Kompulsif Cinsel davranış ve Egzersiz Bağımlılığı için henüz belirlenmiş net ölçütler yoktur. Bu nedenle tanıları daha önceden yayınlanmış makaleler temel alınarak konmuştur.

## **3.2. Veri toplama Araçları**

### **3.2.1. Sosyodemografik veri formu**

Çalışmada tarafımızdan hazırlanan iki bölümden oluşan veri formu kullanıldı. İlk bölüm sosyodemografik veri toplama formuydu. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, sosyokültürel düzeyleri, fiziksel hastalık, çalışma durumu, yaşam biçimi gibi sosyodemografik veriler hastaların verdiği bilgilerden elde edilmiştir. İkinci bölüm klinik veri toplama formu idi. Hastalığın alt tipi, süresi, başlangıç yaşı, hastaneye yatış, düzelmenin şekli, alkol madde kullanımı, özgeçmiş, soygeçmiş, varsa özkıyım girişimleri bu form kullanılarak sorgulanmıştır. İkinci bölüm hastanın verdiği bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur

### **3.2.2. Kullanılan Ölçekler**

#### **3.2.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)**

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 tane birinci eksen bozukluğunun tanı ölçütleri ile ve 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 30–60 dakika sürmektedir. First ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme adı ile Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>114</sup>

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

"Minnesota Impulsive Disorders Interview" (MIDI) nin Türkçe versiyonunu, yaşam boyu dürtü kontrol bozukluklarının varlığını değerlendirmek için kullanılır. Ölçek 36 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Ayrılmış modüllerde DSM-IV ölçütlerine göre Dürtü Kontrol Bozukluklarını (APB, PKO, Kleptomani, Trikotillomani,

Piromani, Kompulsif Satınalma, deri koparma, kompulsif seksüel davranış, kompulsif egzersiz ) araştırır.

### **3.2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Ruh sağlığı taramalarında veya depresyon ile ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulur. Ciddi hastalık durumları dışında HAM-D ile korelasyonu yüksektir. 15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren 21 maddesi vardır. Ölçek için Türkiye'de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır.

Yapılan çeşitli çalışmalarda BDÖ ile SCL-90-R-GSİ ve tüm alt ölçekleri arasındaki korelasyon katsayısı 0.40-0.80 arasında, BDÖ ile MMPI-Depresyon alt ölçeği arasındaki korelasyon 0.63 olarak saptanmıştır.

BDÖ'de her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli'nin yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir.<sup>115, 116</sup>

### **3.2.2.4. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)**

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır. 17 maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır.<sup>117</sup> Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri 0.75, Sperman Brown güvenilirlik katsayısı 0.76'dır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0.86 ile 0.98 değerleri arasındadır.

### **3.2.2.5. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)**

SCL-90-R (Ek-8,5), Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir. Her maddeye verilen yanıtlara 0 ile 4 arasında puan verilir.<sup>118</sup>

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır. Test tekrar test güvenilirliği  $r = 0,9$ , Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,97, alt ölçeklerin test tekrar test güvenilirliği 0,65- 0,87 arasındadır. BDÖ ile 0,78 korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Genel semptom indeksi (GSİ) ile Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI) alt ölçekleri arasında korelasyonların 0,1–0,77 arasında değiştiği belirlenmiştir.<sup>119</sup>

Somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık (hostilite), fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere o ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

Genel semptom indeksi (GSİ) ise, genel olarak iyilik düzeyini ve işlevselliğini gösterir. Tüm alt ölçeklerin toplamalarının 90'a bölünmesiyle elde edilir.

a) Somatizasyon alt ölçeği (S): Kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, solunum sistemi yakınmaları ile baş ağrısı, yaygın kas ve vücut ağrıları gibi bedensel yakınmaları değerlendiren alt ölçektir. 12 sorudan oluşur. Ortalama puan/soru sayısı  $< 1$  ise, somatizasyon alt ölçeği normal sınırlar içindedir.

b) Anksiyete alt ölçeği (A): Bu ölçek huzursuzluk, gerginlik, somatik şikâyetler, yaygın anksiyete bozukluğu, panik atakları ve disosiyasyon yaşantılarını da içerir. Alınan puan / soru sayısı  $< 1$  ise normal sınırlar içinde olduğunu gösterir. Bu alt ölçek 10 sorudan oluşur.

c) Obsesif kompulsif özellikler alt ölçeği (OK): Bu ölçek, ısrarlı, ego-distonik, istenmeyen düşünce, dürtü ya da eylemi içerir. OK alt ölçeği 10 sorudan oluşur. Grup ortalamasının 10'a bölümüyle çıkan sayı 1'in altındaysa, normal sınırlar içinde olduğu söylenir.

d) Depresyon alt ölçeği (D): Klinik depresyon özelliklerini içerir. Disforik duygulanım, ilgi istek kaybı, motivasyon yokluğu, güçsüzlük hissi, enerji kaybı, ümitsizlik ve depresyonun diğer bilişsel ve somatik belirtileri görülür. Ölüm ve özkıyım düşünceleri eşlik edebilir. Depresyon alt ölçeği 13 sorudan oluşur. Ortalama puan / soru sayısı  $< 1$  ise normal sınırlar içindedir.

e) Kişiler arası duyarlılık (KD): Kişiler arası duyarlılık puanı yüksek olan kişiler; kişisel yetersizlik duyguları hisseden, diğer insanların yanında kendini aşağı gören, insanlarla ilişkilerinde rahatsız olan, insanlarla iletişim sırasında olumsuz beklentileri olan kişilerdir. Bu alt ölçeğin değerlendirilmesinde dikkate alınan soru sayısı 9'dur. Alınan puan / soru sayısı  $< 1$  olursa normal sınırlar içinde olduğu söylenebilir.

f) Hostilite (H): Düşmanlık düşünceleri, duyguları ve eylemlerini, hoş olmayan duygulardan bir şeyler kırıp dökmeye kadar kontrol edilemeyen öfke patlamalarını içerir. 6

sorudan oluşur. Ortalama puan/ soru sayısı < 1 olması hostilete alt ölçeğinin normal sınırlar içinde olduğunu gösterir.

g) Psikotizm (P): işitme ve görme varsanıları, düşünce yayılması, düşüncelerin dışarıdan kontrol edilmesi düşünceleri gibi pozitif belirtiler ile şizoid yaşam tarzını içerir. 10 sorudan oluşur.

h) Fobik anksiyete (FA): Yolculuk, evden dışarı çıkma, açık alan korkusu, kalabalıktan korku gibi korkuları içerir. 7 sorudan oluşur.

i) Paranoid düşünceler (PD): Kuşkular, sanrılar ve büyüklük düşünceleri paranoid düşüncelerin en önemli belirtileridir. 6 sorudan oluşur.

j) Ek skala: Yeme, içme, uyku gibi soruları değerlendiren alt ölçektir. Değerlendirilmesinde 7 soru dikkate alınır.

### **3.2.2.6. Zuckerman Heyecan Arama Ölçeği Form V (ZHÖ)**

Heyecan aramayı değerlendiren 10'ar maddeden oluşan 4 alt-ölçekten yani 40 sorudan oluşan bir ölçektir.<sup>120</sup> Heyecan ve macera arama (Thrill and Adventure Seeking -TAS) alt ölçeğindeki maddeler, tehlikeli ya da yeni fiziksel aktiviteleri uygulamaya yönelik istek ve arzuyu yansıtır. Yaşantı arayışı (Experience Seeking- ES) alt ölçeği, gezme, müzik ve sanat gibi yeni ve kendiliğinden gelişen yaşantı arayışını gösteren maddelerdir. Disinhibisyon alt ölçeği (disinhibition - DIS) alkol kullanımı ile birlikte ya da alkol kullanımı olmaksızın baskılanmamış sosyal aktiviteler girişme gereksinimini yanıtsan maddeleri içerir. Sıkılmaya Yatkınlık (Boredom Susceptibility-BS) tekrarlardan, rutinlerden ve öngörülebilirlikten hoşlanmamayı yansıtan maddeleri kapsar. Heyecan aramayı değerlendiren her maddeye bir puan verilmektedir. Ölçeğin Türkçeye adaptasyon çalışması Öngen<sup>123</sup> tarafından yapılmıştır. Ölçeğin ve alt ölçeğin iç tutarlılıkları değerlendirildiğinde; tüm ölçeğin, TAS ve Dis alt ölçeklerinin iç tutarlılıklarının yeterli olduğu (0,82; 0,75; 0,75 sırasıyla), ES ve BS alt ölçeklerinin iç tutarlılığının ise düşük olduğu (0,55 ve 0,56 sırasıyla) saptanmıştır. Genel olarak ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilir olduğu bildirilmiştir.<sup>123</sup>

### **3.2.2.7. Barratt İmpulsivite Ölçeği-11 (BİS-11)**

Dürtüselliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir.<sup>121</sup> Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç altölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor

elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BIS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BIS-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, madde yükü düşük maddelerin çıkarılması aşamasından önce çeviri işleminin devamının ve Türk örnekleme özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmamızda ölçeğin değerlendirilmesi için Patton ve arkadaşlarının önerdiği puan anahtarları kullanılmıştır.<sup>125</sup>

### **3.2.2.8.Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (MDQ)**

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (The Mood Disorder Questionnaire (MDQ)), bipolar bozuklukları taramaya ve saptamaya yarayan yurdisında geçerlilik ve güvenirliği Hirschfeld ve arkadaşları tarafından 2000 yılında çalışılmıştır. 0,73 duyarlılık ve 0,90 özgüllük özellikleri gösterilmiştir. Farklı ülkelerde geçerlilik çalışmaları yapılmış olup kullanılabilir psikometrik özellikler sergilediği gösterilmiştir. Ölçek evet ve hayır cevaplarını içeren, kökenini DSM-IV'den alan öz bildirime dayalı kâğıt-kalem ölçeğidir. Ölçek üç sorudan oluşmaktadır. 13 alt maddeden oluşan birinci soru yaşam boyu manik ya da hipomanik belirtilerin öyküsü, yükselmiş duygudurum, irritabilite, gıışkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi göze çarpan öznel değışiklikleri irdeler. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Konuk ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır.<sup>122</sup> Kesme puanı 5 alındığında duyarlılığı % 81 seçiciliği % 53; kesme puanı 6 olarak alındığında duyarlılığı % 75 seçiciliği % 63; kesme puanı 7 alındığında duyarlılığı % 64 seçiciliği % 77 olarak bulunmuştur.

### **3.3. İstatistiksel İşlemler**

Tüm istatistiksel değlendirmeler SPSS for Windows 15,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değışkenlerin, sıklıkların ve oranların karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun sürekli değışkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin korelasyonlarına bakılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 1- Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan major depresyon tanısı almış 150 hastanın (100 kadın, 50 erkek) 85’inde (% 56,7) yaşamboyu en az bir Dürtü Kontrol Bozukluğu (DKB) ektanısı bulunduğu belirlenmiştir. Başka türlü adlandırılmayan (BTA) dürtü kontrol bozuklukları (kompulsif alışveriş yapma, deri yolma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma) dâhil edilmeden yapılan değerlendirmede yaşam boyu DKB sıklığı (BTA hariç) % 34,7 (n=52) olarak bulunmuş, BTA dürtü kontrol bozuklukları dâhil edildiğinde yaşam boyu % 56,7 (n=85) olarak saptanmıştır. Bu hasta grubunda saptanan yaşamboyu ve şu anki DKB eşanı sıklıkları Tablo 7 de sunulmuştur.

**Tablo 7:** Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları (DKB) eşanılarının yaşamboyu ve şu anki sıklıkları

|                                         | Şu anda |      |             | Yaşam boyu |      |             |
|-----------------------------------------|---------|------|-------------|------------|------|-------------|
|                                         | N       | %    | % 95 CI (%) | N          | %    | % 95 CI (%) |
| <b>DKB varlığı (BTA hariç)</b>          | 50      | 33.3 | 26.3 – 41,2 | 52         | 34.7 | 27.5 – 42,6 |
| <b>DKB varlığı (BTA dâhil)</b>          | 81      | 54   | 46 – 61,8   | 85         | 56.7 | 48.7 -64,3  |
| <b>Aralıklı Patlayıcı Bozukluk(APB)</b> | 46      | 30.7 | 23.8 -38,5  | 47         | 31.3 | 24.5 – 39,2 |
| <b>Kleptomani</b>                       | 3       | 2    | 0.7 – 5,6   | 4          | 2.7  | 1 – 6,6     |
| <b>Patolojik Kumar oynama</b>           | 4       | 2.7  | 1 – 6,6     | 4          | 2.7  | 1 – 6,6     |
| <b>Piromani</b>                         | 1       | 0.7  | 0.1 – 3,6   | 3          | 2    | 0.7 – 5,6   |
| <b>Trikotillomani</b>                   | 6       | 4    | 1.8 – 8,4   | 7          | 4.7  | 2.3 – 9,3   |
| <b>En az bir DKB-BTA varlığı</b>        | 61      | 40.7 | 33.1 – 48,6 | 65         | 43.3 | 35.6 – 51,3 |
| <b>Kompulsif Satınalma(KSA)</b>         | 19      | 12.7 | 8.3 -19,8   | 21         | 14   | 9.4 -20,4   |
| <b>Deri yolma</b>                       | 41      | 27.3 | 20.8 – 34,9 | 42         | 28   | 21.4 – 35,7 |
| <b>Kompulsif cinsel davranış</b>        | 6       | 4    | 1.8 – 8,4   | 7          | 4.7  | 2.3 – 9,3   |
| <b>Kompulsif Egzersiz (KE)</b>          | 1       | 0.7  | 0.1 -3,6    | 3          | 2    | 0.7 – 5,6   |

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka Türlü adlandırılmayan

Çalışmaya katılan tüm hastaların sosyodemografik özellikleri ele alındığında grubun çoğunluğunun kadın (% 67), evli (% 60), orta ve üst düzeyde eğitim aldığı (% 79), orta düzeyde sosyoekonomik düzeye sahip oldukları (% 95), çalışmadığı veya düzenli işinin olmadığı (% 64) saptanmıştır. Hastalar yaşamboyu DKB tanısı alıp almamalarına göre DKB(+) ve DKB(-) olarak iki gruba ayrılmış ve demografik özellikleri Tablo 8’de karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda DKB olan ve olmayan hasta grupları arasında sosyodemografik özelliklerden sadece yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. DKB olanlar diğer gruba kıyasla daha genç yaşıydılar. DKB(+) olanlarda ortalama yaş 31,3 yıl iken, DKB(-) olanlarda 35,9 yıl olarak saptanmıştır ( $p<0,005$ ). Cinsiyet, medeni hal, eğitim, ekonomik durum ve çalışma durumunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 8:** Depresyon hastalarının sosyodemografik özellikleri ve yaşam boyu DKB varlığına göre bu özelliklerin karşılaştırılması

|                       | <b>Tüm grup<br/>(n=150)</b> | <b>DKB (+)<br/>(n=85)</b> | <b>DKB (-)<br/>(n=65)</b> | <b>P Değeri</b> |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| <b>Yaş (yıl)</b>      | 33,3±10,0                   | 31,3 (± 9,3)              | 35,9 (± 10,5)             | T=-2,85 p<0,005 |
| <b>Cinsiyet</b>       |                             |                           |                           |                 |
| <b>Kadın (N %)</b>    | 100 (67)                    | 55 (65)                   | 45 (69)                   | X=0,339 p=0,560 |
| <b>Erkek (N %)</b>    | 50 (33)                     | 30 (35)                   | 20 (31)                   |                 |
| <b>Medeni Hal</b>     |                             |                           |                           |                 |
| <b>Evli</b>           | 90 (60)                     | 48 (57)                   | 42 (65)                   | X=1,018 p=0,313 |
| <b>Bekar</b>          | 60 (40)                     | 37 (43)                   | 23 (35)                   |                 |
| <b>Eğitim Durumu</b>  |                             |                           |                           |                 |
| <b>İlköğretim</b>     | 32 (21)                     | 16 (19)                   | 16 (25)                   | X=0,745 p=0,689 |
| <b>Ortaöğretim</b>    | 62 (41)                     | 36 (42)                   | 26 (40)                   |                 |
| <b>Yükseköğrenim</b>  | 56 (38)                     | 33 (39)                   | 23 (35)                   |                 |
| <b>Ekonomik durum</b> |                             |                           |                           |                 |
| <b>Alt</b>            | 4 (3)                       | 3 (4)                     | 1 (2)                     | X=0,700 p=0,705 |
| <b>Orta</b>           | 143 (95)                    | 80 (94)                   | 63 (96)                   |                 |
| <b>Üst</b>            | 3 (2)                       | 2 (2)                     | 1 (2)                     |                 |
| <b>Meslek</b>         |                             |                           |                           |                 |
| <b>Çalışmıyor</b>     | 75 (50)                     | 42 (49)                   | 33 (50)                   | X=0,363 p=0,958 |
| <b>Düzenli iş</b>     | 54 (36)                     | 32 (38)                   | 22 (34)                   |                 |
| <b>Düzensiz iş</b>    | 11 (7)                      | 6 (7)                     | 5 (8)                     |                 |
| <b>Emekli</b>         | 10 (7)                      | 5 (6)                     | 5 (8)                     |                 |

P değeri DKB (+) ile DKB (-) grupları arasındaki karşılaştırmayı göstermektedir.

Yaşam boyu DKB varlığı (BTA hariç) kadınlarda % 31 (n=31), erkeklerde % 42 (n=21) olarak saptanmıştır. BTA dâhil edildiğinde bu oranlar kadınlarda % 55 (n=55), erkeklerde % 60 (n=30) olarak saptanmıştır. Bu bozuklukların farklılıkları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (sırasıyla  $p=0,182$ ,  $p=0,560$ ). Kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir ( $p>0,05$ ). Cinsiyetler arasında yaygınlık farkı

saptanan bozukluklar, patolojik kumar oynama ve kompulsif satınalmadır. Çalışmaya katılan kadınların hiçbirinde patolojik kumar oynamaya rastlanmamışken erkeklerin % 8 (n=4) inde patolojik kumar oynama tanısı konmuştur (p=0,011). Kompulsif satınalma kadınlarda % 19 (n=19), erkeklerde % 4 (n=2) oranında saptanmıştır (p= 0,013). Kadın ve erkeklerde en sık görülen DKB, Aralıklı patlayıcı bozukluk (kadında % 27, erkekte % 40) idi. Her iki cinsiyette de bunu deri yolma izlemektedir (kadında % 30, erkekte % 24). Cinsiyete göre DKB eşanı dağılım ve sıklığı Tablo 9 de gösterilmiştir.

**Tablo 9:** Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları (DKB) eşanılarının yaşamboyu sıklıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması

| n (%)                       | Yaşam boyu |         |                         |
|-----------------------------|------------|---------|-------------------------|
|                             | Kadın      | Erkek   | p                       |
| DKB varlığı (BTA hariç)     | 31 (31)    | 21 (42) | X=1,781 p=0,182         |
| DKB varlığı (BTA dâhil)     | 55 (55)    | 30 (60) | X=0,339 p=0,560         |
| Aralıklı Patlayıcı Bozukluk | 27 (27)    | 20 (40) | X=2,618, p=0,106        |
| Kleptomani                  | 1 (1)      | 3 (6)   | P=0,108                 |
| Patolojik Kumar oynama      | 0 (0)      | 4 (8)   | <b>P=0,011</b>          |
| Piromani                    | 1 (1)      | 2 (4)   | P=0,258                 |
| Trikotillomani              | 6 (6)      | 1 (2)   | P=0,425                 |
| En az bir DKB-BTA varlığı   | 46 (46)    | 19 (38) | X=0,869, p=0,351        |
| Kompulsif Alışveriş         | 19 (19)    | 2 (4)   | <b>X=6,229, p=0,013</b> |
| Deri yolma                  | 30 (30)    | 12 (24) | X=0,595, p=0,440        |
| Kompulsif cinsel davranış   | 3 (3)      | 4 (8)   | P=0,222                 |
| Egzersiz bağımlılığı        | 1 (1)      | 2 (4)   | P=0,258                 |

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka Türü adlandırılmayan

Çalışmaya katılan hastaların % 34'ünde (n=51) çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü belirlendi. DKB (+) olan grupta % 39 (n=33), DKB(-) olan grupta % 28 (n=18) oranlarında çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,154). Çocukluk çağı dönemine ait hastalıklardan Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmıştır (p<0,017). Tüm grupta DEHB öyküsü olduğu saptananların hepsi yaşamboyu DKB tanısı da almışlardı. DKB(-) olan grupta ise hiçbir olgunun öyküsünde DEHB saptanmamıştır. Fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). İki grup arasında özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 10 de gösterilmiştir.

**Tablo 10:** Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin yaşam boyu DKB si olan ve olmayan gruplarda karşılaştırılması

| n (%)                                             | Tüm Grup<br>(n=150) | DKB (+)<br>(n=85) | DKB (-)<br>(n=65) | $\chi$ | p            |
|---------------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|--------|--------------|
| Çocukluk dönemi<br>psikiyatrik hastalık<br>öyküsü | 51 (34)             | 33 (39)           | 18 (28)           | 2,03   | 0,154        |
| DEHB                                              | 7 (5)               | 7 (8)             | 0 (0)             | 5,61   | <b>0,017</b> |
| EN - EK                                           | 24 (16)             | 14 (16)           | 10 (15)           | 0,03   | 0,857        |
| Seperasyon<br>anksiyetesi                         | 19 (13)             | 11 (13)           | 8 (12)            | 0,01   | 0,907        |
| Davranım<br>bozukluğu                             | 1 (1)               | 1 (1)             | 0 (0)             | 0,76   | 0,380        |
| Fiziksel hastalık<br>öyküsü                       | 34 (23)             | 17 (20)           | 17 (27)           | 0,79   | 0,372        |
| Kardiyovasküler                                   | 10 (7)              | 7 (8)             | 3 (5)             | 0,77   | 0,378        |
| Endokrinolojik                                    | 7 (5)               | 3 (4)             | 4 (6)             | 0,57   | 0,450        |
| Romatolojik                                       | 3 (2)               | 3 (4)             | 0 (0)             | 2,34   | 0,126        |
| Ortopedik                                         | 2 (1)               | 1 (1)             | 1 (2)             | 0,03   | 0,848        |
| Onkolojik                                         | 1 (1)               | 0 (0)             | 1 (2)             | 1,31   | 0,251        |
| Diğer                                             | 11 (7)              | 3 (4)             | 8 (12)            | 4,17   | 0,053        |
| Ailede psikiyatrik<br>hastalık öyküsü             | 85 (57)             | 49 (58)           | 36 (55)           | 0,77   | 0,782        |
| Anksiyete bzk                                     | 29 (19)             | 14 (16)           | 15 (23)           | 1,03   | 0,309        |
| Somatoform bzk.                                   | 2 (1)               | 1 (1)             | 1 (2)             | 0,03   | 0,848        |
| Alkol/madde kull.<br>Bzk                          | 20 (13)             | 14 (16)           | 6 (9)             | 1,67   | 0,196        |
| Psikotik bzk.                                     | 6 (4)               | 4 (5)             | 2 (3)             | 0,25   | 0,613        |
| Duygudurum bzk.                                   | 28 (19)             | 16 (19)           | 12 (18)           | 0,003  | 0,955        |

DKB (+) ve DKB (-) grupların depresif atak sıklığı ve ilk depresyon atağının özelliklerine göre yapılan karşılaştırma Tablo 11 de sunulmuştur. DKB(+) olan hasta grubunda ilk depresyon atağı daha erken yaşta [DKB(+) de 27 y, DKB(-) de 31 y] görülmektedir. Bunun dışında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

**Tablo 11:** Yaşamboyu DKB si olan ve olmayan hastaların genel olarak depresyon ataklarının ve ilk depresyon atak özelliklerinin karşılaştırılması

| <b>n (%)</b>                        | <b>Tüm Grup</b> | <b>DKB (+)</b> | <b>DKB (-)</b> | <b>p</b>         |
|-------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|------------------|
| <b>Toplam depresyon atak sayısı</b> | 1,74 ± 1,12     | 1,73 ± 0,98    | 1,75 ± 1,28    | t=0,132, p=0,895 |
| <b>Yaşam boyu özkıyım girişi</b>    | 36 (24)         | 25 (39)        | 11 (17)        | X=3,15, p=0,076  |
| <b>İlk depresyon atağının</b>       |                 |                |                |                  |
| Yaşı (yıl)                          | 29,0 ± 9,79     | 27,4 ± 8,97    | 31,1 ± 10,5    | t=2,29, p=0,023  |
| Stres etkeni varlığı                | 1,27 (85)       | 72 (85)        | 55 (85)        | x=0.0, p=0,988   |
| Hastaneye yatış varlığı             | 8 (9)           | 3 (7)          | 5(12)          | p=0,471          |
| Özkıyım girişi                      | 28 (19)         | 20 (24)        | 8 (12)         | x=3,18, p=0,075  |
| <b>Depresyon Şiddeti</b>            |                 |                |                |                  |
| Hafif                               | 14 (9)          | 5 (6)          | 9 (14)         | x=3.42, Sd=2     |
| Orta                                | 109 (73)        | 66 (78)        | 43 (66)        | p=0,180          |
| Ağır                                | 27 (18)         | 14 (17)        | 13 (20)        |                  |
| <b>Depresyon alt tipi</b>           |                 |                |                |                  |
| Postpartum                          | 7 (5)           | 3 (4)          | 4 (6)          | x=3,77, df=6     |
| Psikotik                            | 4 (3)           | 3 (5)          | 1 (1)          | p=0,707          |
| Katatonik                           | 1 (1)           | 0 (0)          | 1 (2)          |                  |
| Melankolik                          | 7 (5)           | 4 (5)          | 3 (5)          |                  |
| Atipik                              | 8 (5)           | 5 (6)          | 3 (5)          |                  |
| Mevsimsel                           | 7 (5)           | 4 (5)          | 3 (5)          |                  |
| Gruplandırılmayan                   | 116 (77)        | 68 (80)        | 48 (74)        |                  |

## 2- Ölçekler

Çalışmaya katılanların şundaki depresyon atağının özellikleri, Ham-Depresyon ve Beck Depresyon toplam puanları ve hamilton depresyon ölçeği maddelerinin puanları karşılaştırılmıştır. Tüm grubun, DKB(+) ve DKB(-) grupların Ham-D ve BDÖ puanları Tablo 12’de gösterilmiştir. DKB(+) ve DKB(-) grupları arasında depresyon ölçek puanları ve depresyon özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 12:** Son depresyon atağının psikometrik özellikleri ve Hamilton depresyon ölçeği maddelerinden elde edilen puanlar

|                                    | <b>Tüm Grup<br/>(n=150)</b> | <b>DKB (+) (n=85)</b> | <b>DKB (-) (n=65)</b> | <b>t</b>  | <b>p</b> |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|----------|
| <b>BDÖ toplam puanı</b>            | 29,5 ± 7,43                 | 29,7 ± 7,9            | 29,3 ± 6,7            | t= -0,28  | 0,787    |
| <b>HAM-D toplam puanı</b>          | 20,8 ± 5,14                 | 20,1 ± 5,3            | 20,5 ± 4,9            | t= 0,497  | 0,620    |
| <b>HAM-1 (keder)</b>               | 2,33 ± 0,80                 | 2,22 ± 0,79           | 2,48 ± 0,81           | t= 1,92   | 0,057    |
| <b>HAM-2 (suçluluk)</b>            | 1,60 ± 0,69                 | 1,64 ± 0,72           | 1,55 ± 0,66           | t= -0,710 | 0,479    |
| <b>HAM-3 (özkıym)</b>              | 0,98 ± 1,06                 | 1,06 ± 1,14           | 0,88 ± 0,94           | t= -1,03  | 0,301    |
| <b>HAM-4 (uykuya dalma)</b>        | 1,33 ± 0,73                 | 1,36 ± 0,70           | 1,28 ± 0,78           | t= -0,727 | 0,472    |
| <b>HAM-5 (gece yarısı uyanma)</b>  | 1,17 ± 0,79                 | 1,22 ± 0,77           | 1,11 ± 0,81           | t= -0,887 | 0,377    |
| <b>HAM-6 (sabah erken uyanma)</b>  | 1,12 ± 0,84                 | 1,20 ± 0,82           | 1,02 ± 0,83           | t= -1,346 | 0,180    |
| <b>HAM-7 (iş ve aktivite)</b>      | 1,67 ± 0,68                 | 1,60 ± 0,69           | 1,77 ± 0,65           | t= -1,516 | 0,132    |
| <b>HAM-8 (retardasyon)</b>         | 0,61 ± 0,63                 | 0,53 ± 0,58           | 0,72 ± 0,67           | t= 1,874  | 0,063    |
| <b>HAM-9 (ajitasyon)</b>           | 1 ± 0,70                    | 1,02 ± 0,74           | 0,97 ± 0,66           | t= -0,466 | 0,642    |
| <b>HAM-10 (pşşik anksiyete)</b>    | 1,70 ± 0,70                 | 1,72 ± 0,75           | 1,68 ± 0,64           | t= -0,351 | 0,726    |
| <b>HAM-11 (somatik anksiyete)</b>  | 1,82 ± 0,66                 | 1,80 ± 0,67           | 1,85 ± 0,64           | t= 0,426  | 0,671    |
| <b>HAM-12 (GIS belirtileri)</b>    | 0,77 ± 0,49                 | 0,79 ± 0,47           | 0,75 ± 0,53           | t= -0,422 | 0,674    |
| <b>HAM-13 (somatik belirtiler)</b> | 1,19 ± 0,51                 | 1,20 ± 0,48           | 1,18 ± 0,56           | t= -0,181 | 0,857    |
| <b>HAM-14 (genital belirtiler)</b> | 1,20 ± 0,58                 | 1,16 ± 0,55           | 1,25 ± 0,61           | t= 0,853  | 0,395    |
| <b>HAM-15 (hipokondriasis)</b>     | 0,69 ± 0,73                 | 0,64 ± 0,70           | 0,77 ± 0,76           | t= 1,111  | 0,268    |
| <b>HAM-16 (kilo kaybı)</b>         | 0,96 ± 0,98                 | 0,88 ± 0,96           | 1,06 ± 0,99           | t= 1,108  | 0,270    |
| <b>HAM-17 (içgörü)</b>             | 0,13 ± 0,38                 | 0,08 ± 0,27           | 0,20 ± 0,47           | t= 1,904  | 0,059    |

SCL-GSI, SCL-PSI genel ölçekleri ve anksiyete, psikotizm ve hostilite alt ölçekleri DKB (+) grubu DKB (-) gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu değerler Tablo 13 de gösterilmiştir.

Kullanılan diğer ölçeklerden Barratt Dürtüsellik Ölçeğinde BIS-Total ve BIS-Dikkat puanları DKB (+) olan grupta anlamlı olarak yüksek iken ( $p<0,05$ ), BIS-NPA puanında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,236$ ). Zuckerman Heyecan Arama ölçeğinde ZHÖ-Total, ZHÖ-Tas, ZHÖ-Dis puanları DKB (+) olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. ZHÖ-ES ve ZHÖ-BS puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Duygudurum bozuklukları ölçeğine baktığımızda DKB (+) olan grupta puanlar istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Tablo 13:** Hastaların diğer psikometrik test ortalama sonuçlarının karşılaştırılması

|                      | <b>Tüm Grup</b> | <b>DKB (+)</b> | <b>DKB (-)</b> | <b>t</b> | <b>p</b>         |
|----------------------|-----------------|----------------|----------------|----------|------------------|
| <b>SCL- GSI</b>      | 1,61 ± 0,56     | 1,70 ± 0,60    | 1,49 ± 0,49    | 2,34     | <b>0,020</b>     |
| <b>SCL-PSI</b>       | 65,8 ± 12,6     | 67,8 ± 12,2    | 63,1 ± 12,6    | 2,27     | <b>0,024</b>     |
| <b>SCL-PSDİ</b>      | 2,16 ± 0,51     | 2,21 ± 0,53    | 2,10 ± 0,49    | 1,36     | 0,175            |
| <b>SCL- SOM</b>      | 1,53 ± 0,77     | 1,62 ± 0,82    | 1,41 ± 0,67    | 1,69     | 0,092            |
| <b>SCL-Anksiyete</b> | 1,59 ± 0,75     | 1,72 ± 0,82    | 1,42 ± 0,59    | 2,52     | <b>0,012</b>     |
| <b>SCL-OK</b>        | 1,86 ± 0,71     | 1,94 ± 0,69    | 1,75 ± 0,73    | 1,62     | 0,107            |
| <b>SCL-Depresyon</b> | 2,16 ± 0,63     | 2,17 ± 0,68    | 2,13 ± 0,55    | 0,36     | 0,723            |
| <b>SCL-KD</b>        | 1,79 ± 0,84     | 1,87 ± 0,81    | 1,69 ± 0,88    | 1,29     | 0,197            |
| <b>SCL-Psikotizm</b> | 1,05 ± 0,65     | 1,16 ± 0,72    | 0,91 ± 0,53    | 2,38     | <b>0,018</b>     |
| <b>SCL-PD</b>        | 1,50 ± 0,83     | 1,61 ± 0,86    | 0,35 ± 0,76    | 1,94     | 0,054            |
| <b>SCL-Hostilite</b> | 1,61 ± 0,94     | 1,93 ± 0,90    | 1,20 ± 0,84    | 5,06     | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>SCL-FA</b>        | 0,94 ± 0,71     | 0,99 ± 0,76    | 0,88 ± 0,64    | 0,90     | 0,365            |
| <b>SCL-ES</b>        | 1,70 ± 0,67     | 1,73 ± 0,74    | 1,67 ± 0,56    | 0,53     | 0,595            |
|                      |                 |                |                |          |                  |
| <b>BIS-Total</b>     | 71,3 ± 8,32     | 73,2 ± 8,73    | 68,9 ± 7,07    | 3,27     | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>BIS-NPA</b>       | 27,6 ± 4,26     | 27,9 ± 4,41    | 27,2 ± 4,03    | 1,19     | 0,236            |
| <b>BIS-Motor</b>     | 22,8 ± 4,03     | 23,7 ± 4,18    | 21,6 ± 3,49    | 3,30     | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>BIS-Dikkat</b>    | 20,9 ± 2,51     | 21,5 ± 2,56    | 20,1 ± 2,22    | 3,54     | <b>&lt;0,001</b> |
|                      |                 |                |                |          |                  |
| <b>ZHÖ-Toplam</b>    | 11,5 ± 6,21     | 12,7 ± 7,12    | 9,92 ± 4,35    | 2,79     | <b>0,006</b>     |
| <b>ZHÖ-TAS</b>       | 4,01 ± 2,77     | 4,43 ± 2,96    | 3,46 ± 2,42    | 2,15     | <b>0,033</b>     |
| <b>ZHÖ-ES</b>        | 2,98 ± 1,96     | 3,18 ± 2,18    | 2,72 ± 1,62    | 1,44     | 0,152            |
| <b>ZHÖ-Dis</b>       | 1,54 ± 1,89     | 1,87 ± 2,20    | 1,10 ± 1,27    | 2,49     | <b>0,014</b>     |
| <b>ZHÖ-BS</b>        | 2,96 ± 1,85     | 3,22 ± 2,10    | 2,63 ± 1,43    | 1,95     | 0,053            |
|                      |                 |                |                |          |                  |
| <b>MDQ</b>           | 5,14 ± 2,57     | 5,76 ± 2,47    | 4,33 ± 2,48    | 3,48     | <b>&lt;0,001</b> |

DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında yaşam boyu diğer eksen I bozuklukların eştanılarının yaygınlığı Tablo 14’de gösterilmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14:** Yaşamboyu DKB si olan ve olmayan hastalar arasındaki yaşam boyu diğer eksen I bozukluklarının sıklığının karşılaştırılması

|                              | Tüm Grup<br>(n=150) | DKB (+) (n=85) | DKB (-) (n=65) | p                           |
|------------------------------|---------------------|----------------|----------------|-----------------------------|
| <b>Ektanı varlığı</b>        | 110 (73)            | 63 (74)        | 47 (72)        | $\chi^2=0,062$ , $p=0,804$  |
| <b>Duygudurum bzk</b>        |                     |                |                |                             |
| BPB II                       | 3 (2)               | 3 (4)          | 0 (0)          | $p=0,258$                   |
| Siklotimi                    | 1 (1)               | 0 (0)          | 1 (2)          | $p=0,433$                   |
| Distimi                      | 2 (1)               | 2 (2)          | 0 (0)          | $p=0,56$                    |
| <b>Alkol/madde kullanımı</b> | 18 (12)             | 12 (14)        | 6 (9)          | $\chi^2=0,833$ , $p=0,361$  |
| <b>Anksiyete bzk.</b>        | 84(56)              | 44(52)         | 40(62)         | $\chi^2= 1,42$ , $p= 0,232$ |
| Panik bzk.                   | 8 (7)               | 5 (5)          | 3 (5)          | $p=1,0$                     |
| OKB                          | 5 (3)               | 3 (4)          | 2 (3)          | $p=1,0$                     |
| TSSB                         | 3 (2)               | 3 (4)          | 0 (0)          | $p=0,258$                   |
| Sosyal fobi                  | 6 (4)               | 3 (4)          | 3 (5)          | $p=1,0$                     |
| Özgül fobi                   | 7 (5)               | 4 (5)          | 3 (5)          | $p=1,0$                     |
| <b>YAB</b>                   | 69 (46)             | 37 (44)        | 32 (49)        | $\chi^2=0,482$ , $p=0,488$  |
| <b>Somatoform bzk</b>        | 12 (18)             | 5 (16)         | 7 (11)         | $\chi^2=1,19$ , $p=0,274$   |
| <b>Yeme bzk.</b>             |                     |                |                |                             |
| A. Nervoza                   | 2 (1)               | 2 (2)          | 0 (0)          | $p=0,506$                   |
| B. Nervoza                   | 1 (1)               | 1 (1)          | 0 (0)          | $p=1$                       |
| <b>Uyum bozukluğu</b>        | 9 (6)               | 7 (8)          | 2 (3)          | $\chi^2=1,73$ , $p=0,419$   |

P değeri DKB (+) ile DKB (-) grupları arasındaki karşılaştırmayı göstermektedir

DKB leri tek tek ele aldığımızda Eksen I ektanı oranları % 67 ve % 100 arasında değişmektedir. Kleptomani tanısı alanlarda sadece YAB ve uyum bozukluğu görülmüştür. Patolojik kumar oynama hastaları sadece YAB, Piromanide ise TSSB, YAB ve somatoform bozukluk saptanmıştır. YAB tüm DKB olgularında bir ektanı olarak saptanmıştır. DKB hastalarında görülen ektanılar Tablo 15’de sunulmuştur.

**Tablo.15:** Tek tek DKB'lerin ektanı özellikleri

| n= (%)                           | APB    | Klept | PKO   | Piromani | Triko | DKB<br>BTA | KSA    | DY     | Komp.<br>Sex | Komp.<br>Egzers |
|----------------------------------|--------|-------|-------|----------|-------|------------|--------|--------|--------------|-----------------|
| <b>Ektanı varlığı</b>            | 35(75) | 3(75) | 3(75) | 2(67)    | 5(71) | 49(75)     | 18(86) | 29(69) | 5(71)        | 3(100)          |
| <b>Duygudurum<br/>bzk</b>        |        |       |       |          |       |            |        |        |              |                 |
| BPB I                            | 0      | 0     | 0     | 0        | 0     | 0          | 0      | 0      | 0            | 0               |
| BPB II                           | 1(2)   | 0     | 0     | 0        | 0     | 2(3)       | 1(5)   | 1(2)   | 0            | 0               |
| Siklotimi                        | 0      | 0     | 0     | 0        | 0     | 0          | 0      | 0      | 0            | 0               |
| Distimi                          | 1(2)   | 0     | 0     | 0        | 0     | 1(2)       | 0      | 1(2)   | 0            | 0               |
| <b>Alkol/madde<br/>kullanımı</b> | 9(19)  | 0     | 0     | 0        | 2(29) | 9(14)      | 2(10)  | 6(33)  | 2(29)        | 1(33)           |
| <b>Anksiyete<br/>bzk.</b>        |        |       |       |          |       |            |        |        |              |                 |
| Panik bzk.                       | 2(4)   | 0     | 0     | 0        | 0     | 5(18)      | 1(5)   | 3(7)   | 1(14)        | 0               |
| OKB                              | 1(2)   | 0     | 0     | 0        | 0     | 3(5)       | 2(10)  | 2(5)   | 0            | 0               |
| TSSB                             | 2(4)   | 0     | 0     | 1(33)    | 0     | 1(2)       | 1(5)   | 0      | 0            | 0               |
| Sosyal fobi                      | 3(6)   | 0     | 0     | 0        | 0     | 5(8)       | 0      | 5(12)  | 0            | 0               |
| Özgül fobi                       | 2(4)   | 0     | 0     | 0        | 1(14) | 4(6)       | 3(14)  | 1(2)   | 0            | 0               |
| YAB                              | 21(45) | 1(25) | 2(50) | 2(69)    | 4(57) | 29(45)     | 11(52) | 15(36) | 1(14)        | 2(67)           |
| <b>Somatoform<br/>bzk</b>        | 3(6)   | 0     | 0     | 1(33)    | 0     | 4(6)       | 4(19)  | 0      | 0            | 0               |
| <b>Yeme bzk.</b>                 |        |       |       |          |       |            |        |        |              |                 |
| A. Nervoza                       | 1(2)   | 0     | 0     | 0        | 0     | 1(2)       | 0      | 0      | 0            | 1(33)           |
| B. Nervoza                       | 1(2)   | 0     | 0     | 0        | 1(14) | 1(2)       | 1(5)   | 1(2)   | 1(14)        | 0               |
| <b>Uyum<br/>bozukluğu</b>        | 2(4)   | 1(25) | 0     | 0        | 0     | 7(11)      | 1(5)   | 4(10)  | 1(14)        | 2(66)           |

Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB(-) olan grupla kıyasladığımızda HAM-D puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. BDÖ için sadece Kompulsif egzersiz yapmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup BDÖ toplam puanı düşük bulunmuştur.

APB'da SCL-GSİ, SCL-PSI, SCL-Somatizasyon, SCL-Anksiyete, SCL-OK, SCL-Psikotizm, SCL-PD, SCL-Hostilite puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Trikotillomani'de sadece SCL-Hostilite puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

KSA'da SCL-GSİ, SCL-PSI, SCL-Somatizasyon ve SCL-Hostilite puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

DY'da SCL-GSİ, SCL-PSI, SCL-PSDİ, SCL-Somatizasyon, SCL-Anksiyete, SCL-OK, SCL-Psikotizm, SCL-PD, SCL-Hostilite puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. DY için bu bulgular APB'daki bulgularla benzerdir.

Kompulsif Egzersiz'de SCL-GSİ, SCL-PSI ve SCL-Depresyon puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. BDÖ toplam puanının ve SCL alt ölçek puanlarının düşük çıkması ile diğer DKB'lerden farklılık göstermektedir.

Kleptomani, PKO, Piromani ve kompulsif cinsel davranışta ve SCL alt ölçek puanlarında DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

MDQ ölçek puanlarına baktığımızda APB, KSA ve DY'da DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Tek tek DKB'lerin alt ölçek puanları Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo.16:** Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB si olmayan hastalarla karşılaştırılması

|                   | DKB<br>(-)     | APB                        | Klept         | PKO           | Pirom<br>ani  | Triko                      | DKB<br>BTA    | KSA                        | DY                             | Komp.<br>Sex  | Komp.<br>Egzers                |
|-------------------|----------------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------|
| BDÖ               | 29,3 ±<br>6,7  | 30,9± 8,01                 | 29,0±<br>4,69 | 32,5±7,0      | 38,0±<br>11,5 | 29,2± 7,4                  | 30,4±<br>8,36 | 30,5± 6,62                 | 31,3±<br>8,8                   | 29,0±<br>8,34 | <b>20,3±<br/>2,88<br/>****</b> |
| HAM-D             | 20,5± 4,9      | 21,1± 5,79                 | 18,2±<br>1,50 | 23,7±<br>7,50 | 25,3±<br>9,71 | 18,8±<br>4,22              | 19,7±<br>5,07 | 19,3± 4,52                 | 19,7±<br>5,47                  | 18,7±<br>3,98 | 18,6±<br>2,51                  |
| SCL- GSİ          | 1,49 ±<br>0,49 | <b>1,83± 0,61<br/>*</b>    | 1,64±<br>0,35 | 1,67±<br>0,42 | 2,22±<br>0,57 | 1,65±<br>0,94              | 1,75±<br>0,61 | <b>1,77± 0,57<br/>****</b> | <b>1,83±<br/>0,57 **</b>       | 1,73±<br>0,78 | <b>0,83±<br/>0,20<br/>****</b> |
| SCL-PSI           | 63,1 ±<br>12,6 | <b>71,3± 10,8<br/>*</b>    | 69,5±<br>5,5  | 73,0±<br>7,11 | 79,0±<br>6,55 | 62,1±<br>16,1              | 67,7±<br>12,3 | <b>66,9± 11,3<br/>****</b> | <b>69,6±<br/>11,5 ***</b>      | 65,2±<br>15,4 | <b>45,6±5,5<br/>0 ****</b>     |
| SCL-PSDİ          | 2,10 ±<br>0,49 | 2,28± 0,55                 | 2,16±<br>0,64 | 2,10±<br>0,67 | 2,50±<br>0,49 | 2,26±<br>0,70              | 2,27±<br>0,51 | 2,34± 0,45                 | <b>2,34±<br/>0,49<br/>****</b> | 2,30±<br>0,66 | 1,62±<br>0,20                  |
| SCL- SOM          | 1,41 ±<br>0,67 | <b>1,71± 0,90<br/>***</b>  | 1,66±<br>0,88 | 1,25±<br>0,10 | 1,78±<br>1,21 | 1,39±<br>0,92              | 1,76±<br>0,82 | <b>1,78± 0,78<br/>****</b> | <b>1,82±<br/>0,82 ***</b>      | 1,75±<br>1,25 | 0,80±<br>0,45                  |
| SCL-<br>Anksiyete | 1,42 ±<br>0,59 | <b>1,86± 0,75<br/>*</b>    | 1,70±<br>0,37 | 1,67±<br>0,35 | 2,10±<br>0,50 | 1,35±<br>1,12              | 1,79±<br>0,87 | 1,65± 0,88                 | <b>1,93±<br/>0,81 *</b>        | 1,85±<br>1,15 | 0,80±<br>0,95                  |
| SCL-OK            | 1,75 ±<br>0,73 | <b>2,06 ± 0,65<br/>***</b> | 1,95±<br>0,25 | 2,0±<br>0,42  | 2,10±<br>0,70 | 1,95±<br>1,0               | 1,97±<br>0,71 | 2,05±<br>0,56              | <b>2,07±<br/>0,74<br/>****</b> | 1,71±<br>0,59 | 0,93±<br>0,20                  |
| SCL-<br>Depresyon | 2,13 ±<br>0,55 | 2,28±<br>0,71              | 2,02±<br>0,56 | 2,13±<br>0,79 | 2,72±<br>0,75 | 2,22±<br>1,0               | 2,25±<br>0,66 | 2,42±<br>0,63              | 2,30±<br>0,62                  | 2,17±<br>0,73 | <b>1,38±<br/>0,27<br/>****</b> |
| SCL-KD            | 1,69 ±<br>0,88 | 2,0±<br>0,83               | 2,16±<br>0,41 | 2,05±<br>0,69 | 2,52±<br>0,28 | 1,78±<br>1,11              | 1,89±<br>0,81 | 2,01±<br>0,61              | 1,97±<br>0,86                  | 2,01±<br>0,75 | 0,78±<br>0,19                  |
| SCL-<br>Psikotizm | 0,91 ±<br>0,53 | <b>1,20±<br/>0,75 **</b>   | 1,30±<br>0,80 | 1,32±<br>0,79 | 1,70±<br>0,51 | 1,18±<br>1,33              | 1,20±<br>0,75 | 1,20±<br>0,82              | <b>1,28±<br/>0,68 ***</b>      | 1,27±<br>0,96 | 0,46±<br>0,15                  |
| SCL-PD            | 0,35 ±<br>0,76 | <b>1,77±<br/>0,87 **</b>   | 1,66±<br>0,80 | 1,66±<br>0,80 | 2,39±<br>0,38 | 1,78±<br>1,26              | 1,61±<br>0,88 | 1,68±<br>0,87              | <b>1,68±<br/>0,89<br/>****</b> | 1,66±<br>0,78 | 0,44±<br>0,25                  |
| SCL-<br>Hostilite | 1,20 ±<br>0,84 | <b>2,37±<br/>0,76 *</b>    | 1,37±<br>0,56 | 1,87±<br>1,23 | 2,72±<br>0,50 | <b>1,90±<br/>0,91 ****</b> | 1,84±<br>0,92 | <b>1,89±<br/>0,96 ***</b>  | <b>1,96±<br/>0,90 *</b>        | 1,88±<br>1,16 | 1,05±<br>0,96                  |
| SCL-FA            | 0,88 ±<br>0,64 | 1,10±<br>0,68              | 0,53±<br>0,24 | 0,75±<br>0,31 | 1,71±<br>0,49 | 1,12±<br>1,31              | 1,0±<br>0,79  | 0,90±<br>0,77              | 1,15±<br>0,77                  | 0,83±<br>0,73 | 0,14±<br>0,24                  |
| SCL-ES            | 1,67 ±<br>0,56 | 1,82±<br>0,80              | 1,53±<br>0,39 | 1,89±<br>0,42 | 2,67±<br>0,54 | 1,77±<br>0,44              | 1,80±<br>0,74 | 1,70±<br>0,72              | 1,86±<br>0,73                  | 1,81±<br>0,94 | 1,14±<br>0,14                  |
| MDQ               | 4,33 ±<br>2,48 | <b>5,82± 2,40<br/>**</b>   | 5,50±<br>3,69 | 5,25±<br>3,86 | 6,0±<br>1,0   | 6,0±<br>3,05               | 6,0±<br>2,39  | <b>5,90±<br/>1,99 **</b>   | <b>6,11±<br/>2,38 *</b>        | 5,14±<br>3,07 | 7,33±<br>2,51                  |

\* p<0,0001; \*\*p<0,001; \*\*\* p<0,01; \*\*\*\* p<0,05

Dürtüsellikle ilgili ölçek puanları her bir DKB için DKB(-) olan grupla kıyaslandığında BIS-Total puanları APB, PKO, Trikotillomani, KSA, DY, Kompulsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. BIS-NPA, PKO ve KSA'da istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. BIS-motor, APB, PKO, Trikotillomani, KSA, DY ve Kompulsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. BIS-Dikkat, APB, KSA, DY ve Kompulsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Kleptomani,

Piromani ve Kompulsif egzersizde BIS alt ölçek puanlarında DKB(-) olan grupla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

ZHÖ'ne baktığımızda toplam puanda Kleptomani ve Kompulsif Egzersiz dışında diğer DKB'lerde istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-TAS puanları, APB ve PKO'da istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-ES puanı sadece Trikotillomanide istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-Dis puanları Kleptomani ve Kompulsif Egzersiz dışında istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. ZHÖ-BS puanları APB, Kleptomani, PKO, Piromani ve Kompulsif cinsel davranışta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Kompulsif egzersiz yapmada hem BIS, hem de ZHÖ puanlarında diğer DKB'lerden farklı olarak DKB(-) olan grubun puanlarına benzemektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır. Kleptomanide de ZHÖ-BS dışındaki puanlar DKB(-) olan grubun puanlarına yakındır ve istatistiksel olarak fark çıkmamıştır. Tek tek DKB'lerin dürtüsellikle ilgili ölçek puanları Tablo 17'de gösterilmiştir.

**Tablo.17:** Tek tek DKB'lerin dürtüsellikle ilgili ölçek puanlarının DKB si olmayan hastalarla karşılaştırılması

|                | DKB<br>(-)     | APB                          | Klept                   | PKO                          | Piromani                   | Triko                        | DKB<br>BTA                   | KSA                          | DY                           | Komp.<br>Sex                 | Komp.<br>Egzers |
|----------------|----------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|
| BIS-Total      | 68,9 ±<br>7,07 | <b>74,4 ±<br/>8,87 *</b>     | 72,0 ±<br>5,88          | <b>78,7 ±<br/>9,28 ***</b>   | 71,6 ±<br>10,5             | <b>76,0 ±<br/>9,45 *****</b> | <b>73,5 ±<br/>9,20 ***</b>   | <b>75,7 ±<br/>7,8 *</b>      | <b>73,8 ±<br/>8,72 **</b>    | <b>75,0 ±<br/>9,23 *****</b> | 61,6 ±<br>12,6  |
| BIS-NPA        | 27,2 ±<br>4,03 | 28,2 ±<br>4,28               | 26,7 ±<br>3,77          | <b>32,0 ±<br/>4,0 *****</b>  | 27,6 ±<br>4,04             | 28,4 ±<br>5,50               | 28,2 ±<br>4,49               | <b>29,5 ±<br/>3,65 *****</b> | 28,3 ±<br>4,46               | 27,0 ±<br>3,82               | 23,6 ±<br>7,50  |
| BIS-Motor      | 21,6 ±<br>3,49 | <b>24,5 ±<br/>4,13 *</b>     | 23,7 ±<br>4,11          | <b>25,2 ±<br/>3,30 *****</b> | 22,6 ±<br>4,04             | <b>26,0 ±<br/>3,46 *****</b> | <b>23,5 ±<br/>4,48 ***</b>   | <b>24,0 ±<br/>3,38 ***</b>   | <b>23,6 ±<br/>4,69 *****</b> | <b>25,7 ±<br/>5,31 ***</b>   | 19,6 ±<br>4,04  |
| BIS-Dikkat     | 20,1 ±<br>2,22 | <b>21,7 ±<br/>2,69 **</b>    | 21,5 ±<br>2,51          | 21,5 ±<br>3,78               | 21,3 ±<br>2,51             | 21,5 ±<br>2,99               | <b>21,8 ±<br/>2,61 *</b>     | <b>22,1 ±<br/>2,82 **</b>    | <b>21,9 ±<br/>2,39 *</b>     | <b>22,2 ±<br/>2,42 ***</b>   | 18,3 ±<br>1,52  |
|                |                |                              |                         |                              |                            |                              |                              |                              |                              |                              |                 |
| ZHÖ-<br>Toplam | 9,92 ±<br>4,35 | <b>13,7 ±<br/>7,40 **</b>    | 13,7 ±<br>9,14          | <b>19,2 ±<br/>9,42 *</b>     | <b>19,6 ±<br/>7,76 *</b>   | <b>16,1 ±<br/>7,51 **</b>    | <b>12,9 ±<br/>7,44 ***</b>   | <b>13,6 ±<br/>7,28 ***</b>   | <b>12,8 ±<br/>7,71 *****</b> | <b>15,0 ±<br/>6,63 ***</b>   | 13,0 ±<br>6,24  |
| ZHÖ-TAS        | 3,46 ±<br>2,42 | <b>4,76 ±<br/>2,89 ***</b>   | 4,25 ±<br>4,64          | <b>6,50 ±<br/>3,41 *****</b> | 6,0 ±<br>4,58              | 5,28 ±<br>3,35               | <b>4,46 ±<br/>3,08 *****</b> | 4,57 ±<br>2,67               | 4,52 ±<br>3,24               | 4,0 ±<br>3,05                | 6,0 ±<br>3,46   |
| ZHÖ-ES         | 2,72 ±<br>1,62 | 3,36 ±<br>2,41               | 2,0 ±<br>1,41           | 3,25 ±<br>1,89               | 4,33 ±<br>2,08             | <b>4,28 ±<br/>1,97 *****</b> | 3,21 ±<br>2,29               | 3,42 ±<br>2,33               | 3,28 ±<br>2,51               | 3,71 ±<br>1,88               | 3,66 ±<br>2,08  |
| ZHÖ-Dis        | 1,10 ±<br>1,27 | <b>1,95 ±<br/>2,37 *****</b> | 1,50 ±<br>2,38          | <b>4,0 ±<br/>3,80 *</b>      | <b>3,66 ±<br/>4,04 ***</b> | <b>2,85 ±<br/>2,34 ***</b>   | <b>2,03 ±<br/>2,22 ***</b>   | <b>2,38 ±<br/>2,35 ***</b>   | <b>1,83 ±<br/>2,18 *****</b> | <b>3,0 ±<br/>1,82 **</b>     | 1,33 ±<br>1,52  |
| ZHÖ-BS         | 2,63 ±<br>1,43 | <b>3,68 ±<br/>2,14 ***</b>   | <b>6,0 ±<br/>1,41 *</b> | <b>5,50 ±<br/>2,08 *</b>     | <b>5,66 ±<br/>2,51 **</b>  | 3,71 ±<br>2,36               | <b>3,26 ±<br/>2,12 *****</b> | 3,28 ±<br>2,26 ***           | 3,19 ±<br>2,06               | <b>4,28 ±<br/>2,42 ***</b>   | 2,0 ±<br>1,73   |

\* p<0,0001; \*\*p<0,001; \*\*\* p<0,01; \*\*\*\*\* p<0,05

## 5. TARTIŞMA

Dürtü kontrol bozuklukları üzerinde çok sayıda çalışma var olup halen aydınlatılmamış birçok soru bulunmaktadır. Bir süre bağımlılık veya kompulsif davranışlar olarak kavramlaştırılan dürtü kontrol bozuklukları artık dürtü kontrol bozuklukları kategorisinde yer almaktadır. Bu başlık altında DSM-IV’de aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, patolojik kumar oynama, piromani ve trikotillomani yer almaktadır. Ancak kompulsif satın alma, deri yolma, kompulsif cinsel davranış, kompulsif egzersiz yapma, kompulsif internet kullanımı gibi bozukluklar "Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları" grubuna alınmış olup kesin tanı ölçütleri henüz belirlenmemiştir. Bu bozukluklardan bazılarının hangi bozukluk kümesine dâhil edileceği konusu ise hala tartışmalıdır. Çalışmamızda dürtü kontrol bozuklukları tanısı konurken DSM-IV-TR temel alınmıştır.<sup>7</sup> Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluklarından kompulsif satın alma, deri koparma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma da çalışmaya katılan hastalarda bakılmış ve bu bozukluklar için tanı ölçütü olarak daha önce yayınlanmış makaleler temel alınmıştır. Kompulsif internet kullanımı ise çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Bu çalışma sonuçları 1 yıllık bir süreçte polikliniğimize ayaktan başvuran depresyon hastalarının üçte birinin (% 34,7) DSM-IV ölçütlerine göre en az bir dürtü kontrol bozukluğu eştanısı aldıklarını göstermektedir. Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları (BTA-DKB) da dâhil edildiğinde (kompulsif satın alma, deri yolma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma) başvuran depresyon hastaların yaklaşık yarısında (% 56,7) dürtü kontrol bozukluğu varlığı saptanmıştır. Bu bulgular daha önce özgül tanılı hasta gruplarında yapılmış iki Fransız çalışması ve iki farklı hastanede erişkin yatan psikiyatrik hasta grubunda dürtü kontrol bozukluğu sıklığını araştıran bir Kuzey Amerika çalışmasının sonuçlarına benzemektedir.<sup>25,27,28</sup> Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyon hastalarının % 28,9, alkol bağımlılığı tanısı alan hastaların % 38’inde DKB eştanısı saptanmıştır.<sup>25,28</sup> Bunun yanında Grant ve arkadaşları erişkin psikiyatrik hastalarda yaptığı çalışmada DKB yaygınlığını % 30,9 olarak saptamışlardır.<sup>27</sup>

Çalışmamızda en sık görülen dürtü kontrol bozuklukları, aralıklı patlayıcı bozukluk (% 31,3) ve deri yolma (% 28) dır. Fransız çalışmasında depresyon hastalarında benzer şekilde en

sık görülen DKB APB (% 16,8) dur.<sup>25</sup> Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada APB % 12,7 oranında görülmüştür.<sup>29</sup> Kuzey Amerika çalışmasında APB yaygınlığı % 6,9 olarak gösterilmiştir.<sup>30</sup> Adı geçen çalışmalarda olgu sayıları birbirine yakın olmakla birlikte çalışılan grupların psikiyatrik tanıları geniş bir dağılım göstermektedir ve farklı kültürlerde yapılmış çalışmalardır. Çalışmamızda en sık görülen ikinci bozukluk % 28 oranı ile deri yolma DSM-IV'de BTA-DKB kategorisinde ele alınmaktadır. Deri yolmanın kendi başına bir bozukluk mu yoksa başka bozuklukların bir semptomu mu olduğuna yönelik fikir birliğine varılamamıştır. Deri yolmanın yaygınlığı bilinmemekle birlikte bu konuda yapılan çalışmalara baktığımızda dermatolojiye başvuran hastalarda % 2, kolej öğrencilerinde % 4 olduğunu gösteren çalışmalar vardır.<sup>85.86.87</sup> Literatür gözden geçirildiğinde, DKB sıklığını araştıran çalışmalarda deri yolma sıklığına bakılmamıştır.

Çalışmamızda üçüncü sırada kompulsif satın alma % 14 oranında bulunmuştur. Kompulsif satın alma DSM-IV'de BTA-DKB kategorisinde yer alınmaktadır. Kompulsif satın alma ayrıca "obsesif kompulsif spektrum bozuklukları" ve "afektif spektrum bozuklukları" içerisinde de değerlendirilebileceği öngörülmektedir. Grant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikiyatri hastalarında yaşam boyu yaygınlığı % 9,3 bulunmuştur.<sup>27</sup> Black ve arkadaşları, diğer psikiyatrik hastalıklarla depresyon hastaları kıyaslandığında, depresyon hastalarında KSA'nın daha sık rastlandığını göstermişlerdir.<sup>80</sup> Kompulsif satın alma ve OKB birlikteliğine ilişkin literatür verilerine bakıldığında Faber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KSA olgularında % 10 oranında OKB eşlik ettiği gösterilmiştir.<sup>124</sup> Çalışmamızdaki KSA olgularının da % 10'unda OKB eştanısı saptanmıştır. KSA'ya eşlik eden diğer eksen I tanılardan alkol kullanımı % 10, bulumiya nevroza % 5 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine baktığımızda; DKB(+) olanların ortalama yaşının DKB(-) olanlara kıyasla daha genç olduğunu ve hastalığın daha erken yaşta başladığını görmekteyiz. Bu bulgu bize dürtüselliğe serotonin düzeylerinin azaldığını ve biyolojik olarak dürtüsellik ve depresyon arasında ilişkinin olduğunu gösteren çalışmaları akla getirmektedir.<sup>40, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110</sup> Bu veriden yola çıkarak çocukluk ve ergenlik döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu olan veya erişkin dönemde dürtü kontrol bozukluğu olan bireylerin daha erken yaşlarda depresyona girebilecekleri söylenebilir. Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da DKB olan depresyon hastalarının yaş ortalamaları DKB olmayan gruba göre daha küçüktür.<sup>25</sup> Çalışmamızda cinsiyet, medeni hal, eğitim, ekonomik durum, mesleki çalışma durumunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde; yaşam boyu DKB varlığı (BTA hariç) kadınlarda % 31 (n=31), erkeklerde % 42 (n=21) olarak saptanmıştır. BTA dâhil edildiğinde bu oranlar kadınlarda % 55 (n=55), erkeklerde % 60 (n=30) olarak saptanmıştır. Kadın ve erkek arasında genel olarak DKB varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan bozukluklar patolojik kumar oynama ve kompulsif satın almadır. Çalışmaya katılan kadınların hiçbirinde patolojik kumar oynamaya rastlanmamıştır. Erkeklerin % 8 (n=4) inde patolojik kumar oynamaya rastlanmıştır. Bu farklılık hasta sayısının kısıtlılığı ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda PKO'nun yaşamboyu görülme oranı % 2,7 dir. Bu sonuç Zimmerman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 1709 psikiyatrik hastada bulunan % 2,3 PKO oranına çok yakındır.<sup>31</sup> Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı depresyon hastalarında PKO oranı % 2,8 olarak gösterilmiştir. Kayda değer başka bir bulgu da bizim çalışmamızdaki PKO saptanan 3 olgunun yaşamboyu ektanalarına baktığımızda sadece YAB eştanılarının olmasıdır. Daha önceki çalışmalarda PKO olgularının başta alkol ve madde kullanımı olmak üzere diğer eksen I tanılarının sıklıkla eşlik ettiği görülmektedir.<sup>28,31</sup> Çalışmamıza katılan PKO bulunan depresyon hastalarında ilginç olarak alkol ve madde kullanımı eştanısına rastlanmamıştır. Bu durum olgu sayısının azlığına bağlanabilir. Öte yandan çalışmamızda Kompulsif satın alma kadınlarda daha fazla saptanmıştır. Bu bulgu Mc Elroy'un ve Lejoyeux'un çalışmalarındaki veriler ile örtüşmektedir.<sup>77, 78, 79, 80</sup> Gözden geçirilen kaynaklardaki cinsiyetler arasındaki farka bakıldığında; kleptomani, trikotillomani ve kompulsif satın alma kadınlarda daha yüksek, aralıklı patlayıcı bozukluk, patolojik kumar oynama ve piromani erkeklerde daha yüksek olarak gösterilmektedir.<sup>32, 33, 38, 49, 59, 77</sup> Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da yaygınlıklara bakıldığında APB, kleptomani, piromani, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma erkeklerde yüksek bulunmuştur. Literatürün aksine Kleptomani erkeklerde daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç da benzer şekilde olgu sayısının azlığı ile ilgili olabilir. Trikotillomani ve deri yolma kadınlarda daha yüksek çıkmıştır.

Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri değerlendirildiğinde; çocukluk dönemine ait psikiyatrik hastalıklardan sadece DEHB için, DKB olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu sonuç da bize dürtüsellik ve depresyon arasındaki ilişkiyi öne süren çocukluk çağı ve ergenlerde yapılan çalışmalar.<sup>103, 104, 105, 106</sup> ile ilişkili bulunmuştur. Tüm grupta öyküsünde DEHB saptananların hepsi yaşamboyu DKB tanısı da almışlardı. DKB(-) grupta ise hiçbir olgunun öyküsünde DEHB saptanmamıştır. Fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Depresyon atak sıklığı ve ilk depresyon atağının özelliklerine bakıldığında; DKB(+) olan hasta grubunda ilk depresyon atağının daha genç yaşta (27 y, 31 y) geçirmeleri istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmamızda yaşam boyu özkıyım girişimi için DKB(+) ve DKB(-) olan gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da oranlara bakıldığında yaşam boyu özkıyım girişimi DKB(+) olan grupta % 39, DKB(-) olan grupta % 17 olarak saptanmıştır. İlk depresyon atağındaki özkıyım oranları da DKB(+) olan grupta iki kat daha fazladır. Oysaki gözden geçirilen çalışmalarda serotonin düzeyindeki düşüklük ile ilişkilendirilen bir özellik olarak depresyon hastalarındaki dürtüselliğin özkıyımına olan eğilimi artırdığına yönelik bulgular mevcuttur.<sup>107, 108, 109</sup> Çalışmaya katılan olguların sayısı kısıtlı olduğu için bizim çalışmamızdaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamış olabilir.

Çalışmaya katılanların şundaki depresyon atağının özellikleri, Ham-Depresyon ve Beck Depresyon puanları ve Hamilton depresyon ölçeği maddelerinin puanları karşılaştırılmıştır. DKB(+) ve DKB(-) grupları arasında depresyon ölçek puanları ve depresyon özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ruhsal belirti tarama listesi (SCL) puanlarına bakıldığında genel belirti indexi, pozitif belirti indexi ve genel olarak anksiyete, psikotizm ve hostilite alt ölçekleri DKB(+) grupta DKB(-) gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu bulgulardan dürtüselliğin eşlik ettiği depresyonlarda hastalığın kliniğinin de farklılıklar gösterebileceği, dürtüselliği olanlarda daha fazla anksiyete ve psikotik belirtilerin olabileceği sonucuna varılabilir. Bu sonuçlar da hastanın tedavisinin planlanmasında oldukça önemlidir.

BİS incelendiğinde 3 ana dürtüsellik alt başlıkları olan motor, dikkat ve plan yapmama bulunmaktadır. Bunlardan motor dürtüsellik düşünmeden hareket etmeyi, bilişsel/dikkat dürtüsellik çabuk karar vermeyi, plan yapmama ya da bekletememeyi tanımlar. Barratt Dürtüsellik Ölçeği puanlarına baktığımızda total dürtüsellik puanı, kognitif ve motor dürtüsellik puanları DKB(+) grupta DKB(-) gruba göre yüksek olduğu görülmektedir. Yine ZHÖ'ne baktığımızda toplam puan ve ZHÖ-DİS'de DKB(+) olan grupta anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar dürtüsel olan grupta beklediğimiz bir bulgudur. Bu konuda yapılmış çalışmaların sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiştir.<sup>25,28</sup>

Duygudurum bozuklukları ölçeğine baktığımız zaman DKB(+) olan grupta puanlar anlamlı olarak yüksektir. Çalışmamızda MDQ kesme puanı 7 olarak alınmıştır. Bu durum bize dürtüsel olan grubu duygudurum bozukluğu açısından iyi takip etmemiz gerektiğini veya DKB tanısını koyarken MDQ'nun da kullanılabileceğinin göstergesi olabilir. Bu konuda ileride yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yaşamboyu DKB'si olan ve olmayan depresyon hastalarının diğer eksen I bozukluklarının sıklığını karşılaştırdığımızda iki grup arasında bir fark saptanmamıştır.

Tek tek DKB'lerin ektanalarına baktığımızda Eksen I ektanı oranları % 67 ve % 100 arasında değişmektedir. APB'da ve KSA'da ektanı çeşitlidir. Kleptomani tanısı alanlarda sadece YAB ve uyum bozukluğu görülmüştür. Patolojik kumar oynama hastaları sadece YAB, Piromanide ise TSSB, YAB ve somataform bozukluk saptanmıştır. YAB tüm DKB olgularında bir ektanı olarak saptanmıştır. YAB tüm DKB'lerde bir ektanı olarak saptanmıştır. Alkol kullanımı Kleptomani, PKO ve Piromani dışındaki DKB'lerde saptanmıştır. Bu sonuç olgu sayısındaki kısıtlılık nedeniyle olabilir.

Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB(-) olan grupla kıyasladığımızda HAM-D puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. BDÖ için sadece Kompulsif egzersiz yapmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup BDÖ toplam puanı düşük bulunmuştur. Kompulsif egzersiz yapmada diğer ölçek puanlarına baktığımızda hem DKB(-) olan gruba hem de diğer DKB'lere göre düşük olduğunu görmekteyiz. Bu durum egzersiz yapanlarda depresyon şiddetinin daha az olabileceğini akla getirebilir. APB'da ve DY'da ve KSA'da genel olarak SCL alt ölçek puanları belirgin olarak yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda her üç grubun da olgu sayısı fazladır. Olgu sayısı az olan diğer DKB'lerde alt ölçek puanları DKB(-) olan gruba yakındır. Bu nedenle daha geniş kapsamlı çalışmalar hastalıkların doğasını anlamamıza yardımcı olabilecektir.

Dürtüsellikle ilgili ölçek puanları tek tek DKB'lerle DKB(-) olan grup kıyaslandığında BIS-Toplam puanları, motor ve dikkat dürtüsellikte yüksek değerler göze çarpmaktadır. Benzer sonuçlar Lejoyeux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gösterilmiştir.<sup>25</sup> ZHÖ ölçeğinde toplam puanlarda, ZHÖ-DİS puanında ve ZHÖ-BS de her bir DKB için yüksek değerler saptanmıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında çalışmanın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesinde yürütülmesi nedeniyle genel topluma ve diğer hastalara genelleştirilememesi, örneklem grubunun azlığı ve bazı DKB'lerinde az sayıda olgu bulunması gösterilebilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- 1- Son yıllarda dürtü kontrol bozuklukları üzerinde çok sayıda araştırma yapılmıştır. DKB'lerin, DSM-IV'de tanısal olarak sınıflandırılmaları üzerinde halen tartışmaya değer konular bulunmaktadır. Başka türlü adlandırılmayan DKB başlığı altında sıralanan bozukluklar için henüz kesin tanı ölçütleri belirlenmemiştir.
- 2- Bir yıllık bir süreçte polikliniğimize ayaktan başvuran depresyon hastalarının yaklaşık üçte birinde DSM-IV tanı ölçütlerine göre en az bir DKB eştanısı saptanmıştır.
- 3- BTA-DKB'ler dâhil edildiğinde katılan hastaların yaklaşık yarısında DKB eştanısı saptanmıştır.
- 4- En sık saptanan DKB Aralıklı Patlayıcı Bozukluktur.
- 5- İkinci sırada saptanan DKB Deri Koparmadır.
- 6- Üçüncü sırada Kompulsif Satın Almadır.
- 7- DKB(+) olan olguların ortalama yaşlarının DKB(-) olanlara kıyasla daha genç olduğunu ve hastalığın daha genç yaşta başladığını görmekteyiz. Bu bulgudan yola çıkarak dürtüselliği olan hastaların daha erken yaşlarda depresyona girebilecekleri söylenebilir.
- 8- DKB(+) olan grup ilk depresyon atağını daha genç yaşta geçirdiği saptanmıştır.
- 9- Cinsiyetler arasında DKB varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.
- 10- PKO erkeklerde, Kompulsif satın alma kadınlarda daha fazladır.
- 11- Çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da APB, Kleptomani, Piromani, Kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma erkek depresyon hastalarında daha fazladır. Trikotillomani ve deri koparma kadınlarda daha yüksek saptanmıştır.
- 12- Tüm grupta öyküsünde DEHB saptanan olguların hepsi yaşamboyu DKB tanısı da almışlardır. Bu nedenle çocukluk çağı DEHB tanısı alanların ileriki yaşamlarında DKB eştanısı alabilme potansiyeli taşıdığı söylenebilir.
- 13- Yaşamboyu özkıyım girişimi DKB(+) ve DKB(-) olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermese de DKB(+) olan grupta özkıyım girişimi daha fazladır. İlk depresyon atağındaki özkıyım oranları da DKB(+) olan grupta iki kat daha fazladır. Bu

nedenle dürtüsellığı olan depresyon hastalarında özkıym riskinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

**14-** Depresyon skorunu gösteren ölçekler ele alındığında DKB(+) ve DKB(-) olan gruplar arasında belirgin bir farklılık saptanmamıştır.

**15-** Belirti tarama listesinde özellikle olgu sayısı fazla olan APB, DY ve KSA'da genel semptom indeksi, pozitif belirti indeksi, anksiyete, psikotizm ve hostilite puanlarında yüksek değerler saptanmıştır. Diğer DKB'lerde de olgu örnekleri arttırılarak daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir.

**16-** Dürtü kontrol bozukluğu olan hastaların dürtüsellikle ilgili ölçeklerde aldıkları puanlar dürtüsel olmayanlara göre daha fazladır. Özellikle motor dürtüsellik ve kognitif dürtüsellik bu hastalarda yüksektir.

**17-** Heyecan arama ölçeğinde dürtü kontrol bozukluğu olanlarda daha yüksek puanlar elde edilmiştir.

**18-** MDQ değerleri DKB hastalarında anlamlı yüksek çıkmıştır. Bu durum bize DKB hastalarının ileride çıkabilecek duygudurum bozuklukları açısından dikkat etmemiz gerektiğini veya MDQ'nun DKB hastaları için de kullanılabilir bir ölçek olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda yapılacak geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**19-** DKB'lere % 67–100 arasında diğer Eksen I tanıları eşlik etmektedir. Tüm DKB'lerde birliktelik gösteren YAB'dur.

**20-** Dürtüsellığı yüksek olan hastalarda psikopatoloji artmaktadır. Bu da tedavi planında önem taşımaktadır.

**21-** Dürtü kontrol bozukluğu yaygınlığı ayaktan takip edilen depresyon hastalarında yüksektir. Bu nedenle klinisyenler hastalığın tedavisi ve ileride oluşabilecek komplikasyonlar açısından DKB eştanısını dikkate almalıdırlar.

**22-** Dürtü kontrol bozuklukları son zamanlarda üzerinde oldukça durulan bir konudur. Değişik hasta gruplarında yapılan çalışmalarda sıklıkları araştırılmıştır. Ancak bu konuda toplum bazlı çalışmalar azdır ve gelecekte böyle çalışmaların yapılması gerekmektedir.

**23-** Çalışmamıza katılan olgu sayısı az olmamakla birlikte sıklık araştırılan çalışmalar için daha fazla olgunun ele alındığı çalışmalar gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. **Angst J.** Epidemiology of depression. *Psychopharmacology (Berl)* **1992**; 106 (Suppl):71-4.
2. **Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* **1994**; 51(1):8-19.
3. **Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG.** Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry (Suppl)* **1996**; (30):17-30.
4. **Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF.** Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry* **1998**; (Suppl 34):24-8
5. **Isık E.** *Duygu Durumu Bozuklukları/Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, **2003**.
6. **Kaplan Harold I, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7<sup>th</sup>. Ed., Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, **2000**.
7. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş 4. baskı (DSM-IV-TR)*, APA Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E. **2001**.
8. **Stefanis CN, Stefanis NC.** *Diagnosis of Depressive Disorders*. In Mario Maj Ed., A Review. Evidence and Experience In: Psychiatry Published by John Wiley and Sons Ltd: **1999**:1-52.
9. **Furukawa TA, Anraku K, Hiroe T, Takahashi K.** A polydiagnostic study of depressive disorders according to DSM-IV and 23 classical diagnostic systems. *Psychiatry Clin Neurosci* **1999**; 53(3):387-96.
10. **Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği **1997**: 389-428.
11. **Duman R, Heninger G, Nestler E.** A molecular and cellular theory of Depression. *Arc. Gen. Psychiatry* **1997**; 54:597-606.
12. **Çevik A, Volkan VD.** Depresyonun psikodinamik etyolojisi, *Galenos Tıp Dergisi* **2001**; 5:44-6.
13. **Beck AT, Rush AJ, Shaw B, Emery G.** *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Pres, **1979**.
14. **Sungur MZ.** *Depresyonun kognitif teorisi: Depresyon monografı serisi*, Hekimler yayın birliği **1993**; 3:123-34.
15. **Seligman MEP.** *Helplessness*, Freeman. San Fransisco, **1975**.
16. **Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Burne PP, Walters EE.** Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* **1998**; 55(9):801-8.
17. **Kessler RC.** The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatr Scand(Suppl)* **2000**; (406):7-13.

18. **Gorman JM.** Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety* **1997**; 4(4):160-8.
19. **Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB.** Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* **2001**; 110(4):585-99.
20. **Sano M, Stern Y, Williams J, Côté L, Rosenstein R, Mayeux R.** Coexisting dementia and depression in Parkinson's disease. *Arch Neurol* **1989**; 46(12):1284-6.
21. **Gunderson JG, Phillips KA.** A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* **1991**; 148(8):967-75.
22. **Tamam L.** Dürtü kontrol bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı (Ed Köroğlu E) 2. baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2007**
23. **Kaplan Harold I, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 7<sup>th</sup>. Ed., 2. cilt. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, **2000**:1701-13.
24. **Hollander E, Stein DJ.** *Dürtü kontrol bozuklukları klinik el kitabı.* 1. baskı American Psychiatric Association, Washington D.C. and London, 2006' dan çeviren, Karamustafalıoğlu O, **2007**.
25. **Lejoyeux M, Arbaretaz M, McLoughlin M, Adès J.** Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis* **2002**; 190(5):310-4.
26. **Lejoyeux M, Bailly F, Moula H, Loi S, Adès J.** Study of compulsive buying in patients presenting obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* **2005**; 46(2):105-10.
27. **Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN.** Impulse Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatients. *Am J Psychiatry* **2005**; 162:2184-8.
28. **Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J.** Study of impulse-control disorders among alcohol dependent patients. *J Clin Psychiatry* **1999**; 60:302-5.
29. **Grant JE, Williams KA, Potenza MN.** Impulse Control Disorders in Adolescent Psychiatric Inpatients: Co-Occurring Disorder and Sex Differences. *J Clin Psychiatry* **2007**; 68:1584-92.
30. **Grant JE, Potenza MN.** Impulse Control Disorder: clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry*, **2004**; 16:27-34
31. **Zimmerman M, Chelminski I, Young D.** Prevalance and diagnostic correlates of DSM-IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *J Gamb Stud* **2006**; 22:255-62.
32. **McElroy SL, Pope HG Jr, Keck PE Jr, Hudson JI, Phillips KA, Strakowski SM.** Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry* **1996**; 37(4):229-40.
33. **McElroy SL, Soutullo CA, Beckman DA, Taylor P Jr, Keck PE.** DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* **1998**; 59(4):203-10.
34. **Groditzky GR, Tafrate RC.** Imaginal exposure for anger reduction in adult outpatients: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* **2000**; 31(3-4):259-79.
35. **Coccaro EF, Kavoussi RJ.** Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* **1997**; 54(12):1081-8.
36. **Links PS, Steiner M, Boiago I.** Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *J Personal Disord* **1990**; 4:173-81.

37. **Goldman MJ.** Kleptomania: making sense of the nonsensical. *Am J Psychiatry* **1991**; 148: 986-96.
38. **Grant JE, Kim SW.** Adolescent kleptomania treated with naltrexone--a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 11(2):92-5.
39. **McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE.** Kleptomania: clinical characteristics and associated psychopathology. *Psychol Med* **1991**; 21(1):93-108.
40. **Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM.** Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* **1990**; 46:587-99.
41. **DeCaria CM, Begaz T, Hollander E.** Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling. *CNS Spectr* **1998**; 3:38-47.
42. **Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monasta VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE.** Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* **2000**; 32 (Suppl):1-112.
43. **Fiorillo CD, Tobler PN, Schultz W.** Discrete coding of reward probability and uncertainty by dopamine neurons. *Science* **2003**; 299(5614):1898-902
44. **Guidry LS.** Use of covert punishing contingency in compulsive stealing. *J Behav Ther Exp Psychiatry* **1969**; 6:169-70.
45. **McConaghy N, Blaszczyński A.** Imaginal desensitization: a cost-effective treatment in two shoplifters and a binge-eater resistant to previous therapy. *Aust N Z J Psychiatry* **1988**; 22(1):78-82.
46. **McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI.** Pharmacological treatment of kleptomania and bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* **1989**; 9(5):358-60.
47. **Kmetz GF, McElroy SL, Collins DJ.** Response of kleptomania and mixed mania to valproate. *Am J Psychiatry* **1997**; 154(4):580-1.
48. **Burstein A.** Fluoxetine-lithium treatment for kleptomania. *J Clin Psychiatry* **1992**; 53(1):28-9.
49. **Lesieur HR.** Cost and treatment of pathological gambling. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* **1998**; 556:153-76.
50. **Custer RL.** *An overview of compulsive gambling, in Addictive Disorders Update: Alcoholism, Drug Abuse and Gambling.* Edited by Carone PA, Yoles SF, Kieffer SN, et al. New York, Human Sciences Press, **1982**:107-24
51. **Lesieur HR, Rosenthal RJ.** Pathological gambling: a review of the literature. *Journal of Gambling Studies* **1991**; 7:5-39.
52. **Blume SB.** Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior* **1987**; 3:237-47.
53. **Dickerson MG.** *Compulsive Gamblers.* London, Longmans, **1984**.
54. **Jacobs DF.** Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior* **1988**; 4:27-37.
55. **Ciarrochi JW.** Severity of impairment in dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior* **1987**; 3:16-26.
56. **Ciarrochi J, Richardson R.** Profile of compulsive gamblers in treatment : update and comparisons. *Journal of Gambling Behavior* **1989**; 5:53-65.

57. **Haller R, Hinterhuber H.** Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* **1994**; 27(3):129.
58. **Hollander E, Pallanti S, Baldini Rossi N.** Sustained release lithium/placebo treatment response in bipolar spectrum pathological gamblers. Paper presented at the New Clinical Drug Evaluation (NCD EU) *Annual Meeting, Boca Raton*, **2002**.
59. **Barker AF, Arson.** *A Review of the Psychiatric Literature*. Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs No 35. Oxford, England, Oxford University Press, **1994**.
60. **Virkkunen M, Nuutila A, Goodwin FK, Linnoila M.** Cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels in male arsonists. *Arch Gen Psychiatry* **1987**; 44(3):241-7.
61. **Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, Poland RE.** CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* **1994**; 51(1):20-7.
62. **Kosky RJ, Silburn S.** Children who light fires: a comparison between fire-setters and nonfire-setters referred to a child psychiatric outpatient service. *Aust N Z J Psychiatry* **1984**; 18: 251-5.
63. **Mavromatis M, Lion JR.** A primer on pyromania. *Dis Nerv Syst* **1977**; 38: 954-5.
64. **Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, Callies AL.** A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry* **1991**; 148(11):1566-71.
65. **Schlosser S, Black DW, Blum N, Goldstein RB.** The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Ann Clin Psychiatry* **1994**; 6(3):147-52.
66. **Swedo SE, Leonard HL.** Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatr Clin North Am* **1992**; 15(4):777-90.
67. **Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R.** The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* **2000**; 48(4):287-93.
68. **King RA, Scahill L, Vitulano LA, Schwab-Stone M.** Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1995**; 34(11):1451-9.
69. **Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, Schapiro MB.** Regional cerebral glucose metabolism of women with trichotillomania. *Arch Gen Psychiatry* **1991**; 48(9):828-33.
70. **Tükel R, Keser V, Karali NT, Olgun TO.** Comparison of clinical characteristics in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* **2001**; 15(5):433-41.
71. **Reeve E.** *Hair pulling in children and adolescents*, in *Trichotillomania* Edited by Stein DJ, Christenson GA, Hollander E, Washington DC, American Psychiatric Press, **1999**:201-24.
72. **Stemberger RM, Thomas AM, Mansueto CS, Carter JG.** Personal toll of trichotillomania: behavioral and interpersonal sequelae. *J Anxiety Disord* **2000**; 14(1):97-104.
73. **Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Goldberger EL, Cheslow DL.** A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med* **1989**; 321(8):497-501.
74. **Christenson GA, Crow SJ, Mackenzie TB.** *A placebo controlled double blind study of naltrexone for trichotillomania*. Paper presented at the 147th annual meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, **1994**.

75. **Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB.** A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry* **2000**; 61(1):47-50.
76. **van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, Hellenbrand I, Hendriks GJ.** Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Arch Gen Psychiatry* **2003**; 60(5):517-22.
77. **McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Smith JM, Strakowski SM.** Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* **1994**; 55(6):242-8.
78. **Faber RJ, O'Guinn TC.** A clinical screener for compulsive buying. *J Consum Res* **1992**; 19:459-69.
79. **Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Adès J.** Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry* **1997**; 58(4):169-73.
80. **Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J.** Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry* **1998**; 155(7):960-3.
81. **Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M.** Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* **1994**; 55(1):5-11.
82. **Black DW, Monahan P, Gabel J.** Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *J Clin Psychiatry* **1997**; 58(4):159-63.
83. **Lejoyeux M, Hourtané M, Adès J.** Compulsive buying and depression. *J Clin Psychiatry* **1995**; 56(1):38-40.
84. **Burgard M, Mitchell JE.** *Group cognitive-behavioral therapy for buying disorders, in I Shop. Therefore I Am: Compulsive Buying and Search for Self.* Edited by Benson A. New York, Jason Aronson, **2000**:367-97.
85. **Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA.** Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* **2002**; 26(3):320-39.
86. **Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S.** Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics* **2000**; 41(3):210-5.
87. **Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF.** Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* **1998**; 59(10):509-14.
88. **Fruensgaard K.** Neurotic excoriations. A controlled psychiatric examination. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* **1984**; 312:1-52.
89. **Stout RJ.** Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking. *Am J Psychiatry* **1990**; 147(3):370-72.
90. **Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T.** Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* **1999**; 60(7):454-9.
91. **Hollander E, Tracy KA, Swann AC.** Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* **2003**; 28(6):1186-97.
92. **Pinto OC, Akiskal HS.** Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J Affect Disord* **1998**; 51(3):333-43.
93. **Bradford JM.** The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry* **2001**; 46(1):26-34.

94. **Hollander E, Wong CM.** Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry* **1995**; 56(Suppl 4):7-12.
95. **Kafka MP.** Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav* **1997**; 26(5):505-26.
96. **Kafka MP, Hennen J.** The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. **1999**; 25(4):305-19.
97. **Kafka MP, Hennen J.** Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse* **2003**; 15(4):307-21.
98. **Ragan PW, Martin PR.** The psychobiology of sexual addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity* **2000**; 7:161-75.
99. **Blair RJ, Cipolotti L.** Impaired social response reversal. A case of 'acquired sociopathy'. *Brain* **2000**; 123:1122-41.
100. **Gondim FA, Thomas FP.** Episodic hyperlibidinisism in multiple sclerosis. *Mult Scler*, **2001**;7(1):67-70.
101. **Bamber DJ, Cockerill IM, Rodgers S, Carroll D.** Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br J Sports Med* **2003**; 37(5):393-400.
102. **Bamber D, Cockerill IM, Carroll D.** The pathological status of exercise dependence. *Br J Sports Med* **2000**; 34(2):125-32.
103. **Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, Mohs RC, Davis KL.** Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* **1989**; 46(7):587-99.
104. **Spreux-Varoquaux O, Alvarez JC, Berlin I, Batista G, Despierre PG, Gilton A, Cremniter D.** Differential abnormalities in plasma 5-HIAA and platelet serotonin concentrations in violent suicide attempters: relationships with impulsivity and depression. *Life Sci* **2001**; 69(6):647-57.
105. **Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ.** The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* **2001**; 158(11):1871-7.
106. **Cataldo MG, Nobile M, Lorusso ML, Battaglia M, Molteni M.** Impulsivity in depressed children and adolescents: a comparison between behavioral and neuropsychological data. *Psychiatry Res* **2005**; 136(2-3):123-33.
107. **Pezawas L, Stamenkovic M, Jagsch R, Ackerl S, Putz C, Stelzer B, Moffat RR, Schindler S, Aschauer H, Kasper S.** A longitudinal view of triggers and thresholds of suicidal behavior in depression. *J Clin Psychiatry* **2002**; 63(10):866-73.
108. **Corruble E, Damy C, Guelfi JD.** Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* **1999**; 53(3):211-5.
109. **Cremniter D, Jamain S, Kollenbach K, Alvarez JC, Lecrubier Y, Gilton A, Jullien P, Lesieur P, Bonnet F, Spreux-Varoquaux O.** CSF 5-HIAA levels are lower in impulsive as compared to nonimpulsive violent suicide attempters and control subjects. *Biol Psychiatry* **1999**; 45(12):1572-9.
110. **Granö N, Keltikangas-Järvinen L, Kouvonen A, Virtanen M, Elovainio M, Vahtera J, Kivimäki M.** Impulsivity as a predictor of newly diagnosed depression. *Scand J Psychol* **2007**; 48(2):173-9.

111. **Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Baldini Rossi N.** Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders **2005**; 162(1):137-45.
112. **Linden RD, Pope HG Jr, Jonas JM.** Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* **1986**; 47(4):201-3.
113. **Christenson GA, Mansueto CS.** *Tricotillomania: descriptive characteristics and phenomenology, in Tricotillomania.* Edited by stain DJ, Christenson GA, Hollander E. Washington, DC, American Psychiatric Press **1999**; 1-41.
114. **Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M.** DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* **1999**; 12(4):233-6.
115. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* **1988**; 6:118-26
116. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* **1989**; 7:3-13.
117. **Akdemir A, Örsel S, Dağ İ.** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: bazı psikometrik ve ICD-10 depresyon tanısı ile karşılaştırılması. 2. *Bahar Sempozyumu, Poster Bildiri* **1998**.
118. **Derogatis LR.** *SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedure Manuel for the Revised Version.* Baltimore, MD: Jhon Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, **1977**.
119. **Dağ İ.** Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1991**; 2(1):5-12.
120. **Zuckerman M, Eysenck S, Eysenck HJ.** Sensation seeking in England and in America. Cross cultural, age and sex comparisons. *J Consult Clin Psychol* **1978**; 46:139-49.
121. **Gulec H, Tamam L, Gulec MY et al.** Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* **2008**; baskıda.
122. **Konuk N, Kıran S, Tamam L.** Duygudurum bozuklukları ölçeğinin Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2007**; 18(2):147-54.
123. **Ongen D.** The Relationship Between Sensation Seeking and Gender Role Orientation Among Turkish University Students. *Sex Roles* **2007**; 57:111-8.
124. **Christenson GA, Faber RF, de Zwaan M at all.** Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* **1994**; 55:5-11.
125. **Patton JH, Stanford MS, Barratt ES.** Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* **1995**; 51:768-74.

## EKLER

### EK-1

#### Sosyodemografik Veri Formu

- 1- Adı Soyadı:
- 2- Yaşı (yıl):
- 3- Cinsiyet: 1-kadın 2-erkek
- 4- Medeni durumu: 1-evli 2-bekar 3-boşanmış 4-dul
- 5- Eğitim düzeyi: 1-ilköğretim 2-lise 3-yüksek okul
- 6- Meslek: 1-çalışmıyor 2-işçi 3-memur  
4-emekli 5-düzensiz çalışıyor
- 7- Sosyoekonomik durum: 1-alt 2-orta 3-üst
- 8- Yaşadığı yer: 1-il 2-ilçe 3-köy
- 9- Fiziksel hastalık durumu: 1-var(.....) 2-yok (.....)
- 10- Anne baba kaybı var mı? 1-evet 2-hayır  
10-1:kayıp sırasındaki yaş:
- 11-Çocukluk döneminde anne babadan 6 haftadan uzun süren ayrılık: 1-var 2-yok  
11-1: ayrılık yaşı:
- 12-Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü:  
1-ADHD  
2-Enürezis nokturna-enkoprezis  
3-seperasyon anksiyetesi  
4-davranım bozukluğu  
5-tanımlanmadı
- 13-Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü: 1-evet 2- hayır  
13-1: Hastalık türü:  
1-anksiyete boz  
2-somatoform boz  
3-alkol madde kullanımı

- 13-2:Hastalık sırasındaki yaşı :  
 13-3:Hastalığın süresi  
 13-4:Hastaneye yatış :  
 13-5:Tedavi: 1-evet 2-hayır
- 14- Yaşam boyu intihar girişimi var mı?: 1-var 2-yok
- 15-Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1-evet 2-hayır
- 15-1:Hastalık türü:  
 1- Anksiyete boz  
 2- Somatoform boz  
 3- Alkol madde kullanımı  
 4- Psikotik boz  
 5- Duygu durum boz
- 15-2:Akrabalık düzeyi:  
 1-1. derece  
 2- 2.derece
- 16-Geçirilen toplam depresyon epizot sayısı:
- 17-İlk depresyon epizodunda:  
 1-O dönemdeki yaşı:  
 2-Stres etkeni: :1-var 2-yok  
 3-Şiddeti (işlevselliği bozma düzeyi):1-hafif 2-orta 3-ağır  
 4-Özellği:  
 a-postpartum b-psikotik c-katatonik d-melankolik  
 e-atipik f-mevsimsel g-diğer  
 5-Düzelme:  
 1-yok 2-AD ile 3-EKT 4-kendiliğinden 5-diğer  
 6-Özkıyım girişimi: 1-var 2-yok  
 7-Düzelme süresi (ay): .....  
 8-Hastaneye yatış: 1-var 2-yok
- 18- Şu anki epizoda:  
 1-Stres etkeni: 1-var 2-yok  
 2-Özkıyım düşüncesi: 1-var 2-yok  
 3-Özkıyım planı: 1-var 2-yok  
 4-Özkıyım girişimi: 1-var 2-yok  
 5-Bu dönemde alkol kullanımı: 1-var 2-yok  
 6-yakınılan en önemli üç semptom:  
 a-emosyonel b-bilişsel c-vegetatif
- 19- Geçirilen toplam manik epizot sayısı:

## EK-2

### **Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.**  
Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- 1- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
1 Gelecek hakkında karamsarım.  
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve bana sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.  
3 Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.  
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3 Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0 Kendimden memnunum.  
1 Kendi halimden pek memnun değilim.  
2 Kendime çok kızıyorum.  
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1 Zayıf yanlarım ve hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
2 Kendimi öldürmek isterdim.  
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2 Çoğu zaman ağlıyorum.  
3 Eskiden ağlıyabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10- 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2 Şimdi hep sinirliyim.  
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11- 0 Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.  
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.  
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

- 12- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.  
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.  
1 Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2 Görüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum  
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.  
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2 Yaptığım her şey beni yoruyor.  
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17- 0 İştahım her zamanki gibi.  
1 İştahım eskisi kadar iyi değil  
2 İştahım çok azaldı.  
3 Artık hiç iştahım yok.
- 18- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.  
1 İki kilodan fazla kilo verdim.  
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.  
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünmüyorum.
- 20- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.  
1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.  
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.  
1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.  
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

### EK-3

#### Hamilton Depresyon Ölçeği

Her maddede, hastayı en iyi karakterize eden cevabı belirleyen numarayı daire içersine alın

1. Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0.Yok

1.Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.

4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0.Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2. Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.

3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırılmadır. Suçluluk hezeyanları.

4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok.

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.

3. İntihan düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.

4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi

2. Gece yarısı uyanıyor.

Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir (Herhangi bir neden olmaksızın)

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.

2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

## 7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).

3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

## 8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşmeyi yapabilmek, çok zor.

4. Tam stuporda

## 9. Ajitasyon

0. Yok

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

## 10. Psikik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Sübjektif gerilim ve irritabilite.

2. Küçük şeylere üzülüyor.

3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4. Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

## 11. Somatik anksiyete (Anksiyeteye eşlik eden şu gibi fizyolojik sorunlar: Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, geğirme, kramp. Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme)

0. yok

1. hafif

2. ılımlı

3. şiddetli

4. çok şiddetli

## 12. Gastrointestinal somatik semptomlar

0. Yok.

1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Bağırsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. Genel somatik semptomlar

0. Yok.

1. Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2. Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları v.b.)

0. Yok.

1. Hafif

2. Şiddetli

3. Anlaşılamadı.

15. Hipokondriyaklık

0. Yok.

1. Kuruntulu.

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4. Hipokondriyaklık delüsyonları.

16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A. Tedavi öncesinde (anamnez bulgular)

0. Kilo kaybı yok.

1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama.

2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Psikiyatrisi tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde.

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.

1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

2. Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama.

17. Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde

1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

**EK-4****Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)**

Adı Soyadı:  
Öğrenci ise,  
Okulun Adı:  
Öğrenimi:

Cinsiyeti:  
Doğum Tarihi:

İşi:  
Tarih:

Adresi:  
Tel:

**YÖNERGE:** Aşağıda herkese ait olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyun, sonra bu durumun **BUGÜN DAHİL SON BİR AY İÇİNDE** sizi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiğini göz önüne alarak yan taraftaki parantezin içine (X) işareti koyun. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen silin. Yenisini okunaklı biçimde işaretleyin. Soru atlamaksızın tüm soruları yanıtlayın. Başlangıç örneğini dikkatle okuyun, anlamadığınız soru olursa danışın.

**ÖRNEK:**

|               | 0   | 1   | 2   | 3   | 4   |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Baş ağrısı | ( ) | ( ) | ( ) | (X) | ( ) |

0) Hiç yok. 1) Çok az var. 2) Orta derecede var. 3) Fazla var. 4) Aşırı derecede var

|                                                                            | 0   | 1   | 2   | 3   | 4   |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Baş ağrısı                                                              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2. Sinirlilik ya da içinde titreme hissi                                   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3. Kafanızdan atamadığınız tekrarlayıcı hoşla gitmeyen düşünceler          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4. Baygınlık ya da baş dönmesi                                             | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5. Cinsel istek ve ilginin azalması                                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6. Başkaları tarafından eleştirilmesi duygusu                              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri         | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 9. Olayları hatırlamada zorluk                                             | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler                         | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 11. Kolayca gücenip rahatsız olma hissi                                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar                                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 13. Caddelerde ya da açık alanlarda korku hissi                            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 14. Enerjinizde azalma ya da yavaşlama hali                                | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 15. Hayatınıza son verme düşünceleri                                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 16. Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak                               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 17. Titreme                                                                | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 18. Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi                                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 19. İştah azalması                                                         | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 20. Kolayca ağlama                                                         | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 21. Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ve rahatsızlık hissi      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

|                                                                                   |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek                                  | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma                                   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları                                           | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu                                           | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 26. Olaylar için kendini suçlama                                                  | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 27. Bel ve sırtta ağrılar                                                         | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 28. İşlerin yapılmasını erteleme duygusu                                          | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 29. Yalnızlık hissi                                                               | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 30. Karamsarlık hissi                                                             | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 31. Herşey için çok fazla endişe duyma                                            | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 32. Herşeye karşı ilgisizlik hali                                                 | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 33. Korku hissi                                                                   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali                                   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması                  | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 36. Başkalarının sizi anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi                  | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak              | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 39. Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması                    | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 40. Bunaltı yada midede rahatsızlık hissi                                         | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 41. Kendini başkalarından aşağı görme duygusu                                     | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 42. Adele (kas) ağrıları                                                          | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 43. Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi                  | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 44. Uykuya dalmada güçlük                                                         | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme                           | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 46. Karar vermede güçlük                                                          | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 47. Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu                              | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 48. Nefes almada güçlük                                                           | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 49. Sıcak-soğuk basmaları                                                         | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 50. Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ev durumlardan kaçınma hissi                | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 51. Hiçbir şey düşünmeme hali                                                     | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma                            | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 53. Boğazınıza bir yumruk tıkanması                                               | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 54. Gelecek konusunda ümitsizlik hali                                             | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 55. Düşüncelerinizi toparlamada güçlük                                            | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi                               | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 57. Gerginlik ya da coşku hissi                                                   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi                                               | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 59. Ölüm ya da ölmeyi düşünme                                                     | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 60. Aşırı yemek yeme                                                              | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 61. İnsanlar size baktığı ya da hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma          | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 62. Size ait olmayan düşünceler sahip olma                                        | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 63. Bir başkasına vurma, yaralama, zarar verme isteği                             | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 64. Sabahları çok erken saatte uyanma                                             | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 65. Yılanma, sayı sayma, dokunma gibi bazı hareketleri tekrarlama                 | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| 66. Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık                                          | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |

- 67.Bazı şeyleri kırıp dökme isteği ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 68.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerinizin oluşu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 69.Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 70.Pazar yeri, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 71.Herşeyin bir yük gibi görünmesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 72.Dehşet ve panik nöbetleri ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 73.Topluluk içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 74.Sık sık münakaşa etme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 75.Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 76.Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 77.Başkaları ile birlikte olduğunuz durumlarda dahi yalnızlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 78.Yerinde duramayacak ölçüde rahatsızlık duyma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 79.Kendinizi değersiz hissetme duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 80.Size kötü bir şey olacakmış duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 81.Bağırma ya da eşyaları fırlatma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 82.Topluluk içinde bayılacağınız korkusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 83.Eğer fırsat vererseniz insanların sizden yararlanacağı duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 84.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelere sahip olma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 85.Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 86.Korkutucu türden düşünce ve hayaller ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 87.Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 88.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 89.Suçluluk duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 90.Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
-

**MINNESOTA DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU FORMU**

**GENEL BİLGİLER**

1.Erkek:      Kadın:

2.Yaş:

3.Meslek:

4.Evlilik durumunuz: Bekar:

Evli:

Boşanmış:

Dul:

Ayrı yaşama:

5.Çocuğunuz var mı? Evet:      Hayır:

5a.( Evetse) Kaç çocuğunuz var? -----

5b.( Evetse) Kaç yaşındalar? -----

6.Eğitim durumunuz:

6a.Liseden daha fazlaysa aldığınız en yüksek derece:

7.Yıllık geliriniz ne kadar? -----

## ALİŞVERİŞ YAPMA BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRMESİ

1a. Siz veya yakınlarınız çok sık alışveriş yapmayla veya fazla para harcamayla ilgili bir sorunuz olduğunu düşünür müsünüz? Evet: Hayır:

1b.(Evetse) Neden? -----  
-----

2a. Hiç alışveriş yapmaya karşı aşırı bir istek, kontrolsüz alışveriş yapma veya sadece alışveriş yaparak gerginliğinizi giderme şeklinde deneyimleriniz olur mu? Evet: Hayır:

2b.(Evetse) Alışverişle ilgili bu aşırı istek düşünceleri zihninize zorla mı giriyor?

Evet: Hayır:

2c.(Evetse) Bu istek ve düşüncelere karşı koyma girişiminiz olur mu? Evet:

Hayır:

3a. Alışveriş yapmayı gerginliğinizin azalması ve haz alma duygusu takip eder mi?

4a. Alışveriş yapma sorunu sosyal, evlilikle ilgili, ailevi, iş veya mali problemlere yol açtı mı veya belirgin bir zor duruma neden oldu mu?

4b.(Evetse) Aşağıdaki alanlardan hangisiyle ilgili sorunuz var?

Soysal -----

Evlilikle ilgili -----

Ailevi -----

Mali -----

İş -----

Kişisel zorluklar -----

Diğer -----

4c.(Evetse) Alışveriş yapma bu alanları nasıl etkiledi?

-----  
-----  
-----

(1'den 4'e kadar olan sorularda evet cevabı varsa alışveriş yapma bozukluğu ile ilgili görüşmeyi tamamlayın; eğer cevaplarınız hayırsa değerlendirmeyi sonlandırınız.)

## KLEPTOMANİ DEĞERLENDİRMESİ

1a. Daha önce hiç çaldınız(hırsızlık yaptınız) mı? Evet: Hayır: (Hayırsa değerlendirilmeyi sonlandırınız.)

1b.(Evetse) Bu ne zaman oldu?-----

1c.(Evetse) Ne çalmıştınız? -----

1d.(Evetse) Şimdi de çalıyor(hırsızlık yapıyor) musunuz? Evet: Hayır:  
(Evetse) Lütfen çalma(hırsızlık yapma) biçiminizi tarif ediniz. -----

1e.(Durum birkaç izole olayla sınırlı kalmayan, tekrarlayan bir çalma modeli gösteriyor.) Evet: Hayır:

1f.Bazı insanlar kendi kişisel gereksinimleri için veya parasal nedenlerle veya ticaret amacıyla, kendilerine kazanç getiren kıymetli şeyler çalarlar. Diğerleri belirli bir nedenle çalmazlar, kendilerine ve başkalarına anlamsız gelen veya dürtüsel şekilde çalarlar. Sizin çalma nedeniniz nedir?  
-----  
-----

1g.Kendi ihtiyacınız, parasal nedenlerle veya ticaret için ve açık sebebe dayanmayan nedenlerle çalma oranınız kaçtır?

Parasal değeri için çalma -----%

Kişisel gereksinim için çalma -----%

Kişisel gereksinim veya parasal değer

Taşımayan eşyaları çalma -----%

2a.Daha önce hiç çalmaya karşı aşırı bir istek veya kontrolü güç bir ihtiyaç duygusu veya sadece çalmayla gerginliğinizi giderme şeklinde deneyimleriniz oldu mu? Evet: Hayır:

2b.(Evetse)Çalmayla ilgili aşırı istek veya düşünceler zihninize zorla mı giriyor?

2c.(Evetse) Bu aşırı istek ve düşüncelere karşı koyma girişiminiz oluyor mu? Evet: Hayır:

3a. Çalmayı gerginliğinizin azalması veya haz alma duygusu takip eder mi?

Evet: Hayır:

4a. Çalma sosyal, evlilikle ilgili, ailevi, mali veya iş problemlerine yol açtı mı veya kişisel olarak zor durumda kalmanıza neden oldu mu? Evet: Hayır:

4b. (Evetse) Aşağıdaki alanlardan hangisiyle ilgili sorunuz var?

Sosyal -----

Evlilikle ilgili-----

Ailevi-----

Mali-----

İş-----

Kişisel zorluklar-----

Diğer-----

4c.(Evetse) Çalma bu alanları nasıl etkiledi?

## TRİKOTİLLOMANİ DEĞERLENDİRMESİ

1. Hiç kafa derisi, kirpik, kaş, genital veya diğer vücut kıllarınızı kozmetik nedenler(örneğin kaş alma, mayo için genital kılları yolma, beyaz saç tellerini koparma, yüz kıllarını koparma) dışında kopardınız mı? Evet: Hayır: (Hayırsa ölçümü sonlandırınız.)

2. Aşağıdaki listeden hangi kıl alanlarını yolduğunuzu işaretleyiniz. (Yalnızca kozmetik nedenlerle olmayan ve görünen kayıp saptanmayanları kontrol ediniz.)

kafa derisi-----  
kirpikler-----  
kaşlar-----  
genital-----  
sakal-----  
bıyık-----  
bacaklar-----  
kollar-----  
koltuk altı-----  
göğüs-----  
karın-----

3. Hiç kıl yolma, saçlarda incelme, çeşitli alanlarda kellik, kaşlarda boşluklar oluşması şeklinde kayıplarla sonuçlandı mı? Evet: Hayır: (Hayırsa ölçümü sonlandırınız.)

4a. Bir alandan saç yolmadan önce gerginlik oluşması veya gerginliğinizin artması veya saç yolmaya karşı aşırı istek şeklinde deneyimleriniz olur mu? Evet: Hayır:

4b. (Evetse) Bu durum o anki stres etkenlerine bağlanabilecek genel gerginlikten veya sıkıntıdan daha farklı mıdır? Evet: Hayır:

5. Kıl yolmanın ardından gerginliğin gitmesi, rahatlama şeklinde deneyimleriniz olur mu? Evet: Hayır:

6. Kıl yolmanın ardından haz alma ve sevinç duyma gibi deneyimleriniz olur mu? Evet: Hayır:

## ARALIKLI PATLAYICI BOZUKLUK DEĞERLENDİRMESİ

Aşağıda saldırganlıkla ilişkili sorular bulunmaktadır.

1a. Hiç kontrolünüzü kaybettiğiniz ve birine saldırdığınız oldu mu veya birinin malına zarar verdiniz mi? Evet: Hayır:

1b. (Evetse) Bu durumu açıklayacak uygun nedenler var mıydı? Evet: Hayır:

1c. (Evetse) Bu ataklar sırasında ciddi yaralanmalara veya maddi zarara neden oldunuz mu? Evet: Hayır:

1d. Siz veya başkaları bu atakların göze batan derecede içinde bulunduğunuz duruma göre çok aşırı ve uygunsuz olduğunu hissettiniz mi? Evet: Hayır:

1e. Bu ataklar size farklı geliyor mu? Evet: Hayır:

1f. Bu ataklar her zaman alkol veya psikoaktif ilaçla kullanımıyla ilişkili mi? Evet: Hayır:

1g. İlk kez kaç yaşında kontrol kaybı deneyimi yaşadınız?

2. Sık sık kendinizi kontrolünüzü kaybedecek gibi mi hissedersiniz? Evet: Hayır:

## PİROMANİ DEĞERLENDİRMESİ

1a. Daha önce bilerek ya da kasten birden fazla nedenle yangın çıkardığınız oldu mu? Evet:

Hayır: (Hayırsa değerlendirmeyi sonlandırınız.)

(Evetse) Bu yangınların birden fazlası;

1b. Parasal olmayan nedenlerle mi çıkardınız? Evet: Hayır:

1c. Suçla ilgili bir faaliyeti gizleme amacı olmadan mı çıkardınız? Evet: Hayır:

1d. Kızgınlık ve intikam amacı olmadan mı çıkardınız? Evet: Hayır:

1e. Arazi açma amacı olmadan mı çıkardınız? Evet: Hayır:

(not: halüsinasyonlar, delüzyonlar bu değerlendirmede yer almamıştır)

2. Yangın çıkarmadan önce bir çeşit dayanılmaz istek veya gerginlikte artış şeklinde deneyimleriniz oldu mu? Evet: Hayır:

3. Belirgin duygu durum değişiklikleri sizi yangın çıkarmaktan hoşlanır hale getiriyor mu?

Evet: Hayır:

4. Yangına, yangının çıktığı durumlara, yangın çıkarmada kullanılan şeylere veya yangının sonuçlarına kendinizi kaptırdığınız, ilgi duyduğunuz, merak ettiğiniz veya etkilendiğiniz oluyor mu? Evet: Hayır:

5. Yangın çıkarırken, yangını izlerken veya yangının kötü sonuçlarıyla ilişkili sevinç, haz alma veya rahatlama deneyimleriniz olur mu? Evet: Hayır:

## PATOLOJİK KUMAR OYNAMA DEĞERLENDİRMESİ

1. Kumar oynar mısınız? Evet: Hayır: (Hayırsa sonlandırınız.)
2. Kendiniz ya da çevrenizdekiler kumar oynamayla ilgili bir probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz? Evet: Hayır:
3. Kumar oynadığınızda kendinizi suçlu hissediyor musunuz veya kumar oynayınca ne hissedersiniz? Evet: Hayır:
4. Zihninizi sık sık kumar oynamayla veya kumar oynamak için para sağlamayla meşgul oluyor mu? Evet: Hayır:
5. Sık sık büyük miktarlarda parayla veya planladığınızdan daha uzun süreyle kumar oynar mısınız? Evet: Hayır:
6. Aynı heyecanı elde etmek için bahisleri büyütür müsünüz veya kumar oynama sıklığını artırma ihtiyacı hisseder misiniz? Evet: Hayır:
7. Kumar oynayamadığınızda kendinizi huzursuz veya sinirli hisseder misiniz? Evet: Hayır:
8. Hiç kumar oynamayı bırakmayı denediniz mi veya denediyseniz zorlandınız mı? Evet: Hayır:
9. Kumar oynama bozukluğu nedeniyle önemli sosyal, iş veya eğlence aktivitelerinizle ilişkinizi azalttığınız veya terk ettiğiniz oldu mu? Evet: Hayır:
10. Belirgin parasal, sosyal, ailevi veya meslek problemine yol açmasına veya bunları daha kötü bir duruma sokmasına rağmen oynamaya devam ettiniz mi? Evet: Hayır:
11. Tekrarlayan para kayıplarına rağmen, kaybettiklerinizi geri kazanmak amacıyla yeniden kumar oynamaya başladınız mı? Evet: Hayır:
12. Sosyal ve mesleki sorumluluklarla karşılaştığınızı düşündüğünüzde sık sık kumar oynar mısınız? Evet: Hayır:

## KOMPULSİF CİNSEL DAVRANIŞ DEĞERLENDİRMESİ

Aşağıdaki bölüm cinsel davranışlarla ilgili sorular içermektedir.

1. Diğer insanlar ya da siz; sizin sekse düşkünlükle veya cinsel aktivitelerinizle ilgili zihninizin aşırı meşgul olduğunu düşündüler mi? Evet: Hayır:

2a. Kontrolünüzü kaybettiğinizi hissediyor veya sizi zor durumlara sokan tekrarlayan cinsel fantezileriniz var mı? Evet: Hayır:

2b.(Evetse) Örnek verir misiniz? (Evetse) lütfen bunları açıklayınız.

2c.(Evetse) Yukarıdaki fanteziler sık sık zihninize zorla giriyor mu? Evet:

Hayır:

2d.(Evetse) Yukarıdaki fantezileri düşünmeye karşı direnmeyi deniyor musunuz?

Evet: Hayır:

2e.(Evetse) Fantezinizi yaşarken bu durum kendinizi iyi veya kötü hissetmenize neden olur mu? Evet: Hayır:

2f. Bu fanteziyi yaşadktan sonra kendinizi utanmış hisseder misiniz?

3a. Size kontrolünüzü kaybettiğinizi hissettiren veya sizi zor duruma sokan tekrarlayan şiddetli cinsel istekleriniz var mı? Evet: Hayır:

3b. (Evetse) Örnek verir misiniz?(Evetse)lütfen bunları açıklayınız.

3c.(Evetse) Yukarıdaki şiddetli istekler sık sık zihninize zorla giriyor mu? Evet:

Hayır:

3d.(Evetse) Yukarıdaki şiddetli istekleri düşünmeye karşı direnmeyi denediniz mi?

Evet: Hayır:

3e.(Evetse) Şiddetli isteklerinizi yaşadığımızda bu durum kendinizi iyi veya kötü hissetmenize neden oluyor mu? İyi----- kötü-----

3f.(Evetse)Bu şiddetli isteklerinizi yaşadktan sonra kendinizi utanmış hisseder misiniz? Evet: Hayır:

4a. Kontrolünüzü kaybettiğinizi hissettiğiniz veya sizi zor duruma sokan tekrarlayan cinsel davranışlarla meşgul olur musunuz? Evet: Hayır:

4b.(Evetse) Örnek verir misiniz?(Evetse) lütfen bunları açıklayınız.

4c.(Evetse) Yukarıdaki davranışlarla ilgili düşünceler sık sık zihninize giriyor mu?

Evet: Hayır:

4d.(Evetse) Bu davranışlarla meşgul olmaya karşı direnmeyi denediniz mi? Evet:

Hayır:

4e.(Evetse) Bu davranışlarla meşgul olduğunuzda bu durum kendinizi iyi veya kötü hissetmenize neden olur mu?-----iyi -----kötü

4f. Bu davranışlarla meşgul olduktan sonra kendinizi utanmış hisseder misiniz?

Evet: Hayır:

## KOMPULSİF HAREKET(EGZERSİZ) DEĞERLENDİRMESİ

- 1.Düzenli olarak egzersiz yapar mısınız? Evet: Hayır: (Hayırsa ölçümü sonlandırınız.)
- 2.Egzersiz yapmadığınızda zihniniz egzersiz yapmakla meşgul olur mu? Evet: Hayır:
- 3.Egzersiz yapmaya ayırdığınız zamanı azaltmaya çalıştığınız ancak başarısız olduğunuz olur mu? Evet: Hayır:
- 4.Egzersiz bozukluğu nedeniyle önemli sosyal, iş veya eğlence aktivitelerini kaçırdığınız olur mu? Evet: Hayır:
- 5.Fiziksel yaralanmaya rağmen egzersiz yaptığınız veya egzersizle kötüleşen hastalığınız olur mu? Evet: Hayır:
- 6.Her gün yaptığınız, özel bir atletik eğitimin veya yarışmanın parçası olmayan bir egzersiz programınız var mı? Evet: Hayır:
- 7.Aşağıdaki gibi anormal zamanlarda egzersiz yapar mısınız;?

a)Ayakta veya oturup yemek yerken kalori harcamak için? Evet: Hayır:

b)Otururken kalori harcamak ve kilo kaybetmek için kol ve bacakları hareket ettirmek? Evet: Hayır:

c)Herhangi başka zamanlar?(Evetse) lütfen açıklayınız -----  
-----  
-----

**Duygu Durum Bozuklukları Ölçeği**

|          |                                                                                                                                                                                                                       |      |       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| <b>1</b> | Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve...<br>Oldu mu?                                                                                                                                 | Evet | Hayır |
|          | .....kendinizi çok iyi ve aşırı hareketli, yerinde duramaz hissettiğiniz ve diğer insanlar tarafından bunun sizin normal haliniz olmadığı söylendi mi, veya bu nedenle başınız derde girdi mi?                        |      |       |
|          | .....çok çabuk kızıp insanlara bağırduğınız ya da kavga veya tartışma çıkardığınız oldu mu?                                                                                                                           |      |       |
|          | .....her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?                                                                                                                                                       |      |       |
|          | .....normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu?                                                                                                                            |      |       |
|          | .....eskisinden çok daha fazla veya daha hızlı konuştuğunuz oldu mu?                                                                                                                                                  |      |       |
|          | .....düşüncelerinizin kafanızda yarıştığı ve zihninizi yavaşlatamadığınız oldu mu?                                                                                                                                    |      |       |
|          | .....etrafınızdaki şeylerden çok kolayca dikkatinizin dağıldığı veya bir hedefe yönelik ilerlerken konsantre olmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?                                                                       |      |       |
|          | .....normalde olduğunuzdan daha fazla enerjik olduğunuz oldu mu?                                                                                                                                                      |      |       |
|          | .....eskisinden çok daha aktif ve faal olduğunuz oldu mu?                                                                                                                                                             |      |       |
|          | .....eskisinden çok daha sosyal ve gezmeye giden birisi oldunuz mu veya arkadaşlarınızı gecenin bir yarısı aramaya başladığınız oldu mu?                                                                              |      |       |
|          | .....cinsellikle normalden daha fazla ilgilendiğiniz oldu mu?                                                                                                                                                         |      |       |
|          | .....normalde yapmadığınız ya da diğer insanların sizin için aşırı, saçma sapan ve riskli bulduğu şeyler yaptığınız oldu mu?                                                                                          |      |       |
|          | .....aşırı para harcayarak kendinizi veya ailenizi zor duruma düşürdüğünüz oldu mu?                                                                                                                                   |      |       |
| <b>2</b> | Eğer yukarıdaki soruların birden fazlasına evet dediyseniz bunların bir kaçını aynı zamanda mı oldu? (lütfen tek cevap işaretleyiniz)                                                                                 |      |       |
|          | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><b>EVET</b></span> <span><b>HAYIR</b></span> </div>                                                                                                 |      |       |
| <b>3</b> | Bu durumlar sizde; çalışmamak, aile sahibi olamamak, para kazanamamak, yasal sorunlar çıkması, kavga veya tartışmalara girmek gibi konularda ne kadar probleme sebep oldu? (lütfen tek cevabı yuvarlak içine alınız.) |      |       |
|          | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><b>Hiç</b></span> <span><b>Az</b></span> <span><b>Orta Derecede</b></span> <span><b>Ciddi</b></span> </div>                                         |      |       |

**BIS 11**

|                    |       |
|--------------------|-------|
| #                  | _____ |
| Plan Yapmama Puanı | _____ |
| Motor Puanı        | _____ |
| Dikkat Puanı       | _____ |

**Açıklamalar:** İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

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

GÜLEÇ H. ALTAY G.

**Zuckerman Heyecan Arama Ölçeği**

Lütfen aşağıda verilen durumlar içerisinde, sizin durumunuzu en çok yansıttığına inandığınız seçeneği daire içine alınız.

1. A) Çılgın, sınırsız partileri severim.  
B) İnsanlarla sohbet edebileceğim sakin partileri severim.
2. A) İkinci, hatta üçüncü kez izlemekten zevk aldığım filmler vardır.  
B) Önceden izlediğim bir filmi tekrar izlemeye dayanmam.
3. A) Dağcı olabilmeyi isterdim.  
B) Dağlara tırmanarak hayatlarını tehlikeye atan insanları anlayamıyorum.
4. A) Hiçbir vücut kokusundan hoşlanmam.  
B) Bazı doğal vücut kokularından hoşlanırım.
5. A) Hep aynı yüzleri görmekten sıkılırım.  
B) Her zaman beraber olduğum insanların yanında hissettiğim yakınlık ve rahatlığı severim.
6. A) Kaybolma ihtimalim olsa da, yabancı bir şehri veya bir şehrin farklı bir bölgesini kendim keşfetmek isterim.  
B) Bilmediğim bir yerde başkasının rehberliğini tercih ederim.
7. A) Sadece başkalarını şok edip üzme için bir şeyler söyleyip yapan insanlardan hoşlanmam.  
B) Söyleyeceği veya yapacağı hemen her şeyi tahmin edebileceğiniz biri çok sıkıcıdır.
8. A) İlerleyen dakikalarda neler olabileceğini tahmin edebildiğim filmlerden veya oyunlardan genellikle zevk almam.  
B) Sonunu tahmin edebileceğim filmleri ve oyunları seyretmek benim için sorun olmaz.
9. A) Esrar içtim veya içmek isterim.  
B) Asla esrar içmem.
10. A) Farklı ve tehlikeli etkiler yaratabilecek herhangi bir maddeyi kullanmak istemem.  
B) Halüsinasyon yaratan bazı yeni maddeleri denemek isterim.
11. A) Duyarlı insanlar tehlikeli aktivitelerden kaçınır.  
B) Bazen, küçük çapta korkutucu şeyler yapmaktan hoşlanıyorum.
12. A) Uçuk kaçık insanlardan hoşlanmam.  
B) Uçuk kaçık insanlarla birlikte olmaktan zevk alırım.
13. A) Uyarıcılar/uyuşturucular kendimi rahatsız hissetmeme neden oluyor.  
B) Sık sık ayaklarımın yerden kesilmesinden hoşlanırım (İçki/uyarıcı/uyuşturucu içerek).
14. A) Daha önce hiç tatmadığım yemekleri denemekten hoşlanırım.  
B) Hayal kırıklığı ve rahatsızlıktan kaçınmak için bildiğim yemekleri ısmarlarım.
15. A) Evde/gezide çekilmiş filmlere/slaytlara/fotoğraflara bakmaktan zevk alırım.  
B) Başkasının evde/gezide çekilmiş filmlerine/slaytlarına/fotoğraflarına bakmak beni çok sıkır.
16. A) Su kayağı yapmak isterim.  
B) Su kayağı yapmak istemem.
17. A) Sörf yapmayı denemek isterim.  
B) Sörf yapmayı denemek istemem.
18. A) Önceden planlanmamış, yer ve zaman ayarlamaları yapılmamış bir geziye çıkmak isterim.  
B) Bir geziye çıktığımda, ne zaman, nereye ve nasıl gideceğimi dikkatlice planlarım.

19. A) Sorumluluk sahibi insanların arkadaşlığını tercih ederim.  
B) Artistler, hippiler, punklar, vb. uç noktadaki insanlarla arkadaşlık kurmayı tercih ederim.
20. A) Uçak kullanmayı öğrenmek istemem.  
B) Bir uçağın nasıl kullanıldığını öğrenmek isterim.
21. A) Suyun yüzeyini derinliklerine tercih ederim.  
B) Scuba dalışı yapmak isterim.
22. A) Eşcinsel insanlarla tanışmayı isterim.  
B) Eşcinsel olduğundan şüphelendiğin insanlardan uzak dururum.
23. A) Paraşütle atlamayı denemek isterim.  
B) Paraşütlü ya da paraşütsüz, bir uçaktan atlamayı asla denemek istemem.
24. A) Ne zaman ne yapacağı belli olmayan arkadaşları tercih ederim.  
B) Ne zaman ne yapacağı belli olan, güvenilir arkadaşları tercih ederim.
25. A) Deneyim olsun diye bir şeyler yapma çabasında değilim.  
B) Biraz ürkütücü, uygunsuz veya yasadışı olsalar da, yeni ve heyecan verici deneyimler ve duyular yaşamaktan hoşlanırım.
26. A) İyi bir resmin temelinde berraklık, simetri ve renk uyumu vardır.  
B) Modern resmin kontrast renklerini ve düzensiz şekillerini güzel bulurum.
27. A) Evimin tanıdık/sıcak atmosferinde zaman geçirmekten zevk alırım.  
B) Zamanımı evde geçirmek beni huzursuz eder.
28. A) Suyu, yüksek bir tramlenden atlayarak dalmayı severim.  
B) Yüksek bir tramlenin üstünde durmanın veya yanına bile yaklaşmanın verdiği duygudan hoşlanmam.
29. A) Fiziksel çekiciliği olan karşı cinsle çıkmaktan hoşlanırım.  
B) Benimle aynı değerleri paylaşan karşı cinsle çıkmaktan hoşlanırım.
30. A) İnsanların gürültü ve taşkınlık yapmasına neden olduğu için, fazla içki, çoğu zaman bir partiyi berbat eder.  
B) İyi bir partinin anahtarı, kadehleri dolu tutmaktır.
31. A) En kötü "sosyal günah" kaba olmaktır.  
B) En kötü "sosyal günah" sıkıcı olmaktır.
32. A) Bir insanın, evlenmeden önce de aktif bir cinsel deneyimi olmalı.  
B) Yeni evli iki insanın cinsel deneyimlerine birlikte başlamaları daha iyidir.
33. A) Param olsa bile çok zengin insanlarla (jet sosyete) zaman geçirmeyi istemezdim.  
B) Kendimi çok zengin insanlarla birlikte sadece zevk ve eğlence için dünyayı dolaşırken hayal edebiliyorum.
34. A) Bazen diğerlerinin gururunu incitseler de, zeki/kurnaz/esprili insanlardan hoşlanırım.  
B) Başkalarının duygularını inciterek eğlenen insanlardan hoşlanmam.
35. A) Bence filmler çok fazla cinsellik içeriyor.  
B) Filmlerdeki birçok "seksi" sahneyi izlemekten zevk alıyorum.
36. A) Birkaç kadeh içtikten sonra kendimi çok daha iyi hissediyorum.  
B) İyi hissetmek için içkiye ihtiyaç duyan insanlarda bir sorun olduğunu düşünüyorum.
37. A) İnsanlar belli standartlara göre (şıklık, stil, vb.) giyinmeli.  
B) İnsanlar, garip ve alışılmadık olsa bile, kendilerince giyinmeli.
38. A) Ufak ve elverişsiz teknelerle çok uzak mesafeleri kat etmeye çalışmak aptalcadır.  
B) Uzak denizlere küçük ama iyi bir tekneyle açılmak isterdim.
39. A) Sıkıcı ve aptal insanlara karşı hiç sabrım yoktur.  
B) Konuştuğum hemen her insanda ilginç bir şeyler bulurum.
40. A) Yüksek bir dağ yamacından hızla aşağıya kaymak, koltuk değnekleriyle yürümek için iyi bir yoldur.  
B) Hızla dağdan aşağıya kaymanın vereceği duygudan hoşlanacağımı düşünüyorum.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Bilge BURÇAK ANNAGÜR

**Doğum Tarihi ve Yeri** : 02.09.1978 – Kırşehir

**Medeni Durumu** : Evli

**Adres** : Mavi Bulvar 78020 sk. No:1 kat 4/8 Adana

**Telefon** : 0 505 7906553

**Faks** :

**E-mail** : [bilgeannagur@yahoo.com](mailto:bilgeannagur@yahoo.com)

**Mezun Olduğu Tıp Fakültesi** : Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Mezuniyet Derecesi** :

**Görev Yerleri** : Enver Kurttepelı Sağlık Ocağı – Adana  
ÇÜTF Psikiyatri AD

**Dernek Üyelikleri** : Türk Psikiyatri Derneğı

**Alınan Burslar** :

**Yabancı Dil** : İngilizce

**Diğer Hususlar** :