



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

**ARALIKLI PATLAYICI BOZUKLUK TARAMA ANKETİNİN
TÜRKÇE UYARLAMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Sinem ÇETİN DEMİRTAŞ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Lut TAMAM**

ADANA-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini, ilgisini, yardımını eksik etmeyen, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, her daim bizlere aileden biri gibi hissettiren, her kötü zamanımızda bize daima destek olan, tez yazım aşamamda fikirleri ve eleştirileri sunan çok değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Lut TAMAM'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince tüm sorularımı büyük bir sabırla dinleyen, yanıtlayan, destek ve teşviklerini esirgemeyen, hem çalışma hem sosyal hayatımda karşılaştığım sorunlarımla büyük bir özveri ile ilgilenen, bilgi, deneyim ve vizyonundan faydalanma fırsatına sahip olduğum için her zaman minnettar olacağım hocam Doç. Dr. M. Emin DEMİRKOL'a

Uzmanlık eğitimime katkısı olan Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, Prof. Dr. Feridun BÜLBÜL'e, Doç. Dr. Soner Çakmak'a Doç. Dr. Zeynep NAMLI'ya, Doç. Dr. M. Onur KARAYTUĞ'a, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına, tüm çalışma arkadaşlarıma, başta Hüzün SÜT, Gülçin Arslan ve Doğan Arslan olmak üzere tüm servis ve poliklinik hemşire ve personeline,

Tüm hayatım boyunca her kararında yanımda olan, her konuda koşulsuz desteğini hissettiğim annem Semiha ÇETİN'e, babam Selçuk ÇETİN'e ve abim Cem Çağdaş ÇETİN'e,

Son olarak her günüme anlam katan, sevgisini, sabrını, anlayışını, desteğini bir an olsun esirgemeyen sevgili eşim Dr. Ahmet Emin DEMİRTAŞ'a ve hayata bakışımı değiştiren biricik oğlum Adil Emir DEMİRTAŞ'a TEŞEKKÜRLERİMİ sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	II
TABLO LİSTESİ.....	VI
ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
KISALTMA LİSTESİ.....	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Saldırganlık Nedir?.....	3
2.1.1 Saldırganlığın Nöropatofizyolojisi.....	3
2.2 APB'nin Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.2.1 Araştırma Kriterleri.....	7
2.3 APB'nin Epidemiyolojisi.....	9
2.4 APB'nin Etiyolojisi ve Patofizyolojisi.....	11
2.5 APB'nin Klinik Özellikleri.....	13
2.6 Ayırıcı Tanı.....	15
2.7 Tedavi Yaklaşımları.....	20
2.7.1 Farmakoterapi.....	21
2.7.1.1 Birinci Basamak Tedavi Yaklaşımı.....	21
2.7.1.2 Dirençli Tabloda Tedavi Yaklaşımı.....	22
2.7.1.2.1 Fenitoin, Okskarbazepin, Karbamazepin.....	22
2.7.1.2.2 Lamotrijin, Topiramet, Valproik Asit, Lityum.....	23
2.7.2 Psikoterapi.....	24
2.7.3 Bilişsel-davranışçı terapi (BDT)	24
2.8 Prognoz.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	26
3.1 Çeviri İşlemi.....	26
3.2 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	26
3.3 Verilerin Toplanması.....	26
3.3.1 Veri Toplama Araçları.....	27
3.3.1.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	28
3.3.1.2 Kullanılan Ölçekler.....	28

3.3.1.2.1 Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R).....	38
3.3.1.2.2 Buss Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ).....	29
3.3.1.2.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği(BİS-11)	30
3.3.1.2.4 Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği (MIDI).....	30
3.3.1.2.5 Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ).....	30
3.4 Etik Kurul ve Onamlar.....	31
3.5 Veri Analizi.....	31
4. BULGULAR	32
4.1 Araştırma Grubunun Özellikleri	32
4.2 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı.....	32
4.3 Katılımcılara Ait Klinik ve Ailesel Özelliklerin Dağılımı.....	33
4.4 Ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler.....	37
4.5 Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik, Klinik ve Ailesel Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
4.6 Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Ölçek Puanlarının/Sonuçlarının Karşılaştırılması	41
4.7 APB-TA'nın Regresyon Analizi Sonuçları.....	43
4.8 APB-TA'nın Güvenirlik Analizi.....	45
5. TARTIŞMA.....	46
5.2 Çalışmanın Güçlü Yönleri.....	53
5.3 Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7.KAYNAKLAR.....	56
8. EKLER	63
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu.....	63
EK-2 DSM-5 Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	65
EK-3Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R).....	66
EK-4 Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Formu.....	69
EK-5 Wender Utah Derecelendirme Ölçeği	75
EK-6 Buss Perry Agresyon Ölçeği.....	76
EK-7 Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11.....	77
EK-8 Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi.....	78
EK-9 Kontrol Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu.....	81

EK-10 Hasta Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu.....	82
--	----



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Aralıklı Patlayıcı Bozukluk için DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	7
Tablo 2. Aralıklı Patlayıcı Bozukluk için Entegre Araştırma Tanı Kriterleri.....	9
Tablo 3. Agresyonun Tanı Ölçütleri Arasında Yer Aldığı DSM-5'teki Ruhsal Bozukluklar.....	15
Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Ait Dağılımları.....	33
Tablo 5. Katılımcıların Klinik Bilgilerine Ait Dağılımları.....	35
Tablo 6. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	37
Tablo 7. Hasta ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Demografik Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 8. Hasta ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Klinik Bilgilerine ve Ailesel Özelliklerine Ait Dağılımların Karşılaştırılması.....	39
Tablo 9. Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Gruplara Göre Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi ile Diğer Ölçekler Arasındaki İlişki.....	42
Tablo 11. APB-TA'nın Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 12. APB-TA'nın Sınıflandırmasına İlişkin Diskriminant Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 13. Lojistik Regresyon Modelinde Potansiyel Anlamlı Değişkenler.....	44

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Saldırganlığın ayırıcı tanısı.....	19
---	----



KISALTMALAR LİSTESİ

- APA** : Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatry Association)
- APB** : Aralıklı Patlayıcı Bozukluk
- APB-AK** : Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Araştırma Kriterleri
- APB-EAK** : Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Entegre Araştırma Kriterleri
- ASKB** : Antisosyal kişilik bozukluğu
- BDNF** : Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
- BDT** : Bilişsel Davranışçı Terapi
- BIS-11** : Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
- BOS** : Beyin omurilik sıvısı
- BPAÖ** : Buss-Perry Agresyon Ölçeği
- CRP** : C- reaktif protein
- DEHB** : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
- DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
- FDG-PET** : Floro-deoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi
- GSİ** : Genel semptom indeksi
- GABA** : Gama amino biturik asit
- ICD-9-CM** : Uluslararası hastalıkların sınıflandırılması sistemi- 9. versiyon klinik düzenleme
- MIDI** : Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği
- NCS-R** : Ulusal Eşanlı Araştırması-Tekrarı (National Comorbidity Survey- Replication)
- OKB** : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- PFC** : Prefrontal korteks
- SCL-90** : Ruhsal Belirti Tarama Listesi
- SSRI** : Selektif Serotonin geri alım inhibitörü
- TLE** : Temporal lob epilepsisi
- TPH** : Triptofan hidroksilaz enzimi
- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
- WUDÖ** : Wender Utah Derecelendirme Ölçeği
- 5-HİAA** : 5-hidroksi indol asetik asit
- 8-OH-DG** : 8-hidroksi-20-deoksiguanozin

8-ISO : 8-izoprostan



ÖZET

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Amaç: Çalışmamızın amacı Coccaro ve ark. tarafından geliştirilen Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi'nin DSM-5'e göre APB tanısı almış hasta ve sağlıklı popülasyonda Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasının yapılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 71 APB tanısı almış ve 68 sağlıklı birey olmak üzere 139 kişilik örnekleme yapılmıştır. Katılımcılara 'Barratt Dürtüsellik Ölçeği', 'Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği', 'Buss Perry Agresyon Ölçeği', 'Scl 90 Belirti Tarama testi', 'Wender Utah Derecelendirme Ölçeği', 'Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi' ölçekleri uygulanmıştır.

Bulgular: Yapılan analizlerde APB-TA ölçeği için iç tutarlılık değeri 0.74 olarak bulunmuştur. Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığa sahip olduğu gösterilmiştir. Diskriminant analizine göre, ölçeğin tanı grubu ile sağlıklı kontrol grubunu ayırmada etkili olduğu saptanmıştır. APB-TA grupları bağımlı değişken, cinsiyet, öfke atağı, intihar girişi, WUDÖ, Minnesota APB alt ölçeği ve SCL genel indeksi bağımsız değişkenler olarak kabul edilerek lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenler APB-TA değişkeninin %88'ini açıklamıştır. Oluşturulan modele göre doğru sınıflandırma yüzdesi %95 olarak bulunmuştur. APB-TA ölçeği ile Minnesota APB ölçeği arasında ilişki olması ($p<0.001$) APBTA ölçeğinin eş değer geçerliliğe sahip olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi Türkçe Formunun geçerli ve güvenilir olduğunu gösterildi.

Anahtar kelimeler: Aralıklı patlayıcı bozukluk, geçerlilik, güvenirlik, ölçek uyarlama

ABSTRACT

Turkish Adaptation of Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire, Validity and Reliability Study

Purpose: The aim of our study is to support Coccaro et al. Turkish Adaptation, validity and reliability study of the Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire developed by DSM-5 in patients diagnosed with IED according to DSM-5 and in the healthy population.

Material and Method: The study was conducted on a sample of 139 people, including 71 diagnosed with APD and 68 healthy individuals who agreed to participate in the study. 'Barratt Impulsivity Scale', 'Minnesota Impulse Control Disorder Interview Scale', 'Buss Perry Aggression Scale', 'Symptom Checklist 90-R', 'Wender Utah Rating Scale', 'Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire' scales were applied to the participants.

Results: In the analyses, the internal consistency value for the IED-SQ scale was found to be 0.74. It was shown that the scales used in the study had internal consistency. According to discriminant analysis, it was determined that the scale was effective in distinguishing the diagnosis group and the healthy control group. Logistic regression analysis was applied, considering IED-SQ groups as dependent variables and gender, anger attack, suicide attempt, WURS, Minnesota APB subscale and SCL general index as independent variables. Independent variables explained 88% of the IED-SQ variability. According to the created model, the correct classification percentage was found to be 95%. The presence of a relationship between the IED-SQ scale and the Minnesota IED scale ($p < 0.001$) showed that the IED-SQ scale has equivalent validity.

Conclusion: The Turkish version of the Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire was shown to be reliable and valid.

Keywords: Intermittent explosive disorder, validity, reliability, scale adaptation

1.Giriş ve Amaç

Aralıklı patlayıcı bozukluk (APB) ciddi saldırganlık ya da diğer insanların malına zarar verme ile sonuçlanan ve yineleyen biçimde saldırganlık dürtülerine karşı koyamama atakları ile tanımlanan bir dürtü kontrol bozukluğudur.¹

Dürtüsel saldırganlık ile ilgili tanımlar Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırılması El Kitabı (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)'nda ilk baskıdan bu yana bulunmaktadır.² DSM I'de Pasif Agresif Kişilik-Agresif tip, DSM II'de Patlayıcı Kişilik olarak adlandırılan bu tanı DSM III'ten itibaren Aralıklı Patlayıcı Bozukluk olarak isimlendirilmiştir. DSM 5'te APB; piromani, kleptomani ve trikotillomani tanıları ile birlikte "Yıkıcı, Dürtü Kontrol ve Davranım Bozuklukları" adı altında sınıflandırılmaktadır.³

DSM, öfke patlamaları ya da dürtüsel saldırganlığı mevcut hastaların Aralıklı Patlayıcı Bozukluk tanısı alabilmesi için bu davranışlara sebep olarak gösterilebilecek diğer psikiyatrik bozuklukların dışlanması gerektiğini savunmuştur. Öfke, şiddet ve saldırganlık; bazı kişilik bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, davranım bozuklukları, gibi birçok başka psikiyatrik durumun varlığında da karşımıza çıkmaktadır. APB, tam da bu açıdan, dürtüselliğin ana komponent olarak gözlendiği, kontrol edilemeyen saldırgan, dürtüsel atakların bu bozukluklarda gözlenenenden ayrı bir şekilde olduğunu vurgulamak amacıyla bu bölüme dahil edilmiştir.⁴ Hastalarda gözlenen saldırganlığın derecesi, mevcut tabloyu ortaya çıkaran stresör ile orantısızdır.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluğun ciddi halk sağlığı sorunlarına yol açabileceği, bu tanıya sahip olan çoğu kişinin tedavi aramadığı, bu hastalığın spesifik farmakolojik veya psikolojik müdahalelerle tedavi edilebilen yaygın bir davranış bozukluğu olduğu göz önüne alındığında ayaktan ve yatarak takip edilen hastalarda bu tanının atlanmamasının önemi göze çarpmaktadır.^{4,5} Bu konuda özellikle son dönemlerde artan çalışmalar APB tanısının ülkemizde sanıldığı kadar nadir görülmediğini ve tanı koymada kolaylık sağlaması açısından kullanılabilecek tarama anketi ihtiyacının mevcut olduğunu göstermektedir. Bu amaçla Coccaro ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilen Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi'nin yetişkinlerde DSM-5 kriterlerine göre APB'nin varlığını hızlı bir şekilde tanımlayabilen yararlı bir tarama aracı olabileceği düşünülmektedir.⁶

Çalışmamızın amacı Coccaro ve arkadaşları tarafından geliştirilen Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi'nin Türkçe uyarlamasının, geçerlilik-güvenirlik çalışmasının yapıp, APB tanısına klinik açıdan yaklaşmamıza yardımcı olmaktır.⁶



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Saldırganlık nedir?

Saldırganlık, hayvanlar arasında evrensel bir davranış özelliği olan, başkalarına uygulanan zararlı davranışlar veya tutumlar olarak tanımlanır. Bir bireyin veya grubun gücünü artırmak için takındığı bir tavır veya algılanan bir tehdide karşı bir savunma mekanizması olarak kullanılabilir. Hayatta kalma mekanizmasına yardımcı olan temel insan özelliklerinden biridir. Bununla birlikte, toplumlar kabul edilebilir saldırganlık ve şiddet seviyelerine sınırlar koyar. Bu sınırlar kültürel olarak belirlenir ve sınırların ötesindeki durum patolojik olarak kabul edilir.⁷

Patolojik saldırganlık 2 kategoriye ayrılmaktadır : dürtüsel (duygusal, tepkisel, plansız) ve amaca yönelik eylemlerle tanımlanan önceden tasarlanmış (planlı, yıkıcı). Farklı biyolojik, psikolojik ve sosyal etiyolojik faktörlerin yanı sıra yönetim stratejileri nedeniyle dürtüsellliği önceden tasarlanmış saldırganlıktan ayırmak önemlidir.⁷

Gelişimsel olarak uygun ve patolojik saldırganlık arasındaki sınır iyi tanımlanmamıştır. Bununla birlikte, saldırganlık kronik olduğunda veya gelişimsel olarak beklenenden daha sık ve şiddetli olduğunda patolojik olarak kabul edilebilir. Patolojik agresif eylemlerin türü, şiddeti ve sıklığı genetik, nöropsikiyatrik, hormonal, kültürel, ailesel, sosyoekonomik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Bu risk faktörlerinin tanımlanması, patolojik saldırganlığı iyileştirmek için yönetim stratejileri geliştirmemize izin verir.⁷

2.1.1 Saldırganlığın Nöropatofizyolojisi

Hayvan modellerine göre dürtüsel saldırganlığın; doğası gereği öncelikle savunma amaçlı olduğu, korku, öfke ve çevresel koşulların bilişsel çarpıtmasıyla yönlendirildiği ve yüksek düzeyde otonomik uyarılma kaynaklı olduğu düşünülmektedir.⁸

Saldırganlığın nörobiyolojik çalışmaları, çok sayıda nörotransmitterin bu patolojiye dahil olduğunu göstermektedir. En tutarlı bulgular ise öncelikli olarak serotonerjik sistemdeki bozulmayı düşündürmektedir. Özellikle, bir serotonin metaboliti olan 5-hidroksiindolasetik asidin (5-HIAA) düşük BOS seviyeleri, dürtüsel, agresif hastalarda bildirilmiştir.⁹⁻¹¹ Ek olarak, yüksek testosteron seviyeleri yetişkinlerde ve ergenlerde saldırganlıkla ilişkilendirilmiştir.¹²⁻¹⁴ Yapılan çalışmalarda elde edilen anatomik kanıtlar ise prefrontal korteks ve amigdalanın dürtüsel saldırganlıkla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.¹⁵

Önemli miktarda araştırma, beyinin işleyişi ve davranışlar ile bağışıklık fonksiyonu ve bunun tersi arasında çift yönlü ilişkiler olduğunu göstermektedir.¹⁶⁻¹⁸ Örneğin, depresif hastalar

sürekli olarak yüksek inflamatuvar sitokin seviyelerine dair kanıtlar sergilerler^{19,20} ve inflamatuvar sitokinlerin terapötik uygulaması, artan depresif semptomlarla ilişkilidir.^{21,22} Ek olarak, hayvan²³⁻²⁶ ve insan²⁷⁻³⁴ çalışmaları, düşmanca, öfkeli ve saldırgan eğilimle ilişkili davranışsal özelliklerin, inflamatuvar belirteçlerdeki artışlarla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Kedilerde savunmaya yönelik gelişen öfke ve saldırganlık da yüksek seviyelerde interlökin 1 β (IL-1 β) ve interlökin-6 (IL-6) ile ilişkilidir. IL-1 β aktivitesinin bloke edilmesi bu etkileri azaltır²⁴⁻²⁶ ve inflamatuvar sitokin reseptörleri eksik olan fareler, tehdit edildiğinde bile agresif ve savunmacı davranış sergilemede başarısız olur.²³ İnsanlarda da C-reaktif protein (CRP) ile düşmanca, öfkeli ve saldırgan eğilimler arasında doğrudan bir ilişki olduğunu öne sürülmektedir; IL-6'daki yükselmeler de aynı değişkenlerle ilişkilidir. Sağlıklı insanlar üzerinde yapılan çalışmalar da, düşmanlık, öfke ve saldırgan eğilim ile inflamatuvar belirteçler arasında doğrudan bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.^{27-32,34} Öfke ve saldırganlığın ana kriterlerden olduğu aralıklı patlayıcı bozukluk tanısına sahip hastalarda inflamatuvar belirteç ile ilgili yapılan bir çalışmada da hastaların kontrol gruplarına oranla çok daha yüksek inflamatuvar belirteç bulundurduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada aralıklı patlayıcı bozukluğu olan katılımcılarda hem plazma C-reaktif protein hem de interlökin-6 düzeyleri, psikiyatrik veya normal kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ek olarak, her iki inflamatuvar belirtecin de saldırganlık düzeyini ve daha spesifik olarak tüm katılımcılardaki gerçek saldırgan davranış geçmişini yansıtan ölçümlerle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir.³⁵

Son zamanlarda, merkezi sinir sistemindeki yüksek oksidatif stres göstergelerinin de APB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.³⁵ Oksidatif stresin iki güvenilir göstergesi, yani 8-hidroksi-20-deoksiguanozin (8-OH-DG) ve 8-izoprostan (8-ISO) düzeyleri APB grubunda sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı derecede yüksekti. Oksidatif stres endeksleri aynı zamanda dürtüsel saldırganlığın düzeyi ile de önemli ölçüde ilişkilirdi ve bu korelasyonun gücü, nevroitiklik, dışadönüklük ve psikotizm gibi kişilik özellikleri için gözlemlenen önemli ölçüde daha yüksekti.

2.2 APB'nin Tanımı ve Tarihçesi

Saldırganlığın küresel bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesine ve çoğu saldırganlığın doğası gereği duygusal olmasına rağmen, duygusal saldırganlığın temel semptom olduğu yalnızca bir psikiyatrik tanı vardır: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk.³⁶ APB ilk olarak Fransız psikiyatrist Jean-Étienne Dominique Esquirol tarafından 1838'de "dürtüsel monomani" başlığı altında, manasız dürtüsel girişimlerle alakalı "kısmi delilik" şeklinde adlandırılmıştır.³⁷

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB), patolojik saldırganlığın birincil olduğu tek yetişkin psikiyatrik tanısıdır.³⁶ Tarihine bakıldığında DSM I’de pasif agresif kişilik-agresif tip, DSM II’de ise patlayıcı kişilik olarak adlandırıldığı görülmektedir.³

Uluslararası sınıflandırma sistemlerinde ilk kez Dünya Sağlık Örgütü’nün 1978 yılında yayınlamış olduğu Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması Sistemi 9. Versiyon Klinik Düzenleme (ICD-9-CM)’de, DSM tarihinde ise resmen ilk defa DSM-III’te eksen I bozukluklar içerisinde “izole patlayıcı bozukluk” tanısı ile birlikte yer almaktaydı. Bu tanının en önemli özelliği katastrofik sonuçlara yol açan tek bir saldırganlık davranışıydı. DSM-III-R’de “izole patlayıcı bozukluk” yapay olduğu gerekçesiyle sınıflamadan çıkarılmış, APB sınıflamadaki yerini korumuştur.^{1,4} DSM-III’te APB tanısının koyulması için organik bir nedenin varlığı bir dışlama ölçütü olarak ele alınmamıştır.¹ İlerleyen dönemlerde DSM-III-R’de APB tanısı mevcut yerini korumuştur.^{38,39}

DSM-IV’te genel olarak APB’nin tanı kriterleri korunmuştur.^{38,39} Ancak ataklar arası saldırgan ve agresif tutumlar sergileyen kişilere tanı konmasını zorlaştırdığı gerekçesi ile “C ölçütü” (dönemler arasında hastanın dürtüsellik ya da saldırganlık eğiliminin bulunmaması) tanı kriteri olmaktan çıkarılmıştır.³⁹ Ayrıca diğer baskılarda bulunmayan “kişinin kendi denetimini kaybetmesi bulgularının şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB), sınırda kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu gibi başka psikiyatrik bozukluklar ile daha iyi izah edilemiyor olması; bir madde ya da genel tıbbi durumun direkt fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gerekliliği; aynı zamanda kişinin yaşadığı saldırganlık maddi fayda sağlama, kendini savunma, sosyal açıdan kontrolü elde etme, politik tercihini vurgulama amacı bulunduruyorsa ya da bir çete eylemi ile ilgili bir girişim ise APB tanısı konmaması gerektiği şeklinde dışlama kriteri de eklenmiştir.^{39,40} Ancak bu tür saldırgan davranışların ne sıklıkta ve hangi zaman diliminde meydana geldiğine ilişkin tanım eksikliği dikkat çekmektedir.⁴

DSM-IV-TR’de ise tanı kriterlerinde herhangi bir yenilik yapılmamıştır.⁴⁰ DSM-IV ve DSM-IV-R’de ‘başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları’ kategorisinde yer alan bu tanı, DSM 5’te ‘başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları’ kategorisinin kaldırılması ile ‘yıkıcı, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları’ içine alınmıştır.³⁹⁻⁴¹ DSM-IV-TR’de aktif hastalık dönemleri haricinde genellikle hastada yaygın dürtüsellik ya da saldırganlık belirtilerinin gözlenmediği belirtilirken DSM-5’te şiddetli ataklar arasında daha hafif ataklar saptanabileceği belirtilmektedir.^{40,42} DSM-IV kriterleri fiziksel

saldırganlığa odaklanmıştır ancak DSM-5, fiziksel saldırganlıkla birlikte veya fiziksel saldırganlık olmaksızın sık sözlü saldırganlığın varlığında da APB tanısının konmasına olanak sağlar.³⁶ DSM-5'e göre , APB, tekrarlanan sözel ve/veya fiziksel saldırganlık eylemleriyle sonuçlanan saldırgan dürtülere direnmedeki başarısızlık olarak tanımlanır. Sözlü saldırganlığın dahil edilmesi, DSM'deki önceki APB tanımlamalarına göre büyük bir değişikliği temsil eder.³⁶

DSM-5'te tanı kriterleri güncellendikten sonra DSM-IV ve DSM-5 tanı kriterlerine bakılarak APB sıklığı arasındaki farkın değerlendirildiği çalışmalarda fark düşünüldüğü ölçüde yüksek gözlenmemiştir. Bu tablo DSM-5 tanı kriterlerinin sözel saldırganlığı da kapsayacak şekilde genişletilmiş olmasına karşın süre/sıklık bakımından DSM-IV tanı kriterlerine oranla daha fazla kısıtlayıcı olmasıyla ilişkilendirilebilir.⁴

DSM-5 tanıları arasında APB, provokasyonla orantısız tekrarlayan öfkeli/dürtüsel saldırganlık epizotları olarak tanımlandığından, özünde öfkeyle ilişkili olanıdır. Bu patlamalar arasında kişi daha az öfkeli/dürtüsel saldırgan davranışlar deneyimleyebilir. Algılanan provokasyonun kaynağı kişinin bir yakını olabilir. Para veya güç gibi ikincil kazanç sağlanan saldırganlığın aksine yalnızca öfke veya dürtüyle ilgili saldırgan davranış, APB'nin tanı kriterlerinde dikkate alınır. Piromani ve diğer dürtü kontrol bozuklukları için olan DSM kriterleri gibi, APB'nin tanı kriterleri de söz konusu olan davranışta bulunmaya yönelik ani bir dürtüyü belirtir. Direnilirse, bu dürtü sıklıkla artan bir gerilime yol açar; dürtüye göre hareket etmek süreçte rahatlama sağlar ancak bunu pişmanlığın takip etmesi muhtemeldir.⁴³ DSM-III'de APB'li kişiler, ara sıra öfkelenen, öfkesi ani, kontrolden çıkmış ve neredeyse nöbet gibi tanımlanan yumuşak huylu bireyler olarak tanımlanmıştır.⁴⁴ Kriterler öfkenin kronik yerine ara sıra ortaya çıkan doğasını vurgulamaya devam etse de, DSM IV ve 5 böyle bir tasvirden uzaklaşmıştır.²

DSM 5'te APB tanı kriterleri; kişilere sözel veya kişi, nesne ya da hayvanlara fiziksel saldırı gibi sık görülen, ciddi yaralanmaya neden olmayan davranış patlamaları (üç veya daha fazla ay boyunca ortalama olarak haftada en az iki kez) [Kriter A1] veya kişi, nesne ya da hayvanlara fiziksel zarar veren, yaralanmaya neden olan nadir yaşanan davranış patlamalar (bir yılda en az üç kez) [Kriter A2], ortaya çıkan agresyonun mevcut stres faktörü ile uyumsuz olması [Kriter B], sergilenen davranışın önceden planlanmamış olması [Kriter C], çeşitli alanlarda işlevsellikte bozulmaya yol açması [Kriter D], bunların tümünün farklı bir tıbbi veya zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaması [Kriter F] kriterlerini içerir.⁴⁵

Aralıklı patlayıcı bozukluk DSM-5 tanı ölçütleri Tablo. 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1.Aralıklı Patlayıcı Bozukluk DSM-5 Tanı Ölçütleri (APA 2013)

A.Aşağıdakilerden biri ile kendini gösteren, agresif dürtüleri kontrol etmekte güçlükle karakterize, tekrarlayıcı davranış patlamaları
1. Üç aylık bir zaman diliminde ortalama haftada 2 kez olan, sözel saldırı(örneğin öfke nöbetleri, azarlamalar, sözel atışmalar veya kavgalar) ya da mala, hayvanlara veya diğer kişilere karşı bedensel saldırı (Bedensel saldırı eşyaların kırılıp dökülmesi, hayvanların ya da diğer insanların yaralanması ile sonuçlanmaz)
2. 12 aylık bir zaman diliminde ortaya çıkan, eşyaların kırılıp dökülmesi ve/veya hayvanların ya da diğer insanların yaralanması ile sonuçlanan bedensel saldırı kapsamında 3 davranış patlaması
B.Tekrarlayan patlayıcı davranışlar sırasında sergilenen saldırganlığın derecesi uyarıcı ya da neden olan herhangi bir psikososyal stres faktörü ile açıkça orantısızdır.
C.Tekrarlayan agresif davranışlar önceden planlanmamıştır (örneğin dürtüsel ve/veya öfke kaynaklı), ve anlaşılır, akla yatkın bir amaca (örn. Para, güç, korkutma gibi) ulaşmak için yapılmamıştır.
D.Agresif davranış kişide belirgin strese ya da iş ve kişilerarası işlevselliğinde bozulmalara yol açar veya maddi veya yasal sorunlarla ilişkili sonuçlara yol açabilir.
E.Kronolojik yaş en az 6 olmalıdır (veya bu yaşın gelişimsel düzeyine eşit olmalıdır).
F. Tekrarlayan agresif davranışlar başka bir ruhsal bozuklukla (örn. Major depresif bozukluk, bipolar bozukluk, yıkıcı duygulanım düzenleme bozukluğu, psikotik bir bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu) daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin(örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun(örn. kafa travması, Alzheimer hastalığı) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.2.1 Araştırma Kriterleri

Genel olarak toplumlarda dürtüsel saldırgan, agresif davranışlar ve öfke patlamaları sık gözlenmesine rağmen APB tanısı ülkemiz ve diğer ülkelerdeki psikiyatri kliniklerinde hem az konulmakta hem de atlanmaktadır. Bu sıkıntının DSM tanı ölçütlerinden kaynaklandığı sıkça dile getirilmekle birlikte tanı kriterlerinin uygun şekilde revize edilmesi ile toplumdaki gerçek APB görülme oranının daha net belirlenebileceği savunulmaktadır.⁴⁶

Bu konularda önemli çalışmaları uzunca bir süredir yürüten Coccaro, DSM-IV tanı kriterlerinin APB tanısının konabilmesi açısından yeterli olmadığını belirtmiş ve DSM-IV APB tanı kriterleri ile ilgili birkaç sorunu düzeltmek için “Araştırma Kriterleri”ni (APB-AK) geliştirmişlerdir.^{4,46}

DSM-IV tanı kriterlerindeki kısıtlamalar; neyin "saldırgan davranış" olarak nitelendirildiğinin net olmamasını, bu tür saldırgan davranışların ne sıklıkta ve hangi zaman diliminde meydana geldiğine ilişkin tanım eksikliğini, saldırgan eylemlerin dürtüsel olması gerekliliğinin olmamasını, bir sıkıntı ve/veya işlevsel bozulma gerekliliğinin olmamasını ve belirli dışlama kriterlerine ilişkin netliğin olmamasını içeriyordu.⁶

Bu tanı ölçütleri hazırlanırken aşağıda bulunan 3 temel konuda değişiklik yapılması önerilmiştir;⁴⁷

1. Belirli bir süre dilimi açısından en az 3 saldırgan eylemin olması
2. Önerilen süre dilimleri 3 ay; 6 ay, 1 sene ya da ömür boyu şeklinde ayarlanabilir

3. Saldırgan eylem aşağıda belirtildiği gibi açıklanmıştır:

a. Başka birine uygulanan ve herhangi bir fiziksel zarar ya da tahribata neden olmayan fiziksel saldırganlık (örneğin tokat, itme) ya da

b. Başka birine uygulanan ve herhangi bir fiziksel zarar ya da tahribata bağlı fiziksel belirtiyeye neden olan herhangi bir fiziksel saldırganlık (örneğin tokat, itme) ya da değerli birtakım eşyalarına (tabaklarına, pencerelerine ya da aletlerine) hasar verilmesi

Daha sonra bu araştırma kriterleri ‘‘Entegre Araştırma Kriterleri’’ (APB-EAK) olarak güncellenmiştir. APB-AK, APB tanısı için temel kriter olan, sık (en az bir ay boyunca haftada iki kez) sözel ve/veya yıkıcı/saldırgan olmayan patlamaların varlığını şart koşarken, APB-EAK’de, seyrek (üç yılda bir kez), ancak fiziksel olarak yıkıcı ve/veya saldırgan patlamalar da kriterlere dahil edilmiştir.^{2,44,48}

Yetmiş altı hasta üzerinde, 1998 yılında Coccaro ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada bu tanı kriterlerinin ömür boyu aralıklı patlayıcı bozukluk tanısı koyulmasında yüksek düzeyde güvenilirlik (0.87) gösterdiği belirlenmiştir. Bu tanı kriterleri ile tanı alan olguların DSM-IV-TR tanı kriterleri ile tanı alanlara göre daha fazla saldırganlığı, daha fazla dürtüsellığı ve daha fazla işlev kaybı olduğu görülmüştür.^{46,47}

DSM-5’te tanı kriterlerinde yapılan değişikliklerde esas olarak Coccaro ve arkadaşlarının geliştirdiği bu araştırma tanı kriterleri temel alınmıştır. ⁴⁶Ancak APB-EAK’dan farklı olarak süre bir ay boyunca değil üç ay boyunca haftada 2 kez sık sözel saldırganlık ve saldırgan/yıkıcı olmayan fiziksel saldırganlık olarak belirlenmiştir. Ek olarak, DSM-5’e göre sık sözel saldırganlık ve saldırgan/yıkıcı olmayan fiziksel saldırganlığın varlığı A1 kriteri olurken, seyrek ama fiziksel olarak yıkıcı ve/veya saldırgan patlamaların varlığı APB için A2 kriteri haline gelmiştir.⁴⁷

A1 ve A2 kriterlerinin DSM-5’te bulunması aralıklı patlayıcı bozukluk tanısına hem netlik hem de esneklik sağlamıştır. Bu nedenle aralıklı patlayıcı bozukluk tanısı almayan fakat yineleyen dürtüsel saldırgan davranışlar gösteren bir çok olgunun saptanıp tedavisinin planlanmasına olanak sağlanabileceği öngörülmektedir. ⁴

Coccaro ve arkadaşlarının önerdiği entegre araştırma tanı kriterleri Tablo. 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Entegre Araştırma Tanı Kriterleri (Coccaro ve ark. 1998)

A. Tekrarlayan saldırganlık olayları kendisini aşağıdaki biçimlerde gösterir:
A1. Bir ay boyunca ortalama haftada iki kez insanlara, hayvanlara ya da mala karşı sözel ya da fiziksel saldırganlık ya da
A2. Diğer insanlara karşı fiziksel saldırı ya da mallarına zarar verme şeklinde bir yıllık süre boyunca üç epizod olması
B. Sergilenen saldırganlığın derecesi uyaran ya da neden olan psikososyal stres faktörü ile açıkça orantısızdır.
C. Agresif davranış genellikle önceden planlanmamıştır (örneğin dürtüseldir), ve anlaşılır, akla yatkın bir amaca (örn. Para, güç, korkutma gibi) ulaşmak için yapılmamıştır.
D. Agresif davranış kişide belirgin strese ya da iş ve kişilerarası işlevselliğinde bozulmalara yol açar.
E. Bu agresif davranışlar başka bir mental bozuklukla (örn. Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk, bir Manik Epizod, Davranım bozukluğu ya da Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu) daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. Kafa travması, Alzheimer hastalığı) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bu kriterlere karşılık olarak bazı araştırmacılar (DiGiuseppe, Tafrate) değişiklik ihtiyacına katıldıklarını ancak önerileri yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Sebep olarak tanı ölçütlerinde ya da dışlama ölçütlerinde duygulardan söz edilmemesini göstermişlerdir. Çünkü bu tanıya sahip hastalar bahsedilen agresif davranışları sergilerken aynı zamanda kızgınlık ve öfke de yaşamaktadırlar. Bu araştırmacılar öfkenin varlığı ya da düzeyi değerlendirilmeden yapılacak tüm çalışmalar eksik olacağını ve bu bozukluğu öfke dışavurum bozukluğu olarak değerlendirmenin daha uygun bir yaklaşım olacağını belirtmişlerdir.⁴⁶

Süreçte Coccaro ve arkadaşları DSM-5 APB'nin ilk değerlendirmesini basitleştirmek ve APB'nin varlığını taramak için aralıklı patlayıcı bozukluk tarama anketi (APB-TA) geliştirmiştir. Farklı gruplarda yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen veriler APB-TA'nin hızlı ve tekrarlayan, problemli, dürtüsel saldırgan davranışlara sahip olanları belirlemek için etkili bir araç olduğu gösterilmiştir. APB-TA'nin APB teşhisi için geçerli ve güvenilir bir tarama yaklaşımını temsil ettiği ve APB'nin DSM-5 teşhisi ile güçlü bir uyum gösterdiği görülmüştür.⁶

2.3 APB'nin Epidemiyolojisi

APB'un ender görülen bir bozukluk olduğu DSM-IV-TR'de gösterilmişse de, son dönemlerde yapılmış olan birtakım epidemiyolojik çalışmalar bu tanının düşünüldüğünden de sık görülebileceğini düşündürmektedir.^{40,49,50} Bu konuda yapılmış geniş kapsamlı bir araştırma olmaması kesin bir rakamın ortaya konmasını önlemiştir. Yapılan çalışmaların birbirleriyle karşılaştırılmalarını önleyen en önemli etken sık değişen APB tanı ölçütleridir. APB ayrı bir tanı olarak DSM-III'te yerini aldıktan sonra yapılan ilk çalışmalardan birinde, iki yıllık bir süre içerisinde bir üniversite kliniğine yatan 830 hastanın 20'sine (%2.4) APB tanısı konmuştur.⁵¹ Bu hastaların sadece 14'üne (%1.7) APB birincil tanı olarak konmuştur. Araştırmacılar çalışma

sonucunu değerlendirirken, o ana dek oldukça ender görüldüğü bilinen bu tanının daha sık görüldüğünü ileri sürmüş ve bu amaçla tanı ölçütlerinin tek tek değerlendirilmesini önermişlerdir. Felthous ve arkadaşları şiddet ve saldırganlık yakınması olan 443 erkek gönüllü üzerinde yaptıkları bir çalışmada, sadece 15 kişinin (%3.4) DSM-III'e göre APB tanısını karşıladığını saptamışlardır.⁵² DSM-III'de yer alan, ataklar arasında da dürtüsel, agresif davranışların bulunması durumunda hastaların APB tanısı almasını engelleyen ölçüt nedeniyle hastaların %80'inin tanı alamadığı bildirilmiştir. Diğer versiyonlarına göre daha geniş bir hasta grubunu kapsaması beklenen DSM-IV tanı ölçütlerine göre çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Baltimore'de 253 kişi üzerinde yapılan bir alan çalışmasında, DSM-IV'e göre yaşam boyu APB yaygınlığı %3.95 bulunmuştur. Aynı rneklem grubunda APB için Coccaro'nun geliştirdiği, kişilik bozukluklarının bir dışlama ölçütü olarak ele alınmadığı araştırma ölçütlerine göre tanı konması durumunda, yaşam boyu yaygınlık %30 oranında artmış ve %5.14'e yükseldiği bildirilmiştir.⁵³

Toplum temelli yapılan 9282 kişi ile gerçekleştirilen bir araştırmada (Ulusal Eştani Araştırması-Tekrarı (National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)) kullanılan ksıtlı ve kapsamlı tanı kriterlerine göre farklılık göstermek üzere, APB için ömürboyu yaygınlık sırasıyla % 5,4 ile % 7,3 olarak bulunmuştur. Oniki aylık yaygınlığa bakıldığında ise % 2,7 ile % 3,9 olarak belirlenmiştir.⁴⁹ Irak'ta yapılan 4332 kişiyle gerçekleştirilen bir araştırmada ise DSM-IV tanı kriterlerine göre APB'nin ömür boyu yaygınlığının % 1,7, 12 aylık yaygınlığının ise % 1,5 olduğu saptanmıştır.⁵⁴

Türkiye'de yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde, Sivas'ta yapılan bir epidemiyolojik araştırmada, 1184 olgu ile oluşturulan bir çalışma grubunda APB % 0,059 oranında belirlenmiştir.⁵⁵ Klinik temelli olarak Adana'da yapılan başka bir araştırmada ise 6 aylık bir zaman dilimi içinde niversite hastanesi psikiyatri servisinde yatarak sağaltım gören 103 yetişkin hastanın 15'inde (% 14,6) mrboyu aralıklı patlayıcı bozukluk ektani olarak saptanmıştır.⁵⁶ Yine Adana'da 2015 yılında 6 ay içinde poliklinik hizmetlerine ilk kez başvuran 406 hasta ile yapılan bir çalışmada ise APB'nin DSM-5'e göre ömür boyu ve 12 aylık sıklığının sırayla % 16,7 ve % 11,3 olduğu görülmüştür.⁴

Özetle yapılan çalışmalar arasında saptanan bu farklılıkların ise araştırmaların yapıldığı hasta grupları, hastalığın olması gerektiği kadar ve sistematik şekilde sorgulanamaması ya da kültürel etkenlere bağlanabileceği^{2,57} üstelik bu farklılıkların APB için 'altın standart' kabul edilebilecek bir tanı koyma aracının olmaması ve tercih edilen araştırma yöntemlerinin

toplumsal çeşitliliklerin ayırdına varabilecek şekilde düzenlenmiş olmaması ile de açıklanabileceği belirtilmiştir.⁵⁴

2.4 APB'nin Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

Dürtüsel saldırganlık ve APB'nin etiyolojisine dair hipotezler başlangıçtan bu yana psikiyatrinin konularından olmuştur. Bedenin ruhlar tarafından ele geçirilmesi, vücut sıvıları ile ilgili anormallikler ve manevi yetersizlik gibi birçok nedenin etiyolojide yer aldığı düşünülmüştür. 19. yy ikinci yarısından itibaren epizodik şekilde dürtüsel saldırganlık gösteren olguların mevcudiyeti ile ilgili açıklamalar iki temel başlık altında bulunmaktadır. Bunlardan ilki, dürtüsel saldırganlığın bastırılmasında (self-prevention) fazlasıyla önemli olan irade (kendiliğin kontrolü), plan yapabilme, keyfi erteleyebilme ve engellenmeye dayanma gücü gibi özelliklerin gelişimini etkileyebilecek çocukluk çağı travmaları ya da olumsuz erken çocukluk dönemi yaşantıları sebebi ile oluştuğunu belirtmektedir. İkinci görüş ise dürtüsel saldırganlığın davranışsal uyarılma ve davranışsal inhibisyona aracılık eden beynin işleyişindeki dengesizlik ya da varyasyonlar ile ilişkili olduğu şeklindedir ve geçtiğimiz yirmi yıl süresince yapılmış araştırmalarda destekleyen birçok sonuç ile giderek güçlenen bir görüştür.⁵⁸

Doyumun evreye uygun olarak geciktirilmesini teşvik eden "yeterince iyi" annelikle ilgili erken deneyimler ve anneyi taklit etme ve anneye özdeşleşme potansiyelinin oluşması normal gelişme süreci açısından mühim kabul edilir. Çok aşırı veya çok yetersiz yaşanan engellenme ve aynı zamanda aşırı veya az tatmin, engellenmeyi öngörme ve tatmini geciktirme yeteneğinin normal gelişimine zarar verebilir.⁵⁹ Bunun süreçte dürtüsel agresyonu ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Son 20 yılda çok sayıda olumlu bulgu ortaya çıkaran ikinci bir çalışma dizisi, dürtüsel saldırganlığın, davranışsal uyarılma ve davranışsal engellemeye aracılık eden beyin mekanizmalarındaki varyasyonların veya dengesizliklerin sonucu olduğunu düşünüyor. Hızla büyüyen kanıtlar, dürtüsel saldırganlığın, motor aktiviteyi inhibe eden beyin serotonerjik sistemindeki kusurlarla ilişkili olabileceğini göstermiştir.^{60,61} Hayvan çalışmaları, serotonerjik nöronların davranışsal inhibisyonda rol oynadığını ve dolayısıyla serotoninin insan dürtüsellikindeki rolünü keşfetmeye ivme kazandırdığını ileri sürmektedir.

Başka bir nörobiyolojik kanıt dizisi, dürtüsel saldırganlığı prefrontal korteksin (PFC) işlev bozukluğuyla ilişkilendirmektedir. Lokalize beyin lezyonları olan nöropsikiyatrik hastalar üzerinde yapılan çalışmalar, PFC'deki bazı iki taraflı lezyonların, özellikle dürtüsel agresif davranışların kronik bir modeliyle ilişkili olabileceğini göstermiştir. Nörolojik çalışmalar, dürtüsel saldırganlık sendromlarıyla ilişkili PFC bölgelerinin, duygusal bilginin işlenmesinde ve motor yanıt vermenin engellenmesinde rol oynadığını ve bunların her ikisinin de dürtüsel

saldırgan hastalarda bozulmuş olduğunu göstermektedir. Epilepsili bazı kişilerde interiktal saldırganlık epizodları ortaya çıkabilmektedir. Temporal lob epilepsisi (TLE) olan kişiler arasında bu tür epizotları inceleyen nicel bir MRI çalışmasında üç grup (saldırgan davranışı olan 24 TLE hastası, bu tür davranışı olmayan 24 TLE hastası ve 35 hasta olmayan kontrol) karşılaştırılmış ve agresif davranış, frontal neokortikal gri maddenin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir.⁶²

Klinik gözlem ve aile öyküsü verileri APB'nin ailesel özellik gösteren bir hastalık olduğunu işaret etmektedir. McElroy ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptığı bir çalışmada APB hastalarının birinci derece akrabalarının yaklaşık üçte birinin aynı tanıyı taşıdığı bildirilmiştir. Yapılan bir başka aile çalışmasında APB hastalarının akrabalarında hastalık riskinin %26 bulunmuş, buna karşılık kontrol grubunun akrabalarında ise bu oran %8 olarak tespit edilmiştir.⁶³ Yapılan ikiz çalışmaları, hem dürtüsellüğün hem de saldırganlığın önemli genetik etki altında olduğu hipotezini doğrulamış olsa da, APB'nin kendisiyle ilgili ikiz çalışmaları yapılmamıştır.^{64,65} Bu iki özelliğin genetik etkisi %28 ile %47 arasında değişmekte olup, kalan varyansın çoğunluğunu paylaşılmayan çevresel etkiler oluşturmaktadır.

Çok az sayıda nörogörüntüleme çalışması dürtüsel saldırganlık veya APB'yi incelemiştir. Dürtüsel saldırgan davranış, amigdala gibi limbik beyin yapılarından kaynaklanan aşırı, saldırgan dürtüler ile bu dürtülerin orbitofrontal korteks ve ön singulat korteks gibi kortikal yapılar tarafından yetersiz kontrolü arasındaki dengesizlik olarak tanımlanmaktadır.⁶⁶ Coccaro ve arkadaşlarının ilaç tedavisi görmeyen 20 hastaya (APB tanısı olan 10 hasta ve 10 kontrol grubu hastası) duygusal açıdan belirgin yüz ifadeleri gösterildiği sırada uyguladığı fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışması da bu hipotezi desteklemektedir.⁶⁷ Kontrollerle karşılaştırıldığında, APB'li hastalarda amigdala aktivasyonunun arttığı ve öfke ifade eden yüzlere yönelik orbitofrontal korteksin aktivasyonunun azaldığı gösterilmiştir. Başka açıdan bakılacak olunursa sağlıklı kontrol grubunun aksine, saldırgan kişiler öfkeli yüz ifadelerine cevap vermişler ancak amigdala-orbitofrontal korteks bağlantısı kuramamışlardır. Bu araştırma sonucunda, dürtüsel saldırgan davranış gösterme öyküsü olan olgularda sosyal olarak tehdit edici kabul edilebilecek bir sinyal ile karşılaşıldığında (öfkeli yüz ifadeleri) amigdala-orbitofrontal korteks bağlantısında işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır. Ek olarak saldırganlık ile kortikolimbik ağın işleyişindeki problem arasındaki bağlantıyı açığa çıkarmıştır. Florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisini (FDG-PET) kullanan daha önceki bir çalışmada Siever ve arkadaşları APB hastalarının orbitofrontal korteksinde (dürtüsel saldırganlıkla ilişkili bir alan) serotonin uyarımına karşı körelmiş glikoz kullanım yanıtları

buldu. Benzer bir bulgu, dürtüsel agresif bireylerin anterior singulat ve anteromedial yörünge korteksinde de rapor edilmiştir.⁶⁸

2.5 APB'nin Klinik Özellikleri

Aralıklı patlayıcı bozukluk, duygu ve davranışları kontrol edememe problemleriyle kendini gösteren, sosyal normları ve başkalarının haklarını ihlal eden davranışlarla sonuçlanan birkaç dürtü kontrol bozukluğundan biridir.² Aralıklı patlayıcı bozukluğu olan hastalar, sözel veya fiziksel saldırganlıkla sonuçlanan dürtülerini periyodik olarak dizginleyemezler.^{2,48} Saldırgan davranışlar plansız ve provokasyonla orantısızdır. Hastalarda sıkıntıya veya psikososyal bozulmaya neden olur. Ek olarak, bilişsel bozulma ve kendine zarar verme (örneğin, intihar girişimleri) meydana gelebilir.⁵⁷

İçlerinde APB da olmak üzere birçok ruhsal bozuklukta psikotik deneyimler (sanrılar ve halüsinasyonlar) gözlenir.⁶⁹ 18 ülkede yapılan ülkeler arası bir çalışmada, yaşamları boyunca aralıklı patlayıcı bozukluk (n >1000) tanısı alan bireyleri belirlemiş ve %15'inde psikotik deneyimlerin meydana geldiğini bulmuştur.⁷⁰ Psikotik deneyimlerin tipik olarak aralıklı patlayıcı bozukluğun başlamasından önce veya başlamasıyla aynı anda değil, başlangıcından sonra ortaya çıktığı gözlenmiştir.

-Agresif davranış: Aralıklı patlayıcı bozukluğu karakterize eden şiddetli dürtüsel patlamalardan önce genellikle kısa bir prodrom dönemi gelir. Saldırıya yönelik ilk dürtü, tipik olarak küçük bir provokasyona yanıt olarak ortaya çıkar, ancak kendiliğinden de ortaya çıkabilir.⁵² Dürtüye genellikle hızla artan bir gerilim veya uyarılma duygusu eşlik eder.^{2,52,71} Parestezi, titreme, çarpıntı ve göğüste sıkışma gibi somatik semptomlarla birlikte sinirlilik, öfke, enerji artışı, yarışan/uçuşan düşünceler, iletişim kurmada zorlanma ve bilişsel işlevlerde eksiklik meydana gelebilir.⁷² Aniden ortaya çıkan bu şiddetli davranışın sonuçları üzerine çok az düşünülür veya hiç düşünülmez.

Dürtüsel, saldırgan davranış aşağıdakilerden bir veya birkaçından oluşur: ^{44,48,73}

- Diğer insanlara veya hayvanlara fiziksel olarak vurma - İtişme veya tokatlamadan yumruk dövüşüne, birine karşı silah kullanmaya, birini tıbbi müdahale gerektirecek kadar kötü şekilde yaralamaya ve hatta cinayete kadar uzanır.
- Sözlü patlamalar, tartışmalar ve başkalarına fiziksel olarak saldırmaya yönelik tehditler - Genellikle öfke nöbetleri veya bağırma ve kontrol kaybı ile belirginleşen hararetli tartışmalar sırasında ortaya çıkar.

- Nesnelere yönelik fiziksel saldırganlık - Bir şeyleri fırlatmaktan, kapıları çarpmaktan veya nesneleri tekmelemekten, nesneleri kırmaya veya bir hayvanı yaralamaya kadar değişir.

Öfke patlaması tipik olarak 30 dakikadan az sürer ve sıklıkla hastalar hemen ardından bir rahatlama hisseder.² Ardından gelen duygular genellikle yorgunluk, disfori, pişmanlık ve utanç içerir.

Aralıklı patlayıcı bozuklukta saldırgan davranışın yoğunluğu ve sıklığı çoğunlukla ters orantılıdır: ^{2,73}

- Düşük yoğunluklu (tahribatsız ve zararsız) saldırganlık nispeten sık görülür.
- Yüksek yoğunluklu (yıkıcı ve/veya yaralayıcı) saldırganlık nadiren ortaya çıkar.

Aralıklı patlayıcı bozukluğu olan bireylerde (n = 380) yapılan retrospektif bir çalışma, bireylerin yaklaşık %70'inde her iki saldırganlık biçiminin de (düşük yoğunluk/yüksek frekans ve yüksek yoğunluk/düşük frekans) meydana geldiğini bulmuştur.⁴⁴ Yaklaşık %20'si yalnızca düşük yoğunluklu/yüksek frekanslı dürtüsel saldırganlık, %10'u ise yalnızca yüksek yoğunluklu/düşük frekanslı saldırganlık göstermiştir.

Diğer bireylere veya hayvanlara fiziksel olarak saldırma ve onları yaralama ve/veya mülke zarar verme şeklinde aralıklı patlayıcı davranışı olan hastalarda yüksek yoğunluklu saldırgan davranış, yılda üç kez, buna karşılık, sözlü saldırganlık ve tehditler ya da mülke, hayvanlara veya fiziksel hasar veya yaralanmaya yol açmayan diğer bireylere yönelik fiziksel saldırganlık (yani, düşük yoğunluklu saldırganlık), en az üç ay boyunca ortalama olarak haftada iki kez gerçekleşebilir. ^{2,48,49}

Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal düzeyde yapılan temsili bir ankette, ömür boyu aralıklı patlayıcı bozukluk öyküsü olan 463 kişi arasında, ortalama fiziksel (yüksek ve düşük yoğunluklu) ve sözel patlama sayısının yılda 28 olduğunu bulunmuştur. ⁴⁹Patlayıcı dönemler arasında genel saldırganlık belirtileri ortaya çıkabilir. ^{49,71}Aralıklı patlayıcı bozukluğu olan hastalar, bu dönemlerde agresif dürtülere direnebildikleri eşik altı olayların yanı sıra sürekli olarak kronik öfke de yaşayabilirler.

-Bilişsel bozulma: Aralıklı patlayıcı bozuklukta bilişsel bozulmalar meydana gelebilir. Bir çalışma, dürtüsel, saldırgan erkek mahkumların dikkat, konsantrasyon, bellek ve zeka testlerinde yaş, ırk ve eğitim açısından eşleştirilmiş saldırgan olmayan, kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde daha düşük puanlar aldığını bulmuştur.⁷⁴

Aralıklı patlayıcı bozukluk, sosyal ve duygusal bilgilerin anormal şekilde işlenmesiyle de ilişkilidir. Aralıklı patlayıcı bozukluğu olanların, her bir kontrol grubuna kıyasla,

başkalarının davranışlarını yanlış yorumlama ve niyetleri hakkında düşmanca atıflarda bulunma ve bu duruma olumsuz duygularla yanıt verme, saldırgan davranışa daha olumlu bir bakış açısına sahip olma olasılıkları daha yüksekti. Ek olarak, stratejik duygusal zeka (karşıdaki kişinin ne hissettiğini anlama ve bu bilgiyi kullanma yeteneği), aralıklı patlayıcı bozukluğu olan bireylerde, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha düşüktür; bu eksiklik muhtemelen sosyal-duygusal bilgi işlemedeki anormalliklerle ilgilidir.⁷⁵

-Hastalığın seyri: Retrospektif çalışmalar, aralıklı patlayıcı bozukluğun kalıcı ve kronik olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, hastalığın ortalama süresinin yaklaşık 12 yıldan neredeyse tüm yaşam süresine kadar değiştiği bulunmuştur.²

2.6 Ayırıcı Tanı

Saldırganlığın tanı kriterleri arasında yer aldığı DSM-5'teki psikiyatrik bozukluklar aşağıdaki Tablo 3'te gösterilmiştir. Bu tanılardan ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Tablo 3. Saldırganlığın tanı kriterleri arasında yer aldığı DSM-5'teki psikiyatrik bozukluklar (APA 2013)

1. Alkol, amfetamin, kokain, inhalan, fensiklidin, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik entoksikasyonu
2. Antisosyal kişilik bozukluğu
3. Borderline kişilik bozukluğu
4. Davranım bozukluğu
5. Demans
6. Aralıklı patlayıcı bozukluk
7. Karşıt olma, karşıt gelme bozukluğu
8. Genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği
9. Posttravmatik stres bozukluğu
10. Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu

Aralıklı patlayıcı bozukluk dışındaki çok sayıda psikiyatrik bozukluklarda ve genel tıbbi bozukluklarda da tekrarlayan, dürtüsel agresif davranış ortaya çıkabilir. Saldırgan davranışa yol açabilen diğer bozukluklar, aralıklı patlayıcı bozukluktan şu şekilde ayrılır: ^{2,42,48}

● **Psikotik bozukluklar:** Psikotik bozukluklar, paranoid sanrılara ve agresif davranışa yol açabilecek işitsel halüsinasyonlara neden olabilir. Buna karşılık, aralıklı patlayıcı bozukluk tipik olarak sanrı ve halüsinasyonlarla kendini göstermez ve diğer psikoz belirtileriyle (örneğin, dezorganize konuşma ve davranış, duygulanımda küntleşme) karakterize edilmez.

● **Depresif bozukluk:** Depresif bozukluk ve aralıklı patlayıcı bozukluk, disfori, suçluluk ve özkıyım düşüncesi ve davranışı ile kendini gösterebilir. Ancak depresif bozuklukta genellikle aralıklı patlayıcı bozuklukta görülmeyen anergi, anhedoni, uyku bozukluğu ve psikomotor retardasyon gözlenir.

●**Bipolar bozukluk:** Sinirlilik, enerji artışı ve yarışan/uçuşan düşünceler hem bipolar bozuklukta hem de aralıklı patlayıcı bozuklukta görülebilir; özellikle aralıklı patlayıcı bozukluğun öfke nöbetleri genellikle hipomaniye benzer. Bununla birlikte, mani ve hipomani, APB'den, basınçlı konuşmanın olması, amaca yönelik aktivitede artış olması, artmış kendilik değeri, uyku ihtiyacında azalma ve öfori ile ayırt edilebilir. Ek olarak, aralıklı patlayıcı bozukluğun agresif dönemleri genellikle dakikalar ile saatler arasında sürerken, hipomanik ve manik dönemler genellikle günler ile aylar sürer.

●**Madde entksiksyonu ya da çekilmesi:** Psikomotor stimulan maddeler (kokain, amfetamin vb) kişilerde bazı saldırgan davranışların provokasyonuna neden olabilir, alkol gibi sedatif bazı maddeler de dürtü kontrolü ve plan yapabilme gibi kognitif işlevde soruna yol açabilmektedir. Alkol ve fensiklidin zehirlenmesi, nistagmus ile, amfetamin ve kokain zehirlenmesi, pupiller genişleme ile ortaya çıkabilir. Bu oküler belirtiler genellikle aralıklı patlayıcı bozuklukta görülmez. Dahası, bu tutum ve davranışların idrar incelemesi ile madde kullanımına bağlı gözlenip gözlenmediği saptanabilmektedir.

●**Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu:** Yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, genellikle aralıklı patlayıcı bozuklukta görülmeyen hiperaktivite, zayıf dikkat, görevleri tamamlayamama ve dağınıklığın varlığı ile karakterize edilir.

●**Antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB):** Aralıklı patlayıcı bozukluk ve antisosyal kişilik bozukluğu, erkeklerde kadınlardan daha yaygındır. Bununla birlikte, antisosyal kişilik bozukluğunda bulunan yasaları çiğneme (örneğin, hırsızlık),başkalarını kullanma, manipüle etme, başkalarının hakkına duyarsızlık ve hakkını ihlal eden davranışlar sergileme, sorumsuzluk (örneğin, mali yükümlülükleri yerine getirmeme) ve pişmanlık eksikliği görülmektedir. Ek olarak, antisosyal kişilik bozukluğundaki saldırgan davranış, saldırgan davranışın bir avantaj elde etme (örneğin, güç veya para) ve diğerlerini korkutma amacı olması nedeniyle genellikle önceden tasarlanmış, araçsaldır ve saldırganlığın düzeyi aralıklı patlayıcı bozukluğa oranla daha düşüktür; aralıklı patlayıcı bozuklukta durum böyle değildir. APB tanısı alan olguların başka kişilerin haklarını gasp ettikleri ve umursamadıkları zamanlar olabilir. Ancak bu yalnızca patlayıcı ataklar esnasındadır. ASKB olan hastalar için ise bu empatiden yoksun olarak tanımlayabileceğimiz tutum devamlıdır. APB tanısı koyulması sırasında kişilik bozuklukları ile ayrımı yapılırken, saldırgan tutumların APB ile daha iyi açıklanabildiği durumlarda tanıya ek olacak şekilde ASKB tanısı konabileceği unutulmamalıdır.

●**Sınırdaki kişilik bozukluğu :** İntihar girişimleri ve özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı, hem sınırdaki kişilik bozukluğunda hem de aralıklı patlayıcı bozuklukta ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, borderline kişilik bozukluğu klinik ortamlarda kadınlarda

daha yayginken, aralıklı patlayıcı bozukluk erkeklerde daha yaygındır. Ek olarak, borderline kişilik bozukluğu, süregelen boşluk duyguları, terk edilmekten kaçınma için aşırı çaba harcama, idealleştirme ve değersizleştirme aşırılıkları arasında gidip gelen tutarsız kişilerarası ilişkiler ve kendilik algısı ile karakterizedir ve saldırganlığın düzeyi aralıklı patlayıcı bozukluğa oranla daha düşüktür. APB tanısı koyulması sırasında kişilik bozuklukları ile ayırımı yapılırken, saldırgan tutumların APB ile daha iyi açıklanabildiği durumlarda tanıya ek olacak şekilde ASKB tanısı konabileceği unutulmamalıdır

●**Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu:** YDDB tanısı alan olgularda dürtüsel saldırgan patlama atakları arasında görülmekte olan çabuk öfkelenme, kızgınlık gibi olumsuz duygulanımlar hemen hemen tüm gün boyunca sürmektedir. Bu tekrar eden, problem yaratan, dürtüsel saldırgan patlama atakları 10 yaşından önce başlamaktadır. Ayrıca YDDB tanısı 6 yaşından önce ya da 18 yaşından sonra konamaz.⁴²

●**Davranım Bozukluğu:** APB hastalarında gördüğümüz saldırgan davranışlar maddi bir kazanım maksadı ile yapılmaz ve planlı değildir. Ayrıca aralıklı patlayıcı bozukluk davranım bozukluğunun diğer tanı ölçütlerini karşılamaz. Davranım bozukluğu tanısı almış hastaların meydana getirdiği saldırganlığın şiddeti APB tanısı alan hastalara göre çok daha hafiftir.⁴²

●**Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) :** Dürtüsel agresif patlamalar aralıklı patlayıcı bozuklukta olduğu gibi ufak bir provokasyonla meydana gelir. KOKGB tanısı almış hastaların meydana getirdiği saldırganlığın şiddeti APB tanısı alan hastalara göre çok daha hafiftir.⁴²

●**Genel tıbbi bozukluklar:** Dürtüsel saldırganlığın organik olarak tabir edilebilecek nörolojik nedenleri arasında temporal lobu tutan beyin tümörleri, ensefalit, serebral abseler, nörodejeneratif hastalıklar, strok, epilepsi, normal basınçlı hidrosefali, subaraknoid kanamalar, sayılabilir. Bu tablolara ek olarak hipoglisemi gibi akut metabolik bozukluklar, metabolik hastalıklar ve bazı endokrin bozukluklarda da bu tür saldırgan davranışlar görülebilmektedir.

Demans, bellek, konuşma, günlük aktiviteleri sürdürme yetisi, konsantrasyon ve diğer bilişsel işlevleri bozar ve bu bozulma aralıklı patlayıcı bozuklukta görülen bilişsel işlevlerdeki bozulmadan daha ileri düzeydedir. Demansiyel süreçte görülen agresyon varlığında aralıklı patlayıcı bozukluk tanısı koymaktan kaçınılmalıdır.

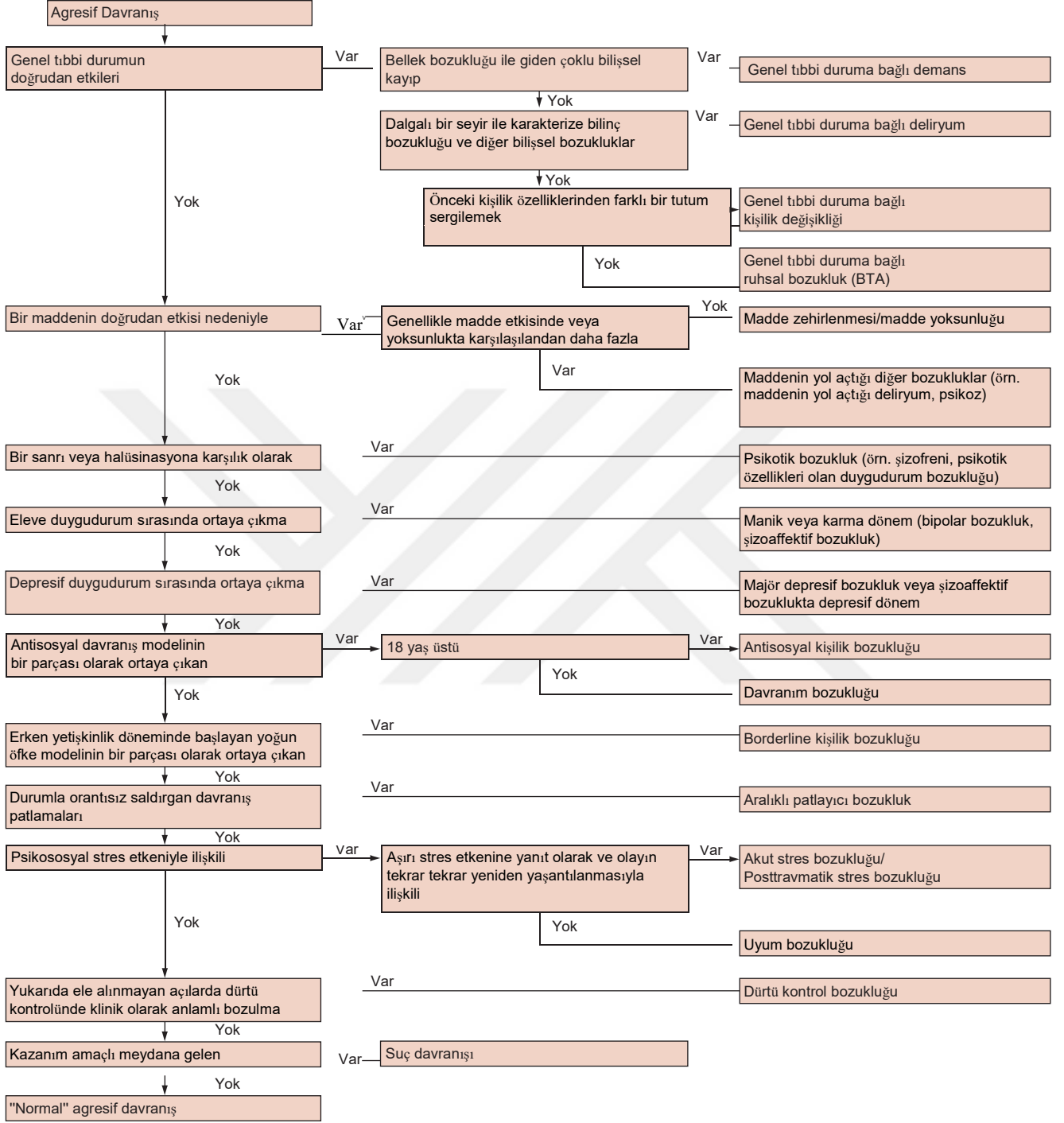
Temporal lob epilepsisi, duraklama/donma, dalgınlık, otomatizmalar (yani, tekrarlayan, basmakalıp ve amaçsız hareketler) ve elektroensefalogramda keskin temporal dalgalar, duyuusal belirtiler ile karakterize basit parsiyel nöbet ile tanı konulur; bu bulgular aralıklı patlayıcı bozukluğun özelliği değildir.⁵⁷

●**Malingering:** Herhangi bir hastada malingering'ten (temaruz, simülasyon) şüphelenilirse APB tanısı dışlanmalıdır. Malingering (simulasyon) askerlik yapmaktan kaçmak, maddi kazanç sağlamak, yasal süreçlerden kaçmak ya da uyuşturucu madde edinmek gibi çeşitli maddi amaçlar uğruna psikolojik ya da fiziksel belirtileri bilinçli olarak uydurmak ya da olan belirtilerini abartmak olarak tanımlanan bir psikiyatrik bozukluktur. Aralıklı patlayıcı bozuklukta görülen dürtüsel agresif davranış ise tanım gereği önceden planlama yapılmadan ve sonuçları düşünmeden yapılan bir eylemdir.⁴⁰

●**Kültürel Sendromlar:** Kültürel sendrom veya kültüre özgü sendromlar, bir toplum veya kültür alanıyla sınırlı, yineleyici, belirli bir tanı kategorisiyle bağlantılı olan ya da olmayan, yerele özgü anormal davranış kalıpları içeren, davranışsal, bilişsel ve somatik semptomların kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır.⁷⁶ Bu sendromlardan biri olan Amok, birden ortaya çıkan kontrol edilmesi zor saldırgan tutum ile karakterize ani gelişen çılgınlık tablosudur. Bir stres etkeni sonrası gelişen aşırı şiddet içeren ve bazı zamanlarda da cinayet ile sonuçlanabilen bir durumdur. Sıklıkla atak esnasında olanlar hatırlanmaz. APB'nin aksine, amok yineleyen patlayıcı ataklar şeklinde olmadan yalnızca bir atak olarak meydana gelir. Bu atak sıklıkla dissosiyatif nitelikler içermektedir.⁴

Saldırganlığın ayırıcı tanısına yönelik ayrıntılı şekil aşağıda verilmiştir. (Şekil 1.)

Şekil 1. Saldırganlığın ayırıcı tanısı



2.7 Tedavi Yaklaşımları

DSM-5 tarafından tanımlanan dürtü kontrol bozuklukları başlığı altında yer alan aralıklı patlayıcı bozukluk, semptomatik davranışın beş aşaması ile karakterize edilir. Davranış, artan bir gerilim veya uyarılma duygusuyla başlar ve bunu harekete geçme dürtüsüne karşı koyamama izler. Eylem sırasında uyarılma zirve yapar; ve eylem tamamlandığında, bir rahatlama veya salıverme duygusu hissedilir. Son olarak, hasta eylemlerinden dolayı pişmanlık veya suçluluk duygusu hissedebilir.⁴²

Birçok psikiyatrik bozukluk, dürtüsellik tanısal bir özellik olarak içerirken, dürtüsellik, aralıklı patlayıcı bozukluğun temel bir özelliğidir. Dürtüsellik, kendine potansiyel olarak zarar verebilecek bir arzuya veya ayartmaya karşı koyamama olarak kavramsallaştırılabilir. Dürtüsel bireyler genellikle eylemleriyle ilişkili riskleri ve zararları hafife alırlar ve hazzı erteleme yeteneğinden yoksundurlar. Literatür, dürtüsel davranışın biyolojik temelini deşışmiş serotonerjik fonksiyona dayanabileceğini ileri sürmektedir. Spesifik olarak, serotonerjik iletimin azalması dürtü kontrolünün azalmasına neden olabilir gibi görünmektedir.⁷⁷

APB tedavisinde tercih edilen tedavi yaklaşımlarının önemli bir kısmı diğerk başkapa psikiyatrik bozukluklarda gözlenen dürtüsellik ya da saldırganlığın tedavisinde tercih edilen yaklaşımlar gözönünde bulundurularak belirlenmiştir. APB tedavisindeki esas hedef semptomların tümüyle gerilemesi ya da sadece birkaç semptomun hafif düzeyde seyrettiğı tablonun oluşturulmasıdır. Semptomların gerilemesinin sağlanamadığı durumlarda da kişı ve yakın çevre güvenliğinin sağlanması, atak sayısının, sıklığının, şiddetinin mümkün olduğunca minimize edilmesi hedeflenir. Tedavi sonrası “Modifiye Açık Agresyon Skalası” skorlarında %50 düşme görülmesi tedaviye yanıt olarak değerlendirilir.⁵⁷

Son on yılda dürtüsel saldırganlık ve/veya aralıklı patlama bozukluğu (araştırma kriterleri) olan hastalarda çift kör, plasebo kontrollü klinik çalışmalar yapılmıştır. İlk çalışmalarda kişilik bozukluğu eştanısı olan aralıklı patlayıcı bozukluğu hastalarında özellikle fluoksetin tedavisi ile dürtüsel agresif davranışta azalma olduğu bildirilmiştir.⁷⁸

Klinisyenlere, tek başına ilaç tedavisinin sınırlı faydasını gösteren randomize klinik çalışmalara dayanarak, aralıklı patlayıcı bozukluğu farmakoterapi artı BDT ile tedavi etmeleri önerilmektedir.^{78,79}

2.7.1 Farmakoterapi

2.7.1.1 Birinci Basamak Tedavi Yaklaşımı

Gösterilen etkinlik, tolere edilebilirlik ve kullanım kolaylığı açısından bakılacak olunursa aralıklı patlayıcı bozukluk için birinci basamak farmakoterapi olarak seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) önerilmektedir. Fluoksetin en sık çalışılan ajan olması nedeniyle sık tercih edilir. Ancak, diğer SSRI'lar da uygun alternatiflerdir. Çoğu randomize çalışmada tedavi süresine bağlı olarak, ilacın faydalı olup olmadığını belirlemeden önce 6 ila 12 haftalık tedavi önerilmektedir.^{78,80,81} Bu tedavi protokolünde hastaların yaklaşık yüzde 66'sının yanıt vermesini beklenmektedir.

Fluoksetinin normal başlangıç dozu günde bir kez alınan 20 mg'dır. İki ila dört hafta içinde yanıt vermeyen hastalar için, ilacın ne kadar iyi tolere edildiğine bağlı olarak doz günde 10 ila 20 mg artırılır. Tedaviye yanıt vermeyen hastalara, etkili bir doza ulaşana kadar tolere edildiği ölçüde her iki ila dört haftada bir günde 10 ila 20 mg'lık ek doz artışları yapılabilir. Maksimum doz günde 60 mg'dır.

APB'un tedavisinde fluoksetinin tercih edilme sebeplerinden biri de aralıklı patlayıcı bozukluğu ve eşlik eden bir kişilik bozukluğu (obsesif-kompulsif, paranoid veya sınırda) olan 100 hastada yapılan, fluoksetini plasebo ile karşılaştıran 12 haftalık randomize bir çalışmadır.^{78,80} Fluoksetin alan hastalarda plaseboya göre anlamlı derecede daha fazla orta ila büyük oranda iyileşme gözlenmiştir. (yüzde 66'ya karşı yüzde 29). Fluoksetin kullanımı ile sık görülen yan etkiler arasında cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu, mide bulantısı, kusma ve huzursuzluk yer alır.

Diğer çalışmalar da aralıklı patlayıcı bozukluğu tedavi etmek için fluoksetin kullanımını dolaylı olarak desteklemektedir. Randomize çalışmaların bir meta-analizi (çeşitli psikiyatrik bozukluklar için tedavi edilen 3992 hasta), fluoksetin alan hastalarda plaseboya göre önemli ölçüde daha az dürtüsel agresif davranışın meydana geldiğini bulmuştur (yüzde 0.2'ye karşı yüzde 0.7).⁸² Yapılan diğer randomize kontrollü çalışmalarda da fluoksetinin borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda⁸³ ve aile içi şiddete sebep olma öyküsü bulunan, alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda dürtüsel, saldırgan davranışı belirgin biçimde azalttığını bulunmuştur.⁸⁴

APB ya da B küme kişilik bozukluğu tanısı almış 8 katılımcı ile yapılan açık uçlu bir çalışmada sitalopramla dürtüsel saldırganlık gösteren katılımcıların saldırganlık ve irritabilitelerinde düşme olduğu görülmüştür.⁸⁵ Yapılan başka bir olgu seri çalışmasında ise APB tanısı olan 10 hastanın 5'inde sertralin veya venlafaksin kullanılarak yapılan antidepresan monoterapisine, 10 hastanın 7'sinde ise valproat veya lityuma pozitif cevap görülmüştür.⁸⁶

2.7.1.2 Dirençli Tabloda Tedavi Yaklaşımı

2.7.1.2.1 Fenitoin, Okskarbazepin, Karbamazepin

Aralıklı patlayıcı bozuklukta bazı hastalar ilaca başladıktan sonraki 6 ila 12 hafta içinde bir SSRI'ye yanıt vermez. (Yanıt, hastanın ve çevresindekilerin güvenliğini stabilize etmenin yanı sıra semptomların sayısında, yoğunluğunda ve sıklığında önemli iyileşme olarak tanımlanır.) Tedaviye dirençli bu hastalar için, SSRI'yi bir ila iki hafta boyunca azaltılması, kesilmesi ve fenitoin, karbamazepin, okskarbazepin gibi farklı gruptan bir ilaca geçilmesi önerilmektedir.

Aşağıda listelenen ilaçların kanıtlanmış etkinliği olması ve başlangıçta bir SSRI'ye dirençli olan hastalarda ikinci bir SSRI'nın etkili olduğuna dair kanıt olmaması nedeniyle başka bir grup ilaca geçilmesi önerilmektedir.⁸⁷ Tedaviye başladıktan sonra, ilacın faydalı olup olmadığını belirlemeden önce 6 ila 12 haftalık tedavi süresi önerilmektedir^{78,80,81}. Bu şekilde uygulana ilaç değişikliğine yanıt veren hastaların oranı yaklaşık yüzde 60'a kadar çıkabilmektedir⁸⁸.

Fenitoin – Fenitoinin başlangıç dozu, tolere edilebilirlik ve uyuma bağlı olarak günde üç kez 100 mg veya sabah 200 mg ve akşam 100 mg'dır.^{89,90} İlk dozdan iki hafta sonra ve herhangi bir doz değişikliğinden bir hafta geçmesinin ardından 12 saatlik serum ilaç düzeyi bakılmalıdır. Dürtüsel saldırganlığı azaltmada serum düzeylerini etkililikle ilişkilendiren hiçbir veri olmamasına rağmen, çalışmaların çoğunda ilaç günde 300 mg'da tutulmuştur, ancak iki ila üç hafta sonra yanıt vermeyen hastalar, dozu her hafta günde 30 mg artırarak günde 400 mg'a çıkarmaktan fayda görebilir.

Okskarbazepin (veya karbamazepin) – Okskarbazepin ve karbamazepin benzer bir kimyasal yapıya ve etki mekanizmasına sahiptir.⁸¹ Okskarbazepin genellikle daha az yan etkiye ve ilaç-ilac etkileşimlerine neden olduğu için tercih edilir.⁸⁸ Ancak karbamazepin daha ucuz, daha kolay bulunabilir ve daha makul bir alternatiftir. Okskarbazepinin başlangıç dozu günde 150 veya 300 mg'dır. Doz, iki ila dört günde bir, ikiye bölünmüş dozlar halinde alınan günde 150 ila 300 mg artırılarak, tolere edildiği ölçüde günde 1200 ila 2400 mg'lık bir hedef doza çıkarılır.⁸⁸ Karbamazepin genellikle ikiye bölünmüş dozlar halinde günde 200 mg'lık bir dozda başlatılır. Doz, tolere edildiği şekilde günde 800 ila 1800 mg'lık bir hedef doza ulaşmak için her beş günde bir günde 200 mg artırılır. Dürtüsel saldırganlığı azaltmada serum düzeylerini etkililikle ilişkilendiren hiçbir veri olmamasına rağmen, uzatılmış salımlı formülasyonlar daha kararlı serum seviyeleri sağlayabilir. Dört randomize çalışmanın sistematik gözden geçirmesi sonucu okskarbazepin ve karbamazepin dürtüsel saldırgan davranışlarda plaseboya göre daha üstün olarak gösterilmiştir.⁹¹

SSRI, fenitoin ve okskarbazepine yanıt vermeyen hastalarda okskarbazepin dozu 2-3 günde bir 300-600 mg/gün olacak şekilde azaltılarak kesilmeli ve duygudurum düzenleyicilerden biri tercih edilmelidir.⁵⁷

2.7.1.2.2 Lamotrijin, Topiramat, Valproik Asit, Lityum

Aralıklı patlayıcı bozuklukta bazı hastalar ilaca başladıktan sonraki 6 ila 12 hafta içinde okskarbazepine yanıt vermez. (Yanıt, hastanın ve çevresindekilerin güvenliğini stabilize etmenin yanı sıra semptomların sayısında, yoğunluğunda ve sıklığında önemli iyileşme olarak tanımlanır.) Tedaviye dirençli bu hastalar için okskarbazepinin iki ila üç günde bir, günde 300 ila 600 mg azaltılması, kesilmesi ve lamotrijin, topiramat, valproik asit, lityum gibi farklı gruptan bir ilaca geçilmesi önerilmektedir. Bu şekilde uygulanan ilaç değişikliğine yanıt veren hastaların oranı yaklaşık yüzde 50'lere kadar çıkabilmektedir.^{57,81}

Lamotrijin- Lamotrijinin başlangıç dozu 1. ve 2. haftalar için günde 25 mg'dır. 3. ve 4. haftalar için doz, ikiye bölünmüş dozlar halinde günde 50 mg'a çıkarılır. Doz daha sonra her artış için haftada bir olmak üzere günde 25 ila 50 mg arasında titre edilebilir. Bu yavaş titrasyon, yaşamı tehdit edebilen bir yan etki olan deri döküntüsü riskini azaltır (Steven Johnson Sendromu). Hedef doz günde 50 ila 200 mg aralığındadır.⁹² Borderline kişilik bozukluğu olan 27 hastada lamotrijin ve plaseboyu karşılaştıran 8 haftalık randomize kontrollü çalışmada lamotrijinin üstünlüğü kanıtlanmıştır.⁹²

Topiramat- Topiramatin başlangıç dozu , ikiye bölünmüş olarak alınan günde 50 mg'dır. Doz, tolere edildiği ölçüde günde 200 ila 300 mg hedef doza ulaşacak şekilde her hafta günde 50 mg artırılır. ^{93,94} Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda sekiz hafta boyunca yapılan 2 randomize kontrollü çalışma topiramatin plaseboya üstünlüğünü kanıtlamıştır. ^{93,94}

Valproat (divalproex)- Valproatin başlangıç dozu günde iki kez 250 mg'dır ve tolere edilebildiği ölçüde günde 250 mg artırılarak etkili bir doza ulaşılır.⁹⁵ Maksimum doz 30 mg/kg/gündür. Dürtüsel saldırganlığı azaltmada serum düzeylerini etkinlikle ilişkilendiren hiçbir veri olmamasına rağmen, bazı otoriteler etkinliği en üst düzeye çıkarmak için 12 saatlik serum ilaç düzeyini 80 ile 120 mcg/mL olarak hedeflemektedir.

Yapılan en büyük randomize kontrollü çalışma, aralıklı patlayıcı bozukluğu olan 116 hastada 12 hafta boyunca valproatin plaseboya üstünlüğünü kanıtlayamamıştır.⁹⁵ Bununla birlikte, daha küçük çaplı yapılan diğer çalışmalar valproatin dürtüsel agresif davranışı azaltabileceğini düşündürmektedir.^{87,91}

Lityum- Lityumun başlangıç dozu genellikle günde iki veya üç kez 300 mg'dır. Doz, tolere edildiği ölçüde her bir ile beş günde bir 300 ila 600 mg artırılmalıdır. Amaç, genellikle

günde 900 mg ila 1800 mg doz ile ortaya çıkan terapötik serum düzeyine ulaşmaktır. Hedef serum seviyesi 0,8 ile 1,2 mEq/L arasındadır ve seviyeler genellikle 1,2 mEq/L'yi geçmemelidir. Kronik dürtüsel agresif davranışı olan 59 mahkumda lityum ile plaseboyu karşılaştıran 12 haftalık randomize kontrollü bir çalışmada lityumun üstünlüğü kanılanmıştır.⁹⁶

2.7.2 Psikoterapi

APB hastalarında psikoterapi genel olarak bu bireylere kendi duygudurumlarını, öfke anlarını tanımayı ve yönetmeyi öğretmek şeklinde planlanmıştır. Çünkü bu hastaların kendi artan öfkelerinin farkında olmamalarının süreçte dayanılmaz bir birikime yol açtığı ve oluşan birikimin boşaltılması amacıyla bunu ani ve uygunsuz bir öfke patlamasının izlediği varsayılmaktadır. Bu hasta gruplarında grup terapisinin de yararlı olduğu bilinmektedir.⁹⁷ Anksiyete bozukluklarında sıklıkla kullanılan “maruz bırakma” yöntemi, öfke tedavisine yönelik kontrollü olmayan bir pilot çalışmada incelenmiştir. Süreçte kişiler öfkeyi tetikleyen senaryolara karşı tolerans geliştirmiş ve tedaviden fayda görmüşlerdir.⁹⁷ Bir başka çalışmada öfke kontrol problemi olan araç sürücülerinde tek başına relaksasyon eğitimi ile relaksasyon eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi kombinasyonu karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da genel öfke düzeyinde belirgin iyileşme görülmezken araç kullanırken görülen öfke düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.⁹⁸ Sonraki yıllarda daha yüksek öfke düzeyine sahip araç sürücüleri ile bu çalışma tekrarlandığında ise her iki yöntemle genel öfke düzeyinde de belirgin iyileşme sağlamıştır. Sadece gevşeme eğitimi almış olgularla, hem gevşeme eğitimi hem de bilişsel terapi alan olguların aynı düzeyde fayda görmeleri nedeniyle araç kullanımı sırasında öfkelenme ihtimali yüksek olguların tedavisinde yalnızca gevşeme eğitimini almanın yeterli sayılabileceği gösterilmiştir.⁹⁹ Mindfulness (farkındalık oluşturma) eğitimi bir meditasyon tekniği olup, APB tanısı alan olgularda planlamadan, aniden meydana gelen öfke patlamalarının tedavisi sırasında tercih edilebilecek bir başka seçenektir. Bu yöntem bireye dikkatini öfkeye sebep olan mevcut durumdan bedenin daha tarafsız, daha ilintisiz olan başka bir kısmına (avuç içleri, ayak tabanları gibi) veya içinde bulunulan daha alakasız bir duruma kaydırabilmenin anlatıldığı bir tekniktir.

2.7.3 Bilişsel-davranışçı terapi (BDT)- Dürtüsel agresif davranışlar BDT ile kontrol altına alınabilmektedir.⁷⁹ BDT, hastalara günlük ortamda tetikleyici uyaranları nasıl yöneteceklerini öğretmektedir.

Aralıklı patlayıcı bozuklukta uygulanan BDT’de kullanılan belirli teknikler şunları içerir:

1.Bilişsel yeniden yapılandırma (hatalı varsayımları ve işlevsiz düşünceleri değiştirmek; hasta, mevcut tüm kanıtlar ışığında varsayımların ve düşüncelerin geçerliliğini incelemeye, değerlendirmeye teşvik edilir.)

2.Gevşeme egzersizleri (örneğin, derin nefes almanın yanı sıra, öfkeye neden olan durumları hayal ederken farklı kas gruplarının gerilmesi ve gevşemesini içeren progresif kas gevşemesi alıştırmaları)

3.Başa çıkma becerileri eğitimi (örneğin, potansiyel olarak kışkırtıcı durumları canlandırma ve bu durumlardan uzaklaşma gibi tepkileri prova etme)

4.Nüksün önlenmesi (hastalara dürtüsel agresif davranışın tekrarının yaygın olduğu ve başarısızlıktan ziyade bir "kayma" olarak görülmesi gerektiği konusunda eğitim verilmesi)

BDT, problem çözme yaklaşımına değer veren, yüksek motivasyonlu hastalar için en verimli sonucu vermektedir. Aksine, BDT, öğretilen belirli teknikleri öğrenemeyen hastalarda (örneğin, orta ya da şiddetli bilişsel kusurları olan hastalar) kontrendikedir.⁷⁹

BDT, bir grup formatında veya bireysel formatta uygulanabilir. Hastalar tipik olarak 8 ila 16 seans terapi alır, ancak bazı tedavi planları 20 seans gerektirebilir; her seans yaklaşık 60 dakika sürer. Terapide öğretilen beceriler seanslar arasında uygulanır.

Farmakoterapi almayan aralıklı patlayıcı bozukluğu olan 45 hastada grup BDT, bireysel BDT ve kontrol grubu koşulunu karşılaştıran 12 haftalık randomize bir çalışmada BDT alan hastalarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında dürtüsel agresif davranışta klinik olarak büyük ve istatistiksel olarak anlamlı bir azalma meydana gelmiştir; grup ve bireysel CBT arasında anlamsız sayılabilecek küçük farklılıklar gözlenmiştir.¹⁰⁰

2.8 Prognoz

Aralıklı patlayıcı bozukluğun prospektif takip çalışmaları bulunmamaktadır. Bununla birlikte, yapılan retrospektif çalışmalar, bozukluğun ortalama süresinin 12 ila 20 yıl arasında değiştiğini belirlemiştir.¹⁰¹⁻¹⁰³

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çeviri İşlemi

Ölçeğin Türkçe'ye çevrimi orijinal versiyonunun geliştiricilerden biri olan Emil F. Coccaro'dan izin alındıktan sonra iki öğretim görevlisi (Prof. Dr. L. Tamam ve Doç. Dr. M.E. Demirkol) tarafından yapılmıştır. Ölçeği çeviren kişilerden bağımsız olarak farklı bir grup aracılığı ile de tekrar İngilizceye çevirisi yapıp orijinal formatta denkliği dil bilimciler tarafından karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalar sonucunda uygunluk belirlendikten sonra ölçek çalışma için hazır hale getirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 07.03.2021-07.09.2021 tarihleri arasında ayaktan tedavi gören, DSM-5'e göre Aralıklı Patlayıcı Bozukluk tanısı alan yaklaşık 65 hasta çalışmanın örneklem grubunu oluşturacaktır. Mevcut haliyle herhangi psikiyatrik hastalığı olmayan 65 hasta ise kontrol grubu olarak alınacaktır. G Power 3.1 programı ile yapılan güç analizi sonuçlarımıza göre hasta ve kontrol grupta 65'er toplam 130 hasta ile Cohen formülüne göre 0.05 hata payı, %80 güce ulaşılabilecektir. Katılımcılara 'Barratt Dürtüsellik Ölçeği', 'Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği', 'Buss Perry Agresyon Ölçeği', 'Scl 90 Belirti Tarama testi', 'Wender Utah Derecelendirme Ölçeği', 'Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi' ölçekleri verilecektir. Tüm ölçeklerin birbirleriyle uyum korelasyonlarına bakılacak, 'Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi' iç tutarlılık katsayısı, uyum geçerliği, ayırt edici (diskriminan) faktör analizi sınanacak ve ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği sınanacaktır.

3.3 Verilerin Toplanması

07.03.2021-07.09.2021 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan ilk kez öfke kontrol problemi ile başvuran ve DSM-5'e göre APB tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil olma kriterleri arasında 18 yaş ve üzeri olma, kliniğe ilk kez öfke kontrol problemi ile başvurmuş olmak ve DSM-5'e göre Aralıklı Patlayıcı Bozukluk tanısını karşılıyor olmasıdır. Çalışmanın dışlama ölçütleri ise tanıları psikotik, ağır depresif ya da manik dönemde olmak, bilişsel bozukluk, deliryum, demans, mental retardasyon tanılarını karşılıyor olmasıdır. Yukarıda belirtilmiş olan zaman aralığında toplam 190 katılımcı değerlendirilmiştir. Bu katılımcıların 2'si mental retardasyon, 9'u psikotik

bozukluk, 3'ü bipolar bozukluk manik atak, 1'si de demans, 1'i ağır depresif dönem ek tanıları olması nedeniyle; kalan 36 katılımcı da ölçekleri olması gerektiği şekilde tamamlamadığından, araştırmacı ile görüşmesini yarım bıraktığından çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmamızda toplam 139 katılımcı değerlendirmeye alınmıştır. Görüşme sırasında çalışmaya uygun bulunan hastalara süreç ile ilgili bilgi verilip onam alınmasının ardından, katılımcılar öncelikle öz bildirim ölçeklerini kendileri doldurmuştur. Sonrasında geri kalan veriler de araştırmacı tarafından birebir görüşme sırasında sorgulanarak toplanmıştır. Katılımcılara ruhsal muayene yapılması ve APB tanısına yönelik DSM-5 tanı ölçütlerini içeren görüşme formu ile APB tanısının doğrulanmasının ardından, Sosyodemografik Veri Formu, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği (MIDI), Buss Perry Agresyon Ölçeği, Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90), Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi ölçekleri uygulanmıştır.

3.3.1 Veri Toplama Araçları

3.3.1.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışma sırasında araştırmacının hazırlanmış olduğu sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu form kullanılarak katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim seviyesi, mesleği, yaşamakta olduğu yer kişisel beyana göre sorgulandı. Sosyoekonomik durumu değerlendirilirken o dönemin asgari ücreti referans alınarak; asgari ücret alan ya da geliri olmayan kişiler alt düzey, memur, işçi ve küçük esnaf grubuna giren kişiler orta düzey, kamu ve özel sektörde üst düzey yönetici konumunda olan, orta-büyük esnaf grubuna giren kişiler üst düzey sosyoekonomik gruba dahil edildi. Hastanın yakın geçmişinde ya da çocukluk çağında ruhsal bozukluk tanısı varlığı, yaşanmakta olan çevre ile alakalı (savaş, terör, göç etme vs.), hayati tehdit barındıran (hastalık, yaralanma, kaza vs.), doğa olayları ile alakalı (deprem, kıtlık vs.), kişiler arasında oluşan (ruhsal, fiziksel ya da cinsel bir şiddete maruz kalmak, dövülmek, kaçırılmak, esir tutulmak, tehdit edilmek, vs.) ya da başka bir şekilde oluşan (bir yakının yukarıda belirtilen şekillerde travma maruziyeti, beklenmedik ölümü, vs.) travma maruziyeti ile oluşan çocukluk çağı travmatik yaşantı varlığı, ailesinde ruhsal bozukluk tanısı varlığı, hayatının herhangi bir döneminde mala zarar verme, sözel şiddet, kişiler arası şiddet ya da tehdit etme gibi deneyimlediği öfke ataklarının varlığı, kendisinin ya da çevresinin öfke nedeniyle yakınması ve hastanın bu konuda tedavi arayışının olup olmadığı, kendisinde ya da ailesinde özkıyım amaçlı girişim ya da özkıyım amacı olmadan kendine zarar verme öyküsü ve hastada mevcut fiziksel hastalık varlığı hastanın kişisel beyanı esas alınarak sorgulandı.

Sosyodemografi veri formu hastalar ile birebir görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.3.1.2 Kullanılan Ölçekler

3.3.1.2.1 Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Derogatis ve ark. tarafından oluşturulmuş olan SCL-90-R ölçeği, 5 dereceli likert ölçeği tipi şeklinde yanıtlanan, 90 adet madde içeren, öz değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir.¹⁰⁴

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır.¹⁰⁵ Somatizasyon, depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif belirtiler, hostilite, paranoid düşünce, psikotizm, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, paranoid anksiyete ve ek skala olmak üzere on ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

Genel semptom indeksi (GSI) 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 hostilite 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): Kuşku, 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.

3.3.1.2.2 Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ)

Kişinin sahip olduğu saldırganlığı öfke ve düşmanlık boyutu, fiziksel ve sözel saldırganlık ile ölçümlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinal formu toplamda 29 madde içermektedir ancak dilimize uygunluk analizlerinde 7. madde incelendiğinde çalışmadığı farkedilerek ölçekten kaldırılmıştır. Ölçekte bu sebeple toplamda 28 madde bulunmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi değerlendirme ölçeğidir.¹⁰⁶ Dört faktör çözümlü ölçeğin Türkçe formunun yatarak tedavi görmekte olan erkek alkol/madde bağımlılarında yapılan bir çalışmada orijinal ölçekle uyum gösterdiği belirlenmiştir. İç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) Faktör 1 “Fiziksel Agresyon” için 0,89, Faktör 2 “Hostilite” için 0,84, Faktör 3 için 0,82, Faktör 4 için 0,59 ve ölçek toplam puanı için 0,93 olarak bulunmuştur. Her madde için yapılan madde-alt ölçek korelasyon değerleri 0,59 ile 0,79 arasında, düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri ise 0,25 ile 0,75 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test korelasyon değerleri Faktör 1 için 0,80, Faktör 2 için 0,77, Faktör 3 için 0,78, Faktör 4 için 0,54 ve ölçek toplam puanı için 0,84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 1-6. ve 8-9. maddelerinde fiziksel saldırganlık, 10-14. maddelerinde sözel saldırganlık, 15-21. maddelerinde öfke ve 22-29. maddelerinde ise düşmanlık sorgulanmaktadır. Ölçekte sadece 18. madde tersten puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı maddelerin puanlarının aritmetik toplamıyla hesaplanmaktadır. Bu çalışmada bu ölçeğin cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur.

3.3.1.2.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği–11 (BİS–11)

Dürtüsellik değerlendirmesi amaçlı kullanılan hasta tarafından doldurulan öz bildirim ölçeğidir. Ölçek toplamda 30 madde içermektedir ve 3 adet alt ölçek bulundurmaktadır; motor (motor dürtüsellik), dikkat (kognitif düzensizlik) ve plan yapmada zorlanma (kognitif karmaşıya tahammül edememe). BIS–11 sonuçları değerlendirildiğinde toplamda 4 adet farklı alt skor sonucu bulunur. Bu alt skorlar toplam puan, dikkat, motor dürtüsellik ve plan yapmamadır. Toplam BIS–11 puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Güleç ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.¹⁰⁷ Güleç ve arkadaşları tarafından çalışmada Türk popülasyonuna uygun söylemlerin kullanılmasının daha yerinde olacağı belirlenerek daha fazla araştırma yapılmasının gerekliliğinin üzerinde durulmuştur. Bu sebeple bizim çalışmamızda ölçek puanlanırken Patton ve arkadaşlarının tasarladığı puan anahtarları tercih edilmiştir.¹⁰⁸

3.3.1.2.4 Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği (MIDI)

MIDI, yaşam boyu varolan dürtü kontrol bozukluklarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Ayrılmış modüllerde DSM-IV ölçütlerine göre Dürtü Kontrol Bozuklukları (APB, Patolojik kumar oynama, trikotillomani, piromani, kleptomani, kompulsif satın alma, kompulsif seksüel davranış, deri koparma, kompulsif egzersiz) sorgulanmaktadır.¹⁰⁹

3.3.1.2.5 Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

WUDÖ, erişkinlerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilişkili olan çocukluk çağı semptomlarını değerlendirmek amacıyla Ward ve arkadaşları tarafından 1993'te geliştirilmiştir. Erişkinlerde DEHB tanısı konabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. Başta tasarlandığında DEHB semptomlarını 61 madde ile değerlendiren ölçek süreçte 25 maddeye kadar kısaltılmıştır. WUDÖ 5'li likert tipinde yanıtlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup, cut off değeri 36 olarak oluşturulmuştur. Ölçeğin toplam puanı tüm maddelerin puanlarının aritmetik toplamıyla hesaplanmaktadır. Klinik uygulamada WUDÖ'nün Türkçe formu erişkinlerde DEHB tanısı koyarken çocukluktaki DEHB belirtilerini gözden geçirmekte yardımcı olabilecek, geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Bununla birlikte DEHB tanısı koyarken yalnızca ölçek puanı dikkate alınmamalı, belirtilere neden olabilecek diğer psikiyatrik

bozukluklar, özellikle de depresyon, iki uçlu bozukluk ve kaygı bozukluklarının ayırıcı tanısı dikkatle yapılmalıdır.¹¹⁰

3.4 Etik Kurul ve Onamlar

Çalışmamızın etik kurul onamı 5 Mart 2021 tarihinde 109 sayılı toplantıda Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Tüm hastalara çalışmaya katılmadan önce araştırmamız hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir ve yazılı onamları alınmıştır.

3.5 Veri Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Normallik varsayımı değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 aralığında olduğu durumlarda kabul edilmiştir. Ayrıca histogram grafikleri de incelenmiştir.¹¹¹ Normallik varsayımı: Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 aralığında olduğu durumlarda, çalışma örnekleminin 50 ile 300 değerleri arasında olması sebebiyle z skorun -3.29 ve 3.29 aralığında olduğu durumlarda ve son olarak histogramlara bakılarak değişken dağılımlarının normal dağıldığı kabul edilmiştir.¹¹¹ Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile incelenmiş olup Ort±SS gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin medyanları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır (Medyan (1.Çeyreklik-3.Çeyreklik) şeklinde gösterilmiştir).¹¹² Beklenen gözlem sayısının 5 ile 25 arasında olması durumunda Yate's istatistiği, diğer durumlarda ise Ki-kare test kullanılmıştır. Bu testler sonucunda elde edilen p değerleri 0,05'ten küçük ise istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin varlığından söz edilir ve sonuçlar hakkında yorum yapılabilir. APB Ölçeği bağımlı değişken kabul edilerek lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Geliştirilen ölçeğin diskriminant geçerliliği hasta ve kontrol gruplarının Aralıklı patlayıcı bozukluk tarama anketi ölçeği ile olan ilişkisi incelenerek gösterilmiştir. Eşdeğer geçerliliğinin gösterilmesi için ise Minnesota ölçeğinin APB ölçeği kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Araştırma Grubunun Özellikleri

Çalışmamızda sosyodemografik özellikler kapsamında katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışma durumu, sosyoekonomik durumu, yaşadığı yeri, çocukluk çağı ruhsal hastalık öyküsü varlığı, geçmişte ruhsal hastalık öyküsü varlığı, öfke atağı öyküsü, öfke yakınmasına yönelik yakınma ve tedavi arayışı durumu, yaşam boyu intihar girişiminde ve kendine zarar verici davranışta bulunma durumu, ailede psikiyatrik hastalık, öfke sorunu, özkiyım girişimi ya da kendine zarar verici davranışta bulunma durumu, fiziksel hastalık varlığı ve ilk başvuru yakınması sorgulanmıştır. Örneklemeye ait tanımlayıcı istatistikler aşağıdaki gibidir. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde nümerik değişkenler için ise ortalama ve standart sapma verilmiştir. (Tablo 4)

4.2 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı

Tablo 1'de görüldüğü gibi katılımcıların 35'i kadın, 104'ü erkektir. Yaşları 18 ile 58 arasında değişen 139 katılımcının yaş ortalaması 37.77 (SS=10.63) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %53.2'si evli (n=74), %46.7'si (n=65) ise bekardır. Katılımcıların eğitim durumu değerlendirildiğinde %24.5'i ilköğretim (n=34), %51.1'i (n=71) lise, %24.5'i (n=34) ise yüksekokul düzeyinde eğitim almıştır. Katılımcıların çalışma durumu değerlendirildiğinde %19.4'ü (27) çalışmıyor, %80.6'sı (n=112) ise mevcut haliyle bir işte çalışmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi değerlendirilirken o dönemin asgari ücreti esas olarak alınmıştır. Katılımcıların % 15.8'i (n=22) asgari ücret ya da asgari ücretin altında maaş alan ve geliri olmayan katılımcılar alt düzey, %77.7'si (n=108) memur, işçi ve küçük esnaf grubuna girmesi nedeniyle orta düzey, %6.5'i (n=9) kamu ve özel sektörde üst düzey yönetici konumunda ya da orta-büyük esnaf grubuna girmesi nedeniyle üst düzey sosyoekonomik sınıfta bulunmuştur. Katılımcıların yaşadığı yer sorgulandığında %69.8'inin (n=97) il merkezinde, %30.2'sinin (n=42) ise il merkezlerinden küçük yerleşim yerlerinde yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Ait Dağılımları

Değişkenler	Frekans (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	35	25.2
Erkek	104	74.8
Medeni Hal		
Evli	74	53.2
Bekar	65	46.8
Eğitim Durumu		
İlköğretim	34	24.4
Lise	71	51.1
Yüksekokul	34	24.5
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	27	19.4
Çalışıyor	112	80.6
Sosyoekonomik Durumu		
Alt	22	15.8
Orta	108	77.7
Üst	9	6.5
Yaşadığı Yer		
İl	97	69.8
İl merkezinden küçük	42	30.2
Değişken	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	37.77	10.63

4.3 Katılımcılara Ait Klinik ve Ailesel Özelliklerin Dağılımı

Katılımcıların kişisel beyanına dayanarak çocukluk çağında psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı sorgulandığında katılımcıların %33.1'inde (n=46) olduğu, %66.9'unda (n=93) ise olmadığı görülmüştür. Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcıların tanılarını sorgulandığında ise %43.8'inde (n=21) DEHB, %27.1'inde (n=13) davranım bozukluğu, %41.7'sinde (n=20) karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %29.2'sinde (n=14) yaşanan çevre ile ilişkili, yaşamsal tehdit içeren, doğa olayları ile ilişkili, kişilerarası gelişen ya da başka bir şekilde gelişen travmaya maruz kalma sonucu oluşmuş bir çocukluk çağı travmatik yaşantısının olduğu görülmüştür. Katılımcıların geçmiş dönem ruhsal hastalık tanısı kişisel beyana göre sorgulandığında %33.1'inde (n=46) olduğu, %66.9'unda ise olmadığı gözlenmiştir. Geçmiş dönem psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların %45.7'si (n=21) anksiyete bozukluğu, %37'si (n=93) depresif bozukluk, %2.2'si (n=1) bipolar bozukluk, %13'ü (n=6) obsesif kompulsif bozukluk, %2.2'si (n=1) madde kullanım bozukluğu, %2.2'si (n=1) bedensel belirti

bozukluğu, %19.6'sı (n=9) travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluk, %4.3'ü (n=2) beslenme ve yeme bozukluğu, %15.2'si (n=7) yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozukluğu, %10.9'u ise (n=5) kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Katılımcıların yaşam boyu öfke atağı yaşama deneyimi sorgulandığında %75.5'i (n=105) deneyimlediğini, %24.5'i ise (n=34) deneyimlemediğini belirtmiştir. Yaşam boyu öfke atağı deneyimleyen katılımcıların %42.9'u (n=45) mala zarar verme, %33.3'ü (n=35) tehdit etme, %52.4'i (n=55) kişilerarası şiddet, %80'i (n=84) sözel şiddet şeklinde deneyimlemiştir. Katılımcının ya da çevresinin öfke/sinirlilik konusunda yakınması olup olmadığı değerlendirildiğinde %56.8'inin (n=79) bu konuda yakınması olduğu, %43.2'sinin (n=60) ise yakınması olmadığı görülmüştür. Katılımcıların %39.6'sının (n=55) sinirlilik/öfke nedeniyle tedavi arayışı varken, %60.4'ünün (n=84) tedavi arayışı olmadığı görülmüştür. Katılımcıların %16.5'inde (n=23) yaşam boyu özkıyım girişimi varken, %83.5'inde (n=116) ise özkıyım girişimi öyküsü olmadığı görülmüştür. Katılımcıların özkıyım amacı olmadan kendine zarar verici davranış öyküsü sorgulandığında %29.5'inde (n=41) var olduğu, %70.5'inde ise (n=98) olmadığı görülmüştür. Katılımcıların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü katılımcıların beyanına göre sorgulandığında ise %20.1'i (n=28) olduğunu, %79.9'u (n=111) olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların ailelerinde yaşam boyu öfke atağı yaşama deneyimi sorgulandığında %45.3'ü (n=63) olduğunu, %53.7'si (n=76) ise olmadığını belirtmiştir. Ailelerinde öfke atağı deneyimleyen katılımcıların %30.2'si (n=19) bu atakların mala zarar verme, %36.5'ü (n=23) tehdit etme, %60.3'ü (n=38) kişilerarası şiddet, %79.4'ü (n=50) sözel şiddet şeklinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %7.9'unun (n=11) ailesinde özkıyım girişimi öyküsü varken, %92.1'inde (n=128) olmadığı görülmüştür. Katılımcıların ailelerinde özkıyım amacı olmadan kendine zarar verici davranışta bulunma öyküsü sorgulandığında %15.1'inde (n=21) olduğu, %84.9'unda (n=118) olmadığı görülmüştür. Katılımcılarda fiziksel hastalık varlığı sorgulandığında %3.6'sında (n=5) var olduğu, %96.4'ünde (n=134) olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Klinik Bilgilerine Ait Dağılımları

Değişken	Frekans (N)	Yüzde (%)
Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	46	33.1
Yok	93	66.9
DEHB	21	43.8
Davranım bozukluğu	13	27.1
Karşıt olma karşı gelme bozukluğu	20	41.7
Çocukluk çağı travması	14	29.2
Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	46	33.1
Yok	93	66.9
Anksiyete bozukluğu	21	45.7
Depresif bozukluk	17	37
Bipolar bozukluk	1	2.2
Obsesif kompulsif bozukluk	6	13
Madde kullanım bozukluğu	1	2.2
Psikotik bozukluk	1	2.2
Bedensel belirti bozukluğu	1	2.2
Disosiyatif bozukluk	0	
Travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluk	9	19.6
Beslenme ve yeme bozukluğu	2	4.3
Yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları	7	15.2
Kişilik bozukluğu	5	10.9
Öfke Atağı		
Var	105	75.5
Yok	34	24.5
Mala zarar verme	45	42.9
Tehdit etme	35	33.3
Kişilerarası şiddet	55	52.4
Sözel şiddet	84	80
Öfke sinirlilik konusunda katılımcının/çevresinin yakınması		
Var	79	56.8
Yok	60	43.2
Öfke nedeniyle tedavi arayışı		
Var	55	39.6
Yok	84	60.4
Yaşam boyu özkıyım girişimi		
Var	23	16.5
Yok	116	83.5
Yaşam boyu kendine zarar verici davranış		
Var	41	29.5
Yok	98	70.5
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	28	20.1
Yok	111	79.9

Ailede öfke atağı öyküsü		
Var	63	45.3
Yok	76	53.7
Mala zarar verme	19	30.2
Tehdit etme	23	36.5
Kişilerarası şiddet	38	60.3
Sözel şiddet	50	79.4
Ailede özkıyım öyküsü		
Var	11	7.9
Yok	128	92.1
Ailede kendine zarar verici davranış		
Var	21	15.1
Yok	118	84.9
Fiziksel hastalık		
Var	5	3.6
Yok	134	96.4
İlk başvuru yakınması		
Sinirlilik/öfke	70	50.4
Diğer	69	49.6

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

4.4 Ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler

Ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler aşağıdaki tabloda verilmiştir. (Tablo 6)

Tablo 6. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler	Ortalama±S
Buss Perry Agresyon Ölçeği Total	78.37±31.85
BPAÖ Fiziksel Saldırganlık	20.74±10.46
BPAÖ Sözel Saldırganlık	15.31±7.27
BPAÖ Öfke	21.05±9.03
BPAÖ Düşmanlık	21.04±9.19
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Total	67.52±17.14
BDÖ Dikkat	17.69±5.19
BDÖ Motor	21.48±6.36
BDÖ Plan Yapmama	28.35±6.85
SCL-90 Genel Semptom Endeksi	1.15±0.80
Somatizasyon	12.34±10.56
Obsesif Kompulsif	13.06±8.61
Kişilerarası Duyarlılık	11.12±8.52
Depresyon	16.70±11.51
Anksiyete	10.67±9.73
Öfke Düşmanlık	8.96±8.27
Fobik Anksiyete	5.15±5.54
Paranoid	8±6.09
Psikotizm	8.64±8.51
Ek Skala	8.47±6.68
Wender Utah	63.5±26.90

S: Standart sapma BPAÖ: Buss Perry Agresyon Ölçeği BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Ölçek	Frekans	Yüzde
Minnesota Alışveriş Yapma Bozukluğu		
Hasta	3	2.2
Normal	136	97.8
Minnesota Trikotilomani		
Hasta	4	2.9
Normal	135	97.1
Minnesota APB		
Hasta	60	43.2
Normal	79	56.8
Minnesota Kumar Oynama Bozukluğu		
Hasta	3	2.2
Normal	136	97.8
APBTA		
Hasta	62	44.6
Normal	77	55.4

APB: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk APB-TA: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi

Minnesota ölçeğine göre Kleptomani, Piromani, Kompulsif Cinsel Davranış, Kompulsif Hareket bozukluklarına rastlanmamıştır.

4.5 Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik, Klinik ve Ailesel Özelliklerinin Karşılaştırılması

Demografik değişkenler ile hasta ve kontrol grupları arasındaki ilişki incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 7. Hasta ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik Dağılımlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (Ort±S/M(1Ç-3Ç))	Kontrol (Ort±S/M(1Ç-3Ç))	İstatistik
Cinsiyet			0.53
Kadın	20(28.2)	15(22.1)	
Erkek	51(71.8)	53(77.9)	
Medeni Hal			0.42
Evli	34(47.9)	40(58.7)	
Bekar	37(52.1)	28(41.2)	
Eğitim Durumu			0.97
İlköğretim	17(23.9)	17(25)	
Lise	36(50.7)	35(51.5)	
Yüksekokul	18(25.4)	16(23.5)	
Meslek			p<0.001
Çalışmıyor	22(30.9)	5 (7.3)	
Çalışıyor	49(69)	63(92.6)	
Sosyoekonomik Durumu			0.15
Alt	13(18.3)	9(13.2)	
Orta	51(71.8)	57(83.8)	
Üst	7(9.9)	2(2.9)	
Yaşadığı Yer			p<0.001
İl	39(54.9)	58(85.3)	
İl merkezinden küçük	32(45)	10(14.7)	
Yaş	35.32±10.33	40.32±10.40	0.01

a.Ki-Kare, Yates istatistiği b.Bağımsız gruplar t testi (t)

Ort.±SS:ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç): Medyan ve çeyreklik değerleri

Ki-kare ve Yate's istatistiklerine göre cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve sosyoekonomik durumlar ile hasta kontrol grupları arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.53$; 0.42 ; 0.97 ; 0.15).

Meslek grupları ile hasta kontrol grupları arasında anlamlı ilişki vardır ($p<0.001$). Hasta grubunda da kontrol grubunda da çalışan birey sayısı çalışmayanlardan daha fazladır. Yaşadığı yer ile hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). İlde yaşayan birey sayısı kontrol grubunda hasta grubundan daha fazladır. İl merkezinden küçük yerleşim yerinde yaşayan birey sayısı ise hasta bireylerde kontrol grubundan daha fazladır. Yapılan bağımsız gruplar t testine göre yaş ortalamaları açısından kontrol ve hasta grupları arasında anlamlı fark vardır. Kontrol grubunun yaş ortalaması hasta grubundan daha fazladır.

Katılımcılara ve ailelerine ait psikiyatrik öykü değişkenleri ile hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı ilişki olup olmadığı aşağıdaki tabloda verilmiştir. Yapılan ki-kare ve Yate's

istatistiği analizlerine göre katılımcılara ve ailelerine ait psikiyatrik öykü değişkenleri ile kontrol ve hasta grupları arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 8. Hasta ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Klinik Bilgilerine ve Ailesel Özelliklerine Ait Dağılımların Karşılaştırılması

Değişken	Hasta	Kontrol	İstatistik
Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü			p<0.001
Var	40(56.3)	6(8.8)	
Yok	31(43.7)	62(91.2)	
Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü			p<0.001
Var	37(52.1)	9(13.2)	
Yok	34(47.9)	59(86.8)	
Öfke Atağı			p<0.001
Var	71(100)	34(50)	
Yok	0	34(50)	
Öfke sinirlilik konusunda katılımcının/çevresinin yakınması			p<0.001
Var	71(100)	8(11.8)	
Yok	0	60(88.2)	
Öfke nedeniyle tedavi arayışı			p<0.001
Var	52(73.2)	3(4.4)	
Yok	19(26.8)	65(95.6)	
Yaşam boyu özkıyım girişimi			p<0.001
Var	23(32.4)	0	
Yok	48(67.6)	68(100)	
Yaşam boyu kendine zarar verici bir davranış			p<0.001
Var	39(54.9)	2(2.9)	
Yok	32(45.1)	66(97.1)	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü			0.01
Var	21(29.6)	7(10.3)	
Yok	50(70.4)	61(89.7)	
Ailede Öfke Atağı Öyküsü			p<0.001
Evet	49(69)	14(21.2)	
Hayır	22(31)	52(78.8)	
İlk başvuru yakınması			p<0.001
Sinirlilik/öfke	70(98.6)	0	
Diğer	1(1.4)	68(100)	

a.Ki-Kare,Yates istatistiği

Çocukluk çağı psikiyatrik öyküsü olan birey sayısı hasta bireylerde kontrol grubundan daha fazladır. Ayrıca kontrol grubunun neredeyse tamamında (%91.2) çocukluk çağı psikiyatrik öyküsü görülmediği söylenebilir. Geçmiş psikiyatrik öyküsü olan birey sayısı hasta bireylerde kontrol grubundan daha fazladır. Kontrol grubunun %86.8’inde geçmiş psikiyatrik tanı bulunmamaktadır. Hasta bireylerin tamamında öfke atağı yaşama öyküsü görülmektedir. Kontrol grubunun ise sadece %11.8’i öfke atağı deneyimlediğini belirtmiştir. Hasta grubunun

tamamında kendisinde ya da yakınlarında öfke nedeniyle yakınma mevcuttur. Kontrol grubunda ise sadece %11.8’inde bu türden bir yakınma olduğu belirtilmiştir. Hasta grubunda öfke nedeniyle tedavi arayan kişi sayısı kontrol grubundan daha fazladır. Hasta grubunun %73.2’si öfke nedeniyle tedavi arayışında iken kontrol grubunun %4.4’ü bu arayış içindedir. Kontrol grubunun tamamında özkıyım girişimi görülmezken hasta grubunda 23 kişinin özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunun neredeyse tamamında özkıyım amacı olmadan kendine zarar verici davranış görülmezken, özkıyım amacı olmadan kendine zarar verici davranış hasta grubunun %54.9’unda tespit edilmiştir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı hasta grubunun %29.6’sında, kontrol grubunda ise %10.3’ünde görülmektedir. Ailede öfke atağı varlığı hasta grubunda kontrol grubundan daha fazladır. Hasta grubunun %69’unda kontrol grubunun ise %21.2’sinde ailede öfke sorunu görülmektedir. Hasta grubunun neredeyse tamamında ilk başvuru yakınması sinirlilik/öfke için; kontrol grubunun tamamında ise diğer sebeplerle olmuştur.

4.6 Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Ölçek Puanlarının/Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gruplar arasında ölçekler açısından anlamlı farklılık olup olmadığı normallik varsayımını sağlayan ölçekler için bağımsız gruplar t testi; varsayımı sağlayamayan değişkenler için ise Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Nominal ölçekler ile kontrol ve hasta grupları arasındaki ilişki ise ki-kare analizi ile araştırılmıştır. Tüm analizler istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir.

Tablo 9. Hasta ve Kontrol Grubuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Hasta (Ort±S/M(1Ç-3Ç))	Kontrol (Ort±S/M(1Ç-3Ç))	İstatistik
Buss Perry Agresyon Ölçeği Total	102±25.05	53.33±14.25	p<0.001
BPAÖ Fiziksel Saldırganlık	28.75±8.42	12.42±3.56	p<0.001
BPAÖ Sözel Saldırganlık	18.28±8.58	12.31±3.48	p<0.001
BPAÖ Öfke	27.54±6.68	14.18±5.37	p<0.001
BPAÖ Düşmanlık	27.44±7.71	14.42±4.87	p<0.001
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Total	78.65±16.29	55.90±7.72	p<0.001
BDÖ Dikkat	21.10±4.55	14.13±2.94	p<0.001
BDÖ Motor	25.18±6.59	17.62±2.89	p<0.001
BDÖ Plan Yapmama	33(26-38)	24(22-26)	p<0.001
SCL-90 Genel Semptom Endeksi	1.62±0.75	0.66±0.51	p<0.001
Somatizasyon	12(6.75-21)	7(3-12)	p<0.001
Obsesif Kompulsif	15.41±8.92	10.71±7.74	p<0.001
Kişilerarası Duyarlılık	15.5±8.36	6.73±6.01	p<0.001
Depresyon	23.19±11.31	10.03±7.13	p<0.001
Anksiyete	16.64±9.96	4.59±4.08	p<0.001
Öfke Düşmanlık	17.5(9-20)	1(0-3)	p<0.001
Fobik Anksiyete	8.06±6.26	2.18±2.13	p<0.001
Paranoid	11.83±5.63	4.08±3.57	p<0.001
Psikotizm	13.13±8.48	3.88±5.53	p<0.001
Ek Skala	11.40±6.65	5.56±5.38	p<0.001
Wender Utah			p<0.001
Hasta	66(93)	46(67.6)	
Normal	5(7)	22(32.4)	
Minnesota APB			p<0.001
Hasta	60(84.5)	0	
Normal	11(15.5)	68(100)	
APBTA			p<0.001
Hasta	62(87.3)	0	
Normal	9(12.7)	68(100)	

a. Mann-Whitney U b. Bağımsız gruplar t testi c.Ki kare

BPAÖ: Buss Perry Agresyon Ölçeği BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Ort.±SS:ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç): Medyan ve çeyreklik değerleri

Buss Perry Agresyon ölçeği toplam puanı ve alt ölçekleri ortalamaları hasta grubunda kontrol grubundan daha yüksektir. Barratt Dürtüsellik ölçeği total puanı, plan yapmama, dikkat ve motor alt ölçekleri ortalamaları hasta grubunda kontrol grubundan daha yüksektir. Benzer şekilde SCL-90 ölçeği ve alt ölçeklerinde hastaların ölçek puanları kontrol grubundan daha fazladır. Wender Utah Derecelendirme ölçeği ile gruplar arasında anlamlı ilişki vardır. Wender Utah ölçeğine göre pozitif olan birey sayısı hastalarda kontrol grubuna göre daha fazladır. Minnesota APB ölçeğine göre kontrol grubunda hasta birey yoktur. Hasta grubunun %84.5'i Minnesota APB'ye göre de hastadır. Geliştirilen ölçeğe göre hasta grubunun %87.3'ü pozitifdir. Kontrol grubunda ise pozitif birey yoktur. Buna göre hasta ve kontrol grubu arasında farklılık olması sebebiyle geliştirilen ölçeğin ayrıştırıcı geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 10. Gruplara Göre Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi ile Diğer Ölçekler Arasındaki İlişki

Ölçekler	APBTA Ölçeği		İstatistik
	Hasta (Ort±S/M(1Ç-3Ç))	Kontrol (Ort±S/M(1Ç-3Ç))	
Buss Perry Agresyon Ölçeği Total	105.63±22.44	56.13±18.12	p<0.001
BPAÖ Fiziksel Saldırganlık	31(26-37)	13(9-15.75)	p<0.001
BPAÖ Sözel Saldırganlık	19(16-21)	13(9.25-14.75)	p<0.001
BPAÖ Öfke	28.34±6.12	15.11±6.23	p<0.001
BPAÖ Düşmanlık	28.63±6.43	14.99±5.99	p<0.001
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Total	80.19±16.18	57.31±9.31	p<0.001
BDÖ Dikkat	21.63±4.55	14.53±3.10	p<0.001
BDÖ Motor	24(20.75-32)	17(15-20)	p<0.001
BDÖ Plan Yapmama	33(27-38)	24.5(22-26)	p<0.001
SCL-90 Genel Semptom Endeksi	1.73±0.69	0.68±0.53	p<0.001
Somatizasyon	12(7.5-22.5)	7(3-12)	p<0.001
Obsesif Kompulsif	16.36±8.65	10.51±7.79	p<0.001
Kişilerarası Duyarlılık	16.61±7.88	6.88±6.24	p<0.001
Depresyon	24.61±10.53	10.45±7.90	p<0.001
Anksiyete	18.15±9.57	4.81±4.33	p<0.001
Öfke Düşmanlık	19(10.5-21)	2(0-5)	p<0.001
Fobik Anksiyete	7 (4-13)	2 (1-3)	p<0.001
Paranoid	12.82±4.96	4.20±3.83	p<0.001
Psikotizm	14(8-19)	2 (0-6)	p<0.001
Ek Skala	12.23±6.30	5.59±5.49	p<0.001
Wender Utah			0.001
Hasta	58(93.5)	54(70.1)	
Normal	4(6.5)	23(29.9)	
Minnesota APB			p<0.001
Hasta	53(85.5)	7(9.1)	
Normal	9(14.5)	70(90.9)	

a. Mann-Whitney U b. Bağımsız gruplar t testi c. Ki kare

BPAÖ: Buss Perry Agresyon Ölçeği BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Ort.±SS: ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç): Medyan ve çeyreklik değerleri

BPAÖ total ve alt ölçekleri ortalama ve medyanına göre APB-TA grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Hasta bireylerde BP total ve alt ölçekleri puanları kontrol grubundan daha yüksektir. (**p<0.001**) BİS-11 total ve alt ölçekleri ortalama ve medyanına göre APBTA grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Hasta bireylerde BİS-11 total ve alt ölçekleri puanları kontrol grubundan daha yüksektir. (**p<0.001**) SCL-90 total ve alt ölçekleri ortalama ve medyanına göre APBTA grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Hasta bireylerde SCL-90 total ve alt ölçekleri puanları kontrol grubundan daha yüksektir. (**p<0.001**) Wender Utah ölçeği ile APBTA ölçekleri arasında anlamlı ilişki vardır (**p=0.001**). APBTA ölçeğine göre hasta olan bireylerin %93.5'i Wender Utah'a göre de hasta olarak sınıflandırılmıştır. APBTA ölçeğine göre normal olarak sınıflandırılan bireylerin %70.1'i Wender Utah'a göre hasta olarak sınıflandırılmıştır. Minnesota APB ile APBTA arasında anlamlı ilişki vardır (**p<0.001**). APBTA ölçeğine göre hasta olan bireylerin %85.5'i Minnesota APB ölçeğine göre de hasta

olarak sınıflandırılmıştır. APBTA ölçeğine göre normal olan bireylerin %90.9'u Minnesota APB ölçeğine göre de normal olarak sınıflandırılmıştır. Bu analize göre APBTA ölçeği ile Minnesota APB ölçeği arasında ilişki olması APBTA ölçeğinin eş değer geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

4.7 APB-TA'nın Regresyon Analizi Sonuçları

APBTA ölçeği grupları bağımlı değişken, cinsiyet, öfke atağı, intihar girişimi, WUDÖ, Minnesota APB alt ölçeği ve SCL genel indeksi bağımsız değişkenler olarak kabul edilerek lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Hosmer Lemeshow testine göre model veriye iyi uyum sağlamıştır($p=0.15>0.05$). Bağımsız değişkenler APB-TA değişkeninin %88'ini açıklamaktadır.

Tablo 11. APB-TA'nın Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Model Summary		
-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
43.54	0.65	0.88
Hosmer and Lemeshow Test		
Chi-square	df	Sig.
12.09	8	0.15

Sig: Significant- anlamlılık df: Serbestlik Derecesi

Oluşturulan modele göre doğru sınıflandırma yüzdesi %95'tir. Elde edilen model anlamlıdır.

Tablo 12. APB-TA'nın Sınıflandırmasına İlişkin Diskriminant Analizi Sonuçları

Sınıflandırma Tablosu				
Gözlem		Tahmin		
		APB-TA		Doğru Tahmin Yüzdesi
		Hasta	Normal	
APBTA	Hasta	59	3	94.8
	Normal	4	73	95.2
Genel Yüzde				95

APB-TA: Aralıklı patlayıcı bozukluk tarama anketi

Elde edilen model:

$$\text{Logit}(Y) = -40.22 + 0.004 * \text{Cinsiyet} + 16.41 * \text{ÖfkeAtağı} + 0.18 * \text{İntiharGirişimi} - 0.56 * \text{WU} + 2.28 * \text{Minnesota APB} + 1.83 * \text{SCL Genel Semptom İndeksi} - 0.21 * \text{BD Total} + 0.05 * \text{BP Total} + 19.71 * \text{Öfke Yakınması}$$

Lojistik regresyon analizine göre modele anlamlı katkı veren değişkenler Minnesota APB, SCL Genel Semptom İndeksi, BP Total değişkenleridir. Minnesota APB göre pozitif olan bireylerin APB-TA'ya göre hasta olma olasılığı negatif bireylerden 9.73 kat daha fazladır. SCL Genel Semptom İndeksindeki bir birimlik artış APBTA'a göre hasta olma olasılığını 6.23 kat arttırmaktadır. BPAÖ Totaldeki bir birimlik artış APBTA'a göre hasta olma olasılığını 1.05 kat arttırmaktadır.

Tablo 13. APB-TA üzerinde etkili faktörler

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Cinsiyet(Kadın)	,004	,888	,000	1	,996	1,004
Öfke Atağı(Evet)	16,407	5290,676	,000	1	,998	13352877,000
İntihar Girişimi(Evet)	,178	,990	,032	1	,857	1,195
WU (Pozitif)	-,559	1,535	,133	1	,716	,572
Minnesota APB (Pozitif)	2,275	1,076	4,467	1	,035	9,728
SCL Genel Semptom İndeksi	1,829	,920	3,953	1	,047	6,227
BD Total	-,021	,044	,215	1	,643	,980
BP Total	,050	,024	4,238	1	,040	1,052
Öfke Yakınması (Evet)	19,702	4362,326	,000	1	,996	360067498,087
Sabit	-40,216	6857,196	,000	1	,995	,000

Sig: Significant- anlamlılık B: Katsayı S.E.: Standart hata Wald: Wald istatistiği değeri df: Serbestlik Derecesi
APB: Aralıklı patlayıcı bozukluk

4.8 APB-TA'nın Güvenirlilik Analizi

İç tutarlılık analizi için ölçeklerin cronbach alfa değerleri paylaşılmıştır.

WU ölçeği için değer 0.95, BP Ölçeği için değer 0.95, BD Ölçeği için değer 0.91, SCL-90 Ölçeği için değer 0.98, Minnesota Ölçeği için değer 0.93'tür. APB-TA ölçeği için değer 0.74'tür. Çalışmamızın bu sonucu da orijinal çalışma ile uyumlu sayılabilir. Buna göre ölçekler iç tutarlılığa sahiptir.

5. TARTIŞMA

İnsan saldırganlığının incelenmesi, özellikle klinik olarak anlamlı dürtüsel saldırgan davranış sergileyen bireyleri tanımlayan güvenilir ve geçerli tanı ölçütlerinin bulunmaması nedeniyle yıllardır sekteye uğramıştır. DSM-5'te bulunan aralıklı patlayıcı bozukluk tanısı görünüşte böyle bir birey grubunu tanımlamaktadır. Ancak yine de mevcut haliyle APB, klinik veya araştırma ortamlarında kullanımını sınırlayan önemli teorik ve psikometrik eksikliklerden muzdariptir.⁴⁷ Türkiye'de yapılan bir çalışmada DSM-5 tanı ölçütlerine göre yaşamboyu APB sıklığı % 16,7, yıllık dönemde sıklığı ise % 11,3 olarak saptanmıştır.⁴ Yapılan çalışmalarda toplumda düşünüldüğünden daha sık gözlemlendiği fark edilmesine karşın tıbbi literatür incelendiğinde bu konuda çok az sayıda veri bulunmakta ve mevcut veriler genelde Amerika Birleşik Devletleri'nde bu alanda yoğun olarak çalışmakta olan belirli araştırmacıların yürüttüğü çalışmaları temel almaktadır. Bu durumlara ek olarak Coccaro ve arkadaşlarının yürüttüğü bazı çalışmalar sonucunda aralıklı patlayıcı bozukluk tanısının ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde görülme sıklığının bu konuda yapılan toplum temelli araştırmalarda belirlenenlere oranla yaklaşık %50 daha çok olduğunu saptamıştır.¹¹³ Bu bozukluğun şiddetinin belirlenmesi, tüm olası risklerin değerlendirilmesi ve uygun tedavi yönteminin planlanabilmesi için kapsayıcı bir yaklaşım içerisinde olunmalıdır. Bu durumlar hem klinik pratikte daha kolay tanınabilmesi hem de tanının gözden kaçmasının engellenmesi için uygulanabilir bir ölçek gerekliliğini açığa çıkarmaktadır.

Ülkemizde 2016 yılında yapılan klinik temelli bir çalışmada APB görülme sıklığının erkeklerde kadınlardan 3,8 kat fazla olduğu saptanmıştır.⁴ Farklı ülkelerde yapılan çeşitli klinik çalışmalar değerlendirildiğinde APB'nin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda bu oranının yaklaşık 2/1 olduğu bildirilmiştir.^{47,86,114} Yapılan toplum temelli çalışmalarda da APB tanısının erkeklerde görülme oranlarının 1,4-2,3 arasında değişen odds ratio değerleri ile kadınlardakine göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır.² Çalışmamızda da elde edilen veri literatürle uyumlu olarak APB görülme sıklığının erkeklerde anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve kadınlardan 2,5 kat fazla olduğu görülmüştür.

Ülkemizde 406 hasta ile yapılan bir çalışmada APB tanısı alan bireylerin büyük bir kısmının kırsal kesimde yaşamakta olduğu görülmüştür.⁴ Çalışmamızda ise bu durumdan farklı olarak APB tanısı alan kişilerin çoğunluğunun (%54.9) il merkezinde yaşadığı, ancak kontrol grubuna oranla il merkezinden küçük yerleşim yerlerinde yaşama oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Çoğunlukla il merkezinde yaşıyor olmak dolayısıyla stresli ve yoğun yaşam

şartlarının dürtüsellik, agresyon açısından çevresel bir tetikleyici olup olmadığı tartışma konusu olabilir. Yaşanılan yerler ile hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık vardır. İlde yaşayan birey sayısı kontrol grubunda hasta grubundan daha fazladır. İlçede ve köyde yaşayan birey sayısı ise hasta bireylerde kontrol grubundan daha fazladır. Bu bilgilere ek olarak çalışmamızda APB tanısı alan katılımcıların çoğunluğu evlidir, lise mezunudur, orta sosyoekonomik düzeydedir. Çalışmamızda cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve sosyoekonomik durumlar ile hasta kontrol grupları arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.53$; 0.42 ; 0.97 ; 0.15). Ayrıca APB tanısı alan katılımcıların büyük çoğunluğu bir işte çalışmaktadır. Meslek grupları ile hasta kontrol grupları arasında anlamlı ilişki vardır. Hasta gruplarında ve kontrol gruplarında çalışan birey sayısı çalışmayanlardan daha fazladır. Yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, meslek gibi sosyodemografik veriler ile ilgili literatürde çokça farklı sonuçlar dikkat çekmektedir.^{4,57,102,114}

Hastalığın literatürde genç yaşta (<35-40 yaş) daha fazla görüldüğünün belirtilmesine uygun olarak çalışmamızda yaş ortalamaları açısından kontrol ve hasta grupları arasında anlamlı fark vardır.^{2,114} Kontrol grubunun yaş ortalaması hasta grubundan daha fazladır.

Çalışmamızda APB tanısı ile çocukluk çağı travması ve çocukluk çağı psikiyatrik tanı varlığı (DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde de çalışmamıza uyumlu olarak travma maruziyetinin, özellikle çocukluk çağı travma maruziyetinin ve çocukluk çağında belli psikiyatrik tanı almış olmanın APB ile ilişkili olduğu yönünde veriler bulunmaktadır.¹¹⁵⁻¹¹⁷ Katılımcıların çocukluk dönemi psikiyatrik hastalıkları değerlendirildiğinde %33'ünde bu öykünün var olduğu, %43.8'inin DEHB, %41.7'sinin karşı olma-karşıt gelme bozukluğu, %27.1'inin ise davranım bozukluğu tanısı bildirdiği ve çocukluk dönemi psikiyatrik hastalığı varlığını belirtme oranının APB tanısı alan katılımcılarda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Literatürde de yüksek ektanı oranları bildirilen DEHB, KOKGB, davranım bozukluğu tanılarının tümünün çocukluk-ergenlik döneminde başlıyor olması; dürtüsellik, öfke ve saldırgan davranışların bu tanıların ana özelliklerinden olması nedeniyle APB ile bu bozukluklar arasında göz önünde bulundurmaya değer bir ilişki olduğu söylenebilir.^{114,118} Bu nedenle özellikle bu tanılar katılımcılar arasında değerlendirilmek istenmiştir.

Çalışmamızda edinilen dikkat çeken bilgilerden biri de tüm katılımcıların %75.5'inin hayatının herhangi bir döneminde mala zarar verme, sözel, kişiler arası şiddet, tehdit etme şeklinde tanımlanabilecek öfke ataklarının en az birini deneyimlemiş olmasıdır. Bu sonuç literatürde bulunan çalışmamıza benzer ancak daha fazla sayıda kişi ile oluşturulmuş örneklem

grubu ile yapılmış bir çalışma ile karşılaştırıldığında uyumlu gözükmektedir.⁴ Çalışmamızda bu kişilerin öfke atağı tipi olarak en çok sözel şiddeti belirtmiş olmaları dikkat çekmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun sözel şiddeti deneyimlediklerinin saptanmış olması diğer tanımlardan farklı olarak DSM-5'te bulunan 'sözel saldırganlık' tanımının olguların daha net anlaşılabilmesi açısından gerekli bir değişiklik olduğunu düşündürmektedir. Bunu sırasıyla kişiler arası şiddet (%52.4), mala zarar verme (%42.9), tehdit etme (%33.3) izlemektedir. Hasta ve kontrol grubu olarak ayrı ayrı değerlendirilecek olursa hasta grubunun tamamı hayatının herhangi bir döneminde öfke atağı tanımlarken, kontrol grubunun yarısı hayatının herhangi bir döneminde öfke atağı yaşadığını belirtmektedir. Dikkat çeken bir diğer unsur ise kontrol grubunun yarısının bu ataklar nedeniyle daha önce hiç psikiyatri başvurusunda bulunmamış olmasıdır. Bunun nedeninin atak tipi olarak sıklıkla sözel şiddet olarak belirtilmesi düşünülebilir. Bu veriler toplumumuzda sözel şiddetin kişiler tarafından fiziksel şiddet kadar önemslenmediğini düşündürse de ataklar arasındaki herhangi bir ilişkiyi saptayabilmek adına atak tipleri arasındaki bu tarz karşılaştırmaların daha büyük örneklemli gruplarla tekrarlanması daha yararlı olabileceği düşünülmektedir. Öfke atağı yaşama öyküsü açısından değerlendirildiğinde kontrol ve hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

APB'de özkıyım ve özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verici davranışta bulunma girişimleri (vücutta kesici aletle derin olmayan kesiler yapma, vücudunda sigara söndürme vb.) gibi kişinin çevresine değil de kendine yönlendirdiği saldırgan davranışlar (self agresyon) da sıklıkla görülmektedir. APB hastalarında kendine yönlendirilmiş saldırgan davranışların değerlendirildiği araştırmalar incelendiğinde özkıyım girişimi % 8-25, kendine zarar verici davranışlar % 7-30 oranında görülmektedir.^{47,119,120} Çalışmamızda kontrol grubunda yaşam boyu özkıyım girişimi olan kişi bulunmamakta, % 2.9'unda ise yaşam boyu en az bir kez kendine zarar verici davranış olduğu saptanmıştır. Ayrıca APB tanısı alan katılımcıların %32.4'ünde özkıyım girişimi öyküsü, %54.9'unda ise kendine zarar verici davranış bildirilmiştir. Bu oranlar katılımcıların tümü ile kıyaslandığında özkıyım girişimi yüzdesi %16,5 ve özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verici davranışta bulunma yüzdesi %23 olarak görülmüştür. Yaşam boyu özkıyım girişimi ve kendine zarar verici davranışta bulunma açısından kontrol ve hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Katılımcıların ailesel özellikleri sorgulanırken; ailede psikiyatrik hastalık, öfke sorunu, ailede özkıyım girişimi hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş, gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda da

çalışmamızla uyumlu olarak öfke sorunu yaşayan psikiyatrik tanısı bulunan hastaların ailelerinde de yüksek oranlarda saldırgan davranışlar ve öfke patlamalarının olduğu gösterilmiştir.^{2,58,63} Çalışmamızın dikkat çeken bulgularından biri de tüm örneklem dikkate alındığında ailesinde öfke problemi bildiren katılımcılarda bildirmeyen katılımcılara göre APB tanısının 3,5 kat fazla saptanmış olmasıdır. Katılımcıların aile sorgulamasının sadece kişisel beyana bağlı olup herhangi bir veriye dayanmıyor olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların hasta grubu belirlenirken DSM-5 tanı kriterleri, genel psikopatolojik durumu belirlenirken SCL-90-R, dürtüsellik ve saldırganlık alanları belirlenirken BİS-11 ve BPAÖ ölçekleri, DEHB değerlendirmesi yapılırken Wender-Utah, dürtü kontrol bozuklukları taraması ise Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği kullanılmıştır. APB-TA'nin ise bu ölçekler ile ilişkisi ışığında geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi yapılmıştır. Eşdeğerlik ölçeği olarak Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği'nin APB alt ölçeği kullanılmıştır.

APB tanısı alan hasta grubunun SCL-90-R, BİS-11 ve BPAÖ sonuçlarında toplam puanların ve alt ölçek puanlarının tamamının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandığı görülmektedir. Agresyon ve dürtüsel davranışların temel semptom olduğu, ayrıca birçok ruhsal hastalık tanısı ile komorbiditesinin olduğu bilinen APB olgularının dürtüsellik, saldırganlık ve psikopatoloji düzeyleri ile ilişkili ölçeklerinin toplam ve alt ölçek puanlarının yüksek saptanmış olması çalışmamızda tahmin edilen sonuçlarla karşılaştığını göstermektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda ve ölçeğin orijinal çalışmasında da çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir.^{6,121,122}

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu ve APB tanısı alan hasta grubu, psikiyatrik etanılar açısından da karşılaştırılmıştır ve gruplar arası anlamlı fark saptanmıştır. Geçmiş psikiyatrik öyküsü olan birey sayısı hasta bireylerde kontrol grubundan daha fazladır. Kontrol grubunun %86.8'inde geçmiş psikiyatrik tanı bulunmamaktadır. Literatürde bulunan bazı verilerine uyumlu olarak depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Ancak alkol madde kullanım bozukluğu açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.^{2,47,86,102,113} Bununla birlikte APB tanısı alan grupta depresif bozukluğun görülme sıklığı % 20, anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı % 23, alkol-madde kullanım bozukluklarının görülme sıklığı % 1,4'tür. Depresif bozukluğun ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı literatür ile uyumlu bulunmuştur.^{2,47,86,102,113}. Ancak alkol-madde kullanım bozukluğu görülme oranı literatür verilerine göre belirgin olarak düşük bir orandır. Katılımcı grubumuzun geneline bakıldığında alkol-madde kullanım bozukluğu olan katılımcı sayısının da çok az olduğu

belirtilmiştir. Bu tanıdaki olguların genellikle AMATEM kliniklerine başvuruda bulunmaları sebebiyle bu oranla karşılaşılmış olabileceği düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde birbirinden çokça farklı sonuçlar görülmekle birlikte, DSM-IV'te dürtü kontrol bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmakta olan tanılar Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği ile değerlendirildiğinde hasta grubu olgularında, patolojik kumar oynama % 2.2, trikotillomani % 2.9, kompulsif satın alma % 2.2 olarak saptanmıştır. Minnesota ölçeğine göre Kleptomani, Piromani, Kompulsif Cinsel Davranış ve Kompulsif Hareket bozukluklarına rastlanmamıştır. ^{4,41,50,56}

Çalışmamızda Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonunda elde edilen bulgulara göre bazı kısıtlılıkları olmakla birlikte gruplar arasındaki farka bakılarak ölçülen ölçeğin iç tutarlılığı, uygulanan diğer ölçekler ile korelasyonu, diskriminant geçerliği, eşdeğer geçerliği ve lojistik regresyon analizi sonuçları kabul edilebilir düzeydedir.

Bir öz bildirim ölçeği olan APB-TA'nın orijinali DSM-5 tanı kriterlerine yaşam boyu saldırganlık ile ilgili maddeler eklenerek oluşturulmuştur. ^{6,123} Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi, çalışmanın sonuçların göre DSM-5'e göre APB tanısı alan grubunun çok az bir kısmına tanı koyamamıştır (%6,8). APB-TA'nın tanı koyabilmesi için hem DSM-5 tanı kriterlerini hem yaşam boyu saldırganlık kriterlerini karşılaması gerekmesinin bu farka yol açtığı düşünülebilir.

Çalışmamızda, APB-TA'nın güvenilirliği için iç tutarlılık analizine bakılmıştır. Coccaro'nun yürüttüğü orijinal çalışmada anketin ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,80, test-tekrar test güvenilirliği 0,71 olarak görülmüştür. ⁶ Barra ve arkadaşlarının APB-TA'yı baz alarak yapmış olduğu 161 genç erişkinden oluşan çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak bulunmuş, ölçeğin yeterli iç tutarlılığa sahip olduğu görülmüştür. ¹²³ İran'da Abolghasemi ve Gharibpour 2019 yılında APB-TA'yı kullanılarak yaptığı bir çalışmada iç tutarlılık katsayısını 0,85 olarak bildirmiştir. ¹²⁴ 2021 yılında 665 olgu üzerinde APB-TA kullanılarak yapılan bir başka çalışmada ise yapılan iç tutarlılık katsayısı 0,72 kullanılarak hesaplanmıştır. ¹²⁵ Çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa değeri bu çalışmalarla uyumlu olarak 0,74 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, orijinalinin aksine çalışmamızda test tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenilirlik çalışılmamış olması kısıtlılık olarak kabul edilebilir. Çalışmamızın sonuçlarına göre WU ölçeği için iç tutarlılık değeri 0.95, BP Ölçeği için değer 0.95, BD Ölçeği için değer 0.91, SCL-90 Ölçeği için değer 0.98, Minnesota Ölçeği için değer 0.93, APB Ölçeği için değer 0.74'tür. Buna göre çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığa sahip olduğu söylenebilir.

APB-TA ölçeğinin tanı ve kontrol grubundaki sağlıklı bireyleri ayırt etmedeki etkililiğinin belirlenmesi amacıyla da diskriminant analizi yapılmış, geliştirilen ölçeğe göre hasta grubunun %87.3'ünün pozitif olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise pozitif birey yoktur. Hasta ve kontrol grubu arasında görülen bu belirgin farklılık sebebiyle geliştirilen ölçeğin ayrıştırıcı geçerliliğe sahip olduğu, diğer bir deyişle APB-TA sonuçlarının tanı grubundaki bireyleri belirlemede geçerli olduğu söylenebilir. Orijinal çalışma ile karşılaştırıldığında benzer sonuçların elde edildiği söylenebilir. ⁶

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında APB-TA ile BPAÖ, BİS-11, SCL-90-R, WUDÖ, MIDI puanları arasında korelasyon analizi uygulanmıştır. Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde APB tanılı olgularda BPAÖ, BİS-11, SCL-90-R total ve alt ölçekleri puanları arasında pozitif yönlü korelasyon vardır. BPAÖ, BİS-11, SCL-90-R total ve alt ölçekleri ortalama ve medyanına göre ve WUDÖ, MIDI sonuçlarına göre APB-TA hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Bu veriler literatür verileri ile uyumlu olarak APB tanısını karşılayan katılımcıların daha yüksek psikopatoloji, agresyon ve dürtüsellik oranına sahip olduğunu göstermektedir. ^{11,36,121,122,124}

Ölçeğimizin geçerlilik analizlerinde APB-TA ölçeği grupları bağımlı değişken, cinsiyet, öfke atağı, intihar girişimi, WUDÖ, Minnesota APB alt ölçeği ve SCL genel indeksi bağımsız değişkenler olarak kabul edilerek lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Lojistik regresyon analizi yapılırken çalışmamızda sınıflama grafiği (classification plots), model uyum iyiliği (hosmer-lemeshow goodnes of fit) yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmamızda elde edilen sınıflama grafiğine göre doğru sınıflandırma yüzdesi %95, olarak bulunmuştur. Orijinal çalışmada ise bu değer %96 olduğu görülmüştür. Özgüllük değerinin orijinal çalışmanın sonuçları ile uyumlu olduğu, duyarlılığın ise orijinal çalışmaya oranla daha yüksek saptandığı gözlenmiştir. ⁶ Sonuçlar arasındaki bu farkın örneklem büyüklüğünün farkından kaynaklanabileceği, daha geniş örneklemli izlem çalışmalarının yapılmasının konunun aydınlatılmasında faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre ana faktörler değerlendirildiğinde modele anlamlı katkı veren, en güçlü ilişkinin saptandığı değişkenlerin Minnesota APB, SCL Genel Semptom İndeksi, BPAÖ Total değişkenleri olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada APB-TA ve BPAÖ birlikte çalışılmış olduğu ve neredeyse bu çalışmaların tümünde ikisi arasında çalışmamızda saptadığımız gibi güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. APB araştırılırken sıklıkla BPAÖ ve BIS-11 ölçeklerinin tercih edilmiş olması bu sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. ^{4,6,65}

Çalışmamızda eşdeğer geçerlilik değerlendirilirken Minnesota APB ölçeği kullanılmıştır. APB-TA ölçeğine göre hasta olan bireylerin %85.5'i Minnesota APB ölçeğine göre de hasta olarak sınıflandırılmıştır. APB-TA ölçeğine göre normal olan bireylerin %90.9'u Minnesota APB ölçeğine göre de normal olarak sınıflandırılmıştır. Bu analize göre APB-TA ölçeği ile Minnesota APB ölçeği arasında ilişki olması APB-TA ölçeğinin eş değer geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde APB-TA'nin kullanıldığı çalışmalarda eşdeğer geçerlilik çalışılmadığı görülmüştür. Bu nedenle karşılaştırma yapılamamıştır ve bu durum sonraki çalışmalar için yol gösterici kabul edilebilir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, APB-TA ölçeğinin Türkçe halinin, APB tanısı koyma kolaylığı ve müdahale imkanı sağlayan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Bu çalışma ile APB tanısına yönelik ölçeklerin gerekliliği vurgulanmış, özellikle ülkemizde APB hastalarında klinik görüşmede kullanılabilecek ölçek sayısının kısıtlı olması nedeniyle mevcut boşluğun doldurulması amaçlanmıştır. APB-TA; aralıklı patlayıcı bozukluk taramasında klinik ortamlarda kullanılabilecek, doldurulması kısa zaman alan, kolay anlaşılabilir, güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiş bir öz bildirim ölçeği olarak Türk Psikiyatri literatürüne sunulmuştur.

5.2 Çalışmanın Güçlü Yönleri

Çalışmanın güçlü olan yönleri ise ülkemizde aralıklı patlayıcı bozukluk hakkında DSM-5 tanı kriterlerini baz alarak yapılan çok az sayıda çalışmadan biri olması, Coccaro'nun aralıklı patlayıcı bozukluk tanı kriterlerine göre oluşturulan APB-TA'nın Türkiye popülasyonunda uygulandığı ilk çalışma olması ve APB-TA'nin orijinali dışında geçerlilik, güvenilirlik çalışmasının yapıldığı tek çalışma olması, çalışılması planlanan en küçük örnek büyüklüğüne ulaşılabilmesi, katılımcıların tanılarının yapılandırılmış düzenli klinik görüşmeler ile tek bir araştırmacı tarafından standardize bir şekilde yapılmış olmasıdır.

5.3 Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında; kesitsel tipte yapılan bir çalışma olması sebebiyle nedensellik ilişkisinin belirtilmesinde zayıf kalması, kullanılan ölçeklerin çoğunluğunun öz bildirim ölçeği olması, katılımcıların sosyoekonomik durumlarının, katılımcıların ve ailelerinin sorgulanan psikiyatrik öykü geçmişlerinin tamamen kişisel beyana dayanması, çalışmanın re-test ve değerlendiriciler arası güvenilirlik (inter rater reliability) ölçümlerinin yapılmamış olması sayılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1) Çalışmamızda Coccaro ve ark. tarafından geliştirilip, 2016 yılında yayınlanan “Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire (IED-SQ)” orijinal isimli ölçeğin iyi düzeyde İngilizce bilen psikiyatristlerden oluşan bir ekiple birlikte Türkçe formu oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe isimlendirmesi “Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi (APB-TA)” olarak belirlenmiştir.

2) APB-TA'nın güvenilirlik çalışmaları için ölçeğin iç tutarlılığı değerlendirilmiştir ve ölçeğin Türkçe formunun güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3) Ölçeğin geçerlilik çalışması için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. APBTA ölçeği grupları bağımlı değişken kabul edilerek lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Hosmer Lemeshow testine göre model veriye iyi uyum sağlamıştır. Bağımsız değişkenler APBTA değişkeninin %88'ini açıklamaktadır. Doğru sınıflandırma yüzdesi %95'dir. Bu sonuçlar ışığında elde edilen model anlamlıdır. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre ana faktörler değerlendirildiğinde modele anlamlı katkı veren, en güçlü ilişkinin saptandığı değişkenlerin Minnesota APB, SCL Genel Semptom İndeksi, BP Total değişkenleri olduğu görülmüştür.

4) Eşdeğer ve ayırt edici geçerlilik amacıyla karşılaştırılan ölçekler ile korelasyon anlamlı bulunmuştur. Bunun sonucunda APB-TA'nın Türk popülasyonunda aralıklı patlayıcı bozukluk tanısını klinik kullanımda taramak için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir. Böylece klinisyenlerin APB gibi kişisel ve toplumsal olarak ciddi sonuçlara yol açabilecek ve azımsanmayacak derecede sık görülmekte olan hastalık grubunu daha kolay tanınması sağlanacak ve bu şekilde hastaların tedavisine daha hızlı başlanarak erken dönemde müdahale şansı olacaktır.

5) Tüm katılımcılarda APB-TA ile BPAÖ, BİS-11, SCL-90-R, Wender Utah ölçekleri arasında ölçekleri arasında anlamlı ilişki vardır. Hasta grubunda SCL-90-R belirti tarama listesi genel ve alt ölçek skorları, Buss Perry Agresyon Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam ve alt ölçek skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

6) APB-TA'ya göre hasta grubunun %87.3'ünün pozitif olduğu, kontrol grubunda ise pozitif birey olmadığı görülmüştür. Buna göre hasta ve kontrol grubu arasındaki bu belirgin farklılık sebebiyle geliştirilen ölçeğin ayrıştırıcı geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir.

7) Çalışmamız ülkemizde aralıklı patlayıcı bozukluk tanısı ile ilgili yapılan az sayıda klinik temelli çalışmalardan biri olmakla birlikte, APB-TA'nın orijinal çalışmadan sonra geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği ilk çalışma olma özelliğini göstermektedir.

8) Çalışmamız sırasında test tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenilirlik uygulamalarının yapılmamış olması kısıtlılık olarak kabul edilmektedir. Gelecekteki çalışmalar, çalışmamızda eksik olan bu uygulamaların gerçekleştirilmesini, ölçeğin yaygınlaştırılabilirliğini ve uygulanabilirliğini belirlemek için daha çeşitli ve büyük örneklemelerde ve çok merkezli çalışmalarla ölçümün psikometrik özelliklerini araştırmayı amaçlamalıdır.

9) Sonuç olarak, çalışmamız bazı kısıtlılıklarla birlikte APB-TA'nın Türkçe Formunun güvenilir ve geçerli olduğunu, klinikte APB tanısını taramada güvenle kullanılabileceğini göstermiştir.

7. KAYNAKLAR

1. Tamam, L., Eroglu, M. & Paltaci, O. Intermittent Explosive Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry* 387 (2011) doi:10.5455/cap.20110318.
2. Coccaro, E. F. Intermittent Explosive Disorder as a Disorder of Impulsive Aggression for DSM-5. *American Journal of Psychiatry* **169**, 577–588 (2012).
3. Ozdemir, P., Selvi, Y. & Aydin, A. Impulsivity and Its Treatment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry* **4**, 293 (2012).
4. Gelegen, V. & Tamam, L. Prevalence and clinical correlates of intermittent explosive disorder in Turkish psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* **83**, 64–70 (2018).
5. Coccaro, E. F. Intermittent Explosive Disorder as a Disorder of Impulsive Aggression for DSM-5. *American Journal of Psychiatry* **169**, 577–588 (2012).
6. Coccaro, E. F., Berman, M. E. & McCloskey, M. S. Development of a screening questionnaire for DSM-5 intermittent explosive disorder (IED-SQ). *Compr Psychiatry* **74**, 21–26 (2017).
7. Austerman, J. Violence and Aggressive Behavior. *Pediatr Rev* **38**, 69–80 (2017).
8. Olvera, R. L. Intermittent Explosive Disorder. *CNS Drugs* **16**, 517–526 (2002).
9. Traskman-Bendz L, Alling C, Orelund L, et al. Prediction of suicidal behavior from biologic tests. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12: S21-6.
10. Kaneko M, Hoshino Y, Hashimoto S, et al. Hypothalamicpituitary-adrenal axis function in children with attentiondeficit hyperactivity disorder. *J Autism Dev Disord* 1993; 23: 59-65.
11. Linnoila M, Virkkunen M. Biologic correlates of suicidal risk and aggressive behavioral traits. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12: S19-20.
12. Dabbs JM, Jurkovic GJ, Frady RL. Salivary testosterone and cortisol among late adolescent offenders. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19: 469-78.
13. Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, et al. CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 20-7.
14. Archer J. The influence of testosterone on human aggression. *Br J Psychol* 1991; 82: 1-28.
15. Davidson RJ, Putnam KM, Larson JL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – a possible prelude to violence. *Science* 2000; 289: 594.
16. Steptoe, A. *et al.* The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Elsevier*.
17. Kelley, K., Brain, R. D.-, behavior, undefined, immunity, and & 2011, undefined. Alcoholism and inflammation: neuroimmunology of behavioral and mood disorders. *Elsevier*.
18. behavioral, C. C.-H. of health psychology and & 2010, undefined. All roads lead to psychoneuroimmunology. *books.google.comCL CoeHandbook of health psychology and behavioral medicine, 2010•books.google.com*.
19. Miller, A., Maletic, V., psychiatry, C. R.-B. & 2009, undefined. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Elsevier*.
20. Raison, C., Capuron, L., immunology, A. M.-T. in & 2006, undefined. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *cell.comCL Raison, L Capuron, AH MillerTrends in immunology, 2006•cell.com*.

21. Kraus, M., Schafer, A., Faller, H., ... H. C.-J. of C. & 2003, undefined. Psychiatric symptoms in patients with chronic hepatitis C receiving interferon alfa-2b therapy. *psychiatrist.com* MR Kraus, A Schafer, H Faller, H Csef, M Scheurlen *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003 • *psychiatrist.com*.
22. McHutchison, J. G. *et al.* Interferon Alfa-2b Alone or in Combination with Ribavirin as Initial Treatment for Chronic Hepatitis C. *New England Journal of Medicine* **339**, 1485–1492 (1998).
23. Patel, A. *et al.* Lack of aggression and anxiolytic-like behavior in TNF receptor (TNF-R1 and TNF-R2) deficient mice. *Elsevier*.
24. Zalcman, S., Brain, A. S.-, Behavior, undefined, Immunity, and & 2006, undefined. The neurobiology of aggression and rage: role of cytokines. *Elsevier*.
25. Bhatt, S. *et al.* Role of IL-1 β and 5-HT₂ receptors in midbrain periaqueductal gray (PAG) in potentiating defensive rage behavior in cat. *Elsevier*.
26. Pesce, M., Speranza, L., ... S. F.-J. B. R. H. & 2011, undefined. Biological role of interleukin-1beta in defensive-aggressive behaviour. *researchgate.net* M Pesce, L Speranza, S Franceschelli, V Ialenti, A Patruno, MA Febo, MA De Lutiis *J Biol Regul Homeost Agents*, 2011 • *researchgate.net* (2011).
27. Graham, J. E. *et al.* Hostility and pain are related to inflammation in older adults. *Elsevier* **20**, 389–400 (2006).
28. Ranjit, N. *et al.* Psychosocial factors and inflammation in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *jamanetwork.com*.
29. medicine, E. S.-P. & 2004, undefined. C-reactive protein is associated with psychological risk factors of cardiovascular disease in apparently healthy adults. *journals.lww.com* EC Suarez *Psychosomatic medicine*, 2004 • *journals.lww.com* (2004) doi:10.1097/01.psy.0000138281.73634.67.
30. research, E. C.-J. of psychiatric & 2006, undefined. Association of C-reactive protein elevation with trait aggression and hostility in personality disordered subjects: a pilot study. *Elsevier*.
31. Sjögren, E. *et al.* Interleukin-6 levels in relation to psychosocial factors: studies on serum, saliva, and in vitro production by blood mononuclear cells. *Elsevier*.
32. Miller, G. E., Freedland, K. E., Carney, R. M., Stetler, C. A. & Banks, W. A. Cynical Hostility, Depressive Symptoms, and the Expression of Inflammatory Risk Markers for Coronary Heart Disease. *J Behav Med* **26**, 501–515 (2003).
33. Kiecolt-Glaser, J., Loving, T., ... J. S.-A. of general & 2005, undefined. Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *jamanetwork.com*.
34. Marsland, A. *et al.* Antagonistic characteristics are positively associated with inflammatory markers independently of trait negative emotionality. *Elsevier*.
35. Coccaro, E., Lee, R., psychiatry, M. C.-R.-J. & 2014, undefined. Elevated plasma inflammatory markers in individuals with intermittent explosive disorder and correlation with aggression in humans. *jamanetwork.com*.
36. Look, A. E., McCloskey, M. S. & Coccaro, E. F. Verbal versus physical aggression in Intermittent Explosive Disorder. *Psychiatry Res* **225**, 531–539 (2015).
37. Gulli LF, N. B. In *Gale Encyclopedia of Mental Disorders Vol.2*. (2003).
38. APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised*. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1987.
39. APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1994.
40. APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000.

41. Tamam, L. (2015). Impulse control disorders: DSM-5 and beyond/Dürtü kontrol bozuklukları: DSM-5 ve ötesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(5), 2.
42. APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2013.
43. psychiatry, J. B.-T. J. of clinical & 2007, undefined. Intranasal ketamine for intermittent explosive disorder: a case report. *psychiatrist.com*JE Berner*The Journal of clinical psychiatry*, 2007•*psychiatrist.com*.
44. Coccaro, E. F., Lee, R. & McCloskey, M. S. Validity of the new A1 and A2 criteria for DSM-5 intermittent explosive disorder. *Compr Psychiatry* **55**, 260–267 (2014).
45. Shevidi, S., Timmins, M. A. & Coccaro, E. F. Childhood and parental characteristics of adults with DSM-5 intermittent explosive disorder compared with healthy and psychiatric controls. *Compr Psychiatry* **122**, 152367 (2023).
46. Tamam L. Dürtü kontrol bozuklukları. Güncel Psikiyatri Temel Kitabında (Ed E Işık, E Taner, U Işık) 1. baskı, Analiz, Ankara. 2008; in *Tamam L. Dürtü kontrol bozuklukları. Güncel Psikiyatri Temel Kitabında (Ed E Işık, E Taner, U Işık) 1. baskı, Analiz, Ankara. 2008;*
47. Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Berman, M. E. & Lish, J. D. Intermittent explosive disorder-revised: development, reliability, and validity of research criteria. *Compr Psychiatry* **39**, 368–376 (1998).
48. Coccaro, E. F. Intermittent explosive disorder: development of integrated research criteria for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Compr Psychiatry* **52**, 119–125 (2011).
49. Kessler, R. C. *et al.* The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* **63**, 669–678 (2006).
50. Grant, J. E., Levine, L., Kim, D. & Potenza, M. N. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* **162**, 2184–2188 (2005).
51. Monopolis, S. & Lion, J. R. Problems in the diagnosis of intermittent explosive disorder. *Am J Psychiatry* **140**, 1200–2 (1983).
52. Felthous, A. R., Bryant, S. G., Wingerter, C. B. & Barratt, E. The diagnosis of intermittent explosive disorder in violent men. *Bull Am Acad Psychiatry Law* **19**, 71–9 (1991).
53. Coccaro, E. F., Schmidt, C. A., Samuels, J. F. & Nestadt, G. Lifetime and 1-month prevalence rates of intermittent explosive disorder in a community sample. *J Clin Psychiatry* **65**, 820–824 (2004).
54. Al-Hamzawi, A. *et al.* The prevalence and correlates of intermittent explosive disorder in Iraq. *Acta Psychiatr Scand* **126**, 219–228 (2012).
55. Tangur R. Sivas il merkezinde başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları: epidemiyoloji, komorbidite, belirti tarama listesi ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2001.
56. Tamam L, Zengin M, Karakuş G. The prevalence of impulse control disorders in an university psychiatry inpatient clinics. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2008; 18:153-161.
57. Coccaro EF. Intermittent explosive disorder in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. <http://www.uptodate.com/contents/intermittent-explosive-disorder-in-adults-treatment-and-prognosis> # H23115127 (Mayıs 2014’te ulaşıldı). 2014a.

58. Psychiatry, Volume Set, 4th Edition Allan Tasman (Editor), Jerald Kay (Editor), Jeffrey A. Lieberman (Editor), Michael B. First (Editor), Michelle Riba (Editor) ISBN: 978-1-118-84547-9 2768 pages, March 2015, Wiley-Blackwell.
59. Khantzian, E. J. & Mack, J. E. Self-preservation and the care of the self: Ego instincts reconsidered. *Psychoanalytic Study of the Child* **VOL. 38**, 209–232 (1983).
60. Kavoussi, R., Armstead, P. & Coccaro, E. THE NEUROBIOLOGY OF IMPULSIVE AGGRESSION. *Psychiatric Clinics of North America* **20**, 395–403 (1997).
61. Staner, L., L'encephale, J. M.- & 1998, undefined. Heredity and role of serotonin in aggressive impulsive behavior. *euopepmc.org*.
62. Woermann, F. G. *et al.* Reduction of frontal neocortical grey matter associated with affective aggression in patients with temporal lobe epilepsy: an objective voxel by voxel analysis of. *jnnp.bmj.com* **68**, 162–169 (2000).
63. Coccaro, E. F. A family history study of intermittent explosive disorder. *J Psychiatr Res* **44**, 1101–1105 (2010).
64. Seroczynski, A. D., Bergeman, C. S. & Coccaro, E. F. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry Res* **86**, 41–57 (1999).
65. Coccaro, E. F., Bergeman, C. S., Kavoussi, R. J. & Seroczynski, A. D. Heritability of aggression and irritability: A twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects. *Biol Psychiatry* **41**, 273–284 (1997).
66. Rosell, D. R. & Siever, L. J. The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectr* **20**, 254–279 (2015).
67. Coccaro, E. F., McCloskey, M. S., Fitzgerald, D. A. & Phan, K. L. Amygdala and orbitofrontal reactivity to social threat in individuals with impulsive aggression. *Biol Psychiatry* **62**, 168–178 (2007).
68. Siever, L. J. *et al.* d, l-fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Elsevier* **20**, 413–423 (1999).
69. Kelleher, I. & Cannon, M. Putting Psychosis in Its Place. *Am J Psychiatry* **173**, 951–952 (2016).
70. McGrath, J. J. *et al.* The Bidirectional Associations Between Psychotic Experiences and DSM-IV Mental Disorders. *Am J Psychiatry* **173**, 997–1006 (2016).
71. Mattes, J. A. Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* **2**, 159–164 (1990).
72. Stanford, M. S. *et al.* A comparison of anticonvulsants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol* **13**, 72–77 (2005).
73. Scott, K. M. *et al.* The cross-national epidemiology of DSM-IV intermittent explosive disorder. *Psychol Med* **46**, 3161–3172 (2016).
74. Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A. & Felthous, A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry* **41**, 1045–1061 (1997).
75. Coccaro, E. F., Solis, O., Fanning, J. & Lee, R. Emotional intelligence and impulsive aggression in Intermittent Explosive Disorder. *J Psychiatr Res* **61**, 135–140 (2015).
76. Porta M, Last jM. Dictionary of Epidemiology. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2008.
77. Tahir, T. *et al.* Pharmacotherapy of impulse control disorders: A systematic review. *Psychiatry Res* **311**, 114499 (2022).
78. Coccaro, E. F., Lee, R. J. & Kavoussi, R. J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in patients with intermittent explosive disorder. *J Clin Psychiatry* **70**, 653–662 (2009).

79. Alpert, J. E. & Spillmann, M. K. Psychotherapeutic approaches to aggressive and violent patients. *Psychiatr Clin North Am* **20**, 453–472 (1997).
80. Coccaro, E. F. & Kavoussi, R. J. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* **54**, 1081–1088 (1997).
81. Jones, R. M. *et al.* Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* **198**, 93–98 (2011).
82. Heiligenstein, J. H., Beasley, C. M. & Potvin, J. H. Fluoxetine not associated with increased aggression in controlled clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol* **8**, 277–280 (1993).
83. Salzman, C. *et al.* Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* **15**, 23–29 (1995).
84. George, D. T. *et al.* Fluoxetine treatment of alcoholic perpetrators of domestic violence: a 12-week, double-blind, randomized, placebo-controlled intervention study. *J Clin Psychiatry* **72**, 60–65 (2011).
85. Reist, C., Nakamura, K., Sagart, E., Sokolski, K. N. & Fujimoto, K. A. Impulsive aggressive behavior: open-label treatment with citalopram. *J Clin Psychiatry* **64**, 81–5 (2003).
86. McElroy, S. L., Soutullo, C. A., Beckman, D. A. A., Taylor, P. & Keck, P. E. DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* **59**, 203–210 (1998).
87. Stanford, M. S., Anderson, N. E., Lake, S. L. & Baldridge, R. M. Pharmacologic treatment of impulsive aggression with antiepileptic drugs. *Curr Treat Options Neurol* **11**, 383–390 (2009).
88. Mattes, J. A. Oxcarbazepine in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* **25**, 575–579 (2005).
89. Stanford, M. S. *et al.* A double-blind placebo-controlled crossover study of phenytoin in individuals with impulsive aggression. *Psychiatry Res* **103**, 193–203 (2001).
90. Barratt, E. S., Stanford, M. S., Felthous, A. R. & Kent, T. A. The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol* **17**, 341–349 (1997).
91. Huband, N., Ferriter, M., Nathan, R. & Jones, H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Syst Rev* **2010**, (2010).
92. Tritt, K. *et al.* Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Psychopharmacology* **19**, 287–291 (2005).
93. Nickel, M. K. *et al.* Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* **57**, 495–499 (2005).
94. Nickel, M. K. *et al.* Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* **65**, 1515–1519 (2004).
95. Hollander, E. *et al.* Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* **28**, 1186–1197 (2003).
96. Sheard, M. H., Marini, J. L., Bridges, C. I. & Wagner, E. The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry* **133**, 1409–1413 (1976).
97. Lion, J. R. The Intermittent Explosive Disorder. *Psychiatr Ann* **22**, 64–66 (1992).
98. Deffenbacher, J., Huff, M., ... R. L.-J. of counseling & 2000, undefined. Characteristics and treatment of high-anger drivers. *psycnet.apa.org* JL Deffenbacher, ME Huff, RS Lynch, ER Oetting, NF Salvatore *Journal of counseling psychology*, 2000•*psycnet.apa.org*.

99. Deffenbacher, J. L., Filetti, L. B., Lynch, R. S., Dahlen, E. R. & Oetting, E. R. Cognitive-behavioral treatment of high anger drivers. *Elsevier* **40**, 895–910 (2002).
100. McCloskey, M. S., Noblett, K. L., Deffenbacher, J. L., Gollan, J. K. & Coccaro, E. F. Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: a pilot randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* **76**, 876–886 (2008).
101. Coccaro, E. F., Schmidt, C. A., Samuels, J. F. & Nestadt, G. Lifetime and 1-Month Prevalence Rates of Intermittent Explosive Disorder in a Community Sample. *J Clin Psychiatry* **65**, 820–824 (2004).
102. Kessler, R. C. *et al.* The Prevalence and Correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* **63**, 669 (2006).
103. McElroy, S. L., Soutullo, C. A., Beckman, D. A., Taylor, P. & Keck, P. E. DSM-IV Intermittent Explosive Disorder. *J Clin Psychiatry* **59**, 203–210 (1998).
104. Felipe-Castaño, E., León-del-Barco, B. & López-Pina, J. A. Symptom CheckList-90-R: Proposed Scales in a Probability Sample of Adolescents from the General Population. *Span J Psychol* **17**, E107 (2014).
105. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2(1):5-12.
106. Demirtaş Madran, H. A. [The reliability and validity of the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BAQ)-Turkish Version]. *Türk Psikiyatri Derg* **24**, 124–9 (2013).
107. Benk Durmuş, F., Yusufoglu Torlak, C., Tügen, L. E. & Güleç, H. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-Brief in Adolescents. *Archives of Neuropsychiatry* **59**, 48 (2022).
108. Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* **51**, 768–74 (1995).
109. Christenson, G. A. *et al.* Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* **55**, 5–11 (1994).
110. Ward, M. F., Wender, P. H. & Reimherr, F. W. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* **150**, 885–890 (1993).
111. Tabachnick, B., Fidell, L. & Ullman, J. Using multivariate statistics. (2013).
112. Field, A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. (2013).
113. Coccaro, E., ... M. P.-J. of C. & 2005, undefined. Prevalence and features of intermittent explosive disorder in a clinical setting. *psychiatrist.comEF Coccaro, MA Posternak, M ZimmermanJournal of Clinical Psychiatry, 2005•psychiatrist.com.*
114. Hyun, Y. & You, M. Socio-demographic factors and medical service utilization of intermittent explosive disorder in Korea: Nationwide health insurance claims database study, 2002-2017. (2022) doi:10.21203/rs.3.rs-2193405/v1.
115. Fincham, D. *et al.* Intermittent explosive disorder in South Africa: prevalence, correlates and the role of traumatic exposures. *Psychopathology* **42**, 92–98 (2009).
116. Silove, D. *et al.* Explosive anger as a response to human rights violations in post-conflict Timor-Leste. *Soc Sci Med* **69**, 670–677 (2009).
117. Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A. & Hofmann, S. G. The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. *Psychiatry Res* **197**, 128–134 (2012).
118. Tamam, L., Eroğlu, M., Yaklaşım, Ö. P.-P. G. & 2011, undefined. Aralıklı patlayıcı bozukluk. *dergipark.org.trL Tamam, MZ Eroğlu, Ö PaltacıPsikiyatride Güncel Yaklaşım, 2011•dergipark.org.tr.*

119. McCloskey, M., Ben-Zeev, D., Lee, R., research, E. C.-P. & 2008, undefined. Prevalence of suicidal and self-injurious behavior among subjects with intermittent explosive disorder. *Elsevier*.
120. Jenkins, A., McCloskey, M., ... D. K.-J. of P. & 2015, undefined. Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *Elsevier*.
121. Coccaro, E. F., Lee, R. & McCloskey, M. S. Relationship between psychopathy, aggression, anger, impulsivity, and intermittent explosive disorder. *Aggress Behav* **40**, 526–536 (2014).
122. Kulper, D., Kleiman, E., McCloskey, M., ... M. B.-P. & 2015, undefined. The experience of aggressive outbursts in intermittent explosive disorder. *Elsevier*.
123. Barra, S. *et al.* ADHD symptom profiles, intermittent explosive disorder, adverse childhood experiences, and internalizing/externalizing problems in young offenders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **272**, 257–269 (2022).
124. Gharibpour, M., Akbari, B., Cognition, A. A.-S. & 2019, undefined. A study comparing the effectiveness of anger management and emotion regulation training Programs on social cognition in prisoners with intermittent explosive. *sc.journals.pnu.ac.ir*.
125. Gerakoui, S. S., ... A. A.-P. P. & 2021, undefined. A Comparison of Sense of Coherence, Self-compassion, and Personal Intelligence in Students with and without Intermittent Explosive Disorder. *ppls.ui.ac.ir* S Sheikhi Gerakoui, A Abolghasemi, M Khosro Javid *Positive Psychology Research*, 2021 • *ppls.ui.ac.ir*.

8. EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

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-Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü:
1-Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
2-Davranım bozukluğu
3-Karşı olma Karşı gelme bozukluğu
4-Çocukluk çağı travması
- 10-Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü: 1-evet 2- hayır
10-1: Hastalık türü:
1-anksiyete boz.
2-depresif boz.
3-bipolar ve ilişkili boz.
4-obsesif-kompulsif boz. ve ilişkili boz.
5-madde ile ilişkili boz.
6-psikotik boz.
7-bedensel belirti boz.
8-disosiyatif boz.
9-travma ve tetikleyici etkenle ilişkili boz.
10-beslenme ve yeme boz.
11-yıkıcı boz., dürtü denetimi ve davranım boz.
12-kişilik boz.
- 11-Hiç öfke atağı yaşad mı? 1-evet 2-hayır
 - Mala zarar verme
 - Tehdit etme
 - Kişiler arası şiddet-saldırganlık
 - Sözel
- 12-Öfke-sinirlilik yakınması/çevresinin bu konuda yakınması var mı?
1-evet 2-hayır

12-1: Öfke nedeniyle tedavi arayışı/yönlendirilmesi oldu mu? 1-evet 2-hayır

13- Yaşam boyu intihar girişimi var mı? : 1-var 2-yok

14- Yaşam boyu kendine zarar verici bir davranışı oldu mu? 1-var 2-yok

15-Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1-evet 2-hayır

Belirtiniz:

16-Ailede öfke sorunu olan var mı? 1-evet 2-hayır Belirtiniz:

- Mala zarar verme
- Tehdit etme
- Kişiler arası şiddet-saldırganlık
- Sözel

17-Ailede özkıyım girişimi olan var mı? 1-var 2-yok Belirtiniz:

18-Ailede kendine zarar verici davranışı olan var mı? 1-var 2-yok Belirtiniz:

19-Fiziksel hastalık durumu:

1- var 2- yok Belirtiniz:

20-İlk başvuru yakınması:

1- sinirlilik/öfke 2- diğer

Ek 2: DSM- 5 Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-5 tanı ölçütleri

A. Saldırgan dürtülerin kontrol edilememesi-yineleyici davranış atakları	
1. Üç ayda, ortalama haftada 2 kez olan	
a. sözel saldırı (sözlü atışma, kavga; verip veriştirme, azarlama)	
b. Eşyalara, hayvanlara ya da insanlara fiziksel saldırı (mala zarar -yaralanma yok)	
2. 12 aylık sürede, bedensel saldırı kapsamında 3 davranış patlaması	
a.Eşyaların kırıp dökülmesi	
b. hayvanlar ya da insanların yaralanması	
B. Ataklar sırasındaki saldırganlığın derecesi tetikleyici etken ile orantısızdır.	
C. Yineleyici ataklar planlı değildir, somut bir amaca (para, güç, korutma) yönelmez.	
D. Kişide belirgin sıkıntı yaratır, Mesleki ve kişilerarası işlevsellikte etkilenme Parasal-yasal sonuçlar	

Ek 3:Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

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 hoş 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. Yıkınma, 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 sıkılgan 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	()	()	()	()	()



Ek 4: Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Formu

MINNESOTA DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU FORMU

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. Zihniniz 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 yaşadıktan 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 yaşadığınızda bu durum kendinizi iyi veya kötü hissetmenize neden oluyor mu? İyi----- kötü-----

3f.(Evetse)Bu şiddetli isteklerinizi yaşadıktan 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 -----

Ek 5:Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

ÇOCUKKEN	Hayır	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere daldardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkâr ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankâr davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurudum.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

Ek 6: Buss Perry Agresyon Ölçeği

BUSS-PERRY Agresyon Ölçeği

BUSS-PERRY ÖLÇEĞİ

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ.	HIÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN BENİM ÖZELLİĞİM
1 . Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2 . Yeterince kışkırtılırsam başka bir insana vurabilirim.					
3 . Eğer biri bana vurursa, ben de ona vururum.					
4 . Birçok insana göre biraz daha fazla kavgalara katılırım.					
5 . Haklarımı korumam için şiddete başvurmam gerekirse, başvururum.					
6 . Beni o kadar zorlayan insanlar olmuştur ki, kavgaya tutuştuk.					
7 . Bir insana vurmak için iyi bir sebep düşünemiyorum.*					
8 . Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9 . O kadar kızdım ki, bir şeyleri kırdım.					
10. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımında onlara açıkça söylerim.					
11. Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12. İnsanlar sinirimi bozduklarında onlara haklarında ne düşündüğümü söyleyebilirim.					
13. İnsanlar benimle fikir ayrılığına düştüğünde münakaşaya girmekten kendimi alıkoyamam.					
14. Arkadaşlarım münakaşayı seven biri olduğumu söylerler.					
15. Çabuk parlar fakat çabuk sakinleşirim.					
16. Engellendiğimde kızgınlığımı gösteririm.					
17. Bazen kendimi patlamaya hazır barut fıçısı gibi hissederim.					
18. Ben sakin bir insanım.*					
19. Bazı arkadaşlarım asabi olduğumu düşünüyor.					
20. Bazen hiçbir sebep yokken tepem atar.					
21. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
22. Bazen kıskançlık beni yiyip bitirir.					
23. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24. Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibi.					
25. Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26. "Arkadaşların", arkamdan hakkımda konuştuklarını biliyorum.					
27. Fazla dostça davranan yabancılardan şüphelenirim.					
28. Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29. İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

Ek 7: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

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.

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

Ek 8: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi

ARALIKLI PATLAYICI BOZUKLUK TARAMA ANKETİ

Açıklama. Herkes hayatının belirli dönemlerinde saldırgan düşünce veya davranışlar deneyimler. Lütfen bu konudaki deneyimlerinize ilgili aşağıdaki soruları olabildiğince doğru yanıtlayın. Cevaplarınız tamamen gizli kalacaktır.

BÖLÜM 1

13 yaşından bu yana aşağıdakileri kaç kez yaptığınızı söyleyebilirsiniz?

0 = hiç

1 = yalnızca bir kez

2 = 2-3 kez

3 = 4-9 kez

4 = birçok kez (ör. 10+)

5 = sayı veremeyeceğim kadar çok kez

PUANLAMA

1. "Öfke nöbeti geçirmek (örneğin: bağırarak, kapıları çarpmak, kırılma noktasına geldiğinde birşeyler fırlatmak): 0 1 2 3 4 5
2. İnsanlarla sözlü kavga veya tartışmalara girmek: 0 1 2 3 4 5
3. Öfkeyle nesnelere kasıtlı olarak vurmak veya nesneleri kırmak (örneğin: pencereler, tabaklar vs): 0 1 2 3 4 5
4. İnsanlarla fiziksel kavgaya girmek: 0 1 2 3 4 5
5. Öfkeyle insanlara kasıtlı olarak vurmak: 0 1 2 3 4 5

Formun 1.bölümünü tamamladığınız için teşekkür ederiz. Bölüm 2 için sonraki sayfaya geçiniz.

BÖLÜM 2

Burada Bölüm 1'deki yanıtlarınız hakkında biraz daha ayrıntı istiyoruz.

Lütfen aşağıdaki soruları 13 yaşınızdan sonrası için yanıtlayınız.

1. Hiç haftada bir tartışmalar, öfke patlamaları yaşadığınız veya bir şeyi kırdığınız, birine öfkeyle vurduğunuz dönemler oldu mu? İşaretleyiniz: **Evet ya da Hayır**

EĞER EVET İSE SORU 1a'YA GEÇİN

- 1a. Üst üste kaç ay boyunca her hafta en az iki tartışma veya öfke patlaması yaşadınız ?
_____ (ay)

EĞER 3 AYDAN AZ BİR SÜRE İSE 2.SORUYA GEÇİN

- 1b. En son üst üste en az 3 ay süreyle haftada iki veya daha fazla tartışma / öfke patlaması yaşadığınızda kaç yaşındaydınız? _____ (yıl olarak yaş)

- 1c. Bu seviyede öfke patlamaları şu anda oluyor mu? İşaretleyiniz: **Evet ya da Hayır**

2. Bir yıl boyunca en fazla kaç kez değerli bir şeyi kırdınız ve / veya birine öfkeyle vurarak zarar verdiniz? (çizik, sıyrık, morluk veya daha kötüsü) _____ (yıl içinde kırılan nesne sayısı + birine vurarak zarar verme sayısı)

EĞER YILDA 3'TEN AZ İSE 3.SORUYA GEÇİN

- 2a. En son bir yıl içinde üç veya daha fazla kez bir şeyleri kırdığınızda ve / veya birine vurduğunuzda kaç yaşındaydınız? _____ (yıl olarak yaş)

- 2b. Bu seviyede öfke patlamaları şu anda oluyor mu? İşaretleyiniz: **Evet ya da Hayır**

3. Tartışmanın, bir şeyleri kırmanın ve / veya vurmanın çoğu avantaj elde etmek için (ör. gözdağı vermek, korkutmak) planlı olarak mı yapıldı yoksa bu genellikle öfkelenmeye bağlı planlanmamış bir tepki miydi? İşaretleyiniz: **Planlı ya da Planlanmamış**

- 4a. Tartışma, bir şeyleri kırma ve / veya başkalarına vurma sıklığı ve şiddeti sizi hiç rahatsız etti mi? İşaretleyiniz: **Evet ya da Hayır**

- 4b. Tartışma, bir şeyleri bozma ve / veya başkalarına vurma sıklığı ve şiddeti, hayatınızda herhangi bir soruna neden oldu mu (örneğin, işte, okulda veya aileniz, arkadaşlarınız, partnerleriniz veya tanıdıklarınızla ilişkilerinizde)? İşaretleyiniz: **Evet ya da Hayır**

- 5a. Hayatınızda, herhangi bir ilaç ya da alkol almadığınız veya herhangi bir uyuşturucunun etkilerini deneyimlemediğiniz (aşırı doz, yoksunluk), üç veya daha fazla ay boyunca haftada 2 veya daha fazla tartışma ya da öfke patlaması ile karşılaştığınız bir zaman oldu mu?

İşaretleyiniz: **Evet ya da Hayır**

- 5b. Hayatınızda, herhangi bir ilaç ya da alkol almadığınız veya herhangi bir uyuşturucunun etkilerini deneyimlemediğiniz (aşırı doz, yoksunluk), 1 yıl içinde toplam 3 veya daha fazla kez değerli şeyleri kırdığınız ve / veya birine öfkeyle vurarak zarar verdiğiniz (çizik, sıyrık, çürük veya daha kötüsü) bir dönem oldu mu? İşaretleyiniz: **Evet ya da Hayır**

APB-TA Puanlama Anahtarı

Bölüm 1:

Yaşam Boyu Saldırganlık : Bölüm 1 maddelerinde > 12 ise pozitif

Bölüm 2:

A1 : S1a > 3 ise pozitif

A2 : S2 > 3 ise pozitif

C : S3 planlanmamış ise pozitif

D : S4a veya S4b evet ise pozitif

E : S1b veya S2a > 6 Yaş ise pozitif

F : S5a veya S5b evet ise pozitif

IED-5 Pozitif : Yaşam Boyu Saldırganlık Pozitif ve

A1 Pozitif veya A2 Pozitif ve

C Pozitif ve

D Pozitif ve

E Pozitif ve

F Pozitif olmalı

IED-5 şu an mevcut : Q1c * ve / veya Q2b * için yanıt evet olmalı

Ek 9: Kontrol Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Kontrol Grubu

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz "Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi, Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Formu, Buss Perry Ölçeği, Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği" isimli ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. Anlamadığınız noktalar araştırmacı tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Katılımcı

Adı, Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Görüşme tanığı:

Adı, soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Katılımcı ile görüşen hekim:

Adı, soyadı, unvanı :

Adres :

Tel :

İmza :

Ek 10: Hasta Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Grubu

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz "Aralıklı Patlayıcı Bozukluk Tarama Anketi, Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Formu, Buss Perry Ölçeği, Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği" isimli ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. Anlamadığınız noktalar araştırmacı tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Katılımcı

Adı, Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Görüşme tanığı:

Adı, soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Katılımcı ile görüşen hekim:

Adı, soyadı, unvanı :

Adres :

Tel :

İmza :