



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

**TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 4 ve DÖNEM 5 ÖĞRENCİLERİNDE
GÖRÜLEN DÜRTÜ DENETİM BOZUKLUĞU**

Dr. Özlem PALTACI

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Lut TAMAM**

ADANA-2014

TEŞEKKÜR

Psikiyatri uzmanlık eğitimim ve tezimin yazılma aşamasında bana katkısı olan çok değer verdiğim insanlara burada teşekkür etmek isterim.

Öncelikle bütün asistanlık sürem boyunca ilgisini, desteğini hiç eksik etmeyen, tezimin fikir ve yazım aşamasında kıymetli eleştirilerini, fikirlerini ve vaktini sunan, bilimsel kaynakları bulmam ve kullanmam konusunda sabırla ve hoşgörüsü bana yardımcı olan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, kendisini bizlere aileden biri gibi yakın hissettiren ve en kötü zamanlarımızda bize destek olan çok değerli hocam Prof. Dr. Lut Tamam'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık sürem boyunca sınavlarda en çok korktuğumuz, kliniğimizin en karizmatik hocası olan Prof. Dr. Yunus Emre Evlice'ye, hasta görüşmelerinde, toplantı ve kurullarda ilk çömezlik zamanlarımızda bile fikirlerimizi sorduğu ve önemseydiği, iyi bir hekimin bilimsel makaleleri takip etmek dışında sanat, siyaset ve felsefeden de iyi anlaması gerektiği konusunda bize örnek olduğu için;

Sadece hoca değil; tüm ilgisi ve yakınlığıyla abla olarak hissettiğim asistanlığa başladığım ilk günlerden beri ve tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, poliklinik ve servis dönemlerimde hasta danışmak üzere kapısını en çok çaldığım ve güler yüzüyle bilgi aldığım çok değerli hocam Doç. Dr. Gonca Karakuş'a;

Hastayla iyi bir terapötik ilişkinin kısa sürede nasıl kurulacağını örneği olan, hastalarla ilgili en basit sorularımızı bile anlayışla karşılayan ve yanıtsız bırakmayan değerli 'abimiz' Uzm. Dr. Soner Çakmak'a;

Bilgi ve deneyimlerinden çekinmeden yararlanmamızı sağlayan, bizlere karşılıksız verdiği terapi eğitimi imkanlarından dolayı Doç. Dr. Şükrü Uğuz'a;

Tek görüşmede hastaya, öyküye ve tedaviye her alanda nasıl hakim olunacağını örneği olan Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz'a;

Kendileriyle kısa süre çalışmama rağmen asistanlık eğitimimde engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım sayın Prof. Dr. Mehmet Ünal'a, Prof. Dr. Bekir Aydın Levent'e;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, keyifli olan asistanlık eğitimimi daha da keyifli hale getiren çok sevdiğim dostlarım ve ilk göz ağrılarım Dr. Ali, Dr. Emin, Dr. Onur ve Dr. Zeynep'e; asistan ekibimizi varlıklarıyla daha güzel kılan, sevgili Dr. Necla, Dr. Volkan, Dr. Betül ve Dr. Yusuf'a iyi ve kötü günümde benimle oldukları ve tez aşamamda bana destek oldukları için;

Hastanede geçirdiğim süre boyunca bana her konuda destek olan ve güler yüzlü eksik olmayan birlikte çalıştığım çok değerli psikolog, hemşire, sekreter ve personelimize;

Rotasyon yaptığım kliniklerin çok değerli hocaları, asistanları, hemşire ve personeline ilgi ve destekleri için içten teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak çocukluğumdan beri fikirlerimi destekleyen, koşulsuz sevgilerini her zaman hissettiğim, en zor günlerimde varlıklarıyla bana güç veren sevgili annem, babam ve kardeşlerim Eylem ve Ezgi'ye, son 15 yılımı daha anlamlı kılan, sevgisiyle bana güç veren sevgili eşim Ünal'a ve çalıştığım süre boyunca zamanından çaldığım, hayatımın anlamı biricik kızım Defne'ye sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMA LİSTESİ	V
ÖZET ve ANAHTAR SÖZCÜKLER	VI
ABSTRACT and KEY WORDS.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Başka Türü Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları.....	3
2.1.1. Aralıklı Patlayıcı Bozukluk	4
2.1.1.1. Epidemiyoloji	5
2.1.1.2. Etyoloji.....	5
2.1.1.3. Klinik Özellikler.....	7
2.1.1.4. Ayırıcı Tanı	8
2.1.1.5. Tedavi.....	9
2.1.2. Patolojik Kumar Oynama	10
2.1.2.1. Epidemiyoloji.....	11
2.1.2.2. Etyoloji.....	12
2.1.2.3. Klinik Özellikler.....	14
2.1.2.4. Ayırıcı Tanı	15
2.1.2.5. Tedavi.....	15
2.1.3. Piromani	16
2.1.4. Kleptomani	19
2.1.4.1. Epidemiyoloji.....	17
2.1.4.2. Etyoloji.....	17
2.1.4.3. Klinik Özellikler.....	17
2.1.4.4. Ayırıcı Tanı	18
2.1.4.5. Tedavi.....	18
2.1.5. Trikotillomani.....	19
2.1.5.1. Epidemiyoloji.....	20
2.1.5.2. Etyoloji.....	20
2.1.5.3. Klinik Özellikler.....	21
2.1.5.4. Ayırıcı Tanı	21
2.1.5.5. Tedavi.....	21
2.1.6. Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu	22
2.1.6.1. Patolojik Cilt Yolma	22
2.1.6.2. Kompulsif Satın Alma.....	23
2.1.6.3. Kompulsif Cinsel Davranış	23
2.1.6.4. Kompulsif Egzersiz	24
2.1.6.5. Tedavi.....	24
2.1.7. Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu	24
2.1.7.1. Patolojik Cilt Yolma	24
2.1.7.2. Kompulsif Satın Alma.....	25
2.1.7.3 Kompulsif Cinsel Davranış	26

2.1.7.4. Kompulsif Egzersiz Yapma	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Verilerin Toplanması	28
3.2. Veri toplama Araçları.....	29
3.2.1. Sosyodemografik veri formu.....	29
3.2.2. Kullanılan Ölçekler	29
3.2.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)	29
3.2.2.2. Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği (MIDI).....	29
3.2.2.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	30
3.2.2.4. Barratt İmpulsivite Ölçeği-11 (BİS-11).....	31
3.3. İstatistiksel İşlemler.....	32
4. BULGULAR	33
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	33
4.2. Ölçekler	36
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	45
7. KAYNAKLAR	47
8. EKLER.....	55
EK-1	55
EK-2	57
EK-3	60
EK-4	69
9. ÖZGEÇMİŞ	70

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. APB için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	4
Tablo 2. PKO için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	11
Tablo 3. Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	16
Tablo 4. Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	19
Tablo 5. TTM için DSM-IV-TR tanı ölçütleri.....	22
Tablo 6. Tıp fakültesi öğrencilerinde DKB eş tanılarının yaşam boyu ve şu anki sıklıkları	33
Tablo 7. Tıp fakültesi öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri.....	34
Tablo 8. Yaşam boyu DKB varlığına göre gruplandırılan katılımcılarda demografik değişkenlerin karşılaştırılması	34
Tablo 9. Tıp fakültesi öğrencilerinde yaşam boyu DKB eş tanı sıklıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması ..	35
Tablo 10. Tıp fakültesi öğrencilerinin özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin yaşam boyu DKB'si olan ve olmayan gruplarla karşılaştırılması	35
Tablo 11. DKB varlığına göre sınıflandırılmış tıp fakültesi öğrencilerinin psikometrik test ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 12. Yaşam boyu DKB'si olan ve olmayan tıp fakültesi öğrencileri arasındaki yaşam boyu diğer eksen 1 bozukluklarının sıklığının karşılaştırılması	37
Tablo 13. Tek tek DKB'lerin eştanı özellikleri	37
Tablo 14. Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB'si olmayan grupla karşılaştırılması	38
Tablo 15. Tek tek DKB'lerin dürtüsellikle ilgili ölçek puanlarının DKB'si olmayan grupla karşılaştırılması ..	38

KISALTMA LİSTESİ

DSM-IV	: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-V	: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ICD-10	: Clasification of Mental and Behavioural Disorder
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
DKB	: Dürtü Kontrol Bozukluğu
BTA-DKB	: Başka Türlü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu
APB	: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk
PKO	: Patolojik Kumar Oynama
KSA	: Kompulsif Satın Alma
KCD	: Kompulsif Cinsel Davranış
TTM	: Trikotillomani
KE	: Kompulsif Egzersiz
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
SCID-I	: DSM-IV için yapılandırılmış görüşme ölçeği
MIDI	: Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği
SCL-90	: Ruhsal Belirti Tarama Listesi
BİS-11	: Barratt İmpulsivite Ölçeği-1

ÖZET

TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 4 ve DÖNEM 5 ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN DÜRTÜ DENETİM BOZUKLUĞU

Amaç: Dürtü kontrol bozukluklarının (DKB) yaygınlık oranı ile ilgili epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır. Diğer psikiyatrik ek tanımlar ayırıcı tanı yapmayı güçleştirmekte ve hem tedaviyi hem de DKB gidişini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı genç erişkin olarak adlandırılan tıp fakültesi öğrencilerinde DKB yaygınlık oranını belirlemek ve ilişkili sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Eylül 2011 - Haziran 2012 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. ve 5. sınıf öğrencileri alındı. Tek dışlama kriteri olgunun akut psikotik tablo içerisinde olmasıydı. Hastaların DSM-IV'e göre eksen I tanımlarını belirlemek için DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği kullanıldı. Dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği'nin modifiye edilmiş şekli hastalara uygulandı. Dürtüsellik için Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ-11) kullanıldı.

Bulgular: Örneklem grubunda en az bir dürtü kontrol bozukluğu eştanısı alan hasta sıklığı %11.2 (n= 31) idi. En sık görülen dürtü kontrol bozukluğu aralıklı patlayıcı bozukluk iken (n= 17, %6.1) bunu kompulsif saç yolma (n= 7, %2.5) izlemekteydi. Altı olguda kompulsif deri yolma, beş olguda kompulsif satın alma ve bir olguda da kompulsif egzersiz saptanırken; çalışmaya dahil edilen 277 olgunun hiçbirisi yaşam boyu ya da son bir aylık dönemde kleptomani, patolojik kumar oynama ve kompulsif cinsel davranış tanısı almamıştı. Dürtü kontrol bozukluğu eştanısı konan ve konmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve sosyoekonomik durum yönünden anlamlı bir farklılık yoktu. Aralıklı patlayıcı bozukluk kızlara göre erkeklerde anlamlı oranda yüksek saptandı.(p<0.05) Diğer tüm dürtü kontrol bozuklukları tanımları arasında cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir farklılık saptanmadı. İntihar girişimi DKB(+) olan grupta anlamlı oranda yüksekti. (p<0.05) BIS-11'de ölçüldüğü üzere, toplam dürtüsellik, plansız eylem ve motor dürtüsellik skorları dürtü kontrol bozukluğu tanısı olan grupta olmayan gruba göre daha yüksekti. Aralıklı patlayıcı bozukluğu ve kompulsif saç yolma bozukluğu olan hastaların toplam dürtüsellik skorları dürtü kontrol bozukluğu olmayan hastalara kıyasla anlamlı olarak yüksekti.

Sonuç: Bu çalışma sonuçları tıp fakültesi 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin yaklaşık onda birinde yaşam boyu en az bir dürtü kontrol bozukluğu tanısı aldıklarını göstermektedir. Dürtü kontrol bozukluklarının genç popülasyonda daha fazladır ve psikiyatrik görüşmelerde araştırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Genç, dürtü kontrol bozuklukları, komorbidite

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF IMPULSE CONTROL DISORDERS IN FOURTH AND FIFTH CLASSES OF MEDICAL FACULTY

Objective: There is only a few epidemiologic studies about the prevalence of impulse control disorders (ICD). The presence of other psychiatric comorbidities complicate the differential diagnosis and negatively affect both treatment and prognosis of ICD. The aim of this study is to determine the prevalence of impulse control disorders and associated sociodemographic features among the medical students.

Method: Medical students of Cukurova University Medical Faculty 4 and 5. Classes between 2011 September- 2012 June were included in the study. Acute psychotic episode was the only criteria of exclusion. Axis I diagnoses were rendered using a Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). ICDs were investigated with using the modified version of Minnesota Impulsive Disorders Interview. Impulsivity was measured with the Barratt Impulsiveness Scale Version 11 (BIS-11).

Results: The prevalence rate for all comorbid ICD in this sample was 11.2% (n=31). The most common ICD subtype was the diagnosis of intermittent explosive disorder (n= 17, %6.1) followed by trichotillomania. six cases had pathological skin picking, five cases had compulsive buying and one case had compulsive exercise. None of the 277 cases included the study had not received the diagnosis of kleptomania, pathological gambling and compulsive sex in lifetime or in last month. There was no statistical difference between the characteristics of patients with and without ICDs with regards to age, sex, marital status, and socio-economic status. IED was significantly higher in males than in females. In all other ICD comparisons there was no significant difference by gender. Suicide attempts were significantly higher in ICD(+) group. A significant difference was observed between ICD(+) and ICD(-) groups in terms of total impulsivity, nonplanning activity, and motor impulsivity scores as determined by BIS-11. Total impulsivity score was significantly higher in patients with intermittent explosive disorder and trichotillomania than ICD(-) group.

Conclusion: The results of this study show that nearly 10% of medical students have at least one lifetime ICD diagnosis. These disorders are more common at young population and should be searched for during psychiatric interview.

Key Words: Young, impulse control disorder, comorbidity

1. GİRİŞ

Organizmada fizyolojik bir ihtiyacın neden olduğu rahatsızlık ve gerginlik durumunu gidermek için beliren güce dürtü denir. Etimolojik olarak dürtü: drive, impulse, trieb, impetus tan köken almaktadır. Sıklıkla içgüdü, dürtü ve güdü kavramları birbirinin yerine kullanılır. Charles Darwin'in hayvan davranışları için kullandığı içgüdü terimini daha sonraları Sigmund Freud'un Almanca 'trieb' sözcüğünü diğer dillere çevirirken dürtü (drive) ve içgüdü (instinct) kavramlarıyla beraber kullanması bu kavram kargaşasını arttırmıştır. ¹ Dürtü fizyolojik bir ihtiyacın psikolojik bir sonucudur.

Kişinin kendisine veya çevresine potansiyel olarak zararlı bir dürtü veya isteğe engel olamaması sık görülen klinik bir problem ve insan davranışının temel bir özelliğidir. Dürtüsellik ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, yeterince planlanmamış ve genelde istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. Dikkatsizlik, sabırsızlık, yenilik arama, risk alma, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özelliklerle kendini gösterir. ² Bir dürtüyü patolojik yapan dürtüye ve onu gerçekleştirmeye engel olamamaktır. ³

Dürtüsellğin nörobiyolojisinde prefrontal ve orbitofrontal korteks rol oynar. Prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks baskılanmanın kontrolü, karar verme ve yanıt seçme süreçlerinde görev alır. Orbitofrontal korteks kişinin eylemlerinin sonuçları hakkındaki mevcut bilgiler temelinde davranışı yönlendirmede başlıca rol oynar. Dolayısıyla frontal lob hasarı olan kişilerde dürtüsellik sık gözlenir. Dürtüsellikte rol alan ana nörotransmitterler ise serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamat ve GABA'dır. Özellikle beyin serotonin düzeylerindeki azalmanın davranışın baskılanmasını azalttığı belirtilmiştir. ²

Dürtüsellik çoğu zaman hayatı önemli ölçüde etkileyebilen normal bir davranış örüntüsü olabileceği gibi (hızlı araba kullanma, aşırı alışveriş yapma, kendine zarar verme davranışı) çok sayıda ruhsal bozukluğun temel belirtileri arasında yer alır.(Kişilik bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı, davranış bozukluğu, bipolar bozukluk gibi). Bu bozukluklarla açıklanamayan bir kısım dürtü kontrol bozukluğu DSM IV TR'de "Başka Yerde sınıflandırılmamış Dürtü Denetim Bozuklukları' olarak kategorize edilmiştir.

Dürtü kontrol bozuklukları genel olarak zararlı eylemleri gerçekleştirme isteklerine karşı koyamama ile belirli bir ruhsal hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır ve ana belirti tekrarlayan dürtüsel davranışlar şeklinde ortaya çıkar.

Dürtü kontrol bozuklukları (DKB) olan hastalar üç temel özelliğe sahiptir:

1- Kendilerine ya da başkalarına zarar verebilecek bazı eylemleri gerçekleştirme arzularına ya da dürtülerine karşı koymayı başaramazlar.

2- Eylem öncesinde artan bir gerginlik ve uyarılma vardır.

3- Eylem gerçekleştirilirken haz, doyum ve rahatlama sağlanır.

Bu temel öğeler dışında yapılan eylemler benlikle uyumludur, yani hastanın birdenbire ortaya çıkan bilinçli arzularına uygundur. Eylemin gerçekleştirilmesinden sonra hastalar yoğun suçluluk ya da pişmanlık duyabilirler.^{4,5} DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde altı DKB tanımlanmıştır. Bu hastalıklar; (1) Aralıklı Patlayıcı bozukluk, (2) Kleptomani, (3) Patolojik kumar oynama, (4) Piromani, (5) Trikotillomani, (6) Başka türlü Adlandırılmayan (BTA) DKB'dir.

Bu çalışmanın amacı, tıp fakültesi öğrencilerinde DKB sıklığını ve ilişkili klinik ve sosyodemografik özelliklerini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Başka Türölü Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları

Dürtüsellik birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın ana bileşenidir ve DSM-IV eksen I veya eksen II tanı ölçütleri arasında sıklıkla yer alır. Bu hastalıklar arasında B kümesi kişilik bozuklukları, bipolar spektrum bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite spektrum bozuklukları, madde bağımlılığı, posttravmatik stres bozukluğu, dezinhibe davranışlarla giden nörolojik hastalıklar ve parafililer sayılabilir.⁶ Bu bozukluklarla açıklanamayan bir kısım dürtü bozuklukları DSM-IV-TR’de “Başka Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları” başlığı altında gruplandırılmışlardır. DSM-IV-TR’ye göre bu grupta yer alan bozukluklar; aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, piromani, patolojik kumar oynama ve trikotillomani’dir. Bu beş bozukluk dışında yer alan ve dürtüsellik gösteren diğer bozukluklar “Başka Türölü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları” başlığı altında birleştirilmiştir.⁷ Bu bozukluklara sahip kişilerin temel özellikleri şunlardır:

1. Kendileri veya başkaları için zararlı olan bazı eylemleri gerçekleştirme arzularına veya dürtülerine karşı koyamama
2. Eylemden önce gittikçe artan bir gerilim ve sıkıntı duygusu
3. Eylemi gerçekleştirdikten sonra ortaya çıkan rahatlama duygusu (Eylem benlikle uyumludur. Kişi eylemden sonra pişmanlık hissedebilir ya da hissetmeyebilir.)⁵

Nörobiyolojik araştırmalar bozulmuş frontal işlevlerinin bazı dürtü kontrol bozukluğu hastalarında görülen disinhibisyona katkıda bulunduğunu göstermiştir. Serotonerjik ve diğer nörotransmitterlerin disregulasyonundaki benzerlikler, dürtü kontrol bozukluğu yelpazesinde yer alan tüm bozukluklarda ortaya konmuştur. Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI), duygu durum düzenleyicilerinin ve opiyat antagonistlerinin kullanımı ile görülen düzeltilmeler, eşanlı hastalıklarda değişkenlik sergilemekle birlikte, dürtü kontrol sendromları arasında ortak nörobiyolojik niteliklere işaret etmektedir.⁸

2.1.1. Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB)

Aralıklı patlayıcı bozukluk dürtüsel agresyonu olan hastaları tariflemek için kullanılan bir DSM tanısıdır. Dürtüsel agresif davranışlar çok sık görülmesine karşın APB tanısı nadiren konmaktadır. Dürtüsel agresyonun daha önce yapılmış tanımları A tipi kişilik, pasif agresif kişilik (agresif tip), veya patlayıcı kişilik etiketleri içinde yer alıyordu.⁹ Uluslar arası sınıflandırma sistemlerinde APB tanısı ilk kez dünya sağlık örgütünün 1978’de yayımladığı ICD-9-CM’de yer almıştır. DSM sisteminde ise resmi olarak ilk kez DSM III’te dürtü kontrolünün agresif bozukluklarından biri olarak İzole patlayıcı bozukluk ile birlikte yer almıştır. DSM III-R de izole patlayıcı bozukluk tanısı sınıflamadan çıkarılmış; APB ise yerini korumuştur. DSM-IV’de hastalık tanısının konması için “dönemler arası hastanın genel bir dürtüsellik ya da saldırganlık eğiliminin olmaması” koşulu kaldırılmış, "bulguların bir başka mental bozukluğun gidişi sırasında meydana gelmemesi" dışlama ölçütü eklenmiştir DSM IV TR’de tanı ölçütlerinde değişiklik yapılmamıştır. ICD 10 sınıflamasında ‘‘Başka Alışkanlık ve Dürtü Bozuklukları’’ arasında yer almaktadır.³ 2013 yılında yayınlanan DSM V sınıflamasında ise ‘‘Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım bozuklukları’’ kategorisinde ele alınmıştır.¹⁰ DSM 5’te tanı ölçütleri yeniden düzenlenmiş ve A kriterine 2 alt başlık eklenmiştir. Buna göre ya 3 aydır eşyalara, hayvanlara ya da diğer insanlara ciddi zararlar sonuçlanmayan ve haftada 2 kez olan saldırı atakları ya da 12 aylık süre boyunca 3 defa eşyalara, hayvanlara ya da diğer insanlara zarar vermayla sonuçlanan davranış patlaması olması gerektiği eklenmiştir. Saldırgan davranışların önceden planlanmadığı ve somut bir amaç uğruna yapılmadığı ve başlangıç yaşının en az 6 yaş olması gerektiği eklenmiştir.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB) için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 1’de gösterilmiştir

Tablo 1: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB) için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

- | |
|---|
| <p>A. Ciddi saldırı eylemleri ya da mala zarar verme ile sonuçlanan, birbirinden ayrı birçok saldırganlık dürtülerine karşı koyamama epizodunun olması.</p> <p>B. Bu epizodlar arasında dışa vurulan saldırganlığın derecesi bunu ortaya çıkartan psikososyal stres etkenlerine duyarsızdır.</p> <p>C. Bu agresif epizodlar başka bir mental bozuklukla (örn. Antisosyal kişilik bozukluğu, Sınır kişilik bozukluğu, psikotik bir bozukluk, manik bir epizod, davranım bozukluğu ya da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) daha iyi açıklayamaz ve bir maddenin (kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (kafa travması, Alzheimer hastalığı) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.¹¹</p> |
|---|

2.1.1.1. Epidemiyoloji

Geniş çaplı toplum tabanlı çalışmaların yapıldığı 2000li yılların ortasına kadar APB’nun oldukça nadir görüldüğü düşünölmekteydi. Amerikadaki insanların %4-7sinin ergenlik çağı boyunca APB tanı kriterlerini karşılayacağı tahmin edilmektedir.^{12,13,14} 12 ölkede yapılan örneklem çalışmalarda Amerika’da APB ağırlıklı prevelansı %6.9; diğör ölkelerde ise %3 olarak bulunmuştur.¹⁵ Bazı çalışmalor APB olanların %77-87.5inin erkek olduğunu göstermiştir.^{16,17} APB olan bireylerin %82’sinin eksen 1 psikiyatrik bozuklukları olduğı; duygudurum (%11-93), anksiyete (%48-58.1) ve madde kullanım (%35.1-48) bozuklukları olduğı gösterilmiştir.^{13,18}

Bu konuda yapılmış en kapsamlı toplum temelli çalışma Kessler ve arkadaşları tarafından “Ulusal Eştanı Araştırması Tekrarı – Ergen Eki” olarak yürütölmüştür. 13-17yaş arası 6483 ergenin dahil edildiğı bu çalışmada APB yaygınlığının, çalışmada kullanılan tanı ölçütlerine göre yaşam boyu yaygınlık için %5.3; 12 aylık yaygınlığın ise geniş, orta ve dar olmak üzere sırasıyla %6.2, %4.5 ve % 1.7 olduğı belirlenmiştir.¹⁹

Adana’da yapılan bir klinik çalışmada 6 aylık bir süre içerisinde bir üniversite kliniğine yatan 103 erişkin hastanın 15’ine (%14.6) yaşam boyu APB ektanısı konulmuştur.²⁰ Depresyon hastalarında Dürtü kontrol birlikteliğı bakıldığında en sık görölen dürtü kontrol bozukluğu aralıklı patlayıcı bozukluk (% 31,3) olarak saptanmıştır. Üniversiteye Hazırlık Öğrencilerinde Dürtü Kontrol Bozukluğu ‘nun araştırıldığı bir çalışmada APB sıklığı %5.3 olarak bulunmuştur.²¹ Kolej öğrencilerinde yapılan çalışmalarda ise oranlar %0.51 ile %0.9 arasında değişmektedir.^{22,23} Yatan adolesan hastalarda ise bu oran %12.7’ye çıkmaktadır.^{4,24}

2.1.1.2. Etyoloji

APB’nun etyolojisine yönelik olarak ortaya atılan bazı öneriler vardır. Çeşitli araştırmacılar dönemsel şiddet gösteren çoğı kişide başta limbik bölge olmak üzere beyin bölgelerinde fizyolojik bozukluklar olduğunu ileri sürmüşlerdir. Kimileri ise olaya bir sosyal sorun olarak bakarak, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz ortamların, bozukluğun gelişimindeki en önemli belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir. APB tanısı alan hastaların büyük bir kısmının çocukluk döneminde çevresi agresif, fiziksel saldırıda bulunan, yaşamı tehdit eden, rastgele cinsel yaşantıları olan ya da alkol bağımlısı kişilerle çevrilidir. Ayrıca çocukluk çağında görölen predispozan etkenler arasında perinatal travma, infantil nöbet, kafa travması, ensefalit, minimal beyin disfonksiyonu ve hiperaktivite sayılmaktadır.⁴

Psikososyal Nedenler: APB’da gözlenen dürtüsel agresyonun erken çocukluk dönemi yaşantılarının ve çocukluk döneminde yaşanan travmaların, kendilik kontrolü, engellenme

toleransı, planlama yetisi ve haz almanın ertelenmesi gibi dürtüsel agresif patlamaların önlenmesinde önemli olan yetilerin gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerden kaynaklandığı sanılmaktadır . Normal ve sağlıklı bir gelişim için, çocuğun zaman ve koşullara uygun biçimde isteklerini arzularını geciktirme özelliğini destekleyen, yeterince iyi bir anne ve bu anneyle geçirilen erken dönem yaşantıları çok büyük önem arzeder. Bu tür bir anneyle özdeşim çocuğun gelişimine belirgin bir katkı sağlar. Çok fazla ya da çok az engellenme yaşanması, çok fazla haz ya da hiç haz yaşanmaması, istekleri karşılanmaması kişinin engellenme karşısında bekleme, isteklerini erteleme yetilerinin normal gelişimini engelleyebilir. Bu sürecin sonunun dinamik açıdan dürtüsel agresyona dönüştüğü kabul edilebilir. ⁴

APB tanısı alan hastaların büyük bir kısmının aile yapıları sorunlu ve bozuktur. Ailede patlayıcı davranışlar, sözel ve fiziksel istismar oldukça yaygındır ve bunlara çoğu zaman alkol kullanım sorunları eşlik eder. Bu kişilerde saldırganla özdeşleşme sık görülen bir savunma düzeneğidir. Çoğunlukla kişiler anne babadan birinin ya da yakın bir akrabanın patlayıcı öfkesini, saldırganlığını içselleştirmiştir. Bu uygun olmayan başa çıkma yöntemi, çocukların gelişim yıllarında maruz kaldıkları fırtınalı yaşamı ve saldırganlık eylemlerini, kendi yaşamlarında da tekrarlamalarına yol açar. ⁴

Familiyal ve genetik ilişkiler: Klinik çalışmalar ve aile anamnezleri bilgileri APB' nin familiyal olduğunu düşündürmektedir. Şiddet eylemleri ve öfke davranışı sergileyen bireylerin birinci derece akrabalarında da yüksek oranlarda agresif davranışlar ve öfke patlamalarının olduğu gösterilmiştir. Öfke problemi yaşayan hastalarda öfke patlamalarının ve ABP' nin familiyal agregasyon gösterdiği bildirilmiştir. ⁴

Moleküler Genetik Çalışmalar: Moleküler genetik çalışmalardan birinde, dürtüsel agresyon gösteren zeka düzeyi düşük erkeklerde ve geniş aile örnekleminde monoamin oksidaz A (MAO-A) geninde bir mutasyon saptanmıştır. Bu mutasyonun varlığı katekolamin metabolizmasındaki değişimi gösteren bulgularla (beyin katekolamin yıkımının azalması ve artmış merkezi katekolamin reseptör aktivitesi) ile ilişkili bulunmuştur. ^{25,26} Kromozomal anormalliklerin, özellikle XYY sendromunun agresyon üzerindeki etkisini araştıran bazı çalışmalarda yapılmıştır. Bununla birlikte, XYY ile saldırganlık ya da şiddet davranışı arasında direkt bir bağlantı henüz kesin olarak tespit edilememiştir. Bir çalışmada ASKB ve alkolizme eğilimi arttıran genin kodlama sekansının HTR1 B veriyonuna yakın olduğunu gösteren bir çalışmada impulsivite ve agresyonun kısmen 5 HT1 B reseptörleriyle ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır. Diğer çalışmalarda triptofan hidroksilaz ve monoamin oksidaz A genlerinde toplum örneklerinden farklılıklar tespit edilmiştir. ⁹

Nörobiyolojik Çalışmalar: Nörobiyolojik çalışmalarda, birden fazla nörotransmitterin agresyonun etyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Serotonerjik sistemde bir bozukluk olduğu bir çok çalışmada tutarlı biçimde bildirilmiştir. Özellikle beyin omurilik sıvısında (BOS)'daki düşük 5-hidroksi indol asetik asit (5-HİAA) düzeyleri ile dürtüsel agresyonun ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara dayanarak agresif hastalardaki katekolamin sistemi hakkında kesin bir sonuca varmak, bu sistemin karmaşıklığı göz önünde tutulursa, çok mümkün görünmemektedir. Ayrıca erişkinlerde puberte sonrası ergenlerde agresyonla artmış testosteron düzeyleri arasında bir ilişkinin varlığı da bildirilmektedir.⁴ Serotonin agresyon etyolojisine yönelik olarak en sık çalışılan ve üzerinde en çok durulan biyolojik faktörlerden biridir. Serotonin, agresyon üzerine inhibitör etki gösteren bir nörotransmitterdir. Serotonin sentezinde hız sınırlayıcı enzim olan triptofan hidroksilaz enziminin (TPH) genotipinin, kişilik bozukluğu olan erkeklerdeki dürtüsel saldırgan davranışlarla, dürtüsel davranış gösteren suçlularda ve özkıyım girişimleriyle ilişkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. agresyon, dürtüsellik ve serotonin ilişkisini araştıran ve ortaya koyan çalışmaların çoğunda agresyon ve dürtüsellik sergileyen bireylerde özellikle BOS'taki 5- HİAA düzeyleri incelenmiş ve kontrollere göre düşük bulunmuştur.²⁶ Özellikle kemirgenlerde yapılan çalışmalar agresyonda serotonin dışı sistemlerin de rol oynadığını göstermiştir. GABA, dopamin, noradrenalin, vazopressin, beyin kaynaklı nörotrofik faktörler (BDNF), opiyatlar ve testosteronun dürtüsel agresyonda rol oynayabileceği gösterilmiştir.

İnsanlar üzerinde yapılan beyin lezyonu ve beyin görüntüleme çalışmaları, frontal korteks lezyonları ile artmış agresif davranışlar arasında ilişki olduğunu göstermektedir.²⁷ Paralel bir bulgu olarak, dürtüsel agresyon skorları yüksek olan bireylerde frontal korteks temel işlevleri normalden düşük bulunmuştur. Frontal korteks agresyonun ortaya çıkmasına neden olan hipotalamus ve amigdala'daki döngüleri baskılar. Yapılan araştırmalarda sağ prefrontal bölgenin medial ve orbital kısmı ile dürtüsel agresyonla ilişkili bulunmuştur.²⁸

2.1.1.3. Klinik Özellikler

Aralıklı patlayıcı bozuklukta temel belirti agresyondur. İnsan davranışı sosyal olarak onay gören agresif durumları içerebildiği gibi (spor müsabakaları, şiddet içerikli görsel yayınlar vb.) tahrik edilmiş agresyonu da (kavga-dövüş, savaş vb.) içerir. APB'da söz konusu olan patolojik boyut agresyonun dürtüsel niteliğidir.

Aralıklı patlayıcı bozukluğun üç temel klinik özelliği bulunmaktadır;

1. Kendileri ya da başkaları için zararları olduğu bilinen agresif dürtülere karşı koyamama: APB'lu bireyler durum hakkında ayrıntılı düşünmezler ve ortaya çıkan agresif dürtülerle yüzleşmekten rahatsızlık duyarlar.
2. Öfke patlamaları öncesinde veya sırasında tremor, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi gibi huzursuzluk yaşantıları
3. Atak sonrası büyük ölçüde rahatlama ve huzur hissi duyma;

Ayrıca sıklıkla iş kaybı, adli sorunlar, alkol ve madde kullanımı ve yaralanmayla sonuçlanan kavgalara karışma öyküsü yer alır.

APB'nin başlama yaşı ve seyri onu eşlik eden diğer tanılardan ayırır. Ortalama başlangıç yaşı 16; ortalama süre de 20 yıl olarak bildirilmiştir.⁴ APB prodromal dönem olmaksızın ani olarak başlar. Agresif epizodlar tipik olarak 30 dakikadan kısa sürer ve aşağıdakilerden bir ya da daha fazlasını içerir: sözlü sataşma, eşyaya zarar verme veya fiziksel şiddet. Eğer provakasyon sözkonusu ise bu genelde tanındık biridir ve çok basit bir konudur. Ciddi yıkıcı agresif atak geçiren APBli pek çok kişi arada minör agresif ataklar da geçirmektedir. Bu epizodlar sosyal, yasal, finansal ve iş ile ilgili problemlere ve kişisel çıkmazlara neden olur.⁹

2.1.1.4. Ayırıcı Tanı

Agresyon çok çeşitli ruhsal bozuklukların tanı ölçütleri arasında yer almakta ve bu bozukluklar tanı sürecinde dikkatle ele alınarak dışlanmalıdır.

Agresyonun tanı ölçütleri arasında yer aldığı DSM IV ruhsal bozuklukları;¹¹

1. Alkol, amfetamin, kokain, inhalan, fensiklidin, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik intoksikasyonu
2. Antisosyal kişilik bozukluğu
3. Borderline kişilik bozukluğu
4. Davranım bozukluğu
5. Demans (davranış bozukluklarıyla giden)
6. Aralıklı patlayıcı bozukluk
7. Karşı gelme bozukluğu
8. Genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği
9. Posttravmatik stres bozukluğu

APB ve kişilik bozukluğu ayırımı en fazla zorlanılan noktalardan biridir. Çünkü APB, antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğunun bazı tanı ölçütleri örtüşmektedir. APB ve kişilik bozukluklarının her ikisinde çocukluk çağında başlar ve erişkin

yaşamda sürer. Antisosyal kişilik bozukluğu ile ayırım yapılırken, antisosyal kişilik bozukluğunun temel özelliklerinden olan başkalarının haklarına karşı sürekli bir duyarsızlık ve onların haklarını sürekli ihlal eden davranışlar içerisinde olup olmadığı değerlendirilmelidir. APB olan hastalar sadece patlayıcı agresyon atakları sırasında diğer insanların haklarını umursamaz ve ihlal ederler. Antisosyallerde davranış örüntüsü süreklilik gösterir.

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda da uygunsuz öfke ve dürtüsel davranış atakları görülebilir. Ancak bu hastaların kendilik algısında ve kişilerarası ilişkilerinde tutarsızlık ve değişkenlik örüntüsü sürekli olarak bulunur. Kişilik bozuklukları ile ayırıcı tanı yapılırken agresif davranışlar aralıklı patlayıcı bozukluk ile daha iyi açıklanabiliyor ise ek tanı olarak antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu tanısı konabileceği unutulmamalıdır.

Paranoid ve katatonik şizofrenisi olan hastalar sanrı ya da varsanılarına uygun olarak öfke patlaması, dürtüsel agresif davranış gösterebilir. Bu hastaların gerçeği değerlendirme yetisinde belirgin bozulma vardır. Agresif patlamalar deliryumda yaygındır ve altta yatan neden çözüldüğü zaman sona erer. Agresif patlamalar nadiren epilepside, özellikle frontal ve temporal lob nöbetlerinde görülür.

Madde intoksikasyonu ve kesilmesine bağlı agresyon tanısı madde kullanım öyküsü ve uygun kan ve idrar çalışmaları ile konur. Alkol halen entoksikasyona bağlı agresif davranışın en yaygın sebebidir. Uyuşturucular arasında fensiklidin (PCP) çok şiddetli saldırganlık davranışına neden olur.

Simülasyon da APB ile karışabilir. Askerlik görevinden kaçmak, finansal kazanç sağlamak, yasal prosedürlerden kaçmak gibi çeşitli çıkar ya da açmalar uğruna bilinçli olarak belirti uydurulur. Dürtüsel agresif davranış ise önceden planlanmaksızın ve sonuçları düşünülmezsizin yapılan bir eylemdir.

Son olarak kültürel bozukluklar arasında yer alan AMOK'ta da kontrol edilemeyen saldırganlık davranışı vardır ancak APB'nun aksine AMOK tekrarlayan patlayıcı ataklar değil; tek bir atak halinde ortaya çıkar ve sıklıkla dissosiyatif özelliklere sahiptir.⁴

2.1.1.5. Tedavi

Çoğunluğu açık uçlu çalışmaların büyük kısmında lityumun kişilik bozuklukları, şizofreni ve unipolar depresyonda dürtüsellığe karşı etkinliği gösterilmiştir. APB'lu olan kişilik bozukluğu hastalarında yapılan bir çalışmada fluoksetin tedavisinin impulsif agresif davranışı azalttığı gösterilmiştir.¹⁷ Divalproexin APB'lu B kümesi kişilik bozukluğu olanlarda

impulsif agresyonu azalttığını göstermiştir.²⁹ Bir başka çalışmada oxcarbamezepam ile tedavinin DSM IV'e göre APB tanısı olanlarda impulsif agresyonda anlamlı iyileşme sağladığı gösterilmiştir.³⁰ APB tedavisinde farmakoterapi yanı sıra bilişsel davranışçı yaklaşım da etkilidir. Kognitif Davranışçı terapiyle yapılan bir çalışmada impulsif agresyon, öfke ve hostil otomatik düşüncelerin relaksasyon teknikleri, kognitif yeniden yapılandırma ve başa çıkma eğitimi ile anlamlı oranda azaldığı gösterilmiştir.³¹ Yapılan çalışmalar farmakolojik ve psikoterapötik yöntemlerin farklı mekanizmalarla birlikte etki gösterdiği ve bu iki modalitenin kombinasyonunun tek başına farmakoterapi ya da psikoterapiden daha etkili olduğunu göstermiştir.

2.1.2. Patolojik Kumar Oynama (PKO)

Genellikle şansa dayana bir oyunda maddi kazanç elde etmek amacıyla kişisel maddi varlıklarını riske etmeye kumar oynama denir. Kumar oynama davranışı basit düzeyde heyecan aramaya ya da sosyal ortamda yer edinmeye yarayan bir aktivite düzeyinden kişinin her şeyini kaybetmesine neden olan, yaşam kalitesinin düşmesine yol açan ağır ruhsal bozukluk düzeyine kadar değişik şiddette kendini gösteren toplumsal bir sorun olarak kabul edilmektedir.⁴ Bilinen ilk kumar oyunu M.Ö 3500 yılında “astragalus” olarak adlandırılan aşık kemiğiyle oynanan bir zar oyunudur.

Patolojik kumar oynama sosyal, meslek ve aile yaşamında önemli kayıplara neden olmasına karşın sürekli ve yenileyen uygunsuz kumar oynama davranışdır. Patolojik kumar oynama tanısı konabilmesi için başlıca özellikler şunlardır:

1. İlerleyici bir gidiş göstermesi
2. Ağır kayıplara karşın kumar oynamayı kontrol edememe
3. Davranışın sonuçlarına önem vermeme⁸

İlk kez DSM III'te ayrı bir başlık olarak sınıflandırma sistemi içine alınan PKO, DSMIIIIR, DSM IV ve DSM IV TR'de ölçütlerde yapılan değişiklikler ile birlikte yer almaya devam etmiştir. DSM V'te ise PKO Dürtü kontrol bozuklukları kategorisinden çıkarılmış ve tolerans, yoksunluk ve çekilme özelliklerinin varlığından dolayı “Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları” kategorisinde maddeyle ilişkili olmayan bozukluklar alt başlığı içinde yer almıştır. Dünya sağlık örgütünün resmi sınıflandırma sistemi olan ICD 10'da ise “Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” ana başlığı içinde Erişkin Kişilik ve Davranış Bozuklukları grubu içinde sınıflandırılmıştır.⁴

PKO için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Patolojik kumar oynama için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

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

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

B. Kumar oynama davranışı bir manik dönem ile açıklanamaz.¹¹

2.1.2.1. Epidemiyoloji

Amerikadaki bireylerin yaklaşık %0.4-1.6’sı sürekli ve yineleyen kumar oynama davranışıyla karakterize PKO tanı kriterlerini karşılamaktadır.^{32,33} Bireyler sıklıkla kumar oynamaya ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde başlamakta ve davranış problem haline gelmeden önce yıllarca oynamaktadırlar. PKO başlangıç yaşıyaklaşık olarak 30 yaş civarındadır.³⁴ Çalışmalar PKO olanların çoğunun erkek olduğunu göstermesine rağmen (Erkekler kumara kadınlara göre daha erken yaşta başlıyorlar.) PKO olanların %28inin kadın olduğu ve kadınların eğlence amaçlı kumardan PKO’ya geçişe daha yatkın olduğu saptanmıştır.^{33,34,35}

Lise öğrencileri arasında patolojik kumar oynamanın (PKO) tahmini prevalansı %1.7-5.7 arasında bildirilmiştir.^{36,37} 1996 yılında yayımlanan ve ergenlik dönemindeki gençler üzerinde yapılan 9 çalışmanın metaanaliz sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada PKO yaygınlığının %3.5-8.5 arasında değiştiği bildirilmiş, araştırma sonuçları arasındaki farkların farklı değerlendirme araçlarının ve yöntemlerin kullanılmasından kaynaklanabileceği öne

sürülmüştür.³⁸ Ülkemizde PKO yaygınlığına ilişkin epidemiyolojik araştırmalar son derece azdır. Yapılmış bir epidemiyolojik çalışmada %0.84 olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencileri arasında PKO yaygınlığının araştırılmasına yönelik olarak gerçekleştirilmiş bir tez çalışmasında son bir yılda kumar oynama sıklığı %45.8; patolojik kumar oynama oranı ise %1.3 olarak saptanmıştır.³⁹ Kolej öğrencilerinde yapılan çalışmalarda oranlar %0.4 ve %0.63'tür.^{40,41} Üniversiteye Hazırlık Öğrencilerinde Dürtü Kontrol Bozukluğunun araştırıldığı bir diğer çalışmada ise bu oran %0.9 olarak saptanmıştır.⁴²

2.1.2.2. Etyoloji

Nörobiyoloji: Beyinde alışkanlık davranışı gelişmesinde rol oynadığı düşünülen dört devre patolojik kumar oynama için de incelenmiştir:

1. Nukleus akkumbensde bulunan ödül devresi,
2. Orbitofrontal kortekste bulunan motivasyon ve dürtü devresi,
3. Amigdala ve hipokampusta bulunan bellek ve öğrenme devresi,
4. Dorsolateral prefrontal korteks ve anterior singulat girusta bulunan kontrol devresi.

Ödül devresi türlere göre hidrasyon, beslenme, seks ve orgazm gibi davranışların pekişmesine olanak tanırken alkol, kokain, nikotin ve opiatlar gibi dış kaynaklı maddelerle de etkilenebilir. Bu maddelerin klasik olarak limbik beyin alanlarında dopamin düzeylerini artırdığı bilinmektedir. PKO'da bu ödül sisteminin duyarlılığında bir azalma olduğu düşünülmektedir.

Motivasyon ve dürtü devresi davranışın gelecekteki sonuçlarını değerlendirme ve kazanç/kayıp deneyimi ve beklentisi sırasındaki ödül kavramının işlenmesi için gereken karar verme sürecinde önemlidir.

Bellek ve öğrenme devresi alışkanlık davranışlarındaki aşırma kavramı için önemlidir ve deneyimden sağlanacak haz duygusu için öğrenilmiş tepkilerin oluşmasını sağlar.

Kontrol devresi ise beynin yürütücü-yönetsel işlevini temsil eder ve bir davranışın kısa dönemde hemen alınacak sonucuna karşı uzun dönemde alınacak ama daha dengeli ve uyumsal olan sonucu arasında seçimi sağlayan karar verme sürecinin tamamlanmasını sağlar.⁴³

PKO da serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik aktivitenin bozulduğuna dair kanıtlar vardır ve bu nörotransmitter sistemlerinin her birinin PKO ve bağımlılık bozukluklarının altında yatan uyarılma, davranışın başlatılması, davranışsal inhibisyon, ödül ve pakiştirme davranışı gibi mekanizmalarda rolleri olduğu düşünülmektedir.

Serotonerjik sistem davranışın başlatılması, inhibisyonu ve agresyon ile ilişkilidir. Noradrenerjik işlev uyarılmaya aracılık eder ve kaçınma ya da yenilik arayışına karar verir. Dopaminerjik işlev ödül ve pekiştirme mekanizmalarıyla ilişkilidir. Serotonin işlevinde azalma, dopaminerjik ve noradrenerjik işlevlerdeki artış bağımlılığa ve dürtüsel davranışlara yol açar.⁴

PKO tanılı hastalarda kolesistokinin-8, kolesistokinin-4, GABA, glutamik asit, aspartik asit, fenilalanin, izolösin, sitrülin ve glisin düzeyleri kontrollere göre yüksek bildirilmiştir.⁹

PKO tanılı hastalardaki nöropsikolojik çalışmalarda risk alma davranışındaki temel sorunun ventromediyal prefrontal korteks hasarı olanlarla benzer olduğunu göstermiştir.⁴⁴

Famlyal ve genetik ilişkiler: Bu konuda yapılan ilk çalışmalarda ebeveynlerde PKO bulunmasının çocuklarda PKO riski yarattığı gözlenmiştir.⁴⁵ Birinci derece akrabalarındaki PKO oranlarını belirlemeye yönelik çalışmalarda birinci derece akrabalarındaki PKO oynama oranı %8.3 ve % 9 olarak bulunmuştur.⁴⁶

Vietnam’da yapılan bir ikiz çalışmasında PKO kalıtımı yaklaşık %50 olarak bulunmuştur.⁴⁷

Moleküler genetik çalışmalar: PKO tanılı hastaların D2A1 alleleline sahip olma olasılığı kontrol deneklerine göre 2 kat daha yüksek saptanmıştır.⁴⁸ Bu genetik varyant dürtü kontrol bozukluğu olan bireylerde de daha sık bulunmakta, D2 reseptör yoğunluğunda azalma ve dopaminerjik ödül yollarında kayba eşlik etmektedir.⁴⁹ Son dönemlerde yapılan başka bir çalışmada PKO tanılı hastalarda 5HT transporter 5HTTLPR polimorfizmi gösterilmiştir.^{50,51}

Psikososyal görüşler: Psikoanalistler kumar oynama davranışını olan kişilerde bilinçdışı bir kaybetme arzusu olduğunu ve bu yüzden kumar oynayarak psişik suçluluk duygusunu azalttığını belirtirler. Onlara göre patolojik kumar oynama anal dönem özellikleri ile ilişkilidir veya fallik dönem karmaşası ile açıklanmaya çalışılmalıdır

Davranışçı teorisyenler patolojik kumar oynamayı pekiştirme aracılığıyla öğrenilmiş bir davranış olarak tanımlamaktadır. “Kazanma döneminin” pekiştirme davranışında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalarda para kazanma, sosyalizasyon, eğlenme, heyecan duyma, merak duyma, stres azaltıcı etki, haz duygusu yaşama ve zaman geçirme PKO için güdülenme nedeni olarak belirlenmiştir.⁵² Bilişsel görüşe göre kumar oynama davranışında oluşmasında ve sürdürülmesinde bilişsel çarpıtmalar önemlidir. Kumar oynan kişide kontrol ilüzyonu (sonuçları kontrol edebileceği düşüncesi) gibi hatalı düşüncelerin olduğunu belirtir. Kumarbazlar kendilerinde olan yeteneklerin kazanmalarına yardımcı

olacağına inanırlar. Bu hatalı düşüncelerin kumar alışkanlığının kazanılması ve sürdürülmesinde rol oynadığına inanılır.

2.1.2.3. Klinik Özellikler

PKO kronikleşme eğilimi yüksek ve yineleyici bir bozukluktur. Kaybedilen miktarın telafisi, arkadaş etkisi ve heyecan duyma amaçlı oynama en sık tetikleyicilerdendir.⁵³

Kumar oynama davranışı düzenli ve dönemsel olarak karşımıza çıkabilirken patolojik kumar oynama süregen olma eğilimindedir. Custer ve Milt, PKO'nın klinik sürecini tanımlamak için üç evreli bir model ileri sürmüş, ardından Rosenthal dördüncü bir evre daha eklemiştir.⁵⁴

Bunlar:

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

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

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

4- Ümitsizlik dönemi: Kayıpların düzeltilemeyeceği kabul edilir. Kumar yine de devam eder ancak bundaki esas motivasyon afektif uyarılma ve heyecana yeniden ulaşmadır.⁵

Çok az kumarbaz kazanma döneminde yardım arayışına girer. Genelde ilişkiler bozulma noktasındayken ve yasal sorunlar çıktığında tedaviye başvururlar. Major depresyon, duygudurum bozuklukları (bipolar spektrum bozukluğu), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte olabilir. Patolojik kumarbazlar arasında intihar oranı % 17–24 arasında değişmektedir.⁵⁵

Yapılan bir çalışmada PKO için birinci ve ikinci derece risk etmenleri olarak düşük yaş, erkek olma, kontrol yanılması, kumar içerikli oyunlara ulaşılabilirlik, duygusal algılama özellikleri(hızlı, sesli makine oyunlarından hoşlanma) pekiştirme sıklığı, OKB eşliği, alol-madde kullanımı eşliği ve yasadışı davranış öyküsü olarak belirlenmiştir.⁵⁶

2.1.2.4. Ayırıcı Tanı

Sosyal kumar oynama ve profesyonel kumar oynamadan ayrılmalıdır. Bir manik epizot sırasında yargılama yetisinin bozulması ile aşırı kumar oynama davranışı ortaya çıkabilir. Manik epizot dışında uygunsuz kumar oynama davranışı varsa patolojik kumar tanısı konabilir. Patolojik kumar oynayan bireylerde de kumar oynama sırasında manik epizoda benzer davranışlar sergileyebileceği unutulmamalıdır. Kumar oynamayla ilgili sorunlar antisosyal kişilik bozukluğunda da çıkabilir. Ölçütler karşılıyorsa iki tanı birden konabilir.

2.1.2.5. Tedavi

Farmakolojik tedaviyle ilgili yayınlanmış az sayıda kontrollü çalışma vardır. PKO için onaylanmış bir farmakoterapi türü yoktur. Tedavi seçenekleri son 10 yıldaki literatür bilgilerine dayanmaktadır.

Araştırmalar öncelikli olarak 3 ilaç sınıfı üzerinde yoğunlaşmıştır. Bunlar: opiyat antagonistleri, antidepresanlar ve duygudurum düzenleyicileridir. Opiyat antagonistleri olan nalmefen ve naltrekson randomize kontrollü çalışmalarda plaseboya üstün bulunmuştur.⁵⁷

Bir olgu çalışmasında aylık naltrekson enjeksiyonunun oral naltreksona göre aşerme ve kumar oynama davranışında daha etkin olduğu bulunmuş,⁵⁸ başka bir çalışmada nalmefenin plaseboya göre etkinliğinin doza bağımlı olduğu ve 20mg/g dozlarda plasebodan farksız olduğunu ancak 40mg/g dozlarda ise plaseboya göre anlamlı derecede üstün olduğu gösterilmiştir.

Antidepresanlar arasında randomize kontrollü klinik bir çalışmada paroksetin plasebodan üstün bulunmuş,⁵⁹ bir çalışmada fluvoksaminle başarılı sonuçlar elde edilmiştir.⁶⁰ Bupropion, nefazadon, sitapram ve essitalopramla yapılan açık etiketli çalışmalar da cesaret vericidir.⁶¹

Duygudurum düzenleyicilerin PKO'da kullanıldığı pek az çalışma vardır. Duygudurum düzenleyicilerle ilgili ilk çalışma karbamazepinin 30 aylık tedavi sürecinde klinik yarar sağladığı bir olgu çalışmasıdır. Bir çalışmada BPB olan hastalarda lityumun PKO tedavisinde plaseboya üstün olduğu gösterilmiştir.⁶² N asetilsistein, memantin, topiramet ve modafinil ile ilgili de olumlu sonuçlar bildirilmiştir.

2.1.3. Piromani

Ateşe duyulan ilgi insanlığın ortaya çıkışı kadar eskidir. İlkel çağlarda insanlar ne olduğunu bilmemeleri ve yakıcılığından korkmaları nedeniyle ateşe kutsal bir anlam yüklemişlerdir. İlkel toplumlarda bu yüzden ateşe tapınma sık görülür. Eski mitolojik hikayelere baktığımız zaman Roma, Yunan, Hindu, Pers mitolojilerindeki gibi birçok ateş tanrıları ve kahramanları ile karşılaşırız. Ateş Türk kültürü ve mitolojisinde de önemli bir yere sahiptir. Şaman kurban törenlerinde ateş tanrıya adanan kurbanın taşıyıcısıydı.

Piromani yunanca ateş ve delilik teriminin birleşmesiyle oluşur ve ateş yakmaya dair çok güçlü bir istek olarak tanımlanır. Piromaninin başlıca özellikleri kasten ve amaca yönelik birden çok durumda yangın çıkarmadır. Piromanili hastaların çıkardığı yangın suç amaçlı, kar ya da sabotaj amaçlı değildir. Parasal kazanç ya da sosyopolitik ideoloji, öfke, intikam için yapılmamıştır. Direkt olarak psikiyatrik rahatsızlıkların indüklediği yangın çıkarma davranışı dışlanmıştır.

Piromanide bir diğer klinik özellik yanan nesne ve ateş karşı duyulan çekiciliktir. Piromanili insanlar yangını izlemeyi sever, ateşin sihriden büyülenir ve ateşe olan bu tutukuları itfaiyeci olarak çalışmalarına sebep olabilir. Piromani ile ilgili ilk bilgiler 19. yüzyıla dek uzanmaktadır.⁴

Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 3’de gösterilmiştir. DSM V’te ise Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları kategorisi altında yer almıştır.¹¹

Tablo 3: Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

A. Birden çok durumda kasıtlı ve amaçlı yangın çıkarma B. Eylem öncesi gerilim veya affektif uyarılma C. Yangına ve yangınla ilgili durumlara karşı ilgi, merak, yangına karşı zevk duyma D. Yangın çıkarırken veya tanık olurken veya sonuçlarına ortak olurken haz, mutluluk ve rahatlama hissi E. Yangın çıkarma parasal kazanç, sosyopolitik ideoloji ifadesi, suç örtbası, öfke veya intikam ifadesi, birinin hayat şartlarını iyileştirme, delüzyon veya halüsinasyona ikincil olarak veya yargılama kusuru (mental retardasyon, demans, madde intoksikasyonu) sonucu yapılmamıştır. F. Yangın çıkarma davranış bozukluğu, manik dönem veya antisosyal kişilik bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz ¹⁰
--

2.1.4.1. Epidemiyoloji

Çalışmalar piromaninin seyrek görüldüğünü göstermektedir, çeşitli kundakçı veya yangın çıkaran popülasyonu içermektedir. Kolej öğrencileriyle yapılan bir çalışmada prevalans %1 olarak bulunmuştur.⁴¹ Psikiyatri hastalarıyla yapılan çalışmalarda piromani tanı kriterlerini karşılayanların oranı %2.8-3.4 bulunmuştur.^{63,64} Psikiyatrik hastalığı olan 102 ergende yapılan bir çalışmada hastaların %6.9'unun piromani kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir.^{24,64} Piromani genellikle ergenlerde ve sıklıkla erkeklerde gözlenir. Piromani yüksek oranda psikiyatrik komorbidite ile ilişkilidir. Bunların arasında duygudurum(%14-61.9) anksiyete (%33.3) madde kullanımı(%33.3) ve dürtü kontrol(%66.7) bozuklukları görülür.^{18,64}

2.1.4.2. Etyoloji

Psikodinamik modeller ateşin sembolizasyonuna atıfta bulunur. Yangın çıkarmanın ilk tasnifi İncil kahramanı olan Samson'a atfedilmiştir. "Samson meşaleyi yaktı ve çakalı buğday tarlasında yenilgiye uğrattı. Sonra buğday tarlasını üzüm bağını ve zeytin ağaçlarını yok etti". Yangının sembolik değeri insanın ateşe olan normal ilgisiyle açıklanır. Bu ilgi 2-3 yaş arasında başlar.⁹ Piromaninin psikoanalitik yönünü geniş biçimde derleyerek ortaya atan ilk kişinin schmid olduğu bildirilmiştir. Schmid piromanik davranışların, intihar düşünce ve dürtülerinin yer değiştirmesinin bir sonucu olarak ortaya çıktığını, bu kişilerin baş edemedikleri psikolojik durumlarla karşılaştıklarında yangın çıkardıklarını öne sürmüştür. Freud piromaninin seksüel açıklamasını geliştirmiş ve 'ateş üzerinde kontrol sağlamak insanların homoseksüel dürtülerini bir akışkanlıkla inkar etmelerini sağlar, ayrıca ateşin yaydığı sıcaklık seksüel uyarılma sonucunda oluşan duyumlarla aynıymış gibi duyumsanır ve bir alev şekli ve hareketi itibarıyla aktif halde bir fallusu düşündürmektedir' düşüncesini belirtmiştir. Biyolojik olarak çalışmalar reaktif hipoglisemi, düşük 3-metoksi hidroksi fenilglükol (MHPG) konsantrasyonu ve serebrosipinal sıvı 5-HIAA konsantrasyonu ile ilişkili olabileceğini gösterdiler.^{65,66}

2.1.4.3. Klinik Özellikler

Piromanide tipik bir atak yangın çıkarma düşüncesine bağlı olarak artan gerginlikle başlar. Gerginlik kimi hastalarda erotik nitelik taşıyabilir. Bu tabloya huzursuzluk, baş ağrısı, çarpıntılar ve kulak çınlaması eşlik edebilir. Yangın çıkarma öncesi dissosiyatif duygular yaşanabilir. Hastaların büyük kısmı bu eylemi alkolün etkisindeyken ya da sarhoşken yaparlar. Bazı olgularda, yangın çıkarabilmek için çok özenle hazırlık yapılırken, diğerlerinde

bu eylem baştan savma, ani biçimde gerçekleştirilir. Piromani genellikle orta ya da geç ergenlikte başlar, fakat daha erken dönemde de başlayabilir. Erişkinlik döneminde olursa yangın çıkarma kasıtlı olarak zarar verme eğilimi taşır. 21 olguluk bir çalışmada piromaninin ortalama başlama yaşının 18 olduğu bildirilmiştir.⁶⁷ Erişkin tipik piromani hastası işinde çok başarılı olamayan, ilişkilerini sürdürmekte zorluk çekenve uçlarda yaşantısı olan biridir. Diğer bazı piromani hastaları ise daha istikrarlı sosyoekonomik düzeyi daha iyi olan ailelerden gelen ve iş ve sosyal yaşamında daha başarılı olan bireylerdir. Bu kişiler sergiledikleri yangın çıkarma eylemlerinden utanır ve örtbas etmeye çalışır.⁵

2.1.4.4. Ayırıcı Tanı

Kundaklama veya kasıtlı olarak yangın çıkarma son yıllarda birçok ülkede önemli bir yasal sorun haline gelmiştir. Ayırıcı tanıda dışlanması gereken durumlar;

- 1- Maddi bir karşılık ya da menfaat sağlamak için yapılan kundakçılık
- 2- Başka bir suçu örtbas etmek için yapılan kundakçılık
- 3- Politik amaçlar için yapılan kundakçılık
- 4- Kendini yakarak kurban etmek
- 5- Karışık ya da açık olmayan motiflerle yapılan kundakçılık
- 6- Bir ruhsal bozukluğa bağlı olarak yapılan kundakçılık.⁴

2.1.4.5. Tedavi

Piromani tedavisi hakkında çok az sayıda yayın vardır. Yangın çıkaran kişilerin tedavisi motivasyon eksiklikleri nedeniyle güç olmaktadır. Herhangi bir terapi tipi üzerine elde edilen verilerin yetersizliği ve kesin bir tedavi yöntemi olamaması nedeniyle multimodal yaklaşımların savunulması en doğru yaklaşımdır. Bu yaklaşımlar arasında çeşitli psikoterapilerin esnek biçimde uygulanması, bilişsel ve davranışçı çalışmalar ve her hastanın durumuna göre ilaç tedavisi uygulanması sayılabilir.⁴

2.1.5. Kleptomani

Kleptomani 19'uncu yüzyılın erken dönemlerinde anlamsız bazı şeyleri çalma hastalığı olarak tanımlanmıştır. Olası bir kleptomani vakasına dair ilk belge 18. Yüzyılda Britanya'da yazılmıştır. 1799 yılında olan bu vaka dantel hırsızlığından tutuklanan varlıklı bir kadınla ilgilidir. Maddi olarak satın alabilecek halde danteli çalmıştı ve beraberinde başka bir danteli de satın almıştı. Çalmak için sebebi olmayan saygın bir hanımefendi olduğu için jüri onu suçsuz bulmuştu.⁶⁷

Kleptomani ilk kez İsviçreli doktor Andre Matthey tarafından tanımlanmıştır. Çalma davranışı tarih boyunca onurlu bir davranış olarak tanımlanmamış ve suç olarak görülmüştür. Diğer yandan bu yeni gelişen çalma davranışı yargı ve hukuk alanının dışında tıp alanının sınırları içinde değerlendirilmiş ve geniş toplum kesimlerinin ilgisini çekmiştir.⁴ DSM V'e kadar DSM sınıflandırmalarında kleptomani 'başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları' bölümünde yer alırken DSM V'te bu kategori değişmiş ve Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı adı altında yer almıştır.¹⁰ Kleptomanide gözlenen en belirgin davranış, parasal değeri az olan ve gerçekten ihtiyaç duyulmayan eşyaları tekrarlayan biçimde çalmadır. Çalma öncesinde gerginlikte artış vardır. Eylem sırasında ve sonrasında ortaya çıkan rahatlama ve zevk alma duyguları, eylem sonrasında suçluluk, pişmanlık ve kendinden nefret etmeyle birleşen yakalanma korkusuna dönüşür. Çalma hastalığı, birçok hasta için ahlaki davranış ve inançlarıyla bağdaşmayan son derece rahatsız edici bir hastalıktır. Çalınan eşyalar sıklıkla stoklanır, başkasına verilir veya iade edilir.

Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4: Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

- | |
|---|
| <p>A. Kişisel kullanım ya da parasal değeri için gereksinilmeyecek nesneleri çalmaya yönelik dürtülere tekrar tekrar engel olamama</p> <p>B. Hırsızlık girişiminde bulunmadan önce giderek artan bir gerginlik duyumunun olması</p> <p>C. Hırsızlık girişimi sırasında haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama</p> <p>D. Kızgınlığı göstermek veya intikam almak için çalma girişiminde bulunmamaktadır ve bu bir hezeyan ya da halüsinasyona yanıt değildir.</p> <p>E. Çalma davranım bozukluğu, bir manik epizot veya antisosyal kişilik bozukluğu ile açıklanamaz.¹¹</p> |
|---|

2.1.5.1 Epidemiyoloji

Kleptomani sıklığıyla ilgili geniş çapta araştırmalar yapılmamasına rağmen 791 kolej öğrencisiyle yapılan bir çalışmada KM prevalansı %0.38 olarak bulunmuştur. KM sıklıkla 16-20 yaşlarda başlar ancak 4 yaş ve 77 yaş gibi yaşlarda da başladığı vakalar bildirilmiştir.^{41,64,67}

Kleptomaninin kadınlarda 2-3 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Hormonal bazı faktörlerin cinsiyet farklılığında rol oynayabileceği belirtilse de bir diğer hipotez de erkek mağaza hırsızlarının sıklıkla mahkemeye; kadınların ise psikiyatri kliniğine sevk edildiğidir.^{4,68}

2.1.5.2 Etyoloji

Gittikçe artan sayıda yayın dürtü kontrol bozukluklarında görülen içgüdümlü davranışların patofizyolojisinde aile, kalıtım etkenlerinin yanı sıra birçok nörotransmitter sistemlerinin (serotonerjik, dopaminerjik ve opioidlerjik) sorumlu olabileceğini göstermektedir. 1980'li yıllardan bu yana nörobiyoloji üzerine yapılan yorumlarda kleptomaninin duygudurum bozuklukları ve obsesif kompulsif bozuklukla belirgin birlikteliği vurgulanmıştır. Özellikle serotonerjik tedaviye yanıtla desteklenen serotonerjik disfonksiyon üzerinde durulmaktadır.^{69,70}

Ödüllendirme ve pekiştirme davranışlarını etkileyen dopaminerjik sistemlerden de dürtü kontrol bozukluklarında söz edilmektedir ve kleptomani patogenezinde rol alabilir. Birden çok gen ve çevresel etkilerle ilişkili olan ve kişiye bağımlılık yapan çok sayıda dürtüsel zorlantısal davranış açısından risk altına koyan varsayımsal bir "hipodopaminerjik durum" olan "ödül eksikliği sendromu" ileri sürülen bir diğer mekanizmadır.⁷¹ Ödül arayışının dopamin salınımını tetikleyerek haz duygusu yarattığı da söylenmektedir. Nükleus akkumbense dopamin salınımının ödül olasılığının belirsiz olduğu durumlarda fazla olduğu, bu sebeple risk alma durumlarında davranışı yönlendirme merkezi olduğu düşünülmektedir. Gelecekteki davranış daha önceki ödüllendirici tecrübelerin nükleus akkumbens üzerindeki nöroplastik etkisiyle belirleniyor olabilir.⁷² Davranışçı ve bilişsel bakış açısından bakıldığında kompulsif çalmanın tekrarlayıcı ve aşırı törensel yönleri nedeniyle güçlü kendi kendini pekiştirici özelliği vardır.

2.1.5.3 Klinik Özellikler

Kleptomani hastalardan alınan bilgiler çoğunlukla çalınanların çok az ekonomik değeri olan veya kişi tarafından rahatlıkla satın alınabilen nesneler olduğunu göstermiştir.

Kleptomani nöbetleri çoğunlukla toplum içinde, mağazalarda, süpermarketlerde ve büyük alışveriş merkezlerinde ortaya çıkar. Çalınan nesneler genellikle değersiz, kolay alınabilecek nesnelerdir. Bazı hastalar çaldıkları şeyleri biriktirir. Çok daha sık olarak çalınan şey birine verilir, atılır veya bir hayır kurumuna bağışlanır, gizlice alındığı yere bırakılır veya doğru olmayan bir açıklama ile iade edilir.

2.1.5.4 Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda ilk akla gelen ve en sık karıştırılan durum gerçek bir hırsızlık, adi dükkan ya da mağaza hırsızlığı olmaktadır. Hırsızlıkta dürtüsel özelliklerle ilgili hiçbir bulgu yoktur, davranış artan gerilim, eylemin gerçekleşmesi ve gerilimin yatışması gibi gerçek dürtü denetim bozukluklarında görülen özelliklerin hiçbirine uymaz. Hırsızlık planlıdır ve sıklıkla diğer kişilerle birlikte planlanarak yapılmıştır. Hırsızlıkta nesneler gerçek değerleri nedeniyle çalınmıştır, bu eylemden elde edilen maddi kazanç açıkça bellidir. Bu durumda ayırıcıma yardım edecek bir diğer önemli nokta, çalınan nesnenin ne yapıldığını öğrenmek olacaktır. Özellikle kişi çalınan nesneyi başkasına vermiş ya da atmış ise, kleptomani olasılığı daha fazladır. Bazı durumlarda mağaza hırsızları, cezadan kaçabilmek için kleptomaniye sığınabilirler, bu nedenlerle Simülasyon da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken bir tanıdır.⁴

2.1.5.5 Tedavi

Bugüne kadar hem farmakoterapi hem de psikoterapi uygulamaları ile kleptomanide tedavi yaklaşımları literatüre girmiştir. Diğer yandan tedavi uygulamaları ile incelenen hasta sayısı oldukça azdır ve literatür genelde olgu sunumu ve olgu serilerinden ibarettir. Bugün için KM için onaylanmış bir ilaç yoktur.

Essitalopram 7 haftalık açık etiketli bir çalışmada incelenmiş; plasebodan üstünlüğü bulunamamıştır.⁷³ Naltreksonla yapılan 8 haftalık bir çalışmada naltreksonun plaseboya oranla çalma davranışını azalttığı saptanmıştır.⁷⁴

2.1.6. Trikotillomani

Trikotillomani, kişinin kendi saçını fark edilir derecede saç kaybına yol açacak şekilde tekrar tekrar yolması olarak tanımlanan kronik seyirli bir dürtü kontrol bozukluğudur. Kelime anlamı olarak trikotillomani Yunanca'da kontrol edilemeyen saç yolma olarak anlamına gelmektedir. TTM 12. Yüzyıldan beri bilinmesine rağmen ilk kez bir Fransız dermatolog olan Francois Hallopeau tarafından 1889 yılında tanımlanmıştır.

DSM V'e kadar DSM sınıflamalarında dürtü kontrol bozuklukları kategorisi adı altında yer alırken DSM V önde gelen belirtisi tekrarlayan davranışı baskılama zorlukları ve subjektif kompulsiyon hissi olan ve obsesif-kompulsif bozukluğa benzer özellikler gösteren trikotillomaniyi Obsesif Kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar grubuna dahil edilmiştir.

10

Trikotillomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 5'de gösterilmiştir

Tablo 5: Trikotillomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

A. Göze çarpar şekilde saç kaybı ile sonuçlanacak derecede kişinin kendi saçını tekrarlayıcı yolması
B. Saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik durumunun olması
C. Saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama
D. Bu bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve genel tıbbi duruma bağlı değildir.
E. bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. ¹¹

2.1.6.1 Epidemiyoloji

Amerika'da yapılan bir çalışmada trikotilomaninin yaklaşık %0.5-3.9 oranında görüldüğü saptanmıştır.⁴¹ Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise başlangıç yaşı ortalaması 15.4 olarak bulunmuştur.⁷⁵ TTM sıklıkla erken pubertede (11-13 yaş) başlar ve kadınlarda daha yaygındır. Kıl vücudun her hengi bir bölgesinden koparılabildiği gibi en yaygın alanlar saçlı deri (%72.8) ve kaşlar (%56.4) olarak bulunmuştur. Bir çalışmada alopesi ile sonuçlanan saç yolma epizodlarının sosyal anksiyeteye yol açtığı bildirilmiştir.⁷⁶

2.1.6.2. Etyoloji

Trikotillomaninin kesin nedeni bilinmemekle birlikte etyolojisinde birden çok etkenin rol oynadığı düşünülmektedir. Olguların 1/4'ünden fazlasında bozukluğun başlangıcında stresli olaylar vardır. Anne çocuk ilişkisindeki sorunlar, yalnız kalma korkusu, yaşanan bölgeden başka bir yere taşınma, okul değiştirme, fiziksel kötüye kullanım ve son zamanlarda önemli bir kaybın yaşanması gibi durumlar bozukluğu oluşturan önemli nedenler arasında sayılabilir. Evrimsel açıdan trikotillomanideki saç yolmanın, bazı hayvanlarda bulunan kendine bakım ve tımar hareketlerinin insanlardaki eşdeğeri olabileceği iddia edilmiştir. Hayvanlardaki bakım ve tımar davranışların gerginlik, engellenme ve uyarılma sırasında artmasının insanlardaki trikotillomani ile benzerliğine dikkat çekilmiştir.⁷⁷

Beyin görüntüleme çalışmaları sol putamen, sol inferior girus ve sağ kuneal korteksteki olası yapısal anormallikler ve serebellar küçülme bildirmektedir.⁷⁸ Trikotillomani etyolojisinde biyolojik etkenlerde seotoninle ilgili çalışmalar da mevcuttur.

2.1.6.3. Klinik Özellikler

Saç çekme dürtüsü genellikle psikolojik bir baskı, sosyal ilişkilerdeki bir çatışma sonrası yalnız kalınan sakin ortamlarda - yatak odası, banyo, tuvalet gibi- ve dinlenme, kitap okuma, televizyon izleme ve benzeri gibi aktiviteler sırasında gelişir. Hastalar eylem öncesi yaşanan gerginlik, saç çekme sırasında oluşan haz alma ve rahatlama hissini takiben genellikle üzüntü ve suçluluk duyarlar. Saç çekme dönemi birkaç dakikadan birkaç saate kada değişen bir zaman aralığında olabilir. Yapılan çalışmalarda hastaların saç yolmak için günde 1 saatten fazla zaman harcadığı görülmüştür. Trikotilomanili hastaların saç koparma sırasında genellikle ağrı hissetmedikleri, saçı özel bir tarzda ya da simetrik olarak koparmaya çalıştıkları, farklı gözüken saç ya da kılı seçtikleri, kopardıktan sonra saçı ağza götürme gibi yineleyici davranışlar sergileyebildikleri bildirilmiştir.^{79,80}

Bazı hastalar saç yolma öncesinde başlarında kaşıntı, karıncalanma ve yanma hissi olduğunu ve eylem sırasında herhangi bir ağrı hissetmediklerini belirtmişlerdir. Saç koparma eylemi odaklanmış tip ve otomatik tip olmak üzere iki tarzda olmaktadır.

2.1.6.4. Ayırıcı Tanı

Araştırmalar ve klinik gözlemler, obsesif-kompulsif bozukluğun pek çok bozuklukla benzerlikler taşıdığına işaret etmektedir. Törenselle davranışlar, saç moparmanın kompulsif biçimde olması nedeniyle DSM V 'te obsesif kompulsif spektrum bozuklukları grubunda yer

almaktadır. Alopesinin diğer dermatolojik nedenleri, yapay bozukluk, psikotik bozukluk ve tourette bozukluğu da ayırıcı tanıda düşünölmeldir.⁴

2.1.6.5. Tedavi

Trikotillomaninin tedavisiyle ilgili tam bir görüş birliğı yoktur. Antidepresan ların kullanıldığı birkaç çalışma vardır. Kognitif davranışçı terapiyle klomipraminin karşılaştırıldığı 9 haftalık plasebo kontrollü randomize paralel tedavi çalışmasında klomipraminin üstünlüğü gösterilememiştir.⁸¹ Ülkemizde yapılan bir olgu çalışmasında fluoksetinden yarar gören iki olgu tanımlanmıştır.⁸² Farmakolojik ve davranışçı terapilerin incelendiğı bir metaanaliz çalışmasında klomipraminin plasebodan üstün olduğı gösterilmiş ancak fluoksetin ve sertralin gibi serotonin geri alım inhibitörlerinin plaseboya üstünlüğü saptanamamıştır.⁸³ 6 haftalık çift kör bir çalışmada naltreksonun plaseboya göre anlamlı ölçüde saç yolma davranışını azalttığı gösterilmiş.⁸⁴ 12 haftalık randomize çift kör bir çalışmada olanzapin plasebodan üstün bulunmuştur.⁸⁵ N asetil sisteinin de bazı çalışmalarda yararlı olduğı gösterilmiştir.

2.1.7. Başka Türölü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu

Bu kategori, herhangi özgül bir dürtü kontrolü bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan dürtü kontrolü bozuklukları gösteren grubu içerir. Bu heterojen grup Patolojik cilt yolma, Kompulsif seks bağımlılığı, Kompulsif satın alma ve kompulsif egzersiz alışkanlığını içerir. Bunun yanı sıra kendine zarar verici davranışlar, tıknırcasına yeme ve internet bağımlılığının da bu grupta yer almasını öneren yazarlar vardır.

2.1.7.1. Patolojik Cilt Yolma

Patolojik cilt yolma ya da cilt yolma hastalığı doku hasarına sebep olacak şekilde cilt yolma ile karakterizedir. Bu durum literatürde nörotik ekskoriyasyon, dermatillomani veya psikojenik ekskoriyasyon olarak da tanımlanır. İlk olarak Erasmus Wilson tarafından 1875te önemli fiziksel ve mental morbiditeye neden olan cilt yolma olarak tanımlanmıştır.⁸⁶ Tıp literatüründeki uzun geçmişine rağmen DSM IV'te açıkça yer almamıştır. Deri yolma DSM-IV'de başka türlü adlandırılmayan DKB kategorisine alınmıştır. DSM V'te ise Obsesif Kompulsif bozukluk spektrumunda yer almıştır.

Çalışmalar Patolojik deri yolmanın oldukça yaygın görüldüğünü göstermiştir. 354 kişinin katıldığı toplum tabanlı bir çalışmada katılımcıların %5.4ünde patolojik deri yolma

saptanmıştır.⁸⁷ Başka bir çalışmada 2513 katılımcıda patolojik cilt yolma prevalansı %0.2-1.4 olarak bulunmuştur. Hastaların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır.⁸⁸

Araştırmalar başlangıç yaşının değişkenlik gösterdiğini; çocukluk ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkabileceğini göstermiştir.⁸⁹ Bir çalışmada ortalama başlangıç yaşı 36.7 olarak saptanmıştır.⁹⁰ Bir grup üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada PCY prevalansı %4.2 olarak bulunmuştur.⁹¹

Birçok tanımda deri koparma öncesinde bir gerginlik artışı ve koparma sonrasında rahatlama vardır. Birkaç dakikada birkaç saate kadar uzayabilir. Gün içinde sık sık veya bir ritüel olarak ortaya çıkabilir. Görece ılımlı ve şiddetli formları vardır. Kişinin fiziksel, sosyal ya da mesleki işlevselliğini etkiler.⁹² Derideki bir uyaran (sivilce, böcek ısırığı, infeksiyon) veya bir duygusal (stres, gerginlik, öfke) olayı tetikleyebilir. Birkaç dakikadan saatlere kadar sürebilir. Ciltte genelde küçük hasarlar veya görülebilir bozukluklara neden olabilir. Televizyon seyretme, telefonda konuşma, kitap okuma gibi özgül uyaranlar ile ortaya çıkabilir.⁹³

Çalışmalar sınırlı olsa da hastalığın ailesel geçiş gösterdiği bilinmektedir. 2518 ikizle yapılan bir çalışmada ikizlerin %1.2'sinde patolojik cilt yolma görülmüştür. Hayvan deneylerinde yapılan çalışmalar beyinde artmış serotonin seviyesiyle farelerde ülseratif dermatite yol açan saç çekme ve kaşınma davranışının arttığını göstermiştir.⁹⁴

Patolojik cilt yolmanın olası genetik modelinde striatumda yaygın olarak bulunan SAPAP3 proteinini kodlayan genler yer alır. Hayvan modellerinde SAPAP3 eksikliği artmış aşırı kaşınma davranışıyla ilişkili bulunmuştur.⁹⁵

Patolojik cilt yolması olan kişiler nadiren tedavi arayışına girerler. Bu hastalar sıklıkla utandıkları, tedavisi olmadığına inandıkları veya bunun sadece basit bir alışkanlık olduğunu düşündükleri için yardım almazlar.⁹³

PCY tedavisi kognitif davranışçı terapi ve farmakoterapi yaklaşımlarına dayalıdır. Serotonin geri alım inhibitörlerinin etkinliğine ilişkin veriler karışıktır ve yolma davranışının bazı ölçümlerinde yarar sağlamıştır.⁹⁷ Lamotrijin, opioid antagonistleri ve N asetil sistein de adı tedavide geçen ajanlardır.

2.1.7.2. Kompulsif Satın Alma

Kompulsif satın alma, kişisel ve ailesel sorunlara yola açan tekrarlayıcı, dürtüsel ve aşırı satın alma davranışı ve normal alışveriş davranışının aşırı bir boyutu olarak tanımlanmıştır. Bu davranış sonucunda kişi yüksek miktarlarda borçlanır. Hastaların 3te 2si bu düşünce ve isteklerini rahatsız edici bulmakta ve karşı koymaya çalışmaktadır.

Kompulsif satın alma kişinin dürtüsel olarak satın alma güdüsünü hissetmesi ve denetleyememesi sonucu ortaya çıkan, kişiyi mali açıdan zor durumda bırakan bir bozukluktur. İlk olarak Kraepelin tarafından 1915'te oniomani ya da satın alma manisi olarak tanımlanmıştır. Amerikada tahmin edilen prevalans %5.8dir.⁹⁸ Sıklıkla onlu yılların sonu ve yirmili yaşların başında ortaya çıkar ve olguların büyük bir çoğunluğu (%80-95) kadındır. Alınan eşyaların büyük bir kısmı pahalı değildir ancak çok büyük miktarda alınarak ve aşırı harcamaya yol açar.⁹⁸ Kompulsif satın alma ve gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır.⁹⁹

Etyolojisinde araştırmacılar hastalığın gelişimsel, nörobiyolojik, kültürel ve genetik nedenlerinin olabileceğini ileri sürmüşlerdir.⁴

Kompulsif satın almada karşı konulamayan dürtüler, denetimi kaybetmek ve olumsuz sonuçlarına karşın aşırı satın almaya devam etmek gibi 3 temel özellik bulunmaktadır.⁹⁹ Ayırıcı tanıda birlikte bulunan hastalıklardan özellikle Bipolar Bozukluğun dışlanması gerekmektedir. Bunun yanı sıra organik nedenler de mutlaka dışlanmalıdır.

Literatürde tedaviye yönelik kontrollü çalışmalar yapılmamıştır ancak çeşitli olgu sunumları ve tanımlayıcı çalışmalarda antidepresan tedavinin etkili olduğu bulunmuştur. En etkili bulunan antidepresanlar arasında nortriptilin, fluoksetin, sertralin, klomipramin bulunmaktadır. Bunun yanında lityum, valproat gibi duygudurum düzenleyiciler ve opioid antagonistleriyle de olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

2.1.7.3 Kompulsif Cinsel Davranış

Kompulsif cinsel davranış kişileri sıkıntıya sokan ve işlevsellikte azalmaya neden olan yineleyici ve yoğun cinsel düşlem, arzu ve davranışlardır. Kompulsif cinsel davranış parafilik ve nonparafilik olabilir.^{100,101} Nonparafilik KCD masturbasyon, pornografi gibi normal cinsel davranışları içerir. Parafilik KCD ise teşhircilik, gözetmecilik ve fetişizm gibi sıra dışı ve bazen yasal olmayan cinsel uyarılmalarla seyreder.¹⁰² Nonparafilik KCD ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Kolej öğrencileriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %3.7'si KCD kriterlerini karşılıyordu.¹⁰³

Tedaviye yönelik araştırmalar kısıtlıdır. 12 haftalık çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada sitlopramin plaseboya üstün olduğu gösterilmiş.¹⁰⁴ KCD olan 19 hastayla yapılan bir vaka serisinde naltrekson tedavisiyle hastaların %89'unun CGI skorlarında anlamlı düzelme olduğu gösterilmiştir.¹⁰⁵

2.1.7.4. Kompulsif Egzersiz Yapma

Kompulsif egzersiz yapma egzersizle ilgili zihnin aşırı meşguliyeti olarak tanımlanabilir. Bazı yazarlar sağlıklı egzersizi, en az 20 hafta boyunca haftanın 5 günü, bir hafta boyunca 15 saat ve üzerinde egzersiz yapmak olarak tanımlarlar. Tanı için egzersizle ilgili aşırı zihinsel uğraşlara ek olarak kişide egzersiz yapmadığında önemli ölçüde yoksunluk, düşünce uğraşı nedeniyle belirgin bir sıkıntı hissetme, işlevsellikte bozulma ve egzersizle ilgili düşünce uğraşının başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamaması gibi özellikler bulunmalıdır.¹⁰⁶

Kompulsif egzersiz genelde olumsuz duyguları hafifletmek ve baskın moda eğilimlerine uygun vücut şeklini oluşturmak amacıyla aktif olmaya yönelik yoğun bir dürtü olarak tanımlanır.¹⁰⁷

Egzersiz bağımlılığına eşlik edebilen etmenler arasında fizyolojik özellikler, kişilik özellikleri, psikolojik, davranışsal, sosyokültürel etmenler ve egzersiz türü sayılabilir.⁴ Kompulsif egzersiz sıklıkla erken ergenlik yıllarında başlar.¹⁰⁸

Tedavisinde daha çok bilişsel davranışçı yaklaşımlar uygulanmıştır. 1.5 saatlik 8 seans uygulanan bilişsel davranışçı terapi ile kompulsif egzersiz yapan ve kompulsif olmayan egzersiz yapan iki grupta beden görünümü ile ilgili olarak her iki grupta da anlamlı iyileşmeler görülmüştür.¹⁰⁹

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya Eylül 2011 - Haziran 2012 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. ve 5. sınıf öğrencileri alındı. Dışlama ölçütleri olgunun akut psikotik ya da deliryum tablosu içerisinde olmasıydı. Toplam 289 olan katılımcılardan 7'si çalışmaya katılmak istemediği için 5'i de testleri eksik doldurduğu için çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya alınan 277 katılımcının 129'si kadın, 148'si erkekti. Katılımcıların yaş aralığı 20-44 yıldır. (Ort. 22.5±2.5) Çalışmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Katılımcılara çalışma öncesi çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı.

Çalışmaya katılan hastalara ilk görüşmede Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği'nin (MIDI) düzenlenmiş şekli, Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11) kullanıldı.

Bütün görüşmeler aynı kişi tarafından yapıldı. Görüşmeler iki aşamada gerçekleştirildi. Birinci aşamasında bireylerin SCL-90 ve BIS-11 ölçeklerini doldurmaları istendi. İkinci aşaması birinci aşamada elde edilen verilere kör olan görüşmeci tarafından yapıldı. 60-90 dakika arasında süren görüşmede bireylerden alınan bilgilere göre SCID I, MIDI ve sosya demografik veri formu dolduruldu.

Dürtü Kontrol Bozukluklarından, Aralıklı Patlayıcı Bozukluk, Kleptomani, Patolojik Kumar Oynama, Piromani, Trikotillomani ve Başka Türlü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol bozuklukları tanıları DSM-IV tanı ölçütlerine göre konmuştur. Başka türlü adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluklarından olan Kompulsif Alışveriş Yapma, Deri Yolma, Kompulsif Cinsel Davranış ve Egzersiz Bağımlılığı için henüz belirlenmiş net ölçütler yoktur. Bu nedenle tanıları daha önceden yayınlanmış makaleler temel alınarak konmuştur

3.2. Veri toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmada tarafımızdan hazırlanan veri formu kullanıldı. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, yaşam boyu intihar girişimi, fiziksel hastalık gibi sosyodemografik verileri hastaların verdiği bilgilerden elde edilen verilerle görüşmeci tarafından dolduruldu.

3.2.2. Kullanılan Ölçekler

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

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 tane birinci eksen bozukluğunun tanı ölçütleri ve 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 30–60 dakika sürmektedir. First ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme adı ile Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır.¹¹⁰

3.2.2.2. Minnesota Dürtü Kontrol Bozuklukları Görüşme Ölçeği (MIDI)

"Minnesota İmpulsive Disorders Interview" (MIDI) nin Türkçe versiyonunu, yaşam boyu dürtü kontrol bozukluklarının varlığını değerlendirmek için kullanılır. Ölçek 36 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Ayrılmış modüllerde DSM-IV ölçütlerine göre Dürtü Kontrol Bozukluklarını (APB, PKO, kleptomani, trikotillomani, piromani, kompulsif satınalma, deri koparma, kompulsif seksüel davranış, kompulsif egzersiz) araştırır.

3.2.2.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

SCL-90-R Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir. Her maddeye verilen yanıtlara 0 ile 4 arasında puan verilir.¹¹¹

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır. Test tekrar test güvenilirliği $r = 0,9$, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,97, alt ölçeklerin test tekrar test güvenilirliği 0,65- 0,87 arasındadır. BDÖ ile 0,78 korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Genel semptom indeksi (GSİ) ile Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI) alt ölçekleri arasında korelasyonların 0,1-0,77 arasında değiştiği belirlenmiştir.¹¹²

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

Genel semptom indeksi (GSİ) ise, genel olarak iyilik düzeyini ve işlevselliğini gösterir. Tüm alt ölçeklerin toplamlarının 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): Kuşkular, sanrılar ve büyüklük düşünceleri paranoid düşüncelerin en önemli belirtileridir. 6 sorudan oluşur.

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

3.2.2.4. Barratt İmpulsivite Ölçeği-11 (BİS-11)

Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir.¹¹³ Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç altölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BIS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BIS-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, madde yükü düşük maddelerin çıkarılması aşamasından önce çeviri işleminin devamının ve Türk örneklemine özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmamızda ölçeğin değerlendirilmesi için Patton ve arkadaşlarının önerdiği puan anahtarları kullanılmıştır.¹¹⁴

3.3. İstatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıkların ve oranların karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin korelasyonlarına bakılmıştır.

4.BULGULAR

4.1- Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 277 katılımcının (129 kadın, 148 erkek) 31'inde (% 11.2) yaşam boyu en az bir Dürtü Kontrol Bozukluğu (DKB) ek tanısı bulunduğu belirlenmiştir. Başka türlü adlandırılmayan (BTA) DKB (kompulsif alışveriş yapma, deri yolma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma) dahil edilmeden yapılan değerlendirmede yaşam boyu DKB sıklığı (BTA hariç) %7.9 (n=22) iken, BTA dürtü kontrol bozuklukları dahil edildiğinde yaşam boyu DKB sıklığı %11.2 (n=31) olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 277 olgunun hiçbirisi yaşam boyu ya da son bir aylık dönemde kleptomani, patolojik kumar oynama ve kompulsif cinsel davranış ek tanısı almamıştır.

Bu katılımcı grubunda saptanan yaşam boyu ve şu anki DKB eşanı sıklıkları Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Tıp Fakültesi Öğrencileri'nde DKB eşanılarının yaşam boyu ve şu anki sıklıkları

	Şu anda		Yaşam boyu	
	N	%	N	%
DKB varlığı (BTA hariç)	18	6.5	22	7.9
DKB varlığı (BTA dâhil)	26	9.4	31	11.2
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB)	16	5.8	17	6.1
Trikotilomani	4	1.4	7	2.5
Piromani	0	0	1	0.4
Kompulsif Satınalma(KSA)	4	1.4	5	1.8
Deri yolma	5	1.8	6	2.2
Kompulsif egzersiz	1	0.4	1	0.4

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları;

BTA: Başka Türlü adlandırılmayan

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri ele alındığında (tablo:7) grubun çoğunluğunun erkek (%53.4), bekar (%95.3), orta ve üst düzeyde sosyoekonomik düzeye sahip oldukları (%88.4) olduğu saptanmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerin kolay yapılabilmesi için orta ve üst sosyoekonomik düzey olan iki grup istatistiksel karşılaştırmalarda bir arada ele alınmıştır. Ayrıca tüm katılımcılar üniversite öğrencisi olduğu için eğitim durumu değişkeni ile ilgili istatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin demografik özellikleri Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7 . Tıp Fakültesi Öğrencilerinin demografik özellikleri

	N	%
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	22.5±2.5	
Cinsiyet (N %)		
Kadın	129	46,6
Erkek	148	53,4
Medeni Hal		
Evli	13	4.7
Bekar/dul	264	95.3
Ekonomik durum		
Alt	32	11.6
Orta	236	85.2
Üst	9	3.2

Katılımcılar yaşam boyu DKB tanısı alıp almamalarına göre DKB(+) ve DKB(-) olarak iki gruba ayrılmış ve demografik özellikleri tablo 8’de karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda DKB olan ve olmayan katılımcı grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcılardan erkeklerin %13.8’inde (n=18) yaşam boyu en az bir DKB tanısı konmuşken, kadınların %11.2’si (n=13) DKB tanısı almışlardı (p=0,583). Yaş grubu, medeni hal, eğitim ve ekonomik durum açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (p>0,05)

Yaşam boyu DKB varlığına göre gruplandırılan katılımcılarda demografik değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8: Yaşam boyu DKB varlığına göre gruplandırılan katılımcılarda demografik değişkenlerin karşılaştırılması

	DKB (+) (n=31)	DKB (-) (n=246)	P Değeri
Yaş (yıl)	23.1±2.81	22.4±2.48	
Cinsiyet (N %)			0.583
Kadın	13(11.2)	116(88.8)	
Erkek	18(13.8)	130(86.2)	
Medeni Hal			0.645
Evli	2(15.3)	11(84.7)	
Bekar	29(10.9)	235(89.1)	
Ekonomik durum			0.227
Alt	1(3.1)	31(96.9)	
Orta /üst	30(12.2)	215(87.8)	

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

Yüzde değerleri satır değişkenlerine göre hesaplanmıştır.

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları

Yaşam boyu DKB varlığı (BTA hariç) kadınlarda % 5,4 (n=7), erkeklerde % 7.4 (n=11) olarak saptanmıştır. BTA-DKB dâhil edildiğinde bu oranlar kadınlarda % 17.6 (n=3),

erkeklerde % 34.1 (n=14) olarak saptanmıştır. Yaşam boyu DKB sıklığı erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşam boyu APB (erkeklerde %24,4, kadınlarda %5.7) ve PKO (erkeklerde %17.1, kadınlarda %0) sıklığı erkeklerde kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (p<0.05)

Cinsiyete göre DKB eş tanı dağılım ve sıklığı Tablo 9 da gösterilmiştir.

Tablo 9: Tıp Fakültesi Öğrencilerinde yaşam boyu DKB eş tanı sıklıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması

n (%)		Yaşam boyu	
	Kadın (n=129)	Erkek (n=148)	P
DKB varlığı (BTA hariç)	8(6.2)	14(34,1)	0.317
DKB varlığı (BTA dâhil)	13(10.1)	18(12.2)	0.583
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB)	4(3.1)	13(8.8)	0.049
Trikotilomani (TTM)	4(3.1)	3(2.0)	0.782
Piromani	0	1(0.7)	1.0
Kompulsif Satınalma (KSA)	3(2.3)	2(1.4)	0.666
Deri yolma	2(1.6)	4(2.7)	0.689
Kompulsif egzersiz	0	1(0.7)	1.0

APB: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk; TTM: Trikotilomani; KSA: Kompulsif Satın Alma

Çalışmaya katılan katılımcıların %1'inde (n=3) intihar girişimi belirlendi. DKB(+) olan grupta %6.5(n=2), DKB(-) olan grupta %0.4 (n=1) oranında intihar girişimi saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. (p=0.034). Çocukluk çağı psikiyatrik hastalığı, fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

İki grup arasında özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması tablo:10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Tıp Fakültesi Öğrencilerinin özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin yaşam boyu DKB si olan ve olmayan gruplarda karşılaştırılması

n (%)	DKB (+) (n=31)	DKB (-) (n=226)	P
Çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü	1(3.2)	7(3.0)	0.905
Fiziksel hastalık öyküsü	10	40(62,7)	0.279
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	4	43	0.522
İntihar girişimi	2(6.5)	1(0.44)	0.034

DKB: Dürtü kontrol bozukluklar

4.2. Ölçekler

Çalışmaya katılanların olguların genel psikopatolojik durumu SCL-90 skorlarıyla, dürtüselliikleri ise BIS skorlarıyla değerlendirilmiştir. SCL-90'ın genel ve alt ölçeklerinden GSI ve SCL-Hostilite alt puanlarında DKB(+) grupta DKB(-) gruba göre istatistiksel açıdan olarak anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.($p<0.05$)Kullanılan diğer ölçek olan Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin toplam puanında BIS-Dikkat hariç diğer BIS alt ölçek puanlarının hepsinde DKB(+) olan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. ($p<0,05$)

Bu değerler tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: DKB varlığına göre sınıflandırılmış Tıp Fakültesi Öğrencilerinin psikometrik test ortalamalarının karşılaştırılması

	DKB (+)	DKB (-)	P
SCL- GSI	0.5±0.41	0.4±0.27	<0.045
SCL-PSI	1.3±0.37	1.4±2.18	<0.819
SCL- SOM	0.5±0.4	0.4±0.34	<0.138
SCL-Anksiyete	0.4±0.46	0.4±0.31	<0.102
SCL-OK	0.8±0.60	0.6±0.46	<0.104
SCL-Depresyon	0.5±0.61	0.4±0.37	<0.146
SCL-KD	0.5±0.51	0.5±0.45	<0.504
SCL-Psikotizm	0.3±0.36	0.2±0.24	<0.094
SCL-PD	0.5±0.44	0.4±0.11	<0.815
SCL-Hostilite	0.6±0.49	0.3±0.39	<0.001
SCL-FA	0.2±0.31	0.2±0.25	<0.438
SCL-ES	0.4±0.40	0.4±0.36	<0.251
BIS-Toplam	63.4±11.0	57.8±8.85	<0.001
BIS-NPA	15.6±4.46	13.5±3.03	<0.001
BIS-Motor	20.0±4.25	18.3±3.47	<0.014
BIS-Dikkat	26.9±4.32	25.4±3.98	<0.066

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları

DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında yaşam boyu diğer eksen I bozuklukların yaygınlığı Tablo 12'de gösterilmiştir. İki grup arasında depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, somatoform bozukluk, uyum bozukluğu, yeme bozukluğu arasında anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0.05$)

Tablo 12: Yaşamboyu DKB'si olan ve olmayan Tıp Fakültesi Öğrencileri arasındaki yaşam boyu diğer eksen I bozukluklarının sıklığının karşılaştırılması

n (%)	DKB (+) (n=31)	DKB (-) (n=226)	P
Ektanı varlığı	10(32.3)	40(16.3)	0.029
Duygudurum Bozukluğu	4(12.9)	7(2.8)	0.024
Depresif Bozukluk	4(12.9)	5(2.0)	0,011
Alkol/madde Kullanım Bozukluğu	1(3.2)	6(2.4)	0.569
Anksiyete bozukluğu	8(25.8)	29(11.8)	0.046
Panik Bozukluk	1(3.2)	3(1.2)	0.380
OKB	0	13(5,3)	0.373
TSSB	2(6.5)	2(0.8)	0.063
YAB	1(3.2)	2(0.8)	0.301
Somatoform Bozukluğu	3(9.7)	4(1.6)	0,033
Uyum Bozukluğu	4(12.9)	9(3.7)	0.045
Yeme Bozukluğu	3(9.7)	0	0.001

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

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

DKB'leri tek tek ele aldığımızda Eksen I tanı oranları %28.6 ile %36.4 arasında değişmektedir. Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Somatofirm ve Yeme Bozukluğu tüm DKB olgularında çeşitli oranlarda ektanı olarak saptanmıştır. DKB katılımcılarında görülen ektanılar Tablo: 13'de sunulmuştur.

Tablo 13: Tek tek DKB'lerin ektanı özellikleri

n (%)	APB (n=17)	TTM (n=7)	DKB-BTA (n=11)
Ektanı varlığı	6(35.3)	2(28.6)	4(36,4)
Duygudurum Bozukluğu	3(17.6)	1(14.3)	1(9.1)
Depresif Bozukluk	3(17.6)	1(14.3)	1(9.1)
Distimi	1(5.9)	1(14.3)	0
Alkol/madde Kullanım Bozukluğu	0	0	1(9.1)
Anksiyete bozukluğu	4(23,5)	2(28.6)	4(36.4)
Panik Bozukluk	0	0	1(9.1)
OKB	0	0	0
TSSB	1(5.9)	1(14,3)	1(9.1)
YAB	0	0	1(9.1)
Somatoform Bozukluğu	2(11.8)	1(14,3)	3(27.3)
Uyum Bozukluğu	1(5.9)	1(14,3)	0
Yeme Bozukluğu	1(5.9)	1(14,3)	1(9.1)

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka Türü Adlandırılmayan; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarını DKB(-) olan grupla kıyasladığımızda APB'da SCL-GSİ, SCL-SOM, SCL-Anksiyete, SCL-OK, SCL-Depresyon, SCL-Psikotizm, SCL Hostilite ve SCL-ES alt ölçek puanlarında DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).

TTM tanısı almış olgularda ise SCL-OK, SCL-PD ve SCL-ES alt ölçek puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). DKB-BTA tanısı almış 11 katılımcıda ise; SCL-GSİ genel ölçek puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

Tek tek DKB'lerin alt ölçek puanları Tablo:14'de verilmiştir.

Tablo.14: Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB si olmayan Tıp Fakültesi Öğrencileriyle karşılaştırılması

	DKB (-)	APB	TTM	DKB BTA
SCL- GSi	0.4±0.27	0.6±0.44*	0.6±0.44	0.4±0.54*
SCL-PSI	1.4±2.18	1.4±0.43	1.3±0.25	1.4±0.52
SCL-PSDİ				
SCL- SOM	0.4±0.34	0.6±0.54**	0.6±0.75	0.5±0.59
SCL-Anksiyete	0.3±0.31	0.35±0.50**	0.6±0.44	0.4±0.54
SCL-OK	0.6±0.46	0.9±0.61**	0.9±0.67*	0.7±0.70
SCL-Depresyon	0.4±0.37	0.7±0.70**	0.7±0.57	0.5±0.83
SCL-KD	0.5±0.45	0.6±0.58	0.7±0.39	0.5±0.76
SCL-Psikotizm	0.2±0.24	0.3±0.44**	0.4±0.33**	0.2±0.42
SCL-PD	0.4±1.12	0.5±0.44	0.5±0.51	0.4±0.48
SCL-Hostilite	0.3±0.39	0.9±0.54***	0.6±0.23	0.4±0.55
SCL-FA	0.2±0.25	0.2±0.36	0.2±0.25	0.2±0.44
SCL-ES	0.4±0.36	0.5±0.30*	0.7±0.64*	0.2±0.23

* p<0,05; **p<0,01; *** p<0,001; DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka Türü Adlandırılmayan; APB: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk; TTM: Trikotillomani

Dürtüsellekle ilgili ölçek puanları her bir DKB için DKB(-) olan grupla kıyaslandığında BIS-Total ve BIS-NPA ve BIS-Dikkat puanları APB olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. TTM grubunda BIS-NPA puanı; DKB-BTA grubunda ise BIS-Motor puanı hariç diğer alt ölçek puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Tek tek DKB'lerin dürtüsellekle ilgili ölçek puanları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo.15: Tek tek DKB'lerin dürtüsellekle ilgili ölçek puanlarının DKB si olmayan Tıp Fakültesi Öğrencileriyle karşılaştırılması

	DKB (-)	APB	TTM	DKB BTA
BIS-Total	13.5±3.03	16.4±4.93***	16.7±4.4***	15.2±4.58
BIS-NPA	18.3±3.47	20.1±4.12*	20.2±2.13	20.6±5.25*
BIS-Motor	25.4±3.98	26.1±4.22	28.7±4.19*	26.4±3.90
BIS-Dikkat	57.8±8.85	63.5±11.16*	66.5±8.40*	63.4±11.91*

* p<0,05; **p<0,01; *** p<0,001; DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka Türü Adlandırılmayan; APB: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk; TTM: Trikotillomani

5. TARTIŞMA

Dürtü kontrol bozuklukları son zamanlarda oldukça ilgi çeken, üzerinde çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen henüz tam olarak aydınlatılamamış ve sınıflandırılması konusunda halen tartışılan bir bozukluk grubudur. Önceleri ender görülen bir bozukluk olarak bildirilse de son zamanlarda konuyla ilgili çalışmalar ve yayınlar artmakta ve bu grup bozukluklar hekimler tarafından tanınması nedeniyle yaygınlığının daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Her ne kadar dürtü kontrol bozukluklarının ergenlik ve erken erişkinlik yaşlarında başladığı ve bu yaş gruplarında daha fazla görüldüğü bilinse de ergenlerde ve genç erişkinlerde bu konuda yapılmış çalışmalar erişkin yaşlarda yapılanlardan daha azdır.

Dürtü kontrol bozukluklarının obsesif kompulsif bozukluk ve bağımlılık tanı ölçütlerine olan benzerliklerinden dolayı, ayrı bir tanı grubu olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği yönündeki tartışmalar, 2013 yılında yayımlanan DSM-5'e rağmen devam etmektedir. DSM-5'te dürtü kontrol bozuklukları ayrı bir tanı grubu olarak yer almamış, trikotillomani ve kompulsif cilt yolma "OKB ve İlişkili Bozukluklar", Patolojik Kumar Oynama, "Bağımlılık Bozuklukları" içine alınmıştır. Çalışmamızda dürtü kontrol bozuklukları tanısı konurken DSM-IV-TR temel alınmıştır. DSM-IV'de yer alan DKB'ları (APB, PKO, piromani, trikotillomani, kleptomani) dışında kompulsif satın alma, kompulsif deri yolma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma gibi diğer bozuklukların da bu başlık altında yer alması önerilmiş ancak henüz kesin tanı ölçütleri oluşturulmamıştır. Bu bozukluklar DSM-IV'de BTA-DKB olarak ele alınmıştır. Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluklarından kompulsif satın alma, kompulsif deri yolma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma da çalışmaya katılan hastalarda bakılmış ve bu bozukluklar için tanı ölçütü olarak daha önce yayınlanmış makaleler temel alınmıştır. Kompulsif internet kullanımı ise çalışmaya dahil edilmemiştir.

Ruhsal bozukluğu olan kişilerde dürtüsellik daha sık görülen bir özellik olsa da DSM IV'e göre eksen I ya da II bozukluğu olmayan kişilerde de dürtüsellik görülebilir. Bireylerdeki dürtüsellik düzeyi sosyokültürel özelliklere, yaşa ve cinsiyete göre değişiklikler gösterebilir. Genel olarak dürtüsellüğün yaşam boyu aynı seyreden bir özellik olduğu, ancak yaş ilerledikçe azalma gösterebileceği bildirilmiştir. Çocuklar ve gençler erişkinlerden daha dürtüseldir. Yaşlandıkça dürtüsellik azalır ve seçimler yapılırken daha kontrollü davranılır. Kişilik özelliklerimize bağlı olarak ortaya çıkan dürtüsel davranışların yaşlanmayla birlikte çok fazla değişkenlik göstermediği bilinir. Yaşam dönemlerinde farklı yaşam olayları ve stressörler kişilerin daha dürtüsel olmasına neden olabilir. Bunların bir bölümü kalıcı olup

bireyi yaşam boyu etkilerken; bir bölümü de geçici olarak ortaya çıkmaktadır. Yakın bir zamanda yapılan bir çalışmada duygu denetleyememe ile dürtüselliğin ilişkili olduğunu ve duygu denetleme bozukluğu olan kişilerin bağımlılık geliştirmeye daha yatkın olduğu saptanmıştır.¹¹⁵ Dürtü kontrol bozukluklarının birçoğunda olumsuz sonuçlarına rağmen davranışı sürdürme, davranış üzerindeki kontrolü yitirme, bu davranış için güçlü bir istek duyma ve bunu yaparken haz alma gibi bağımlılık davranışının temel özelliklerinin görülmesi bu çalışmanın sonucunu desteklemektedir.

Çalışmamızda sağlıklı üniversite öğrencileri arasında yaşam boyu en az bir dürtü kontrol bozukluğu görülme sıklığı %7.9 (n=22) iken, BTA dürtü kontrol bozuklukları (kompulsif alışveriş yapma, deri yolma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma) dahil edildiğinde bu oran %11.2'ye yükselmiştir. Son 1 aylık yaygınlık oranları ise sırasıyla %6.5 ve %9.4 olarak bulunmuştur. Odlug ve arkadaşları tarafından 17-24 yaşlarındaki 791 kolej öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada DSM-IV-TR'ye göre yaşam boyu en az bir DKB görülme sıklığı çalışmamızla uyumlu bir oranda, %10.4 olarak saptanmıştır.

Literatürde psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yapılan çalışmalarda yaşam boyu en az bir DKB görülme sıklığı %23.5-%37.8 arasında değişmektedir.^{23,116,117} Tamam ve ark. tarafından 60 yaş ve üzeri hastalarda DKB görülme sıklığını araştıran yakın tarihli bir çalışmada yaşam boyu en az bir DKB görülme sıklığı %21.1, BTA-DKB'da dahil edildiğinde %22.4 olarak saptanmıştır. Son bir aylık dönemdeki yaygınlık oranları ele alındığında ise bu oranların sırasıyla %2.6 ve %6.6'ya düştüğü bildirilmiştir. Bu bulgular dürtüselliğin ve DKB görülme sıklığının yaşlandıkça azaldığını desteklemektedir.

Yatan 234 hasta üzerinde yapılan ve patolojik internet kullanımının dahil edildiği bir başka çalışmada yaşamboyu DKB prevalansı %23.5 olarak bulunmuş, en sık DKB deri yolma (%7.3), kompulsif satın alma (%6.8), APB (%5.6) olarak bulunmuştur.¹¹⁷

Çalışmamızda yaşamboyu en sık görülen DKB; APB iken, APB'ü sırasıyla trikotillomani (%2.5), deri yolma (%2.2), KSA (%1.8) izlemiştir. Çalışmaya dahil edilen 277 olgunun biri piromani, biri kompulsif egzersiz tanısı alırken hiçbir olgu yaşam boyu ya da son bir aylık dönemde kleptomani, patolojik kumar oynama ve kompulsif seks tanısı almamıştır. Odlug ve ark. yaptığı çalışmada en sık saptanan DKB trikotillomani (%3.91) ve kompulsif cinsel davranış (%3.66) iken, aynı çalışmada en nadir görülen DKB kleptomani (%0.38) olmuştur. Aynı çalışmada kompulsif seks ve PKO erkeklerde, KSA kadınlarda daha sık iken, diğer DKB açısından cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda en sık görülen DKB olan APB'un son 1 aylık ve yaşam boyu prevalansı sırasıyla %5.8 ve %6.1 olarak saptanmıştır. Bu bulgu Grant ve ark. ve Müller ve ark. psikiyatri kliniğinde yatan erişkin hastalarda bildirdikleri oranlarla (sırasıyla %6.9 ve %5.6) uyumludur.^{117,118} Coccaro ve ark. bir toplum örnekleminde yaptıkları çalışmada yaşamboyu APB prevalansını çalışmamızla uyumlu bir oranda, %6.5 olarak bildirmişlerdir.¹² (Ergenlerde APB sıklığını araştıran bir çalışmada ergenlerin üçte birinin yaşam boyu bir kez öfke nöbeti geçirdiği, bunların sadece %7.8'inin DSM-IV APB tanı ölçütlerini karşıladığı, olguların %80.1'inde bozukluğun erken yaşta başladığı (ortalama 12 yaş) saptanmıştır.¹⁹ Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise APB prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşamboyu APB prevalansı yaşlılarda %15.8, major depresyonu olan hastalarda %31.3, bipolar I bozukluğu olanlarda ise %6.5 olarak bildirilmiştir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar, kültürel değişkenler, çalışmalarda alınan olgu sayısı, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı ve örneklem gruplarının heterojenitesi ile yakından ilişkilidir. Literatürdeki pek çok çalışma gibi çalışmamızda da tanılar, çok az sayıdaki olgu dışında sadece ayrıntılı psikiyatrik görüşme sonrasında ortaya çıkarılabilmektedir. Bu bulgular diğer DKB gibi APB'unda sıklıkla tanınmadığını ve tedavi edilemediğini göstermektedir.

Çalışmamızda trikotillomaninin yaşamboyu ve son bir aylık prevalansı %2.5 ve %1.4 olarak bulunmuştur. Trikotillomani her ne kadar DSM-5'te "OKB ve İlişkili Bozukluklar" arasına alınsa da trikotillomani, OKB veya dürtüsel kişilik özellikleri nedeniyle tedavi gören bir hasta grubu üzerinde yapılan bir çalışmada dürtüsel ve kompulsif belirtiler kıyaslanmış, trikotillomanisi olan olguların, OKB hastalarından daha düşük obsesif-kompulsif belirti puanı ve daha yüksek dürtüsellik puanı aldıkları saptanmıştır.¹¹⁸ Çalışmamızda da DSM-IV baz alınarak trikotillomani, dürtü kontrol bozuklukları içinde ele alınmıştır. 2534 kolej öğrencisinde trikotillomani sıklığını araştıran bir çalışmada DSM-III-R tanı ölçütlerine göre trikotillomaninin yaşamboyu prevalansı %0.6 olarak bulunmuş, belirgin saç kaybıyla sonuçlanan saç yolma davranışının ise erkeklerin %1.5'inde, kadınların ise %3.4'ünde görüldüğü bildirilmiştir. DSM'nin tanı için gerekli gördüğü yolma öncesi gerginlik ve yolma sonrasında doyum ve rahatlama ölçütlerinin bu farka yol açtığı düşünülmüştür.¹¹⁹ DSM-V'te söz konusu ölçütler tanı ölçütlerinden çıkarılmış, yerine bağımlılık davranışının temel özelliklerini hatırlatan "Yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri" ölçütü eklenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda trikotillomaninin yaşamboyu prevalansı Bipolar I bozukluğu olanlarda %6.5, major depresyonu olanlarda %4.7, üniversiteye hazırlık öğrencilerinde %6.2, psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda %2.9 olarak bildirilmiştir. Bulgularımız literatürle uyumludur ancak trikotillomaninin kronik seyirli bir hastalık olmakla

birlikte klinik şiddetinin dalgalı olması ve kişilerin davranışlarını utanç duygusu nedeniyle saklamaya meyilli olmaları gibi durumların, örneklem grupları ve araştırmalarda uygulanan yöntemlerdeki farklılıklarla birlikte, farklı bulgular elde edilmesine yol açabileceği unutulmamalıdır.

Deri yolma DSM-IV'te BTA DKB içinde yer almış, DSM 5'te ise OKB ve İlişkili Bozukluklar" içinde incelenmiş ve tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Çalışmamızda deri yolmanın son bir aylık ve yaşamboyu yaygınlık oranı sırasıyla %1.2 ve %1.8 olarak bulunmuştur. ABD'de 1916 üniversite öğrencisinde deri yolmayı araştıran bir çalışmada, deri yolmanın kadınlarda daha sık olmak üzere her iki cinsiyette de sıklıkla görüldüğü ve yaygınlık oranının %4.2 olduğu bildirilmiştir.⁹¹ 2013 yılında üniversite öğrencilerinde deri yolma sıklığının etkiler ve cinsiyetle ilişkisini araştıran çok yeni bir çalışmada 1916 öğrencinin %4.2'sinde DSM-5'e göre deri yolma olduğu, kadınlarda erkeklerden yaklaşık 3 kat daha sık görüldüğü ve duygudurum, anksiyete, yeme, madde kullanım ve dürtü kontrol bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada deri yolmaya en sık eşlik eden ruhsal bozukluk hem kadın hem erkeklerde depresyon, en sık DKB etkisi kadınlarda kompulsif satın alma, erkeklerde trikotillomani ve kumar bağımlılığı olarak saptanmıştır. Çalışmamızda cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmamasına rağmen erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda KSA'nın bir aylık ve yaşamboyu yaygınlık oranı sırasıyla %1.4 ve %1.8 olarak bulunmuştur. Ülkemizde bir grup üniversiteye hazırlık öğrencisinde yaşamboyu en az bir DKB görülme sıklığının DSM-IV-TR'ye göre %24, en sık görülen DKB'nun ise KSA olduğu bildirilmiştir. Koran ve ark. ABD'de KSA nokta prevalansını %5.8 olduğunu ve gençlerde daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Ülkemizde Tamam ve ark. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarla yapılan bir çalışmada KSA'nın kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında KSA sıklıkla kadınlarda gözlenmektedir. Bizim çalışmamızda da cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen kadınlarda erkeklere oranla daha fazla saptanmıştır.

Kolej öğrencilerinde kompulsif yemek yeme ve kompulsif egzersiz sıklığını araştıran bir çalışmada kompulsif yemek yeme sıklığı %7.2, kompulsif egzersiz sıklığı %18.1 olarak bulunmuş, örneklem grubunun %1.9'unda hem kompulsif egzersiz, hem kompulsif yemek yeme olduğu saptanmıştır.¹²⁰ Çalışmamızda kompulsif yemek yeme sorgulanmamış olup 1 olguda kompulsif egzersiz olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda 1 olgu yaşamboyu piromani (%0.4) tanısı almıştır. Literatürde kullanılan tanı ölçütüne bağlı olarak piromani sıklığı %0-60 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan

diğer çalışmalarda literatürle uyumlu şekilde piromani sıklığı üniversiteye hazırlık öğrencilerinde %0.4, major depresyonu olan hastalarda %2, yatan psikiyatri hastalarında %1, yaşlılarda ve bipolar bozukluğu olanlarda %0 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen 277 olgunun hiçbirisi yaşam boyu ya da son bir aylık dönemde kleptomani, patolojik kumar oynama ve kompulsif cinsel davranış tanısı almamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda PKO prevalansı yaşlılarda %9.2, yatan hastalarda %6.8 olarak, ABD’de yapılan geniş ölçekli bir çalışmada %0.42 olarak bildirilmiştir. Grant ve ark. yatan erişkin hastalarda yaşamboyu PKO prevalansını %6.9 olarak bulmuşlardır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada psikiyatri-dışı yatan hastalar ile psikiyatride yatan hastalar PKO açısından karşılaştırılmış, psikiyatride yatan hastalarda PKO prevalansı %8, diğer hastalarda ise %2 olarak bulunmuş ve psikiyatrik değerlendirmede PKO davranışının rutin olarak sorgulanması önerilmiştir (ek) Örneklem grubumuzda PKO tanısı alan hiçbir olgunun bulunmayışı, ülkemizde kumar oynamanın yasak olması, örneklem grubunun yaş ortalamasının küçük olması ve tüm olguların öğrenci olması ile ilişkili olabilir. Kleptomani ve kompulsif cinsel davranışın saptanmaması da örneklem grubunun azlığı ve bu bozukluklara sahip katılımcıların belirtilerini gizleme eğiliminde olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda DKB olan ve olmayan katılımcı grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yaşamboyu en az bir DKB prevalansı erkeklerde %13.8, kadınlarda %11.2 bulunmuştur. APB erkeklerde daha sık görülürken; piromani, trikotillomani ve BTA DKB açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde DKB’larının cinsiyetlere göre yaygınlığının, cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği sıklıkla bildirilmektedir. Çalışmalar arasında farklılıklar olmakla birlikte, kleptomani, trikotillomani ve KSA kadınlarda, APB, PKO ve piromani erkeklerde daha yüksek oranlarda görülmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz cinsiyete göre yaygınlıkların literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Hastaların özgeçmiş ve soy geçmişleri incelendiğinde yaşam boyu DKB olan ve olmayan gruplar arasındaki tek anlamlı farkın özkıyım girişimde bulunma olduğu saptanmıştır. DKB olan grupta özkıyım girişiminde bulunma sıklığı %6.5 iken, DKB olmayan grupta bu oran %0.4 olarak saptanmıştır. Çocukluk çağı psikiyatrik hastalığı, fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Dürtüselliğin özkıyım düşünce ve girişimleri için önemli risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir. Kleptomani tanılı 107 ergen hastada yapılan çalışmada özkıyım girişiminde bulunma sıklığının %24.3 olduğu saptanmıştır. PKO ile artmış özkıyım riskinin yakından ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur.

Literatürde DKB'li hastaların özgeçmişinde DEHB ve davranım bozukluğunun sıklıkla öyküde yer aldığı bildirilmektedir. Çalışmamızda DKB(+) grupla DKB(-) grup kıyaslandığında çocukluk çağı psikiyatrik hastalık açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum sosyodemografik veri formları doldurulurken aileden bilgi alınmaması ve sadece katılımcıdan alınan bilgiyle doldurulması sonucu olabilir.

Çalışmaya katılan olguların genel psikopatolojik özellikleri ve dürtüsellik özellikleri ölçekler aracılığıyla belirlenmiştir. Katılımcıların genel psikopatolojik durumu SCL-90 skorlarıyla değerlendirilmiştir. SCL-90'ın genel ve alt ölçeklerinden genel belirti indeksi ve hostilete alt ölçek puanlarının DKB olan grupta, DKB olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. APB'da SCL-GSİ, SCL-SOM, SCL-Anksiyete, SCL-OK, SCL-Depresyon, SCL-Psikotizm, SCL- Hostilite ve SCL-ES alt ölçek puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. TTM tanısı almış olgularda ise SCL-OK, SCL-PD ve SCL-ES alt ölçek puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

Dürtüsellik puanları Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) kullanılarak belirlenmiştir. BIS'in bir toplam puanı ve dürtüsellüğün 3 alt bileşenini değerlendiren motor, dikkat ve plan yapmamayı gösteren 3 alt ölçeği vardır. Bunlardan motor alt ölçeği düşünmeden hareket etmeyi, bilişsel dikkat alt ölçeği çabuk karar vermeyi, plan yapmama ise beklememe ve plansız hareket etmeyi tanımlar. Çalışmamızda, DKB olan olguların toplam, plan yapmama ve motor alt ölçek puanları DKB olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksekti. Literatürde bu konuda yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Yaşam boyu DKB'u olan ve olmayan gruplar diğer eksen-1 bozuklukların sıklığı açısından incelendiğinde iki grup arasında depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, somatoform bozukluk, uyum bozukluğu, yeme bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Literatürde erişkin depresyon hastalarında DKB sıklığının araştırıldığı iki çalışmada DKB görülme sıklığının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Lejoyeux ve ark. depresyon hastalarında DKB eştanısı görülme sıklığını %28.9, Annagür ve Tamam %34.7 olarak bildirmiştir. Bipolar hastalarda yapılan bir çalışmada ise DKB görülme sıklığı %27.4 olarak bulunmuştur. Yaşlı hastalarda DKB sıklığının araştırıldığı başka bir çalışmada DKB olan kişilerde alkol ve madde kötüye kullanımı sıklığının arttığı bildirilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında, örneklem grubunun küçük olması nedeniyle çeşitli DKB (PKO, KCD, kleptomani) olan olgulara ulaşılamamış olması, örneklem grubunun orta-üst sosyoekonomik düzeydeki tıp fakültesi öğrencilerinden oluşması nedeniyle toplumdaki tüm genç nüfusa genelleştirilememesi sayılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- 1- Dürtü Kontrol Bozuklukları son yıllarda üzerinde oldukça çalışma yapılan ve önceden bildirildiği gibi nadir görülmeyen bir bozukluk grubudur. DSM-5'te bazı kategorilerin değişmesine rağmen bu grup üzerindeki tartışmalar halen devam etmektedir.
- 2- 9 aylık süreçte katılımcıların %7.9'unda DSM-IV tanı ölçütlerine göre yaşam boyu en az bir DKB eştanısı saptanmıştır.
- 3- BTA-DKB'ler dahil edildiğinde bu oran daha yüksek bulunmuştur.
- 4- En sık saptanan DKB Aralıklı Patlayıcı Bozukluktur.
- 5- İkinci sırada saptanan DKB Trikotillomanidir.
- 6- Üçüncü sırada Patolojik cilt yolma yer almaktadır.
- 7- Çalışmamızda DKB olan ve olmayan hasta grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- 8- APB erkeklerde daha sık görülürken; TTM, Piromani ve BTA-DKB açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- 9- İntihar girişimi açısından DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
- 10- Özgeçmiş, soygeçmiş ve fiziksel hastalık öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- 11- SCL-90 test puanlarından genel semptom indeksi ve hostilite alt ölçeğinin DKB olan grupta DKB olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer DKB'lerde de olgu örnekleri artırılarak daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir.
- 12- Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin toplam puanında plan yapmama ve motor alt ölçek puanları DKB olan grupta anlamlı olarak yüksek iken, dikkat alt puanında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- 13- Gruplar arasında yaşam boyu diğer eksen I bozuklukların yaygınlığı karşılaştırıldığında depresif bozukluk, TSSB, somatoform bozukluk, uyum bozukluğu ve yeme bozukluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.
- 14- Dürtüsellik ölçeğinde total, plan yapamama ve dikkat puanı, APB grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkarken; TTM grubunda ise total, motor ve dikkat puanları yüksek çıkmıştır.
- 15- Belirti tarama listesinde APB'da SCL-GSİ, SCL-SOM, SCL-Anksiyete, SCL-OK, SCL-Depresyon, SCL-Psikotizm, SCL- Hostilite ve SCL-ES alt ölçek puanlarında DKB(-) gruba

kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkarken; TTM tanısı almış olgularda ise SCL-OK, SCL-PD ve SCL-ES alt ölçek puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

16- Dürtüselliği yüksek olan hastalarda psikopatoloji artmaktadır. Bu da tedavi planında önem taşımaktadır.

17- Gençlik döneminde dürtüselliğin yüksek olmasına paralel olarak DKB'larının da arttığı saptanmıştır.

18- Dürtü kontrol bozukluklarının sıklığı ve özellikleri ile ilgili birçok yaş grubunda, özellikle ergenlik ve erişkinlikte kimi çalışmalar yapılmışsa da, bu alandaki çalışmalar yetersizdir.

19- Dürtü Kontrol Bozuklukları klinisyen tarafından sıklıkla tanısı atlanan bir bozukluk grubudur. Genç yaşlarda artmış dürtüsellik nedeniyle başvuran olgularda DKB'ler ayrıntılı sorgulanmalıdır.

20- Dürtü kontrol bozuklukları son zamanlarda üzerinde oldukça durulan bir konudur. Değişik hasta gruplarında yapılan çalışmalarda sıklıkları araştırılmıştır. Ancak bu konuda genel olarak yapılmış çalışmalar azdır; gelecekte böyle çalışmaların yapılması gerekmektedir.

21- Çalışmamızın bir üniversite hastanesinde yürütülmesi nedeniyle genel topluma ve diğer hasta gruplarına genelleştirilememesi, örneklem grubunun azlığı, sadece 4. ve 5. sınıf öğrencilerin çalışmaya alınması DKB'larında az sayıda ya da hiç olguya rastlanamamasına neden olmuştur. Bu nedenle gelecekte daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

- 1: **Erkus A.** *Psikoloji Terimleri Sözlüğü*. 11. Baskı, **1994**: 124-125
- 2: **Yazıcı K, Yazıcı AE.** Dürtüselliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* **2010**; 2: 254-280
- 3: **Hollander E, Pallanti S, Baldini Rossi N.** Sustained release lithium/placebo treatment response in bipolar spectrum pathological gamblers. *Paper presented at the New Clinical Drug*: **2002**
- 4: **Tamam L.** Dürtü Kontrol Bozuklukları, *Ankara: Hekimler Yayın Birliği*, **2009**.
- 5: **Tamam L.** Dürtü Kontrol Bozuklukları, Köroğlu E, *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, *Ankara: Hekimler Yayın Birliği*, **2007**.
- 6: **Özdemir P, Selvi Y, Aydın A.** Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* **2012**; 4: 293-314
- 7: **Hollander E, Rosen J.** Impulsivity. *J. Psychopharmacol* **2000**; 4: 39-44.
- 8: **Kaplan HI, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7.edition. **2000**;2:170-1-13
- 9: **Hollander E, Stein D.J.** *Dürtü Kontrol Bozuklukları Klinik El Kitabı* **2006**:19-32
- 10: American Psychiatric Association (**2012**) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edn) (DSM-V). Washington, DC: APA.
- 11: American Psychiatric Association (**1994**) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- 12: **Coccaro ve ark.** Lifetime and 1-Month prevalence Rates of Intermittent Explosive Disorder in a Community Sample. *J Clin Psychiatry*. **2004**; 65:820-824.
- 13: **Kessler RC, Coccaro EF, Fava M ve ark.** The prevalence and correlates DSM-IV intermittent explosive disorder in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. **2006**;63:669-678
- 14: **Coccaro E. F.** A family history study of intermittent explosive disorder. *J. Psychiatr. Res.* **2010**. 44, 1011-1015
- 15: **Coccaro E. F.** Intermittent Explosive Disorder as a Disorder of Impulsive Aggression for DSM-5 Am *J Psychiatry* **2012**; 169:577-588
- 16: **Mattes J.** Levetiracetam in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychol.* **2008**; 69, 310-315
- 17: **Coccaro E., Lee R., Kavoussi R.** A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in patients with intermittent explosive disorder. *J. Clin. Psychol.* **2009**;70, 653-662.
- 18: **Grant J. E.** Impulse Control Disorders: A Clinician's Guide to Understanding and Treating Behavioral Addictions. New York: W.W. Norton & Company **2008**

- 19: McLaughlin KA, Green JG et al.** Intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **2012** Nov;69(11):1131-9
- 21: Annagür BB, Tamam L.** Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Eş Tanıları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. **2011**; 48:22-30
- 22: Bohne A.** Impulse-control disorders in college students. *Psychiatry Res* **2010**; 176:91-2.
- 23: Tamam L, Zengin M, Karakuş ve ark.** Bir üniversite psikiyatri kliniğinde dürtü kontrol bozukluğu sıklığı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. **2008**; 18:153-161.
- 24: Grant JE, Williams KA et al.** Impulse-control disorders in adolescent psychiatric inpatients: Co-occurring disorders and sex differences. *J Clin Psychiatry* **2007**; 68:1584-92
- 25: Manuck SB, Flory JD, et al.** Aggression and anger-related traits associated with a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene. *Biol Psychiatry* **1999**; 45:603-614
- 26: Manuck SB, Flory JD, Ferrell RE, Mann JJ, Muldoon MF.** A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity. *Psychiatry Res* **2000**; 95:9-23
- 27: Coccaro EF, Danehy M.** Intermittent explosive disorder. In Clinical Manual of Impulse Control Disorders, *American Psychiatric Publishing*, **2006**
- 28: Soloff PH, Meltzer CC et al.** A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* **2000**; 47:540-547
- 29: Hollander E, Tracy KA et al.** Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* **2003**; 28:1186–1197
- 30: Mattes JA:** Oxcarbazepine in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* **2005**; 25:575–579
- 31: McCloskey MS, Noblett KL et al.** Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: a pilot randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* **2008**; 76:876–886
- 32: National Gambling Impact Study Commission.** Gambling Impact and Behavior Study, 1997-1999: [United States]. ICPSR02778-v2. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], **2007**-08-28.
- 33: Petry, N.M.** 2005 Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity and Treatments. Washington, D.C.: *American Psychological Association*, 73, 312-322.
- 34: Kim, S. W. & Grant, J. E.** The psychopharmacology of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, **2001b**;6, 184–194

- 35: **Saiz-Ruiz, J., Blanco, C., Ibanez, A., et al** Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, **2001**;66, 28–33.
- 36: **Ladouceur R, Mireault C.** Gambling behavior among high school students in Quebec area. *J Gamb Behav* **1988**; 4:3-12.
- 37: **Lesieur HR, Klein R.** Pathological gambling among high school students. *Addict Behav* **1987**; 12:129
- 38: **Shaffer HJ, Hall MN.** Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standart gambling nomenclature. *J Gamb Stud* **1996**; 12:193-214
- 39: **Çekem AB.** İnönü üniversitesi öğrencilerinde kumar oynama davranışı,patolojik kumar yaygınlığı ve ilişkili etkenler.uzmanlık tezi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri* **2004** Malatya
- 40: **Bohne A.** Impulse-control disorders in college students. *Psychiatry Res* **2010**; 176:91-2.
- 41: **Odlaug BL, Grant JE.** Impulse-control disorders in a college sample: results from the self-administered Minnesota impulse disorders interview(MIDI). *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* **2010**; 12:1-5
- 42: **G Karakuş, L Tamam, et al.** Bir Grup Üniversiteye Hazırlık Öğrencisinde Dürtü Kontrol Bozukluğu *Nöropsikiyatri Arşivi* **2011**;48(4):238-242
- 43: **Lancu I, Lowengrub K, et al.** Pathological gambling. An update on neuropathophysiology and pharmacotherapy. *CNS Drugs*. **2008**;22:123-138)
- 44: **Henrieta B.J. Luke C.** Patological gambling: a neurobiological and clinic update. *The British Journal of Psychiatry* **2011**;199: 87-89
- 45: **Jacobs, D. F. Marston, A. R., et al** Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behaviour*,**1989**; 5, 261–267.
- 46: **Black D. W. Arndt S. Et al.** Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *J. Clin. Psychopharmacol.* **2007**; 27, 143–150
- 47: **Era Twin Registry, Kamini R. Shah,** Genetic Studies of Pathological Gambling: A Review of Methodology and Analyses of Data from the Vietnam *Journal of Gambling Studies* , Volume 21, Issue 2, **2005**; pp 179-203
- 48: **Comings DE, Rosenthal RJ,** A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling, **1996**; Jun; 6(3):223-34
- 49: **Blaszczynski A, Nower L.** A pathways model of problem and pathological gambling. **2002**; May;97(5):487-99

- 50: Must A, Juhász A, Rimanóczy A. et al.** Major depressive disorder, serotonin transporter, and personality traits: why patients use suboptimal decision-making strategies? **2007** Nov; 103(1-3):273-6.
- 51: Jollant F, Buresi C, Guillaume S. et al.** The influence of four serotonin-related genes on decision-making in suicide attempters. *Neuropsychiatr Genet.* **2007** Jul 5; 144B(5):615-24.
- 52: Volberg R.A.** Gambling and Problem Gambling in Mississippi A Report to the Mississippi Council on Compulsive Gambling *Social Science Research Center* **1997**
- 53: Dr. M. Murat Demet** Patolojik kumar oynama. *Türkiye klinikleri dürtü denetim bozuklukları özel sayısı* **2009** sayfa:35-45
- 54: Lesieur HR, Rosenthal RJ.** Patological gambling: a review of the literature. *Journal of Gambling Studies* **1991**; 7:5-39
- 55: Ciarrochi J, Richardson R.** Profile of compulsive gamblers in treatment : update and comparisons. *Journal of Gambling Behavior* **1989**; 5:53-65
- 56: Johansson, A, Grant, J. E, et al.** Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies.* **2007**; doi:10.1007/s10899-008-9088-6.
- 57: Grant JE, Odlaug BL. Et al.** Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study **2010** Oct;197(4):330-1.
- 58: Gilnyun Yoon MD, Suck Won Kim MD** *Am J Psychiatry* **2013**;170:682-683
- 59: Kim SW, Grant JE, et al.** A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry.* **2002**; 63:501–507
- 60: Hollander E, DeCaria CM, et al.** A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biol Psychiatry.* **2000**; 47:813–817
- 61: Roy J. and Lucille A. et al.** An open-label trial of acamprosate in the treatment of pathological gambling MD Department of Psychiatry, University of Iowa, Carver College of Medicine, **2011**
- 62: Hollander E, Pallanti S, et al.** Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry.* **2005**;162:137–145.
- 63: Lejoyeux M, Arbaretaz M, et al.** Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis* **2002**; 190:310-4.

- 64: **Grant JE ve ark.** Impulse-control disorders in adolescent psychiatric inpatients: Co-occurring disorders and sex differences. *J Clin Psychiatry* **2007**; 68: 1584- 92
- 65: **Virkkunen M, Nuutila A, Goodwin FK, Linnoila M.** Cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels in male arsonists. *Arch Gen Psychiatry* **1987**; 44(3):241-7.
- 66: **Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, Poland RE.** CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psych.* **1987**
- 67: **Grant JE, Kim SW.** Clinical characteristics and psychiatric comorbidity of pyromania. *Journal of Clinical Psychiatry.* **2007**;68:1717-1722.)
- 68: **Goldman MJ. Et al.** Kleptomania: making sense of the nonsensical.**1991** ;148(8):986-96.
- 69: **Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM.** Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* **1990**; 46:587-99
- 70: **De Caria CM, Begaz T. et al** Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling. *CNS Spectr* **1998**; 3:38-47
- 71: **Blum K, Braverman ER, et al.** Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* **2000**; **32** (Suppl):1-112
- 72: **Fiorillo CD, Tobler PN, et al.** Coding of reward probability and uncertainty by dopamine neurons *Science* **2003**; 299(5614):1898-902
- 73: **Koran LM, Aboujaoude EN. et al.** Escitalopram treatment of kleptomania: an open label trial followed by double blind discontinuation. *J Clin Psychiatry.* **2007**;68:422–427
- 74: **Grant JE, Kim SW. et al.** A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone in the treatment of kleptomania. *Biol Psychiatry.* **2009**;65:600–606
- 75: **Keser V, Tükel R. et al.** Trikotilomanide Klinik Özellikler *Klinik Psikiyatri Dergisi* **1999**;2(1):26- 33
- 76: **Flessner CA, Woods DW.** Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behav Modif* **2006**; 30:944-63
- 77: **Ramazan Konkan1, Ömer Şenormancı ve ark.** Trikotillomani: Tanı, Farmakoterapi ve Kognitif Davranışçı Terapisi **2011**
- 78: **Keuthen, N. J, Jameson, M, Loh, R. et al.** Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *International Clinical Psychopharmacology*, **2007** 22, 268-274

- 79: **Jaspers JPC.** The diagnosis and psychopharmacological treatment of trichotillomania: a review. *Pharmacopsychiatry* **1996**;29(3):115-120
- 80: **Stein DJ, Simeon D, Cohen LJ et al.** Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* **1995**;56(Suppl4):28-34
- 81: **Ninan P, Rothbaum B. Et al.** A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J. Clin. Psychiatry* **2000b** 61, 47–50.10.4088/JCP.v61n0111
- 82: **İbrahim DURUKAN, M.Ayhan ve ark.** İki trikotillomani olgusu ve fluoksetinle tedavisi *Anatol J Clin Investig* **2011**;5(1):48-51
- 83: **Bloch M. R., Landeros-Weisenberger A. et al.** Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol. Psychiatry* **2007**; 62, 839–846
- 84: **O'Sullivan R, Christenson G, et al .** “Pharmacotherapy of trichotillomania,” in Trichotillomania, eds Stein D., Christenson G., Hollander E., editors. (Washington, DC: American Psychiatric Press;), **1999**; 93–124
- 85: **Van Amerigen M., Mancini C., et al.** A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J. Clin. Psychiatry* **2010**; 71, 1336–1343
- 86: **Odlaug BL, Grant JE et al.** Clinical characteristics and medical complications of PSP *Gen. Hosp Psychiatry* **2008**
- 87: **Hayes SL ,Storch EA Berlenga L:** Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample
- 88: **Schreiber L. et al.** Impulse control disorders: updated review of characteristics and pharmacological management *Front Psychiatry.* **2011**; 2: 1
- 89: **Keuthen N, Koran L, et al. .** The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr. Psychiatry* **2010**; 51, 183–186.
- 90: **DSM-5 field survey: Skin picking disorder** Christine Lochner, PhD South African Medical Research Council Research Unit on Anxiety and Stress Disorders *Department of Psychiatry Stellenbosch University* **2012**
- 91: **Brian L Odlaug MPH.** Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences *Gen Hosp Psychiatry* **2013**: 168-173
- 92: **The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample.** *J Anxiety Disord.* **2011** Jan;25(1):88-95
- 93: **Jon E. Grant, M.D, M.P.H.et al.** Skin Picking Disorder. *Am J Psychiatry* **2012**;169:1143-1149.

- 94: **Monzani B, Rijsdijk F, et al.** Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* **2012**; 159B:605–610
- 95: **Dufour et al.** Nutritional up-regulation of serotonin paradoxically induces compulsive behavior. *Nutr Neurosci.* **2010** Dec;13(6):256-64
- 96: **Chamberlain SR, Fineberg NA, et al.** Pharmacotherapy, in Trichotillomania, Skin Picking, and Other Body-Focused Repetitive Behaviors. Edited by Grant JE, Stein DJ, Woods DW, Keuthen NJ. Washington, DC, *American Psychiatric Publishing, Inc,* **2012**, pp 205–221
- 97: **Eric Hollander, M.D. Andrea Allen,** Is Compulsive Buying a Real Disorder, and Is It Really Compulsive? *Am J Psychiatry* **2006**;163:1670-1672
- 98: **Donald W Black.** A review of compulsive buying *World Psychiatry.* **2007** ; 6(1): 14–18
- 99: **Helga Dittmar, Karen Long, et al.** When a Better Self is Only a Button Click Away: Associations Between Materialistic Values, Emotional and Identity–Related Buying Motives, and Compulsive Buying Tendency Online. *Journal of Social and Clinical Psychology:* **2007**; Vol. 26, No. 3, pp. 334-361
- 100: **Black DW, Kehrberg LL, et al.** Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry.* **1997**;154:243–249
- 101: **Kafka MP, Hennen J.** The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hyper-sexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther.* **1999**;25:305–319
- 102: **Coleman E, Raymond N, et al.** Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minn Med.* **2003**;86:42–47
- 103: **Odlaug B, Grant JE.** Prevalence of impulse control disorders in a college sample. *Presented at: Annual Meeting of the American Psychiatric Association;* **2008; Washington, DC.**
- 104: **Wainberg et al** *J Clin Psychiatry.* 2006 Dec;67(12):1968-73. A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men.
- 105: **Nancy C Raymond MD.** Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: *A case series Annals of clinical psychiatry* **2010**; 22(1):56-62
- 106: **Bamber DJ, Cockerill IM, et al.** Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br J Sports Med* **2003**; 37(5):393-400
- 107: **Eating Huw Goodwin .** Compulsive Exercise: The Role of Personality, Psychological Morbidity, and Disordered **2011.**

- 108: Striegel-Moore RH, Bulik CM.** Risk factors for eating disorders *Am Psychol* **2007**;62:181–198
- 109: Smith JE, Wolfe BL, Laframboise DE.** Body image treatment for a community sample of obligatory and nonobligatory exercisers. *Int J Eat Disord.* **2001** Dec;30(4):375-88.
- 110: Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M.** DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* **1999**; 12(4):233-
- 111: Derogatis LR, Baltimore, MD.** SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedure Manual for the Revised Version. Jhon *Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, 1977.*
- 112: Dağ İ.** Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)' nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1991**; 2(1):5-12.
- 113: Gulec H, Tamam L, et al.** Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* **2008**; 18:251-258
- 114: Patton JH, Stanford MS, Barratt ES.** Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* **1995**; 51:768-74.
- 115: Odlaug BL, Lust K, et al.** Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *Gen Hosp Psychiatry.* **2012** Nov 1. pii: S0163-8343(12)00269-1
- 116: Grant JE, Levine L, et al.** Impulse Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatient. *Am J Psychiatry.* **2005**;162:2184-2188
- 117: Müller A, Rein K, et al.** Impulse control disorders in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* **2011**;188(3):434-8
- 118: Grant JR, Potenza MN,** compulsive aspects of impulsivity: *Psychiatr Clin North Am.* **2006** June; 29(2): 539–x.
- 119: Christenson GA, Pyle RL, et al.** Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry.* **1991** Oct;52(10):415-7.
- 120: Guidi J. et al .** The prevalence of compulsive eating and exercise among college students: An exploratory study *Psychiatry Research Volume 165, Issues 1–2, 30 January 2009, Pages 154–162*

8. EKLER

EK-1

Sosyodemografik Veri Formu

- 1- Adı Soyadı:
- 2- Yaşı (yıl):
- 3- Cinsiyet: 1-kadın 2-erkek
- 4- Medeni durumu: 1-evli 2-bekar 3-boşanmış 4-dul
- 5- Eğitim düzeyi: 1-ilköğretim 2-lise 3-yüksek okul
- 6- Meslek: 1-çalışmıyor 2-işçi 3-memur
4-emekli 5-düzensiz çalışıyor
- 7- Sosyoekonomik durum: 1-alt 2-orta 3-üst
- 8- Yaşadığı yer: 1-il 2-ilçe 3-köy
- 9-Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü:
- 1-ADHD
 - 2-Enürezis nokturna-enkoprezis
 - 3-seperasyon anksiyetesi
 - 4-davranım bozukluğu
 - 5-tanımlanmadı
- 10-Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü: 1-evet 2- hayır
- 10-1: Hastalık türü:
- 1-anksiyete boz.
 - 2-depresif boz.
 - 3- bipolar boz
 - 4-somatoform boz
 - 5-alkol madde boz.
 - 6-psikotik boz.
- 10-2:Hastalık sırasındaki yaşı :
- 10-3:Hastalığın süresi
- 10-4:Hastaneye yatış :
- 10-5:Tedavi: 1-evet 2-hayır
- 11- Yaşam boyu intihar girişimi var mı?: 1-var 2-yok
- 12-Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1-evet 2-hayır

12-1:Hastalık türü:

- 1- Anksiyete boz
- 2- Somatoform boz
- 3- Alkol madde kullanımı
- 4- Psikotik boz
- 5- Duygu durum boz
- 6-Psikotik boz.

12-2:Akrabalık düzeyi:

- 1-1. derece
- 2- 2.derece

13-Fiziksel hastalık durumu:

- 1- var(.....) 2- yok

EK-2

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Adı Soyadı:
Öğrenci ise,
Okulun Adı:
Öğrenimi:

Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:

İşi:
Tarih:

Adresi:
Tel:

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

ÖRNEK:

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

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

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

22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek	() () () () ()
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	() () () () ()
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	() () () () ()
25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu	() () () () ()
26. Olaylar için kendini suçlama	() () () () ()
27. Bel ve sırtta ağrılar	() () () () ()
28. İşlerin yapılmasını erteleme duygusu	() () () () ()
29. Yalnızlık hissi	() () () () ()
30. Karamsarlık hissi	() () () () ()
31. Herşey için çok fazla endişe duyma	() () () () ()
32. Herşeye karşı ilgisizlik hali	() () () () ()
33. Korku hissi	() () () () ()
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	() () () () ()
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması	() () () () ()
36. Başkalarının sizi anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi	() () () () ()
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	() () () () ()
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	() () () () ()
39. Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması	() () () () ()
40. Bunaltı yada midede rahatsızlık hissi	() () () () ()
41. Kendini başkalarından aşağı görme duygusu	() () () () ()
42. Adele (kas) ağrıları	() () () () ()
43. Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	() () () () ()
44. Uykuya dalmada güçlük	() () () () ()
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	() () () () ()
46. Karar vermede güçlük	() () () () ()
47. Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu	() () () () ()
48. Nefes almada güçlük	() () () () ()
49. Sıcak-soğuk basmaları	() () () () ()
50. Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ev durumlardan kaçınma hissi	() () () () ()
51. Hiçbir şey düşünmeme hali	() () () () ()
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma	() () () () ()
53. Boğazınıza bir yumruk tıkanması	() () () () ()
54. Gelecek konusunda ümitsizlik hali	() () () () ()
55. Düşüncelerinizi toparlamada güçlük	() () () () ()
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	() () () () ()
57. Gerginlik ya da coşku hissi	() () () () ()
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	() () () () ()
59. Ölüm ya da ölmeyi düşünme	() () () () ()
60. Aşırı yemek yeme	() () () () ()
61. İnsanlar size baktığı ya da hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma	() () () () ()
62. Size ait olmayan düşünceler sahip olma	() () () () ()
63. Bir başkasına vurma, yaralama, zarar verme isteği	() () () () ()
64. Sabahları çok erken saatte uyanma	() () () () ()
65. Yıkama, 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 sıkışık 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 verirsiniz 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-3

MINNESOTA DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU FORMU

GENEL BİLGİLER

1.Erkek: Kadın:

2.Yaş:

3.Meslek:

4.Evlilik durumunuz: Bekar:

Evli:

Boşanmış:

Dul:

Ayrı yaşama:

5.Çocuğunuz var mı? Evet: Hayır:

5a.(Evetse) Kaç çocuğunuz var? -----

5b.(Evetse) Kaç yaşındalar? -----

6.Eğitim durumunuz:

6a.Liseden daha fazlaysa aldığınız en yüksek derece:

7.Yıllık geliriniz ne kadar? -----

ALİŞVERİŞ YAPMA BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRMESİ

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

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

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

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

Evet: Hayır:

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

Hayır:

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

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

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

Soysal -----

Evlilikle ilgili -----

Ailevi -----

Mali -----

İş -----

Kişisel zorluklar -----

Diğer -----

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

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

KLEPTOMANİ DEĞERLENDİRMESİ

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

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

1c.(Evetse) Ne çalmıştınız? -----

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

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

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

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

Parasal değeri için çalma -----%

Kişisel gereksinim için çalma -----%

Kişisel gereksinim veya parasal değer

Taşımayan eşyaları çalma -----%

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

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

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

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

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

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

Sosyal -----

Evlilikle ilgili-----

Ailevi-----

Mali-----

İş-----

Kişisel zorluklar-----

Diğer-----

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

TRİKOTİLLOMANİ DEĞERLENDİRMESİ

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

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

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

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

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

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

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

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

ARALIKLI PATLAYICI BOZUKLUK DEĞERLENDİRMESİ

Aşağıda saldırganlıkla ilişkili sorular bulunmaktadır.

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

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

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

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

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

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

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

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

PIROMANI DEĞERLENDİRMESİ

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

Hayır: (Hayırsa değerlendirmeyi sonlandırınız.)

(Evetse) Bu yangınların birden fazlası;

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

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

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

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

(not: halüsinasyonlar, delüzyonlar bu değerlendirmede yer almamıştır)

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

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

Evet: Hayır:

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

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

PATOLOJİK KUMAR OYNAMA DEĞERLENDİRMESİ

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

KOMPULSİF CİNSEL DAVRANIŞ DEĞERLENDİRMESİ

Aşağıdaki bölüm cinsel davranışlarla ilgili sorular içermektedir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KOMPULSİF HAREKET(EGZERSİZ) DEĞERLENDİRMESİ

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

- a)Ayakta veya oturup yemek yerken kalori harcamak için? Evet: Hayır:
 - b)Otururken kalori harcamak ve kilo kaybetmek için kol ve bacakları hareket ettirmek? Evet: Hayır:
 - c)Herhangi başka zamanlar?(Evetse) lütfen açıklayınız -----

-

EK-4**BIS 11**

#	_____
Plan Yapmama Puanı	_____
Motor Puanı	_____
Dikkat Puanı	_____

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

	☐	☐	☐	☐
	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 birtek 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 çözmeyi severim	☐	☐	☐	☐
30 Geleceğini düşünen birisiyim	☐	☐	☐	☐

GÜLEÇ H. ALTAY G.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Özlem PALTACI

Doğum Tarihi ve Yeri : 1981- Antakya

Medeni Durumu : Evli

Adres : Yenibaraj mah. 68050 sokak. Apt. no:17/23

Telefon : 0 507 9425196

Faks :

E-mail :drozlempaltaci@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Ege Üniveristesi Tıp Fakültesi

Mezuniyet Derecesi :

Görev Yerleri : Van Özalp Devlet Hastanesi
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları AD
ÇÜTF Psikiyatri AD

Dernek Üyelikleri : Türk Psikiyatri Derneği

Alınan Burslar :

Yabancı Dil : İngilizce

Diğer Hususlar :