



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

**YAŞLI HASTALARDA DÜRTÜ KONTROL
BOZUKLUKLARININ ÖZELLİKLERİ**

DR. MEHTAP BİCAN

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. LUT TAMAM**

ADANA-2011



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

**YAŞLI HASTALARDA DÜRTÜ KONTROL
BOZUKLUKLARININ ÖZELLİKLERİ**

DR. MEHTAP BİCAN

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. LUT TAMAM**

ADANA-2011

**Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana
yardımcı olan Prof. Dr. Lut TAMAM'a
Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan
Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye,
Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a,
Doç. Dr. Şükrü UĞUZ'a, Yrd. Doç. Dr. Gonca KARAKUŞ'a
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD. ve Nöroloji AD. Öğretim Üyelerine ve
Tüm çalışma arkadaşlarıma
TEŞEKKÜR EDERİM.**

Dr. Mehtap BİCAN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO LİSTESİ.....	IV
KISALTIMA LİSTESİ	V
ÖZET ve ANAHTAR SÖZCÜKLER	VI
ABSTRACT- KEYWORDS.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık ve Psikiyatri.....	3
2.1.1.Yaşlılığın Tanımı.....	3
2.1.2.Yaşlılıkta Görülen Psikiyatrik Hastalıklar	4
2.1.2.1.Epidemiyolojik Veriler ve Sorunlar.....	4
2.1.2.2.Majör Depresif Bozukluk.....	5
2.1.2.2.1.Yaşlılık Depresyonunun Klinik ve Demografik Özellikleri...	6
2.1.2.3.Bipolar Bozukluk.....	8
2.1.2.4.Şizofreni ve Sanrısız Bozukluk.....	9
2.1.2.5.Anksiyete Bozuklukları ve Somatoform Bozukluklar.....	10
2.1.2.6.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu.....	12
2.2.Başka Türü Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları.....	13
2.2.1.Aralıklı Patlayıcı Bozukluk.....	15
2.2.2.Kleptomani.....	21
2.2.3.Patolojik Kumar Oynama	25
2.2.4.Piromani	29
2.2.5.Trikotillomani	31
2.2.6.Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu	34
2.3.Yaşlılarda Dürtüsellik ve İlişkili Bozukluklar.....	37
2.4.Yaşlılarda Dürtü Kontrol Bozuklukları.....	39

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
3.1. Verilerin Toplanması	44
3.2. Veri toplama Araçları.....	44
3.3. İstatistiksel İşlemler.....	48
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER	72
EK-1.....	72
EK-2.....	74
EK-3.....	77
EK-4.....	86
EK-5.....	87
9. ÖZGEÇMİŞ.....	88

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa</u>
1	APB için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	18
2	Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	21
3	PKO için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	25
4	Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	30
5	Trikotillomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	32
6	Yaşlı psikiyatrik hastalarda DKB eş tanılarının yaşam boyu ve şu anki sıklıkları	49
7	Yaşlı psikiyatrik hastaların demografik özellikleri	50
8	Yaşam boyu DKB varlığına göre gruplandırılan yaşlı hastalarda demografik değişkenlerin karşılaştırılması	51
9	Yaşlı hastalarda yaşam boyu dürtü kontrol bozuklukları (DKB) eşanı sıklıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması	51
10	Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin yaşam boyu DKB si olan ve olmayan gruplarda karşılaştırılması	52
11	DKB varlığına göre sınıflandırılmış yaşlı hastaların psikometrik test ortalamalarının karşılaştırılması	53
12	Yaşamboyu DKB si olan ve olmayan yaşlı hastalar arasındaki yaşam boyu diğer eksen I bozukluklarının sıklığının karşılaştırılması	54
13	Tek tek DKB'lerin eşanı özellikleri	54
14	Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarının DKB si olmayan hastalarla karşılaştırılması	55
15	Tek tek DKB'lerin dürtüsellikle ilgili ölçek puanlarının DKB si olmayan hastalarla karşılaştırılması	55

KISALTMA LİSTESİ

DSM-IV	: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
ICD-10	: Clasification of Mental and Behavioural Disorder
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake İnhibitors
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
DKB	: Dürtü Kontrol Bozukluğu
BTA-DKB	: Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu
APB	: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk
PKO	: Patolojik Kumar Oynama
KSA	: Kompulsif Satın Alma
KCD	: Kompulsif Cinsel Davranış
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-11

ÖZET

Yaşlı Hastalarda Dürtü Kontrol Bozukluklarının Özellikleri

Amaç: Bu çalışma yaşlı hastalarda Dürtü Kontrol Bozukluklarının sıklığı, klinik ve demografik özelliklerinin belirlenmesi ve diğer psikiyatrik hastalıklar üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Polikliniğimize bir yıllık süre boyunca ayaktan başvuran 60 yaş ve üzeri 90 hasta çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik Veri Formu, Psikiyatrik Hastalıkların Tanı ve Sınıflandırılması El Kitabı-IV'e göre Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik görüşme Ölçeği, dürtü kontrol bozukluklarını saptamak için Minnesota Dürtü Kontrol Bozukluğu Görüşme Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 ve Standardize Mini Mental Test uygulanmıştır.

Bulgular: Bir yıllık bir süreçte polikliniğimize ayaktan başvuran 60 yaş ve üzeri hastaların % 17'sinde yaşam boyu en az bir dürtü kontrol bozukluğu ek tanısı saptanmıştır. Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları dâhil edildiğinde hastaların % 22,4'ünde dürtü kontrol bozukluğu ek tanısı saptanmıştır. En sık saptanan Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (% 15,8), ikinci sırada Patolojik Kumar Oynama (% 9,2)dır. Çalışmaya katılan tüm hastaların sosyodemografik özellikleri ele alındığında grubun çoğunluğunun erkek (%54), evli (%80), ortaöğretim ve üstü düzeyde eğitim aldığı (%51), orta düzeyde sosyoekonomik düzeye sahip oldukları (%79), tamamının çalışmadığı (ev hanımı dahil) veya emekli olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda Dürtü kontrol Bozukluğu olan ve olmayan hasta grupları arasında sosyodemografik özelliklerden sadece cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yaşlı hasta grubunda erkeklerin %34,1'i yaşam boyu en az bir Dürtü Kontrol Bozukluğu tanısı konmuşken, kadınların %8,6'sı Dürtü Kontrol Bozukluğu tanısı almıştır. Çocukluk çağı dönemine ait hastalıklardan Davranım Bozukluğu, Dürtü Kontrol Bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi, fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır Alkol/madde kullanım bozukluğu Dürtü Kontrol Bozukluğu olan grupta %17,6 oranında saptanmışken, olmayan grupta hiçbir olguya rastlanmamıştır.

Sonuç: Bu çalışma sonuçları bir yıllık süreçte polikliniğimize başvuran 60 yaş ve üzeri hastalarının yaklaşık beşte birinde yaşam boyu en az bir dürtü kontrol bozukluğu eştanısı aldıklarını göstermektedir. Dürtü kontrol bozukluklarının yaşam boyu oldukça sık oranda görüldüğü ve yaş ilerledikçe sıklığının azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: yaşlı, dürtü kontrol bozuklukları, komorbidite

ABSTRACT

Characteristics of Impulse Control Disorders in Elderly Patients

Aim: The aim of this study was to determine the prevalence of impulse control disorders among elderly patients and evaluate sociodemographic and clinical features of these cases.

Materials and Methods: The study included 76 patients aged 60 and over who have been referred to our outpatient clinics in one year period. A demographic data form has been completed along with a structural clinical interview (SCID-I) to evaluate axis I psychiatric disorders according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV). To determine the prevalence of impulse control disorders Minnesota Impulse Control Disorders Interview has been conducted with all patients. Besides all patients completed Symptom Check List-90, Barratt Impulsiveness Scale-11, to find out several psychopathology and impulsivity levels.

Results: In one year period, 17% of the sample had at least one impulse control disorder comorbidity. The inclusion of patients with a diagnosis of impulse control disorders not otherwise specified increases the number of patients with any impulse control disorders comorbidity to 22,4%. The most common impulse control disorder was intermittent explosive disorder (15,8%), followed by Pathological Gambling (9.2%). The majority of the sample were men (54%), married (80%), received high school level training (51%), mid-level socioeconomic status (79%), all unemployed (including housewife) or were retired. In this study, the only significantly different socio-demographic characteristic between patients with a comorbid impulse control disorder and without any impulse control disorder was gender. Whereas only 34.1% of men were diagnosed with at least one lifetime Impulse Control Disorder 8.6% of women were diagnosed as Impulse Control Disorder. The prevalence of conduct disorder childhood were significantly higher in the group with a impulse control disorder. There were no statistically significant difference among the groups interm of attempted suicide, a history of physical illness, and family history of psychiatric illness. Alcohol / substance use disorder rate were found at a prevalence of 17.6% in the group of Impulse Control Disorder, no cases were found in the group without any Impulse Control Disorder.

Discussion: The result of this study have shown that one fifth of patients over 60 years in one year period ,had at least one lifetime impulse control disorder. The prevalence rates of impulse control disorders seems to decrease with aging.

Key Words: elders, impulse control disorders, comorbidity

1. GİRİŞ

Dürtü organizmanın uyarılmış bir durumudur. Bir eksiklik ya da hoş olmayan bir uyarının etkisi altında dengesi değişen organizmanın eski durumunu alabilmesi için bir itme bir canlanmadır.¹ Dürtüsellikle ilgili birçok tanımlama yapılmış, dürtüsellığı değerlendirmek için çok sayıda yöntem kullanılmıştır. Günümüzde dürtüsellığı tanımlama çabaları sürmektedir. Bazı yazarlar dürtüsellığı önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme, yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlamışlardır. Dürtüsellik insan hayatının hemen tüm alanlarını etkileme potansiyeli olan bir kişilik özelliğidir. Davranışsal yönden dürtüsellik; kötü kavramanın bir sonucu olan, zamansız ifade edilmiş, gereksiz risk taşıyan ve uygun olmayan durumlar ve sıklıkla istenmeyen sonuçlara neden olan yaygın bir eylem olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsellik hızlı araba kullanma, aşırı alışveriş yapma, kendine ya da çevreye zarar verme gibi birçok günlük olayda karşımıza çıkabilir. Dürtüsellik normal bir davranış örüntüsü olabileceği gibi birçok ruhsal hastalığın psikopatolojik bir parçası da olabilir (örn. çocuklarda yıkıcı davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, erişkinde bipolar bozukluk, alkol madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları).²

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.³ 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.

Yaşlılarda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları, uyku ve cinsel işlev bozuklukları ve organik nedenlere bağlı diğer ruhsal hastalıklar görülebilir. Yaşlılarda DKB ile ilgili yapılan çalışmalar bir kısmı olgu sunumu niteliğinde olmak üzere patolojik kumar oynama ve kleptomani ile ilgilidir. Türkçe literatür tarandığında bu konu üzerine yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

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

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda DKB sıklığını ve ilişkili klinik ve sosyodemografik özelliklerini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık ve Psikiyatri

2.1.1.Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılığın nasıl tanımlanacağı ya da kimlere yaşlı denileceği oldukça tartışmalı bir durumdur. Bugün yaşlılığın 65 yaş ve sonrası esas alınarak, normal yaşam döngüsünün son devresi olarak tanımlanması, birçok tanımsal soruna rağmen genel kabul görmektedir. Yaşlı nüfus, başta yaşam beklentisi yüksek olan gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada giderek artmaktadır. Örneğin ABD'nde 65 yaşını geçen nüfus, 1860'larda yalnızca 37 kişiden biri düzeyinde iken, 1960'da bu oran altıda bir olmuştur; yine bu ülkede yaşlıların 2000 yılında 35 milyon (toplam nüfusun %11'i), 2030 yılında ise 64 milyondan daha fazla (toplam nüfusun %21'i) nüfusa sahip olacakları hesaplanmaktadır. Yaşlılıkla ilgili önemli bir demografik veri de, kadınlarda beklenen ortalama yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle, yaşlı nüfus içinde kadınların erkeklerden daha fazla olmalarıdır. Kadınların erkeklerden daha uzun yaşamaları, yaşlıların medeni durumlarını da doğrudan etkilemektedir; yaşlı bir erkeğin evlenmesi, yaşlı bir kadının evlenmesinden daha kolay olması nedeniyle, yaşlı kadınların çoğu dul iken yaşlı erkeklerin çoğu evlidir.^{4,5,6}

Yaşlılık dönemini bütün yönleriyle ele alıp inceleyen bilim dalı gerontolojidir. Gerontolojistler, yaşlanma sürecini biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere birbirleriyle ilişkili üç boyutta değerlendirirler. Bu boyutlardaki değişiklikler, çok farklı düzeylerde ortaya çıktıklarından fiziksel olarak yaşlı olmasına rağmen zihinsel bakımdan genç kalanlar ya da genç görünümüne rağmen yaşlı gibi davrananlar olabilmektedir.

Psikolojik yaşlanma, bilişsel beceriler (zeka, dikkat, öğrenme ve bellek, dil, görsel-uzamsal yetiler, akıl yürütme ve bilişsel esneklik) ve kişiliğin ve emosyonel davranışın (duygudurum, güdülenimler ve başatma becerileri gibi) çeşitli nitelikleri açısından yaşlı bir insanda genelde ortaya çıkan davranış değişimleriyle ilgilidir. Böyle davranış ve eğilimler, bir insanın yaşlanma sürecinde ortaya çıkan fiziksel değişimlere (hemen hemen tüm duylarda düşüş olması, hareket ve motor beceriler alanında gerileme, sinir sisteminde refleks ve

tepkilerin azalması, kalp-damar sisteminde yavaşlama vs.), yaşlılıkla birlikte farklılaşan sosyal rol ve beklentilere ne denli uyum sağlayabileceğinin belirlenmesinde çok önemlidirler. Örneğin görme ve işitme duyusundaki azalmalar, insanlararası etkileşimi büyük ölçüde etkiler ve duygusal güçlükler yol açar. Aynı şekilde fiziksel değişikliklerin kabul edilmemesi, yaşlılara özgü bir paranoid düşünme tarzına yol açabilir.⁷

Ancak psikolojik ve fiziksel yaşlanma hakkında konuşurken mutlaka göz önünde bulundurulması gereken bir nokta, bu alandaki bilimsel bilginin ortalama yaşama beklentisinin, tıbbi gelişmelerin ve sağlıklı yaşama stillerine yapılan vurgunun artmasıyla birlikte her geçen gün geçersizlenmesidir.

Normal yaşlanma konusundaki literatür, iki tür özellik göstermektedir: Bunlardan birincisi, yaşlanma sürecini optimal düzeylerde, bilinen bir hastalık ve ilaç alım öyküsü olmadan yaşayan, büyük olasılıkla sosyoekonomik düzeyleri yüksek ve aktif bir yaşam süren bireylere dayanmaktadır. Doğrusunu söylemek gerekirse, yaşlanma ve onun etkileri hakkındaki gerçek bilgi bu tür veri kaynaklarına dayanan araştırmalardan gelmektedir. Diğer tip literatür ise, örneklem seçiminde yeterince özen gösterilmeyen, pekala artrit, hipertansiyon gibi kronik hastalıkları olan, eğitim ve gelir düzeyleri düşük yaşlıları da kapsayabilen araştırmalardan kaynaklanmaktadır. Bu tür araştırmaların avantajları ise, yaşla birlikte ortaya çıkan değişikliklerin çağdaş kohort analizlerinde daha temsil edici bir tablo sunmalarıdır. Bu nedenle yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirirken araştırmancının yaşlanmanın birinci türde olduğu gibi optimal örüntülerini mi yoksa ikinci türde olduğu gibi tipik örüntülerini mi ortaya koyduğunu öncelikle saptamak gerekmektedir. Aynı nedenlerle her ne kadar DSM-IV'te "Yaşla bağlantılı bilişsel azalma" şeklinde bir tanı kategorisi yer almışsa da ilerideki verilerle bu tür kategorilerin kaldırılabilmesi ya da değişikliklere uğratabileceği hesaba katılmalıdır.

2.1.2.Yaşlılıkta Görülen (Organik Ruhsal Bozukluklar Dışındaki) Psikiyatrik Hastalıklar

2.1.2.1.Epidemiyolojik Veriler ve Sorunlar

Özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere, 65 yaşını aşan insanların sayılarının ve doğal olarak genel nüfusa oranlarının giderek artması, birçok ülkede bu oranının genel nüfusun %10'unu geçmesi, toplumda daha uzun yaşam beklentisinin ortaya çıkması ve olağan hale gelmesi, bu yaş grubuna gösterilen psikiyatrik ilgi, araştırma ve hizmetin de aynı şekilde artmasına neden olmuştur.⁸

Bugüne kadar yapılan araştırmalar, (tıbbi bir duruma bağlı ruhsal bozuklukların haricinde) yaşlılıkta en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıkların, herhangi bir yaşam döneminde görülme sıklığına göre, belirgin bir farklılık göstermediğini, hatta kimi bozuklukların görülme sıklığında, yaşla birlikte azalma olabileceğini ortaya koymuştur.⁹

Aslında herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın geç yaşam döneminde görülme sıklığını hesap ederken dikkate alınması gereken bir olgu da, yaşamın daha önceki dönemlerinde ortaya çıkmış olan rahatsızlıkların yaşın ilerlemesiyle birlikte, geç yaşam döneminde sarkmış olmasıdır. Gerçekten geç yaşam döneminde ortaya çıkmadığı halde, bu dönemin rahatsızlıkları arasında sayılan bu tür durumlara rağmen, yaşlılıkta bazı rahatsızlıklarda azalma görülmesi, ilginç bir durumdur. Ama yine de örneğin psikiyatrik rahatsızlığı olan kimselerin genelde daha yüksek ölüm oranları göstermesinin böyle bir prevalans azalmasında bir rolü olduğu gibi olasılıkları göz önüne almak gerekmektedir.¹⁰

İlk kez yaşlılıkta ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıkların bu yaş döneminde özgü olabilecek nedenlerini araştırırken, daha için başında, doğal olarak genetik etkenin önemi azalmakta, toplumsal ve ekonomik etkenler biraz daha ne çıkmaktadırlar. Bunlar arasında, toplumun yaşlılıkla ilgili önyargılar, yaşlılık döneminde ekonomik gelirdeki ve fiziksel sağlıktaki azalmalar, en göze çarpan etkenlerdir. Ancak buna rağmen sosyal stres ile yaşlılıkta ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıklar arasında tam bir etyolojik ilişki olduğunu söylemek olanaksızdır. Çünkü sosyal stresin psikiyatrik rahatsızlığa yol açmış olma olasılığı kadar bunun tersi de geçerli olabilir. Ayrıca yaşlanmanın pekala hem sosyal strese hem psikiyatrik rahatsızlığa ayrı ayrı kaynaklık edebileceği, yaşlılıkta ortaya çıkan sosyal stresin kendi başına değil, örneğin kötü beslenme ya da sosyal destek azlığı gibi nedenlerle birarada psikiyatrik rahatsızlığa neden olabileceği ileri sürülebilir.⁷

Yaşlılarda ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıkların epidemiyolojisi ile ilgili olarak bu kısa epidemiyolojik değerlendirmeden sonra, şimdi artık bu dönemde görülen tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkanlar dışındaki psikiyatrik rahatsızlıkların herbirini ayrı ayrı ele alabiliriz.

2.1.2.2. Majör Depresif Bozukluk

2.1.2.2.1. Yaşlılık depresyonunun klinik ve demografik özellikleri

Epidemiyoloji: Majör depresyonun 65 yaşın üstündeki popülasyonda daha sık görüldüğü, bu yüzden yaşlılığın kendisinin depresyon için bir risk etkeni olma özelliği taşıdığı, klinisyenler tarafından uzunca bir süre geçerli bir bilgi olarak görülmesine rağmen, bu konuda yöntem olarak yeterli ve doyurucu araştırmalar ancak son zamanlarda yapılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalar, gerçek verileri ortaya çıkarmakla kalmayıp, yeni sorular sorulmasına ve araştırma planları yapılmasına neden olmaktadır.⁷

Depresyon için yaşın bir risk etkeni olmayabileceğini ilk ortaya koyan çalışma ABD'nde yapılan büyük epidemiyolojik alan çalışması olan ECA (Epidemiologic Catchment Area Study) çalışmalarıdır.^{11,12} Bu çalışmada depresyonun 65 yaşın üstünde ancak %1-2 prevalansta görüldüğü saptanmıştır. Yine başka iki çalışmada depresyonla yaşlanma arasındaki bağlantıyı kuran olgunun aslında yeti yitimi (disability) olduğu ortaya konmuştur. Hem depresyonda hem yaşlılıkta yeti yitimi artmaktadır.^{13,14} Zaten büyük olasılıkla ECA çalışmalarında yaş ve depresyon arasındaki negatif korelasyona neden olan etken de yeti yitimidir. Bu çalışmada yaşlılar, belirtilerini depresyona değil de yeti yitimine bağlamış olabilirler. Yine bir başka olasılık da, yaşlılarda daha fazla depresif belirti olmasına rağmen, bunların tek bir yaşlıda majör depresyon için tanı ölçütlerini doldurmamalarıdır.

Tüm bu gerçekleri göz önünde bulundurarak yapılan ve yöntem açısından oldukça yeterli bir araştırma depresyon ile artmış yaşın, kadın olmanın, düşük gelirin, fiziksel yeti yitiminin, bilişsel yıkımın ve sosyal desteğin daha sık birarada olduklarını saptamıştır.¹⁵ Ancak yine de araştırmacılar, yaşlanmanın kendisini depresyon için bir risk etkeni olup olmadığını söyleyemeyeceklerini, bunun için daha ayrıntılı araştırmalara gereksinim olduğunu bildirmektedirler.

Fakat unutmamak gerekir ki, her ne kadar yaşlılarda depresyonun ortaya çıkma sıklığı tartışmalı bir durum olsa da, bilinen bir gerçek, bu yaş grubunda akut psikiyatrik hastaneye yatırımların en sık nedeninin depresyon olduğudur.¹⁶

Etyoloji: Yaşlı depresyonlarının bir başka özelliği de, etyolojide genetik yatkınlığın gençler kadar önemli olmamasıdır. İlk bakışta yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan norepinefrin, dopamin ve serotonin'in beyin konsantrasyonlarında bir azalma, katabolik monoamino oksidaz enzimlerde bir artış görülmesi, sanki depresyon için uygun bir nörobiyolojik vasat

oluşturuyormuş gibi görünmesine rağmen bu değişikliklerle depresyon arasındaki bağ gösterilememiştir.

Geriyatrik depresyon, çok çeşitli etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan heterojen bir durumdur. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler, yeti yitimi, ekonomik açıdan yaşanan zorluk, kayıplar ve yaşama tarzındaki değişiklikler hastalığa katkıda bulunuyor olabilir. Yine yaşlılık döneminde görünen bazı hastalıklar vardır ki, bunlar da çok sıklıkla depresyonla birlikte görülebilirler. Bunlar arasında özellikle hipotiroidizm, hipertiroidizm, cushing gibi endokrinopatiler; viral enfeksiyonlar, lenfoma ve pankreas kanseri ve diğer malignensiler sayılabilir. Reserpine, alfa-metildopa, klonidine, hidralazin, propranolol, digitaller, simetidine, steroidler, östrojenler, progestasyonel ajanlar, indomethazin, kodeine, antibiyotikler, levodopa, tamoksifen, vinkristin, vinblastin, benzodiazepinler ve barbitüratlar gibi çok geniş bir ilaç grubu da yaşlılarda depresyonun tetiğini çekebilir.¹⁷

Depresyon, henüz aralarında nasıl bir ilişki olduğu tam olarak anlaşılmasına rağmen, tıbbi hastalığı olan yaşlılarda olmayanlara göre on kat daha fazla görülmektedir. Birçok nörolojik hastalıkta olduğu gibi, Alzheimer'ı olan yaşlılarda da depresyon daha fazla görülür. Öyle ki Alzheimer'lıların %20'sinde majör depresyon ortaya çıkmakta %50'inde ise değişik şiddetlerde depresif belirtiler bulunmaktadır. Demansın şiddeti ile depresyon görülme oranı arasında bir bağ bulunamamıştır. Multi-infarkt demanslarda ise, depresyon Alzheimer'a göre biraz daha fazla görülmektedir; serebrovasküler hastalıklarda görülen depresyonlar, büyük olasılıkla anterior norepinefrin yollarında ortaya çıkan kesilmelerle bağlantılıdır. Tüm kafa içi olaylar arasında, özellikle frontal alanları tutanlarda olmak üzere sol hemisfer lezyonlarında daha fazla depresyon görüldüğü; parkinsonlularda depresyon oranlarının, hastalığının şiddetiyle bir ilişkisi olmaksızın, %50'e kadar yükseldiği bilinmektedir.⁷

Yaşlıların depresyonundaki majör sosyal ve demografik risk faktörleri, genellikle erişkin yaş grubuna benzerdir. Kadın olmak, evli olmamak (özellikle boşanmış olmak), stresli yaşam olaylarıyla karşılaşmak, sosyal destek ağının zayıflığı, depresyon oranlarında artışlara neden olmaktadır.

Klinik görünüm ve seyir: Genel olarak yaşlılık depresyonları ile genç yetişkin dönemde görülen depresyonlar arasında klinik görünüm açısından belirgin bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak yaşlı depresiflerin daha çok somatik yakınma getirdikleri, anksiyeteli görüldükleri, konsantrasyon güçlüğü ve bellek bozukluklarından yakındıkları, depresif duygudurumlarını maskeliyerek örttükleri ve daha az suçluluk duygusu yakınması getirdikleri bilinmektedir. Hipokondriak belirtiler, yaşlı depresyonların yaklaşık %65'inde

bulunur ve intihar girişimleri için önemli risk etkenlerinden birisini oluşturur. Yaşlılarda psikotik özellikli depresyona genç yetişkinlere göre daha sık rastlanır. Bazı aksine kanıtlar varsa da, psikotik depresif hastaların ailelerinde depresyon açısından daha yüksek morbidite riski olduğu söylenmektedir.¹⁷

Yaşlılarda görülen depresyonun prognoz açısından farklılıklar taşıdığı, daha sık ve uzun rölaplar olduğu klinisyenler tarafından öteden beri söylenegelmektedir. Oysa bu konuda son zamanlarda yapılan çalışmalar tam tersi sonuçlar vermektedir. Yaşlıların depresyonlarında prognoz hastalığın şiddeti, sanrıları olması, fiziksel sağlık sorunları ve ayrılık, kayıp gibi stresli yaşam olaylarıyla doğru orantılı olarak kötüleştiği görülmektedir.¹⁸

Ayırıcı tanı: Yaşlıların depresyonlarında suçluk duygusu ve kederli görünüm ve psikolojik stersin varlığı gibi bazı durumları yadsımaları nedeniyle tanı güçlüklerinin yanısıra bir başka güçlük ve dolayısıyla dikkat edilmesi gereken nokta da, özellikle demansla olmak üzere, ayırıcı tanı güçlükleridir.

Ayaktan izlenen ve kronik tıbbi hastalığı olanlarda depresyonun çok daha fazla görülmesi ve bu hastaların depresyonu olmayanlara göre prognozlarının daha kötü olması yaşlılarda intihar girişimlerine görece daha sık başvurulması ve tamamlanmış intiharların çokluğu demanslı hastaların yaklaşık %30'nun başlangıçta yanlışlıkla demans tanısı alması depresyonun bazan demansın başlangıcında önemli bir klinik görünüm, bazan da demansa eklenen bir antite olduğunun, bazı hastalarda da depresyonun pseudodemans gibi seyrettiğinin bilinmesi neden ayırıcı tanının bu denli önemli olduğunun gerekçeleridir.⁷

2.1.2.3.Bipolar Bozukluk

Genellikle yetişkinlik döneminin ortalarında başlama eğiliminde olan bu bozukluğun yaşam boyunca görülme sıklığı %1 olarak kalmaktadır. Aynı şekilde, önceden bilinenin aksine, relaplara duyarlılıkta da yaşla birlikte bir değişiklik olmamaktadır. 65 yaşın üzerindeki bir hastada manik epizot belirtileri ilk kez ortaya çıkmışsa, klinisyen ilaç yan etkisi veya demansiyel bir sürecin başlangıcı gibi eşlik eden organik bir neden olup olmadığını mutlaka araştırmalıdır.¹⁹

Manik belirtiler, yaşlılarda da tıpkı gençlerdeki gibidir ama bunun yanısıra yaşlıların çoğunda tabloya paranoid ve hostile davranışların da eklendiği dikkat çekmektedir. Bu yüzden kimi zaman yaşlıların manik ataklarının atipik olabileceği ve yanlışlıkla ajite depresyon tanısı

alabilecekleri bildirilmektedir. Bilişsel yıkım, yönelim bozukluğu ve farkındalık düzeyindeki oynamalar, klinisyeni yine organik nedenlerle ilgili olarak uyarmalıdır.

Yaşlıların bipolar bozukluklarında tartışılması gereken bir nokta da, lityum uygulamasıyla ilgilidir. Yaşla birlikte böbrek klerensi azaldığından yaşlılarda düşük dozlarda bile yüksek lityum plazma düzeyleri ortaya çıkabilir ama yine de dikkatli monitorize etmek koşuluyla, yaşlılarda lityum verilmesinden kolaylıkla vazgeçilmemelidir.

2.1.2.4. Şizofreni ve Sanrısız Bozukluk

Bir geç ergenlik veya genç yetişkinlik hastalığı olan şizofrenide, ilk atağın 65 yaşından sonra görüldüğü örnekler çok enderdir ve bu durum yıllardır bilinmesine rağmen tartışmalar da sürüp gitmektedir.²⁰ Şizofreni eğer 45 yaşından sonra başlamışsa hastalığın bu tipine geç başlangıçlı şizofreni denir.

Geç başlangıçlı şizofreni, daha çok paranoid alt-tipte olma eğilimindedir ve kadınlarda daha çok görülür. Hastaların çoğunun evli ya da daha önce evlenmiş olmaları; hastalığın başlangıcından önce doyurucu bir iş yaşamları veya etkin bir ev hanımlığı öykülerinin bulunması dikkat çekmektedir. Bu epidemiyolojik özellikler, erken başlangıçlı şizofreniye neredeyse karşıt niteliktedirler.^{19,20}

Erken başlangıçlı şizofrenisi olan hastaların %20'si 65 yaşından sonra aktif belirtiler göstermemektedir; bu hastaların %80'ninde ise, şu veya bu ölçüde yıkım ortaya çıkmaktadır. Genel olarak yaşla birlikte şizofrenide belirtilerin belirginliğinin daha az hale geldiğini söylemek mümkündür. Tüm şizofrenisi olan hastaların %30'u yaşlılık döneminde rezidü tipe girmekte; duygusal küntleşme, toplumsal geri çekilme, egzantrik davranış ve mantıksız düşünce gibi belirti ve işaretler göstermektedir. Sanrılar ve varsanılar yaygın olmamasına rağmen bu tür hastalar, yine de öz bakımlarını beceremediklerinden uzun süreli hastanede yatışlara gereksinim duyabilirler.¹⁹

Yaşlıların şizofrenik belirtileri, antipsikotik tedaviye daha iyi yanıt verirler. Bu hastalarda ilaç tedavisi ayarlanırken, yaşlılıkla ilgili tüm diğer özelliklerin yanısıra, bu gerçek de göz önünde bulundurulmalı, daha düşük dozlarda etkin bir tedavi sağlanabilmesi olasılığı, elbette bu arada yaşlıların başta tardiv diskinezi olmak üzere antipsikotik yan etkilerine daha duyarlı oldukları akılda tutulmalıdır.

Sanrısız bozuklukların ise, başlangıç yaşı, genellikle 40-55 arasındadır ama yine de yaşlılık döneminde de bu bozukluklar ortaya çıkabilir. Sanrısız bozukluk ölçütlerini tam karşılamasalar bile, çalışmalar, yaşlılık döneminde paranoid düşünme biçiminin %13 düzeyine çıkabildiğini; 65 yaşın üzerindekielerde yaygın kötülük görme düşüncelerinin %4'e ulaştığını göstermektedir. Sanrılar, çoğunlukla kötülük görme tarzında olmakla birlikte, hemen her türde karşımıza çıkabilirler. Kötülük görme sanrıları olan bir yaşlı hasta, kötülük göreceğini sandığı kimselere karşı saldırgan eğilimler gösterebilir ya da evden dışarı çıkmamak gibi yollarla kendini toplumdan yalıtabilir.⁷

Yaşlılardaki sanrısız bozukluklar, tek başına görülebildikleri gibi Alzheimer tipi demans, alkol kullanım bozukluğu, şizofreni, depresif bozukluklar, iki uçlu duygudurum bozukluğu gibi durumlarda da ortaya çıktıklarından ayırıcı tanıda dikkatli olmak gerekmektedir. Yine ayrıca yaşlılık döneminde çeşitli nedenlerle alınan ilaçların sanrılara kaynaklık edebilecekleri veya bir beyin tümörünün ilk işaretinin sanrı tarzında olabileceği unutulmamalıdır.

Sanrısız bozukluklarda, özellikle kötülük görme tipinde tedaviye yanıt az olsa da ve hastaların tedaviye rıza göstermelerinde güçlükler bulunsa da, genel olarak en başarılı sonuçların psikoterapi ve antipsikotik tedavinin birarada uygulanması sonucunda elde edildiği söylenebilir.

2.1.2.5. Anksiyete Bozuklukları ve Somatoform Bozukluklar

Anksiyete bozuklukları, panik bozukluklarını, fobileri, obsesif kompulsif bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğunu, akut stres bozukluğunu ve pottravmatik stres bozukluğunu içeren geniş bir kümedir. ABD'nde yapılan büyük alan araştırması ECA kapsamında 65 yaşın üzerindeki kişilerde anksiyete bozukluklarının bir aylık prevalansı %5 olarak bulunmuştur. Bunlar arasında en sık olarak görüleni fobilerdir (%4-8); panik bozuklukları ise, ancak %1 oranındadır; yaygın anksiyete bozuklukları 65 yaşın üzerinde %1-2,2 oranında görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun 45 yaşından sonra prevalansında belirgin bir düşüş olduğu ancak 45-65 yaş arasındaki görülme sıklığıyla 65 yaşından sonraki görülme sıklığı arasında bir değişiklik bulunmadığı saptanmıştır. Bu araştırma, genellikle genç ve orta yetişkinlikte başlama eğiliminde olan anksiyete bozukluklarının, 60 yaşından sonra da ortaya çıkabildiklerini göstermiştir.

Fobilerin belirti ve işaretleri yaşlılarda gençlere göre daha az şiddette olmalarına rağmen, onları gençlerle aynı ölçüde etkileyebilmektedir. Yaşlıların anksiyetelerinde ölüme yaklaşmış olmalarının ve ölüm düşüncelerinin bir rolü olabilir. Aynı şekilde önemli bir stres yaşantısının

ardından anksiyete gelişiminde yaşlıların otonom sinir sistemlerinin frajil olmasının payı bulunabilir. Posttravmatik stres bozukluğu da yaşlılarda daha şiddetli seyretmekte ve daha fazla fiziksel yeti yıkımına neden olmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk, obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin yaşlılık döneminde belirginlik kazanarak semptomatik hale gelmesiyle olabileceği gibi, bu kişilik özelliğini hiç taşımayan yaşlılarda da ilk kez ortaya çıkabilir.

Anksiyete bozukluklarının sık olarak diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla ve tıbbi hastalıklarla birarada bulunduğu bilinmektedir. Özellikle tıbbi bir hastalığa sahip olma açısından bir risk grubunu oluşturan yaşlı hastalarda anksiyete bozukları ortaya çıktığında, hem ayırıcı tanı hem de birarada bulunan diğer rahatsızlıkların saptanabilmesi için titiz bir araştıma yapılmalıdır.

Yaşlılık dönemindeki anksiyete bozukluklarının tedavisinde, genç yetişkin dönemle büyük ölçüde aynı yollar ve ilkeler izlenmektedir. Buna göre mümkün olduğunca öncelikle anksiyete bozuklukları, çevresel düzenleme, eğitim, psikoterapi gibi farmakolojik olmayan yollar izlenerek tedavi edilmeye çalışılmalıdır. Gevşeme ve yaşlılık dönemi için uyarlanmış psikoterapi tekniklerinin yaşlıların anksiyetelerini azaltmada da oldukça etkili oldukları kanıtlanmıştır. Anksiyete bozukluklarında farmakoterapiye başvurulması gereken durumlarda ise, yaşlılarda ilaçların farmakodinamiklerinde ve farmakokinetiklerinde ortaya çıkan değişiklikler, diğer ilaçlar ve hastalıklarla olabilecek etkileşimleri açısından dikkatli olunmalı; genel kural olarak genç yetişkin dozunun dörtte biriyle yarısı arasında bir dozda ilaç verilmeli; kısa süreli anksiyolitikler tercih edilmelidir. Yaşlılarda da anksiyolitiklerin kesilmesine bağlı belirtiler ortaya çıkabilir ama bunların gençlerdeki kadar şiddetli olmadıkları bilinmektedir.

Hiçbir muayene ve laboratuvar kanıtı olmadığı halde, sanki tıbbi bir hastalık varmış gibi, fiziksel belirtilerle seyreden somatoform bozukluklar, yaşlılıkta somatik belirtilerin çok yaygın olarak görülmesi nedeniyle önem taşımaktadır. Yaşlıların %80'den fazlasının, artrit veya kardiyovasküler sorunlar gibi, en azından bir kronik rahatsızlığı vardır. 75 yaşını geçenlerin %20'sinin diabete ve tıbbi dikkat gerektiren dört hastalığa sahip oldukları bilinmektedir. Klinisyenin bu nedenle, bedensel yakınmaları olan ve bu yakınmalarına organik bir kanıt bulunamayan hastalarını ihmal etmemesi, çok ayrıntılı bir öykü alması, hastadaki belirtilerin süresini, ortaya çıkış şeklini ve özgeçmişindeki psikiyatrik ve/veya fiziksel hastalıkları saptamaya çalışması gerekmektedir. Sorunlarını bedenselleştiren hastalar, ilaç suistimaline yatkın olduklarından öyküde geçmişte ve halen ilaç kullanımı üzerinde titizlikle durulmalıdır.

Genellikle 40-50 yaşlarında görülmesine rağmen, 60 yaşından sonra da hipokondriazisin fazla olduğu söylenebilir. Öyle ki, geç yaşamda en sık görülen somatoform bozukluk

hipokondriazistir. Bu kronik seyirli hastalıkta, hastanın ölümcül seyirli bir hastalığı bulunmadığının güvencesini verebilmek için tekrarlayan fizik muayeneler yararlı olmakla birlikte, invazif ve yüksek riskli tanısal prosedürlerden tıbbi bir endikasyon olmadığı sürece kaçınılmalıdır. Klinisyenlerin kaçınmaları gereken bir nokta da, hastaya yakınmalarının hayali olduğunu söylemektir. Bu açıklamaların hiçbir yararları olmadığı gibi, zaten doğru da değildir. Çünkü yakınmalar gerçektir, hasta tarafından öyle algılanmaktadır.¹⁹

2.1.2.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Yaşlılarda görülen alkol bağımlılıklarında hastalar, çoğu zaman aşırı alkol alımına genç veya orta erişkinlikte başladıkları şeklinde bir öykü vermektedirler. Yine çoğunun daha çok karaciğer hastalığı olmak üzere, tıbbi bir hastalıkları, Wernicke ensefalopatisi, Korsakof sendromu gibi demansiyel bir rahatsızlığı vardır; dul veya boşanmış ya da hiç evlenmemiş erkekler içlerinde önemli sayıdadırlar; tutuklanmış olma öyküleri genellikle vardır; çoğunlukla yoksul kesim arasından gelmektedirler.

Batı ülkelerinde alkol ve madde kullanım bozuklukları, yaşlılarda görülen tüm psikiyatrik rahatsızlıkların %10'unu oluşturmaktadır. Bunlar arasında oranı 75 yaşından sonra büyük ölçüde düşmesine rağmen alkol birinci sıradadır; hipnotiklere, anksiyolitiklere ve narkotiklere bağımlılık oranları genellikle bilinenlerden çok daha yüksektir; Psikostimülanlar, hallusinojenler ve marihuana kullanımı yaşlılarda çok ender görülen bir durumdur; yine çok az sayıda opiyad bağımlısında rastlanmaktadır; alkol bağımlılığının tersine, reçete ile satılan ilaçların suistimali yaşlı kadınlarda iki misli fazladır.

Yaşlı hastalar, kronik anksiyeteleriyle başedebilmek, uykusuzluklarını yenebilmek için anksiyolitikleri kötüye kullanabilirler. Bu açıdan yapılan bir araştırmadan çok ilginç sonuçlar alınmıştır. Yaşlıların %18'ine hekimler tarafından bir psikoaktif ilaç reçete edilmiştir; fakat bunların üçte biri, ilacı reçete edildiği şekliyle kullanmamaktadır. İlginç olan, birçok yaşlının psikoaktif ilaçları reçete edildiğinden daha düşük dozlarda almasıdır. Aynı şekilde hekimleri tarafından narkotik verilen kanserli hastalar da bağımlılık geliştirebilirler; hatta kimi zaman ağrının giderilememesi öyle bir aciliyet gösterebilir ki, bağımlılık sorunu ikinci planda kalabilir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan yaşlılar, konfüzyon, kişisel hijyenin kötüleşmesi, depresyon, kötü beslenmeye bağlı sorunlar yüzünden kliniğe başvurabilirler. Bu tür başvurular da, alkol ve madde kullanım olasılığı soruşturulmalı; aynı şekilde kronik

gastrointestinal sorunları olan yaşlılar, alkol kötüye kullanımı yönünden değerlendirilmelidir. Tıbbi bir hastalığı nedeniyle hastaneye yatırılmak durumunda kalınan yaşlılarda, ani başlangıçlı deliryumlar sık olarak görülürler. Yaşlı alkol bağımlılarının %20'i aşkın oranda yanlılıkla, daha çok demans ve diğer tıbbi hastalık tanısı aldıkları, bu konunun önemi hakkında bir fikir verebilir. Yanlış tanı alan ve/veya alkol bağımlılığı açısından değerlendirilmeyen bu hastalar, hastanenin değişik kliniklerine yatırıldıklarında, alkolden kesilme bozuklukları ve ani başlangıçlı deliryum belirtileri göstermekte, tedavi ekibi, oldukça güç durumlarda kalmaktadır. Alkol kullanım bozukluklarının yaşlılarda intihar, kazalar ve hastalıklardan ölümleri büyük ölçüde arttırdıkları bilinmektedir.

Yaşlılardaki alkol bağımlılığının akut ve kronik tedavi ilkeleri, genç yetişkin yaş grubuyla aynıdır. Ancak yaşlılarda araya giren tıbbi rahatsızlıklar nedeniyle daha sık komplikasyon ortaya çıktığı ama bunun yanında alkolden kesilme programlarına yaşlıların gençlerden daha iyi yanıt verdikleri bilinmelidir. Ayrıca alkol bağımlısı yaşlıların geleneksel programlarda gençlerle birarada mı yoksa genel geriyatrik programlar içinde mi tedavi edilmeleri gerektiği tartışmalıdır.

2.2. Başka Türü Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları

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

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

Çok uzun süredir bu grup hastalıklar tanımlanmasına karşın, bu hastalıkların tek tek ya da bir kategori olarak geçerliliğine yönelik kavramsal sorunlar halen sürmektedir. Bu hastalıkların geçerliliğini sorgulayan kimi yazarlar, etkilenen bireylerin gerçekten dayanılmaz

dürtüler biçiminde yaşantılarının olmadığını ve davranışları üzerinde istemli bir kontrollerinin bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Diğerleri ise dürtüsel davranışların altta yatan diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olarak ortaya çıktığını savunmuşlardır. Bu yorumlara karşın, dayanılmaz dürtülerin tanımlanmasındaki tutarlılık bu belirtilerin özgül bir psikiyatrik belirti olarak geçerliliğini desteklemektedir. DSM-IV'te aynı kategori altında ilişkilendirilen ve gruplandırılan bu hastalıklar dürtüsellik ve kompulsif özellikler gibi ortak özellikleri paylaşmaktadır.³

Dürtü kontrol bozukluğu ile diğer eksen I, II durumlarının tanı sınırlarındaki belirsizliğe literatürde de sık rastlanır. Çalışmalar dürtü kontrol bozukluğu, madde kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu arasında anlamlı derecede yüksek birliktelik olduğunu göstermiştir. Diğer önemli eş tanı durumları arasında; borderline kişilik, antisosyal kişilik ve narsistik kişilik bozuklukları; patolojik agresyonun bir veya diğer tipi; dikkat eksikliği bozukluğu; yeme bozukluğu ve parafililer yer alır.¹⁹

Genetik bir bakış açısıyla, dürtü kontrol bozukluğu olan bireylerin aile öyküleri, depresyon, bipolarite, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları ile doludur. Adı geçen hastaların aile ağaçları sıklıkla istatistiksel olarak anlamlı bir veya daha fazla dürtü kontrol bozukluğunun bulunduğunu göstermektedir.¹⁹

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 düzelmeler, eşanlı hastalıklarda değişkenlik sergilemekle birlikte, dürtü kontrol sendromları arasında ortak nörobiyolojik niteliklere işaret etmektedir.¹⁹

Araştırmacılar dürtü bozuklukları ve eşanlı durumlar arasındaki bağlantıyı da açıklayabilecek çeşitli teoriler geliştirmişlerdir. Bununla ilgili olarak dürtü kontrol bozukluklarını çeşitli bozuklukların bir türevi (bağımlılık, duygu durum bozuklukları, organik mental bozukluklar) ya da spektrum bozukluklarının (obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, affektif spektrum bozuklukları) bir üyesi olarak değerlendiren varsayımlar da ortaya atılmıştır.³

Bu varsayımlardan en önemlilerinden biri, dürtü kontrol bozukluklarının obsesif kompulsif spektrum bozukluğunun bir parçası olabileceğidir. Bu varsayım temelde karşı konulamaz dürtüler ile OKB nin obsesyonları ve kompulsyonları arasındaki fenomenolojik

ilişkinin benzerliğine dayanmaktadır. Bu dürtülerin yaşanması sırasında duyulan yoğun anlamsızlık, karşı konulamaması, anksiyete ve gerginlik gibi belirtiler OKB ile çok büyük benzerlikler sergilemektedir. Kompulsiyonlar gibi, çalma, satın alma, saç çekme ve kumar oynama gibi eylemler de gerginlik giderici eylemlerdir. Bu benzerliklere karşın, OKB ve dürtü kontrol bozuklukları arasındaki bazı belirgin farklılıklar da bu varsayımın ciddi biçimde eleştirilmesine yol açmıştır. Dürtü kontrol bozukluklarında görülen belirtilerin daha çok duygu durum düzenleyicilere yanıt vermesi, belirtilerin daha zararlı, daha anlamsız, daha çok kendiliğinden, haz almaya yönelik ve benlikle uyumlu olması OKB de görülen tablodan oldukça farklıdır. Dürtü kontrol bozukluklarındaki belirtiler bir bütün olarak değerlendirildiğinde; atak anında haz almaya yönelik benlikle uyumlu bir durum söz konusuysen, atağın olmadığı dönemlerde benlikle uyumsuz, rahatsız edici bir durum tabloya hâkim görünmektedir. Son zamanlarda bu alanda yapılan çok sayıda çalışma dürtü kontrol bozukluklarının daha ayrıntılı bir biçimde tanımlanmasında ve tedavilerinin geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.³

2.2.1. Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB)

Öfke patlamaları ve agresif davranışlar araştırmacıların ilgisini uzun zamandan beri çekmektedir. DSM'ye göre psikotik bozukluklar, davranım bozuklukları, bazı kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi çok çeşitli ruhsal bozukluklarda agresif tavırlar ve dürtüsel agresyon görülebilir. APB ciddi ya da diğer insanların malına zarar verme ile sonuçlanan ve yineleyen biçimde saldırganlık dürtülerine karşı koyamama ile tanımlanan bir dürtü denetim bozukluğudur.² Saldırganlığın ortaya çıkması tipik olarak bunu ortaya çıkaran stres etkenine göre oldukça orantısızdır.¹⁹

APB muhtemelen bu grupta en tartışmaya yol açan tanıdır. DSM-I'de aralıklı patlayıcı bozukluk, mental bozukluk olarak tanımlanmamıştır. O dönemde bu hastalığa en yakın "emosyonel değişken kişilik" ve "pasif-saldırgan kişilik, agresif tip" tanılarıdır. 1968 yılında DSM-II'de olası nöbet ataklarına bağlı agresyonlar ile birlikte görülen özel bir patoloji olarak "patlayıcı kişilik" adıyla tanımlanmıştır. İlk kez DSM-III'de dürtü kontrolünün agresif bozukluklarından biri olarak "İzole patlayıcı bozukluk ile birlikte yer almıştır. DSM-III'de APB tanısı, herhangi bir psikopatoloji olmaksızın aniden ortaya çıkan ani saldırganlık davranışı şeklinde tanımlanan "dönemsel kontrolsüzlük sendromu (episodic dyscontrol syndrome)" tanısını içermekteydi. DSM-III'de APB tanısı için organik bir nedenin varlığına gerek duyulmamış, fakat bir dışlama ölçütü olarakta yer almamıştır. DSM-III-R'de "izole

patlayıcı bozukluk” yapay olduğu gerekçesiyle sınıflamadan çıkarılmış, “aralıklı patlayıcı bozukluk” sınıflamadaki 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.³

2.2.1.1. Epidemiyoloji

DSM-IV de aralıklı patlayıcı bozukluğun nadir görülen bir bozukluk olduğu belirtilmiştir. Son zamanlarda yapılan bazı epidemiyolojik araştırmalar aralıklı patlayıcı bozukluğun bildirildiğinden çok daha yaygın olabileceğini ortaya koymuş, ancak bu konuda yapılmış kapsamlı bir toplum bazlı çalışma olmaması kesin bir rakamın ortaya konmasını önlemiştir. Yapılan çalışmaların birbirleriyle karşılaştırılmalarını ya da temel alınmasını önleyen en önemli unsur değişen APB tanı ölçütleridir.²

748 psikiyatri hastası üzerinde yapılan bir çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre yaşam boyu APB oranının % 6,8 olduğu bildirilmiş, eğer bu olgularda eksen II tanısı olarak antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu tanılarına izin verilirse % 13,2 ye dek yükselebileceği rapor edilmiştir. Bu verilere dayanarak toplumda % 0,9, eksen II tanısına izin verilirse % 1,8 olması beklenir.³ Erkeklerde kadınlardan yaklaşık 3 kat fazladır. Özellikle birinci derece yakınlarda olmak üzere aile öykülerinde yüksek oranda bir ya da daha fazla duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve aralıklı patlayıcı bozukluğun kendisini de içeren dürtü kontrol bozukluklarından eştanıları olduğu gösterilmiştir. Özellikle bipolar bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları ile APB arasında güçlü bir ilişki bildirilmiştir. Agresif epizodların mikro-disforik manik epizodlara benzediği bildirilmiştir.^{21, 22}

Bu konuda yapılmış en kapsamlı toplum temelli çalışma Kessler ve arkadaşları tarafından Ulusal Eştanı Araştırması-Tekrarı olarak yürütülmüştür. Onsekiz yaşın üstündeki 9282 kişinin dahil edildiği bu çalışmada APB yaygınlığının, çalışmada kullanılan dar ve geniş tanı ölçütlerine göre değişmek üzere, sırasıyla yaşam boyu yaygınlık için %5.4 ile %7.3; 12 aylık yaygınlığın ise sırasıyla %2.7 ile %3.9 olduğu belirlenmiştir.²³

Adana’da yapılan bir klinik çalışmada ise 6 aylık bir süre içerisinde bir üniversite kliniğine yatan 103 erişkin hastanın 15’ine (%14.6) yaşam boyu APB ektanısı konulmuştur.²⁴

2.2.1.2. Etyoloji

APB'un etyolojisine yönelik olarak ortaya atılan bazı öneriler vardır. Çeşitli araştırmacılar dönemsel şiddet gösteren çoğu kişide başta limbik bölge olmak üzere beyin bölgelerinde fizyolojik bozukluklar olduğunu ileri sürmüşlerdir. Kimileri ise olaya bir sosyal sorun olarak bakarak, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz ortamların, bozukluğun gelişimindeki en önemli belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir. APB tanısı alan hastaların büyük bir kısmının çocukluk döneminde çevresi agresif, fiziksel saldırıda bulunan, yaşamı tehdit eden, rastgele cinsel yaşantıları olan ya da alkol bağımlısı kişilerle çevrilidir. Ayrıca çocukluk çağında görülen predispozan etkenler arasında perinatal travma, infantil nöbet, kafa travması, ensefalit, minimal beyin disfonksiyonu ve hiperaktivite sayılmaktadır.³

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. 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.

Ailesel ve Genetik Nedenler: Klinik gözlem ve aile öyküleri APB'un ailesel özellik gösterdiğine işaret etmektedir. Şiddet ve öfke davranışı sergileyen bireylerin birinci derece akrabalarında da yüksek oranlarda agresif davranışlar ve öfke patlamalarının olduğu, ailede de bu yönde kümelenmeler olduğu saptanmıştır. APB'un önemli bileşenlerinden olan dürtüsellik ve agresyonun genetik geçiş gösterdiğini destekleyen ikiz çalışmaları bulunmakla birlikte, APB ile ilgili özgül olarak yapılmış bir ikiz ya da evlatlık çalışması literatürde yer almamaktadır.

Nörobiyolojik Çalışmalar: Nörobiyolojik çalışmalarda, birden fazla nörotransmitterin agresyonun etyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Serotonerjik sistemde bir bozukluk olduğu birçok çalışmada tutarlı biçimde bildirilmiştir. Özellikle beyin omurilik sıvısında (BOS) düşük 5-HIAA düzeyleri ile dürtüsel agresyonun 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, pubertal dönem sonrası ergenlerde gözlenen agresyonla artmış testosteron düzeyleri arasında bir ilişkinin olduğu da bildirilmektedir.

APB için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

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

- A.** Ciddi saldırı eylemleri ya da mala zarar verme ile sonuçlanan, birbirinden ayrı birçok saldırganlık dürtülerine karşı koyamama epizodunun olması.
- B.** Bu epizodlar arasında dışa vurulan saldırganlığın derecesi bunu ortaya çıkartan psikososyal stres etkenlerine duyarsızdır.
- 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.

2.2.1.3. 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 agresyonda (kavga-döğüş, savaş vb.) içerir. APB’da söz konusu olan patolojik boyut agresyonun dürtüsel niteliğidir.

Aralıklı patlayıcı bozukluğun üç temel klinik özelliği vardır;

1. Kendileri ya da başkaları için zararları olduğu bilinen agresif dürtülere karşı koyamama
2. Öfke patlamaları öncesinde veya sırasında tremor, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi gibi huzursuzluk yaşantıları
3. Atak sonrası büyük ölçüde rahatlama ve huzur hissiduyma, yaşama

APB tanısı koymak için agresif patlamalarla birlikte belirgin kontrol kaybının olduğu birkaç patlayıcı atak öyküsünün bulunması gerekmektedir. Tek bir atağın olması tanı için yeterli değildir.

Patlayıcı atağın öncesinde artan bir gerginlik ve agresif duyguların olduğu bir dönem bulunabilir ve çok küçük bir nedenle ya da herhangi bir kışkırtıcı neden olmaksızın bir anda atak ortaya çıkabilir. Atağa sıklıkla iritabilite, öfke, duygudurum yükselmesi, enerji artışı ve yarışan düşünceler eşlik edebilir. Daha sonra amnezi olmaksızın, hafif disosiyasyon ve

depersonalizasyon duyguları da tanımlanmıştır. Öfke patlaması öncesinde ya da sırasında fiziksel belirtiler (karıncalanma, temor, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ve başta basınç hissi veya baş ağrısı) meydana gelebilir. Atak sonrası, rahatlamayı hızla vicdan azabı, yorgunluk ve depresyon izler. Ataktan itibaren migren tipi bir baş ağrısı sürebilir. Öfke patlamaları yaklaşık 10–20 dakika sürer, kümeler halinde sıkça meydana gelebildiği gibi, bir sonraki atakla araya haftalar veya aylar girebilir. Birçoğu ciddi agresyonun zayıf bir kontrolle ya da haykırma, masaya vurma ya da duvarı yumruklama gibi daha az tehlikeli davranışın yapılmasıyla önlendiği eşik altı durumlar yaşarlar.³

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

2.2.1.4. Ayırıcı Tanı

Hastalığı ayırıcı tanısında öncelikle agresyonun çok çeşitli ruhsal bozuklukların tanı ölçütleri arasında yer aldığı unutulmamalı ve bu bozukluklar dikkatle ele alınarak tanı sürecinde dışlanmalıdır.

Agresyonun tanı ölçütleri arasında yer aldığı ruhsal bozukluklar;

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.

2.2.1.5. Tedavi

Farmakolojik ve psikoterapötik yöntemlerin birlikte kullanılması en uygun yöntemdir. Özellikle agresyonun denetim altına alınmasında davranışsal yönetim terapisi, sosyal beceri eğitimi, relaksasyon, öfke yönetimine odaklı bilişsel davranışçı terapiler ve grup terapilerinin faydaları bildirilmiştir.²⁵

Birçok klinisyen öfke, şiddet, saldırganlık ve benzeri dürtü kontrol bozukluklarının tedavisi için en uygun tedavi yaklaşımının psikoeğitim ve bilişsel davranışçı yaklaşımlar olduğuna inanmaktadır.

Farmakolojik tedavilerde kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Duygudurum düzenleyiciler (lityum, karbamazepin, valproik asit, lamotrijin), fenitoin, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), beta reseptör blokörleri, alfa-2 agonistleri ve antipsikotiklerin yararlı olduğu görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda SSRI'ların, dürtüsel agresif davranış sergileyen kişiler fluoksetin tedavisine cevap vermiştir.²⁶ Trisiklik antidepresanlar ile yapılan çalışmalarda afektif semptomlarda iyileşme olmasına karşın dürtüsel agresyonda etkili

olmadıkları, hatta dürtüsellik ve agresyonu kötüleştirdikleri (noradrenerjik etkilerinden olduğu tahmin edilmektedir) gösterilmiştir.²⁷ Dolayısıyla bu hastalarda yeni kuşak çift etkili antidepresan kullanımına temkinli yaklaşmak gerekir.

2.2.2. Kleptomani

Kleptomani 19'uncu yüzyılın erken dönemlerinde anlamsız bazı şeyleri çalma hastalığı olarak tanımlanmıştır. O dönemde bile kleptomanik kişilerin çalma eylemini gerçekleştirmeden önce, belirgin olarak artan rahatsız edici gerginlik duydukları ve çalma eyleminden sonra rahatladıkları ve bu kişilerin yaşam şeklinin gerçek hırsızların yaşam şekline benzemediği, onlardan ayırt edilmesi gerektiği belirtilmiştir. 20'nci yüzyılın başında da Kraepelin ve Bleuler kleptomaniyi patolojik ya da reaktif dürtüler arasında değerlendirmişler, kleptomaninin karşı konulamaz nitelikte olduğunu ve diğer antisosyal davranışlarla ilişkili olmadığını belirtmişlerdir.

Kleptomaniye gözlenen en belirgin davranış, parasal değeri az olan ve gerçekten ihtiyaç duyulmayan eşyaları tekrarlayan biçimde çalmadır. Çalma öncesinde gerginlikte artış vardır. Eylem sırasında ve sonrasında ortaya çıkan rahatlama ve zevk alma duyguları, eylem sonrasında suçluluk, pişmanlık ve kendinden nefret etmeyle birleşen yakalanma korkusuna dönüşür. Çalma hastalığı, birçok hasta için ahlaki davranış ve inançlarıyla bağdaşmayan son derece rahatsız edici bir hastalıktır. Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Kleptomani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

- | |
|--|
| <p>A. Kişisel kullanım ya da parasal değeri için gereksinilmeyecek nesnelere 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.</p> |
|--|

2.2.2.1. Epidemiyoloji

Kleptomaninin sıklığı ve yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte, çok az görülen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Genelde bilinen kleptomani olgularının çoğunluğunun, mahkemelerde yargılanan mağaza hırsızları olması nedeniyle bu tür olguların değerlendirilmesi ile elde edilecek veriler toplumdaki sıklığı yansıtmaktan uzaktır. Kleptomaninin mağaza hırsızları arasındaki olası oranı %3,8 ile %24 arasında değişmektedir. Bulimialı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise bu hastaların %24'ünün kleptomani tanı ölçütlerini karşıladığını belirtmişler, bu değerlendirmeye dayanılarak yapılan bir hesaplamada kleptomaninin toplumdaki yaygınlığının yaklaşık % 0,6 olduğunu ileri sürmüşlerdir.²⁸ Günümüzde çoğu uzman, utanan hastaların tedavi arayışı sırasındaki çekincelerinden ve yasal korkulardan dolayı, kleptomaninin olduğundan çok daha az oranda bildirildiğine inanmaktadırlar.²⁹ Kadın erkek oranı 3:1 dir. Bu oranın kadınlardan yana fazla olmasının nedeni, kadınların daha çok tedavi arayışına girdikleri gerçeğini yansıtabilir.²⁹ Sınırlı bulgular, kleptomaniklerin birinci derece akrabalarında affektif hastalıklar ve obsesif kompulsif özelliklerin yüksek oranda bulunduğunu göstermektedir.¹⁹

Kleptomanisi olan hastalarda yüksek oranda yaşam boyu major duygudurum bozuklukları (genellikle depresyon) ve çeşitli anksiyete bozuklukları eştanıları görülebilir.^{29,30} Depresyon tanısı ile yatan 107 hastayla yapılan bir çalışmada 4 hastanın (% 3,7) kleptomanisi olduğu gösterilmiştir.³¹ İlişkili durumlar arasında diğer dürtü kontrol bozuklukları (özellikle patolojik kumar ve kompulsif alışveriş yapma), yeme bozuklukları ve alkolizm başta olmak üzere madde kötüye kullanım bozuklukları bulunmaktadır.

2.2.2.2. Etyoloji

Kleptomani hastalarından alınan bilgiler ve yapılan araştırmalar kleptomaninin çalma dürtülerine karşı direnç göstermeme nedeni ile ortaya çıktığını gösterebilir, kleptomaninin nedenleri tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır.

Analistler, kompulsif çalmayı; haz alma ve cezalandırılma arasında mükemmel bir denge kurmuş son derece iyi belirlenmiş bir eylem olarak kavramsallaştırmışlardır. Janet yineleyen melankolik depresyonu olan bir olgunun değersiz eşyaları kompulsif olarak çaldığı zaman depresyonunun geçtiğini, tutuklandığı veya çalmaları kestiği zaman depresyonun yinelediğini bildirmiştir. Çalma eylemi ile risk alma kleptomanik davranış için önemli bir uyarıcı olduğu, depresyondaki olgularda bu risk alma davranışının antidepresan etki gösterdiği vurgulanmaktadır.

1980'li yıllardan bu yana nörobiyoloji üzerine yapılan yorumlarda kleptomani'nin duygudurum bozuklukları ve obsesif kompulsif bozuklukla belirgin birlikteliği vurgulanmıştır. Özellikle serotonerjik tedaviye yanıtla desteklenen serotonerjik disfonksiyon üzerinde durulmaktadır.^{32,33} Ödüllendirme ve pekiştirme davranışlarını etkileyen dopaminerjik sistemlerden de dürtü kontrol bozukluklarında söz edilmektedir ve kleptemani patogenezinde rol alabilir. Birden çok gen ve çevresel etkilerle ilişkili olan ve kişiye bağımlılık yapan çok sayıda dürtüsel zorlantısal davranış açısından risk altına koyan varsayımsal bir "hipodopaminerjik durum" olan "ödül eksikliği sendromu" ileri sürülen bir diğer mekanizmadır.³⁴ 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.³⁵ Davranışçı ve bilişsel bakış açısından bakıldığında kompulsif çalmanın tekrarlayıcı ve aşırı törensel yönleri nedeniyle güçlü kendi kendini pekiştirici özelliği vardır.

2.2.2.3. Klinik Özellikler

Pek çok kleptomani dönemi kendiliğinden ve ani olarak oluşur, küçük bir kısmı ise önceden tasarlanmıştır. Bununla birlikte daha derin incelemeler hırsızlığın engellenme, öfke ve birine ihtiyaç duymaya yönelik zıt duyguların eşlik etmesi (örneğin sevgili ya da bir arkadaşla yapılan kavga) gibi yakın bir zamanda oluşan stresin ardından da ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Kleptomani nöbetleri çoğunlukla toplum içinde, mağazalarda, süpermarketlerde ve büyük alışveriş merkezlerinde ortaya çıkar. Çalınan nesnelere genellikle değersiz, kolay alınabilecek nesnelere sahiptir. Bazı hastalar çaldıkları şeyleri biriktirir. Çok daha sık olarak çalınan şey birine verilir, atılır veya bir hayır kurumuna bağışlanır, gizlice alındığı yere bırakılır veya doğru olmayan bir açıklama ile iade edilir. Klasik olarak kleptomani geç ergenlik ve 20'li yaşların ortalarında başlar, sıklıkla kompulsif alışveriş yapma zemininde ortaya çıkar.¹⁹ Hastalık genelde kronik bir seyir gösterir.

Çeşitli çalışmalarda kleptomani olan hastaların haftada ortalama 3-4 çalma dürtüsü gösterdikleri ve haftada ortalama 2-3 nesne çaldıkları bildirilmiştir. Büyük bir kısmı yaşamlarının herhangi bir döneminde çalma davranışı gösterdikleri sırada yakalanmıştır. Daha küçük bir kısmı ise yakalanıp hapse atılmışlardır.²

Yaşam boyu komorbid depresyon ve bipolar bozukluk sıklığının yüksek olması kleptomaninin duygudurum bozukluk yelpazesine dahil olması fikrini desteklemektedir.³⁰

2.2.2.4. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda ilk akla gelen ve en sık karşılaşılan durum gerçek bir hırsızlık, adi dükkan ya da mağaza hırsızlığı olmaktadır. Sıradan bir hırsızlık ile kleptomanik çalma eyleminin temel farkı hırsızlık için yapılan eylemin temel amacının çalınan nesneyi kişisel amaç veya çıkarı için kullanmadır.²

Akut mani, psikotik atak, şizofreni, madde ve alkol entoksikasyonundan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Antisosyal kişilik bozukluğunda hırsızlık, kişisel kazanç için kasten yapılır, suçluluk ve pişmanlık yoktur. Ebeveyn çantasından veya cebinden bozuk para çalma dönemlerinin olması çocukluk çağında normaldir. Bunların çoğu geçicidir.¹⁹

2.2.2.5. Tedavi

Kleptomaninin tedavisinde SSRI kullanımı başlangıçta olgu sunumları ile literatüre girmiş ve olumlu tedavi yanıtı bildirimleri ile fluoksetin, paroksetin ve fluvoksamin gibi SSRI'lar kleptomanide tek başına kullanılmıştır.³⁶ Kleptomanide SSRI kullanımı ile ilgili bildirimler olumsuz tedavi yanıtlarını da ortaya koymuştur ve bu tedavi yaklaşımı tartışmalı hale gelmiştir. Trisiklik antidepressanlar, SSRI'lar, duygudurum düzenleyicileri ve opioid antagonistleri tedavide denenmiştir.^{29,39} Ciddi duygudurum bozukluğu zemininde kleptomani oluşan hastalarda antidepressanlar (özellikle fluoksetin, fluvoksemin) ve duygudurum düzenleyiciler veya kombine tedaviler (örneğin paroksetin ile lityum, fluvoksamin ile valproat) özellikle yararlı olabilir.^{30, 40, 41} Umud vaat eden diğer bir ilaç naltreksondur. Başka bir Eksen I tanısı olmayan kleptoman hastaların ortalama dozu 50–200 mg/gün olarak kullanılmış ve çalma dürtüsü, düşüncesi ve davranışında önemli bir düşüş sağlamıştır.²⁹ Naltrekson hırsızlığın heyecanını azaltarak pozitif pekiştirmeyi de engellemektedir.

Hastaların büyük çoğunluğu yasal sorun yaşayana dek psikolojik yardım almaktan kaçınırlar. Tedavisinde bilişsel ve davranışçı stratejiler kullanılmaktadır. Davranışçı yöntemlerden hayali duyarlılaştırma, tiksindirici (aversive) koşullandırma, maruz bırakma ve yanıt önlenmesi yöntemleri kullanılabilir.^{37,38}

2.2.3. Patolojik Kumar Oynama (PKO)

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.²

Patolojik kumar oynama sosyal, meslek ve aile yaşamında önemli kayıplara neden olmasına karşın sürekli ve yenileyen uygunsuz kumar oynama davranışıdır. Bugünkü tanımlama, etkilenen bireylerin kumarla sıkıntı veren uğraşısını ve obsesyonunu, durumun ilerlemesi ile oluşan toleransı ve geri çekilmeyi, davranışların takibinde ve kumar eyleminin denetimindeki zorluğun, kumarın disforik duygusal stresin yatıştırılmasında kullanılmasını, kumarın iş, sosyal ve aile yaşamı üzerindeki yıkıcı etkisini vurgular. Patolojik kumar oynama tanısı konabilmesi için başlıca özellikler şunlardır:

1. İlerleyici bir gidiş göstermesi
2. Ağır kayıplara karşın kumar oynamayı kontrol edememe
3. Davranışın sonuçlarına önem vermeme.¹⁹

PKO için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Patolojik kumar oynama için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

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

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

B. Kumar oynama davranışı bir manik dönem ile açıklanamaz.

2.2.3.1. Epidemiyoloji

1996 yılında yayımlanan ve ergenlik dönemindeki gençler üzerinde yapılan 9 çalışmanın metaanaliz sonuçlarının değerlendirildiği bir araştırmada PKO yaygınlığının %3,5-%8,5 arasında değiştiği bildirilmiş, araştırma sonuçları arasındaki farkların farklı değerlendirme araçlarının ve yöntemlerin kullanılmasından kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür.⁴²

Amerika toplumu üzerinde yapılan yaygınlık araştırmalarında erişkinlerde yaygınlık oranı %1-3 olarak belirlenmiştir.⁴³ Amerikan Ulusal Eştanı Tekrar Çalışmasından alınan verilere göre yaşam boyu sorunlu kumar oynama (DSM-IV patolojik kumar oynama tanı ölçütlerinin en azından A ölçütünü karşılayanlar) yaygınlığı %2-3, patolojik kumar oynama yaygınlığı %0,6 olarak bildirilmiştir.⁴⁴

Ülkemizde patolojik kumar oynamanın yaygınlığına ilişkin epidemiyolojik araştırmalar son derece azdır. Sivas ili merkezinde başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü denetim bozukluklarının epidemiyolojisi hakkında yapılan bir tez çalışmasında PKO yaygınlığı %0,84 olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencileri arasında PKO yaygınlığının araştırılmasına yönelik olarak gerçekleştirilmiş bir başka tez çalışmasında ise üniversite öğrencileri arasında son bir yılda kumar oynama sıklığı %45,8, yaşam boyu en az bir kez kumar oynama sıklığı %51,3, patolojik kumar oynama oranı ise %1,3 olarak saptanmıştır.²

İstatistikler henüz derlenmemiş olmasına karşın genel nüfusun % 3-5'inde sorunlu kumar oynama olduğu ve yaklaşık % 1'inin PKO tanı ölçütlerini karşıladığı gösterilmiştir. Fakir azınlıklarda, ergenlerde, yaşlı emeklilerde ve kadınlarda kumar oynamada artış gözlenmiştir. Kadın erkek oranı 1:3 dür.⁴⁵ Erkeklerde hemen her zaman ergenlik çağında başlarken kadınlarda daha geç yaşlarda başlar.^{46, 47} Patolojik kumarbazların ailelerinde artmış oranda madde kötüye kullanımı (özellikle alkolizm) ve depresif bozukluklar gözlenmiştir. Muhtemelen rekabetçilik ve materyalistlikle yönlendirilen, paraya ve ilişkili sembollere yoğun hayranlık gösteren bir aile döngüsü vardır.¹⁹

2.2.3.2. Etyoloji

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

1. Nukleus akkumbenste 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-yönetmel 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.⁴⁸

Fenomenolojik olarak PKO ve madde kullanım bozuklukları arasında benzerlik bulunur. Çünkü DSM-IV deki madde kullanım bozukluklarıyla ilgili tolerans, bağımlılık, çekilme gibi temel ölçütler patolojik kumar oynama için de geçerlidir.^{49,50,51} PKO’da arzulanan heyecanı duymak için gereken bahis miktarı veya sıklığı arttığında tolerans gelişmiş demektir. Kişi kumar oynayamadığı zaman huzursuzluk, iritabilite, depresyon ve somatik belirtilerle karakterize bir yoksunluk ortaya çıkar. Kumar ve diğer madde bağımlılıklarının komorbiditesi yüksektir ve bu da patolojik kumar ve madde bağımlılığı arasındaki yakın ilişkiye işaret eder.⁵² Alkol ve diğer madde bağımlılığı patolojik kumar hastalarının % 30–50 sinde bulunur.⁴⁷

Nörotransmitter sisteminde serotonerjik, dopaminerjik, noradrenerjik bir disregulasyondan söz edilmektedir.²

2.2.3.3. Klinik Özellikler

Kumar oynama davranışı düzenli ve dönemsel olarak karşımıza çıkabilirken patolojik kumar oynama süregen olma eğilimindedir. Custer ve Milt, PKO’nın klinik sürecini tanımlamak için üç evreli bir model ileri sürmüş, ardından Rosenthal dördüncü bir evre daha eklemiştir.⁴⁷

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.³

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.⁵³

2.2.3.4. 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.

2.2.3.4. Tedavi

Farmakolojik tedaviyle ilgili yayınlanmış az sayıda kontrollü çalışma vardır. Öncelikle eşlik eden major depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı gibi durumlar dikkate alınmalıdır. Çalışmalarda sıklıkla SSRI'lar kullanılmıştır. Özellikle Fluvoksamin ile yapılan çalışmalarda etkinlik bildirilmiştir.^{54,55} Kullanılan SSRI dozu OKB deki gibi yüksek

tutulmalıdır. Patolojik kumar oynamanın psikopatolojik özellikleri karmaşıktır: dürtüsel özellikler (uyarılma), kompulsif özellikler (anksiyeteyi azaltıcı), bağımlılık özellikleri (yoksunluk belirtileri) ve gereksinim, haz arayışı ve bireyin kendi yeteneklerini doğru olarak değerlendirmesindeki azalma gibi bipolar bozuklukla ilişkili özellikler. Bu klinik özellikler PKO'nun tedavisinde duygudurum düzenleyiciler ve opiat antagonistlerinin etkinliğini araştırma konusu edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.^{54,55}

Kişisel yardım grupları olarak "Adsız kumarbazlar" vardır. Bu gruplara katılan bireylerde diğer tedavi modaliteleri birleştirildiğinde daha etkili olmaktadır. Tedavi programlarında hastanın inkârının kırılması, sorunlarıyla yüzleştirilmesi, utancın azaltılması, duygular üzerinde çalışma, sorun giderme ve çözme eğitimi, sosyal beceri eğitimi, temel bağımlılık kavramlarının öğretilmesi, aile terapisi ve rehberlik hizmetleri yer almaktadır.³

2.2.4. Piromani

Piromani birden fazla durumda kasıtlı ve amaca yönelik dürtüsel biçimde yangın çıkarma davranışı olarak tanımlanmıştır. Piromani dünya literatüründe ve ülkemiz literatüründe sıklıkla kundaklama ya da yangın çıkarma davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Yangın çıkarma kişinin bu işi yaparken kastının olup olmamasının dikkate alınmadığı kapsamlı, genel bir kavramdır.⁵⁶ Kasıtlı olarak yani bilerek isteyerek yangın çıkaranlar kundaklama davranışı sergilemiş olurlar. Kundaklama ve yangın çıkarma davranışının aksine piromanisi olan kişiler bu eylemden herhangi bir maddi kazanç sağlamazlar ve eylem öncesinde bilinçli olarak farkında oldukları bir nedenleri yoktur.³ Çıkarılan yangın suç amaçlı, kar veya sabotaj amaçlı değildir. Parasal kazanç veya sosyopolitik ideoloji (terörizm, protesto), öfke, intikam için yapılmamıştır. Halüsinasyona ikincil yangın çıkarma, piromani değildir. Piromanide diğer bir klinik özellik de yanan nesnelere çekiciliğidir. Piromanikler yangını seyretmeyi severler. Etraflarında çıkan yangını seyrederek, yanlış yangın alarmı vermeyi severler. Yangının can ve mal açısından sonuçlarını umursamayabilirler veya zararlı sonuçlanmasından zevk alabilirler. Kendine veya başkasına zararlı bir iş yapmak için duyulan dürtü, özentiye karşı koymada zafiyet; olay öncesinde giderek artan heyecan veya gerilim hissi; olayı gerçekleştirirken veya hemen sonrasında mutluluk, haz veya gevşeme hissi vardır.¹⁹ Piromani için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

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

<p>A. Birden çok durumda kasıtlı ve amaçlı yangın çıkarma</p> <p>B. Eylem öncesi gerilim veya affektif uyarılma</p> <p>C. Yangına ve yangınla ilgili durumlara karşı ilgi, merak, yangına karşı zevk duyma</p> <p>D. Yangın çıkarırken veya tanık olurken veya sonuçlarına ortak olurken haz, mutluluk ve rahatlama hissi</p> <p>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.</p> <p>F. Yangın çıkarma davranış bozukluğu, manik dönem veya antisosyal kişilik bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz</p>
--

2.2.4.1. Epidemiyoloji

Çalışmalar piromaninin seyrek görüldüğünü göstermektedir, çeşitli kundakçı veya yangın çıkaran popülasyonu içermektedir. Piromani daha çok erkeklerde, özellikle zayıf sosyal başarısı ve öğrenme güçlüğü olanlarda görülür. Çoğu çalışmada ateşin sihri erkeklerin daha çok kapıldığı açığa çıkmıştır.⁵⁷ Çocukluk ve ergenlerde yangın çıkarma sıklığı. Çocukluk çağında gerçek piromani nadirdir. Erken yaşlarda yangın çıkarma genellikle davranış bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite ile ilişkilidir. Lewis ve Yarnell (1951) çalışmasında, yangın çıkaranların % 39'unda piromani tanısı alır. % 22'si sınır zekâ, % 13'ü sınır-geri zekâ arasında idi.⁵⁷

2.2.4.2. Etyoloji

Biyolojik olarak çalışmalar; reaktif hipoglisemi, düşük 3-metoksi hidroksi fenilglükol (MHPG) konsantrasyonu ve serebrosipinal sıvı 5-HIAA konsantrasyonu ile ilişkili olabileceğini gösterdiler.^{58,59} Alkolik ve yangın çıkaran erkek hastalarda, ağır paternal alkolizm öyküsü alınmıştır.

Yangının sembolik değeri insanın ateşe olan normal ilgisiyle açıklanır. Bu ilgi 2–3 yaşlarında başlar. Çocuklar arasında ateşe olan normal ilgi ile piromanideki aşırı ilginin ayrımı her zaman net değildir.⁶⁰ Kibritle oynamak piromaninin bir semptomu değildir. Geller

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

Yakın zamanda bildirilmiş bir olgu sunumunda piromani tanısı konan bir olgunun tek foton emisyon bilgisayarlı tomografisinde sol inferior frontal perfüzyon defekti olduğu saptanmıştır.⁶¹

2.2.4.3. 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. 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 olgulu bir çalışmada piromaninin ortalama başlama yaşının 18 olduğu bildirilmiştir.⁶²

2.2.4.4. Ayırıcı Tanı

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

2.2.4.5. Tedavi

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

Grant, piromani tanısı koyduğu 18 yaşındaki bir hastanın bilişsel davranışçı terapi ve birlikte uygulanan topiramet tedavisine yanıt verdiğini bildirmiştir.

2.2.5. Trikotillomani

Trikotillomani, kişinin kendi saçını fark edilir derecede saç kaybına yol açacak şekilde tekrar tekrar yolması olarak tanımlanabilir. Saç yolmadan hemen önce artan bir gerginlik hissetme ve eylem gerçekleştiği sırada haz, doyum ya da rahatlama belirgindir. Rahatlama hissini genellikle üzüntü ve suçluluk duyguları izler.² Trikotillomani yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve önceden sanıldığı kadar aksine çok daha yaygın görülen bir bozukluktur.¹⁹

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

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

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

2.2.5.1. Epidemiyoloji

Daha önceleri nadir görülen bir bozukluk olduğuna inanılmasına karşın, son dönemlerde araştırma verileri sanıldığından daha sık olduğunu düşündürmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. Kadın/erkek oranının 4/1 olduğu bildirilmiştir. Trikotillomani genellikle 20 yaşından önce başlar, daha sonraki yıllarda nadir olarak başlar ve en çok 11-15 yaş arasında görülür.² Yaygınlığı % 1-3,5 olarak bildirilmiştir.⁶⁴ Erişkinlerde genellikle trikotillomani ile birlikte psikiyatrik eştanı çok yaygın görülmektedir. Christenson ve arkadaşlarının yaptığı (1991) bir çalışmada trikotillomanisi olan erişkin örnekleminde % 82 oranında Eksen I bozukluğu saptanmıştır. En sık affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, bağımlılık bozuklukları birliktelik gösterir. Sıklıkla görülen kişilik bozukluğu ise histriyonik, borderline ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğudur.^{65, 66}

2.2.5.2. 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, son zamanlarda önemli bir kaybın yaşanması bozukluğu oluşturan önemli nedenler arasındadır.⁶⁷ Ailesel araştırmalar birinci derece yakınlarında OKB ve diğer aşırı alışkanlıkların artmış oranlarda olduğunu göstermiştir.^{68, 69} Bu bilgi trikotillomaniyi de kapsayan aşırı bakım davranışları

spektrumunun genetik temeli ile uyumludur. Beyin görüntüleme çalışmalarında sol putamen, sol inferior frontal girus ve sağ cuneal kortekste hiperaktivite gözlenmiştir.^{70,71}

2.2.5.3. Klinik özellikler

Hastalık ergenlik ya da genç erişkinlikte başlar. Kronikleşen ve zaman zaman iyileşen tipleri vardır. Saçlı deri en çok tüy yolunan alandır. Bunu kaş ve kirpikler izler.⁷² Olguların yaklaşık yarısı saç yolmayı içeren bir ritüel tanımlar. Toplumsal aktivitelerden, cinsel yakınlaşmalardan, atletik faaliyetlerden sıkıntı duyma veya kaçınma olabilir.⁷³ Saç yeme (trikofaji) nadir görülen bir durumdur ancak varsa mide ve barsakta trikobezoar oluşumu da ciddi komplikasyonudur.

Saç yolmanın kompulsiyona benzer şekilde tekrarlayıcı, kontrol dışı doğası ve SSRI lara yanıt vermesi gibi benzerlikleri nedeniyle trikotillomani birçok araştırmacı tarafından OKB'ye benzetilmiştir. Trikotillomani obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde sınıflandırılması OKB hastalarında görülen yüksek trikotillomani oranıyla da desteklenmiştir.^{72,73}

2.2.5.4. Ayırıcı tanı

Trikotillomanide tekrarlayıcı davranış özelliklerinin görülmesi, hastalığın OKB ile karıştırılmasına neden olabilir. Her iki hastalığın fenomenolojisi örtüşebilir. Ama OKB'den farklı olarak trikotillomanik hastalar obsesif düşünceye sahip değildirler ve kompulsif davranışlar da sadece saç yolma ile sınırlıdır. Alopesinin diğer nedenleri ayrıntılı anamnez, bakı ve inceleme gerektirir. Yapay bozukluğu olan hastalar tıbbi yardım almak için kendilerine zarar verirler, trikotillomanili hastalar ise hasta taklidi yapmaz ve iyileşmekten mutluluk duyarlar. Stereotipik hareket bozukluğu olan hastalar stereotipik ve ritmik hareketlere sahiptirler, ancak genellikle davranışlarından rahatsızlık duymazlar.

2.2.5.5. Tedavi

Tedavi genellikle psikiyatrist ve dermatologların ortak katılımı ile olur. Farmakoterapide genellikle SSRI lar çalışılmıştır. Bu çalışmalar trikotillomaninin OKB belirtilerine benzetilmesinden yola çıkmıştır.⁷⁴ Klomipraminin etkinliğini gösteren çalışmalar vardır.⁶⁴ İlaç tedavisi OKB deki kadar yüz güldürücü değildir. Naltreksonun iyi sonuçlar verdiği çalışmalar vardır.⁷⁵

Psikoterapi için de randomize kontrollü çalışmalar vardır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve plesebonun karşılaştırıldığı çalışmalarda BDT nin etkin olduğu bulunmuştur.⁷⁶ Davranışsal yaklaşımlar; farkındalık eğitimi, kendini gözlem, gizli duyarlılaştırma, alışkanlık bozmadır.⁷⁷ Tüm bu tedavilere rağmen uzun dönemde sadece belirtilerde kısmi bir azalma olmaktadır. Bu tedaviler kombine kullanıldıklarında sonuçlar daha iyidir.

2.2.6. Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu

Bu kategori, herhangi özgül bir dürtü kontrolü bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan dürtü kontrolü bozuklukları gösteren grubu içerir. Bu heterojen grup; başka yerde sınıflandırılmayan kompulsif cinsel davranış, kompulsif tırnak ve tırnak eti yeme (onikotillomani), deri yolma, hafifçe kendini yaralama, self mutilasyonun diğer formları ve kompulsif alışveriş yapmayı içerir. Video oyunlarına bağımlılık ve internet bağımlılığını da bu kategoriye alanlar vardır. Kompulsif satın alma artık önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Hafifçe kendini yaralamada da bir artış görülmektedir. Gelecekte hazırlanacak DSM'de bunlardan biri veya birkaçının başka yerde sınıflandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları başlığı altında yer alması olasıdır.¹⁹

2.2.6.1. Kompulsif Satın Alma (KSA)

Satın alma ve alışveriş ile ilgili aşırı uğraşı veya uygunsuz satın alma veya alışveriş dürtüleri veya davranışları vardır. Alışverişle uğraşıp durma dürtüleri ve davranışları strese neden olur, zaman tüketir, sosyal, mesleki ve finansal sorunlara neden olur. Alışveriş davranışı hipomani veya mani dönemleri sırasında ortaya çıkmaz.⁷⁸ Kompulsif satın alma ayrıca "obsesif kompulsif spektrum bozuklukları" ve "afektif spektrum bozuklukları" içerisinde de geçmektedir. Tanı koymada güçlükler vardır. Alışverişin kültürel koşullar içerisinde oluştuğunun, kadın ve erkeğin tipik alışveriş davranışları arasında farklılıkların olduğunun bilinmesi gerekir. Normal alışveriş davranışı bazı zamanlarda, özel tatillerde veya doğum günlerinde kompulsif niteliğe bürünebilir.

Genel toplumda ki yaygınlığının % 1,8–8,1 arasında değiştiği tahmin edilmektedir ve % 80-90'ı kadındır.^{78,79,80,81} Geç ergenlik döneminde başlar, 20'li yaşların sonu ve 30'lu yaşların başlarında açığa çıkana kadar sinsi gelişir. Kompulsif satın alıcılar, değişen bir prodromal bir dönem boyunca gerginlikte ve heyecanda artış hissederler, aşırı satın alma süresince doyum ve gevşeme yaşarlar, bu dönemi depresif bir sönme izler. Satın alınan nesnelere sıklıkla kişisel bakımla ilgilidir (giysi, parfüm, makyaj malzemesi, ayakkabı). Erkek hastalar elektronik ve

otomobil araç gereçleri ve el aletleri tercih ederler. Gittikçe bireyin daha fazla zamanı ve parası tükenir.

Psikiyatrik eştanı görülme oranı yüksektir. Özellikle major depresyon, duygudurum bozuklukları, anksiyete (özellikle OKB), madde kullanımı, yeme (özellikle bulimia) ve kişilik bozuklukları sıkça görülür.^{81,82} Diğer dürtü kontrol bozukluklarından kleptomaniyle birlikteliği yüksektir.

Tedavide komorbidite dikkate alınmalıdır. SSRI lar (özellikle fluoksetin ve fluvoksamin), duygudurum düzenleyiciler ve naltrekson kullanılmıştır. Özellikle SSRI lar ile iyi sonuçlar alınmıştır.^{78,83,84} Bireysel ve grup psikoterapileri faydalıdır. Anormal alışveriş davranışına neden olan faktörlere ve harcamayı kontrol etmek için stratejilere odaklanan bilişsel davranışçı grup tedavisinin faydalı olduğu bildirilmiştir.⁸⁵

2.2.6.2. Deri Yolma

Önceleri "nörotik ekskoriasyon" olarak tanımlanmıştır. Ciltteki rahatsız edici kurutları atmak için yapılan dürtüsel bir davranıştır. Olay öncesinde gerilim, deri koparma sırasında bir rahatlama vardır. Yapılan çalışmalarda kişiler stres ve sıkıntılı oldukları zamanlarda rahatlama sağlamak için deri kopardıklarını ifade etmişlerdir. Alman öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 90'ında deri koparma semptomunun olduğu, % 4,6'sında tekrarlayıcı bir şekilde deri koparmanın olduğu gösterilmiştir.⁸⁶

Birçok tanımda deri koparma öncesinde bir gerginlik artışı ve koparma sonrasında rahatlama vardır. Birkaç dakikada birkaç saate kadar uzayabilir. Gün içinde sık sık veya bir ritüel olarak ortaya çıkabilir. Görece ılımlı ve şiddetli formları vardır. Kişinin fiziksel, sosyal ya da mesleki işlevselliğini etkiler. Deri yolma DSM-IV'de başka türlü adlandırılmayan DKB kategorisine alınmıştır. Deri yolmanın kendi başına bir bozukluk mu yoksa başka bozuklukların bir belirtisi mi olduğuna yönelik fikir birliğine varılamamıştır. Yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte dermatolojiye başvuranlarda % 2 oranında olduğu tahmin edilmektedir.⁸⁷ Kadınlarda daha fazladır, özellikle menstrüel dönemlerde artış gösterebilir.^{86, 88} Spesifik bir pik yaptığı yaş yoktur. Erken 20'li ve 30–45 yaşlar arası artış göstermektedir. Genelde yüz, üst sırt bölgesi ve ekstremiteler deri koparma sık görülür.^{88, 89}

Derideki bir uyarıcı (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 uyarıcılar ile ortaya çıkabilir. Trikotillomani ile

fenomenolojik olarak benzer ancak DSM de tanısal kategoriye alınmamıştır. Kompulsif ve impulsif özelliğinden dolayı birçok araştırmacı "kompulsif-impulsif spektrum bozukluğu" olarak incelenmesini önermektedir. Diğer psikiyatrik hastalıklardan obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere diğer anksiyete bozuklukları, depresyon, beden dismorfik bozukluğu ve trikotillomani ile yüksek birliktelik gösterir.^{88, 89, 91, 92, 93}

2.2.6.3. Kompulsif Cinsel Davranış

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

Cinsel kompulsiyonlar, obsesif- kompulsif spektrumda değerlendirilebilirler.^{94, 95} Cinsel düşünceler, fanteziler ve istekler obsesif düşünceler olarak, cinsel davranışlar da kompulsif cinsel davranışlar olarak değerlendirilir. Fakat OKB ritüelleri haz veren eylemler değildir, sıklıkla nötral ve irrite edici davranışlardır ve anksiyeteyi azaltmak için yapılır. Bu nedenle cinsel kompulsiyonlar, bağımlılık ve patolojik kumar gibi dürtüsel bozukluklara daha yakındır.

Parafililer: DSM-IV'e göre yoğun, tekrarlayan, cinsel olarak uyarıcı, insan olmayan objeleri, çocukları, rıza göstermeyen diğer kişileri veya acı çeken aşağılanan kişi ve partnerleri içeren fanteziler, istek ve davranışlar ile karakterizedir.⁷ Tanımı yapılan parafililer: teşhircilik, fetişizm, froterizm, pedofili, cinsel mazohizm, cinsel sadizm, travestik fetişizm ve röntgenciliktir.

Birçok parafilik davranış suç sayılmaktadır. Genellikle geç adolesan dönemde başlar. Sadomazohistler dışında nadiren kadınlarda görülür. Parafilili erkeklerde eşlik eden en sık Eksen I bozukluklar; depresyon (% 69), distimik bozukluk (% 39), madde bağımlılığı (% 42), DEHB (% 42), anksiyete bozuklukları (% 39) ve dürtüsel bozukluklar (% 31) sık eşlik eder.^{94,95}

Parafili ile İlişkili bozukluklar:

Parafili ile ilgili bozukluklar normal kabul edilen cinsel düşünce, istek ve davranışların stres oluşturacak ve disfonksiyona neden olacak kadar sık olması ile karakterizedir.^{96,97,98} İmpulsif ve kompulsif olabilir. Genel popülasyonda parafili ile ilgili bozukluk prevalansı %6

olarak tahmin edilmektedir.⁹⁹ Erkeklerde daha sıktır. Tanımlanan parafili ile ilgili bozukluklar: kompulsif masturbasyon, telefonda seks bağımlılığı, pornografi bağımlılığı, aşırı sapıklık, ciddi cinsel istek uyumsuzluğu, cinsel içerikli chat yapma bağımlılığıdır.

Cinsel kompulsiyonlarda orbitofrontal korteks ile ilgili lezyonlar patogeneizde yer alır. Frontal lob lezyonlarından sonra maladaptif cinsel davranışlar ortaya çıkabilir.¹⁰⁰ Multipl sklerozun frontal lezyonlarına bağlı bildirilen hiperseksüel olgular bildirilmiştir.¹⁰¹ Parkinson hastalarında L-dopa tedavisi sonrasında uygunsuz cinsel davranış olgularında strial disfonksiyon suçlanmaktadır. Tikler, koprolali, kopropaksi görülen Tourette sendromu hastalarında da aynı bölgeler rol almaktadır. Tourette sendromunda teşhircilik sıklığı artmıştır.

2.2.6.4. Kompulsif Egzersiz Yapma

Kompulsif egzersiz yapma ya da egzersiz bağımlılığı tanımı üzerinde genel bir fikir birliği olmamakla birlikte egzersizle ilgili zihnin aşırı meşguliyeti olarak tanımlanabilir. Bazı yazarlar sağlıksız egzersizi, en az 20 hafta boyunca haftanın 5 günü, bir hafta boyunca 15 saat ve üzerinde egzersiz yapmak olarak tanımlarlar.¹⁰² Egzersizle ilgili aşırı zihinsel uğraşlara ek olarak bağımlılık tablosunda görülen egzersiz yapılmadığı zaman irritabilite, uykusuzluk, duygudurum düzensizlikleri gibi çekilme belirtilerinin olması söz konusudur. Zihinsel uğraşlar kişinin fiziksel, sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarında bozulmalara neden olur. Davranışsal bağımlılık gösteren patolojik kumar ve madde bağımlılığı gibi diğer patolojilere benzerlikler gösterir.¹⁰³ Birincil egzersiz bağımlılığı ve yeme bozukluğu ile sık birliktelik gösteren sekonder egzersiz bağımlılığı olarak ayrılabilir. Birincil egzersiz bağımlılığı nadirdir. Sekonder tipi daha sıktır ve yeme bozuklukları ile birliktelik gösterir. Birincil egzersiz bağımlılığının başlı başına bir patoloji olup olmadığı tartışmalıdır. Egzersizi bırakmayı takiben olumsuz duygulanım belirtilerinin görülmesi ile birlikte egzersiz yapıldığı dönemdeki patolojiler açık değildir. Bu nedenle morbiditesi ve ek patolojilere yönelik araştırmalar yapılması gerekmektedir. Fazla yapılan egzersiz yeme bozukluğunda da vardır ve rapor edilmiş egzersiz bağımlılarında yeme bozukluğu sık rastlanır.¹⁰³

2.3. Yaşlılarda Dürtüsellik ve İlişkili Bozukluklar

Bireylerdeki dürtüsellik düzeyi kültürel ortam, cinsiyet ve yaşa göre değişiklikler gösterebilir. Genel olarak dürtüsellik yaşam boyu nispeten stabil giden bir özellik olduğu ancak zaman içerisinde azalma gösterebileceği bildirilmiştir. Çocuklar ve gençler

erişkinlerden daha dürtüseldir. Yaşlandıkça dürtüsellik azalır ve seçimler yaparken daha düşünceli davranırız.¹⁰⁴ Kişilik özelliklerimiz ve buna bağlı ortaya çıkan dürtüsel davranışlar yaşla çok fazla değişkenlik göstermez. Yaşam dönemlerinde farklı faktörler kişilerin daha dürtüsel ve daha rahatsız edici olmasına neden olabilir. Bunların bir kısmı bireyi yaşam boyu etkilerken bir kısmı geçici durumlardır. Örneğin; yaşlılık öncesi dönemde kafa travması, ruhsal bozukluklar, alkol/madde kötüye kullanımı, konjenital bozukluklar ve ağrı dürtüsellığı etkileyen kronik, değiştirilmesi güç olan faktörlerdir. Öte yandan inme ve diğer santral sinir sistemi hastalıkları, Alzheimer ve diğer demanslar, kronik tıbbi hastalıklar ve ağrı yaşlılık dönemindeki kronik faktörlerdir. Akut tıbbi bozukluklar, ilaç yan etkileri ve deliryum ise yaşam boyu dürtüsellığı etkileyen geri dönüşümlü nedenler arasında sayılabilir.¹⁰⁵

Belirtileri arasında dürtüsellik olan ruhsal ve nörolojik hastalıkların büyük bir kısmı (DEHB, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı) yaşlılık öncesi dönemde başlar ve bu klinik tablolar yaşlılıkta da devam eder. Kişilik ve madde kullanım bozukluklarındaki belirtiler yaş ilerledikçe hafifler ve birçok vakada bu bozuklukları olan olguların 60 yaş ve üzeri dönemde daha erken dönemlere göre dürtüsellikleri azalmıştır.

İlerleyen yıllarda başlayan rahatsız edici dürtüsel davranışların büyük bir kısmı Alzheimer hastalığı gibi demanslar, inme, sistemik hastalık ve travmaya bağlı beyin hasarlanması ya da enfeksiyöz ya da sistemik bozuklukların tedavisinden kaynaklı geçici beyin disfonksiyonuna bağlı deliryum gibi tıbbi bozukluklarla ilişkilidir. Demans hastalarının büyük bir kısmı yaşam boyunca kendileri için tipik olan kişilik özelliklerinden farklı rahatsız edici davranışlar sergilemeye eğilimlidirler. Demans riski yaşlandıkça artar. Buna paralel olarak fiziksel ve sözel agresyon, cinsel açıdan uygun olmayan davranışlar gibi dürtüsel ve rahatsız edici davranış riski artar. Agresyon bunlar arasında en sık görülen dürtüsel davranıştır. Alzheimer hastalarının %18-65 arasındaki bir kısmı fiziksel olarak agresyon sergileyebilirler. Demansa bağlı agresyon ilaçlarla başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Bu hastalarda tedaviye başlamadan önce agresyona neden olabilecek ağrı, açlık ya da üste binen bir deliryum tablosu gibi agresyona neden olabilecek diğer faktörler ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmeli ve ele alınmalıdır. Altta yatan bir hastalık olmadığı sürece artmış dürtüsellik sağlıklı yaşlı hastalar için normal bir belirti değildir. Dürtüsellik genel olarak normal yaşlanmayla beraber azalır. Yaşlı bir hasta artmış dürtüsellikle başvurduğu zaman bu belirti, alttaki nedenin araştırılmasını gerektirir.¹⁰⁶

2.4. Yaşlılarda Dürtü Kontrol Bozuklukları

Yaşlılarda ruhsal bozuklukların sıklığını araştırmaya yönelik olarak çok sayıda çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalarda 65 yaş üzeri yaşlı hastalarda DSM-IV'e göre psikiyatrik bozukluk sıklığının ortalama %5 olduğu bildirilmiştir. Avustralya'da 1792 65 yaş ve üzeri hastayla yapılan bir epidemiyolojik çalışmada son 12 aylık periyoda DSM-IV'e göre en az bir ruhsal bozukluğu olan hasta oranı %4,5'tir.¹⁰⁷ Öte yandan İspanya'da 293 65 yaş üzeri hastada yapılan bir çalışmada olguların %46,1'ini yaşamının bir döneminde psikiyatrik bir belirti sergilediği gösterilmiştir.¹⁰⁸ Yapılan çalışmaların çoğunda DKB kapsamamış ya da APB dışında diğer DKB'ları çok dikkate alınmamış ya da değerlendirilmemiştir. Bu nedenle bu konudaki veriler son derece sınırlı sayıdadır.

DKB çoğunlukla ergenlik döneminde ve genç erişkinlik döneminde başlar. Tedavi edilmediğinde bu bozukluklar kronik bir hal alır ve yaşlılık dönemine kadar devam edebilir. Bundan dolayıdır ki yaşlılık döneminde bu bozuklukların yaygınlığının, gençlik dönemindekinden çok farklı olmamasını bekleyebiliriz. Yaşlılıkta bireyler daha az dürtüsel olmakla beraber DKB'larının yaşlılıkta tamamen azaldığı ya da ortadan kalktığına dair elimizde yeterli veri bulunmamaktadır. Grant kleptomani, PKO ve KSA bozukluğunun sıklığının yaşlılıkta çok değişmediğini ancak KCD'nin daha az sıklıkta gözlemlendiğini bildirmiş, fakat buna kesin bir açıklama getirememiştir.¹⁰⁹ Kimi yazarlar DKB geliştiren yaşlıları 2 grupta değerlendirmişlerdir. Bunlardan ilki uzun yıllardır bu hastalığı olanlar, diğerleri yaşlılık döneminde DKB problemi geliştirenlerdir. Bu hastalık tabloları genel de birbirine benzerdir. Aradaki farklılık uzun yıllardır bu bozukluğa sahip olanların daha az şiddette dürtüsellik gösterdiği ve bu davranışı daha çok bir alışkanlık niteliğinde sergileme eğiliminde olmalarıdır. Sonradan DKB geliştirenler ise genç hastalar gibi yoğun şiddette dürtüsellik hissederler. Grant bu iki gruptaki farklılığın frontal lob ve beynin bazal bölgesinin aktivitelerindeki denge ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür. Eğer frontal lob aktiviteleri bazal bölge aktivitelerinden daha hızlı kötüleşirse dürtüsel davranış yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilir. Hastalardaki diğer tıbbi bozukluklar da bu süreci etkiler. Örneğin diyabet ve santral sinir sistemi vasküler hastalıklarında frontal lobun subkortikal alanları baskılama yetisi hafifler ve dürtüsel davranışa neden olabilir. Dürtüsel davranışta olduğu gibi eğer bir yaşlı hasta, bir DKB geliştirirse bunun altta yatan tıbbi bir duruma bağlı olup olmadığı araştırılmalıdır. Demans, elektrolit bozuklukları, çeşitli beyin tümörleri yaşlılıkta ortaya çıkan DKB'na neden olabilirler. DKB olan yaşlı hastalar hastalığın başlangıç yaşı ne olursa olsun bu bozukluğa sahip genç hastalara benzer klinik belirti ve

bulgular sergilerler. Birçok ruhsal bozuklukta erken başlangıç bozukluğun gidişatının daha kötü olmasına, hastaların yaşam kalitesinin azalmasına ve daha kötü prognoza neden olur. Ancak bu durum DKB için geçerli değildir. İlerleyen yaşlarda bu bozukluğa sahip olan yaşlı hastalarda görülen etkilenme düzeyi gençlerle hemen hemen aynı oranlardadır. Bununla birlikte yaşlı hastaların çoğu daha önce hiç yaşamadıkları bu belirtilerle baş etmekte ciddi sıkıntı yaşayabilir ve bu tablo onlara çok ağır gelebilir. Yine bu hastalar genç hastalara oranla davranışlarına bağlı olarak daha fazla suçluluk ve utanç duygusu yaşayabilirler. Tedaviye yanıt açısından yaşlı hastalar genç hastalar gibi tedaviye benzer düzeyde olumlu yanıt veririler. Hatta birçok yaşlı hasta genç hastalardan daha düşük dozlarda ilaçla düzelme kaydedebilirler. Yaşlı hastaların BDT'ye yanıtları da genç hastalarla benzer orandadır.

Yaşlı hastalarda DKB varlığı ile ilgili çalışmalar nispeten azdır. PKO dışındaki diğer DKB ile ilgili bulgular daha çok olgu sunumlarından ya da farklı amaçlarla yapılmış çalışmalardan elde edilen ikincil verilerden kaynaklanmaktadır.

Bu bölümde yaşlılarda DKB ile ilgili yapılmış olan az sayıdaki veriler aktarılmaya çalışılmıştır.

Patolojik Kumar Oynama: Yaşlılarda PKO ile ilgili çalışmalar az sayıdadır. Her ne kadar PKO erişkin yaş grubunda karşılaşılan bir sorunsu da bu ABD ve Kanada gibi kumarın yasal olduğu toplumlarda daha sık olarak görülmektedir. Amerika'da 1975 yılında 65 yaş üzeri yaşlılardan yaşam boyu kumar oynadığını bildiren olgu sayısı %35 iken, 1998'de bu oran %80'lere çıkmıştır.¹¹⁰ 1999 yılında Amerika'da yapılan NORC çalışmasında 65 yaş üstü bireylerin %0,4'ünün yaşam boyu, %0,2'sinin de son bir yıl içerisinde PKO tanı ölçütlerini karşıladıkları saptanmıştır.¹¹¹ Aynı grup içerisindeki yaşlıların %0,7'sinde ise problemler kumar oynama davranışı vardır. Mc-Neilly ve Burke sık sık kumar oynama alanlarına giden 315 yaşlının %11'inin olası patolojik kumar oynama anlamına gelen South Oaks kumar oynama ölçeğinden 5 ya da daha fazla puan aldığını bildirmiştir.¹¹² Petry ise yaşlı patolojik kumarbazların daha çok oyun makinalarını tercih ettiklerini, daha çok işle ilgili problemler yaşadıklarını, sosyal, yasal ve madde bağımlılığı ile ilgili sorunlarının ise erişkin patolojik kumarbazlara göre daha az olduğunu bildirmiştir.¹¹³ Kausch yaşlı kumarbazların daha genç yaştakiler gibi yaşam boyu ciddi intihar düşüncesi öyküsün bulunduğu psikiyatrik eş tanı oranının yüksek olduğunu ve en sık görülen eş tanının depresyon olduğunu bildirmiştir. Kanada Manitoba'da 60 yaş üzeri 1000 hastayla telefonla yapılan bir çalışmada yanıt veren yaşlı hastaların %3'ünden azında kumarın bir sorun oluşturduğu saptanmıştır. Katılımcıların %1,6'sının problemler kumar oynamayı sergiledikleri, %1,2'sinin ise son bir yıllık dönemde olası patolojik kumar oynama ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir.¹¹⁴

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk: Yaşlı hastalarda APB ile ilgili çalışmalar diğer DKB'larında olduğu gibi bulunmamaktadır. Ancak APB sıklığını klinik ve toplum örneklemelerinde araştıran çeşitli çalışmalarda bozukluğun yaşlı hastalardaki sıklığına ilişkin veriler bildirilmiştir. Coccaro ve ark.larının 253 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada APB tanısı almış hastaların agresif davranışlarının ortalama 18 yaşında başladığı, cinsiyete göre farklılık göstermediği ve olguların %75'inde agresif davranışın yaşam boyu devam ettiği saptanmıştır.¹¹⁵ Agresif davranışın ilk on yıldan başlayarak yaşamın tüm on yıllarında (dekat) olduğu 3. dekatta tepe noktasına ulaştığı, 5. dekattan itibaren düzenli olarak azaldığı ve 8. dekattan sonra agresyonun hemen hemen hiç görülmediği belirlenmiştir. APB olgularının yaşamın her bir on yılında sergiledikleri agresif davranış sıklıkları şöyledir: İlk on yıl, %18,8; ikinci on yıl, %56,3; üçüncü on yıl, %87,5; dördüncü on yıl, %75; beşinci on yıl, %43,8; altıncı on yıl, %18,8; yedinci on yıl, %6,3 ve sekizinci on yıl, %0.

Aynı çalışma grubunca Rhode Island Hastanesi ayaktan psikiyatri kliniğine başvuran 1300 hasta üzerine yapılan bir araştırmada olguların %6,3'ünün yaşam boyu, %3,1'inin şu anda APB tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu grup içerisinde 55 yaş ve üzerinde olan 127 olgunun 6'sında (%4,7), yaşam boyu 4'ünde (%3,1) DSM-IV'e göre APB saptanmıştır. Yaşam boyu prevalans açısından yaş grupları değişkenine göre bir fark saptanmamıştır.¹¹⁶ Bu ikincil veriler dışında yaşlılarda APB'ü direk olarak araştıran bir çalışmaya rastlayamadık.

APB'un olası bir bileşeni olan öfke ve yaşlılık arasındaki ilişkide çok bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar yaşlı hastaların genç hastalara göre daha az öfkeli olduğunu gözlemişlerdir.¹⁰⁴ Bu konuda yapılmış bir çalışmada yaşlı hastaların sergiledikleri öfke miktarının en önemli belirleyicilerinin iş ve aile statüsü, sosyal ve kişisel ortamlar ve duygusal yaşantıları olduğunu bildirmiştir. Schieman evli ya da eşi ölmüş yaşlıların boşanmış ya da ayrılmış yaşlılardan, emekli ya da işi olan yaşlıların işi olmayan yaşlılardan daha az öfkeli olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada yaşanan evde daha az bireyin bulunması, ekonomik sorunların azlığı, kişiler arası çatışmaların az olması yaşlılarda daha az öfke ile ilişkili bulunmuştur.¹¹⁷

Öfke kontrolü kişinin erken dönemde öfke yaşantılamasına, ailesinin verdiği izinle ilişkili bulunmuştur. Öfkelerini kontrol edebilen yaşlıların ebeveynlerinin bu kişilerin çocukluk dönemindeki öfkelerini genellikle tolere ettikleri, çocukluk öfkesine kabul edilemez, yok edilmesi gereken bir davranış şeklinde yaklaşmadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle bu insanların yaşları ilerledikçe öfkelerini oyun ya da yarışma şeklinde daha sağlıklı eylemlere dönüştürebildikleri gözlenmiştir.

Kleptomani: Kleptomaninin başlangıç yaşıyla tedavi arasında uzunca bir süre, yaklaşık 10-15 yıl geçtiği ve hastalığın daha çok kadınlarda 2. ya da 3. dekatta oluştuğu bildirilmektedir.¹¹⁸ Aradaki bu uzun süre kleptomani hastalığının tanınmasını ve tanındığı zaman tedavi edilmesinin ne kadar güç olduğunu göstermektedir. Bundan dolayıdır ki birçok araştırmacı kleptomaninin erişkin yaşam döngüsünde ara ara ortaya çıkan yenileyici davranış örüntüsü şeklinde kendini gösterdiğine inanmaktadır. Yaşlılarda kleptomani ile ilgili çalışmalar oldukça azdır, bundan dolayı yaşlılarda kleptomani prevalansı bilinmemektedir.

Kleptomaniyi açıklamaya yönelik etyolojik modellerin bir kısmının yaşlılar içinde geçerli olabileceği düşünülmektedir. Örneğin anlamlı olmayan mağaza hırsızlığı yapan hastaların %80'inde rastlanan depresyon ve sosyal izolasyon saptaması depresyonun kleptomani etyolojisinde önemli bir rol oynadığını düşündürmüştür. Bazı araştırmacılar kleptomani eyleminin antidepresan bir etkiye sahip olduğunu ve çalma davranışının kişiyi yaşadığı gerginliği geçici de olsa gidermesine yardımcı olduğu yani bir stimulan etki gösterdiğini ileri sürmüştür.²⁸ Yaşlılardaki kleptomaninin psikodinamik açıklamasında, bu bireylerin gerçek ya da beklenen bir kayba karşı sembolik telafi etme çabası olarak yorumlanmıştır. Bu bireylerin yaşayabilecekleri olası kayıplar ülkelerini, işlerini, evlerini, sevdiklerini kaybetmeleri, ölümcül bir hastalıktan dolayı yaşamlarını kaybetme korkuları ya da daha önceki kayıplarını yeniden hatırlamaları olabilir. Mandell yaşlılarda oluşan davranış, kişilik ve duygudurum değişikliklerini açıklama için bir biyolojik varsayım ileri sürmüştür. Yaşlanmayla beraber vücutta biyolojik amin düzeyleri ve onların sentezlenme hızı azalır. Bu da beyinde inen (dorsal) ve tersine (reciprocal) yolların baskılanmasında ilerleyici azalmaya neden olur. Bu azalmanın daha önce latent kalmış ya da bakılanmış nöral dışa vurumların ortaya çıkma eşiklerini azalttığını ileri sürmüştür.¹¹⁹ Moak ve ark. dikkatin bozulduğu ya da aşırı çevresel uyaran olan dönemlerde yaşlanmış sinir sisteminin, çalma gibi birey için çok tipik olmayan davranışların ortaya çıkma eşiklerini düşürdüğü ortaya çıkmasına neden olduğunu bildirmiştir.

Piromani: Piromani oldukça nadir görülen bir DKB'dur. Bu konuda yaşlılarda yapılmış yaygınlık çalışması bulunmamaktadır. Genel popülasyonda yapılan çalışmalarda kullanılan tanı ölçütüne bağlı olarak piromani sıklığının %0 ile %60 arasında değişebileceği ileri sürülmüştür. Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada genel popülasyondaki oran %0, klinikte yatan psikiyatri hastaları arasındaki çalışmada yaşam boyu %1 oranında saptanmıştır.^{120,24}

Piromaninin gidişi ile ilgili kesin bir veri yoktur ancak genel olarak sonlanımının çok iyi olmadığı düşünülmektedir. Kimi hastalarda tekrarlayan hapis cezalarına ve yasal kısıtlamalara karşın hastalık kronikleşir ve yaşamları boyunca sürekli olarak yangın çıkarırlar. Diğerleri

yangın çıkarma davranışlarını gizli tutarak tutuklanmayı engelleyecek biçimde sınırlayarak bu işe devam ederler. Kimilerinde ise yıllar geçtikçe hastalık kendiliğinden yavaş yavaş kaybolur. Ancak kendiliğinden düzelmeye sıklığının oldukça az olduğu kabul edilmektedir. Piromaninin hastalık süreci madde kullanım bozuklukları ve duygudurum bozuklukları gibi birlikte bulunan psikiyatrik hastalıklardan belirgin biçimde etkilenir. İleri yaşlarda ve yaşlılıkta hastalığın nasıl bir tabloya dönüştüğü konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Diğer DKB'da olduğu gibi yaşlı hastalarda aniden ortaya çıkan yangın çıkarma davranışının piromaniden çok genel bir tıbbi duruma (demans, deliryum, madde entoksikasyonu) bağlı olma olasılığı daha yüksektir.

Trikotillomani: Trikotillomani ile ilgili gençlerde ve erişkinlerde çok sayıda çalışma yapılmış olmasına karşı yaşlılarda yapılmış çalışmaya rastlanmadı. Genelde trikotillomani çocukluk çağında, 13 yaşlarında başlar. Kadınlarda daha sık görülen erişkin yaştaki trikotillomani dalgalı bir seyir gösterir. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda trikotillomani belirtilerinin süreç içerisinde çok büyük bir değişiklik göstermediği saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya Aralık 2009 - Aralık 2010 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran yaşları 60 ve üzerinde olan 90 hasta alındı. 14 hastanın 6'sı testleri eksik doldurduğu için, 4'ü çalışmaya katılmak istemediği için, 2 hasta akut mani ve psikotik semptomları olduğu için, 2 hastada demans belirtileri olduğu için (SMMT'de 24 puan ve altında alanlar) çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan 76 hastanın 35'i kadın, 41'i erkek hastaydı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Çalışmaya alınan gruba demans tanısı alanlar, bilişsel yetilerinde belirgin bozukluğu olanlar, mental retardasyonu olanlar, Parkinson hastalığı, dejeneratif hastalıklar, multipl skleroz gibi nörolojik hastalığı olanlar alınmadı. Akut dönemde psikoz ve mani dışlandı.

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. Ayrıca tüm hastalara bilişsel yetilerin değerlendirilmesi ve demans tanısının dışlanması için Standardize Mini Mental Test (SMMT) uygulandı.

Dürtü Kontrol Bozukluklarından, Aralıklı Patlayıcı Bozukluk, Kleptomani, Patolojik Kumar Oynama, Piromani, Trikotillomani ve Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol bozuklukları tanıları DSM-IV ölçütlerine göre konmuştur. Başka türlü adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluklarından olan Kompulsif Alışveriş yapma, McElroy ve arkadaşlarının ölçütlerine göre konmuştur.⁷⁸ Deri Yolma, Kompulsif Cinsel davranış ve Egzersiz Bağımlılığı için henüz belirlenmiş net ölçütler yoktur. Bu nedenle tanıları daha önceden yayınlanmış makaleler temel alınarak konmuştur.

3.2. Veri toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmada tarafımızdan hazırlanan iki bölümden oluşan veri formu kullanıldı. İlk bölüm sosyodemografik veri toplama formuydu. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet,

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

3.2.2. Kullanılan Ölçekler

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

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme izelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 tane birinci eksen bozukluğunun tanı ölçütleri ile ve 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülden 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 alışması DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme adı ile Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır.¹²¹

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.¹²²

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 (GSI) ile Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI) alt ölçekleri arasında korelasyonların 0,1-0,77 arasında değiştiği belirlenmiştir.¹²³

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

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

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

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

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

e) Kişiler arası duyarlılık (KD): Kişiler arası duyarlılık puanı yüksek olan kişiler; kişisel yetersizlik duyguları hisseden, diğer insanların yanında kendini aşağı gören, insanlarla

ilişkilerinde rahatsız olan, insanlarla iletişim sırasında olumsuz beklentileri olan kişilerdir. Bu alt ölçeğin değerlendirilmesinde dikkate alınan soru sayısı 9'dur. Alınan puan / soru sayısı < 1 olursa normal sınırlar içinde olduğu söylenebilir.

f) Hostilite (H): Düşmanlık düşünceleri, duyguları ve eylemlerini, hoş olmayan duygulardan bir şeyler kırıp dökmeye kadar kontrol edilemeyen öfke patlamalarını içerir. 6 sorudan oluşur. Ortalama puan/ soru sayısı < 1 olması hostilite alt ölçeğinin normal sınırlar içinde olduğunu gösterir.

g) Psikotizm (P): işitme ve görme varsanları, 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): Kuşular, 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 (BIS-11)

Dürtüselliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir.¹²⁴ 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 güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, madde yükü düşük maddelerin çıkarılması aşamasından önce çeviri işleminin devamının ve Türk örnekleme özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmamızda ölçeğin değerlendirilmesi için Patton ve arkadaşlarının önerdiği puan anahtarları kullanılmıştır.¹²⁵

3.2.2.5. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Standardize Mini Mental Test (SMMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Test, standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirebilmek amacıyla kullanılan testlerin çok fazla soru içermeleri ve uygulamada 30 dakikadan daha fazla zaman almalarından dolayı yaşlıların, özellikle de deliryumda olan ve/veya demanslı yaşlıların muayenesinde uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak üretilmiştir. SMMT kısa bir süre sonra hem klinik uygulamada hem de araştırmacılar arasında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Test, klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir özgüllüğe sahip olmakla birlikte, global olarak bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilir, kısa, kullanışlı ve standardize bir metottur. Bugün için de, klinik pratikte, bilişsel bozuklukların saptanması, demansiyel sendromların seyri ve tedaviye alınan yanıtların izlenmesinde; araştırma sahasında da toplum içerisinde veya bir kurumda yaşamını sürdüren yaşlılarla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda başvurulan popüler bir test olma özelliğini sürdürmektedir. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan tesleri alt başlıkları altında toplanmıştır. Ülkemizde hafif ve orta düzeyde demans için kesme puanı 23/24 olarak hesaplanmıştır.¹²⁶

3.3. İstatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 15,0 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

1- Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 60 yaş ve üstü, 76 yaşlı hastanın (35 kadın, 41 erkek) 17'sinde (% 22,4) 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) %21,1 (n=16) iken, BTA dürtü kontrol bozuklukları dahil edildiğinde yaşam boyu DKB sıklığı %22,4 (n=17) olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 76 olgunun hiçbiri yaşam boyu ya da son bir aylık dönemde kleptomani, piromani, trikotillomani, kompulsif egzersiz ektanisi almamıştır. Yine olguların hiçbiri şu anda kompulsif satın alma, patolojik kumar oynama tanı ölçütlerini karşılamıyorlardı. Bu hasta grubunda saptanan yaşam boyu ve şu anki DKB eşanı sıklıkları Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6 : Yaşlı psikiyatrik hastalarda DKB eşanıların yaşam boyu ve şu anki sıklıkları

	Şu anda			Yaşam boyu		
	N	%	%95 CI (%)	N	%	% 95 CI (%)
DKB varlığı (BTA hariç)	3	3,9	0	16	21,1	11.88-30.22
DKB varlığı (BTA dâhil)	5	6,6	1.01-12.15	17	22.4	
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk(APB)	3	3,9	0	12	15.8	7.59-23.99
Patolojik Kumar oynama	0	0		7	9.2	2.71-15.71
En az bir DKB-BTA varlığı	2	2,6	0	3	3.9	0
Kompulsif Satınalma(KSA)	0	0		1	1.3	0
Deri yolma	1	1,3	0	1	1.3	0
Kompulsif cinsel davranış	1	1,3	0	1	1.3	0

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka Türlü adlandırılmayan; CI: Güven aralığı

Çalışmaya katılan tüm hastaların sosyodemografik özellikleri ele alındığında (tablo 7) grubun çoğunluğunun erkek (%54), evli (%80), ortaöğretim ve üstü düzeyde eğitim aldığı (%51), orta düzeyde sosyoekonomik düzeye sahip oldukları (%79), tamamının çalışmadığı (ev hanımı dahil) veya emekli olduğu saptanmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerin kolay yapılabilmesi için hiç evlenmemiş 2, boşanmış 2 hasta da bekar grubunda değerlendirilmiştir. Yine aynı nedenle eğitim durumu ortaöğretim ve üstü olan grup iki grup istatistiksel karşılaştırmalarda bir arada ele alınmıştır. Ayrıca tüm hastalar emekli ya da ev hanımı olduğu için çalışmadıklarından bu değişkenle ilişkili istatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.

Tablo 7 . Yaşlı psikiyatrik hastaların demografik özellikleri

Yaş (yıl) (ort. ±SS)	68,1±4,57	
Yaş Grupları (N %)	n	%
60-64	38	50
65-69	17	22,4
>70	21	27,6
Cinsiyet (N %)		
Kadın	35	46,1
Erkek	41	53,9
Medeni Hal		
Evli	61	80,3
Bekar/dul	15	19,7
Eğitim Durumu		
İlköğretim	37	48,7
Ortaöğretim	9	11,8
Yükseköğrenim	30	39,5
Ekonomik durum		
Alt	16	21,1
Orta	60	78,9
Meslek		
Çalışmıyor (evhanımı dahil)	17	22,4
Emekli	59	77,6

Hastalar 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 hasta grupları arasında sosyodemografik özelliklerden sadece cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yaşlı hasta grubunda erkeklerin %34,1’inde (n=14) yaşam boyu en az bir DKB tanısı konmuşken, kadınların %8,6’sı (n=3) DKB tanısı almışlardı (p=0,008). Yaş grubu, medeni hal, eğitim ve ekonomik durum açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (p>0,05)

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

	DKB (+) (n=17)	DKB (-) (n=59)	P Değeri
Yaş (yıl)	67±7,88	65,9±5,30	t=0,661 p=0,514
Yaş Grupları (N %)			
60-64	9(23,7)	29(76,3)	x=4,15 p=0,125
65-69	1(5,9)	16(94,1)	
>70	7(33,3)	14(66,7)	
Cinsiyet (N %)			
Kadın	3(8,6)	32(91,4)	x=7,11 p=0,008
Erkek	14(34,1)	27(65,9)	
Medeni Hal			
Evli	13(21,3)	48(78,7)	p=0,732
Bekar	4(26,7)	11(73,3)	
Eğitim Durumu			
İlköğretim	7(18,9)	30(81,1)	x=0,494 p=0,482
Ortaöğretim ve üstü	10(25,6)	29(74,4)	
Ekonomik durum			
Alt	7(43,8)	9(56,3)	p=0,059
Orta /üst	10(16,7)	50(83,3)	

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

Yüzde değerleri satır değişkenlerine göre hesaplanmıştır.

Yaşam boyu DKB varlığı (BTA hariç) kadınlarda % 5,7 (n=2), erkeklerde % 34,1 (n=14) 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. Cinsiyete göre DKB eştanı dağılım ve sıklığı Tablo 9 de gösterilmiştir.

Tablo 9: Yaşlı hastalarda yaşam boyu DKB eş tanı sıklıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması

n (%)	Kadın (n=35)	Yaşam boyu Erkek (n=41)	p
DKB varlığı (BTA hariç)	2(5,7)	14(34,1)	x=9,18 p=0,002
DKB varlığı (BTA dâhil)	3(8,6)	14(34,1)	x=7,11 p=0,008
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk	2(5,7)	10(24,4)	x=4,95 p=0,026
Patolojik Kumar oynama	0(0)	7(17,1)	p=0,013
En az bir DKB-BTA varlığı	1(2,9)	2(4,9)	p=1
Kompulsif Alışveriş	1(2,9)	0(0)	p=0,461
Deri yolma	0(0)	1(2,4)	p=1
Kompulsif cinsel davranış	0(0)	1(2,4)	p=1

DKB: Dürtü kontrol bozuklukları; BTA: Başka Türü adlandırılmayan

Çalışmaya katılan hastaların %9,2'sinde (n=7) çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü belirlendi. DKB (+) olan grupta %23,5 (n=4), DKB(-) olan grupta % 5,1 (n=3) oranlarında çocukluk çağı psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi (p=0,041). Çocukluk çağı dönemine ait hastalıklardan Davranım Bozukluğu DKB(+) olan grupta DKB(-) olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (%17,6 ya karşılık %0; p=0,01). İntihar girişimi, 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: Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin yaşam boyu DKB si olan ve olmayan gruplarda karşılaştırılması

n (%)	DKB (+) (n=17)	DKB (-) (n=59)	χ	p
Çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü	4(23,5)	3(5,1)		0,041
DEHB	0(0)	0(0)		
EN - EK	1(5,9)	0(0)		0,224
Seperasyon anksiyetesi	0(0)	3(5,1)		1
Davranım bozukluğu	3(17,6)	0(0)		0,01
Fiziksel hastalık öyküsü	9(52,9)	37(62,7)	0,527	0,468
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	3(17,6)	11(18,6)		1
Anksiyete bzk	0(0)	3(5,1)		1
Somatoform bzk.	1(5,9)	0(0)		0,224
Alkol/madde kull. Bzk	1(5,9)	2(3,4)		0,538
Psikotik bzk.	0(0)	2(3,4)		1
Depresif bzk.	1(5,9)	1(1,7)		0,400
Bipolar bzk.	1(5,9)	3(5,1)		1
İntihar girişimi	0(0)	1(1,7)		1

2- Ölçekler

Çalışmaya katılanların olguların genel psikopatolojik durumu SCL-90 skorlarıyla, dürtüsellikleri ise BIS skorlarıyla değerlendirilmiştir.

Somatizasyon alt ölçeği hariç SCL-90'ın tüm genel ve alt ölçeklerinin, DKB(+) grupta DKB (-) gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Kullanılan diğer ölçek olan Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin toplam puanında plan yapmama ve motor alt ölçek puanları DKB(+) olan grupta anlamlı olarak yüksek iken ($p<0,05$) dikkat alt puanında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,609$). Bu değerler tablo 11’te gösterilmiştir.

Tablo 11: DKB varlığına göre sınıflandırılmış yaşlı hastaların psikometrik test ortalamalarının karşılaştırılması

	DKB (+)	DKB (-)	t	p
SCL- GSI	1,45±0,62	0,88±0,51	3,84	<0,0001
SCL-PSI	61,8±15,3	43,9±20,7	3,32	<0,001
SCL-PSDİ	2,09±0,63	1,75±0,54	2,14	0,036
SCL- SOM	1,36±0,77	1,05±0,63	1,69	0,095
SCL-Anksiyete	1,35±0,71	0,79±0,66	3,07	0,003
SCL-OK	1,72±0,64	1,05±0,60	4,00	<0,0001
SCL-Depresyon	1,56±0,87	1,01±0,71	2,69	0,009
SCL-KD	1,57±0,83	0,79±0,62	4,19	<0,0001
SCL-Psikotizm	1,23±0,93	0,59±0,49	3,75	<0,0001
SCL-PD	1,61±0,87	0,75±0,62	4,60	<0,0001
SCL-Hostilite	1,49±1,00	0,70±0,61	4,00	<0,0001
SCL-FA	0,98±0,67	0,47±0,55	3,25	0,002
SCL-ES	1,65±0,73	1,15±0,72	2,51	0,014
BIS-Toplam	63,2±8,75	56,4±9,39	2,66	0,01
BIS-NPA	19,2±5,99	14,4±4,49	3,54	0,001
BIS-Motor	20,8±5,92	17,3±4,21	2,78	0,007
BIS-Dikkat	23,9±5,37	24,7±5,85	-0,514	0,609

DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında yaşam boyu diğer eksen I bozuklukların yaygınlığı Tablo 12’de gösterilmiştir. İki grup arasında alkol/madde kullanım bozuklukları dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alkol/madde kullanım bozukluğu DKB(+) olan grupta %17,6 oranında saptanmışken, DKB (-) olan grupta hiçbir olguya rastlanmamıştır ($p=0,01$).

Tablo 12: Yaşamboyu DKB si olan ve olmayan yaşlı hastalar arasındaki yaşam boyu diğer eksen I bozukluklarının sıklığının karşılaştırılması

n(%)	DKB (+) (n=17)	DKB (-) (n=59)	p
Ektanı varlığı	13(76,5)	48(81,4)	0,732
Duygudurum bzk	9(52,9)	32(54,2)	0,925
BPB I	1(5,9)	1(1,7)	0,400
Depresif Bzk.	8(47,1)	31(52,5)	0,690
Alkol/madde kullanım bzk.	3(17,6)	0(0)	0,01
Anksiyete bzk.	5(29,4)	15(25,4)	0,760
Panik Bzk.	2(11,8)	8(13,6)	1
OKB	0(0)	3(5,1)	1
TSSB	1(5,9)	0(0)	0,224
YAB	2(11,8)	6(10,2)	1
Somatoform bzk	0(0)	6(10,2)	0,328
Uyum bozukluğu	0(0)	1(1,7)	1

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

DKB'leri tek tek ele aldığımızda Eksen I tanı oranları %33 ile %86 arasında değişmektedir. Depresyon tüm DKB olgularında çeşitli oranlarda ektanı olarak saptanmıştır. DKB hastalarında görülen ektanılar Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo.13: Tek tek DKB'lerin ektanı özellikleri

n (%)	APB (n=12)	PKO (n=7)	DKB-BTA (n=3)
Ektanı varlığı	8(66,7)	6(85,7)	1(33,3)
Duygudurum bzk	4(33,3)	6(85,7)	1(33,3)
BPB I	1(8,3)	0(0)	0(0)
Depresif bzk	3(25)	6(85,7)	1(33,3)
Alkol/madde kullanımı	2(16,7)	2(28,6)	0(0)
Anksiyete bzk.	4(33,3)	1(14,3)	0(0)
Panik bzk.	3(16,7)	0(0)	0(0)
OKB	2(16,7)	0(0)	0(0)
TSSB	0(0)	1(14,3)	0(0)
YAB	0(0)	0(0)	0(0)
Somatoform bzk	0(0)	0(0)	0(0)
Uyum bozukluğu	0(0)	0(0)	0(0)

Tek tek DKB'lerin ölçek puanlarını DKB(-) olan gruba kıyasladığımızda APB'da SCL-ES alt ölçeği dışında tüm genel ve alt ölçek skorları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). PKO tanısı almış olgularda ise SCL-GSİ, SCL-PSİ genel ölçekleri ile SCL-OK, SCL-Depresyon, SCL-KD, SCL-Psikotizm, SCL-PD, SCL-Hostilite ve SCL-ES alt ölçek puanları DKB(-) gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır

($p < 0.05$). DKB-BTA tanısı almış 3 hastada ise; SCL-GSİ genel ölçek ve SCL-Somatizasyon, SCL-OK, SCL-Depresyon, SCL-Hostilite 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 hastalarla karşılaştırılması

	DKB (-)	APB	PKO	DKB BTA
SCL- GSİ	0,88±0,51	1,54±0,60*	1,42±0,51****	1,55±1,08****
SCL-PSI	43,9±20,6	64,8±14,9**	63,6±12,6****	58,0±23,1
SCL-PSDİ	1,76±0,54	2,15±0,63****	2,00±0,62	2,22±0,80
SCL- SOM	1,05±0,63	1,55±0,85****	1,05±0,15	1,92±1,12****
SCL-Anksiyete	0,78±0,66	1,48±0,64**	1,17±0,66	1,40±1,01
SCL-OK	1,05±0,60	1,78±0,57*	1,86±0,56**	1,83±1,16****
SCL-Depresyon	1,01±0,71	1,63±0,89***	1,65±0,88****	1,95±1,27****
SCL-KD	0,79±0,62	1,73±0,84*	1,64±0,59**	1,37±1,43
SCL-Psikotizm	0,59±0,49	1,33±0,87*	1,09±0,88****	1,07±1,67
SCL-PD	0,75±0,62	1,71±0,79*	1,71±0,98*	1,44±1,27
SCL-Hostilite	0,70±0,61	1,53±0,99*	1,48±0,97***	1,67±1,60****
SCL-FA	0,47±0,54	1,03±0,74***	0,75±0,49	0,90±0,44
SCL-ES	1,15±0,72	1,55±0,73	1,88±0,58****	1,57±0,99

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

Dürtüsellikle ilgili ölçek puanları her bir DKB için DKB(-) olan grupla kıyaslandığında BIS-Total ve BIS-motor puanları APB olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. BIS-NPA puanı, APB ve PKO grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. BIS-Dikkat puanında ise gruplar arasında farklılık saptanmıştır. Tek tek DKB'lerin dürtüsellikle ilgili ölçek puanları Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo.15: Tek tek DKB'lerin dürtüsellikle ilgili ölçek puanlarının DKB si olmayan hastalarla karşılaştırılması

	DKB (-)	APB	PKO	DKB BTA
BIS-Total	56,4±9,39	65,2±9,06***	62,1±8,13	59,0±9,54
BIS-NPA	14,4±4,49	20,0±6,3**	19,8±6,91***	16,3±3,21
BIS-Motor	17,3±4,22	21,3±6,87***	19,6±5,13	19,0±4,36
BIS-Dikkat	24,7±5,85	23,8±5,98	24,4±5,06	23,3±6,51

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

5. TARTIŞMA

Dürtü kontrol bozuklukları son yıllarda oldukça ilgi çeken ve daha önce de bildirildiği gibi, nadir olmayan bir bozukluk grubudur. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve bağımlılık tanı ölçütlerine olan benzerliklerinden dolayı, bu grubun gerçekten ayrı bir grup olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği yönündeki tartışmalar, çok sayıdaki çalışmaya karşın devam etmektedir. Ayrıca DSM-IV'de yer alan DKB'ları (APB, PKO, piromani, trikotillomani, kleptomani) dışında kompulsif satın alma, deri yolma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma gibi diğer bozukluklarında bu başlık altında yer alması önerilmiş ancak henüz kesin tanı ölçütleri oluşturulmamıştır. Bu bozukluklar DSM-IV'de BTA-DKB olarak ele alınmıştır. Çalışmamızda dürtü kontrol bozuklukları tanısı konurken DSM-IV-TR temel alınmıştır. Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluklarından kompulsif satın alma, deri koparma, kompulsif cinsel davranış ve kompulsif egzersiz yapma da çalışmaya katılan hastalarda bakılmış ve bu bozukluklar için tanı ölçütü olarak daha önce yayınlanmış makaleler temel alınmıştır. Kompulsif internet kullanımı ise çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Bireylerdeki dürtüsellik düzeyi kültürel özellikler, cinsiyet ve yaşa göre değişiklikler gösterebilir. Genel olarak dürtüsellik yaşam boyu aynı seyreden bir özellik olduğu, ancak zaman içerisinde azalma gösterebileceği bildirilmiştir. Çocuklar ve gençler erişkinlerden daha dürtüselidir. Yaşlandıkça dürtüsellik azalır ve seçimler yapılırken daha kontrollü davranılır. Kişilik özelliklerimiz ve buna bağlı ortaya çıkan dürtüsel davranışlar yaşla çok fazla değişkenlik göstermez. Yaşam dönemlerinde farklı faktörler kişilerin daha dürtüsel ve daha rahatsız edici olmasına neden olabilir. Bunların bir kısmı bireyi yaşam boyu etkilerken bir kısmı geçici durumlardır.

Bu çalışmanın en önemli özelliği DKB'larının sıklığı ve özellikleri ile ilgili birçok yaş grubunda, özellikle ergenlik ve erişkinlikte kimi çalışmalar yapılmışsa da, 60 yaş üzeri grupta direkt olarak DKB ile ilgili çalışmaya rastlanılmamış olmasıdır.

Bu çalışma sonuçlarında bir yıllık bir süre içerisinde polikliniğimize ayaktan başvuran 60 yaş ve üzeri hastaların yaklaşık beşte birinde (%21,1), DSM-IV ölçütlerine göre en az bir yaşam boyu DKB eştanısı aldıklarını göstermiştir. BTA-DKB'da dahil edildiğinde başvuran hastaların yaklaşık %22,4'ünde en az bir DKB saptanmıştır. Son bir aylık dönemdeki prevalanslar ele alındığında ise, BTA-DKB dahil hastaların sadece %6,6'sında

DKB saptanmış, BTA hariç tutulduğunda ise bu oran %2,6'ya düşmüştür. Yaşlılar üzerinde bu alanda yapılmış direkt bir çalışma olmadığı için bulgularımızı daha çok erişkin hastalardaki bulgularla karşılaştırdık.

Benzer şekilde Tamam ve ark.ları klinikte yatan 103 erişkin hastanın %37,9'unda yaşam boyu en az bir DKB tanısı saptamışlardır.²⁴ 2011 yılında yayımlanan bir diğer benzer çalışmada yaşam boyu DKB prevalansının %23,5, şu anki prevalansı ise %18,8 olarak bildirmiştir.¹²⁷

Bu konudaki öncül çalışmalardan biri olan Grant ve ark.larının 204 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada, kliniğe başvuran olguların %32,8'inin yaşam boyu en az bir DKB olduğunu, şu anki tablonun ise %30,9 olduğunu bildirmiştir.¹²⁸ Bu bulgular ışığında çalışmamızın yaşlılardaki yaşam boyu DKB sıklığı oranının literatürle benzer olduğunu belirtebiliriz. Şu andaki DKB sıklığını ise erişkin psikiyatri hastaları için bildirilenden çok daha az olduğu (%3,9) görülmektedir. Bu durumun dürtüsellik ve DKB'larının yaşlandıkça azaldığını belirten çeşitli araştırmacıların bulgularıyla örtüşüğünü söyleyebiliriz.¹⁰⁴ Belirtileri arasında dürtüsellik olan ruhsal ve nörolojik hastalıkların büyük bir kısmı (DEHB, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk ve madde bağımlıları) yaşlılık öncesi dönemde başlar ve bu klinik tablolar yaşlılıkta da devam eder. Kişilik ve madde kullanım bozukluklarındaki belirtiler yaş ilerledikçe hafifler ve birçok vakada bu bozuklukları olan olgular 60 yaş ve üzeri dönemde daha erken dönemlere göre dürtüsellikleri azalmıştır.

Demans hastalarının büyük bir kısmı yaşam boyunca kendileri için tipik olan kişilik özelliklerinden farklı, rahatsız edici davranışlar sergilemeye eğilimlidirler. Demans riski yaşlandıkça artar. Buna paralel olarak fiziksel ve sözel agresyon, cinsel açıdan uygun olmayan davranışlar gibi dürtüsel ve rahatsız edici davranış riski artar. Agresyon bunlar arasında en sık görülen dürtüsel davranıştır.¹⁰⁶ Çalışmamıza demans hastaları dahil edilmediği için, şu andaki DKB sıklığının düşük çıkmasının bir nedeninin de, demans hastalarının çalışmaya katılmamış olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

2005 yılında yapılan bir çalışmada klinikte yatan 204 hastanın 63'üne en az bir DKB tanısı konmuş olmasına karşın, bunlardan sadece üçünün hastaneye yatış tanısının DKB olduğu bildirilmiştir.¹²⁸ Grant bu durumun hastalıkların hekimler tarafından çok bilinmeyip ön plana çıkarılmaması ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Benzer şekilde bu çalışmada sadece bir hastanın polikliniğe başvuru nedeni uygunsuz cinsel davranış (daha sonra kompulsif cinsel davranış tanısı almıştır) olmuştur. Çalışmamızda yaşam boyu en sık görülen DKB; APB (15,8), ardından PKO (%9,2) dır. Örneklem grubumuzda ki hiçbir olgu trikotillomani, kleptomani, piromani tanısı almamıştır.

Toplum örneklerinde ve klinik örneklerde yapılan birçok çalışmada APB yüksek oranlarda saptanmıştır. Ülkemizde erişkin hastalarda yapılan iki farklı çalışmada da yaşam boyu APB sıklığı %14,6 ve %31,3 olarak bulunmuştur.^{24,129} Çalışmamızın bulguları bu oranlarla benzeşmekle birlikte Muller ve ark. ve Grant ve ark.larının yatan hastalarda yaptığı 2 ayrı çalışmanın bulgularından daha yüksekti. Mullerin 275 vakayla yaptığı çalışmada APB'un yaşam boyu sıklığı %5,6 iken, Grant'ın 204 hastayla yaptığı çalışmada bu oran %6,9'du.^{127,128} Bu farklılığın her iki çalışmada da yatan psikiyatrik hastalarla yapılmış olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz. Öte yandan saptadığımız bu oran aynı zamanda Coccaro ve arkadaşlarının ayakta hastalarda bildirdiği orandan da (%6,3) fazladır.¹¹⁵ Son 1 aylık dönemde saptadığımız APB için %3,9'luk oran ise Coccaro ve ark.larının ayakta başvuran psikiyatrik hastalarda yaptığı çalışmada 55 yaş ve üzeri hasta grubu için bildirdiği %3,1'lik oranla uyumaktadır. Örneklem grubumuzdaki özellikle yaşam boyu sıklığındaki farklılığın, kültürel değişkenlerle de ilişkili olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Literatürdeki diğer çalışmalarda ve bizim çalışmamızda çok az sayıdaki olgu dışında sadece ayrıntılı psikiyatrik görüşme sonrasında ortaya çıkarılabilmektedir. Çalışmamızdaki hiçbir olgunun başvurudaki birincil şikayeti APB tanısını ön görmemize yardımcı olmamıştır. Bu bulgular diğer DKB gibi APB'unda sıklıkla tanınmadığını ve tedavi edilemediğini göstermektedir.

Örneklem grubumuzda yaşam boyu ikinci en sık görülen tablo PKO'ydı (%9,2). Tamamı erkeklerden oluşan bu hasta grubunda saptanan oran literatürde bildirilen yaşam boyu PKO oranlarıyla benzeşmekteydi. Grant ve ark.ları 204 yatan hastada ki PKO sıklığını %6,9, Tamam ve ark.ları %6,8 oranında saptamışlardır. Öte yandan son bir ayda PKO tanısı alan hiçbir olgumuz bulunmamaktadır. Diğer DKB'larının aksine direkt olarak PKO'nın yaşlılardaki sıklığını araştıran bazı çalışmalar bulunmaktadır. Mc-Neilly ve Burke Nevraska'da kumarhanelere giden 315 yaşlı bireyin %11'inde olası PKO tanısı konmuştur.¹¹⁸ Yaşam boyu oranlarla şu anki oranların farklılığının ülkemizde yaklaşık 15 yıl önce kumar oynamanın yasaklanmasıyla ilişkili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda bu tanılar dışında 1 hastada kompulsif satın alma (yaşam boyu tanı), birer hastada da kompulsif cinsel davranış ve deri yolma saptanmıştır. Örneklem grubumuzun küçüklüğü ve yine dürtüsellüğün yaşla azalmasının bu oranları açıklayabileceğini düşünüyoruz. Yaşam boyu DKB tanısı alan yaşlı hastaların, DKB tanısı almayan hastalardan medeni hal, yaş grubu ve ekonomik durum açısından anlamlı bir fark göstermediğini belirledik. Bu iki grup arasındaki demografik açıdan tek anlamlı farklılık cinsiyette görülmüştür. Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde erkeklerin yaşam boyu BTA hariç DBK

sıklığı %34,1(n=14), kadınların %5,7 (n=2) olarak saptanmıştır. BTA-DKB dahil edildiğinde de bu oranlar kadınlarda %8,6 (n=3), erkeklerde %34,1 (n=14) olarak saptanmıştır ve istatistiksel farkın sürdüğü belirlenmiştir. Kadın ve erkekler arasındaki bu istatistiksel farkın erkeklerde çok yüksek oranlarda saptanan APB (%24,4 n=10) ve PKO (%17,1 n=7) dan kaynakladığı düşünülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların hiçbirinde yaşam boyu PKO tanısı konmamışken 2'sine (%5,7) APB tanısı konmuştur. Literatürde DKB'larının cinsiyetlere göre yaygınlığının, cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği sıklıkla bildirilmektedir. Kleptomani, trikotillomani ve kompulsif satın alma kadınlara daha yüksek oranlarda görülürken, APB, PKO ve piromani erkeklerde daha sıktır. Çalışmamızda elde ettiğimiz cinsiyete göre yaygınlıkların literatür ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların özgeçmiş ve soy geçmişleri incelendiğinde yaşam boyu DKB olan ve olmayan gruplar arasındaki tek anlamlı farklılığın çocukluk dönemindeki Davranım Bozukluğundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Çocukluk dönemine ait hastalıklardan sadece Davranım Bozukluğu DKB(+) olan grupta diğerine oranla anlamlı derecede yüksekti (%17,6'ya karşın %0). Bu bozukluktaki farklılık genel olarak çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık sıklığının da DKB(+) olan grupta daha yüksek oranda bulunmasına neden olmuştur. Davranım Bozukluğu tanı ölçütleri arasında yer alan kavgacılık, çok sık ve nedensiz öfke patlamalarının varlığı, ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarma ve isteyerek başkalarına ait mala ve mülke zarar verme gibi ölçütler yer almaktadır. Dürtüselliğin çocuklarda görülen Davranım Bozukluğunun önemli bir bileşeni olması DKB(+) olan hastalarda bu tablonun daha sık görülmesinin nedeni olabilir. Çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarından DEHB'da da dürtüsellik (araya girme, sırasını bekleyememe gibi) tanıda önemlidir. Bizim çalışmamızda DEHB olgusuna rastlanmamıştır. Bunun nedeni çalışma grubumuzdaki hastaların yaşlı olması, çocukluk dönemi öykülerinin kendilerinden ve ailelerinden yeterince alınamamış olması olabilir. Bunun dışında fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Çalışmada hastaların genel psikopatolojik özellikleri ve dürtüsellik özellikleri ölçekler aracılığıyla belirlenmiştir. DKB(+) olan grubun genel psikopatoloji düzeyi ve somatizasyon dışındaki birçok belirti düzeyleri DKB tanısı almamış gruba göre anlamlı olarak fazlaydı. Bu durum DKB varlığında hastaların psikopatoloji düzeylerinin yükselebileceğini bize düşündürmektedir. Bu sonuçlar hastanın tedavisinin planlanmasında DKB'larının dikkate alınmasının önemini göstermektedir. Dürtüsellik puanları BIS kullanılarak belirlenmiştir. BIS'in bir toplam puanı ve dürtüselliğin 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 bekleme ve plansız hareket etmeyi tanımlar. Grubumuzda DKB(+) olan olguların toplam, plan yapmama ve motor alt ölçek puanları DKB(-) olan gruba göre anlamlı olarak yüksekti. Bu sonuçlar dürtüsellik özelliği belirgin olan bir grupta beklediğimiz bir sonucu yansıtmaktadır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yaşam boyu DKB'u olan ve olmayan grupların diğer eksen-1 bozuklukların sıklığı açısından araştırdığımızda gruplar arasındaki tek farklılığın alkol ve madde kullanım bozukluğunda olduğunu belirledik. İki grup arasında duygudurum bozuklukları (Bipolar-I ve Depresif bzk.), anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluk ve uyum bozukluğu açısından anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır. DKB(+) olan vakaların %17,6'sında (n=3) alkol/madde kullanım bozukluğu saptanmışken, DKB(-) olan grupta hiçbir olguya rastlanmamıştır. Literatürde erişkin popülasyonda yapılan 2 ayrı çalışmada depresyon hastalarında DKB sıklığının normal popülasyona göre oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir. Lejoyeux ve ark. bu oranı %28,9 olarak bildirmişken, Annagür ve Tamam %34,7'lik bir oran vermişlerdir.^{80,129} Çalışmamızda depresyon sıklığının her iki grupta farklı olmaması çalışma örneklem grubunun küçük olması ve yaşlı hastalarda yapılması ile ilişkisi olabilir. Bu hastalarda yüksek oranda alkol ve madde kullanımının görülmesi de bu hastaların dürtüsel özelliklerinin bir yansıması olabileceği gibi, depresyonla başa çıkmanın bir yöntemi olarak ta kullanılıyor olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında, çalışmanın 3. basamak bir sağlık kuruluşu olan bir hastanede yürütülmesi nedeniyle genel topluma ve diğer hasta gruplarına genelleştirilememesi, örneklem grubunun azlığı, sadece ayaktan takip edilen hastaların çalışmaya alınması bazı DKB'larında az sayıda ya da hiç olguya rastlanamaması sayılabilir. Çalışmanın güçlü olan yönü ise hastaların tanılarının yapılandırılmış klinik görüşmelerle konması ve gerektiğinde hasta yakınlarından ek bilgi alınmasıdır. Bu çalışmanın sonuçları 1 yıllık süreç içerisinde yaşlı hastalarda yaşam boyu DKB görülme sıklığının %22,4 gibi yüksek bir oranda bulunduğunu, ancak son 1 aylık dönem değerlendirildiğinde bu sayının %6,6 gibi bir orana düştüğünü göstermektedir. Bu bulgular yaşlılık döneminde dürtüsellik azalmasına paralel olarak DKB'larının da azaldığını, ancak psikopatoloji düzeylerindeki etkisinin devam ettiğini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- 1- Son yıllarda DKB'nun toplumda ve klinik örneklerdeki yaygınlığı ile ilgili olarak çok sayıda araştırma yapılmasına karşın yaşlılarda yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır.
- 2- Bir yıllık bir süreçte polikliniğimize ayaktan başvuran yaşlı hastalarının yaklaşık beşte birinde 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- Son bir aylık dönemdeki prevalanslar ele alındığında ise, DKB sıklığının yaşlılıkta düşme eğiliminde olduğu dikkat çekmiştir. Bu durumun ilerleyen yaşla birlikte dürtüselliğin azalmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.
- 5- En sık saptanan DKB Aralıklı Patlayıcı Bozukluktur.
- 6- İkinci sırada saptanan DKB Patolojik Kumar Oynamadır.
- 7-Çalışmamızda DKB olan ve olmayan hasta grupları arasında sosyodemografik özelliklerden sadece cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yaş grubu, medeni hal, eğitim ve ekonomik durum açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- 8- Çocukluk çağı dönemine ait hastalıklardan Davranım Bozukluğu DKB olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- 9- İntihar girişimi, fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından DKB(+) ve DKB(-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- 10- Yaşam boyu DKB sıklığı erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşam boyu APB ve PKO sıklığı erkeklerde kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- 11- Somatizasyon alt ölçeği hariç belirti tarama ölçeğinde tüm genel ve alt ölçeklerinin, DKB olan grupta DKB olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.
- 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 alkol/madde kullanım bozuklukları dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- 14- Depresyon tüm DKB olgularında çeşitli oranlarda ektanı olarak saptanmıştır.

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

16- Dürtüselliğe ilgili ölçek puanları her bir DKB için DKB(-) olan grupla kıyaslandığında total ve motor puanları APB olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

17- Dürtüsellik ölçeğinde plan yapamama puanı, APB ve PKO grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır.

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

19- Yaşlılık döneminde dürtüselliğin azalmasına paralel olarak DKB'larının da azaldığı, ancak psikopatoloji düzeylerindeki etkisinin devam ettiği saptanmıştır.

20- Dürtü kontrol bozukluklarının sıklığı ve özellikleri ile ilgili birçok yaş grubunda, özellikle ergenlik ve erişkinlikte kimi çalışmalar yapılmışsa da, yaşlılarda direkt olarak DKB ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır.

21- İleri yaşlarda artmış dürtüsellik nedeniyle başvuran olgularda öncelikle altta yatan diğer nedenler araştırılmalıdır.

22- Dürtü kontrol bozuklukları son zamanlarda üzerinde oldukça durulan bir konudur. Değişik hasta gruplarında yapılan çalışmalarda sıklıkları araştırılmıştır. Ancak bu konuda yaşlı hasta grubunda yapılmış çalışmalar azdır, gelecekte böyle çalışmaların yapılması gerekmektedir.

23- Çalışmamızın bir üniversite hastanesinde yürütülmesi nedeniyle genel topluma ve diğer hasta gruplarına genelleştirilememesi, örneklem grubunun azlığı, sadece ayaktan takip edilen hastaların 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. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Yenilenmiş 11. Baskı . Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. **2008**
2. **Tamam L.** *Dürtü Kontrol Bozuklukları*. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. **2009**
3. **Tamam L.** Dürtü kontrol bozuklukları. *Psikiyatri Temel Kitabı* (Ed Köroğlu E) 2. baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2007**
4. **Jarvik L, Lissy .** Concept of Disease in Geriatric Psychiatry . *American Journal of Geriatric Psychiatry*. **2008**. 16(7):614-615
5. **Rue AL**, Psychological aspects. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2.Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2527-2531.**1995**
6. **Jarvik LF, Small GW.** Geriatric psychiatry.*Comprehensive Textbook of Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 4. Cilt, 8. Baskı, Williams & Wilkins, s.3587-3603.**2007**
7. **Ceylan ME, Göka E.** Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans. *Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri*. Yenilenmiş 3. Baskı. İstanbul. **2005**
8. **Sadavoy J, Lazarus L.** Psikososyal Tedavi. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 4. Cilt, 8. Baskı, Williams & Wilkins, s.3748-3762.**2007**
9. **Eker E.** Yaşlılık Psikiyatrisi. Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2.Baskı. Ankara. HYB Basım Yayın. **2007**
10. **Tsuang MT, Tohen M.** Textbook in Psychiatric Epidemiology. 2.Baskı. **2002**. 601-628
11. **Blazer D, Hughes DC, George LK.** The Epidemiology of Depression in an Elderly Community Population. *The Gerontologist*. **1987**; 27(3):281-287
12. **Myers, Weisman & Tischler ve ark.** The epidemiology of depression: An update on sex differences in rates .*Journal of Affective Disorders*. **1984** 7(4).179-188.
13. **Gurland B, Copeland J, Kuriansky ve ark.** The Short-Care: An Efficient Instrument for the Assessment of Depression, Dementia and Disability. *The Journal of Gerontology*. **1984**; 39(2): 166-169

14. **Berkman LF, BerkmanCS, Kasl ve ark.** Depressive Symptoms in Relation to Psysical Healty and Functioning in The Elderly. *American Journal of Epidemiology*. **1986**; 124(3):372-388
15. **Blazer D, Burchett B, Service C.** The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*.**1991**; 46(6):210-215
16. **Mei-Tal V, Meyers BS.** Empirical Study on an Inpatient Psychogeriatric Unit: Biological Treatment in Patients With Depressive Illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*.**1985**; 15(2):111-124
17. **Alexopoulos MD.** Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. *JAMA*. **1997**;278(14):1186-1190
18. Murphy E, Smith R. Increased Mortality Rates in Late-Life Depression. *The British Journal of Psychiatry* **1988**;152: 347-353
19. **Kaplan Harold I, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th. Ed., 2. cilt. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, **2000**:1701-13.
20. **Harris MJ, Jeste DV.** Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late- onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* **1995**; 152:722-730
21. **McElroy SL, Pope HG Jr, Keck PE Jr, Hudson JI, Phillips KA, Strakowski SM.** Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry* **1996**; 37(4):229-40.
22. **McElroy SL, Soutullo CA, Beckman DA, Taylor P Jr, Keck PE.** DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* **1998**; 59(4):203-10.
23. **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.
24. **Tamam L, Zengin M, Karakuş G, Öztürk Z.** Bir üniversite psikiyatri kliniğinde dürtü kontrol bozukluğu sıklığı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. **2008**; 18:153-161.
25. **Groditzky GR, Tafrate RC.** Imaginal exposure for anger reduction in adult outpatients: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* **2000**; 31(3-4):259-79.
26. **Coccaro EF, Kavoussi RJ.** Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* **1997**; 54(12):1081-8.
27. **Links PS, Steiner M, Boiagio I.** Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *J Personal Disord* **1990**; 4:173-81.
28. **Goldman MJ.** Kleptomania: making sense of the nonsensical. *Am J Psychiatry* **1991**; 148: 986-96.

29. **Grant JE, Kim SW.** Adolescent kleptomania treated with naltrexone--a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 11(2):92-5.
30. **McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE.** Kleptomania: clinical characteristics and associated psychopathology. *Psychol Med* **1991**; 21(1):93-108.
31. **Lejoyeux M, Arbaretaz M, McLoughlin M, Adès J.** Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis* **2002**; 190(5):310-4.
32. **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.
33. **DeCaria CM, Begaz T, Hollander E.** Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling. *CNS Spectr* **1998**; 3:38-47.
34. **Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE.** Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* **2000**; 32 (Suppl):1-112.
35. **Fiorillo CD, Tobler PN, Schultz W.** Discrete coding of reward probability and uncertainty by dopamine neurons. *Science* **2003**; 299(5614):1898-902
36. **Grant JE, Potenza MN.** Impulse control disorders: Clinical characteristics and pharmacological management. *Annals of Clinical Psychiatry*. **2004**; 16:27-34
37. **Guidry LS.** Use of covert punishing contingency in compulsive stealing. *J Behav Ther Exp Psychiatry* **1969**; 6:169-70.
38. **McConaghy N, Blaszczynski A.** Imaginal desensitization: a cost-effective treatment in two shop-lifters and a binge-eater resistant to previous therapy. *Aust N Z J Psychiatry* **1988**; 22(1):78-82.
39. **McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI.** Pharmacological treatment of kleptomania and bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* **1989**; 9(5):358-60.
40. **Kmetz GF, McElroy SL, Collins DJ.** Response of kleptomania and mixed mania to valproate. *Am J Psychiatry* **1997**; 154(4):580-1.
41. **Burstein A.** Fluoxetine-lithium treatment for kleptomania. *J Clin Psychiatry* **1992**; 53(1):28-9.
42. **Shaffer HJ, Hall MN.** Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*. **1996**; 12:193-214
43. **Welte JW, Barnes G, Wieczorek W et al.** Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*. **2001**; 62:706-712

44. **Kessler RC, Hwang I, LaBrie R ve ark.** The prevalence and correlates of DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*. **2008**;38:1351-1360
45. **Lesieur HR.** Cost and treatment of pathological gambling. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* **1998**; 556:153-76.
46. **Custer RL.** *An overview of compulsive gambling, in Addictive Disorders Update: Alcoholism, Drug Abuse and Gambling.* Edited by Carone PA, Yoles SF, Kieffer SN, et al. New York, Human Sciences Press, **1982**:107-24
47. **Lesieur HR, Rosenthal RJ.** Pathological gambling: a review of the literature. *Journal of Gambling Studies* **1991**; 7:5-39.
48. **Lancu I, Lowengrub K, Dembinsky Y, Kotler M, Dannon PN.** Pathological gambling. An update on neuropathophysiology and pharmacotherapy. *CNS Drugs*. **2008**;22:123-138
49. **Blume SB.** Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior* **1987**; 3:237-
50. **Dickerson MG.** *Compulsive Gamblers.* London, Longmans, **1984.**
51. **Jacobs DF.** Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior* **1988**; 4:27-37.
52. **Ciarrochi JW.** Severity of impairment in dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior* **1987**; 3:16-26.
53. **Ciarrochi J, Richardson R.** Profile of compulsive gamblers in treatment : update and comparisons. *Journal of Gambling Behavior* **1989**; 5:53-65.
54. **Haller R, Hinterhuber H.** Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* **1994**; 27(3):129.
55. **Hollander E, Pallanti S, Baldini Rossi N.** Sustained release lithium/placebo treatment response in bipolar spectrum pathological gamblers. Paper presented at the New Clinical Drug Evaluation (NCD EU) *Annual Meeting, Boca Raton, 2002.*
56. **Davis JA, Lauber KM.** Criminal behavioral assessment of arsonists, pyromaniacs and multiple firesetters. *Journal of Contemporary Criminal Justice*. **1999**;15:273-290.
57. **Barker AF. Arson.** *A Review of the Psychiatric Literature.* Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs No 35. Oxford, England, Oxford University Press, **1994.**

58. **Virkkunen M, Nuutila A, Goodwin FK, Linnoila M.** Cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels in male arsonists. *Arch Gen Psychiatry* **1987**; 44(3):241-7.
59. **Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, Poland RE.** CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* **1994**; 51(1):20-7.
60. **Kosky RJ, Silburn S.** Children who light fires: a comparison between fire-setters and nonfire-setters referred to a child psychiatric outpatient service. *Aust N Z J Psychiatry* **1984**; 18: 251-5.
61. **Grant JE.** SPECT imaging and treatment of pyromania. *Journal of Clinical Psychiatry*. **2006**;67:998.
62. **Grant JE, Kim SW.** Clinical characteristics and psychiatric comorbidity of pyromania. *Journal of Clinical Psychiatry*. **2007**;68:1717-1722.
63. **Mavromatis M, Lion JR.** A primer on pyromania. *Dis Nerv Syst* **1977**; 38: 954-5.
64. **Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, Callies AL.** A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry* **1991**; 148(11):1566-71.
65. **Schlosser S, Black DW, Blum N, Goldstein RB.** The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Ann Clin Psychiatry* **1994**; 6(3):147-52.
66. **Swedo SE, Leonard HL.** Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatr Clin North Am* **1992**; 15(4):777-90.
67. **Hautmann G, Hercogova J, Lotti T.** Trichotillomania. *Journal of the American Academy of Dermatology*. **2002**;46:807-821.
68. **Bienvendu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R.** The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* **2000**; 48(4):287-93.
69. **King RA, Scahill L, Vitulano LA, Schwab-Stone M.** Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1995**; 34(11):1451-9.
70. **Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, Schapiro MB.** Regional cerebral glucose metabolism of women with trichotillomania. *Arch Gen Psychiatry* **1991**; 48(9):828-33.
71. **Tükel R, Keser V, Karali NT, Olgun TO.** Comparison of clinical characteristics in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* **2001**; 15(5):433-41.
72. **Reeve E.** *Hair pulling in children and adolescents, in Trichotillomania* Edited by Stein DJ, Christenson GA, Hollander E, Washington DC, American Psychiatric Pres, **1999**:201-24.

73. **Stemberger RM, Thomas AM, Mansueto CS, Carter JG.** Personal toll of trichotillomania: behavioral and interpersonal sequelae. *J Anxiety Disord* **2000**; 14(1):97-104.
74. **Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Goldberger EL, Cheslow DL.** A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med* **1989**; 321(8):497-501.
75. **Christenson GA, Crow SJ, Mackenzie TB.** *A placebo controlled double blind study of naltrexone for trichotillomania.* Paper presented at the 147th annual meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, **1994**.
76. **Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB.** A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry* **2000**; 61(1):47-50.
77. **Van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, Hellenbrand I, Hendriks GJ.** Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Arch Gen Psychiatry* **2003**; 60(5):517-22.
78. **McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Smith JM, Strakowski SM.** Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* **1994**; 55(6):242-8.
79. **Faber RJ, O'Guinn TC.** A clinical screener for compulsive buying. *J Consum Res* **1992**; 19:459-69.
80. **Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Adès J.** Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry* **1997**; 58(4):169-73.
81. **Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J.** Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry* **1998**; 155(7):960-3.
82. **Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M.** Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* **1994**; 55(1):5-11.
83. **Black DW, Monahan P, Gabel J.** Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *J Clin Psychiatry* **1997**; 58(4):159-63.
84. **Lejoyeux M, Hourtané M, Adès J.** Compulsive buying and depression. *J Clin Psychiatry* **1995**; 56(1):38-40.
85. **Burgard M, Mitchell JE.** *Group cognitive-behavioral therapy for buying disorders, in I Shop. Therefore I Am: Compulsive Buying and Search for Self.* Edited by Benson A. New York, Jason Aronson, **2000**:367-97.
86. **Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA.** Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* **2002**; 26(3):320-39.

87. **Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S.** Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics* **2000**; 41(3):210-5.
88. **Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF.** Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* **1998**; 59(10):509-14.
89. **Fruensgaard K.** Neurotic excoriations. A controlled psychiatric examination. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)*, **1984**; 312:1-52.
90. **Stout RJ.** Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking. *Am J Psychiatry* **1990**; 147(3):370-72.
91. **Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T.** Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* **1999**; 60(7):454-9.
92. **Hollander E, Tracy KA, Swann AC.** Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* **2003**; 28(6):1186-97.
93. **Pinto OC, Akiskal HS.** Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J Affect Disord* **1998**; 51(3):333-43.
94. **Bradford JM.** The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry* **2001**; 46(1):26-34.
95. **Hollander E, Wong CM.** Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry* **1995**; 56(Suppl 4):7-12.
96. **Kafka MP.** Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav* **1997**; 26(5):505-26.
97. **Kafka MP, Hennen J.** The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. **1999**; 25(4):305-19.
98. **Kafka MP, Hennen J.** Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse* **2003**; 15(4):307-21.
99. **Ragan PW, Martin PR.** The psychobiology of sexual addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity* **2000**; 7:161-75.
100. **Blair RJ, Cipolotti L.** Impaired social response reversal. A case of 'acquired sociopathy'. *Brain* **2000**; 123:1122-41.
101. **Gondim FA, Thomas FP.** Episodic hyperlibidinisism in multiple sclerosis. *Mult Scler*, **2001**;7(1):67-70.

102. **Bamber DJ, Cockerill IM, Rodgers S, Carroll D.** Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br J Sports Med* **2003**; 37(5):393-400.
103. **Bamber D, Cockerill IM, Carroll D.** The pathological status of exercise dependence. *Br J Sports Med* **2000**; 34(2):125-32.
104. **Loue S, Sayatovic Y.** *Encyclopedia of Aging and Public Health*. Springer. Newyork. **2008**.
105. **Stein DJ, Hollander E, Liebowitz MR.** Neurobiology of impulsivity and impuls control disorders. *J Neuropsychiatry*. **1993**; 5:9-17
106. **Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM.** Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. **2001**;158:1783-1793
107. **Troller ve ark.** Prevalance of mental Disorders in theElderly:The Australian National Mental Healty and Well-Being Survey. *Am J Psychiatry*. **2007**; 15:6
108. **Olivera ve ark.** Prevalance of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. *International journal of Geriatric psychiatry*. **2008**; 23:915-921
109. **Grant CE, Kim SW.** *Stop Me Because I Can't Stop Myself: Taking Control of Impulsive Behavior*. Mc-Grave Hill. Newyork. **2003**.
110. **Otto Kausch MD.** Pathological Gambling Among Elderly Veterans. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. **2004**;17:13-19
111. **Welte J, Barnes G,Wieczorek W ve ark.** Alcohol and gambling pathology among U.S. adults:prevalance, demographic patterns and comorbidity. *J studies Alcohol*. **2001**; 62:706-712
112. **Mc-Neilly DP, Burke WJ.** Late Life gambling:the attitudes and behaviors of older adults. *J Gambling Behavior*. **2000**;16:393-415.
113. **Petry NM.** A comparison of young, middle-aged, and older adult tratment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist*. **2002**;42:92-99.
114. **Wiebe MD, Brian JC.** Problem and Probable Pathological Gambling Among Older Adults Assessed by the SOGS-R. *Journal of Gambling Studies*. **2005**;21(2):205-221
115. **Coccaro ve ark.** Lifetime and 1-Month prevalance Rates of Intemittent Explosive Disorder in a Community Sample. *J Clin Psychiatry*. **2004**; 65:820-824.
116. **Coccaro ve ark.** Prevalence and Features of Intermittant Explosive Disorder in a Clinical Setting. *J Clin Psychiatry*. **2005**;66:1221-1227.
117. **Schieman S.** Age and anger. *J Healty Soc. Behavior*. **1999**;40(3):273-289

118. **Mc-Neilly DP, Burke WJ.** Stealing lately: A case of late-onset kleptomania. *Intenational journal of geriatric Psychiatry.* **1998**;13:116-121
119. **Moak SG, Ben Zimmer MD, Elliot M. Stein MD.** Clinical Perspectives on Elderly First-offender Shoplifters. *Hospital and community Psychiatry.* **1988**;39(6):648-651
120. **Tangur R.** Sivas İl Merkezinde Başka yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları: epidemiyoloji, komorbidite, belirti tarama listesi ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak. Sivas. **2001**
121. **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-
122. **Derogatis LR.** *SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedüre Manuel for the Revised Version.* Baltimore, MD: Jhon Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, **1977.**
123. **Dağ İ.** Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1991**; 2(1):5-12.
124. **Gulec H, Tamam L, Gulec MY et al.** Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* **2008**; 18:251-258
125. **Patton JH, Stanford MS, Barratt ES.** Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* **1995**; 51:768-74.
126. **Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F.** Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* **2002**;13:273-281
127. **Müller ve ark.** İmpulse Control Disorders in Pscyhiatric Inpatient. *PschiatryResearch.* **2011**
128. **Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN.** Impulse Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatient. *Am J Psychiatry.* **2005**;162:2184-2188
129. **Annagür BB, Tamam L.** Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Eş Tanıları. *Nöropsikiyatri Arşivi.* **2011**;48:22-30

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

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

- 67.Bazı şeyleri kırıp dökme isteği () () () () ()
- 68.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerinizin oluşu () () () () ()
- 69.Başkalarının yanında kendini çok sıkılan hissetme () () () () ()
- 70.Pazar yeri, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi () () () () ()
- 71.Herşeyin bir yük gibi görünmesi () () () () ()
- 72.Deşet ve panik nöbetleri () () () () ()
- 73.Topluluk içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi () () () () ()
- 74.Sık sık münakaşaya 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 olduğü düşüncesi () () () () ()
- 88.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama () () () () ()
- 89.Suçluluk duygusu () () () () ()
- 90.Aklınızda bir bozukluk olduğü 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 değerlendirmeyi sonlandırınız.)

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

1c.(Evetse) Ne çalmıştınız? -----

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

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

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

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

Parasal değeri için çalma	-----%
Kişisel gereksinim için çalma	-----%
Kişisel gereksinim veya parasal değer	
Taşımayan eşyaları çalma	-----%

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

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

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

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

Evet: Hayır:

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

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

Sosyal -----

Evlilikle ilgili-----

Ailevi-----

Mali-----

İş-----

Kişisel zorluklar-----

Diğer-----

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

TRİKOTİLLOMANİ DEĞERLENDİRMESİ

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

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

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

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

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

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

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

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

ARALIKLI PATLAYICI BOZUKLUK DEĞERLENDİRMESİ

Aşağıda saldırganlıkla ilişkili sorular bulunmaktadır.

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

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

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

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

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

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

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

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

PİROMANİ DEĞERLENDİRMESİ

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

Hayır: (Hayırsa değerlendirmeyi sonlandırınız.)

(Evetse) Bu yangınların birden fazlası;

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

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

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

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

(not: halüsinasyonlar, delüzyonlar bu değerlendirmede yer almamıştır)

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

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

Evet: Hayır:

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

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

PATOLOJİK KUMAR OYNAMA DEĞERLENDİRMESİ

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

KOMPULSİF CİNSEL DAVRANIŞ DEĞERLENDİRMESİ

Aşağıdaki bölüm cinsel davranışlarla ilgili sorular içermektedir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KOMPULSİF HAREKET(EGZERSİZ) DEĞERLENDİRMESİ

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

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

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.

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

GÜLEÇ H. ALTAY G.

EK-5 :

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad: Tarih: Yaş:
Eğitim (yıl): Meslek: Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ()

Hangi mevsimdeyiz ()

Hangi aydayız ()

Bu gün ayın kaçı ()

Hangi gündeyiz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()

Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise) ()

LİSAN (Toplam puan 9)

Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()

Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan ()

Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

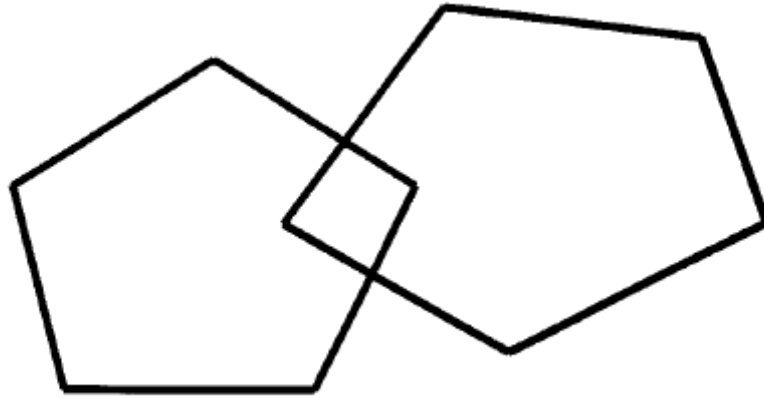
"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()

Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" ()

Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan) ()

Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan) ()



9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mehtap BİCAN
Doğum Tarihi ve Yeri : 28.05.1977 –Elazığ
Medeni Durumu : Bekar
Adres : Beyazevler mah. 80030 sk. Boran Apt. No:2/4 Adana
Telefon : 0 505 2128824
Faks :
E-mail :dr.mhpt@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mezuniyet Derecesi :
Görev Yerleri : Üzümlü Merkez Sağlık Ocağı – Üzümlü/Erzincan
İsmet Paşa Sağlık Ocağı- Kovancılar/Elazığ
ÇÜTF Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
ÇÜTF Psikiyatri AD
Dernek Üyelikleri : Türk Psikiyatri Derneği
Alınan Burslar :
Yabancı Dil : İngilizce
Diğer Hususlar :