

PSİKOLOJİ ARAŞTIRMALARI

2. Sayı

2014 Kasım

ÇOCUK VE ERGEN
PSİKİYATRİSİNDE
DSM 5'TEKİ YENİLİKLER

TAKINTI ZORLANTI BOZUKLUĞU
VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

MADDE İLE İLİŞKİLİ
BOZUKLUKLAR VE
BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI

ŞİZOFRENİ AÇILIMI
KAPSAMINDA VE PSİKOZLA
GİDEN DİĞER BOZUKLUKLAR:
DSM-IV TR VE DSM 5 PSİKOTİZM



Editör

Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL

Yayın Kurulu:

Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR
Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK
Prof. Dr. Can TUNCER
Prof. Dr. Bengi SEMERCİ
Doç. Dr. Osman Tolga ARICAK
Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL
Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT
Yrd. Doç. Dr. Özge Mergen
Yrd. Doç. Dr. H. Ulaş ÖZCAN
Öğr. Gör. Mehmet DİNÇ
Arş. Gör. Saadet YAPAN
Arş. Gör. Merih TOKER

0342 211 80 80

psikoloji.hku.edu.tr
psikolojigundemi@hku.edu.tr

Havalimanı yolu 27410 Şahinbey / Gaziantep

*Tasarım: Gökçe KOCAMAN
Basım: Çağrı Matbaa / İstanbul*

Sonbahar ve ilkbahar sayıları olarak yılda iki kere çıkar.

İçindekiler

1

ÖNSÖZ

2

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde
DSM 5'teki Yenilikler

Tuğba Eseroğlu, Senem Başgöl, Merve Güner, Gül Karaçetin

11

Takıntı Zorlantı Bozukluğu
Ve İlişkili Bozukluklar

Saadet Yapan, Merih Toker, Merve Çiçek

25

Madde İle İlişkili Bozukluklar ve
Bağımlılık Bozuklukları

Gökçe Bindal, Esra Asoğlu, Emre Bakır

47

Şizofreni Açılımı Kapsamında ve
Psikozla Giden Diğer Bozukluklar:
DSM-IV TR ve DSM 5 Psikotizm

Erol Kurt, Murat Özüberk, Nilüfer Tütüncü

ÖNSÖZ

Dünyadaki nesnelere sınıflara ayırmak insanın temel bilişsel eğilimlerinden biridir. İyi bir sınıflama sisteminde, o sınıf içindeki tüm üyelerin homojen olması ve sınıflar birbirinden açık sınırlarla ayrılabilir. Bu tanıma en iyi doğal sınıflar uyar: Ağaç, kuş, hayvan vb. Psikiyatrik tanımlar ise doğal sınıflardan çok yapay sınıflardır ve bütün sınıflama sistemlerinin avantaj ve dezavantajlarına sahiptirler. Birçok tanı kategorisinde o tanı için geçerli olan özelliklerin çoğunu taşıyan prototipik örneklerin yanı sıra tam olarak ölçütleri karşılamayan hastalarda yer alır ve tanımlar karışık sınıflara sahiptir. Şizofrenik bir hastayı ele alalım. Hastanın sadece halüsinasyon ve psikotik düşünce bozukluğu olup manisi veya depresyonu olmadığı bu hasta prototiptir. Ama ikisinin yanısıra manik belirtilerde duruma eşlik ettiğinde iş karmaşıklaşır. Karmaşık sınıflar hem tanımlar arasında hem de normal ve patolojik olan arasında yer alır.

Psikolojik bozukluklara ilişkin tanımların iki temel işlevi vardır. Birinci işlev hastanın rahatsızlığıyla ilgili bilgi iletişimini sağlamaktır. Tanı bu işlevi birbiriyle bir arada ortaya çıkan belli bir bulgu ve belirti kümesini kısa bir adla işaret ederek yapar. Tanı koyduğunuzda hastayı sadece yalıtık belirtiler düzeyinde değil, bütüncük değerlendirmeyi sağlayan yolda bir adım atılmış demektir. Tanının ikinci önemli işlevi bize kestirim, öngörü şansı vermesidir.

Bir çok psikiyatrik bozukluk sendrom tanımıyla uyumludur. Sendrom belli bir bozukluğa spesifik olan ve bir arada ortaya çıkan bulgu ve belirti kümesidir. Her psikiyatrik bozukluk sendrom için prototip veya model teşkil eden çekirdek bir belirti kümesini içerir. Psikiyatrik tanımlama sistemi olarak dünyada en yaygın ve bilinen sistemler olan ICD ve DSM'ler ölçüte dayalı tanımlama sistemleridir. Ölçüt belli bir klinik bozukluğu tarif eden veya tanımlayan kuraldır. Bunlar tanı için gerekli olan çeşitli davranışları veya belirtileri tip, yoğunluk süre ve etki açısından tanımlarlar.

DSM'de yer alan tanımlar hazır elbise gibidir. (Çeşitli boy ve model belirti) Bazı hastaların üzerine tam otururlar; bazılarının oldukça, bazılarının da çok zor. Klinisyenin görevi bir terzi gibi belli özellikleri, belirtileri olan hastayı standart önceden belirlenmiş sınıflara uydurmaktır. Özellikler ve tanımlar çok yakınsa tanı koyma işlevi hızlıdır. Belli bir farklılık olduğunda ise iş zorlaşır, uzar. Bu zorlukları aşmak ve daha iyi bir tanı sistemine ulaşmak ruhbilimcilerin, klinik psikolog ve psikiyatristlerin temel hedeflerinden biridir. Bu amaca yaklaşma yolunda tanımlama sistemleri daha iyisini bulmak amacıyla belli aralıklarla yenilenmektedir. DSM 5 öncülü olan DSM-IV'den 9 yıl sonra 2013 yılında yayımlanmıştır. Dergimizin konusu DSM tanı sistemindeki bu yeniliklerin tanıtılmasıdır. Değerli arkadaşlarımızı konuyu gündeme getiren emek ürünü güzel yazıları için tebrik ediyorum, sizlere iyi okumalar diliyorum.

Prof. Dr. Mehmet Hakan Türkçapar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü Başkanı



ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE DSM 5'TEKİ YENİLİKLER

Tuğba Eseroğlu

Asistan Dr. Bakirköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh S.S.H. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği

Senem Başgül

Yrd. Doç. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Merve Güner

Asistan Dr. Bakirköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh S.S.H. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Gül Karaçetin

Doç.Dr. Bakirköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh S.S.H. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği

Özet

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM), psikiyatrinin önde gelen iki sınıflandırma sisteminden birisidir. En son revize edilen DSM-5, “Amerikan Psikiyatri Birliği” (APA) tarafından 2013 yılında yayınlanmıştır. Yazımızda daha öncesinde kullanılmakta olan DSM-IV TR’den farklı olarak DSM-5’in, çocuk ve ergen psikiyatrisi alanına getirdiği yeniliklerle ilgili bilgilendirme yapılması planlanmıştır.

Summary

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is one of the two leading classification systems. Latest revised DSM-5 which American Psychiatric Association (APA) was published in 2013. This article, unlike the previously used

DSM-IV TR to DSM 5 child and adolescent psychiatry to be informed about innovations in the field are planned.

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM), psikiyatrinin önde gelen iki sınıflandırma sisteminden birisidir. En son revize edilen DSM-5, Amerikan Psikiyatri Birliği “American Psychiatric Association” (APA) tarafından 2013 yılında yayınlanmıştır. Yazımızda daha öncesinde kullanılmakta olan DSM-IV TR’den farklı olarak DSM-5’in, çocuk ve ergen psikiyatrisi alanına getirdiği yeniliklerle ilgili bilgilendirme yapılması planlanmıştır. Bu yazının hazırlanmasında başlıca iki kaynaktan yararlanılmıştır: IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health kitabında bu konuyla ilgili yazılan kitap bölümü (Machado ve ark., 2013) ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-5 (APA, 2013).

Genel olarak DSM 5'e bakıldığında;

Tek boyutlu bir perspektif üzerine daha büyük bir vurgu yapıldı. Daha önceki DSM baskıları kategorik yaklaşımları nedenleri ile eleştirilmişlerdi. Bu kategorik yaklaşımın eleştirilmesinin nedenleri arasında; Psikiyatrik bozuklukların var/yok şeklinde sınıflandırılması için yeterli ampirik kanıtın olmaması, bazı normal davranışların hastalık olarak kabul edilebilmesi, atipik prezentasyonların ve komorbiditenin tanısı için kategorik yaklaşım biçiminin tanı eşliğini düşürmesi ve araştırmaların istatistiksel gücünü zayıflatması bulunmaktadır.

Ortak etyolojiyi paylaşan bozukluklar "bozukluk grubu" olarak sınıflandırıldı (Andrews et al, 2009a). Aslında bu, nörobiyolojik mekanizmalar üzerine dayalı yapılan tek önemli değişiklik oldu. Böylece, Obsesif Kompulsif Bozukluk, anksiyete bozukluklarından ayrıldı, "Travma ve stresle ilişkili bozukluklar grubu" ve patolojik kumarın da dahil olduğu, "Maddeyle ilişkili bağımlılık bozuklukları" olarak isimlendirilen daha geniş iki grup oluşturuldu.

Daha gelişimsel odaklı yaklaşım benimsendi. Bunun sebebi olarak ruhsal bozuklukların büyük bir kısmının çocukluk ya da ergenlikte başlaması gösterildi (Kim-Cohen ve ark, 2003). DSM-5'deki tüm bozukluklar yaşam boyu bakış açısı ile kavramsallaştırıldı. Böylece DSM-IV' deki "ilk defa bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde tanı alan bozukluklar" tanı kategorisi kaldırıldı. Özellikle bazı bozukluklarda (örn; DEHB, PTSD) gelişimsel yaklaşımın önemi vurgulandı. DSM-5'deki konu başlıklarının organizasyonu da "yaşam boyu" bakış açısını yansıtmaktadır. Ayrıca "İlaça bağlı hareket bozuklukları ve diğer ilaçlarla olumsuz etkileri" ile ilgili yeni bir bölüm de eklendi.

DSM-IV'ün çok-eksenli yaklaşımı yerini tek-eksenli yaklaşıma bıraktı. "Çok eksenli yaklaşımın diğer sağlık profesyonelleri tarafından genellikle anlaşılmasının zor olması, iletişimi engelleyen, psikiyatrye özgü bir dil olarak kullanılması, psikiyatrik tanıların tıbbi tanılardan farklı olduğunu ima eder görünmesi" şeklinde yapılan eleştiriler nedeniyle DSM-5'te eksen I, II, III tanıları psikiyatrik ve ilişkili tıbbi hastalıkları içerecek şekilde birleştirildi. Bu değişimin psikiyatri ve genel tıp arasındaki etkileşimi artırması beklenmektedir (Kupfer ve ark, 2013).

DSM-5'e yeni tanımlar eklendi. Bu yeni tanımlara, İstifleme bozukluğu, yıkıcı duygudurum disregülasyon bozukluğu örnek verilebilir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve premenstrüel disforik bozukluk gibi bazı tanımlar DSM-IV'te ekler kısmındayken tanı

olarak eklenmesini destekleyen verilerin zaman içinde birikmesi sebebiyle DSM-5'te tanı olarak yer aldı (Machado ve ark., 2013;APA, 2013).

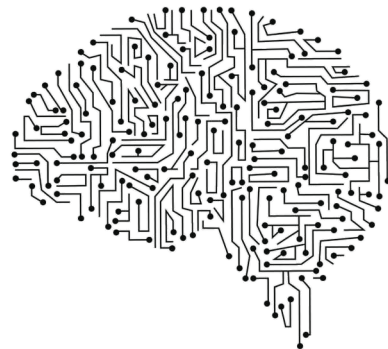
Nörogelişimsel Bozukluklar

Nörogelişimsel bozukluklar, DSM-5'in patofizyolojik özelliklerle desteklenen yeni tanı grubudur. Bu bozukluk grubu fenotipik özellikleri etkileyen beyin gelişiminde bir gecikme veya sapma ile karakterizedir. (Rutter et al, 2006) DEHB'de güncel beyin görüntüleme çalışmaları ile kortikal olgunlaşmada gecikme (Shaw ve diğerleri, 2007) verileri ışığında bu bozukluk kümesinde yer alırken genetik örtüşme ve benzeri semptomatolojisi nedeniyle yıkıcı, dürtü kontrol ve davranım bozukluğu grubuna dahil edilmesi gerektiğini ileri sürenler de bulunmaktadır (Machado ve ark.,2013; APA, 2013).

1. Entelektüel Yetiyitimi - Anlıksal Gelişimsel Bozukluk (Intellectual Disability) ("Zihinsel Gelişim Bozukluğu" veya "Zihinsel Engellilik")

- I. Entelektüel yetiyitimi (hafif/orta/şiddetli/ağır)
- II. Genel gelişimsel gecikme
- III. VI. Tanımlanmamış entelektüel yetiyitimi

Tanı kriterlerinde, hem kognitif kapasitenin (IQ) hem de adaptif fonksiyonların değerlendirilmesine ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Hastalığın derecesi IQ skorundan çok uyum işlevleriyle belirlenmektedir. DSM-IV de mental retardasyon terimi kullanılmıştır. Ancak "entelektüel yetiyitimi" terimi son iki yıldır sağlık ve eğitim profesyonelleri tarafından kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bir tüzük (Kamu Yasası 111.256, Rosa Yasası) zeka geriliği terimini entelektüel yetiyitimi ile değiştirmiştir. İsim değişikliği olsa da, tanı kriterlerinde yer alan gelişim döneminde başlayan kognitif kapasite eksikliğiyle bunun bir ruhsal hastalık oluşturduğu kabul edilir ICD-11'de dünya sağlık örgütü sınıflamasını yansıtmak için parantez içine yerleştirilmiştir ICD-11 birkaç yıl daha adapte edilmeyeceği için entelektüel yetiyitimi şimdilik bu parantezi karşılayacak olan terimdir (Machado ve ark.,2013; APA,2013).



2. İletişim Bozuklukları (Communication Disorders)

- I. Dil bozukluğu (Language disorder)
- II. Konuşma sesi bozukluğu (Speech sound disorder)
- III. Çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu (kekeleme)
(Stuttering: childhood-onset fluency disorder)
- IV. Toplumsal İletişim Bozukluğu
(Social (pragmatic) communication disorder)
- V. VI. Tanımlanmamış iletişim bozukluğu

Toplumsal iletişim bozukluğu (verbal ve nonverbal iletişimin toplumsal kullanımında sürekli zorlanmayı tanımlayan yeni bir durum) bu gruptadır. Bu belirtiler otizm spektrumunda da görülebildiğinden, eğer otizmin diğer semptomları varsa bu tanı konulamaz. DSM-IV'e göre başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan hastaların bir kısmı, DSM-5'e göre bu tanıyı alabilir (Machado ve ark.,2013; APA,2013).

3.Otizm Spektrum Bozukluğu

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), DSM-IV' deki Yaygın Gelişimsel Bozukluklar başlığı altında listelenen hastalıklar için tanımlanmış yeni bir terimdir. Önceden ayrı ayrı tanımlanan dört hastalığın, farklı derecelerde olabilen iki ana semptom grubunu içeren tek bir durum olduğu görüşünü belirtmek için kullanılmıştır. Bu hastalıklar DSM-IV teki Otizm, Asperger sendromu, Yaygın gelişimsel bozukluk ve Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluktur. OSB; 1. Sosyal etkileşim ve iletişimde eksiklikler (DSM-IV' de "sosyal etkileşim" ve "iletişim" alanlarındaki eksiklikler ayrı semptom grubu olarak değerlendiriliyordu) 2. Stereotipik hareketler, kısıtlı ilgi alanları olmak üzere iki ana semptom grubuyla karakterizedir. OSB tanısı için her iki semptom grubundan da belirtilere ihtiyaç vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Rett Sendromu ve Dezintegratif Bozukluk tanıları ise DSM-5' de OSB grubundan çıkarılmıştır.



4. DEHB

Tanı kriterleri olarak, DSM-IV ile benzer şekilde, DSM-5' de de 18 semptom kullanılmakta ve yine aynı şekilde iki semptom grubuna ayrılmaktadır (dikkat eksikliği/ hiperaktivite-impulsivite). DEHB tanısı için ilgili gruptan en az 6'sının karşılanması istenmektedir. DSM-5' de farklı olarak kriterlere tanının tüm yaşam boyunca uygulanmasını kolaylaştıracak örneklemeler eklendi bu sayede erişkinlerde tanı koymakta kolaylık sağlanacağı belirtildi. Yapılan çalışmalarda semptomların 7 yaşından önce başlayan grubu ile 7 yaşından sonra başlayan grup arasında fenotip, nöropsikolojik bozukluk, şiddet ya da tedavi yanıt açısından bakıldığında fark bulunmadığı ancak, DEHB nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlandığından başlangıç yaş sınırı gerektirdiği bildirildi (Kieling et al, 2010). Barkley ve Brown (2008) ve Kessler ve ark (2006) çalışmalarında 12 yaş öncesinde başlayan semptom varlığının vakaların yaklaşık % 95'i yakalama olanağı sağladığını gösterir kanıtlar sağladı. Bu bilgiler doğrultusunda kriter; "Bu semptomlar 7 yaşından önce bozukluğa neden olur"dan "12 yaşından önce birkaç dikkat eksikliği ya da hiperaktivite semptomu ortaya çıkar" a çevrildi. Alt tipler durum belirleyici olarak değiştirildi, eş tanı olarak otizm spektrum bozukluğu konulmasına izin verildi. Erişkinlerde DEHB tanısı için semptom sayısı 6'dan 5'e düşüldü ve DEHB nörogelişimsel bozukluklar başlığı altına alındı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

5. Özgül Öğrenme Bozukluğu

DSM-IV deki okuma bozukluğu, matematik bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu ile başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozukluğu birleştirildi. Okuma, yazma ve matematik alanındaki öğrenme güçlüklerinin genellikle beraber görülmesi böyle bir düzenlemenin nedeni olabilir. Her bir alandaki güçlükler alt tipler olarak kodlanmıştır. Okuma bozukluğu ile giden tip için disleksi, matematik bozukluğu ile giden tip için diskalküli de kullanılabilir. IQ ilişkili yaklaşımın tanısal doğruluğunun düşük olması sebebiyle IQ ile akademik başarı arasındaki orantısızlık kriteri kaldırılmıştır. Geçici vakaların ekarte edilmesi amacıyla semptomların en az 6 ay var olması kriteri eklenmiştir (Machado ve ark.,2013;APA,2013).

6. Motor Bozukluklar

- I. Gelişimsel koordinasyon bozukluğu
- II. Stereotipik hareket bozukluğu
- III. Tourette bozukluğu
- IV. Motor ya da vokal tik bozukluğu
- V. Geçici tik bozukluğu
- VI. Tanımlanmamış tik bozukluğu'nu içerir
(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

DSM-IV’de A ölçütünde sayılan belirtilerden en az ikisinin bulunması istenmekte idi. DSM-5 önemli bir değişiklik getirmekte ve Schneideryen belirtilere tanıdığı ayrıcalığa son vermektedir. Şöyle ki, daha önce tek bir Schneider belirtisi diğer iki belirtiyeye eşdeğer sayılırken şimdi bu özellik kaldırılmaktadır. Şizofreninin klasik alt tipleri olarak bilinen ve DSM-IV’de yer alan hebefrenik, paranoid, katatonik, farklılaşmamış ve rezidüel tipler kaldırılmaktadır. Bu değişikliğin nedenleri olarak bu alt tiplerin az kullanılması ve bu alt tiplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem açısından zayıf yanları gösterilmektedir. Ayrıca bu alt tiplerin tedavi yanıtını ve prognozu belirlemede öngörücü olmadığı ortaya konulmuştur.

Şizoaffektif bozuklukta özellikle “önde gelen duygudurum semptomları” ifadesinin belirsizlik taşıması nedeniyle onun yerine “majör bir duygudurum epizodunun ölçütlerini dolduran” ifadesi getirilmiştir. Bu değişiklik, şizoaffektif bozukluk tanısının daha boyutsal olmasını sağlamış ve güvenilirlik, geçerlilik ve stabilitesini artırmıştır.

Hezeyanlı bozukluğun A kriterinde hezeyanların nonbizar olma gerekliliği ortadan kaldırılmıştır. Sanrısız bozukluğun somatik tipi ile beden dismorfik bozukluğunun sanrısız tipi arasındaki sınır belirginleştirilmeye çalışılmıştır. Semptomlar beden dismorfik bozukluğu ya da içgörüsü olmayan Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile daha iyi açıklanamaz kriteri konulmuştur. Paylaşılmış psikotik bozukluk ayrı bir tanı olarak belirtilmemiştir.

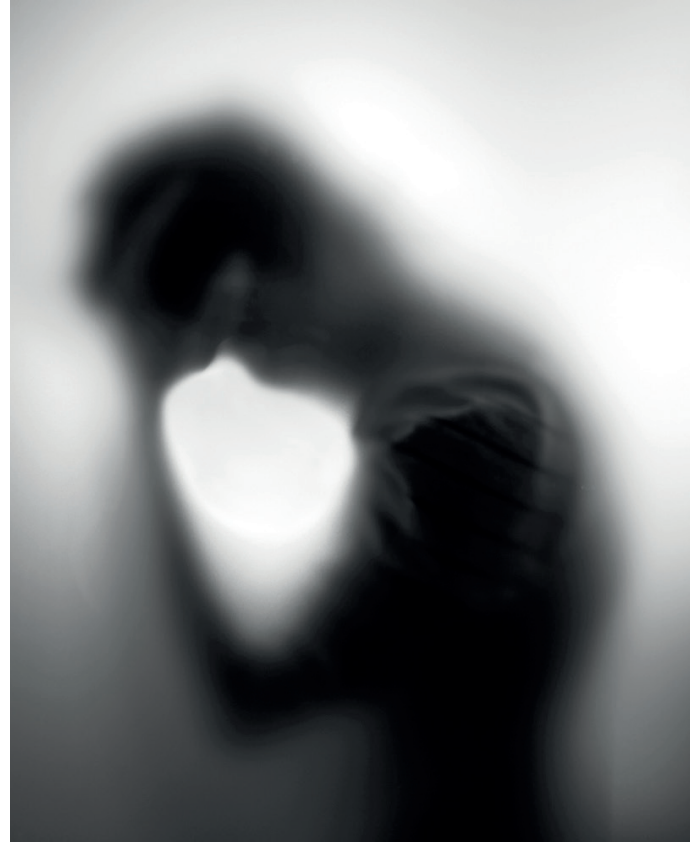
Katatonide DSM-IV ile aynı 12 kriter kullanılmaktadır. DSM-IV’de eğer hasta psikotik ya da duygudurum bozukluğu ise 5 kriter, genel tıbbi duruma bağlı ise 1 kriter gerekmekte iken DSM-5’de her durumda 3 tane katatonik semptom gerekmektedir (Machado ve ark.,2013; APA, 2013).

Bipolar Bozukluklar

DSM 5’de manide artmış enerji ve aktivite çekirdek belirti sayılmaktadır. Mikst epizod, ayrı bir tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış, bir ek tanımlayıcı haline getirilmiştir.

Tanımlanmış diğer bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar:

- Kısa süren hipomani (iki-üç gün) ve major depresyon dönemleri
- Yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemlerinin yanısıra major depresyon dönemleri
- Daha önceden major depresyon dönemi olmadan hipomani dönemi
- Kısa süren siklotimi (24 aydan kısa)



Depresyon

DSM 5’de Birkaç yeni depresif bozukluk tanısı eklenmiş ve yeni düzenlemeler getirilmiştir. Bunlara örnek olarak, yıkıcı mizaç disregülasyon bozukluğu, persistan depresif bozukluk ve premenstrüel disforik bozukluk verilebilir.

Yıkıcı mizaç disregülasyon bozukluğu: Çocuklarda bipolar bozukluk ile karışan, irritabilite ve davranış kontrolünde güçlüklerle seyreden yeni bir tanıdır. En az bir yıldır devam etmek üzere, on yaşından önce başlayan bu bozuklukta stres karşısında haftada en az üç kez yineleyen öfke krizleri bulunmakta olup ara dönemde ise kişiye negatif duygu hali egemen olmaktadır. Yapılan çalışmalarda Bipolar bozukluğu olan gençler ömür boyu bipolar bozukluğu ile yüksek korelasyon gösterirken şiddetli duygudurum düzensizlikleri olan çocuklar, daha sonra özellikle majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve nörotik diğer psikiyatrik bozukluklar geliştirme eğiliminde olduğu gösterilmiştir (Brotman ark, 2006).

Majör depresif bozukluğun temel kriterleri aynı kalmıştır. Mesleki ve sosyal işlevsellikte belirgin azalmayla ilgili kriterler, C yerine daha çok B kriterlerinde bahsedilmektedir. Majör depresif bozuklukla aynı zamanda manik semptomlar varsa, bu mikst özellik belirleyicisi olarak tanımlanmakta, bu bipolar spektrumda olma ihtimalini güçlendiren bir şey olsa da, o atak için majör depresif bozukluk tanısını değiştiren bir şey olmamaktadır.

Persistan depresif bozukluk: DSM 5 depresyonun kronik formlarını modifiye edilmiş bir biçimde sınıflandırılmaktadır. Distimi ve kronik depresyon “Persistan Depresif Bozukluk” içinde birleşmektedir.

Premenstrüel disforik bozukluk: DSM-IV de ek kısımdaydı, DSM 5 de ana kısma alındı. DSM-IV’de semptomlar sevilen birinin kaybından sonra 2 aydan az sürüyorsa yas reaksiyonu olarak kabul ediliyordu. Bu çeşitli nedenlere bağlı olarak değiştirildi. Yas sürecinin 2 ay değil genellikle 1-2 yıl sürdüğü ve yasin, major depresyonu tetikleyen ciddi bir psikososyal stresör olduğu kabul edildi. Yas sürecinde ortaya çıkan major depresyonun, acı çekme, değersizlik hissi, kişilerarası ve mesleki işlevsellikte azalma, suicid fikirlerinin artmasına ve yasin komplike hale gelmesine sebep olduğu bildirildi. Yasla ilişkili depresyonun genellikle kendisinde ya da ailesinde major depresyon öyküsü olan kişilerde ortaya çıktığı ileri sürüldü. Yasla ilişkili olmayan depresyon ve yasla ilişkili depresyonun aynı kişilik yapısı, genetik altyapıdan etkilendiği ve aynı medikal ve psikososyal tedavilere yanıt verdiği kabul edildi (Machado ve ark.,2013;APA, 2013).

Anksiyete Bozuklukları

DSM 5’de OKB, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve akut stres bozukluğu anksiyete bozukluğu grubundan çıkartıldı.

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, DSM-IV de “Bebeklik, çocukluk, adölesan döneminde başlayan hastalıklar” grubunda yer alırken, DSM 5’de anksiyete bozuklukları içinde yer almıştır. Tanı alabilmesi için 18 yaşın altında olması gerekliliği kaldırılıp, erişkin yaşta da görülebileceği maddesi eklendi. Ayrıca semptomların 6 aydan uzun sürmesi kriteri getirildi.

Selektif mutizm benzer şekilde DSM-IV de “Bebeklik, çocukluk, adölesan döneminde başlayan hastalıklar” grubunda yer alırken, DSM-5’de anksiyete bozuklukları içinde yer almıştır.

Özgül fobinin 18 yaşın altında semptomların süresi en az 6 aydır kriteri artık sosyal fobide tüm yaşlar için geçerli bir tanı kriteri halini aldı.

Sosyal anksiyete bozukluğunun generalize tipi kaldırıldı, sadece performans anksiyetesi ile giden belirteci eklendi. 18 yaşın altında süresi en az altı aydır kriteri Sosyal fobide olduğu gibi artık tüm bütün yaşlar için geçerli bir tanı kriteri halini aldı.

Panik atak DSM-IV kriterleriyle aynı kaldı, ancak alt tipleri için karışık olan DSM-IV terminolojisi, yerini DSM-5’deki beklenmedik ve beklenmedik panik atak tanımlarına bıraktı. Panik atak sadece anksiyete bozukluklarıyla sınırlı değil, bütün hastalıklarda belirteç olarak kullanılabilir denildi. Panik Bozukluk ve

Agorafobi DSM-5’de ayrılmış durumda, iki ayrı tanı olarak kabul edildi. Bu değişiklik hastaların bir panik bozukluk olmadan agorafobi yaşadığı fark edilerek yapıldı.

Agorafobi, spesifik fobi, sosyal anksiyete bozukluğu tanı kriterlerinde, “kişi endişesinin gereksiz ve aşırı olduğunun farkındadır” kriteri yerine, “duyulan korku ya da kaygı nesne ya da durumun gerçek anlamda yarattığı tehlikeye göre toplumsal ve kültürel bağlamda orantısızdır” kriteri getirildi.

Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları

- I. Obsesif kompulsif bozukluk,
- II. Trikotillomani,
- III. Deri yolma hastalığı,
- IV. İstifleme bozukluğu,
- V. Başka bir sağlık durumuna bağlı obsesif kompulsif bozukluk,
- VI. Tanımlanmamış obsesif kompulsif bozukluk

İçgörüsü iyi/kötü/yok/sanrısız inanışlar şeklinde belirteçler getirildi. Böylelikle sanrısız inançların varlığında şizofreni yerine obsesif kompulsif spektrumda tanı konulmasını sağlamış oldu. OKB tanı kriterleri aynı kalmakla beraber “tikle ilişkili” belirteçi getirildi. OKB-tik bozukluğu komorbiditesine vurgu yapan literatürler dikkate alınarak bu değişiklik yapıldı.

Beden dismorfik bozukluğuna DSM-5’de “Kişi bu kaygısından dolayı tekrarlayıcı davranışlarda ya da zihinsel eylemlerde bulunur” kriteri eklendi. Kas algısı bozukluğu ile giden tipi olarak kişi vücut yapısının çok küçük ya da yeterince kaslı olmadığı düşüncesi ile uğraşıp durur tanımlaması yapıldı. Sanrısız inançların varlığında ek olarak sanrısız bozukluk somatik tip tanısı konulabiliyordu; DSM 5’de bu ikisi ayrıldı.

İstifleme bozukluğu, DSM 5’de yeni bir tanı olarak eklendi. DSM-IV de obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun bir semptomu olarak belirtiliyor ve OKB’de de görülebileceği söyleniyordu. Ancak son verilere göre bunu ayrı bir hastalık olarak belirtmek gerektiğine karar verildi. “Sahip olduklarını elden çıkarmakta sürekli olarak güçlük çekme ve onlar elden çıkarmanın sıkıntı yaratması” gibi kriterler tanımlandı.

Trikotillomani, DSM-IV de saç yolma hastalığı olarak geçiyordu, DSM 5’de bu isim parantez içine alındı.

Deri yolma bozukluğu ise tanısal geçerliliğine ilişkin güçlü kanıtlara dayanarak yeni bir tanı kategorisi olarak DSM 5’de yerini aldı.

Maddenin ilacın yol açtığı obsesif kompulsif bozukluk DSM-IV’de OKB anksiyete bozukluğu başlığı altındayken sadece be-

lirteç olarak yer almaktaydı, DSM 5’de obsesif kompulsif spektrumun ayrı bir başlık olmasından dolayı, bir tanı kategorisi oldu. Madde kullanımı ya da genel medikal durumlarda da primer OKB ile aynı semptomların ortaya çıkabildiğine dikkat çekildi.

Tanımlanmış diğer ve tanımlanmamış obsesif kompulsif bozukluk içeriğinde “bedene odaklı yinelemeli davranış bozukluğu; saç yolma deri yolma, stereotipik hareketler dışında olan yineleyici davranışlar”ı kapsayan yeni bir tanımlama geliştirildi. Ayrıca eşinin kendisini aldattığıyla ilgili sanrısız düzeyde olmayan inanışlarla giden obsesyonel kıskançlık bu grupta tanımlandı (Machado ve ark., 2013; APA, 2013).

Travma ve Stressörle İlişkili Bozukluklar

Tepkisel Bağlanma Bozukluğunun DSM-IV de ketlenmiş tip/ketlenmemiş tip olarak iki alt tipi vardı, bunlar tepkisel bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğu olmak üzere iki ayrı hastalık olarak tanımlandı. Her ikisi de sosyal ihmâl ve imkanların sınırlandırıldığı durumlarda görülmektedir. Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu daha çok DEHB’ye benzer bir kliniği vardır.

Akut stres bozukluğunun A kriteri DSM-IV’den farklı olarak DSM 5’de travmatik olayı doğrudan yaşama ya da dolaylı olarak tanıklık etmeyi kapsamaktadır. Ayrıca A2 kriteri olan kişinin tepkilerinde aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşme vardır kriteri kaldırıldı. Akut travma sonrası stres tepkisinin çok heterojen olabileceğine dair kanıtlar ileri sürüldü. Ayrıca farklı olarak DSM-IV deki gibi disosiyatif semptomlara vurgu yapılmadı.

Akut stres bozukluğunda olduğu gibi TSSB’de de A kriteri değiştirildi ve A2 kriteri kaldırıldı. DSM-IV de üç semptom kümesi (yeniden yaşantılama, irkilme, kaçınma) varken, DSM 5’de bu semptom kümesine “Bilişlerde ve duygudurumda kalıcı olumsuz değişiklikler” kümesi eklendi. Ayrıca 6 yaş ve altındaki çocuklarda görülen TSSB ayrı bir tanı olarak eklendi.

Disosiyatif Bozukluklar

DSM-IV’de depersonalizasyon bir semptom olarak tanımlanmıştı. DSM 5’de “depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu” bir tanı kategorisi olarak kabul edildi. Disosiyatif füğ, bir tanı kategorisi olmaktan çıkarıldı ve disosiyatif amnezinin bir belirteci haline geldi.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu tanısı daha kapsayıcı bir hal aldı. A kriteri çoğul kişilik yerine, “kimlikte kopma” olarak değiştirildi. Posesyon yaşantılarının ayrı bir kişilik durumunun yerini tutmasına olanak tanındı.

Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar

DSM-IV’ün son revizyonunda somatoform bozukluklar, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar olarak adlandırıldı. DSM-IV’de sınırlar net değildi ve örtüşen çok tanı vardı. Bu nedenle DSM 5’de alt kategoriler ve hastalık sayıları azaltıldı. Hipokondriazis, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk kategorileri ise çıkarıldı.

DSM 5’de psikiyatri ve medikal durumların beraber görülmesinin karmaşıklığı daha çok fark edildi. Bedensel belirti bozukluğunda bedensel belirtilerle ilgili anormal düşünceler, duygular ve davranışların varlığına bakıldı. Kişinin medikal bir hastalığı olabilir ya da olmayabilir denildi.

“Hipokondriazis” terimi kaldırıldı, çünkü hastayı stigmatize edici, aşağılayıcı, terapötik ilişkiyi zedeleyen bir kavram denildi. Kişinin yoğun sağlık endişesiyle beraber somatik semptomları da varsa “bedensel belirti bozukluğu” tanısı, bedensel belirti yoksa “hastalık anksiyetesi bozukluğu” tanısını alması öngörüldü.

Ağrı bozukluğu tanısı kaldırıldı, bedensel belirti bozukluğuna “ağrının baskın olması ile giden” belirteci eklendi.

“Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler ve Yapay Bozukluk” adlı yeni bir tanı geldi. Bu tanı, DSM-IV’de “klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” olarak ayrı bir başlık altında geçmekteydi. Yapay bozukluk ise ayrı bir kategorideyken bedensel belirti bozuklukları başlığı altına alındı, neden olarak somatik semptomların ön planda olması gösterildi.

Konversiyon Bozukluğunun tanısında nörolojik tetkiklerin öneme vurgu yapıldı. Tanı anında stresör faktör gösterilemeyebilir denildi. Tetikleyici ruhsal bir etken olan/olmayan belirteci eklendi (Machado ve ark.,2013; APA, 2013).





Yeme Bozuklukları

Pica ve geviş getirme bozukluğu: Önceden çocukluk çağında ortaya çıkan bir hastalık olarak kabul ediliyordu, DSM 5'e göre her yaşta bu tanı konulabiliyor.

Kaçıngan-kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu: Çeşitli sebeplerle yiyecek alımı sınırlandırılması. Bu tanım, DSM-IV'de herhangi bir kategoriye karşılamaması nedeniyle bu tanının sadece çocukluk çağında değil, her yaşta konulmasına karar verildi.

Anorexia nervosanın "amenore" kriteri kaldırıldı. A Kriterine "belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığına sahip olma", B kriterine "kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma" ifadesi eklendi.

Blumia nervosada "aşırı yeme ve kusma davranışı sıklığı" haftada en az ikiden haftada bire düşürüldü.

Tıkınırcasına yeme bozukluğunda DSM-IV'de 6 ay boyunca en az haftada iki kez deniliyorken DSM 5'de 3 ay boyunca en az haftada bir kez kriteri getirildi (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Dışa Atım Bozuklukları

Kriterleri değişmedi, DSM 5'de ayrı bir başlık olarak ele alındı.

Uyku-Uyanıklık Bozuklukları

"Başka bir mental bozuklukla ilişkili uyku bozukluğu" ve "genel tıbbi duruma bağlı uyku bozukluğu" tanıları kaldırıldı. İkisinin birbirine eşlik edebileceği gösterildi. Her bir uyku bozukluğu da birbirleriyle beraber görülebiliyor denildi. İnsomniada primer ve sekonder insomnia ayrımı kaldırıldı. Hipokretin eksikliği ile ilişki gösterilen narkolepsi diğer hipersomnolans bozukluklarından ayrıldı. Solunumla ilişkili uyku bozuklukları başlığı ile tıkaçıcı uyku apnesi, merkezi uyku apnesi, uyku ile ilişkili hipoventilasyon, sirkadien ritim uyku-uyanıklık bozukluğu tanıları konuldu. REM uykusunda davranış bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu tanıları da bağımsız birer hastalık olarak kabul edildi.

Gender Dysphoria (Cinsel Kimliğinden Yakınma)

DSM-IV'de, "cinsel bozukluklar ve cinsel kimlik bozuklukları"; cinsel işlev bozuklukları, cinsel kimlik bozuklukları ve parafililer olmak üzere 3 kategoriye kapsıyordu. Ancak "gender dysphoria bir cinsel işlev bozukluğu ya da parafili değildir" olarak kabul edilmekteydi. Bu nedenle, "bozukluk" sözcüğü çıkarılarak, "cinsiyet kimliği uyumsuzluğu" (ya da uyuşmazlığı, örtüşmemesi, gender incongruence) ifadesi seçildi. Daha az hastalık çağrışımı yapsa da, kişinin cinsiyet kimliğinin sorunlu olduğu ve değiştirilmesi gerektiğini çağrıştırdığı için, son gözden geçirmede "cinsiyet kimliği disforisi" (gender dysphoria) olarak tanımlanması önerildi. Bu haliyle, toplumsal cinsiyet rollerine uyum göstermeyen, cinsiyet kimliği yelpazesinin transseksüellik dışındaki bileşenlerine yersiz tanı konulmasından kaçınılması amaçlanmıştı. Tanı ölçütlerinde de değişiklikler yapılarak, erişkin dönemde büyük ölçüde devam etmediği izlem çalışmaları ile gösterilen, "çocukluk dönemi cinsiyetle uyumsuz davranışlarının" bu başlıkta değerlendirilmesinin önüne geçilmeye çalışıldı. Eşcinsellerde daha sık olmakla birlikte her cinsel yönelimden erişkinin çocukluk döneminde görülebilen bu davranışlara uygunsuz girişimlerde bulunulması engellenmek istendi. DSM IV'deki cinsel yönelimle ilgili belirleyicilerden de vazgeçildi. Cinsel kimliğin birbirinden farklı iki boyutu olan cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimin birbirine karıştırılmamasının, eşcinsellerde cinsel kimlik bozukluğu olduğu yanlışlığının engellenmesi hedeflendi (Machado ve ark.,2013; APA, 2013).





Yıkıcı, Dürtü-Kontrol Ve Davranım Bozuklukları

DSM 5’de yeni bir bölüm oluşturuldu. Bu bölümün içerisine “çocukluk çağında başlayan bozukluklar” ve “başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları” gruplarında yer alan hastalıklar alındı. Bu hastalıklar emosyonel ve davranışsal kontrol güçlükleri ile karakterizedir. Davranım bozukluğu ile yakın ilişkisi nedeniyle antisosyal kişilik bozukluğu tanımının da bu kapsam içinde yer almasına karar verilmiştir. DEHB ise bu bozukluklarla komorbiditesi çok sık olmasına rağmen, nörogelişimsel bozukluk kapsamında değerlendirilmiştir.

DSM 5’de karşıt olma karşıt gelme bozukluğu tanısında, semptomlar öfkeli/kolay kızan duygudurum, tartışmacı karşı gelen davranış, kin besleme olmak üzere üç grupta toplandı. Bu değişikliğin özeti bozukluğun hem davranışsal hem emosyonel komponentini vurgulaması isteğinden kaynaklandığı şeklindedir. Davranım bozukluğunu dışlama kriteri kaldırıldı. Normal çocuk ve ergenlerden ayırt etmek için sıklığı ve süresi göz önünde bulundurulmalıdır dendi. Ağır olmayan, orta derecede, ağır olmak üzere derecelendirme getirildi. Derecelendirmede “davranışın yaygınlığı” en önemli faktör olarak kabul edildi.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk ile ilgili en önemli değişiklik olarak, DSM-IV’de fiziksel agresyon tanıyı koymak için gerekli iken; DSM 5’de sözel agresyon ve zarar verici olmayan fiziksel ag-

resyon olması tanı için kabul edildi. Sıklığı tanımlayan daha spesifik kriterler getirildi (üç aydır ortalama haftada iki kez olan sözel saldırı, on iki aylık bir süre içinde kişilerin yaralanmasıyla sonuçlanan üç davranış patlaması). Davranışın doğal bir kızgınlık ya da impulsivite olup olmadığını ayırt edebilmek için “kişide belirgin sıkıntı yaratır, kişilerarası işlevsellikte düşmeye yol açar, parasal ya da yasal sonuçlar doğurur” kriteri getirildi. Minimum 6 yaş olması gerektiği eklendi (Machado ve ark., 2013; APA, 2013).

Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

Kumar oynama gibi davranışların, madde bağımlılığı kadar beyin ödül sistemini aktive ettiği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmalara dayanarak bu tanım dürtü kontrol bozuklukları başlığı altından, bağımlılık bozuklukları bölümüne alındı. DSM 5’de bağımlılık ve kötüye kullanım diye ayırım kaldırıldı ve bağımlılık ve kötüye kullanım kriterleri madde kullanım bozukluğu tanısı altında birleştirildi ve;

- Madde kullanım bozukluğu,
- Madde intoksikasyonu,
- Madde yoksunluğu,
- Maddenin yol açtığı diğer bozukluklar,
- Tanımlanmamış maddeyle ilişkili bozukluk

olarak sınıflandırıldı. Yasal problemlere yol açma kriteri kaldırıldı. Madde kullanmak için güçlü bir istek duyma ve craving eklendi.

Cannabis yoksunluğu, yeni bir tanı olarak eklendi, DSM-IV’de ek kısımda yer alan kafein yoksunluğu da bu bölüme eklendi. Tütün kullanım bozukluğu, diğer maddelerle aynı kriterlerin kabul edilmesi şeklinde bu gruba dahil edildi. Kriter sayısına göre derecelendirme getirildi; iki-üç belirti ağır olmayan; dört beş belirti orta; 6 ya da daha çok belirti ağır olarak derecelendirildi. Fizyolojik tip ve çoklu ilaç kullanım bozukluğu kaldırıldı Erken remisyon olarak 3-12 ay craving hariç diğer belirtilerin olmaması, tam remisyon için ise 12 aydan fazla süredir craving hariç diğer belirtilerin olmaması koşulu getirildi (Machado ve ark., 2013; APA, 2013).

Sonuç olarak, ruhsal bozukluklarla ilgili ayrı ayrı oluşturulan çalışma grupları ve bu grupların birbirileri ile ilişkileri sonucunda alınan kararlar doğrultusunda oluşturulan DSM-5, özellikle klinik bakış açısına ağırlık veren bir anlayışla hazırlanmış ve çocuk ve ergenlerle ilgili başlıklarda ve tanımlamalarda bir takım değişiklikler bildirmiştir.

Ülkemizde de, ruhsal sınıflamalarda yapılan değişiklikleri yordayan yeni çalışmaların planlanması ve tartışılması, çocuk ve ergenlerle ilgili bu tarihsel tanılama sürecine katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, dördüncü baskı (DSM- IV) (Çev. Ed: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci baskı (DSM- V), çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Machado JD, Caye A, Frick PJ, Rohde LA. DSM-5. Major changes for child and adolescent disorders. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2013.
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al (2009a). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med*, 39:1993-2000. doi: 10.1017/S0033291709990250.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60:709-717. doi: 10.1001/archpsyc.60.7.709.
- Kupfer DJ, Kuhl EA, Wulsin L (2013). Psychiatry's integration with medicine: the role of DSM-5. *Annu Rev Med*, 64:385-392. doi: 10.1146/annurevmed-050911-161945.
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:276-295. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x
- Kieling C, Kieling RR, Rohde LA et al (2010). The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 167:14-16. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09060796.
- Barkley RA, Brown TE (2008). Unrecognized attention-deficit/ hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*, 13:977-984.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R et al (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163:716-723. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.716.
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*, 60:991-997. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.08.042.



TAKINTI ZORLANTI BOZUKLUĞU (OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK) VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Saadet Yapan

Araştırma Görevlisi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Merih Toker

Araştırma Görevlisi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü

Merve Çiçek

Psikolog, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Özet

2013 yılında yayınlanan Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısında (DSM-5) dikkat çeken önemli değişikliklerden birisi, DSM IV' te Anksiyete Bozuklukları altında sınıflandırılan Obsesif Kompulsif Bozukluğun DSM-5'te Anksiyete Bozukluklarından ayrılarak, Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer alması olmuştur. DSM-IV' te Somatoform Bozukluğu kapsamında yer alan Vücut Dismorfik Bozukluğu, Dürtü Kontrol Bozuklukları altında yer alan Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomani DSM-5'te Takıntı Zorlantı Bozukluğu ile İlişkili Bozukluklar

kapsamında değerlendirilmiştir. Bu bozuklukların yineleyici düşünceler ve davranşlar gibi obsesif kompulsif bozuklula benzer belirtiler göstermesi, ortaya çıkma nedenlerinin OKB ile benzer olması DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluklar spektrumunda yer almalarının nedenleri olarak görülmektedir. Bu makalede Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar; Obsesif Kompulsif Bozukluk, Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani ve Deri Yolma Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri göz önünde bulundurularak ele alınmıştır. Anahtar kelimeler: DSM-5, Takıntı zorlantı bozukluğu, beden algısı bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani

Summary

In American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5), published in 2013, one of the noteworthy changes that Obsessive Compulsive Disorder which classified in Anxiety Disorder in DSM IV, separated from Anxiety Disorders and has take place under new heading in DSM-5; Obsessive Compulsive Disorder and Related Disorders. In DSM - IV, Body

Dysmorphic Disorder related with Somatoform Disorders and Skin Picking Disorders and trichotillomania related with İmpulse Control Disorders has become part of Obsessive Compulsive Disorders and Related Disorders in DSM-5. Similarity of symptoms such as repetitive thoughts and behaviors and similarity of etiology of these disorders with OCD is seem as the cause of why these disorders classified in specturm of Obsessive Compulsive Disorders in DSM-5. In this article, Obsession Compulsive Disorder and Related Disorders; Obsessive Compulsive Disorder, Body Dysmorphic Disorder, Hoarding disorder, trichotillomania, and skin picking disorder discussed by considering DSM-5 diagnostic criterias. Key Words: DSM-5, obsessive compulsive disorder, body dysmorphic disorder, hoarding disorder, trichotillomani

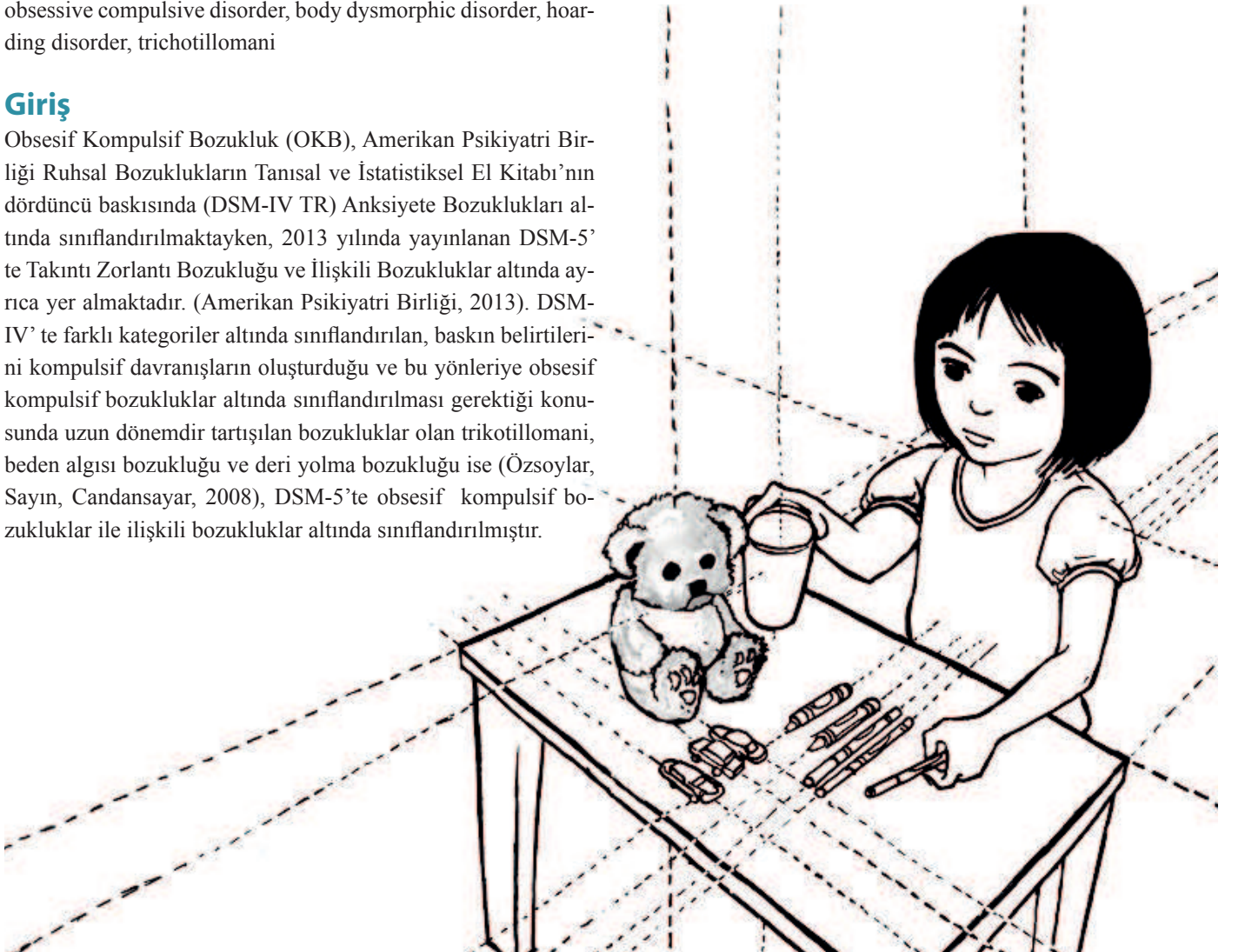
Giriş

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın dördüncü baskısında (DSM-IV TR) Anksiyete Bozuklukları altında sınıflandırılmaktayken, 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar altında ayrıca yer almaktadır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM-IV'te farklı kategoriler altında sınıflandırılan, baskın belirtilerini kompulsif davranışların oluşturduğu ve bu yönleriye obsesif kompulsif bozukluklar altında sınıflandırılması gerektiği konusunda uzun dönemdir tartışılan bozukluklar olan trikotillomani, beden algısı bozukluğu ve deri yolma bozukluğu ise (Özsoylar, Sayın, Candansayar, 2008), DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluklar ile ilişkili bozukluklar altında sınıflandırılmıştır.

DSM-5'te OKB ve ilişkili bozukluklar kapsamında yer alan bozukluklar aşağıdaki gibidir:

- Takıntı Zorlantı Bozukluğu (OKB)
- Beden Algısı Bozukluğu
- Biriktiricilik Bozukluğu
- Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu)
- Deri Yolma Bozukluğu
- Maddenin İlacın Yol Açtığı Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

OKB'nin DSM-5'te ayrı bir spektrum olarak yer alması ve bu spektrumda yer alan bozuklukların tanı ölçütlerinde yapılan değişikliklerin incelenmesi amacıyla bu çalışmada OKB, beden algısı bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu), deri yolma bozukluğuna değinilecektir.





OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesyon ve kompulsyonların varlığı insanlık tarihinden beri süregelmektedir. Yazılı kaynaklardan ulaşılan obsesyon örneklerinden biri olan Shakspeare'in Makbet'inde obsesif kompulsiz nevrozun klasik bir örneğini görürüz. Lady Makbet'i etkilemesi için kocası Makbet, Kral Duncan'ı öldürür. Bundan sonra Lady Makbet'te el yıkama hastalığı başlar. "Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu el kirden temizlenmez" der ve ellerini sürekli yıkar (Öztürk, 2004. s.365).

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), Obsesif Kompulsif Bozukluğu kişinin sosyal ve mesleki işlevlerinde belirgin bozulmaya yol açan, rahatsız edici, benliğe yabancı, yineleyici ve bunlatı oluşturan düşünceler (obsesyon) ve bunaltıyı gidermek için yapılan yineleyici davranış ya da zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) tanımlamıştır.

En sık görülen obsesyonlar kirlilik, kuşku, somatik, düzen, cinsel ve dini obsesyonlar olarak belirtilmektedir. (Bayraktar, 1997). Girici ve rahatsızlık veren özelliklerinin yanı sıra ego-distonik yani benliğe yabancı olan obsesyonlar (Foa ve Kozak,1995), kişinin gündelik işlevlerini yerine getirmeyi engelleyebilmekte, mesleki, sosyal işlevselliğini önemli ölçüde bozabilmektedir. (Bayar ve Yavuz, 2008). Rachman (1998), girici düşünceler, imgeler ve dürtülerin hatalı bir biçimde yorumlanmasının obsesyonların etiolojisinde önemini vurgulamakta, başka bir deyişle hastaların bu zorlayıcı düşüncelere aşırı, yersiz, önem atfettik-

lerini söylemektedir (Akt; Aydın ve Öyekçin, 2013). Obsesyonların neden olduğu kaygıyı nötralize eden kompulsiyonlar ise (Bayar ve Yavuz, 2008) en sık kontrol, yıkanma, sayı sayma, simetri, soru sorma ve itiraf etme, simetri ve biriktirme olarak görülmektedir (Eisen ve Rasmussen, 2002, akt; Bartz ve Hollander, 2006). Ülkemizde yapılan alışmalarda, bulaşma obsesyonu %45-80, yıkama temizleme %52-88 ve kontrol etme kompulsiyonu %32-72 oranında bildirilmektedir (Çilli ve ark., 2010).

Ortalama başlangıç 18-25 yaş arasında değişmekle birlikte, OKB genellikle genç yaşta başlar (Öztürk, 2004. s. 365). Erken başlangıç erkeklerde daha sık gözlenir ve kontrol etme kompulsiyonları şeklindedir, geç başlangıç ise kadınlarda daha sıktır, temizlik kompulsiyonları tarzındadır (Davison ve Neale, 2004, s.147). Geriye dönük çalışmalarda, erişkin dönemde OKB tanısı alanların 1/3-1/2 kadarında hastalığın başlangıcının çocukluk veya ergenlik döneminde olduğu bildirilmektedir. Bir meta-analizi çalışmasında çocuklukta OKB tanısı alanların %41'inin erişkinlikte de OKB tanısı aldığı görülmüştür (Karaman ve ark., 2011). Epidemiyolojik çalışmalar, çocukluk döneminde tedavi edilmeyen OKB'nin erişkinlikte oldukça kronik seyredebileceği göstermiştir (Öner ve Aysev, 2001).

Bozukluğun sıklığı hakkında yapılan araştırmaların gerçekliği yansıtmayabileceği düşünülmektedir. Çünkü obsesyon ve kompulsiyonları olan kişilerin çoğu bunları bir problem olarak algı-

lamazlar. Örneğin: temizlik obsesyonu olan bir kadın, toplum tarafından temiz, düzenli, iş bilen, sorumluluk sahibi, titiz olarak adlandırılabilir. Böylece kişinin obsesyonları daha pekişmiş ve kompulsiyonları da normalize edilmiş hale gelir.

OKB'nin etiolojisinde genetik ve biyolojik faktörler önemli rol oynamaktadır. OKB güçlü bir genetik geçişe sahip olan bir hastalıktır. Monozigot ikizlerde görülme oranı % 67 iken bu oran dizigot ikizlerde %31 olarak belirtilmiştir. Hastaların birinci dereceden akrabalarında OKB görülme oranı, genele bakıldığında daha fazladır (Karaman, Durukan ve Erdem, 2011). Nörokimyasal etkenler üzerindeki araştırmalar ise serotonin üzerinde yoğunlaşmıştır. Serotonin geri alım inhibitörlerinin bu bozuklukta sıklıkla kullanıldığı ve işe yaradığı görülmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Ensefalit kafa yaralanmaları ve beyin tümörlerinin obsesif kompulsif bozukluğun gelişmesiyle ilişkisi gösterilmiştir. Yapılan PET taraması çalışmaları OKB'li hastaların frontal loblarında artan bir hareketlilik olduğunu göstermiştir. Bu hareketlilik belkide bu hastaların kendi düşüncelerin ile aşırı uğraşmalarının bir yansımasıdır (Davison ve Neale, 2004).

Saplantı-zorlantı nevrozunun oluşumun da toplumsal etkenlerin yeri kesinlikle aydınlatılmamış olmakla birlikte saplantılı-zorlantılı kişilik yapısının toplumsal tutumlarla bağlantısı olabileceğine ilişkin veriler vardır. Titiz, kuralcı, törenci, özellikle çocukluk çağında aşırı kuralcı ve disiplinci eğitim veren toplumlarda düzenli, temizliğe fazla değer veren, zaman ve düzen kavramı daha güçlü gelişmiş kişiler yetiştiği kabul edilebilir (Öztürk, 2004).

2013 yılında yayımlanan Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci basısında (DSM-5) dikkat çeken önemli değişikliklerden birisi, DSM IV' te Anksiyete Bozuklukları altında sınıflandırılan Obsesif Kompulsif Bozukluğun DSM-5'te Anksiyete Bozukluklarından ayrılarak, Takıntı Zorlantı Bozukluğu (OKB) ve İlişkili Bozukluklar olarak ayrı bir başlık olarak yer alması olmuştur.

Obsesyonların neden olduğu anksiyete semptomu, OKB'nin anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmasının nedeni olarak görülmekteydi (Tynes ve ark. 1990). Ancak Bartz ve Hollander (2006), bu sınıflandırmanın gerekçesinin semptom odaklı olmasını eleştirmiş, anksiyetenin, depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk gibi pek çok rahatsızlıkta görülen, spesifik olmayan bir semptom olduğu belirtmişlerdir.

Anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğa neden olan biyolojik nedenler karşılaştırıldığında da bazı farklılıklar dikkat çekmektedir. OKB'ye neden olan biyolojik ve nörokimyasal nedenler frontal-striatal anormallikler, serotonerjik ve dopaminerjik sistemde ki bozukluklarken, anksiyete bozukluklarında rol oynayan, amigdala, hipkampus ve bazı prefrontal-kortikal yapılarıdır (Bartz ve Hollander, 2006).

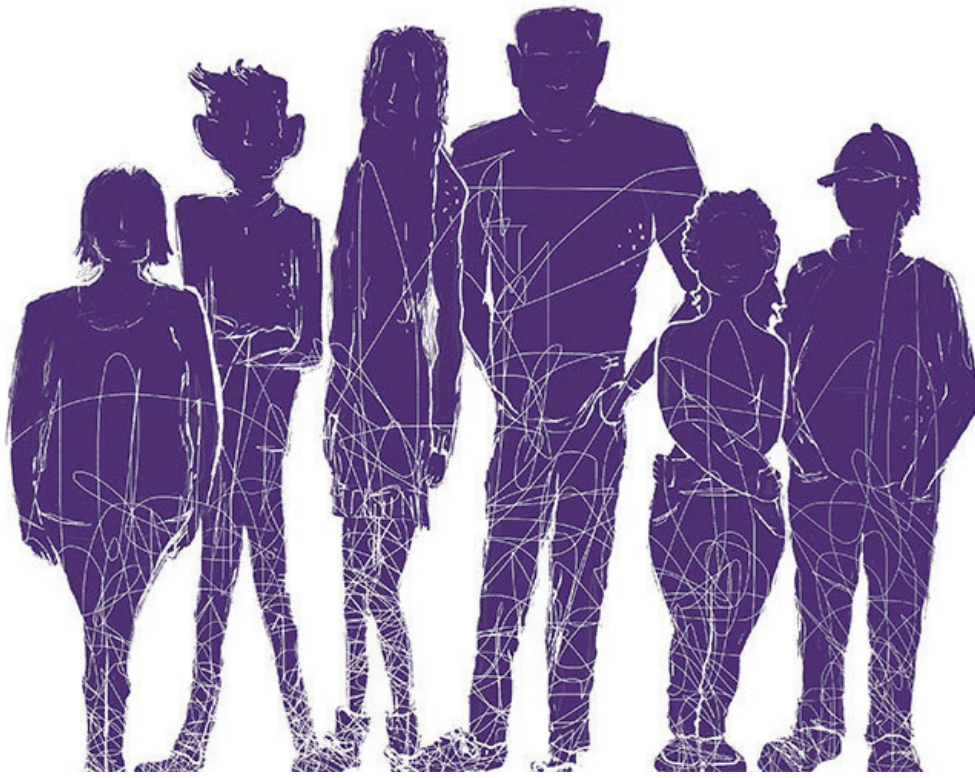
OKB, DSM-IV ve DSM-5 tanı kriterleri açısından karşılaştırıldığında; büyük farklılıklar görülmemektedir. Tanı ölçütlerinin karşılaştırılması Tablo 1'de yer almaktadır. DSM-IV' te obsesyonların tanımında yer alan "(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir." ve "(4) Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir". kriterleri kaldırılmıştır. "B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir." tanı kriterinin de DSM-5' te yer almadığı görülmektedir.



Tablo 1. DSM-IV ve DSM 5 Tanı Ölçütlerinin Karşılaştırılması

<i>DSM-IV TR'ye Göre OKB Tanı Ölçütleri:</i>	<i>DSM 5'e Göre OKB Tanı Ölçütleri:</i>
<p>A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:</p> <p>Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:</p> <p>(1). Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler dürtüler ya da düşlemler.</p> <p>(2). Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.</p> <p>(3). Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.</p> <p>(4). Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).</p> <p>Kompulsiyonlar aşağıdakilerden(1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1). Bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).</p> <p>(2). Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurutulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir, ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.</p>	<p>A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:</p> <p>Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1). Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkilere ya da imgeler.</p> <p>(2). Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmama ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.</p> <p>Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1). Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).</p> <p>(2). Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştirileceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.</p> <p>Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.</p>
<p>B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.</p>	<p>DSM-5' te bu kriter kaldırılmıştır.</p>
<p>C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boş harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.</p>	<p>B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.</p>

<p>D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örneğin; bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerine düşünüp durma; Hipokondriazisin olası durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).</p>	<p>C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.</p>
<p>E. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>	<p>D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; bedenalğısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).</p>
<p><u>Varsa belirtiniz:</u></p> <p>İçgörüsü az olan tip: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyordur</p>	<p><u>Varsa belirtiniz:</u></p> <p>İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.</p> <p>İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.</p> <p>İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.</p> <p>Tikle ilişkili: Kişinin o sıradaya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.</p>



BEDEN ALGISI BOZUKLUĞU (VÜCUT DİSMORFİK BOZUKLUĞU)

Beden dismorfik bozukluğu (BDM) olan bireyler, bir şeylerin doğru olmadığına dair inançları, bazı yönlerinin çekici olmadığına dair inançları, görüntülerinin çekiciliğine dair yanlış düşünceleri vardır (Phillips, Elroy, Keck ve ark., 1993). Genellikle baş, yüz, burunlarıyla ilgili beğenileri yoktur. Kişi sürekli aynaya bakar, traş olur, sürekli saçıyla oynar, kendince düşündüğü çirkin olduğuna dair inancını düzeltmeye, kendini ikna etmeye çalışır (Phillips ve Taub, 1995). Bazı kişiler ise kendilerinde gördükleri çirkinlik düşüncesine dermatolojik tedavi ve cerraahi müdahale ederek bu duruma engel olmaya çalışırlar. Kişiler şekil bozukluklarını makyajı giysi, beden pozisyonlarıyla kapatırlar (Hollander, Cohen, Simeon, 1995). Bazı kişiler başının etrafını, yüzünü çorapla sıkma eğimi gösterebilirler. Bu davranışlarındaki amaç ise kaygıyı artırmaktır. Fakat aksine OKB’de davranışlar kaygıyı azaltmaya yöneliktir. BDB’li kişilerin kaygıları arttıktan sonra intihar düşüncelerine kapılabilirler.

Phillips (1993), BDB’nu, kişinin kendisinde varsaydığı bir kusurla aşırı uğraşması ve bu kusurunu gizlemek için kompulsif davranışlara yönelmesi olarak tanımlamaktadır. BDB’den farklı olarak, obsesif bozuklukta kişi bu tür düşüncelerin saçma olduğunu bilirken, yani içgörülerini geliştirmişken, BDB’de içgörü ya zayıftır ya da hiç yoktur. Yapılan araştırmalarda 100 BDB

hastasının yarısından fazlasında hezeyanların varlığı dikkat çekmiştir (Phillips, Elroy, Keck ve ark., 1994). Bu hastalıkta sıklıkla referans fikri ve referans hezeyanı eşlik etmektedir. Bu durum sosyal izolasyonu alevlendirir ve kişide düşük özgüven, utanma, reddedilme özellikleri sıklıkla BDB’ye eşlik etmektedir. (Phillips, Elroy, Keck ve ark.,1994).

Bu kişilerin toplumsal, akademik başarılarında düşme olabilir. Ve bu yüzden okullarını, işlerini bırakabilirler (Phillips, 1991). Kişiler bu durumu saplantı, utanç verici durum gibi nedenlerle açıklamakta, toplumsal işlevlerinde sıkıntıya yol açmaktadır (Phillips, 1991). Kendilerini kötü hissettikleri sosyal ortamlardan kaçınabilirler. BDB rahatsızlığı çok ciddi sorunlara da yol açabilmektedir. Hollander (1993), kişiler araba kullanırken dikiz aynaya baktıklarında ve kapıldıkları düşüncelerden dolayı trafik kazaları yapabilmektedirler.

Hollander, Neville, Frenkel, ve ark. (1992), Kozmetik cerrahi için plastik cerrahi kliniklerine başvuran hastalarda BDB yaygınlığı % 2 olarak bulmuştur. ABD’deki alan tarama çal ışmalarında ise toplumdaki yaygınlığı % 0.1-1.0’dır (Hollander ve Wong, 1995). Plastik cerrahi ve dermatoloji kliniklerine başvuran hastalar arasında BDB yaygınlığı ise %7-14.4 olarak saptanmıştır (Sungur, 1999).

Bu hastalığın kimi araştırmalarda erkeklerde sık görüldüğü, kimi araştırmalarda kadınların ve kimi araştırmalarda ise hem kadın- hem erkek oranının eşit olduğunu göstermektedir (Phillips ve Diaz, 1997)

Etiyolojide ruhsal, toplumsal ve nörobiyolojik etmenler rol oynamaktadır. Psikodinamik yönden bakıldıkdan, hastaların özgeçmişlerinde örselenme, kıyaslanma, anneye bağıllık ön planda gözükmektedir. Ailede yaklaşım aşırı şekilde koruyucu, engelleyici ve ihmalcı tutumlar olduğunu göstermektedir. Bu tür yaşantılar ise çocuğun geri planda kalmasına, alay edilmesine imkan vermektedir (Aslan, 1996; Aşkın, 1994). Çalışmalarda beden algısı bozukluğuna eşlik eden rahatsızlıklara major depresyon ve obsesif kompulsif bozukluğun etkilediğini göstermektedir. Araştırmalarda Hastaların % 23-24'ünde görünümünün verdiği sıkıntıya bağılı özkıyım düşünceleri olup, % 17'sinin özkıyım girişiminde bulunduğ u bildirilmektedir (Çalıkluşu, 1997; Phillip, 1993; Thomas, 1984). Ülkemizde yapılan bir çalışmada BDB'de herhangi bir kişilik bozukluğunun görülme oranları %92'ye ulaşmaktadır. (Çalıkluşu, 1997). En sık görülen kişilik bozuklukları ise; histrionik, çekingen, narsisistik, paranoid, obsesif kompulsif, edilgen saldırgan kişilik bozulduklarıdır (Braddy, 1990)

Tanı Kriterleri

Amerikan psikiyatri tanı sisteminde, BDM, ilk kez DSM III-R de somatoform bozukluklar içerisinde yer almıştır (APA, 1997). DSM- III'de, beden algısına eşlik eden sanrısız olan ve olmayan düşüncelerin ayırımı yapılmamıştır. Atipik somatoform bozukluk tanısı konabileceği gibi atipik psikoz ya da atipik paranoid bozukluk tanısı da konabilmektedir (APA,1981). BDB'nin somatoform bozuklukları arasından OKB bölümüne kaydırılması konusunda tartışma konuları oluşmuştur (Elroy, Phillips ve Keck, 1994).

DSM-IV TR Tanı Kriterleri

- Görünümündeki hayali bir kusur ile uğraşıp durma. Hafif fizik anomali varsa bile, kişini kaygısı buna göre belirgin olarak aşırıdır.
- Bu uğraş, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğ er işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- Bu uğraş, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Anoreksiya Nervosa'daki vücut biçimi ve ölçüleri ile ilgili hoşnutsuzluk).

DSM 5 Tanı Kriterleri

- A.** Dış görünümünde, başkalarının gözlenebilir olmayan ya da başkalarının önemsenmeyecek, bir ya da birden çok kusur ya da özür algılama düşünceleri ile uğraşıp durma.
- B.** Kişi, bu bozukluğun gidiş i sırasında bir zaman, dış görünümüyle ilgili kaygılarından ötürü yinelemeli davranışlarda(örn. Aynaya bakıp durma, aşırı boyanma, dersini yolma, güvence arayışı) ya da zihinsel eylemlerde (örn. Dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma) bulunur.
- C.** Bu düşünsel uğraşlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada toplumsal, işle ilgili alanlarda yada önemli diğ er işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- D.** Dış görünümle ilgili bu düşünsel uğraşlar, bir yeme bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri olan bir kişide, vücut yağı ya da ağırlığı ile ilgili kaygılarla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

- Kas algısı bozukluğu ile giden: Kişi, vücut yapısının çok küçük ya da yeterince kaslı olmadığı düşüncesi ile uğraşıp durmaktadır. Kişinin, çoğu zaman olduğu gibi, diğ er vücut bölgeleriyle ilgili düşünsel uğraşları da olsa bu belirleyici kullanılır.

Varsa belirtiniz:

- Beden algısı bozukluğu inanışlarıyla ilgili içgörü derecesini belirtin (örn. "Çirkin görünüyorum" ya da "Biçimsiz görünüyorum").
- İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğ inin ya da olmayabileceğ inin ayırımıdır.
- İçgörüsü kötü: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.



BİRİKTİRİCİLİK BOZUKLUĞU

Kişi eski kitaplarını, eşyalarını, kağıtlarını, faturalarını ve birçok şeyi biriktirmek ya da atmakta güçlük çekmek olarak açıklanabilir.

DSM-IV'te biriktiricilik bozukluğu diye ayrı bir başlık bulunmamaktayken, DSM-5, OKB ve ilişkili bozukluklar altında ayrı bir başlık açmıştır.

DSM 5 Tanı Kriterleri

A. Gerçek değeri ne olursa olsun, sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir güçlük çekme.

B. Bu güçlük, söz konusu nesnelere saklamanın gerekliliği algısından ve onları elden çıkartmanın yarattığı sıkıntıdan kaynaklanır.

C. Sahip olduklarını elden çıkarma güçlüğü, bu nesnelere birikmesi ile sonuçlanır, dolayısıyla bunlar yaşam alanlarını kaplar, ortalığa yığılır ve büyük ölçüde kullanım amaçlarından uzaklaşır. Yaşam alanlarında bir yığıntı yoksa, bu ancak üçüncü kişilerin (örn. aile bireyleri, temizlikçiler, yetkili kişiler) girişimleriyle sağlanmıştır.

D. Biriktiricilik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında (kendisi ve başkaları için güvenli bir çevreyi sürdürmeyi de kapsar) işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Biriktiricilik, başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (örn. beyin yaralanması, serebrovasküler hastalık, Prader-Willi sendromu).

F. Biriktiricilik, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. Takıntı-zorlantı bozukluğundaki takıntılar, yeğin depresyon bozukluğunda içsel gücün azalması, şizofreni ya da psikozla giden diğer bozukluklarda sanrılar, yeğin nörobiyolojik bozuklukta bilişsel eksiklikler, otizm açılımı kapsamında bozuklukta kısıtlı ilgi alanları).

Varsa belirtiniz:

• **Aşırı edinme ile giden:** Sahip olduklarını elden çıkarmakta güçlüğü, gereksinilmeyen nesnelere aşırı edinme ya da artık yaşanacak bir boşluk kalmaması eşlik ediyorsa.

Varsa belirtiniz:

• **İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi:** Kişi, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesnelere elden çıkartmakta güçlük çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olduğunun ayırımıdır.

• **İçgörüsü kötü:** Ters kanıtlar olmasına karşın, genelde kişi, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesnelere elden çıkarmakta güçlük çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olmadığına inanır.

• **İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar:** Ters kanıtlar olmasına karşın, kişi, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesnelere elden çıkarmakta güçlük çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olmadığına tam olarak inanır.



TRİKOTİLLOMANI

Trikotillomani, saç yitimi ile sonuçlanacak şekilde kişinin yineleyici biçimde saçını yolması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Hastalar en sık saçlarını yolmakla birlikte, kaş, kirpik, kol gibi vücutta kıl olan herhangi bir yeri yolma davranışı gösterebilirler (Koroğlu, 2012). Genellikle erken ergenlik döneminde başladığı belirtilen ve kronik seyirli olan hastalığın (Walsh ve McDougale, 2001), toplumda görülme sıklığı %1-3.5 olarak bildirilmiştir (Christenson ve ark, 1991). Cinsiyete yönelik yapılan araştırmalar, trikotillomaninin görülme sıklığının çocukluk döneminde cinsiyete göre farklılaşmadığını, ancak yetişkin dönemde kadınlarda daha sık görüldüğünü göstermektedir (Christenson ve Crow, 1996). Gözle görülür derecede belirgin olan saç kaybı, hastaya sıkıntı vermekte ve hastanın sosyal işlevselliğini bozmakta (Snorrasson, Bellau ve Woods, 2012), hastalar peruk, baş örtüsü, şapka kullanarak ya da saçlarını kısa kestirerek saç yolma sonucunda oluşan alopesiyi gizlemeye çalışmaktadır (Keser ve ark., 1999)

Trikotillomani, DSM-IV'te Dürtü Kontrol Bozuklukları altında sınıflandırılmıştır. Dürtü kontrol bozukluğuna sahip kişiler, dürtülerine karşı koyamadıklarını, eylemden önce gittikçe artan gerilim ve sıkıntı duygusu yaşadıklarını, eylemi gerçekleştirdikten sonra ise rahatlık duygusu yaşadıklarını belirtirler. Dürtüsel olarak gerçekleştirilen bu eylemler benlikle uyumludur (Holland ve ark, 2005; akt. Özdemir ve aydın, 2012). Ancak trikotillomani

tanısı alan hastaların tümünün saç yolma öncesinde gerginlik duygusu yaşamaması ve saç yolarken haz alma ve rahatlama duygusu taşımaması, trikotillomaninin DSM-IV tanı ölçütlerinin tartışılmasına neden olmuştur (Conclea ve ark., 2008). Bazı araştırmacılar obsesif kompulsif bozukluk ve trikotillomaninin benzer özellikler gösterdiğini öne sürerek, trikotillomaninin obsesif kompulsif bozukluklar spektrumunda yer alması gerektiğini öne sürmüşlerdir (Swedo ve ark. 1989). Trikotillomanideki tekrarlayıcı saç yolma davranışı obsesif kompulsif bozuklukta görülen kompulsif davranışlara benzetilmekte (Stein ve ark.1995), trikotillomanili hastalarda ki kıl kökünü inceleme, kılı elinde döndürme, koparılan kılları dişlerinin arasına sokma veya yeme (Köroğlu, 2012), saçı özel bir hareketle ya da simetrik olarak koparmaya çalışma, belli özellikleri olan saç ya da kılı seçme gibi yineleyici tarzdeki davranışlar araştırmacılar tarafından törensel eylemler olarak değerlendirilmektedir (Stein ve ark.,1995; Jaspers,1996). Her iki bozukluğun da klomipramine iyi yanıt verdiğine dair çalışmalar yapılmıştır (Swedo ve ark, 1989). OKB’de olduğu gibi, trikotillomaninin ilaç tedavisinde de ilk olarak serotonin geri alım inhibitörleri önerilmektedir (Köroğlu,2012:s.482).

Trikotillomanie tanısı alan hastaların birçoğunun aile öyküsünde OKB tanısına rastlanması da bu hastalığın obsesif kompulsif bozukluklar spektrumunda yer alması gerektiğini gösteren nedenlerden birisi olarak görülmüştür (Stewart ve ark, 2005).

OKB ile trikotillomanie arasında ki farklılıkları ele alan çalışmalar ise, trikotillomanie tanısı alan hastaların saç yolma davranışı sonucunda genellikle haz aldığını ancak obsesif kompulsif bozuklukta törensel davranışlar sonrası hastaların haz alma duygusu taşımadığını (Stanley ve ark., 1991), saç yolma davranışına OKB de ki gibi obsesif düşüncelerin eşlik etmediğini (Stanley ve ark., 1995), kompulsif davranışların benlikle uyumsuz iken, saç yolma davranışının benlik ile uyumlu olduğunu (Annagür, 2010) belirtmişlerdir. Ayrıca, kompulsif davranışlar obsesif düşüncelerin neden olduğu anksiyeteyi azaltmaya yönelik olurken, trikotillomanie hastalarda ki saç yolma davranışına anksiyetenin aksine genellikle haz alma ve rahatlama duygusu eşlik etmektedir (Mansueto ve ark.,1997).

Trikotillomanie hangi bozukluklar altında sınıflandırılacağına yönelik tartışmalar sonucunda ise bu bozukluk, DSM-5’te Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar altında yerini almıştır. DSM-IV ve DSM-5 tanı ölçütleri Tablo 2. de karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Ölçütler karşılaştırıldığında DSM-IV’ te yer alan “Saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik duygusunun olması” ve “saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama” ölçütlerinin DSM-5’te yer almadığı görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği), bunun nedeninin ise trikotillomanie tanısı alan tüm hastaların bahsi geçen ölçütleri taşıması olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2. DSM-IV TR ve DSM 5 Tanı Ölçütlerinin Karşılaştırılması

DSM-IV TR’ye Göre Trikotillomanie Tanı Ölçütleri (Dürtü-Kontrol Bozuklukları)	DSM 5’e Göre Trikotillomanie Tanı Ölçütleri (OKB ve İlişkili Bozukluklar)
A. Göze çarpar derecede, saç kaybıyla sonuçlanacak derecede kişinin kendi saçını tekrar tekrar yolması.	A. Saç yitimi ile sonuçlanacak biçimde kişinin yineleyici olarak saçını yolması
B. Saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik duygusunun olması.	B. Yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri.
C. Saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama.	C. Saç yolma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur .
D. Bu bozukluk, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve genel tıbbi bir duruma bağlı değildir. (örneğin, dermatolojik bir durum)	D. Saç yolma ya da saç yitimi başka bir sağlık durumuna (örn. dermatolojiyle ilgili bir durum) bağlanamaz.
E. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli bir işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.	E. Saç yolma başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. beden algısı bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da özürlü düzeltme girişimleri)



DERİ YOLMA BOZUKLUĞU

Dürtü kontrol bozukluğu genel olarak kişinin kendisine veya çevresine zarar verici bir eylemde bulunma isteğine karşı koyamama olarak tanımlanan ruhsal bir hastalık durumudur (Burçak ve Tamam, 2011). Dürtü kontrol bozukluğuna sahip olan hastaların üç temel özelliği vardır. Bunlar; kendilerine veya başkalarına zarar verecek türlü eylemleri gerçekleştirme isteklerini durduramazlar, eylemi gerçekleştirmeden önce gerginlik mevcuttur, eylemi gerçekleştirirken haz, duyum ve rahatlama hissi duyarlar (Annagur ve Tamam, 2011). DSM IV'te Dürtü kontrol bozuklukları içerisinde aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, patolojik kumar oynama, piromani ve trikotillomani hastalıkları yer alırken aksine Deri yolma bozukluğu, DSM-IV'te başka türlü adlandırılmayan dürtü bozuklukları içerisinde yer almaktadır. Burçak ve Tamam'ın (2011), yaptığı araştırma sonucunda en sık görülen dürtü bozukluklarının aralıklı patlayıcı bozukluk % 31.3 ve deri yolma bozukluğu %28 olduğu görülmüştür. Ve bu çalışma sonucunda deri yolmanın başlı başına bir bozukluk mu olduğu yoksa başka bir ruhsal bozukluğa bağlı bir bozukluk mu olduğu üzerinde düşündürmüştür.

Deri hastalıkları kişinin yaşamında hem psikolojik hemde sosyolojik sıkıntılar yaratmaktadır. (Aydın ve Gülseren, 2014) Deri yolma ve benzeri rahatsızlıklarda sosyal ortamlardan kendini çekmeye başlayan kişi, sıklıkla anksiyete, depresyon, sosyal fobi gibi rahatsızlıklara yakalanmaktadır (Higgins ve Du Vivier, 1994).

DSM-IV ile DSM-5 te bulunan deri yolma bozukluğunun tanı kriterleri karşılaştırılmasına aşağıda değinilmiştir.

• DSM IV 'de Deri yolma bozukluğu başka türlü adlandırılmayan dürtü bozuklukları içersindeydi.

DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A. Kendileri ya da başkaları için zarar verici bazı eylemleri yapmak konusundaki dürtü, ya da tahriklere direnemezler. Dürtüye bilinçli olarak direnebilirler ya da direnemezler ve eylemi planlayabilir ya da planlayamazlar.

B. Eylemi uygulamadan önce, giderek artan bir gerilim ya da uyarılma hissederler.

C. Eylemi uygularken zevk, memnuniyet ya da rahatlama hissederler. Eylem hastaların anlık bilinçli arzularıyla uyumlu olup egosintoniktir. Eylemden hemen sonra, hastalar gerçek pişmanlık, kendini kınama ya da suçluluk duyabilir ya da duymayabilirler.

DSM 5 Tanı Kriterleri

DSM-5' e kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğu DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır.

A. Deride berelenme (lezyon) ile sonuçlanan yineleyici deri yolma.

B. Yineleyici olarak deri yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri.

C. Deri yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Deri yolma, bir maddenin (örn. kokain) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. uyuz hastalığı) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E. Deri yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

(Örn. psikozla giden bir bozukluktasanrılar ya da dokunsal var-sanılar, beden algısı bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da özrü düzeltme girişimleri, basmakalıp davranış bozukluğunda basmakalıp davranışlar ya da intihar amaçlı olmayan kendi kendini yaralamada kendine zarar verme amacı.)

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1981). Diagnostic and statistical manual of menal disorders (3ed). Am Psychiatric Press, Washington DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3ed). Revised, Am Psychiatric Press, Washington DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM 5) (5. Baskı), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı'ndan (Çev. Ed. Köroğlu, E.),
- Andreasen, N.C., & Bardach, J. (1977): Dymorphophobia: symptom or disease? Am J Psychiatry 134:673-75.
- Annagur, B.B., & Tamam, L. (2011). Depresyon hastalarında dürtü bozuklukları. Nöropsikiyatri arşivi 2011; 48: 22-30. DOI: 10.4274/npa.y5682.
- Annagür, B.B. (2010). Saçlarının döküldüğüne inanan bir tricotillomani olgusu. Selçuk Tıp Dergisi, 26 (1): 29-31.
- Aslan, S.H., & Evlice, Y.E. (1996). Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde yer alan depersonalizasyon ve vücut dismorfik bozukluğu: Olgu sunumu. Psikiyatri Bülteni 3:139-42.
- Aşkın, R. (1994). Vücut Dismorfik Bozukluğu: 9 olgu. Türk Psikiyatri Dergisi 1:45-51.
- Aydın, P. Ç. & Gülseren, L. (2014). Skin Picking Disorder. Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar–Current Approaches in Psychiatry, Turkish.
- Aydın, P. Ç., Öyekçin D. G. (2013). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel işlevler: Türk Psikiyatri Dergisi 24(4):266-274.
- Bartz, J.A., Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30, 338-352
- Bayar, R., Yavuz, M. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk. Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 185-192
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası, 1: 25-32
- Beşiroğlu, L., Ağargün, M., Boysan, M., Eryonuncu, B., Güleç, M., Selvi, Y. (2005). Obsesif Kompulsif Belirtilerin Değerlendirilmesi: Padua Envanterinin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3):179-189.
- Brady, K.T., & Austin, L., & Lydiard, R.B. (1990) Body dysmorphic disorder: The relationship to obsessive compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 178:538-40.
- Christenson, G.A., Mackenzia, T.B., Mitchell, J.E. (1991). A placebo controlled, double blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. Am J Psychiatry 148(11):1566-71.
- Christenson, G.A., Mackenzia, T.B., Mitchell, J.E. (1991). Charecteristics of 60 adult chronic hair pullers. Am J Psychiatry, 148:365-370
- Christenson, G.A., Crow S.J. (1996). The charcterazation and treatment of trichotillomania. Journal of Clinical Psychiatry, 57 (8):1118-25
- Conelea CA, Walter MR, Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ. (2008). Examining the incremental validity of criteria B and C for trichotillomania in children and adolescents. Poster presented at the association for behavioral and cognitive therapies annual conference, Orlando.
- Çalıkuşu, C., Tükel, R., Karalı ve ark. (1997). Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 13 olgunun değerlendirilmesi. 33. Ulusal Psikiyatrik Kongresi Bildiri Metin Kitabı ,s.29-34.
- Çilli, A.S., Uğuz, F., Zeytinci, E., Seren, B., Genç, E., Genç, B.O. (2010) Polikliniğe Başvuran Epilepsili Hastalarda Obsesif Kompulsif Bozukluk: Sıklık ve Klinik Özellikler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 20(3), 228-233.
- Eissen J.L., Rasmussen, S.A. Phenomology of obsessie compulsive disorder. İn: Stein DJ Hollander E, editors. Textbook of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002. ss: 173-89
- Flessner CA, Woods DW. (2006). Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. Behav Modif; 30:944-63.
- Foa, E.B., Kozak M.J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry, 152:90,6
- Higgins EM, Du Vivier AW (1994) Cutaneous disease and alcohol misuse. Br Med Bull, 50:85-98.
- Hollander, E., & Neville, D., & Frenkel, M., et al. (1992). Body dysmorphic disorder-diagnostic issues and related disorders. Psy-

chosomatics 33:156-65.

Hollander, E., & Cohen, L.J., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Ann* 23:359-364.

Hollander, E., & Wong, C.M. (1995). Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry* 56 (Suppl 4):7-12.

Hollander, E., & Cohen, L.J., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatry Ann* 23: 359-64.

Hollander E, Stein D. (2005). *Clinical Manual of Impulse-control Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Jaspers, J.P.C. (1996). The diagnosis and psychopharmacological treatment of trichotillomania: a review. *Pharmacopsychiat*, 29:115-120.

Keser, V., Tükel, R., Karalı, N., Çalkıuşu, C., Olgun, O, T. (1999). Trikotillomanide Klinik Özellikler. *Klinik Psikiyatri*, 1:26-33.

Konkan, R., Şenormancı, Ö., Sungur, M. (2011). Trikotillomani: Tanı, farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapisi. *Klinik Psiko-farmakoloji Bülteni* 21(3):265-74.

Köroğlu, E. (2012) *Klinik Psikiyatri*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Mansueto, C.S., Stemberger, R.M., Thomas, A.M., Golomb, R.G. (1997). Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. *Clinical Psychology Review*, 17 (5):567-77.

Mc Elroy, S.L., Phillips, K.A., Keck, P.E., Jr: (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 55, 33-51.

Mc Elroy, S.L., & Phillips, K.A., & Keck, P.E. Jr, et al. (1995). Body dysmorphic disorder. Does it have a psychotic subtype? *J Clin Psychiatry* 54:389-395.

Neale, J.M., Davison, G.C. (2004). *Anormal Psikolojisi* (1). (İ. Dağ, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (1998).

Oltmans, T.F., Neale, J.M., Davison, G.C. (2003). *Anormal Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları* (1). (İ. Dağ, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (1995).

Öner, P., Aysev, A. (2001) Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(11):409-411.

Özdemir, G.P., Selvi, Y., Aydın, A. (2012). Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3):293-314.

Özerdem, A., (1998) Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2:98-102.

Özsoylar G, Sayın A, Candansayar S. (2008). Panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarının yeme tutumları açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11:17-24

Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (10). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder .The distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 148:1138-1149.

Phillips, K.A., & Mc Elroy, S.L. (1993). Insight over valued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *J Nerv Ment Dis* 181:699-702.

Phillips, K.A., & Mc Elroy, S.L., & Keck, P.E., et al. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 150:302-8.

Phillips, K.A., & Mc Elroy, S.L., & Keck, P.E., et al. (1994). A comparison of delusional and non-delusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 30:179-186.

Phillips, K.A., & Mc Elroy, S.L., & Hudson, J.I. et al. (1995). Body dystriorphic disorder: an obsessive compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 56(Suppl 4):41-51.

Phillips, K.A., & Kim, J.M., & Hudson, J.I. (1995). Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. *Psychiatry Clin North Am* 18:317-34.

Phillips, K.A., & Diaz, S.F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nen, Ment Dis* 185:570-77.

Savaşır, I., Soygüt, G., Kabakçı, E. (Ed). (2003). *Bilişsel-Davranışçı Terapiler* (3). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Snorrasson, I., Belleau, E., Woods, W, Douglas. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*, 32, 618-629.

Stanley, A, M., Swann, C, A., Bowers, C, T., Davis, L. M., Taylor, J. D. (1992). A Comparison Of Clinical Features İn Trichotillomania And Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research And Therapy* 30 (1): 39-44.

Stanley MA, Borden JW, Mouton SG, Breckenridge JK. (1995). Nonclinical hair-pulling: affective correlates and comparison with clinical samples. *Behav Res Ther* 33(2):179-86.

Stein, D.J., Simeon, D., Cohen, L.J. (1995). Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 56(14):28-34.

Stewart, SE., Jenike, MA, Keuthen, NJ. (2005). Severe obsessive-compulsive disorder with and without comorbid hair pulling: comparisons and clinical implications. *J Clin Psychiatry* 66(7):864-69.

Sungur, M.Z. (1999). Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1:19-22.

Sungur, Z.M., Şenormancı, Ö., Konkan, R. (2011). *Klinik Psiko-farmakoloji Bülteni*, 21 (3):265-273

- Swedo, S.E., Leonard, H.L., Rapoport, J.L., Lenane, M.C., Goldberger, E.L., Cheslow, D.L. (1989). A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England Journal of Medicine*, 321:497–501.
- Tezcan, A.E., Ulkeroglu, F., Kuloğlu, M. ve ark. (1996). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Vücut Dismorfik Bozukluğunun Birlikte-liği. *Düşünen Adam* 1:18-20.
- Thomas, C.S. (1984). Dysmorphophobia: a question of definition. *Br J Psychiatry* 144:513-16.
- Türkbay, T., Doruk, A., Erman H., Söhmen, T. (2000) Obsesif Kompulsif Bozukluğun Belirti Dağılımının ve Komorbiditesinin Çocuk ve Ergenler ile Erişkinlerin Arasında Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3:86-91.
- Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö. (2000).Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3: 92-98.
- Tynes, L. L.,White, K. Stekete, G.S. (1990). Toward a new nosology obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 31, 465-80
- Uğuz, F., Aşkın, R., Çilli, A.S. (2005, Nisan) Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. Poster Bildirimi, Türk Psikiyatri Derneği IX Bahar Sempozyumu, Antalya.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., et al. (1996). Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 169:196-201.
- Walsh, K.H., McDougle, C.J. (2001). Trichotillomania. Presentation, etiology, diagnosis, and therapy. *Am J Clin Dermatol*, 2 (5): 327-33.



MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI

Gökçe Binal

Psikolog, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Esra Asoğlu

Psikolojik Danışman, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Emre Bakır

Psikolojik Danışman, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Özet

Bu çalışmanın amacı Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozukluklarının DSM-IV TR ve DSM-5'teki tanı kriterleri açısından yapılan değişikliklerini incelemektir. DSM-IV TR ve DSM-5'teki Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları karşılaştırılmış, değişiklikler tek tek ele alınmıştır. DSM-IV TR'de 11 madde halinde sıralanan bozukluk kümesi DSM-5'te 10 başlık altında ele alınmıştır. Bağımlılık kavramı yerine Madde Kullanım Bozukluğu terimi kullanılmıştır. Kullanım Bozuklukları Ağır, Ağır Olmayan ve Orta Derecede olmak üzere 3 düzeyde belirtilmiştir.

Summary

The aim of this study is to compare the differences made about Substance-Related and Addictive Disorders in DSM-IV TR and DSM-5 in terms of diagnostic criteria. The subjects of Substance-Related and Addictive Disorders in DSM-IV TR and DSM-5 were compared and the changes were analyzed one by one. The disorder cluster, which was sorted into 11 articles in DSM-IV TR, is sorted into 11 articles in DSM-5. Also, the term "Substance Use Disorder" is used instead of "Addiction". Use Disorders are specified in three levels as heavy, not-heavy and moderate.

Giriş

Amerikan Psikiyatri Birliği APA'nın yayınlamış olduğu DSM 5 listesinde madde kötüye kullanım bozuklukları 10 madde kümesini kapsayacak biçimde yer almıştır. DSM- IV'de yer alan Anfetamin ve Kokain kümeleri Uyarıcı Madde başlığı altında birleştirilmiş, madde kümesi de 11'den 10'a düşmüştür. Ayrıca tanısız anlamda Bağımlılık kavramı yerine Kullanım Bozukluğu kavramı yer edinmiştir.

Kullanım Bozuklukları Ağır Olmayan, Orta Derecede ve Ağır olmak üzere 3 düzeyde ele alınmıştır. Bu 10 küme; Alkol, kafein, kenevir, varsandırılar (hallüsinojenler), uçucular (inhalanlar), opiyatlar, dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer (bilinmeyen) maddelerden oluşur.

Madde ile ilişkili bozukluklar iki kümeye ayrılır: Madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar. Maddenin yol açtığı bozukluklar olarak Esrliklik, yoksunluk ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar (psikozla giden bozukluklar, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, takıntı-zorlantı bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar)olarak sıralanır (Köroğlu, 2013,s.231).

Birçok ülkede yapılan çalışmalarda değişik sosyoekonomik alt grupların yaşam boyu, yıllık ve günlük kullanım oranlarında farklılıklar vardır. Birleşmiş Milletler Madde Kontrol Programı'nın 2005'te açıklanan verilerine göre dünyada 200 milyon kişi, yani 15-64 yaş arası dünya nüfusunun %5'i son bir yıl içinde yasa dışı madde kullanmıştır. Dünya nüfusunun %30'nun sigara, yarısının alkol, %4'ünün de esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Tahminen 26 milyon kişi amfetamin türü psikostimülanlar, 6 milyon kişi de ekstazy kullanmaktadır. Tahminlere göre yaklaşık 16 milyon kişi eroin kullanmaktadır. Eroin kullanımı Asya'da artarken dünya genelinde değişmemiş gibi görünmektedir. 14 milyon kişinin de kokain kullandığı tahmin edilmektedir (Catterello ve Diğerleri, 1995, s. 151-169).

UNDCP'nin yayınladığı Dünya uyuşturucu raporlarına göre dünya çapında toplam 180 milyon insan uyuşturucu kullanmaktadır. Esrar 141 milyon kişi ile en çok kullanılan uyuşturucudur. Bu rakam toplam dünya nüfusunun %2.25'ine denk düşmektedir. 1996 yılında İstanbul'da 62 okulda 5823 lise 2 öğrencisi ile yapılan çalışmada yaşam boyu esrar kullanım oranı %4.2, uçucu madde kullanım oranı ise %4, ecstasy %0.9, sedatif hipnotik %5 ve eroin kullanım yaygınlığı ise %0.7 olarak saptanmıştır (Ögel, Tamar, 1996, s.12-23).

Maddeler, genellikle kullanılan çevrelerde farklı biçimlerde adlandırılırlar. Kokain kok, krek, cennet tozu, buz, dinamit, kar, kar kuşu, kaydırmaca, pul, şampanya, yaprak; Eroin mal, beyaz, toz, beyaz kelebek, kağıt üstü, haşhaş, kireç, kar, cevher, kız, beyaz peynir, ilaç; Uçucu maddeler gülme gazı; LSD asit, büyük şef, mavi asit, cennet, trip; Esrar ot, mal, duman, keyif, gonca, aptal otu, kaynar, plaka, cigaralık; Ekstazi Ferrari, mercedes, şirin baba, zoro, kiraz, güvercin, redbul, eğlence uyuşturucusu gibi isimlerle adlandırılırlar.

ALKOLLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Tarih boyunca Hipokrat'tan başlayarak pek çok hekim alkollü içkilerin insan sağlığına zararından söz etmişlerdir. Ancak alkol kullanımı sonucu oluşan bağımlılığın bir hastalık olarak ele alınması son 150 yıla dayanmaktadır. "Alkolizm" terimini ilk kez İsviçreli bir halk sağlığı uzmanı Magnus Huss 1849 yılında kullanmış ve o zamandan beri kullanımı devam etmiştir. 1900'lü yılların başlarında E.M Jellinek alkolizmi bir hastalık olarak tanımlamıştır (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.105).

Alkol kullanım bozuklukları gün geçtikçe mortalite ve morbidite açısından önem kazanmaya devam etmektedir. Birçok Batı ülkesinde alkol kullanımı yaygındır. ABD'de 1977'deyapılan bir ulusal çalışmada erkeklerin %86.6'sı kadınların %77.5'i alkollü içecekler tüketmektedirler. Gençlerin çoğu ergenlik döneminde özentisi ile alkole başlamaktadır. İlk defa içkiyi kullanma yaşı 12-14 yaşa kadar inmiştir. Alkolle ilgili sorunlar ise 18-25 yaş arasında çıkmaya başlamıştır. Tedavi için başvurma çoğu kez 40 yaşlarında olmakta ve ölüm 55-60 yaşlarında kalp hastalığı, kaza, intihar ve kanser gibi nedenlerle oluşmaktadır. ABD'de alkol bağımlılığının % 10 olduğu bildirilmektedir. Önceleri bir erkek hastalığı olarak düşünülürken (1/5-6 oranlarda) şimdi ise bu ayrım ortadan kalkmıştır. (1/2 oranına inmiştir). Ülkemiz de büyük kentlerde küçük ölçekli yapılan epidemiyolojik çalışmalar alkole başlama yaşının 12'lere kadar indiğini göstermektedir. En çok başlama 15-22 yaş arasında olmakta ve daha çok erkekler alkole başlamaktadır. Alkol bağımlılığı için elde edilen veriler % 0.8-1.6-2 gibi rakamlar vermektedir. Alkol kullanım sorunu olan kişilerde yüksek suisid, homisid, trafik kazaları, saldırı, tecavüz, suda boğulma ve çocuk istismarı prevalansı yüksektir (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.105).

Alkol kullanım bozukluğu ile diğer psikiyatrik bozukluklardan Bipolar I % 46, Bipolar Tip II % 39, Şizofreni % 34, Kişilik Bozukluğu % 29, major depresif bozukluk % 17 oranında birlikteliği bildirilmektedir (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.105). ABD'nde 1992 yılında genel popülasyonda 42862 erişkin ile görüşülerek yapılan National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey

(NLA-ES) araştırmalarından elde edilen verilere göre, yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu prevalansı %18.2, madde kötüye kullanımı 3.14, madde bağımlılığı %2.91 olarak bulunmuştur (3). Türkiye'nin her bölgesinden sağlık merkezlerine başvurular olmakla birlikte, İstanbul dışındaki illerde yaşayan madde kullanıcılarının Sosyo demografik özellikleri ile ilişkili veri çok kısıtlıdır (UNDCP, 1996-1997).

Alkol beden sağlığını, aile, iş ve sosyal uyumunu olumsuz etkileyecek düzeyde ve tekrarlayıcı bir biçimde içme, alkollü alma isteğini kontrol edememe ve durduramama ile belirli olan durum alkol bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır. (Kellerm ve Diğleri, 1982). Alkol bağımlılığı sendromuna sık eşlik eden ruhsal durumlar; bunaltı bozukluğu, anti sosyal kişilik bozukluğu, duygu durum bozuklukları olarak bildirilmiştir (Cirit ve Diğerleri, 1994, s.231-238)

Değişik çalışmalarda farklı ek tanı oranları dikkati çekmektedir. Alkol bağımlıların % 37'sinde eşlik eden ruhsal bir hastalığın varlığı tartışmasız gözlenmektedir. Anksiyete bozukluğu (% 19.4), antisosyal kişilik bozukluğu (% 14.3), duygu durum bozukluğu (% 13.4) belli başlılarındandır. Tedavi gören alkol bağımlıların 1/3'nde agorafobi veya sosyal fobi, buna ek olarak en az 1/3'nde değişen fobik semptomlar bildirilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde depresyonun görülme sıklığı klinik çalışmalarda % 30-60 olarak verilmektedir. Alkol bağımlısı kadın ve erkeklerin yaklaşık % 80'inde depresif semptomlar saptanmış ve bu hastaların en az 1/3'nde major depresif epizod kriterleri karşılanmıştır. İntihar girişimi olan alkol bağımlılarının 2/3'nde organik beyin sendromu, alkole bağlı psikoz ve anti sosyal kişilik bozukluğu saptanırken, olmayan grupta ek başka bir ruhsal bozukluk saptanmamıştır (Berglund ve Diğerleri, 1987, s. 381-385).

Alkole İlişkili Bozukluklar DSM 5'te Alkol Kullanım Bozukluğu, Alkol Esrikliği, Alkol Yoksunluğu ve Alkolün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar olarak 4'e ayrılmıştır:



Alkol Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içerisinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülükleri yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.
7. Alkol kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Alkole özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alınır.

Alkol Esrikliği (Entoksikasyonu)

A. Yakın geçmişte alkol almış olma.

B. Alkol alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler. (rn: uygunsuz cinsel ya da saldırgan davranış, duygu durum değişkenliği, yargılama bozukluğu)

C. Alkol alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan biri (ya da daha çoğu):

1. Sözü ağızda geveleyerek konuşma.

2. Eşgüdüm bozukluğu.
3. Düzgün ayakta duramama.
4. Nistagmus.
5. Dikkat ya da bellek bozuklukları.
6. Stupor ya da koma.

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Alkol Yoksunluğu

A. Aşırı ölçüde ve uzun süreli alkol kullanımının bırakılması ya da azaltılması.

B. A tanı ölçütünde tanımlanan alkol kullanımının bırakılmasından sonra, birkaç saat ile birkaç gün arasında değişen, bir süre aralıktan sonra aşağıdaki iki (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Otonom aşırı etkinlik (hiperaktivite) (örn: terleme ya da dakikada 100'ün üzerinde kalp atım hızı).
2. El titremesinde artma.
3. Uykusuzluk
4. Bulantı ya da kusma.
5. Gelip geçici, görsel, dokunsal ya da duysal varsanılar ya da yanlısamalar.
6. Ruhsal devinsel kıskırma (Psikomotor ajitasyon)
7. Bunaltı.
8. Jeneralize tonik-klonik katılmalar.

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.



KAFEİNLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dünyada en yaygın kullanılan psiko aktif madde kafeindir (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.169). Kafeinin, teobrominin ve teofilinin birbirine benzer özellikleri vardır. Teobromin, kafeine göre daha az etkilidir. Özellikle çikolata ve bazı meşrubatlarda bulunur. Teofilin ise meşrubatların çoğunda ve bazı astım ilaçlarında bulunur. Bu maddelerin hepsi sindirim sisteminden emilirler. Karaciğerde metabolize olup idrarla atılırlar (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.169). Bir fincan normal kahvede 85-120 mg, kolada ise 20 mg kafein vardır. Yine orta boy çikolatada 5 mg kafein ve 25 mg teobromin bulunmaktadır. ABD'de 1980 yılında yapılan bir çalışmada nüfusun % 80'inin düzenli kahve içicisi olduğu ortaya konulmuştur. 1991'de ABD'de bu oran % 53'e düşmüş, ancak orta ve güney Amerika ve Avrupa'da bu oranlar artmıştır. Tiryakiler genelde günde 2-3 fincan kahve içerken, 500-600mg/gün kafein alanlar da vardır. Kafein tüketenler kafeinin % 50'sini kahve dışı içeceklerle tüketmektedirler (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.170).

Kafein tüketiminin devamlılığı birçok etkene bağlıdır. Kafeinin düşük ılımlı dozları (20- 200mg) insanlarda hoş giden etkiler oluştururlar. 1-2 fincan kahve yorgunluğu giderir, uyanıklığı artırır, kişiler kendilerini iyi hissederler enerji ve konsantrasyonları artar. Bu etki pekiştirici olarak rol oynar. Kahve kullanımının devamlı hale gelmesinde genetik etkiler rol oynuyor denmektedir. Sigara içenler içmeyenlere göre daha fazla kafein tüketmektedirler. Alkol sorunu olanlarda kafein tüketimi fazladır. Ruhsal rahatsızlıklarda kafein kullanımı fazla bulunmuştur (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.170). 1-2 fincan kahve yorgunluğu giderir, uyanıklığı artırır. Yüksek dozlarda ise (12-15 fincan kahve içinde 1.5 gr kahve vardır) anksiyete ve tremor ortaya çıkarır. Letal dozu 10 gr ya da 100 fincan kahvedir. Bu dozda alındığında konvulsiyon, bulantı, kusma ve kardiyak yan etkiler ortaya çıkar. Halk arasında alkolün antidotu olduğu yanlış olarak kabul görse de, aslında kafein alkolün bazı etkilerini artırmaktadır. Bu fizyolojik değişiklikler, kahve alımı süresince görülen davranışsal ve psikolojik değişikliklerden sorumludur (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.170).

Kafein kullanılması sonucu tolerans ve bağımlılık gelişir ve birden kesildiğinde hafif seyreden ancak insanı rahatsız eden bir yoksunluk sendromu yaşanır. Bunlar baş ağrısı, gerginlik, huzursuzluk, anksiyete ve yorgunluk gibi belirtilerdir ve herhangi bir tedaviye gerek kalmadan kısa süre içinde kendiliğinden düzelir. Kafein ile oluşan organik mental bozukluklar kafein fazla alındığı zaman ortaya çıkar (Arıkan ve Diğerleri, 2012, s.170). DSM-IV'te kafeinle ilişkili bozukluklar başlığında Kafein Esrikliği yer alırken DSM 5'te Kafein Esrikliği, Kafein Yoksunluğu ve Kafeinin Yol Açtığı Diğer Bozukluklar olmak üzere 3 başlık yer almıştır.

Kafein Esriklği (Entoksikasyonu)

A. Yakın bir geçmişte kafein tüketmiş olma (250 mg'ın üzerinde olmak üzere, yüksek bir dozda).

B. Kafein kullanımını sırasında ya da kısa bir süre sonrasında aşağıdaki belirti ya da bulgulardan beşi (ya da daha çoğu) bulunur.

1. Huzursuzluk.
2. Sinirlilik.
3. Heyecan.
4. Uykusuzluk.
5. Yüz kızarması.
6. Diürez.
7. Mide-bağırsak rahatsızlığı.
8. Kas seğirmesi.
9. Düşünce ve konuşma dağınıklığı.
10. Taşikardi ya da aritmi.
11. İçsel gücün bitip tükenmemesi.
12. Ruhsal-devinsel kıskırma (Psikomotor ajitasyon)

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esriklği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Kafein Yoksunluğu

A. Uzun bir süredir her gün kafein kullanma.

B. Kafein kullanımını birden bıraktıktan ya da azalttıktan sonraki 24 saat içinde ortaya çıkan aşağıdaki üç (ya da daha çok) belirti:

1. Baş ağrısı.
2. Belirgin bir yorgunluk ya da uyuşukluk
3. Disfori ile giden bir duygu duru, çökkün bir duygu durum ya da kolay kızma.
4. Odaklanmakta güçlük çekme.
5. Grip benzeri belirtiler (bulantı kusma ya da kaslarda ağrı/sertlik)

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumunun(örn: migren, virüs hastalığı) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve başka bir madde esriklği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.



KENEVİRLE (KANABİS) İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Esrar, hint kenevirinden elde edilen bir maddedir. 421 çeşit kimyasal içermektedir. İntoksikasyondan sorumlu temel etken maddesi tetrahidrokannabinolün (THC) delta-9 izomeridir. Sarıkız, kuru, ot, joint, derman olarak da halk arasında bilinir. İşleniş biçimine göre marijuana, gubar, ganja gibi farklı isimler alır. Esrar dumanının solunarak kullanımına dair ilk kanıtlar neolitik çağa kadar uzanır. 1800'lü yıllardan itibaren Avrupalı bilim adamları, esrarın psikotrop etkileri yanında antispazmodik ve analjezik etkilerine de değinmeye başlamışlardır. Günümüzde esrar en sık kullanılan yasa dışı psikoaktif maddedir ve bazı ülkelerde bu maddenin yasal hale getirilmesiyle ilgili yoğun tartışmalar vardır. Ayrıca esrarın tıbbi kullanım alanları ile üzerine ilgi de artmaktadır (Uluğ ve Diğerleri, 2012, s.141).

Alkol ve tütünden sonra tüm dünyada en sık kullanılan keyif verici madde esrardır. ABD'de tüm yasadışı madde kullanıcılarının % 76'sı tarafından esrar kullanılmaktadır. ABD'de esrar kullanımı 1979'da zirve yaparak % 14,2'ye ulaşmış, 1992'de % 3,4'e gerilemiş ancak 1995'de tekrar % 8,2 gibi yüksek bir orana çıkmıştır. Esrarın giderek yaygınlaşan kullanımı ülkemizde de dikkat çekmektedir. 1995 yılında örnekleme İstanbul'da yaşayan 2845 lise 2. sınıf öğrencisi olan bir çalışmada esrar kullanımının yaşam boyu yaygınlığı % 4 olarak saptanmıştır. 2004 yılında yapılan benzer örnekleme sahip iki çalışmada yaşam boyu esrar kullanım yaygınlığı % 5,1 (UNODC, n=1637) ve % 5,8 (Ögel ve ark, n=3186) olarak tespit edilmiştir (Uluğ ve Diğerleri, 2012, s.141).

DSM-IV'te Kenevir Esriklği altında bir başlık varken DSM 5'te Kenevir Kullanım Bozukluğu, Kenevir Esriklği ve Kenevir Yoksunluğu olmak üzere 3 alt başlık yer almıştır.

Kenevir Kullanım Bozukluğu

A. 12 aylık bir süre içerisinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir kenevir kullanım örneği:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak kenevir alınır.
2. Kenevir kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Kenevir elde etmek, kenevir kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici kenevir kullanımı.
6. Kenevirin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın kenevir kullanımını sürdürme.
7. Kenevir kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda kenevir kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla kenevirin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın kenevir kullanımını sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde kenevir kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde kenevir kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Kenevire özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için kenevir alınır.

Kenevir Esriklığı (Entoksikasyonu)

A. Yakın bir geçmişte kenevir kullanmış olma.

B. Kenevir kullanımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (örn. Devinsel eşgüdüm bozukluğu, öfori, kaygı, zamanın yavaşladığı duyumu, yargılama bozukluğu, toplumdan uzaklaşma).

C. Kenevir kullanımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan biri ya da daha çoğu:

1. Konjunktivaya kan oturması.
2. Yeme isteğinin artması.
3. Ağız kuruluğu.
4. Taşikardi.

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esriklığı de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Kenevir Yoksunluğu

A. Aşırı ölçüde ve uzun süreli (genellikle, en az birkaç ay süresince her gün ya da neredeyse her gün kullanım) kenevir kullanımının bırakılması.

B. A tanı ölçütünde tanımlanan kenevir kullanımının bırakılmasının ardından, yaklaşık 1 hafta geçtikten sonra, aşağıdaki üç (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Kolay kızma, öfke ya da saldırganlık.
2. Sinirlilik ya da bunaltı.
3. Uyku sorunu (örn: uykusuzluk, rahatsız edici düşünceler).
4. Yeme isteğinde azalma ya da kilo verme.
5. Huzursuzluk.
6. Çökkün duygu durumu.
7. Belirgin rahatsızlığa neden olan, şu bedensel belirtilerden en az biri: karın ağrısı, sarsılma/titremeler, terleme, ateş, ürperme ya da baş ağrısı.

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esriklığı ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

ALKOL DIŞI PSİKOAKTİF MADDELER

Psikoaktif maddelerin kullanımı, bunlara bağımlılık durumları dünyanın birçok gelişmiş ülkelerinde ve gelişmekte olan ülkelerinde toplumsal, psikolojik ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Ciddi sağlık sorunlarına yol açan en yaygın olanları; sigara ve alkoldür. Daha az yaygın olanlar arasında esrar, afyon ve türevleri, kokain, uyku ilaçları, benzodiazepinler, amfetamin gibi uyarıcılar sayılabilir

Bu sayılan maddelerin kullanımları çağlara ve ülkelere göre değişiklik göstermektedir. A.B.D de 2003 yılında yapılan bağımlılık yaygınlığı araştırmasına göre; tütün % 15, sedatif-hipnotikler % 0.1, esrar % 1.1, halüsinojenler % 0.1, eroin % 0.1, opiyat içeren ağrı kesiciler % 0.4, kokain% 0.4, amfetamin ve diğer uyarıcılar % 0.1, uçucular % 0.0 (Öztürk, 2008, s.725).

Kullanım yaygınlıkları aynı yılda; esrar için yaşam boyu kullanım yaygınlığı % 46.4, son bir ay içinde kullanım yaygınlığı % 8.4. Yaşam boyu kullanım yaygınlığı halüsinojenler için; %14.5, sedatif-hipnotikler için %12, opioidler için %15, kokain %14.7 olarak bulunmuştur. Son bir ay içerisinde kullanım yaygınlığı halüsinojenler % 0.4, sedatif-hipnotikler için %0.9, opioidler için %2.1 ve kokain için % 1 olarak saptanmıştır (Öztürk, 2008, s.725).

Ülkemizde Uyarıcı madde veya uyuşturucu kullanımı ve satışı ağır cezalandırıcı kanunlarla karşı karşıya olduğu için hekime veya hastanelere başvurmaları nadirdir. Bu yüzden istatistiksel olarak güvenilir verilere ulaşmak zordur. Batı ülkelerine kıyasla düşüktür; fakat 1995 ten yana bağımlılık merkezlerinin taramaları madde kullanımında bir artış olduğunu göstermektedir. Ülkemizde en fazla sigara, alkol ve esrar kullanılmaktadır. Esrardan sonra en fazla uçucu maddeler, haplar ve eroin kullanımı yaygındır.



HALÜSİNOJEN İLAÇLAR

LSD (liserjik asid dietilamid), peyot, meskalin, psilosibin, dimetil-triptamin gibi maddelerdir. Aynı zamanda psikoz doğurucu ilaçlardır ve deneysel psikoz araştırmaları için kullanılır. 1965-1975 arasında ABD’de ve Avrupa’da yaygınlaşmışsa da ağır yan etkileri nedeniyle tehlikeli, zararlı ve aşırı kullanımları çok azalmıştır (Öztürk, 2008, s.731).Türkiye’de kullanımları nadirdir ve sadece LSD’yi tek tük kullanan olmuştur. Bu tür ilaçlar; bilinç, algılama, duygu durum ve düşünceyi ileri derecede etkiler. Bazen görme ve işitme algısı birbirine karışır; rengi işitme, ses, görme gibi algılanabilir. Beden, zaman ve yer algılaması çok değişir. Yanılsamalar, eski anıların anımsanması, bilinçdışı içeriğin açığa çıkması, regresyon görülebilir.

Yasal olmayan halüsinojen kullanımı ABD’de ve Batı Avrupa ülkelerinde halen popülerdir, gençler arasında eroin ve kokain kullanım düzeylerinden daha yüksektir. ABD’de 1996’da yaşam boyu halüsinojen kullanımı % 9.7’dir (Akvardar,2012, s.182).

Fensiklidin: PCP olarak kısaltılır. Ketamin halüsinojenlerin arilsikloalkilamin grubunda yer alan disosiyatif anestezi maddelelerdir ve glutamat reseptörlerine etki ederler. Halk arasında melek tozu olarak bilinir. Önceden anestezi olarak kullanılırken halüsinojen ve nörotoksik etkileri nedeniyle kullanılmaktan vazgeçilmiştir. DSM-IV’de Fensiklidin ayrı bir başlık iken DSM-5’te Hallüsinojen başlığı altındadır. Bu başlığa Türkçe eklenerek Varsandırın (Hallüsinojen) koyulmuştur

VARSANDIRAN (HALLÜSİNOJENLE) İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Fensiklidin Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, fensiklidin (ya da ilaç bilimi açısından benzer bir madde) kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak fensiklidin alınır.
2. Fensiklidin kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Fensiklidin elde etmek, fensiklidin kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Fensiklidin kullanmaya içinin gitmesi ya da fensiklidin kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici fensiklidin kullanımı(fensiklidin kullanımıyla ilişkili yineleyici işe gitmemeler ya da işte başarı göstermeme; fensiklidin kullanımıyla ilişkili okula gitmemeler, okuldan atılma; çocuklarını ve evini boşlama).
6. Fensiklidinin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın fensiklidin kullanımını sürdürme(esrikliğin sonuçlarıyla ilişkili olarak eşiyile tartışma, kavga etme, dövüşme).
7. Fensiklidin kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda fensiklidin kullanma(örn: fensiklidinin olumsuz etkileri altındayken araba ya da bir aygıt kullanma).
9. Büyük bir olasılıkla fensiklidinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı fensiklidin kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde fensiklidin kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde fensiklidin kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

Not: Fensiklidinler için yoksunluk belirti ve bulguları belirlenmemiştir, dolayısıyla böyle bir ölçüt yoktur. (Hayvanlarda fensiklidinlerden yoksunluk olduğu bildirilmiştir ancak kullanan insanlar için böyle bir veri yoktur.)

Başka Varsandıran Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir varsandıran (fensiklidin dışında) kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak varsandıran alınır.

2. Varsandıran kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Varsandıran elde etmek, varsandıran kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Varsandıran kullanmaya içinin gitmesi ya da varsandıran kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici varsandıran kullanımı (varsandıran kullanımıyla ilişkili yineleyici işe gitmemeler ya da işte başarı göstermeme; varsandıran kullanımıyla ilişkili okula gitmemeler, okuldan atılma; çocuklarını ve evini boşlama).

6. Varsandıranın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın varsandıran kullanımını sürdürme (esriklığın sonuçlarıyla ilişkili olarak eşyle tartışma, kavga etme, dövüşme).

7. Varsandıran kullanımından ötürü bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme dinleme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda varsandıran kullanma (örn: varsandıranın olumsuz etkileri altındayken araba ya da bir aygıt kullanma).

9. Büyük bir olasılıkla varsandıranın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı varsandıran kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

c. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde varsandıran kullanma gereksinimi.

d. Aynı ölçüde varsandıran kullanımının sürdürülmesine karşın

belirgin olarak daha az etki sağlanması.

Not: Varsandıranlar için yoksunluk belirti ve bulgular belirlenmemiştir, dolayısıyla böyle bir ölçüt yoktur.

Fensiklidin Esriklığı (Entoksikasyon)

A. Yakın bir geçmişte fensiklidin (ya da ilaçbilimi açısından benzer bir madde) kullanmış olma.

B. Fensiklidin kullanımını sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranış değişiklikleri (tartışmacılık, saldırganlık, dürtüsellik, öngörülemezlik, ruhsal-devinsel kıskırma yani psikomotor ajitasyon, yargılama bozukluğu).

C. Bir saat içinde gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan ikisi (ya da daha çoğu):

Not: Bu madde tütürülünce, burundan çekilince ya da damardan kullanılınca başlangıcı daha hızlı olabilir.

1. Düşey ya da yatay nistagmus (istemsi göz hareketi).

2. Hipertansiyon ya da taşikardi (kalbin atım hızının çeşitli nedenlerle artması).

3. Uyuşma ya da ağrıya duyarlılıkta azalma.

4. Ataksi (devinimler arasındaki uyumun yani birbirine göre ayarlanmanın, bozulması).

5. Dizatri (sözcüklerin yanlış seslendirilmesi ya da söylenmesi).

6. Kaslarda sertlik.

7. Katılmalar (konvülsiyon) ya da koma.

8. Hiperakuzi (sese aşırı duyarlılık).

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esriklığı de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Başka Varsandıran Esriklığı (Entoksikasyon)

A. Yakın bir geçmişte varsandıran (fensiklidin dışında) kullanmış olma.

B. Varsandıran alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (örn.belirgin bunaltı ya da çökkünlük, alımla düşünceleri, “çıldırıyor olma” korkusu, kuşkucu düşünceler, yargılama bozukluğu).

C. Varsandıran alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, tam uyanık bulunduğu bir sırada gelişen algısal değişiklikler (örn.özel olarak algıların güçlenmesi, kendine yabancılaşma, gerçekdışılık, yanılsamalar, varsanılar, sinesteziler (birleşik duyular)).

D. Varsandıran alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında ge-

lişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan ikisi (ya da daha çoğu):

1. Gözbebeklerinde genişleme.
2. Taşikardi (kalbin atım hızının çeşitli nedenlerle artması).
3. Terleme.
4. Çarpıntı.
5. Görme bulanıklığı.
6. Titremeler.
7. Eşgüdüm bozukluğu.

E. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Varsandıranına Bağlı Kalıcı Algı Bozukluğu

Bir varsandıranın bırakılmasından sonra, o varsandıranın esrikliği sırasında yaşanmış olan bir ya da birden çok algısal belirtini yeniden yaşanmasıdır. Örn. geometriyle ilgili varsanılar, çevresel görme alanlarında yanlış devinsel algılar, renk parlamaları, yoğunlaşmış renkler, yer değiştiren nesnelerin ardından sürüklenen izler, sonrası görüntüler, nesnelerin çevresinde ışık halkaları, makropsi ve mikropsi. A tanı ölçütündeki belirtiler, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. Bu belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (örneğin beyinde yer alan lezyonlar, görsel epilepsiler) ve başka bir ruhsal bozuklukla (örn. deliryum, yeğin nörobilişsel bozukluk, şizofreni) ya da hipnopompik (tam uyanmadan ortaya çıkan) varsanılarla daha iyi açıklanamaz.

Fensiklidinin Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

-Fensiklidinin yol açtığı psikozla giden bozukluklar (Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar),

-Fensiklidinin yol açtığı iki uçlu bozukluk (İki uçlu ve İlişkili Bozukluklar)

-Fensiklidinin yol açtığı depresyon bozukluğu (Depresyon Bozuklukları)

-Fensiklidinin yol açtığı kaygı bozukluğu (Kaygı Bozuklukları)

-Fensiklidin esrikliği deliryumu için Nörobilişsel Bozukluklarda deliryum tanı ölçütlerine bakılmalıdır.

Varsandıranın Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

-Varsandıranın yol açtığı psikozla giden bozukluklar (Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar),

-Varsandıranın yol açtığı iki uçlu bozukluk (İki uçlu ve İlişkili Bozukluklar)

-Varsandıranın yol açtığı depresyon bozukluğu (Depresyon Bozuklukları)

-Varsandıranın yol açtığı kaygı bozukluğu (Kaygı Bozuklukları)

-Varsandıranın esrikliği deliryumu için Nörobilişsel Bozukluklarda deliryum tanı ölçütlerine bakılmalıdır.

Tanımlanmamış Fensiklidinle İlişkili Bozukluklar

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, fensiklidinle ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu; ancak bunların fensiklidinle ilişkili bozukluklar ya da madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmamış Varsandıranla İlişkili Bozukluklar

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, varsandıranla ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu; ancak bunların varsandıranla ilişkili bozukluklar ya da madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.



İNHALANLAR (UÇUCU MADDELER)

Uçucu maddeler (inhalanlar) toluen, n-hekzan, metil butil keton, trikloretilen, trikloreten, diklorometan, benzin ve bütan gibi uçucu hidrokarbonlardır. Bu kimyasal maddeler ticari olarak dört değişik formda satılmaktadır:

1. Yapıştırıcı ve zamklarda kullanılan uçucular;
2. Sprey boyalar, saç spreyleri, kızartma tavası spreyleri ve tıraş kremi aerosollerinde itici olarak kullanılanlar;

3. İncelticiler (tinerler) (örn; boyalarda ve daktilo düzeltme sıvılarında kullanılanlar);

4. Sıvı yakıtlar. Oda sıcaklığında, bu bileşikler gaz haline geçerler ve ağızdan çekilerek veya burundan solunarak kan dolaşımına transpulmoner yoldan girerler.

Uçucu madde kullanımı etiyojisinde başlıca üç etken göze çarpar. 1. Grup ya da akran grubunun etkisiyle merak ve deneme amacı ile kullanım, 2. Uçucu maddelerin kolay temin edilebilmesi, ucuz ve bol çeşitli olması, 3. Zayıf arkadaş ilişkileri ve ailede bozulmanın varlığı. Ergen davranım bozukluğu veya erişkin antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler aşırı derecede risk almayı severler ve pek çok inhalan kullanıcısında bu bozukluklar görülür. Ülkemizde uçucu madde kullanımı ile tedavi altına alınan gençlerin özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada yaklaşık % 95'inin erkek olduğu yaşlarının 8-26 arasında değiştiği (ort. 15.8) ve % 20.5'i okur-yazar olmadığı belirlenmiştir. Bu çocukların yaklaşık % 40'ı aileleri ile yaşamadıkları saptanmıştır. Aile ile bağlarını tamamen veya büyük ölçüde koparıp sokakta yaşayanların oranı % 15.6 bulunmuştur. Uçucu kullanımı, madde ile ilişkili ölümlerin % 1'inden ve madde ile ilişkili acil servis başvurularının % 0,5'inin fazlasından sorumludur. Uçucu madde nedeniyle acil servise başvuranların yaklaşık % 20'si 18 yaşından daha küçüktür (Dilbaz, 2012,s.157) .

Uçucu maddeler kolay elde edilebilir, yasal ve pahalı olmayan maddelerdir. Bu üç etken uçucuların genç ve yoksul kişiler arasında neden yüksek oranda kullanıldığını açıklamaktadır. Amerika ve Avrupa'da uçucu maddelerin kötüye kullanımı bir halk sağlığı sorunu olarak kendini, 1970'li yılların başında hissettirmeye başlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal İlaç Kötüye Kullanımı Enstitüsünün (NIDA) son zamanlarda yaptığı bir araştırmada, nüfusun yaklaşık % 37'sinin yaşamlarında bir ya da daha çok kez yasadışı madde kullandığı; % 13'ünün geçen yılda yasadışı maddeler kullandığı ve % 6'sının da araştırmadan önceki ayda bu maddeleri kullandığı ortaya çıkmıştır. 12-17 yaş arası ergenlerin % 7'si en az bir defa uçucu madde kullanmış ve % 2'si halen kullanmaktadır. Lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, %18'i en az bir defa uçucu madde kullandığını ve % 2,7'si son bir ay içinde uçucu kullandığını belirtmiştir. 2003 yılında ülkemizde yapılan Ulusal Madde Profili çalışmasında 16 yaş lise öğrencilerinin % 4'ünün yaşam boyu, % 2'sinin ise son bir yıl içinde uçucu madde kullandığı bildirilmiştir (Dilbaz, 2012, s.157).

DSM-IV İnhalanla İlişkili Bozukluklar ve DSM-5'te Uçucuyla (İnhalanla) İlişkili Bozukluklar Türkçe terim kullanılarak aynı başlık ve içerikle bulunmaktadır.

UÇUCUYLA (İNHALANLA) İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Uçucu Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir, hidrokarbon tabanlı uçucu madde kullanım örüntüsü:

1. Uçucu madde, çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alınır.
2. Uçucu madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Uçucu madde elde etmek, uçucu madde kullanarak ya da yattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Uçucu madde kullanmaya içinin gitmesi ya da uçucu madde kullanmak için çok büyük istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici uçucu madde kullanımı.
6. Uçucu madde etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın kullanımını sürdürme.
7. Uçucu madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda uçucu madde kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla bu maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın uçucu madde kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde uçucu madde kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde uçucu madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

Uçucu Esriklığı

A. Yakın bir geçmişte, toluen ya da benzin gibi uçucu hidrokarbonlar da içine olmak üzere, uçucu maddelerle, isteyerek ya da istemeden, kısa bir süre içinde, yüksek ölçüde karşılaşma.

B. Uçucu madde alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (örn. tartışmacılık, saldırganlık, duygusuzluk [apati], yargılama bozukluğu).

C. Uçucu madde alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan ikisi (ya da daha çoğu):

1. Baş dönmesi.
2. Nistagmus.
3. Eşgüdüm bozukluğu.
4. Sözü ağızda geveleyerek konuşma.
5. Düzgün ayakta duramama.
6. Letarji (uyuşukluk).
7. Reflekslerde azalma.
8. Ruhsal-devinsel (psikomotor) yavaşlama.
9. Titreme.
10. Genel bir kas güçsüzlüğü.
11. Görme bulanıklığı ya da çift görme.
12. Stupor ya da koma.
13. Öfori.

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Uçucunun Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

Aşağıda sözü edilen, uçucu maddenin yol açtığı bozukluklar: Uçucu maddenin yol açtığı psikozla giden bozukluk (“Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar”); uçucunun yol açtığı ikiçüklü bozukluk (“İkiçüklü ve İlişkili Bozukluklar”); uçucunun yol açtığı depresyon bozukluğu (“Depresyon Bozuklukları”); uçucunun yol açtığı kaygı bozukluğu (“Kaygı Bozuklukları”); uçucunun yol açtığı yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk (“Nörobilişsel Bozukluk”). Uçucu esrikliği deliryumu için “Nörobilişsel Bozukluklar” deliryum tanı ölçütleri incelenmelidir. Uçucu madde esrikliği tanısının konması yerine dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı bu bozuklukların tanısının konabilmesi için belirtilen ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağrı olması gerekir.

Tanımlanmamış Uçucuyla İlişkili Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, uçucuyla ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların uçucuyla ilişkili bozukluklar ya da madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

SEDATİFLER VE HİPNOTİKLER

Barbitürat ve benzeri hipnotikler, metakualon, benzodiazepinler, meprobamat gibi sedatif ve bunalı giderici ilaçlarla önemli zehirlenme ve bağımlılık durumları ortaya çıkabilir. Türkiye’de

serbest kullanım önlenerek yeşil reçete ile satılmaktadır. Bu bağımlılık yaptığı için ilacı aşamalı ve yavaş şekilde bırakılmalı. Epilepsi nöbetleri ve deliryum gibi şeyler görülebilir. Bağımlı olanlarda konuşmada ve düşünmede ağırlık, dikkat sorunları, belek zayıflı, duygusal dengesizlik ve kişilik belirtilerinde abartılma görülebilir. İlacın bırakılmasında sıkıntı, gerginlik, tremor, uyku bozuklukları, bulantı, istifra ve algı bozukluğu olur (Öztürk, 2008, s.729).

2001 yılında ABD’de yapılan ilaç kötüye kullanımı ulusal ev halkı incelemesinde 12 yaş üzerinde 15.9 milyon Amerikalının görüşmenin yapıldığı tarihten önceki bir ay içinde yasadışı bir madde kullandığı (% 7.1) ortaya çıkmıştır. 2000 yılında 12 yaş üzeri trankilizan kullanımı % 0.4 iken 2001 yılında % 0.6 bulunmuştur. Genel popülasyon içinde yaşam boyu sedatiflerin tıp dışı kullanımı ise % 3.3 bulunmuştur. Yasa dışı trankilizan kullanımına başlayanlar 1986 yılından beri artmaktadır. Ayrıca 12-17 yaş grubunda 18-25 yaş grubuna göre daha çok madde kullanılmaktadır. Benzodiazepin kullanım bozukluğu nedeni ile başvuranların üçte biri ilk olarak bu ilacı bir hekimin reçete ettiğini söylemişlerdir (Öztürk, 2008, s.729).



DİNGİNLEŞTİRİCİ, UYUTUCU YA DA KAYGI GİDERİCİ İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Giderici Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici alınır.

2. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici elde etmek, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanmaya içinin gitmesi ya da dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerinin yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımı (dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımıyla ilişkili yineleyici işe gitmemeler ya da işte başarı göstermemeye; dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımıyla ilişkili okula gitmemeler, okuldan atılma; çocuklarını ve evi boşlama).

6. Dinginleştirici; uyutucu ya da kaygı gidericinin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımını sürdürme (esrikliğin sonuçlarıyla ilgili olarak eşiyile tartışma; kavga etme, dövüşme).

7. Dinginleştirici; uyutucu ya da kaygı giderici kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanma (örn. dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin olumsuz etkileri altındayken araba ya da bir aygıt kullanma).

9. Büyük bir olasılıkla dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericileri alan kişilerde bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericiye özgü yoksunluk sendromuna bakılır.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici (ya da alkol gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericileri alan kişilerde bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Giderici Esrikliği (Entoksikasyonu)

A. Yakın bir geçmişte dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici almış olma.

B. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (örn. uygunsuz cinsel ya da saldırgan davranış, duygu-durum değişkenliği, yargılama bozukluğu).

C. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan biri (ya da daha çoğu)

1. Sözü ağızda geveleyerek konuşma.

2. Eşgüdüm bozukluğu.

3. Düzgün ayakta duramama.

4. Nistagmus.

5. Bilişsel bozukluklar (örn. dikkat, bellek)

6. Stupor ya da koma.

D. Bu belirtile ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozukluk daha iyi açıklanamaz.

Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Giderici Yoksunluğu

A. Aşırı ölçüde ve uzun süreli, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımının bırakılması (ya da azaltılması).

B. A tanı ölçütünde tanımlanan, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasın-

dan) sonra, birkaç saatle, birkaç gün arasında değişen bir süre aralığından sonra aşağıdaki iki (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Otonom aşırı etkinlik (hiperaktivite) (örn. terleme ya da dakika 100'ün üzerinde bir kalp atım hızı).
2. El titremesi.
3. Uykusuzluk.
4. Bulantı ya da kusma.
5. Gelip geçici görsel, dokunsal ya da duysal varsanılar ya da yanılsamalar.
6. Ruhsal-devinsel kışkırtma (psikomotor ajitasyon).
7. Bunaltı.
8. Grand mal katılmalar

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumunda bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Gidericinin Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı psikozla giden bozukluk (“Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar”); dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı ikiüçlü bozukluk (“İkiüçlü ve İlişkili Bozukluklar”); dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı depresyon bozukluğu (“Depresyon Bozuklukları”); dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı kaygı bozukluğu (“Kaygı Bozukluklar”); dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı cinsel işlev bozukluğu (“Cinsel İşlev Bozukluklar”) ve dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk (“Nörobilişsel Bozukluk”). Dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı giderici yoksunluğu deliryumu için “Nörobilişsel Bozukluklar” deliryum tanı ölçütleri incelenmelidir. Dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı giderici yoksunluğu tanısının konması yerine dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı bu bozuklukların tanısının konabilmesi için belirtilen ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağır olması gerekir.

Tanımlanmamış Dinginceştirici, Uyutucu ya da Kaygı Gidericiyle İlişkili Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericiyle ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin başlım olduğu, ancak bunların dinginceştirici, uyutucu ya da kaygı gidericiyle

ilişkili bozukluklar ya da madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

OPIYADLAR (OPIOİDLER)

Opiyum ve türevleri iler yarı sentetik, sentetik opiyum benzeri narkotikler bu gruptadırlar. Hekimlikte kullanılan; morfin, kodein, tebain, papaverin ve noskapin doğal opiyum alkaloididirler. (Öztürk, 2008, s.726). Fizyolojik etkileri, akut zehirlenme, bağımlılık ve kesilme sendromu gibi etkileri vardır. Opioid bağımlılığı günümüzde kullanıma başlanması, kullanmanın sürdürülmesi ve madde- den uzak kalma süreçleri sonrasında tekrarlanması açısından çoklu faktörlerin etkileşime girdiği biyopsikososyal bir bozukluk olarak görülmektedir. Bu faktörler; farmakolojik, sosyal, çevresel, kişilik, psikopatoloji, genetik ve ailevi gibi, diğer ilaç kategorilerinin kötüye kullanımı ve bağımlılığı değerlendirilirken de göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdir. (Dilbaz, 2012, s.65).

2000 yılında yapılan ulusal bir değerlendirmenin sonuçları (Tedavi Epizot Veri Grubu) eroin kullanımı nedeniyle tedaviye başvuran 243,071 kullanıcı ve diğer opioidlerin kullanımı nedeniyle tedaviye başvuran 25,723 kullanıcı olduğunu göstermiştir. Ankara AMATEM’de eroin kullanımının tedavisi için başvuran hastaların tüm hastalara oranı 2004 yılında %8,7 iken bu oran 2009 yılında %38’lere kadar çıkmıştır. Yatarak tedavi gören 18 yaş altı gençlerin 2004 yılında %2 eroin kullanırken 2009 da bu rakam %47 olmuştur. Sokaktaki eroinin saflığındaki artış ve kullanıcıların insan immün yetmezlik virüsü (HIV) bulaşması riskiyle ilgili endişeleri, eroinin sigara şeklinde içilmesinde ve inhalasyonunda bir artış meydana getirmişti (Dilbaz, 2012, s.65).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) , 1990 ile 1995 yılları arasında eroin kötüye kullanımı nedeniyle acil servis başvurularında iki kat artış olmuştur. 1990’lı yılların sonlarında yaşları 18 ile 25 arasında olan kişilerde eroin kullanımında bir artış görülmüştür. Yaşamlarının herhangi bir döneminde eroin kullanmış olduğu tahmin edilen (yaşam boyu kullanıcılar) kişi sayısının ABD de yaklaşık olarak üç milyon civarında olduğu düşünülmektedir. İkinci bir ulusal anket, Amerika Birleşik Devletlerindeki çocuklarda ve erişkinlerde madde kullanımını yıllık bir bazda değerlendirir. 2001 yılında Madde kötüye Kullanımıyla İlgili Ulusal Ev İçi Anketi (NHSDA) yaşları 12 veya üzerinde olan üç milyondan fazla gencin yaşamlarının herhangi bir anında eroin kullandığını bildirdiğini saptamıştır (2000 yılında saptanan 2.8 milyondan yüksektir). Madde kullanımını boyutunun değerlendirilmesine alternatif bir yaklaşım opioid kullanımını bildirerek tedaviye başlayan kişilerin sayısının incelenmesidir (Dilbaz, 2012, s.64).

OPIYATLA İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Opiyat Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir opiyat kullanım örüntüsü:

1. Opiyatlar, çoğu kez, istenildiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alınır.

2. Opiyat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Opiyat elde etmek, opiyat kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Opiyat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiyat kullanmak için çok büyük istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

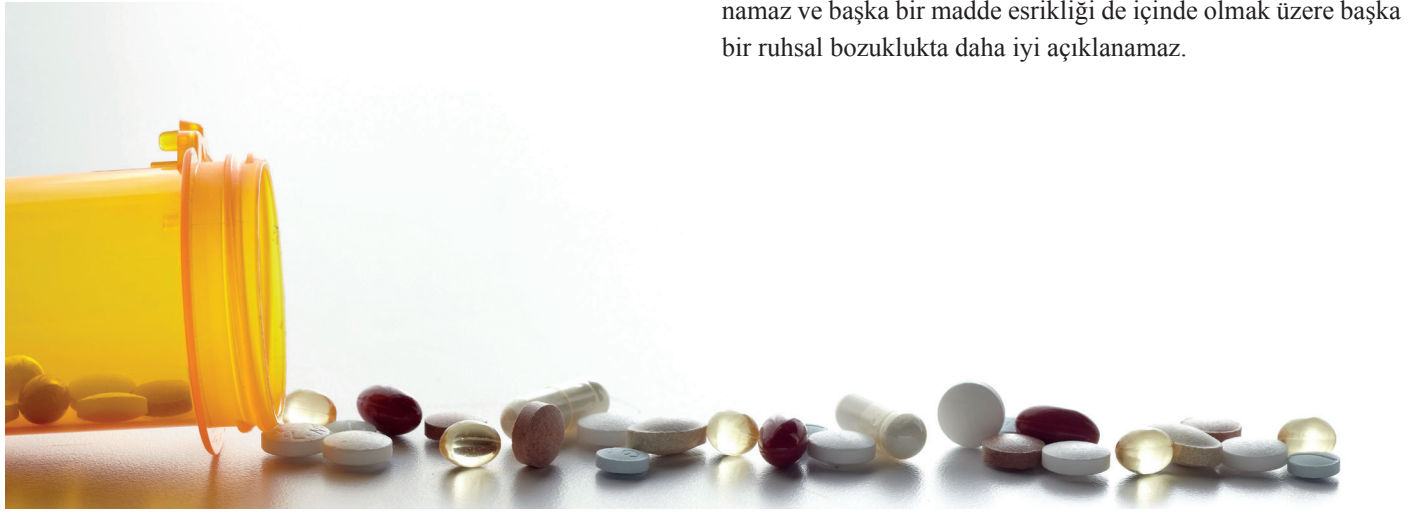
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı.

6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiyat kullanımını sürdürme.

7. Opiyat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla opiyatın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın fiyat kullanımı sürdürülür.



10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opiyata özgü yoksunluk sendromu (opiyat yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine başvurun)

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opiyat (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır.

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

Opiyat Esriklığı (Entoksikasyonu)

A. Yakın bir geçmişte opiyat kullanmış olma

B. Opiyat kullanımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (örn. başlangıçta öfori, ardından duygusuzluk (apati), disfori, ruhsal-devinsel kışkırtma ya da yavaşlama yargılama bozukluğu).

C. Opiyat kullanımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, gözbebeklerinde daralma (ya da aşırı dozdan kaynaklanan anoksiye bağlı gözbebeklerinde büyüme) ve aşağıdaki belirti ya da bulgulardan biri (ya da daha çoğu) :

1. Uyuşukluk ya da koma.

2. Sözü ağızda geveleyerek konuşma.

3. Dikkat ya da bellek bozukluğu.

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esriklığı de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukta daha iyi açıklanamaz.

Opiyat Yoksunluğu

A. Aşağıdakilerden birinin varlığı:

1. Aşırı ölçüde ve uzun süreli (birkaç hafta ya da daha uzun bir süre) opiyat kullanımının bırakılması (ya da azaltılması).
2. Belirli bir süre opiyat kullanımından sonra bir opiyat antagonistinin uygulanması.

B. A tanı ölçütünde tanımlanan opiyat kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonra dakikalar ya da birkaç gün içinde, aşağıdaki üç (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Disfori duygudurumu
2. Bulantı ve kusma
3. Kas sızıları
4. Gözyaşı akması ya da burun akıntısı
5. Gözbebeklerinde büyüme, piloereksiyon (tüylerin dikleşmesi) ya da terleme
6. İshal
7. Esneme
8. Ateş
9. Uykusuzluk.

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Opiyatın Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

Opiyatın yol açtığı bozukluklar: Opiyatın yol açtığı depresyon bozukluğu

(“Depresyon Bozuklukları”); opiyatın yol açtığı kaygı bozukluğu

(“Kaygı Bozuklukları”); opiyatın yol açtığı uyku bozukluğu

(“Uyku-Uyanıklık Bozuklukları”) ve opiyatın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu

(“Cinsel İşlev Bozuklukları”). Opiyat esrikliği deliryumu ve opiyat yoksunluğu deliryumu için “Nörobilişsel Bozukluklar” deliryum tanı ölçütlerine bakılmalıdır. Opiyat esrikliği ya da opiyat yoksunluğu tanısının konmasının yerine opiyatın yol açtığı bu bozuklukların tanısının konabilmesi için belirtilerin ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağır olması gerekir.

Tanımlanmamış Opiyatla İlişkili Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, opiyatla ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların opiyatla ilişkili bozukluklar ya da madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.



UYARICIYLA İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Amfetaminler; kokaine benzer olarak uyarıcı maddelerdendir. Amfetaminler tarihte ilk defa 1887 yılında bulunmuştur. Benzedrin adında tıbbi olarak 1937 yılında narkolepsi (aşırı uyuma isteği) hastalığında tedavi olarak kullanılmıştır. Amfetaminlerin fizyolojik açıdan bağımlılığı azdır fakat tolerans yapan bir maddedir. Bağımlılığın psikolojik açıdan etkisiyle de kişi maddeden aldığı birebir olması için bundan sonraki kullanımlarında dozunu bir önceki doza göre artırır. Maddenin dozunun artması fizyolojik bağımlılığın da artmasına bunun dışında psikolojik ve fizyolojik tahribatının belirginleşmesine neden olur. Tıp alanında amfetaminler narkolepsi, aşırı yeme ve hiperaktif çocukların tedavisi için kullanılır. Fakat bu maddenin kullanımının zamanla kötüye kullanılma oranı artmıştır. Buna bağlı olarak bazı ülkelerde maddenin satışına sınırlandırmalar getirilmiş, bazı ülkelerde de kullanımı tamamen yasaklanmıştır. Günümüzde halen tıp alanında kullanılmakta olan ilaçlar arasındadır (Gençtan, 1997: akt. Güler, 2008).

Beyaz toz şeklinde veya hap şeklinde bulunur. Enjeksiyon yoluyla ve ağızdan alınabilir veya buruna çekilebilen bir maddedir. Zihin açıcı ve uyarıcı olarak bilinen bir madde olan amfetaminler genel olarak performans artırıcı ve keyif verici etkisinden dolayı tercih edilir (Aksu, Tokdemir ve Baransel, 2003).

Merkezi sinir sistemine uyarıcı etki yapan amfetaminler sentetik maddelerdir. Bunlardan “designer amphetamines” denilen bazı amfetaminler dopamin yanında serotonin salımına neden olmaktadır. Bu nedenle bu maddeler uyarıcı etkilerin yanında hallüsinojen etkiler de göstermektedirler. Bunların arasında en çok bilineni ecstacydir (Kültegin, 2002: akt. Güler, 2008). Ecstasy; MDMA adı verilen bir amfetamin türevidir. Bu hem amfetamin benzeri etki hemde hallüsinojenik etki gösterir. Bu madde daha çok parti gibi eğlence yerlerinde alınır. Maddenin etkisinin görülmeye başlanması 20-60 dakika içinde başlar ve 4-6 saat sürer. Canlılık, hareketlilik, güven duygusu, algı değişiklikleri, karşı cinse yakınlık, sıcaklık görülebilen etkilerdendir. Kan basıncında, beden ısısında, nabızda artma; sıvı kaybı, terleme, pupillerde daralma, ecstasy kullanmadan yapılan hiçbir şeyden zevk alamama gibi yan etkileri vardır. Karaciğer yetmezliği kordinasyon bozukluğuna rastlanılabilir. Bu maddeyi astım, hipertansiyon, depresyon ve epilepsi hastaları kesinlikle kullanmamalıdır (Hawkins, Catalano, Morrison, Wells, İritani, Gillmore, 1992: akt. Güler, 2008).

Amfetamin türevleri arasında beyin üzerinde en fazla etki yapan metamfetamindir. Bu madde kimyasal açıdan dopamine ve norepinefrine benzer özellikleri olan bir moleküldür. Etkisi beyin bazı bölgelerinde dopamin ve norepinefrinin sinaps aralığında fazla miktarda salınmasıyla ortaya çıkar. Dopaminin hücreler arasında bol miktarda salınmasıyla keyif ve hoşnutluk, norepinefrinin bol miktarda salınmasıyla da uyanıklık ve yorgunluk giderici etkiler ortaya çıkar. Ayrıca amfetamin kullandıktan sonra ortaya duygulanımda küntlük, gerginlik, yargılama bozuklukları, öfke, kalıplaşmış yineleyici davranışlar, hezeyan ve halüsinasyonlar gibi ruhsal ve davranışsal belirtiler oluşabilir. Kalp hızında artma ya da azalma, göz bebeklerinde büyüme, kan basıncında değişiklikler, kilo kaybı, kusma, terleme, bulantı, titreme, kas zayıflığı, şaşkınlık, solunum problemleri, kovülziyon, koma oluşturabilir. Bunların dışın da beyin ödemi ve beyin kanamasına sebep olabilir. Amfetaminlerdeki yoksunluk durumunda ise duygulanımda huzursuzluk, gerçeği yakın rahatsız edici rüyalar, yorgunluk, fazla uyku ya da uykusuzluk durumu, iştahta artma ortaya çıkabilir. Ayrıca bu maddeyi kullanmaya bağlı olarak psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, cinsellikte işlev ve uyku bozuklukları görülebilmektedir (Beyaztürk & Şatır, 2000).

Avusturalya ve Batı Avrupa'nın bazı ülkelerinde esrardan sonra amfetaminler en yaygın olarak kullanılan yasal olmayan maddelerdir. UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) 2002 raporunda dünyada çapında yaklaşık olarak 185 milyon kişinin yasa dışı madde kullandığı, bu kişilerden 33.4 milyonunun amfetamin kullanıcısı, 7 milyonunun ekstazi kullanıcısı olduğu bildirilmiştir.

Amfetaminler Δ -amfetamin, L-amfetamin, efedrin, metamfetamin, metilfenidat ve pemolini içerir. Amfetaminler sadece oluşturdukları subjektif “yükseliş” (high) için değil, uyanıklık dönemlerini uzatmak içinde kullanılmaktadır. Ayrıca etkisi kısa süreli olsa da iştahı baskılamak için de kullanılırlar. Tıbbi olarak amfetaminler halen narkolepsi tedavisinde ve çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin tedavisinde kullanılmaktadır. Amfetamin benzeri olan efedrin, psödoefedrin, fenilpropanolamin gibi nazal dekongestan ilaçlar kolay bulunması ve ucuz olması nedeniyle kötüye kullanıma açıktır.

Kokain; Güney Amerika'da And dağlarında yetiştirilen Erytroxylon Coca bitkisinin yapraklarından elde edilen bir alkaloiddir. Kokain maddesi psikostimülan özelliindedir. Öfori yapar, efora, soğuğa, açlığa, yorgunluğa ve uykusuzluğa karşı dayanma gücünü artırır. Kokaindeki bu etkilerin şiddeti ve bağımlılık yapma potansiyeli kokaini alma yoluna göre değişiklik sergiler. Tuz şeklindeki kokainin alınma şekli enfiye olarak intranasal yoldan alındığında veya koka yaprakları çiğnendiğinde etkileri daha az ve bağımlılık oluşturma potansiyeli normalden daha düşüktür.

Tuz şeklindeki kokainin enjekte edilme yolu solüsyonunun intravenöz yolundan olması “zevkten çatlama” düzeyinde öforiye sebep olur. Kokaini bu yoldan kullananlarda keyiflenmenin seksüel orgazm düzeyinde gerçekleştiği gözlemlenmiştir. Toz maddeyi ısıtarak buharının inhale edilmesi şeklinde veya sigara içinde alınması kokain de intravenöz yoldan alınan kısa zamanda oluşan şiddetli öforiye sebep olur (Uzday, 2003).

Kokain maddesi beyin için güçlü bir uyarıcıdır, korteksi hızlı bir şekilde etkiler. Etkisi çok çabuk görülür, dozun fazla olması ölüme yol açar ve bağımlılık süreci oldukça hızlıdır (Balçioğlu & Abanoz, 2009). Kokain kullanımı tek bir defa olsa dahi bağımlılık yapabilir. Kokain alındığında yada enjekte edildiğinde kişi uyarılır, canlanır. Fakat bu etkileri kısa sürelidir ve yaklaşık olarak bir saat içinde sonlanır. Etkileri sonlandıktan sonra 15-16 saat sürede yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Yoksunluk belirtileri arasında halsizlik, ruhsal çöküntü, çok uyuma, mutsuzluk hali sayılabilir. Madde uzun süredir kullanılıyorsa bu etkiler yaklaşık bir hafta sürmektedir. Kokainin uzun süreli kullanımı bir çok ciddi ve istenmeyen etkilere neden olabilir (Cömert, 2007: akt. Ermağan, 2010).

Kalp damar rahatsızlıkları, psikiyatrik sorunlar ve başka sağlık sorunları kokain alımıyla ilişkilendirilmektedir. Kokain enjekte etme, HIV ve hepatit C gibi kan yoluyla geçen hastalıkların bulaşma riskini bulundurmaktadır. Ayrıca kokain çoğunlukla başka yasadışı uyuşturucular ve alkolle beraber tüketilmektedir. 2005'te ilk beş tedavi başvurusunun içinden en az bir tanesinin

(%21.5) kokaine bağılı olduğu bilinmektedir. Türkiye genelinde 1998 yılında 15 ilde yapılan 15-17 yaş grubunda yaşam boyu kokain kullanımı %1.4 olarak bulunmuştur (Ögel & Tamar, 2001: akt. Ermağan, 2010).

Kokain kullanımı son 40 yıldır Amerika ve Batı Avrupa'da dramatik dalgalanmalar göstermiştir. MTF (Monitoring the Future) çalışmasında 1985-1992 yıllarında lise üst sınıflarda şahsi bildiri göstergelerinde azalmalar bildirirken 1992-1999 yıllarında artmalar görülmüştür. ABD'de 2000 yılında % 0.3 kokain kullanım bozukluğu rapor edilmiştir 2001'de ise Amerika'da 1.7 milyon kokain kullanıcısı (% 0.7) olduğu tahmin ediliyor.

Uyarıcı Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevselliğe düşmeye yol açan, amfetamin türü madde, kokain ya da diğer bir uyarıcı kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak uyarıcı alınır.

2. Uyarıcı kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Uyarıcı elde etmek, uyarıcı kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Uyarıcı kullanmaya içinin gitmesi ya da uyarıcı kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici uyarıcı kullanımı.

6. Uyarıcının etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın uyarıcı kullanımını sürdürme.

7. Uyarıcı kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda uyarıcı kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla uyarıcının neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın uyarıcı kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde uyarıcı kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde uyarıcı kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

Not: Dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da narcolepsi için ilaç kullanırken olduğu gibi, yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken uyarıcı ilaç alan kişilerde bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Uyarıcıya özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için uyarıcı alınır.

Not: Dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da narcolepsi için ilaç kullanırken olduğu gibi, yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken uyarıcı ilaç alan kişilerde bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

Uyarıcı Esrikliği (Entoksikasyonu)

A. Yakın bir geçmişte, amfetamin benzeri madde, kokain, ya da başka bir uyarıcı kullanmış olma,.

B. Uyarıcı kullanımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler.

C. Uyarıcı alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan ikisi (ya da daha çoğu):

1. Taşikardi ya da bradikardi.

2. Gözbebeklerinde büyüme.

3. Kan basıncı yüksekliği ya da düşüklüğü.

4. Terleme ya da ürperme.

5. Bulantı ya da kusma.

6. Kilo verildiğinin kanıtı.

7. Ruhsal-devinsel kışkırtma ya da yavaşlama (psikomotor ajitasyon ya da retardasyon).

8. Kas güçsüzlüğü, solunum baskılanması, göğüs ağrısı ya da aritmiler.

9. Konfüzyon, katılmalar, diskineziler, distoniler ya da koma.

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz.

Uyarıcı Yoksunluğu

A. Aşırı ölçüde ve uzun süreli. Amfetamin türü madde, kokain ya da başka bir uyarıcı kullanımının bırakılması (ya da azaltılması).

B. A tanı ölçütünde tanımlanan uyarıcı kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonra, birkaç saatle birkaç gün arasında değişen bir süre aralığında sonra disfori duygudurumu ve aşağıdaki iki (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Yorgunluk.
2. Canlı, hoş olmayan düşler.
3. Uykusuzluk ya da aşırı uyku.
4. Yeme isteğinde artma.
5. Ruhsal-devinsel yavaşlama ya da kışkırtma (psikomotor retardasyon ya da ajitasyon).

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinil açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve esriklik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.



TÜTÜNLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Tütün Kullanım Bozukluğu

Tütün; (*Nicotiana Tabacum*) patlıcangiller familyasından bir bitki türü olup ana vatanı Amerika'dır. Amerika'dan Avrupa'ya daha sonra da bütün dünyaya yayılmış bir maddedir (Kaya, 2005: akt. Kırimoğlu, 2007). Bu maddenin asıl yayılması Fransa'nın Portekiz'deki elçisi olan Jean Nikot'un tütünün bitkisini Fransa sarayına tanıtmamasıyla olmuştur (Akent, 1992: akt. Kırimoğlu, 2007).

Tütün enfiye olarak buruna çekmek, nargile ve pipoda yakarak veya puro ve sigara olarak tütürülüp, dumanı solunarak kullanma şekilleri vardır. En yaygın olarak kullanılan şekli sigara ve nargile şeklindedir (Elifoğlu, 1990: akt. Kırimoğlu, 2007).

Tütün dünyada en yaygın olarak kullanılan bağımlılık yapıcı bir maddedir. Tütün kullanımını bırakanların % 70'i ilk üç ayda tekrar kullanmaya başlamıştır. Bu da sigaranın bağımlılık yapma oranının ne kadar fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Tütünle elde edilen sigara dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır. Bu nedenle genel olarak ülkeler sigara kullanımını kısıtlama yada kullanımı yasaklama eğilimindedirler. Sigaranın bağımlılıktan başka belirgin hastalıklara da yol açtığı gözlemlenmiştir. Sigara kullanımının kalp damarlarında tıkanıklığa sebep olduğu ve kalp hastalıklarının %30'unda sigaranın etkili olduğu belirtilmiştir. Sigara kullanımı bronşların daralması ile giden akciğer hastalıklarına, beyindeki damarlarda tıkanmalara ve buna bağlı felçlere yol açmaktadır (Ögel ve ark., 2007: akt. Evcin, 2011).

Sigara içindeki nikotin; çok kısa sürede bağımlılık yapabilen, kullanan bireylere ekonomik yönden yük getiren, içerdiği zararlı maddelerle organizmayı olumsuz yönde etkileyebilen ve sağlığa ciddi oranda zarar verebilen bir maddedir. Bu maddenin bırakılmamasının nedeni, içindeki ana madde olan nikotinin bağımlılık yapıcı özelliğidir. Sigara, modern dünyada ciddi sağlık sorunlarını ortaya çıkaran bir maddedir ve bu konuda gerekli önlemlerin alınmaması halinde Avrupa'da 100 milyon insanın sigara içme sonucu yakalandıkları hastalıklardan ölecekleri bildirilmektedir (Fadıloğlu, 1993: akt. Demirhan, 1999). Londra Kraliyet Hekimler Birliği'nin Sigara ve Sağlık Konusundaki Beşinci Raporu'na göre, sigara kullanımı İngiltere'de insan sağlığını bozan önlenebilir en önemli sebep olarak bildirilmiştir (Demirhan, 1999).

Sigara içen kadınlar üzerinde yapılan araştırmalara göre; sigarayı kadınların erkeklere oranla daha fazla içtikleri ve kadınların sigarayı erkeklerden daha zor bıraktıkları bulunmuştur. Bu araştırmalara göre sigara ile mücadele sonucu erkeklerde sigara kullanımı oranında %21.4 düşüş olurken, kadınlarda ise bu oran %5.8'dir. Ayrıca yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha erken yaşta sigaraya başladıkları gözlemlenmiştir (Barış,1994: akt. Demirhan, 1999).

Gelişmiş ülkelerdeki sigara prevalansındaki düşüşün, gençlerin bu konudaki kaçınmalarından daha çok yetişkinlerin sigarayı bırakmasından kaynaklandığı ve her gün 3000 gencin düzenli içici haline geldiği bildirilmiştir. Sigara içme oranı özellikle kadınlar arasında artmaya devam etmekte, sigarayı uzun süredir içen kişilerin ölüm hızları her yaşta, içmeyenlere göre üç kat daha fazla olmaktadır. 1950 yılından bugüne kadar olan ölümler araştırıldığında, 1975-2000 yılları arasında sigaraya bağlı ölümlerin 50 milyona çıkacağı düşünülmektedir (Escobedo & Peddicord, 1996: akt. Demirhan, 1999).

Tütün Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alınır.

2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı (örn. işini engelleme).

6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın uyarıcı kullanımını sürdürme.

7. Tütün kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkilerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma (örn yatakta sigara kullanma).

9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Tütüne özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alınır.

Tütün Yoksunluğu

A. En az birkaç hafta, hergün tütün kullanma.

B. A tanı ölçütünde tanımlanan tütün kullanımının bırakılmasından ya da ölçüsünün azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıdaki dört (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Kolay kızma, engellenmişlik duygusu ya da öfke.

2. Bunaltı.

3. Odaklanma güçlüğü.

4. Yeme isteğinde artma.

5. Huzursuzluk.

6. Çökkün duygudurum.

7. Uykusuzluk.

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve esriklilik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.



DİĞER (YA DA BİLİNMEYEN) BİR MADDEYLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu,alkol, kafein, kenevir, varsandıran, (fensiklidin ve diğerleri), uçucu, opiyat, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici ya da tütün kategorisine

sokulmayan, esriklilik yapan (entoksikan) bir madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak bir madde alınır.

2. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi elde etmek, diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanma içinin gitmesi ya da diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımı.

6. Diğer (ya da bilinmeyen) bir madde etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımını sürdürme.

7. Diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla diğer (ya da bilinmeyen) bir maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeye özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi alınır.



Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Esrikliliği (Entoksikasyonu)

A. Başka bir kategori içinde yer almayan ya da bilinmeyen bir maddenin yakın bir geçmişte alınmasına bağlanabilecek, geriye dönüşlü, maddeye özgü bir sendromun gelişmesi.

B. Maddenin alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, söz konusu maddenin merkezi sinir dizgesi üzerindeki etkilerine bağlanabilecek, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler.

C. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Yoksunluğu

A. Aşırı ölçüde ve uzun süreli diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımının bırakılması (ya da azaltılması).

B. Diğer (ya da Bilinmeyen) bir madde kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) kısa bir süre sonra maddeye özgü bir sendromun gelişmesi.

C. Maddeye özgü sendrom, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve esriklilik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

MADDEYLE İLİŞKİLİ OLMAYAN BOZUKLUKLAR

Kumar Oynama Bozukluğu

İlk kez 1980 yılında patolojik kumar, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-III'te, bir dürtü bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Duvarcı & Varan, 2001). Günümüzde patolojik kumarla ilgili her ne kadar farklı görüşler olsa da bu görüşleri iki ana başlıkta toplamak mümkündür. Yaygın bir şekilde kabul edilen ilk görüşe göre patolojik kumar oynama ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanır. Bu görüşü savunanlar kumarbazların alkol ve madde bağımlılarına benzer olarak daha fazla zamanlarını ve paralarını kumara yatırdıklarını, paralarını kumara yatıramadıkları zamanlarda ise sürekli kumar düşünüp, kumar oynamayı aradıklarını, kumar oynamayı bıraktıklarında ise öfke ve huzursuzluk nöbetlerinin olduğunu, başarısız kontrol altına alma veya bırakma girişimleri olduğuna dikkat çekmekte ve benzerliklerinden dolayı patolojik kumar bağımlılık kategorisi içerisinde yer alması gereken bir ruhsal bozukluk olarak bildirilmektedir (Blume 1987, Jacobs 1987, Lesieur 1992: akt. Duvarcı & Varan, 2001).

İkinci görüşe göre ise patolojik kumar oynama ruhsal bir bozukluk değildir. Bu araştırmacılara göre kumarın temelinde yüklü maddi kayıplar vardır. Birey kumara para kaybettikçe kayıplarını daha fazla kovalamakta, yakınlarına yalan söylemekte, ödeyemediği borçlarını yakınlarına ödetmekte, kumar oynamadığı zamanlarda öfkeli huzursuz olmakta ve bazı zamanlarda ise kumar için para sağlama amaçlı yasadışı yollara başvurmaktadır (Dickerson 1996, Walker 1992: akt. Duvarcı & Varan, 2001). Politzer ve Hudak'a (1992) göre, patolojik kumarbazlardan sadece bir tanesi yaklaşık 10-17 kişiyi olumsuz etkilemektedir. Kumarın kişiye verdiği zararların en önemlilerinden biri de kumarbazın suça eğiliminin artmasıdır (Rosenthal ve Lesieur 1995, Rosenthal ve Lorenz 1992, Walters 1997: akt. Duvarcı & Varan, 2001).

Sonuç olarak patolojik kumarın yalnız kişinin kendisini etkilemekle kalmayıp tüm toplumu etkilemesi, bu bozukluğun aslında bir halk sağlığı sorunu olarak incelenmesi zorunluluğunu getirmiştir (Volberg 1994: akt. Duvarcı & Varan, 2001).

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevselliğe düşmeye yol açan, sürekli ve yineleyici, sorunlu bir kumar oynama davranışı:

1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinir.
2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuz ya da kolay kızan biri olur.
3. Kumar oynamayı denetim altına almak, bırakmak ya da durdurmak için, yineleyen, sonuç vermeyen çabaları olmuştur.
4. Sık sık kumar oynama üzerinde düşünüp durur (örn geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünüp durma, bir sonraki girişimini engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünme).
5. Sıklıkla, sıkıntı duyarken kumar oynama (örn çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün).
6. Parayla kumar oynayıp yitirdikten sonra, çoğu kez, eşitlenmek için bir başka gün geri gelir.
7. Ne denli kumar oynadığını gizlemek için yalan söyler.
8. Kumar oynaması yüzünden önemli bir ilişkisini, işini ,eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış ya da yitirmiştir.
9. Kumar oynadığı için düştüğü umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının parasal kaynak sağlamasına bel bağlar.

B. Kumar oynama davranışı bir mani dönemi ile daha iyi açıklanamaz.



KAYNAKLAR

- Akvardar Y, (2003). Alkol Bağımlılarında Kişilik Özellikleri' Bağımlılık Dergisi, Sayı: 26-30.
- Akvardar Y., 2012, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Halüsinojenler, Ankara, s.181-185.
- Arıkan Z., Berkman K, Dilbaz N, Oral G, Uluğ B.,(2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Ankara
- Balcıoğlu, İ., & Abanoz, Y. (2009). Madde Bağımlılığı, İntihar, Sanık Psikolojisi. Dirim Tıp Gazetesi. 84 sayı: 1 (15-20).
- Berglund M., Krantz P., Lundqvist G.,(1987). Suicide in Alcoholism, Act Psyc Sc, Sayı: 76:381-385.
- Beyazyürek, M., & Şatır, T. T. (2000). Madde kullanım bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 4, 50-56.
- Catterello AM, Clayton RR, Leukefild CG(1995).Adolescent alcohol and drug use. Oldham JM (editor). American Psychiatric Press Review of Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, Sayı: 1995: 151-169.
- Cirit H., Hayran R., Özalp S.,(1994).Alkol Bağımlılarında Psikiyatrik Semptomatoloji ve Kişilik Bozukluklarının Araştırılması", 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kayseri, s.231-238.
- Demirhan, H. (1999). Denizli İli, Tavas İlçe Merkezinde Yer Alan Ortaöğretim Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Uçucu Madde Kullanımı. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dilbaz N., 2012, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Opiyat Bağımlılığı, Ankara, s.63-78.
- Dilbaz N., 2012, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Uçucuların Kullanımına Bağlı Ruhsal Ve Davranışsal Bozukluklar, Ankara, s.157-167.
- Duvarcı, İ., & Varan, A. (2001). South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 12(1):34-45.
- Ermağan, E. (2010). İlköğretim Okullarında Uygulanan Madde Kullanımını Önleme Programlarının Bilgi Ve Beceri Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Evcin, U. (2011). Lise Gençlerinin Vakit Geçirdiği Ortamların Madde Kullanımı Davranışı Üzerindeki Etkileri: Bayrampaşa Örneği. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Güler, A. (2008). Ege Üniversitesi Hazırlık Sınıfı Öğrencilerinde Tütün, Alkol, Madde Kullanımı Ve Sosyo Ekonomik Düzey Etkisi. Yayınlanmış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kellerm, McCormick M, Efron (1982) V. A Dictionary of Words About Alcohol, 2nd Editi, New Brunswick, N.J. Rutgers Univ. Center of Alcohol Studies.
- Kırınmoğlu, H. (2007). İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Madde Kullanımı Ve Bağımlılığını Önlemede, Okul Yöneticisi, Beden Eğitimi Ve Rehber Öğretmenlerin Bilgi, Görüş Ve Önerileri. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Koca, B. (2011). İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler Ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Köroğlu E.,(2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Ankara: HYB Yayıncılık
- Ögel K, Tamar D.(1996) Uyuşturucu maddeler ve öğrenci anketi bulguları. İstanbul: AMATEM- Özel Okullar Derneği Yayını, Prive Ltd, 12-23.
- Öztürk O. Ve Uluşahin A.,2008, Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları II, Ankara, s.687-735.
- Tokdemir, M. Aksu, A. Baransel, A. (2003). Elazığ İlindeki Lise Öğrencilerinde Psikoaktif Madde Kullanımı. Fırat Tıp Dergisi.
- Uluğ B, Gürel Ş.(2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Esrar Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar, Ankara, 141-145
- UNDCP(1996-1997) İstanbul'da Madde İstismarı: Hızlı değerlendirme Çalışması, İstanbul.
- Uzbay, İ. (2003). "Bağımlılık Yapan Maddeler Ve Özellikleri." Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. s. 21.
- Yaprak, G. (2006). İlköğretim İkinci Kademe Çocuklarında Psikoaktif Madde Kullanımına İlişkin Semptomlara Sahip Olma Düzeyi ve Okul Başarısı. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- <http://tr.wikipedia.org/wiki/Fensiklidin> Son Erişim Tarihi: 15.05.2014



ŞİZOFRENİ AÇILIMI KAPSAMINDA VE PSİKOZLA GİDEN DİĞER BOZUKLUKLAR: DSM-IV TR VE DSM 5 PSİKOTİZM



Erol Kurt

Psikolog, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Murat Özüberk

Psikolojik Danışman, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Nilüfer Tütüncü

Psikolog, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Özet

Psikiyatrik rahatsızlıkların tanı koyma sürecini etkileyen birçok olumsuz etken vardır. Bu etkenleri ekarte edip bir standardizasyon sağlamak için uluslararası sağlık örgütleri birçok çalışma yapmaktadır. Bu çalışmaların amaçlarından biri psikiyatrik tanıları birbirlerinden oldukça belirgin sınırlarla ayırt etmektir. Böylece daha özgül tedaviler uygulanabilmektedir. İkinci amaç, sağlık çalışanları arasında ortak bir dil oluşturmaktır. Üçüncü amaç ise, bu tanıları dışında kalan durumlar için daha kapsamlı araştırmalara olanak tanımaktır. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısı (DSM-5) 2013 Mayıs ayında yayınlandı. Bir önceki sürümünün üzerinden yaklaşık 20 yıl geçmişti. 400'e yakın kişinin katkısıyla tamamlanmış olan DSM-5'de Psikotizm ile ilgili nelerin değiştiği ve değişen kriterlerin daha kolay tanınması için böyle bir gözden geçirme çalışmasına gereksinim duyulmuştur. Bu çalışmada DSM-5'de yer alan Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Diğer Bozukluklar tanı grubu, DSM-IV TR'deki Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar tanı grubuyla teorik bir girişten sonra karşılaştırılarak gözden geçirilecektir. Anahtar Kelimeler: DSM-IV TR, DSM-5, Şizofreni, Psikotizm, Katatoni

Summary

There are numerous negative factors that effect the diagnostic process of the psychiatric disorders. International healthcare organisations have been studying this issue to eliminate these negative factors and come up with a standartization plan for the diagnostic process. These studies also aims to categorize the psychiatric diagnoses with distinctive borders. Thus more specific treatments can be applied. Furthermore one other objective is to create a common language among healthcare workers. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) was published in May 2013. It had been nearly 20 years since the previous version was published and approximately 400 scientists and healthcare professionals has contributed to publish the 5th edition. Therefore a need of a review; aiming to highlight the diagnostic criteria of psychoticism and what has changed about psychoticism over the past 20 years has emerged. In this study, after a short theoretical introduction, we will be comparing the "1.2.2 Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders" from DSM-5 with "Schizophrenia and other psychotic disorders" from DSM-IV TR. Keywords: DSM-IV TR, DSM-5, Schizophrenia, psychoticism, catatonia

Giriş

Psikotik sözcüğü en daraltılmış tanımı ile hezeyanlar (sanrılar) ve halüsinasyonların (varsanılar) varlığını içermektedir, en geniş anlamı ile benlik sınırlarının ve gerçeği değerlendirme yetisinin yitirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Işık, 2008). Psikotik bozukluklarda, ego işlevleri, özellikle gerçeği değerlendirme açısından büyük hasar görmekte ve ağır uyum bozuklukları meydana gelmektedir (Hoffling, Leininger ve Bregg, 1981). Günümüzde yaygın olarak kullanılan iki sınıflama sistemi, “Psikotik Bozukluklar” kapsamında bazı psikiyatrik hastalıkları kategorize etmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatry Association-APA) “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma” kitabında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV TR), “Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar”; Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Listesi (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10) “Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” Sınıflandırmasında “Şizofreni, Şizotipal ve Sanrılı Bozukluklar” psikotik bozukluklar kapsamında var olan tanılardır (Işık, 2008). Ancak DSM-5’in Mayıs 2013’de yayınlanmasının ardından bu başlık “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” şeklinde değişmiştir. Bu son sürümün özelliklerinden biri de ICD ile tanısal sıralama konusunda paralellik çalışmalarını dikkat çekicidir.

DSM-5’e göre Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar kümesi incelendiğinde;

- A. Şizotürü (şizotipal) kişilik bozukluğu
- B. Sanrılı bozukluk
- C. Kısa psikoz bozukluğu
- D. Şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk
- E. Şizofreni
- F. Şizoduygulamınsal (şizoaffektif) bozukluk
- G. Maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu
- H. Başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu
- I. Katotoni
- i. Başka bir ruhsal bozukluğu eşlik eden katotoni (katotoni belirleyicisi)
- ii. Başka bir sağlık durumuna bağlı katotoni bozukluğu
- iii. Belirlenmemiş katotoni
- J. Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar
- K. Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar şeklinde bir liste karşımıza çıkmaktadır. Bu bozukluk kümesindeki tanıların kısa tanımlarını DSM-5’teki değişiklikleriyle açıklanacaktır.

A. Şizotürü (Şizotipal) Kişilik Bozukluğu

ICD-9 ve ICD-10’da şizotürü bozukluk olarak adlandırıldığı için bu bölümde yer almıştır, ancak tanı ölçütleri “kişilik bozuklukları” bölümünde verilmiştir.



B. Sanrılı Bozukluk

Hezeyanlı bozukluk tanısı paranoyanın modern kavramsal tanımını yapan Emil Kraepel’in dönemine kadar tartışmalı bir tanı olarak kalmıştır. Önceleri hezeyanlı bozukluk nadir karşılaşılan bir tanı olarak düşünülmektedir, son dönemlerde daha iyi tanımlanması sayesinde literatürde giderek artan sıklıkta yer verilen bir durum olmuştur. Mevcut çalışmalar, hezeyanlı bozukluk başlangıç yaşının şizofreniden daha geç olduğunu göstermektedir. Bir çalışmada başlangıç yaşının, hezeyanlı bozukluğun tipi ile değişkenlik gösterdiği, geç yaşta başlayanların perseküsyon tipinde, erken yaşta başlayanların somatik tipte olduğu bildirilmiştir. Hezeyanlı bozuklukla ilgili bir meta analizde; kadın/erkek oranı 3/2 olarak ve başlangıç yaşı da kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerde özellikle evlenmemiş olma ve kadınlarda dulluk oranları yüksektir. Ailede psikiyatrik hastalık bulunma öyküsü %18,7 olarak saptanmakla birlikte, bunun öyküdeki yetersizlik dolayısıyla doğru oranı yansıtmadığı görüşü hakimdir (Grover, Biswas & Avasthi, 2007).

Etiyolojisi konusunda Oldukça eski bir tarihi olmasına rağmen, bu bozukluğun etiolojisi bilinmemektedir. Ancak yapılan çalışmalarda saptanan risk etkenleri arasında; ileri yaş, duyu kusuru ya da izolasyonu, sosyal izolasyon, aile öyküsü, kişiler arası ilişkilerde aşırı hassasiyet gibi kişilik özellikleri ve yakın dönemde göç etme bulunmuştur (Patel, Pinals & Breler, 2003)

Sanrılı bozukluğun alt tipleri:

Erotomani türü: Sanrının ana konusu, başka birinin o kişiyi aşırı sevdiği ise bu alt tür kullanılır.

Büyüklik türü: Sanrının ana konusu, büyük (ancak anlaşılammış) bir yeteneği ya da görüşü olduğuna ya da önemli bir buluş yaptığına inanma ise bu alt tür kullanılır.

Kıskançlık türü: Sanrının ana konusu, eşinin ya da sevgilisinin kendisini aldattığı ise bu alt tür kullanılır.

Kötülük görme (perseküsyon) türü: Sanrının ana konusu, kişinin, güç duruma sokulmak için kendisine karşı bir takım tasarılar yapıldığı, aldatıldığı, gözetlendiği, izlendiği, zehirlendiği ya da kendisine ilaç verildiği, amaçlı olarak kötülendiği, usandırıldığı, bezdirildiği ya da uzun erimli amaçlarından alıkonulduğu inancını kapsıyorsa bu alt tür kullanılır.

Bedensel (somatik) tür: Sanrının ana konusu, bedensel işlevleri ya da duyumları kapsanıyorsa bu alt tür kullanılır.

Karma tür: Tek bir sanrısız konu baskın değilse bu alt tür kullanılır.

Belirlenmemiş tür: Baskın olan sanrısız inanç açıkça belirlenmiyorsa ya da özgül türlerden biri olarak tanımlanamıyorsa (örnek belirgin kötülük görme ya da büyüklük ögesi olmayan alınma [referans] sanrılarının) bu alt tür kullanılır (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V).



C. Kısa Psikoz Bozukluğu

İlk kez 19. Yüzyılda tanımlanmış, değişik adlar ve tanı ölçütleriyle incelenmiştir. Bu bozukluğu 1845'te Esquirol "üçüncü psikoz" olarak adlandırmıştır. 1913'te Jaspers "psikojenik psikoz" kavramını ortaya atmış ve bozukluğa tanı ölçütleri getirmiştir. Jaspers, bozukluğun stresle doğrudan ilişkili olarak başladığını, psikotik belirtilerin bir amaca hizmet ettiğini ve stresin sona ermesiyle birlikte psikotik tablonun da gerilediğini bildirmiştir. Bu tanı ilk kez ICD-8 ve DSM-III'de yer almıştır. 1980'de

DSM-III'de özgül tanı ölçütleri belirlenmiş ve "kısa reaktif psikoz" olarak adlandırılmıştır. DSM-IV'te stres etkeni koşulu kaldırılmış; bunun yerine belirgin stres etkeni olan, olmayan ve postpartum başlangıçlı alt gruplar tanımlanmıştır. Süre ile ilgili sınırlama bir ay olarak kalmıştır. DSM-IV TR'da tanı ölçütlerinde değişikliğe gidilmemiştir.

Epidemiyolojisi, İskandinav ülkelerinde bu tanıyı koyma oranı tüm yatışlar içinde %10, tüm psikozlar içinde %15-20 dolayındadır. Jauch ve Carpenter 1981-1987 yılları arasında yayımlanan çalışmaları taramış ve DSM-III ile DSM-III-R ölçütleri kullanılarak tanı konan yalnızca iki çalışma bulabilmiştir. Aynı araştırmacılar kendi merkezlerinde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada hastaneye ilk kez yatan 313 psikozlu olguyu değerlendirmiş, sadece bir olguya "kısa reaktif psikoz" tanısı koyabilmiştir.

Etiyolojisi, Kesin nedeni bilinmemektedir. Bazı çalışmalarda genetik yatkınlığın bozukluğun gelişmesinde rol oynadığı savunulmaktadır. Kişilik bozukluğu olanlar belirtilere yatkınlık gösterebilir.

Alt tipleri:

- **Belirgin tetikleyici etken(ler) olan (kısa tepkisel psikoz):** Belirtiler, kişinin yaşadığı kültürde, benzer koşullarda, neredeyse herkes için belirli bir gerilim kaynağı olabilecek tek bir olaya ya da olaylar bütününe tepki olarak ortaya çıkmışsa.
- **Belirgin tetikleyici etken(ler) olmayan:** Belirtiler, kişinin yaşadığı kültürde, benzer koşullarda, neredeyse herkes için belirli bir gergin kaynağı olabilecek tek bir olaya ya da olaylar bütününe tepki olarak ortaya çıkmamışsa.
- **Doğum sonrası başlayan:** Gebelik sırasında ya da doğumdan sonra dört hafta içinde başlamışsa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V).

D. Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluğu

Şizofreni için geçerli olan epidemiyoloji, etiyoloji ve klinik görünüm Şizofreniform Bozukluk için de geçerlidir. Bir aydan altı aya kadar olan şizofreni tanı ölçütlerinde bu tanı konur.

E. Şizofreni

DSM-IV TR listesinde en sıklıkla bilinen ve ismi en ürkütücü psikiyatrik hastalıklardan biri "şizofreni" dir. Genç yaşlarda başlayan, hastaların kendilerine has bir dünyada yaşadıkları ve yavaş yavaş çevrelerine bir duvar örerek içine kapandıkları, sosyal ve bilişsel işlevlerde eksilmelerle sonlanabilen, sıklıkla süregelen, yineleme (relaps) ve iyileşmelerle karakterize ataklarla seyreden, bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış,

toplumsal ilişki, iş yaşamı gibi alanları olumsuz etkileyen; yeti yitimine neden olan, hastadan hastaya klinik belirtiler, seyir ve sağaltıma yanıt açısından zamanla görünümü değişkenlik gösteren bir ruhsal bozukluktur (Ebrinç ve ark., 2001; Doğan ve ark., 2002; Sadock ve Sadock, 2007; Sarıkaya, 2007). Bu hastalıkta bir yanda taşkınlık belirtilerinin yol açtığı sorunlar, diğer yanda düşünce fakirleşmesi ve irade bozulması gibi yoksunluk belirtileri hastaların işlevselliklerini bozmakta ve kendileri ile birlikte yaşayan insanların da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Candansayar, 2005).

Sıklık (morbidity) ve yaygınlık (prevalence), Binbay ve arkadaşlarına (2010) göre, genel toplumda şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde 1000 kişide 11,6 iken, kadınlarda 1000 kişide 6,5 bulunmuştur. Yaşam boyu hastalanma riski (morbidity risk) %1 dolayındadır (Öztürk, 2004). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu (yaklaşık 5 kat) bildirilen (Bird ve Harrison, 1987: akt. Işık, 2008: s.83) prevalansın evlilerde, bekar ve boşanmışlardan daha düşük (erkeklerde 12-50 kat, kadınlarda ise 3-15 kat) olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir faktör olduğu ileri sürülmektedir (Riecher-Rössler ve ark., 1992; Tien ve Eaton, 1992: akt. Işık, 2008: s.83).

Başlangıç yaşı: Şizofreninin başlangıç yaşının 15-45 yaşları arasında olduğu bildirilmektedir (Ceylan ve Çetin, 2005).

Etiyoloji, Etiyoloji üzerindeki görüşler eskiden beri “organik” ve “psikososyal” olmak üzere iki ana kümede toplanarak tartışılmışse de 20-30 yıldan beri şizofreni, giderek artan yaygınlıkla, beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir (Öztürk, 2004).

Alt tipleri: DSM-IV TR‘ye (2005) göre şizofreninin alt tipleri, değerlendirme sırasında önde gelen belirtilerle tanımlanmakta ve şöyle sınıflandırılmaktadır (Köroğlu, 2005): Paranoid, dezorganize, katatonik, farklılaşmamış ve rezidüel. ICD-10‘da ise dokuz alt tip yer alır: Paranoid şizofreni, hebefrenik şizofreni, katatonik şizofreni, ayrışmamış şizofreni, post şizofrenik depresyon, kalıntı şizofreni, basit şizofreni, başka şizofreni ve şizofreni, belirlenmemiş. ICD-10‘da yer alan hebefrenik şizofreni DSM-IV‘deki dezorganize tipe, ayrışmamış şizofreni DSM-IV‘deki farklılaşmamış tipe, kalıntı şizofreni ise rezidüel tipe karşılık gelmektedir.

I. Klinik Özellikler: Şizofreni hastalarının öyküsü incelendiğinde hastalık öncesinde şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri, sessiz, içe dönük ve edilgen oldukları öğrenilir. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ya çok az arkadaşları vardır ya da hiç arkadaşları yoktur. Hastalık öncesi belirtiler hastalığın bir parçasıdır ancak geriye yönelik değerlendirildiğinden geçerliliği

düşüktür. Şizofreni hastalarında hastalık öncesi dönemde, bedensel yakınmalar bulunabilir. Bu kişiler büyüsel düşünce tarzı, alışılmadık konuşma içeriği veya halüsinatuar deneyimlerle karışık anormal duygulanım sergileyebilirler. Hastalık öncesi belirtiler aylar ve yıllar sürebilir (Lieberman, 2006). Faktör analizine dayanan geniş kapsamlı çalışmalar şizofrenide üç ayrı semptom kümesi tanımlamışlardır (Ebert, Loosen & Nurcombe, 2003).

- **Pozitif belirtiler;** hezeyanlar, hallüsinasyonlar ve yapısal düşünce bozukluğu ile karakterizedir. Hezeyanlar çoğunlukla paranoid veya bizar doğada olmakla birlikte diğer hezeyan tipleri görülebilir. Hallüsinasyonlar çoğunlukla işitsel olmakla birlikte diğer duyu alanlarına uyan hallüsinasyonlar da görülür.
- **Dezorganizasyon;** çağrışımlarda çözülme, enkoherans, uygunsu duygulanım ve düşüncede fakirleşmeyi kapsar.
- **Negatif belirtiler;** duygulanımda sığlaşma, spontanlığın kaybı, irade azlığı, enerji düzeyinde düşme ve zevk alamamayı içerir.

II. Prognozu (Gidişatı): Hastaneye yatarak tedavi görmüş ilk atak şizofreni hastalarının taburcu edildikten sonra düzenli antipsikotik tedaviye rağmen, ilk yıl içinde ikinci bir atak geçirme riskleri yaklaşık %35- %40‘tır (90). Atak sayısı arttıkça kronikleşme olasılığı artar. Hastalığın gidiş ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. (Sadock & Sadock, 2000). Tablo 1‘de klinik ağırlığına göre şizofrenide iyi ve kötü prognoz belirtileri gösterilmiştir.



Tablo 1 Özelliklerin ağırlığına göre şizofrenide iyi ve kötü prognoz
(Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu & Herken, 2007).

İyi Prognoz	Kötü Prognoz
Geç başlangıç Belirgin presipite edici etkenler Akut başlangıç İyi premorbid sosyal, cinselve meslek öyküsü Duygudurum bozukluğu belirtileri (Özellikle depresif bozukluk) Evlilik Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü İyi destek sistemleri Pozitif belirtiler	Genç Başlangıç Presipite eden etkenin olmaması Sinsi başlangıç Kötü premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü Çekilme ve otizm Bekarlık, boşanma, ayrılma Ailede şizofreni öyküsü Kötü destek sistemleri Negatif belirtiler Nörolojik bulgu ve belirtiler Perinatal travma öyküsü 3 yıl içinde remisyon olmaması Birçok atak olması Saldırganlık öyküsü

F. Şizoduygulamınsal (Şizoaffektif) Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk kavramı psikiyatrinin tanısal karmaşa içinde kaldığı bir tanı grubudur. Şizoaffektif bozukluk tanısı için farklı görüşler ileri sürülmektedir. Şizofreni veya duygudurum bozukluğunun bir tipi olduğu, ayrı ve bağımsız üçüncü bir psikoz olabileceği, şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasında bir durum olarak değerlendirilmesi gerektiği veya hepsinden ayrı olarak heterojen bir durum şeklinde algılanabileceği düşünülmüştür (Ceylan ve Çetin, 2005; Köroğlu ve Güleç, 2007)

Prevalansı ve insidansı, bugüne dek şizoaffektif bozukluğun prevalansı ve insidansının saptandığı hiçbir alan çalışması yapılmamıştır. Ancak yapılan çalışmalar şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasında yüksek düzeyde bir komorbidite olduğunu göstermektedir. Etiyolojiye yönelik çalışmalarda şizofreni ve şizoaffektif bozukluk sıklıkla birlikte ele alınmıştır, buna bağlı olarak sadece şizoaffektif bozukluğa özgü etiyolojik etmenlerle ilgili çok az şey bilinmektedir. Şizoaffektif bozukluğun da şizofreni gibi nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bozukluğun kalıtsal bir kökeni olması da kuvvetle muhtemeldir, çünkü şizoaffektif bozukluğu olan hastaların ailelerinde şizofreni hastalarınınkine göre daha fazla duygudurum bozukluğuna ve duygudurum bozukluğu olan hastalarınınkine göre daha fazla şizofreni öyküsüne rastlanmaktadır (Danacı, 2007).

Klinik Özellikler; Şizoaffektif bozukluk, klinik özellikler açısından kesitsel bakıldığında şizofreniye, uzunlamasına bakıldığında duygudurum bozukluklarına benzemektedir. DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre şizoaffektif bozukluk tanısı koyarken birinci gereklilik, psikotik tablonun şizofreninin A tanı ölçütlerini karşılamaıdır. Bunun yanında eşzamanlı bir depresif, manik veya mikst atak bulunmalı ve duygudurum belirtileri tarifedilen atağın tanı ölçütlerini tam olarak karşılamalıdır. Depresif belirtileri negatif belirtilerden ayırt etmek için, DSM-IV TR şizoaffektif bozukluğun depresif alt tipinde mutlaka majör depresif atağın alt tanı ölçütünün karşılanması gerektiğini vurgulamaktadır; yani hastada depresif duygudurum mutlaka bulunmalıdır, sadece anhedoni ve ilgi-istek yitiminin bulunması yeterli değildir (Deveci & Danacı, 2006) (Danacı, 2007).

Gidiş ve Sonlanım, Şizoaffektif bozukluğun uzun süreli gidişi için en açık ifade, şizofreniye göre daha iyi ve bipolar bozukluğa göre daha kötü olduğudur. Tanısal sorunlar nedeniyle şizoaffektif bozuklukla ilgili uzun süreli izlem çalışmalarına çok fazla rastlanmamaktadır. Mesleki işlevsellik, sosyal işlevsellik ve otonomi açısından incelendiğinde de yine şizoaffektif bozukluğu olan hastaların şizofreni hastalarından daha iyi, ama bipolar bozukluğu olan hastalardan daha kötü bir gidiş gösterdiği saptanmıştır. Uzun izlemde şizoaffektif bozukluğu olan hastaların sosyal işlevsellikleri daha iyi korunurken mesleki işlevselliklerinde daha fazla kayıp olmakta ve hastaların 2/3'ü çalışamaz hale gelmektedir (Deveci & Danacı, 2006; Danacı, 2007).



G. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu

Bağımlılık yapan maddeler, Santral Sinir Sistemi (SSS)'nde önemli derecede uyarma veya depresyon oluşturan, algılama, duygu durum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda bozukluk yapan psikoaktif maddelerdir. Bu maddeler arasında alkol, amfetamin ve benzeri maddeler, kafein, kannabis, kokain, halusinojenler, liserjik asit dietilamid (LSD), inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitikler, anabolik steroidler, nitroz oksid ve henüz diğer kategorilere girmeyen reçeteli veya reçetesiz ilaçlar sayılabilir (Kayaalp, 1998). Psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan hastalardaki psikiyatrik bozukluğun görülme sıklığı bağımlılığı olmayan hastalarda psikiyatrik bozukluk görülme sıklığından 2.7 kat daha fazladır (Ebert, Loosen & Nurcombe, 2003).

Psikiyatrik bozukluk ve madde kullanım bozukluğunun birlikteliği klinik olarak önemlidir çünkü birlikteliğin, hastalığın süresini ve tedavinin gidişatını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Major depresif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi belirli psikiyatrik bozukluklar ortak patogeneze teorilerine yol gösterir biçimde madde kullanım bozuklukları ile ilişkilendirilirler (Winokur, Reichl & Rimmer, 1970).

Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Gelişen Psikotik Bozukluğun Klinik Özellikleri: Psikoaktif madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozukluğun psikoaktif madde kullanımına bağlı olmadan gelişen diğer psikotik bozukluklara göre klinik görünümünün karşılaştırılması ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Thacore ve Shukla kannabis kullanımına bağlı psikotik bozukluk gelişen hastalarla paranoid şizofreni tanısı olan hastaları karşılaştırmışlar ve kannabis kullanan hastalarda tuhaf davranışların, şiddetin, paniğin ve içgörünün paronoid şizofrenlere

göre daha sık sayıda olduğunu saptamışlardır (Thacore & Shukla, 1976). İsveç'te yapılan bir epidemiyolojik veri çalışmasında yüksek doz kannabis kullanan hastalardaki düşük doz kannabis kullanımına oranla psikotik bozukluk gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Andreasson, Allbeck, & Rydberg, 1989).

Varsa belirtiniz:

Esriklik (entoksikasyon) sırasında başlayan: Maddeyle esriklik için tanı ölçütleri karşılanıyorsa ve belirtiler esriklik sırasında gelişmişse.

Yoksunluk sırasında başlayan: Maddenin yoksunluk için tanı ölçütleri karşılanıyorsa ve belirtiler yoksunluk sırasında ya da kısa bir zaman sonra gelişmişse

H. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu

DSM-5 tanı ölçütlerinde ismi değiştirilmiş bir tanı grubudur. Belirgin varsanılar ya da sanrılarının yanında Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

Bazı hastalıklardan sonra psikotik belirtilerin görülebileceği gözlenmiştir. Örneğin, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, epilepsi, beyin tümörü, endokrin bozukluklar, beslenme bozuklukları (vitamin B12 eksikliği gibi), demans, deliryum ve ağır metaller (civa ve kurşun gibi).

Alt tipleri:

293.81 (F06.2) Sanrılarla giden: Sanrılar baskın belirtiyse.

293.82 (F06.0) Varsanılarla giden: Varsanılar baskın belirtiyse.



I.Katatonik

Katatonik terimi, ilk kez 1874 yılında Kahlbaum tarafından kullanılmıştır. Kahlbaum Yunanca 'da "sıkıca germek" anlamına gelen katatonik terimini kullandığı makalesinde, ciddi psikiyatrik bozulduğu olan 21 hastada motor bozuklukları tanımlamış ve bu duruma doğum, travma, alkolizm veya bir başka beyin hastalığı gibi bir serebral bozukluğun neden olduğunu ileri sürerek katatoninin genel yozlaştırıcı bir beyin hastalığı olduğunu bildirmiştir. Aynı makalesinde, Kahlbaum, Katatoninin Paralizisi General ile aynı önemde fakat daha iyi seyirli bir antite olduğunu belirterek bir psikoz ve hastalığın ayırt edici özellikleri kavramlarını birleştirerek "Lokomotor nöral süreç'ten söz etmiştir. 19.yy da katatonik melankolinin şiddetli bir şekli olarak kabul edilmiş ayrıca psikojenik ya da histerik katalepsi tanıları yaygın olarak kullanılmış ve Charcot, psikojenik katalepsiyi hipnozun bir evresi olarak ortaya çıkarmıştır. Bleuler, 1911'de katatonik belirtiler başlığı altında hareket, irade, bütünsel davranış ve konuşmanın şizofrenik anormalliklerini bildirmiş, daha sonra, 1950'de katatoniyi şizofreniler grubuna dahil ederek zararlı çevresel durumlardan çekilme dönemlerini karakterize eden bir durum olarak açıklamış ve böylece etiyolojide psikojenik teoriyi savunmuştur. 1991'de Fink ve Taylor'un çalışmaları sonucunda veriler kabul görmüş ve 1994'de yayınlanan DSM-IV'de katatonik belirtiler katatonik tip şizofreni, katatonik özellikli majör depresif hecme, manik hecme, karışık hecme ve genel tıbbi bir duruma bağlı katatonik bozukluk başlıkları altında sınıflandırılmıştır (Şahinler & Özmen, 2012). *Günümüzde yayımlanan DSM V'te katatonik şizofreninin alt tipi olarak değil başlı başına bir sendrom olarak sınıflandırılmıştır.*

Katatonik; dışsal uyarıların farkında (veya etkisinde) olmaksızın, motor becerinin tümüyle kaybı ya da sabit bir şekilde artmış olmasıdır (Türk Psikiyatrisi, katatonik, web.2012).

Katatonik Belirtiler

Katatonik belirtilerin tanımlanmasında Modifiye Rogers ölçeği hazırlanırken temel alınan sınıflamaya bağlı kalmıştır.

Basit hareket bozuklukları

En önemli örnekleri birbirinden zorlukla ayırılan stereotipler, mannerizmler ve posturingdir. Blokaj, donup kalma ve balmumu yumuşaklığı bu grup içinde değerlendirilirler.

Stereotipi: Amaca yönelik olmayan fiziksel hareket veya konuşmanın tekdüze olarak tekrarlanması şeklinde tanımlanabilir. Kelime ve cümlelerin otomatik olarak tekrarlanması verbal stereotipi diğer bir deyişle Verbijerasyon olarak adlandırılmaktadır.

Mannerizm: Amaca yönelik motor eylemin olağan olmayan bir biçimde yinelenmesi veya uyuma yarayan bir postürün olağan dışı bir biçimde sürdürülmesidir.

Posturing: Bedenin olağan olmayan bir tarzda biçim alması ve uygunsuz ya da acayip bir postürün istemli olarak genellikle uzun bir süre korunmasıdır. Psikolojik yastık tanımlaması bu bozukluk için iyi bir örnektir. Blokaj ve donuk kalma hareketin birden kesilip durması şeklinde görülen ve birbirinden ayrılmayan iki durumdur.

Balmumu yumuşaklığı-katılığı (fleksibilis cereawaxy flexibility): Hastanın kolu garip bir postür verilerek hareket ettirildiğinde postür devam eder ve postür bozulmaya çalışıldığında bir balmumunun esnekliğine benzer plastik bir direnç ile karşılaşılır.

Katalepsi: Sürekli olarak devam ettirilen hareketsiz bir pozisyonun genel terimidir. Balmumu yumuşaklığı ile eşzamanlı olarak kullanılmaktadır.

Daha karmaşık irade bozuklukları

Kendiliğinden hareketlerdeki bir bozukluktan daha çok hareketin ardındaki bir irade bozukluğunun yansımasıdır. İşbirliğine girme bozukluklarının bir sınıfı içerirler. Birlikte gitme (Mitgehen), birlikte yapma (Mitmachen), karşıt olma (Gegenhalten), harekette iki değerlilik (Ambitandans), Ekopraksi ve hipermetamorfosis bu grupta değerlendirilirler.

Birlikte gitme (Mitgehen): Hastanın aksine talimatlara rağmen muayene edenin çok hafif bir güç harcaması ile harekete uyması, vücudunu yeni bir pozisyona sokmasına izin vermesi ve yine aksi talimatlara rağmen bunu sürdürmesidir (Angle poise lamp: Hastanın bu şekilde kolu kaldırılabilir ve kendi etrafında döndürülebilir).

Birlikte yapma (Mitmachen): Aksine talimatlara rağmen muayene edenin hafif basınçlarına eşlik etmesi ve önceki pozisyona geri dönmesidir.

Güçlü yakalama (Forced grasping): Aksi talimatlara verilmesine rağmen hasta kendisini uzatılan eli sıkmasıdır. Yakalama refleksinin bu durumdan farklı hastanın herhangi bir nesne ile eline dokunulduğunda otomatik olarak sıkmasıdır. Bu hareket bozuklukları genel olarak artmış uyum/ otomatik itaat (emir otomatizması) ismiyle anılırlar.

Karşıt olma (Gegenhalten-Opposition): Pasif hareketlere karşı artan güç ile artırılan gevşek dirençtir. Tipik olarak esnek özellikte ve kasıtlıdan çok otomatik olarak ortaya çıkar. Sadece bir kas grubunda gözlenebilir.

Negativizm: Söylenen veya istenenlere karşı bir tutum alma olarak tanımlanır. Kendisine uzanıldığında şiddetle çekilir, uzaklaşır. Emir negativizminde hasta kendisine söylenenin tam tersini refleks biçiminde yapar. Negativizm, düşmanlık ve işbirliğine girmedeki eksiklik ile kaşınabilir. Bu hareket bozuklukları bir elde artmış uyum ve otomatik itaat, diğer elde negativizm gibi daha belirgin irade bozuklukları şeklinde de görülebilir.

Harekette iki değerlilik (Ambitandans): Negativizmin daha küçük bir formudur. Hasta belli bir bölgede yürüme veya ellerini salmama gibi bir amaca yaklaşan fakat asla ulaşmayan bir seri ileri geri deneme hareketi yapar.

Ekopraksi: Hastanın kendisinden istenmediği halde görüşmecinin hareketlerini ya da postürünü otomatik olarak kopya etmesidir.

Hipermetamorfozis: Değişik şiddette dokunma hareketleridir. Belirgin olarak artmış aktivitelerin tümünde görülür. Örneğin gelişigüzel karıştırdığı çöp kutusunun içindeki tüm nesnelere dokunur.

Davranış bozuklukları

Katatonik taşkınlıktan katatonik stupora kadar değişen şiddette artmış ya da azalmış etkinlik düzeylerini içerir.

Katatonik taşkınlık: Açıkça, amaçsız ve dış uyaranlardan etkilanmeyen artmış motor aktivitedir.

Katatonik stupor: Çevreye karşı belirgin olarak daha az tepki gösteriyor olma ve/veya kendiliğinden hareketler ve etkinlikte azalmadır.

Raptus (Katatonik İmpulsivite): Sıklıkla katatonik stupordaki hastanın tamamen anlamsız bir şiddet hareketini yapmak için aniden harekete geçmesidir. Hasta daha sonra bu hareketi için bir açıklama getiremez. Mannerizm ve stereotipik hareketler zamanla hastanın günlük aktiviteleri ile birleştirilir ve amaçlı

hareketler karikatürize, edilmiş bir hal alır. Bu duruma “manneristik davranış” denir. Yemek yerken, tokalaşırken, yazı yazarken elin olağandışı bir şekilde tutulması manneristik davranışa en iyi örnektir. Artmış uyumun karmaşık formlarına bir örnek de “advertance-benzeri fenomen”dir. Hasta kendisine yaklaşan herkese döner ve saçma bir şekilde konuşmaya başlar.

Konuşma bozuklukları

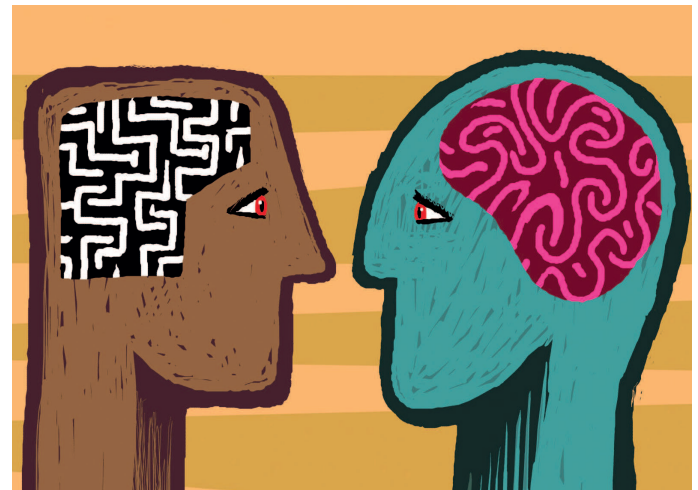
En basit konuşma bozuklukları hırıltı çıkarmak, öksürerek boğazını temizlemek ve diğer sesler ya da tekdüze bir anlatım tarzı, yapmacık tonlamalar şeklindedir. Konuşmada stereotipi (verbal stereotipi) ve mannerizm; Konuşma sırasında bir kelime veya cümlecğin tekrarlayıcı ve uygunsuz olarak araya girmesidir. Hasta her kelime sonunda -cilik, -lik gibi ekler ve çeşitli vurgulamalar kullanabilir. Diğer katatonik konuşma anormallikleri Ekolali, Palilali ve Mutizm olarak sayılabilir.

Ekolali: Kişinin, patolojik olarak, papağan gibi, karşısındakinin konuşmasını anlamsız bir şekilde tekrarlamasıdır. Israrlı ve yineleneyici olma eğilimindedir. Kısıtlı bir tonlama veya alaysı bir konuşma olabilir.

Palilali: Konuşma sırasında hastanın bir cümle içindeki son kelimeyi anlamsız bir şekilde tekrarlamasıdır.

Mutizm: Yapısal bir anomali olmaksızın hastanın konuşmamasıdır (Şahinler & Özmen, 2012).

Etiyolojisi; Katatoni DSM IV’de şizofreninin alt tipi olarak değerlendiriliyordu ve katatoni alt tip tanısı koymak için de hastanın şizofreninin tanı ölçütlerini karşılaması gerekiyordu ve nöroleptiklere bağlı parkinsonizm, genel tıbbi durum ya da manik, karışık ya da majör depressif atak gibi diğer katatoni nedenleri ile daha iyi açıklanamıyor olması gerekiyordu. DSM V’te ise katatoni ayrı bir sendrom olarak tanımlanmıştır. DSM V’te katatoni tanı kriteri;



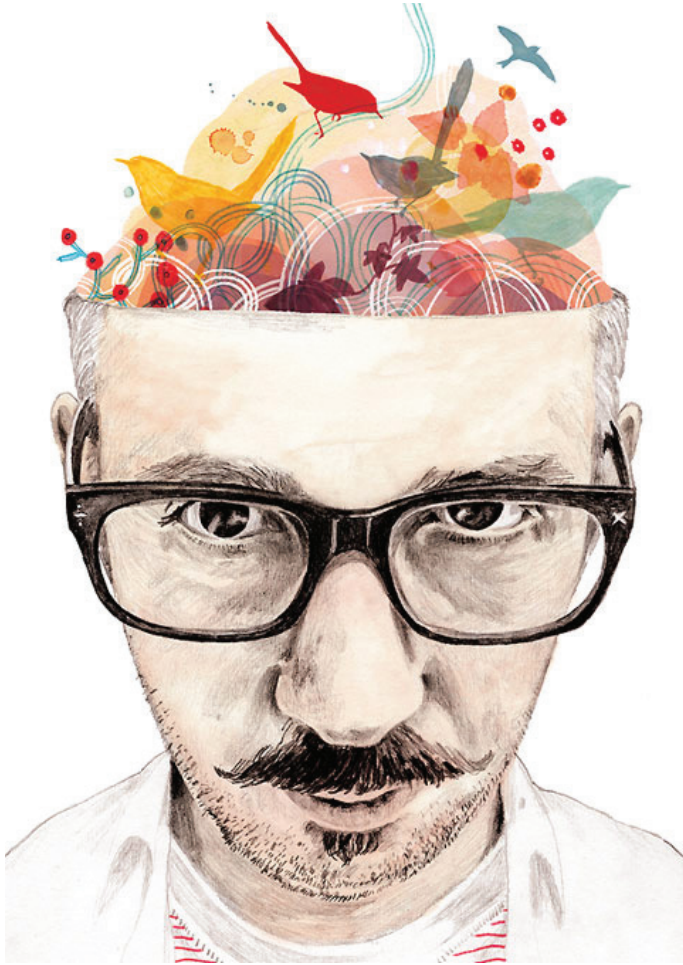
J.Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Kapsamında Ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk

Tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk kategorisi, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, “tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “süreğiden duyma varsanıları”).

“Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

1. Süreğiden duyma varsanıları herhangi başka bir özellik olmadan ortaya çıkar.

2. Duygudurum dönemlerinin belirgin olarak örtüştüğü sanrılar: Sanrılı sürecin büyük bir kesiminde, süreğiden sanrılarla belirgin olarak örtüşen duygu durum dönemlerinin olmasını kapsar (sanrılı bozuklukta yalnızca kısa süreli bir duygu durum bozukluğu olabilir tanı koşulu karşılanmamaktadır).



3. Eşik altı psikoz sendromu: Bu sendrom, tam bir psikoz için eşik altında kalan psikoz benzeri belirtilerle belirlidir (belirtiler yeterince ağır değildir, daha gelip geçicidir ve iç görü görece korunmuştur).

4. Sanrılı bozukluğu olan kişinin eşinde sanrısız belirtiler: Bir ilişki bağlamında, baskın eşten kaynaklanan sanrısız örgü, sanrılı bozukluk için tanı ölçütlerini başka türlü tam olarak karşılamayacak kişide, sanrısız inançlar oluşması için bir içerik sağlar.

K.Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında Ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk

Klinik açıdan belirgin olarak işlevsellikte düşme olmasına rağmen yukarıdaki sayılan hiçbir tanı ölçütünü karşılanmadığında klinisyenlerin bunun nedenini araştırmak ya da yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) bu tanı konur.

Sonuç

Araştırma bulgularına ağırlık tanıyan ve klinik durumun değerlendirmesinin beş eksenle yapılmasını öngören bir önceki sınıflandırma (DSM-IV) özellikle çok fazla eştanıya neden olması açısından eleştirilmekte ve DSM-5’de klinik bakış açısına ağırlık tanınmasının gerektiği vurgulanmakta idi (Şar, 2010). Yazarın bu cümlesi DSM-5 taslak aşamasında yazılmıştı. 2013’de DSM-5 yayınlandıktan sonra tanıların klinik görünümüne ağırlık vermesi taslağın pek değişikliğe uğramadığını göstermiştir. Beş eksenli tanısal değerlendirme sisteminin en önemli sorunu çok sayıda eş tanıya yol açmasıydı (Şar, 2010). DSM-5’te Üç eksenin birleştirilmesi sonucunda tüm tıbbi ve psikiyatrik tanıları tek bir yerde ele alınacaktır. Bu değişikliğin DSM-5’i uluslararası sınıflandırma olan ICD’ye (World Health Organization, 1994) biraz daha yaklaştıracığı düşünülmektedir (Şar, 2010). Bu üç eksen DSM-5’te “anabölüm II” olarak adlandırıldı. Tüm tanıları (eksen 1-2-3), anabölüm II’de birleştirildi. Anabölüm I DSM-5’in temellerini, anabölüm III ise Değerlendirme araçları, Kültürel kavramsallaştırma, Daha ileri çalışma gerektiren durumlar’ şeklinde oluşturuldu. Bu yazıda DSM-5’de yer alan Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar tanı grubu klinik görünümü ve tanılarıyla birlikte yazılmıştır.

DSM-IV TR’deki Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar tanı grubuyla karşılaştırması tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2 Psikotik Bozuklukların DSM-IV TR ve DSM 5 Karşılaştırılması

DSM-IV TR: Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	DSM 5: Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
Şizofreni - paranoid tip - dezorganik tip - katotonik tip - farklılaşmamış tip - rezidüel tip	Şizotürü (şizotipal) kişilik bozukluğu
	Sanrılı bozukluk
	Kısa psikoz bozukluğu
	Şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluğu
	Şizofreni
	Şizoduygulamınsal (şizoaffektif) bozukluk
	Maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu
Şizofreniform bozukluk	Başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu
Şizoaffektif bozukluk	
Sanrılı bozukluk	Katotoni
Kısa psikotik bozukluk Paylaşılmış psikotik bozukluk	Başka bir ruhsal bozukluğu eşlik eden katotoni (katotoni belirleyicisi)
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk Maddenin yol açtığı psikotik bozukluk	Başka bir sağlık durumuna bağlı katotoni bozukluğu
BTA psikotik bozukluk	Belirlenmemiş katotoni
	Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar
	Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar



Şizotürü (şizotipal) kişilik bozukluğu; Bu bozukluk tanısı DSM-IV TR’de eksen II’de yer almasına rağmen, DSM-5’te tanı olarak şizofreni açılımı kapsamına alınırken ölçütleri yine Kişilik Bozuklukarı içerisine konmuştur.

Sanrılı bozukluk tanısı DSM’nin her iki sürümünde alt tiplerini korurken, DSM-5’e eklenenler; olabilirliği olmayan bir içerik taşıyan sanrı seçeneği, gidiş belirleyicileri (tanı konduktan bir yıl sonra konuyor, ilk dönem ve çoğul dönem belirleyicileri), ağırlığı (anabölüm III).

Kısa Psikoz Bozukluğu, Katotoni ile giden (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden Katotoni için tanı ölçütleri) seçeneği eklenmiştir.

Şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluğu Katotoni ile giden (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden Katotoni için tanı ölçütleri) seçeneği eklenmiştir.

Şizofrenide ise;

- DSM-IV TR’deki A tanı ölçütlerinden en az ikisi gerekirken, DSM-5’te A tanı ölçütlerinden en az birinin olması.
- DSM-IV TR’de şizofreni alt türleri yer alırken, DSM-5’te bu alt türler kaldırılmış.
- DSM-IV TR’de boylamsal gidiş sınıflandırması varken, DSM-5’te gidiş belirleyicileri (ilk dönem ve çoğul dönem belirleyicileri ile sürekli ve belirlenmemiş) yer aldı.
- DSM-IV TR’de katotoni alt tip olarak yer alırken, DSM-5’te katotoni ayrı bir sendrom olarak oluşturulmuş ve katotoniye eşlikçi olarak belirtmiştir.

• DSM-IV TR’de hastalığın ağırlık belirteci yokken, DSM-5’de kullanılmadan da konabilecek bir ağırlık belirteci konmuştur.

Şizoduygulamınsal (şizoaffektif) bozukluk, DSM-5’te bu bozukluğa katotoniye eşlikçi seçeneğini ve gidiş belirleyici (tanıdan bir yıl sonra konuyor, ilk dönem ve çoğul dönem belirleyicileri) seçeneği sunuyor.

Maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu, DSM-5’de kullanılmadan da konabilecek bir ağırlık belirteci konmuştur. Diğer tüm maddeleri aynen korunmuştur.

Başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu, DSM-IV TR’de “genel tıbbi duruma bağlı” iken DSM-5’te isim değişikliğine uğramıştır. Diğer tüm maddeleri aynen korunmuştur.

Katotoni;

- DSM-IV TR’de şizofreninin alt tipi iken, DSM-5’te başlıbaşına bir sendrom olarak yer almıştır.
- DSM-5’te üç alt kısma ayrılmıştır: Başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katotoni (katotoni belirleyicisi), başka bir sağlık durumuna bağlı katotoni bozukluğu, belirlenmemiş katotoni.
- Başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katotoni (katotoni belirleyicisi) ölçütleri oluşturulmuş (A tanı ölçütünden en az üçü-12 belirleyici).
- Başka bir sağlık durumuna bağlı katotoni bozukluğu ölçütleri oluşturulmuş (A tanı ölçütünden en az üçü-12 belirleyici).
- Belirlenmemiş katotoni, üçüncü alt tip olarak yer almıştır.

BTA Psikotik bozukluk; DSM-5'te bu bozukluk iki kısma ayrılmıştır.

- Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar; tanı ölçütlerini tam karşılamadığında ve işlevsellik düştüğünde “tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünüm için örnekler verilmiştir. DSM-IV TR'deki paylaşılmış psikotik bozukluk, sözü edilen örnekler içerisinde verildi (sanrılı bozukluğu olan kişinin eşinde sanrısız belirtiler). Süregiden duyma varsanı, duygudurum dönemlerinin belirgin olarak örtüştüğü sanrılar, eşik altı psikoz sendromu verilen örneklerden diğerleridir.

- Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, klinik açıdan belirgin olarak işlevsellikte düşme olmasına rağmen yukarıdaki sayılan hiçbir tanı ölçütünü karşılanmadığında klinisyenlerin bunun nedenini araştırmak ya da yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) bu tanı konur.

Bu değişiklikler psikiyatrinin, en azından DSM-5 tarafından yansıtıldığı kadar, 20. yüzyılın ikinci yarısında başladığı spekülasyon kuramsal temellerden uzaklaşarak kendi klinik psikopatoloji bilimini kurma doğrultusundaki yolculuğunun devam ettiğini düşündürmektedir (Şar, 2010). Son olarak değinilmesi gereken, DSM-5'in dikkat çeken öz Türkçeleşmesidir. DSM-5 çevirisinde ilk bakışta dikkatimi çeken ve çok önemli bulduğum nokta şudur: Çevirinin olabildiğince ve cesurca Türkçe yapılmasına çaba gösterilmesi. DSM-IV TR ile karşılaştırıldığında bu çabayı daha iyi görebiliyoruz. Saygı duyduğum bu çabanın yanı sıra terimlerin çevirisinde önemli tutarsızlıkların ve çelişkilerin örneklerini de görmezden gelemeyiz. Bu çabanın, çevirinin kimi yerlerinde aşırılığa bile kaçtığı düşünülebilir. Hem terimler, hem metin üzerinde düşünmeye, tartışmaya değer bazı noktalar var (Öztürk, 2014). Yazın konumuzla ilgili değinecek olursak;

Kitap boyunca: “Specified=tanımlanmış; unspecified=tanımlanmamış” olarak, buna karşın “specify=belirlemek, belirleyiniz”; “specifier=belirleyici” olarak çevrilmiş. “Tanımlanmış, tanımlanmamış”ı İngilizceye geri çevirmeye kalkarsak karşılıkları “defined, undefined” olur. Bu da önemli bir çeviri yanlışlığını gösterir. Aynı çevirmenin DSM-IV TR de doğrusunu yapmış olduğunu görünce DSM-5’de neden “tanımlanmış, tanımlanmamış” a geçildiğini anlayamadım. Sayfa XII. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar: “Spectrum” karşılığında, artık siyaset dilinde hemen her anlama gelebilen “açılım” sözcüğünün kullanılması şaşırtıyor, düşündürüyor. “Otizm açılımı, şizofreni açılımı” gibi. “Spectrum” karşılığında “yelpaze” sözcüğü yadırganmamıştı ve sanırım oldukça sık kullanılıyor. “Açılım” sözcüğü hastalıkla birlikte kullanılınca kavramsal bir çağrışım doğurmuyor. “Spectrum” karşılığında “açılım” sözcüğü nasıl savunulabilir, bilemiyorum. Tıpta “açılım” sözcüğünün uygun bir kullanılışı “genetic expression=genetik açılım, genetik açılım” örneğinde görülebilir (Öztürk, 2014).

KAYNAKLAR

- Andreasson, S., Allbeck, P., & Rydberg, U. (1989). Schizophrenia in users and nonusers of cannabis: a longitudinal study in Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand*, (79), 505-510.
- Ceylan, M., & Çetin, M. (2005). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. İstanbul: Küre İletişim Grubu.
- Danacı, A. (2007). Şizoaffektif Bozukluk. E. Köroğlu, & C. Güleç içinde, *Psikiyatri Temel Kitabı* (2. b., s. 205-10). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Deveci, A., & Danacı, E. (2006). Sizofrenide Erken Uyarıcı Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 19(1), 20-23.
- Ebert, M., Loosen, P., & Nurcombe, B. (2003). *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi* (1. b.). (S. Birsöz, Çev.) Ankara: Öncü Basımevi.
- Ebert, M., Loosen, P., & Nurcombe, B. (2003). *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Erbinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M., Seçil, M., & Can, S. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (1), 5-14.
- Grover, S., Biswas, P., & Avasthi, A. (2007). Postgraduate Institute of Medical Education and Research. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 462-470.
- Hsiao, M., Liu, C., & Yang, Y. (1999). Delusional disorder: Retrospektive Analysis of 86 Chinese Outpatients. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 53, 673-676.
- Işık, E. (2006). *Güncel Şizofreni*. İstanbul: Format Matbaacılık.
- katatoni. (2012, şubat 6). *Türk Psikiyatri*: <http://www.turkpsikiyatri.org/blog/2012/02/06/katatoni/> adresinden alınmıştır
- Kayaalp, S. (1998). Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. Ankara: Feryal Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- Kulu-Şahinler, D., & Özmen, E. (2012). Katatoni: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, (10), 4-11.
- Köroğlu, E. (1996). *Şizofreni, Psikiyatri*. Ankara: Kent Basımevi.
- Köroğlu, E., & Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
- Lieberman, A. (2006). *Textbook of Schizophrenia*. Washington DC and London: The American Psychiatric Publishing.
- Özpoğraz, N. (2007). Psikozun sürekliliği kavramı: Şizoaffektif bozukluğun yeri. E. Köroğlu, & C. Güleç içinde, *Psikiyatri temel kitabı* (2 b., s. 211-6). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Öztürk, M. (2014). DSM-5 Türkçe Çevirisi Üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Öztürk, O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel tıp kitapçevleri.
- Retterstol, N., & Opjordsmoen, S. (1994). Differences in diagnosis and long-term course and outcome between monosymptomatic and other delusional disorders. *Psychopathology*, 27(3-5), 240-6.
- Sadock, B., & Sadock, B. (2003). *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Semiz, Ü. (2005). Şizoaffektif bozukluk. E. Ceylan, & M. Çetin içinde, *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-II'de* (3. b., s. 1299-312). İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., & Herken, H. (2007). H. Soygür, & . E. Cankurtaran içinde, *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* (s. 186-384). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Şar, V. (2010). DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir bakış: "batı cephesinde yeni bir şey yok" mu? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, (13), 196-208.
- Thacore, V., & Shukla, S. (1976). Cannabis psychosis and paranoid schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*(33), 383-386.
- Winokur, G., Reichl, T., & Rimmer, J. (1970). Alcoholism: Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. *Arch Gen Psychiatry*, (23), 104-111.



0342 211 80 80

psikoloji.hku.edu.tr
psikolojigundemi@hku.edu.tr

Tasarım: Gökçe KOCAMAN
Basım: Çağrı Matbaa / İstanbul

Havalimanı yolu 27410 Şahinbey / Gaziantep



Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

www.hku.edu.tr

Havalimanı Yolu PK 27410 Şahinbey/GAZİANTEP

Telefon: +90 (342) 211 80 80

E-mail: info@hku.edu.tr