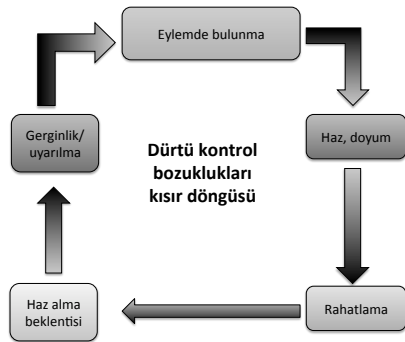


Dürtü Kontrol Bozuklukları

Yrd. Doç. Dr. Emrah SONGUR
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
Ekim 2014

Dürtü Kontrol Bozuklukları

- Dürtü kontrol bozukluklarının (DKB) ortak özelliği;
 - Hastaların kendilerine ya da diğerlerine açıkça zararlı olabilecek eylemlerin gerçekleştirilme istek ve arzularına tekrarlayıcı bir biçimde **karşı koyamazlar**.
 - Hastalar eylem öncesinde artan bir **gerginlik ve uyarılma, bazen de haz alma** beklentisi yaşarlar.
 - Eylemi gerçekleştirirken **haz, doyum ve rahatlama** sağlarlar.
 - Yapılan eylemler benlikle uyumludur (**egosintonik**)
 - Eylem gerçekleştirildikten sonra hastalarda yoğun **suçluluk duygusu** ya da **pişmanlık** olur



Dürtü Kontrol Bozuklukları (Devam)

- DSM-IV-TR'de dürtü kontrol sorunlarının bulunduğu çok çeşitli hastalıklar bulunmakla birlikte, başka yerde sınıflandırılmamış belli başlı 6 dürtü kontrol bozukluğu vardır. Bunlar;
 - Kleptomani*
 - Aralıklı patlayıcı (intermitan eksplozif) bozukluk*
 - Patolojik kumar oynama*
 - Piromani*
 - Trikotilomani*
 - Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu*



Kleptomani

Tanım

- Kişinin kişisel kullanım ya da parasal değer için **ihtiyaç duyulmayan nesneleri** çalmaya yönelik dürtülerine yineleyen biçimde karşı koyamaması olarak tanımlanan bir dürtü kontrol bozukluğudur.
 - Çalma eylemi **kızgınlığı göstermek** ya da **intikam almak** için yapılmaz, **hezeyan** ya da **halüsinasyon etkisinde** yapılmaz.
 - Kleptomanide **çalma eyleminin** kendisi amaçtır.

Kleptomani

Etiyoloji

- Biyolojik etkenler
 - Bu hastalarda **serotonin eksikliği** olduğu düşünülmektedir.
 - Serotonin gerialımını inhibe eden ilaçların antiobsesyonel etkileri yanında **anti-impulsif etki** göstermesi bu görüşü destekler
- Psikodinamik etkenler
 - Psikanalitik kuramlar genel olarak bu davranışların **bilinç dışı dürtüler, istekler, çatışmalar ve gereksinimlere karşı bir savunmayı** ya da simgesel bir **hazı** temsil ettiği vurgulanmaktadır.

Kleptomani

Epidemiyoloji

- Yaygınlığının kesin olarak bilinmemekle beraber çok nadir olduğu (toplumda **100.000’de 6**) tahmin edilmektedir.
 - Mağzadan hırsızlık yapanların **%3,8-24’ünde**
 - Blumia’sı olanların **%24’ünde**
- Kadın > Erkek

Kleptomani

Klinik Görünüm

Eylem öncesi yaşananlar	• Çalma dürtüsüyle ilgili olarak yaşanan ve gittikçe artan gerginlik duygusu
Eylem anında yaşananlar	• Amaç çalmak olup, yakalanma olasılığı düşünülmez. • Eylem planlamadan gerçekleştirilir. • Kişi işine yaramayan/maddi değeriyle ilişkili olmadan nesneleri birden çok kez çalar.
Eylem sonrası yaşananlar	• Önce; haz duyulur ve gerginlik duygusu azalır. • Öfke-intikam vb. duygular yaşanmaz. • Sonra; suçluluk, anksiyete hatta depresyon izlenir. • Olay ve çalınanlar saklanır/el altından geri götürülür. • Çalma dürtüsüne karşı koymak için, örn; alışverişe gitmekten kaçınma vb. davranışlar izlenebilir.
Tedavi yaklaşımı	• İlaç tedavisi; SSRI/lityum (ilk seçenekler) • Naltrekson, naltrekson+SSRI, yeni nesil antipsikotikler • Psikodinamik tedaviler: Davranış terapisi, içgörü kazandırmaya yönelik psikanalitik psikoterapi

Kleptomani

Gidiş ve Prognoz

- Genellikle **ergenlik** çağında ya da **20’li yaşların ortalarında** başlar
 - Hastalık kısa süren ve tekrarlayan çalma dönemleri ile gider ve bu eylemden yakalanana kadar sürebilir.
 - Genelde **30-40’lı yaşlara kadar** sürdüğü görülmektedir.

Kleptomani

Birliktelik Durumları

- Hastaların çoğu **ek tanı** olarak duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluğu tanısı alırlar.
- Hastalarda diğer DKB, alkol ve madde kullanımı, **yeme bozuklukları** da sıklıkla görülür.

Kleptomani

Tedavi

- Farmakolojik yaklaşımlar
 - En sık kullanılan ajanlar; **SSRI, Lityum**
 - **Naltrekson**: kontrol edilemeyen arzu ve isteklerin azaltılmasına yardımcı olabilir. **SSRI’larla birlikte** kombine edilebilir.
 - Yeni nesil (atipik) antipsikotikler: kleptomanide faydası tartışmalı
- Psikoterapötik yaklaşımlar
 - Davranış terapisi, içgörü kazandırmaya yönelik psikanalitik psikoterapi



Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Tanım

- Ciddi saldırganlık ya da diğer insanların malına zarar verme ile sonuçlanan ve yinelenen biçimde saldırganlık dürtülerine karşı koyamama ataklarıyla tanımlanan bir tür DKB'dur.
- Kişinin ataklar sırasında sergilediği öfke ve saldırganlık psikososyal stresöre göre **abartılı ve orantısızdır**.
- Bu hastalığın tanısı için saptanan agresif atakların **başka bir ruhsal bozuklukla** daha iyi açıklanamaması gerekir.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Epidemiyoloji

- Yaşam boyu süren aralıklı patlayıcı bozukluk oranının %6,8 toplumdaki oranının da %0,9 (ikinci eksen tanıları da eklenirse %1,8) olduğu bildirilmiştir.
- E:K= 3:1 (son zamanlarda yapılan çalışmalarda E=K)

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Klinik Görünüm

Patlayıcı davranış öncesi yaşananlar	• Saldırganlık patlamaları ataklar şeklindedir • Şiddeti genellikle olayla orantısızdır. • Hasta tarafından "nöbet" veya "tutulma" olarak tanımlanan ataklar dakikalarca/saatlerce sürebilir. • Tanı için birden çok atak olması gerekir
Sonrası yaşananlar	• Pişmanlık ve kendine yönelik kızgınlık gözlenir. • Bazılarında tükenme ve uyku hali izlenir.
Ara dönemler	• Genellikle dürtüsellik/agresyon görülmez. Görülse de sözel ve yıkıcı olmayan tarzdadır.
Nöropsikolojik değerlendirme	• Harflerin yerini değiştirme vb. hafif bilişsel güçlükler, öyküde geç konuşma/koordinasyon bozukluğu vb. gelişimsel sorunlar, çocukluk çağı febril nöbetler, bilinç yitimine yol açan nöbetler/kafa travması öyküsü saptanabilir.
Tedavi yaklaşımı	• İlaç tedavisinde kesin bir yöntem yok. SSRI verilebilir. • Psikodinamik yaklaşımlar: sınır koyma ve karşı-aktarım sorunları nedeniyle psikoterapisi güç ve tehlikeli olabilir. • Öfke yönetimi için; bilişsel/davranışçı tedavi, aile ve grup tedavisi, sosyal beceri eğitimi verilebilir. • EEG nöro-feedback denenebilir.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Gidiş ve Sonlanım

- **Ergenlikte ya da erken erişkinlikte** başlar ve **ortalama 20 yıl** kadar sürer. **Otuzlu yaşların sonuna kadar** devam ettiği kabul edilir.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Birliktelik Durumları

- Bu hastalarda yaşam boyu duygudurum bozukluğunun %76, anksiyete bozukluğunun %78, alkol ve madde kullanımının %60 ve kişilik bozukluklarının %33 gibi yüksek oranlarda bulunduğu bildirilmiştir.
- Bu hastalarda **diğer DKB** da daha sık görülür.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Ayrırcı Tanı

- Kişilik bozuklukları (Antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu)
 - Dürtüsellik ve agreasyon kişinin kişilik özellikleri arasındadır. **Süreklilik** gösterir.
- Paranoid şizofreni
 - Hasta **hezeyan ve halüsinasyonlarına uygun şekilde şiddet** davranışı gösterir.
- Temaruz

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Tedavi

- Farmakolojik tedavi
 - Kesin etkisi olduğu gösterilen ilaç yoktur.
 - Antikonvülzanlar, antipsikotik ve antidepresan ilaçlar, benzodiazepinler, beta bloker ilaçlar, lityum, stimulanlar ve opioid antagonistleri kullanılmaktadır.
- Psikoterapötik yaklaşımlar
 - Psikodinamik yaklaşımlar: sınır koyma ve karşı-aktarım sorunları nedeniyle psikoterapisi güç ve tehlikeli olabilir.
 - Öfke yönetimi için; bilişsel/davranışçı tedavi, aile ve grup tedavisi, sosyal beceri eğitimi verilebilir.
 - EEG nöro-feedback denenebilir.



Piromani

- Yineleyici, kasıtlı ve amaca yönelik yangın çıkarma davranışıdır.
- Bu davranış;
 - Parasal bir kazanç sağlamak için,
 - Sosyopolitik ideolojinin bir dışa vurumu olarak,
 - Bir suç eylemini gidermek için,
 - Kızgınlığı göstermek için,
 - İntikam almak için,
 - Kişinin yaşam koşullarını iyileştirmek için,
 - Bir hezeyan ya da halüsinasyona yanıt olarak,
 - Yargılama bozukluğunun sonucu olarak

YAPILMAZ

Piromani

Epidemiyoloji

- Nadir görülen bir bozukluktur.
 - Klinik ortamda yangın çıkaran hasta sayısı çok lakin bu hastaların çok azında piromani tanısı vardır.
- Psikiyatride yatan hastaların %2-15'i yangın çıkarır.
- Hastaların büyük kısmı **< 18 yaş ve %90 erkektir**.
 - Çoğu duygusal ve ekonomik olarak yoksun olan ailelerden gelir.

Piromani

Klinik Görünüm

- Tanı dışlama yoluyla konur.
- Piromanisi olan kişiler;
 - Komşularında meydana gelen yangınların düzenli izleyicisidir.
 - Yanlış yangın alarmları verirler.
 - Yangınla ilgili özel eşya, araç ve gereçlere aşırı ilgi gösterirler.
 - Yangınla ilgili her olaya karşı belirgin ilgileri vardır.
 - Yangının kişinin yaşamı ya da malları üzerindeki sonuçlarına karşı duyarsızdırlar. Hatta yangının verdiği hasardan haz duyarlar. Bazılarında yangınla cinsel haz duyma da görülebilir.

Piromani

Gidiş ve Sonlanım

- Genellikle **çocukluk döneminde** başlar.
– Tedavi edilen çocuklarda hastalığın gidişi iyidir ve tamamen iyileşme görülebilir.
- Özellikle tedavi görmeyen hastaların süreç içinde yasalarla ilgili sorunlar yaşadıkları ve antisosyal kişilik bozukluğu belirtileri bulunduğu izlenmektedir.

Piromani

Tedavi

- Yangın çıkartan kişilerin tedavisi motivasyon eksikliği sebebiyle **güç** olmaktadır.
- **Birliktelik gösteren psikiyatrik hastalıklar** tedavi edilir.
- Farmakolojik tedavi;
– Farmakoterapi uygulamalarıyla ilgili bilgiler sınırlı.
- Psikoterapötik yaklaşımlar;
– *Davranışçı terapi + aile tedavisi*



Patolojik Kumar Oynama

- Sürekli, yineleyen ve uygunsuz kumar oynama davranışını içeren bir dürtü kontrol bozukluğudur.

Patolojik Kumar Oynama

Epidemiyoloji

- Nispeten sık görülen bir DKB'dir.
- Kumar oynanan yerlere yakınlığıyla ilişkili olarak yaygınlığının ortalama **%0,2-5** arası değiştiği bildirilmiştir.
- DSM-IV'de erişkinlerde yaygınlığının **%2-3** olduğu belirtilmiştir.
- Sıklıkla **ergenlik dönemi ve yirmili yaşlarda** başlar.
– **> 35 yaşta** kumara oynama erkeklerde az görülür.
- Genelde hastalar alt-orta, orta gelir düzeyinden erkeklerdir.
- E:K = 3:1 (20'li yaşlarda 4:1)

Patolojik Kumar Oynama

Klinik Görünüm

- Genelde kumar oynama üzerine aşırı kafa yorar,
- İsteddiği heyecanı sağlamak için kumar oynadığı para miktarını gittikçe artırır,
- Başka gün kaybettiklerini yerine koymak için geri gelir,
- Yüksek miktarda para ile kumar oynadıklarını ailelerinden ve çevresindekilerden gizlerler.
- Ailesinin birikimlerini tüketirler
- Tanıdıklarından, aile üyelerinden borç alırlar.
- Sağtekarlık, dolandırıcılık, hırsızlık, zimmete para geçirme gibi yasa dışı eylemlerde bulunabilirler

Patolojik Kumar Oynama Gidiş ve Sonlanım

- Tipik patolojik kumarbazlar tedavi öncesinde tanımlanmış bazı hastalık dönemlerinden geçer;
 - Kazanma dönemi
 - Kişinin büyük miktardaki parayı beklenmedik şekilde kumardan kazanmasıyla başlar → Düzenli olarak bahse girmeye başlar → Bunları yaparken öforik hisseder.
 - Kaybetme dönemi
 - Sıklıkla kötü şansla başlar → “kaybettiklerini kovalama” döngüsü başlar → Depresif belirtiler gibi ruhsal sorunların başlaması → yasa dışı para kaynağı arama dönemi → umutsuzluk



Patolojik Kumar Oynama Tedavi

- Psikoterapötik yaklaşımlar
 - Adsız kumarbazlar
 - Bazı programlar
 - Bağımlılık temelli 12 basamaklı modeller
- Farmakolojik yaklaşım
 - Bipolar bozukluk ile birlikteliğinde: Li
 - Karbamazepin
 - SSRI'lar
 - **Naltrekson**
 - Opioid antagonisti
 - Oynama dürtü ve arzusu ↓
 - SSRI + naltrekson
 - SSRI + Li

Trikotilomani



Trikotilomani

- Kişinin belirgin biçimde saç kaybı ile sonuçlanacak kadar yineleyen bir biçimde kendi saçını yolması ile tanımlanan bir DKB'dur.

Trikotilomani Epidemiyoloji

- Genel toplumdaki sıklığı kesin olarak bilinmemektedir.
- Bazı çalışmalarda toplumun %4 kadarını etkilediği bildirilmiştir.
- $K > E$ (çocuklarda $E=K$)

Trikotilomani

Klinik Görünüm

- Hastaların bir kısmı saçlarını çektiklerini inkar edebilirler.
- Bazı hastalar saçlarını yalnızken çeker, bazıları çevrelerinde birileri varken de saçlarını çekebilir.
- Saç çekme davranışı stresli dönemlerde artar.
- Bazı hastalar saçlarını koparıırken “vecd hali” benzeri bir durumda olduklarını söylerler.

Trikotilomani

Klinik Görünüm - Trikofaji

- Saç yeme (trikofaji) ve saçın ağızda oynanması saç yolmayı izleyebilir.
- Trikofajinin komplikasyonları;
 - Trikozeoar
 - Beslenme yetersizliği
 - Barsak tıkanması
 - Kanama
 - Perforasyon
 - Pankreatit

Trikotilomani

Klinik Görünüm (Devam)

- Hastalık tüm beden bölgelerini etkileyebilir.
- Etkilenmiş bölgelerde kısa ve kırılmış saçlar bir hat üzerinde ya da sirküler bulunabilir.
- Saçlı deride ya da deride bir anormallik yoktur.
- İnflamasyonun olmadığı yama biçiminde alopesi alanları vardır.
- Hastalar saç stillerini değiştirerek alopesi alanlarını ustalıkla saklarlar.

Trikotilomani

Klinik Görünüm (Devam)

- Tanının onaylanmasında punch biopsi faydalıdır. Psikolojik değerlendirme yararlı değildir.

Trikotilomani

Gidiş ve Sonlanım

- Sıklıkla **çocukluk ve ergenlikte** başlar.
 - Küçük çocuklarda saç koparma hafiftir ve kendiliğinden geçebilir.
 - Daha sonraki yaşlarda başlayan hastalıkların gidişi kötü ve tedavisi daha zordur.
- Hastalığın **ilk 6 ayında tedavi** başladığında gidişi daha iyi olur.

Trikotilomani

Klinik Görünüm ve Tedavi Yaklaşımı

Saç ya da kılları çekme ya da koparma	• Ataklar stresliyen artar, dakikalarca/saatlerce sürebilir. • TV izleme, çalışma, uyanma vb. durumlarda izlenebilir. • Hasta eylemi çok sonrasına kadar fark edemeyebilir. • Bazısı bu sırada “vecd hali” benzeri durumdadır. • Acı duyulsa da bundan çok söz edilmez.
Saç yeme (trikofaji, trikozeoar)	• Saç ağızda oynanır ya da törensel şekilde yenir. • Sonuçta: beslenme yetersizliği, perforasyon, kanama, barsak tıkanıklığı, pankreatit gibi komplikasyonlar görülebilir.
Tanısının onaylanması	• Punch biopsi: artmış katagen, saç boyunca melanin pigmenti yayılımı, üst folikül ve infundibulumda garnüller
Davranışları	• Kişi kendi yapsa da; görünüşüne duyarlılık, utanç, alay edilmemesi için gizleme (peruk vb.), benlik saygısı azalmışsa kaçınma davranışı (sosyal izolasyon) görülebilir.
Tedavi yaklaşımı	• Dermatolojik ilaçlar; topikal steroid, antihistaminik vb. • Psikotropikler: antidepressanlar, antidepresan + düşük doz antipsikotik, lityum, naltrekson, anksiyolitikler • Psikoterapötik yaklaşımlar; içgörü yönelimli psikoterapi uygulanır. Davranışçı tedavi ya da kısa dönemli tedavide hipnoz yapılabilsen de sonuçlar kesin değildir.