

PSİKOPATOLOJİ

KAYGI BOZUKLUKLARI	3
PANİK BOZUKLUĞU VE AGORAFOBİ	8
YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU (GAD)	13
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	18
OBSESİF-KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR: BİRİKTİRİCİLİK, TRİKOTİLLOMANİ VE DERİ YOLMA BOZUKLUĞU	23
BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	27
BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI	33
TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU (Binge Eating Disorder)	38

MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI	42
MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI	47
KİŞİLİK BOZUKLUKLARI.....	52
KİŞİLİK BOZUKLUKLARI: KÜME B VE KÜME C	58

KAYGI BOZUKLUKLARI

1. Kaygı Bozukluklarının Tanımı ve Kapsamı

Kaygı ya da anksiyete, insanın gelecekte gerçekleşebileceğini düşündüğü olası tehlikeler karşısında verdiği doğal ve adaptif bir tepkidir. Ancak bu tepkinin aşırı, süreklilik arz eden ve yaşam kalitesini bozan şekli “kaygı bozukluğu” olarak tanımlanır. DSM-5-TR’ye göre kaygı bozuklukları aşağıdaki alt tipleri içerir:

- Özgül fobi
- Sosyal fobi (Toplumsal kaygı bozukluğu)
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık (mutizm)
- Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu

- Tanımlanmış veya tanımlanmamış diğer kaygı bozuklukları

Bu bozukluklar klinik açıdan anlamlı bir sıkıntı yaratır ve sosyal, işle ilgili alanlar ile diğer önemli işlevsellik alanlarını olumsuz etkiler.

2. Özgül Fobi

2.1. Tanımı

Özgül fobi, kişinin belirli nesne ya da durumlara karşı aşırı, gerçekçi olmayan korku ve kaygı duyması durumudur. Örneğin yükseklik, uçak, hayvanlar, iğne yapılması gibi.

2.2. Klinik Özellikleri

- Kaygı nesnesi ya da durumuna maruz kalındığında yoğun korku ve kaygı ortaya çıkar.
- Kişi bu durumdan kaçınır ya da zorunda kaldığında aşırı korku yaşar.
- Korku ve kaçınma davranışları bu nesnenin veya durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre orantısızdır.
- Belirtiler **en az altı ay** sürer ve günlük yaşamı önemli ölçüde etkiler.

2.3. Biyolojik ve Psikolojik Faktörler

Genetik faktörlerin etkisi ikiz çalışmalarında **%35** ile **%51** arasında bulunmuştur. Kan ve hayvan fobilerinde genetik etkiler daha belirgindir.

- Psikanalitik kuramda özgöl fobilerin bilinçdışı çatışmalarla ilişkili olduğu ileri sürölürken, öğrenme kuramı fobilerin klasik ve edimsel koşullanma ile ortaya çıktığını savunur.

3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Toplumsal Kaygı Bozukluğu)

3.1. Tanımı

Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin başkaları tarafından değeriendirilme korkusu nedeniyle sosyal durumlarda belirgin bir kaygı yaşaması durumudur. Bu kaygı, toplumsal etkileşimlerde, gözlenme durumlarında ya da performans sergileme anlarında kendini gösterir.

3.2. Klinik Özellikleri

- Kişi küçük düşeceği, utanç duyacağı ya da başkaları tarafından reddedileceği endişesi taşır.
- Sosyal ortamlardan kaçınır ya da yoğun kaygı ile katlanır.
- Bu durum **en az altı ay** sürer ve kişinin toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozabilir.

3.3. Biyolojik Faktörler

- Genetik yatkınlık, mizaç özellikleri ve nörotransmitter sistemindeki bozukluklar etkilidir.

3.4. Psikolojik Faktörler

- Öğrenme kuramı sosyal anksiyetenin oluşumunda önemlidir.
- Bilişsel kuram, olumsuz düşünce kalıplarının kaygıyı tetiklediğini belirtir.
- Ebeveyn-çocuk etkileşimleri ve olumsuz sosyal yaşantılar da önemli risk faktörleridir.

4. Panik Bozukluğu ve Agorafobi

- Panik bozukluğu, beklenmedik panik atakların tekrar etmesi ile karakterizedir.
- Agorafobi, panik ataklardan ve diğer kaygı durumlarından kaçınmak için belirli yerlerden veya durumdan kaçınma davranışıdır.

5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

- Kişinin kontrol edemediği, aşırı ve sürekli bir kaygı hali vardır.
- Genellikle günlük olaylar, iş, sağlık gibi çeşitli alanlarda endişe duyulur.

6. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

- Özellikle çocuklarda görülen, bakım veren kişiden ayrılma korkusudur.

7. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

- Çocuklarda belirli sosyal ortamlarda konuşamama durumudur.

8. Kaygı Bozukluklarının Genel Özellikleri ve Tedavi Yaklaşımları

- Kaygı, adaptif ve koruyucu olmasına karşın; bozukluk durumunda yaşam kalitesini ve işlevselliği bozar.
- Tedavide Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) etkin bir yöntemdir.
- İlaç tedavisi genellikle antidepresan ve anksiyolitiklerle yapılır.
- Maruz kalma terapisi fobilerin tedavisinde özellikle önemlidir.

PANİK BOZUKLUĞU VE AGORAFOBİ

1. Panik Bozukluğu Tanımı ve Klinik Özellikleri

Panik bozukluğu, tekrarlayan ve beklenmedik panik ataklarla karakterize edilen bir anksiyete bozukluğudur. Panik atağı, genellikle birkaç dakika içinde doruğa ulaşan yoğun bir korku ve içsel sıkıntı halidir. Bu dönemde birey, aşırı çarpıntı, terleme, titreme, solunum güçlüğü, göğüs ağrısı, baş dönmesi gibi çok sayıda fiziksel ve psikolojik belirtiyi deneyimler. Bu belirtilerden **en az** dördü panik atağı sırasında görülmelidir.

Panik bozukluğunun temel özellikleri:

- En az bir panik atağının ardından, bireyin **bir ay** veya daha uzun süre süren bir panik atağı tekrar edeceğine dair yoğun kaygı ya da bu ataklardan kaynaklanan davranış değişiklikleri göstermesidir. Örneğin, panik atak geçirmekten kaçınmak amacıyla belli yerlerden, durumlardan kaçınma davranışı geliştirilmesi.
- Panik atakları genellikle aniden ve önceden bir uyarı olmadan başlar, herhangi bir fiziksel ya da psikolojik tetikleyici gerektirmez.
- Panik bozukluğu, başka tıbbi hastalıklar (örneğin hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) veya başka psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz.
- Panik atak sırasında yaşanan belirtiler kültüre özgü farklılıklar gösterebilir; ancak bu belirtiler tanı için gerekli dört belirti arasında sayılmaz.

2. Panik Atak Belirtileri

Panik atağı sırasında görülebilen başlıca belirtiler şunlardır:

1. Kalp çarpıntısı, kalbin hızlı atması veya anormal ritmi
2. Aşırı terleme
3. Titreme veya sarsılma
4. Nefes darlığı veya boğulma hissi
5. Soluk tıkanıklığı hissi
6. Göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma hissi
7. Bulantı, karın ağrısı veya sindirim sorunları
8. Baş dönmesi, sersemlik, bayılacakmış gibi hissetme
9. Üşüme, ateş basması, ürperme
10. Duyumsuzluk, karıncalanma hissi
11. Gerçekdışılık ya da kendinden kopma hissi (derealizasyon, depersonalizasyon)
12. Kontrolü kaybetme ya da delirme korkusu
13. Ölüm korkusu

3. Panik Bozukluğunun Nedenleri

3.1. Biyolojik Faktörler

- Genetik yatkınlık: İkiz ve aile çalışmaları, panik bozukluğunun genetik bir bileşeni olduğunu göstermektedir.
- Beyin yapısı ve işlevi: Beynin limbik sistemindeki (özellikle amigdala) aşırı uyarılma panik atağı tetikleyebilir.
- Nörotransmitterler: Serotonin, norepinefrin ve GABA gibi kimyasalların dengesizliği panik bozukluklarında önemli rol oynar.
- Karbondioksit aşırı duyarlılığı: Panik atakların tetiklenmesinde aşırı karbondioksit duyarlılığı rol oynar.

3.2. Psikolojik Faktörler

- Öğrenme kuramı: Klasik koşullanma yoluyla belirli uyaranlar panik atağına neden olabilir.
- Bilişsel kuram: Kişilerin panik belirtilerini felaketleştirmesi ve yanlış yorumlaması panik atağı tetikler.
- Ayrılık anksiyetesi: Özellikle çocuklukta ebeveynlerden ayrılmaya bağlı anksiyete gelişimi panik bozukluğu riskini artırabilir.
- Stresli yaşam olayları: Travma, ciddi kayıplar, kronik stres panik bozukluğu gelişimine katkı sağlar.

4. Agorafobi

4.1. Tanımı

Agorafobi, kişinin kaçmanın zor olduğu ya da yardım alamayacağı durumlarda (örneğin toplu taşıma, açık ve kapalı alanlar, kalabalık yerler, evin dışı gibi) belirgin korku veya kaygı yaşaması durumudur. Bu korku, panik ataklar ile birlikte ortaya çıkabilir ya da bağımsız olarak gelişebilir.

4.2. Klinik Özellikler

- En az beş farklı durumla ilgili belirgin korku veya kaygı olur.
- Kişi bu durumları genellikle kaçınmaya çalışır veya zorunlu kaldığında yoğun korku ile karşılar.
- Korku ya da kaygı, yaşanan tehlikenin gerçek riskine göre orantısızdır.
- Belirtiler **en az altı ay** sürmelidir.

4.3. Agorafobinin Tanı Ölçütleri

- Kişi, panik bozukluğu tanısını karşılıyor ya da karşılamıyor olabilir; her iki durumda da agorafobi tanısı konabilir.
- Korku, kaygı veya kaçınma davranışı sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarını belirgin biçimde etkiler.

5. Tedavi Yaklaşımları

5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

- Panik bozukluk ve agorafobide en etkili psikoterapi yöntemidir.
- Kişinin panik belirtilerini yanlış yorumlama ve felaketleştirme eğilimleri üzerine odaklanır.
- Maruz kalma terapisiyle, kişi korktuğu durumlarla kontrollü biçimde karşı karşıya getirilir.

5.2. İlaç Tedavisi

- Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve bazen benzodiazepinler kullanılır.
- İlaç tedavisi genellikle psikoterapi ile birlikte yapılır.

5.3. Diğer Yaklaşımlar

- Rahatlama teknikleri, nefes egzersizleri ve yaşam tarzı değişiklikleri tedaviyi destekler.

6. Sonuç

Panik bozukluğu ve agorafobi, bireyin yaşam kalitesini ciddi biçimde etkileyen, kronikleşme potansiyeli olan kaygı bozukluklarıdır. Erken tanı ve uygun tedaviyle, semptomlar önemli ölçüde azaltılabilir ve bireyin işlevselliği yeniden kazanılabilir.

YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU (GAD)

1. Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanımı ve Klinik Özellikleri

Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB), bireyin **en az altı** aylık süre boyunca, çoğu gün aşırı ve kontrol edilemeyen kaygı ve kuruntulara maruz kalması ile karakterize edilen kronik bir anksiyete bozukluğudur. Bu kuruntular, genellikle kişinin iş, okul, sağlık veya sosyal ilişkiler gibi çeşitli yaşam alanlarına ilişkin kaygılı beklentileridir ve kişinin bu düşüncelerini denetim altına alma çabası genellikle başarısızlıkla sonuçlanır.

Bu durumun belirgin özellikleri:

- Kişi, yaşadığı kaygı ve kuruntuları durdurmakta veya azaltmakta ciddi güçlük çeker.
- Bu aşırı kaygı hali, bireyin yaşam kalitesini düşürür, sosyal, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanlarında ciddi sorunlar yaratır.

Kaygı ve kuruntularla birlikte en az altı ay boyunca çoğu gün aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) gözlemlenir:

1. Dinginleşememe, huzursuzluk ya da sürekli diken üstünde olma hali.
2. Kolay yorulma ve enerji düşüklüğü.
3. Konsantrasyon güçlüğü veya zihnin boşalması hissi.

4. Kolay sinirlenme, kızgınlık veya tahammülsüzlük.
5. Kas gerginliği, bedensel rahatsızlık hali.
6. Uyku bozuklukları; uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük, ya da dinlendirmeyen uykular.

- Çocuklarda, bu belirtilerden yalnızca birinin bulunması yaygın kaygı bozukluğu tanısı için yeterlidir.

2. Yaygın Kaygı Bozukluğunun Ayırt Edici Özellikleri

- Kaygı ve bedensel belirtiler, madde kullanımı ya da tıbbi bir durumdan kaynaklanamaz (örneğin hipertiroidi).
- Bu durum, başka psikiyatrik bozukluklarla (panik bozukluğu, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk vb.) daha iyi açıklanamaz.
- Kaygı hali, kişinin önemli işlevlerini engeller veya ciddi bir sıkıntıya yol açar.

3. Yaygın Kaygı Bozukluğunun Nedenleri ve Gelişim Süreci

3.1. Biyolojik Faktörler

- Genetik Yatkınlık: İkiz ve aile çalışmaları, YKB'nin genetik temellerinin olduğunu ortaya koymuştur. Yaklaşık **%30-40** genetik etki olduğu düşünülmektedir.
- Nörotransmitter Dengesizlikleri: Serotonin, norepinefrin ve GABA sistemlerindeki düzensizlikler kaygı bozukluklarının oluşmasında rol oynar.

- Beyin Yapısı ve İşlevi: Limbik sistem, özellikle amigdala ve hipokampus, aşırı uyarılmaya duyarlı olabilir.

3.2. Psikolojik Faktörler

- Psikanalitik Yaklaşım: Bilinçdışı çatışmalar ve erken dönem deneyimler kaygının temelinde yatar.
- Bilişsel Model: Kişilerin negatif düşünceleri ve tehdit algılamaları aşırı kaygıya yol açar.
- Öğrenme Kuramı: Kaygı, şartlanma yoluyla oluşabilir; olumsuz deneyimler tekrarlandığında kaygı artar.

3.3. Sosyal ve Çevresel Faktörler

- Stresli yaşam olayları (iş kaybı, aile sorunları, hastalıklar) YKB riskini artırır.
- Aile içi tutumlar, ebeveynin aşırı koruyucu veya eleştirel davranışları da çocuğun kaygı gelişiminde etkili olabilir.

4. Klinik Görünüm ve Komorbidite

- YKB'de kaygı ve bedensel belirtiler kronik seyreder; sık sık uykusuzluk, yorgunluk ve konsantrasyon bozukluğu görülür.
- Depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarıyla yüksek oranda birlikte görülür (komorbidite).
- Sosyal, mesleki işlevsellikte bozulmalar sık yaşanır.

5. Tedavi Yaklaşımları

5.1. Psikoterapi

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): En etkin tedavi yöntemidir. Kaygılı düşüncelerin fark edilip değiştirilmesi, gevşeme ve maruz kalma teknikleri uygulanır.
- Gevşeme Egzersizleri: Kas gevşetme, nefes teknikleri gibi yöntemlerle bedensel kaygı azaltılır.
- Duyarsızlaştırma: Kaygı uyaranlarına aşamalı maruz kalma yoluyla adaptasyon sağlanır.

5.2. İlaç Tedavisi

- SSRI ve SNRI türü antidepresanlar yaygın kullanılır.
- Anksiyolitikler (benzodiazepinler) kısa süreli ve dikkatli kullanılmalıdır.
- Tedavi süreci bireye göre uzun olabilir ve düzenli takip gerekir.

5.3. Yaşam Tarzı ve Destekleyici Yaklaşımlar

- Düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, uyku düzeni ve stres yönetimi destekleyicidir.
- Sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi tedavi başarısını artırır.

6. Sonuç

Yaygın kaygı bozukluğu, bireyin yaşamını önemli ölçüde etkileyen, ancak uygun tedavi ve destekle yönetilebilen kronik bir hastalıktır. Erken tanı ve çok disiplinli yaklaşımlar, hastaların yaşam kalitesini yükseltir ve işlevselliklerini iyileştirir.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

1. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun (OKB) Tanımı

Obsesif-Kompulsif Bozukluk, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, tekrarlayan takıntı ve/veya zorlantıların varlığı ile karakterize kronik ve karmaşık bir anksiyete bozukluğudur. DSM-5-TR'ye göre OKB şu iki temel bileşenle tanımlanır:

- Takıntılar (obsesyonlar): Kişinin istemsiz, zorla ve sürekli olarak aklına gelen, genellikle kaygı veya sıkıntıya yol açan düşünce, dürtü ya da imgeleridir. Birey bu düşünceleri bastırmaya, göz ardı etmeye çalışır veya başka düşünce ya da eylemlerle etkisizleştirmeye uğraşır.
- Zorlantılar (kompulsiyonlar): Takıntılara karşılık gelen, bireyin zorunlu olarak yerine getirdiği, davranışsal ya da zihinsel eylemler veya ritüellerdir. Bu eylemler kaygıyı azaltma, zarar görme korkusunu engelleme amacı taşır; ancak bu amaçlarla ilişkili olmayan ya da orantısızdır.

2. Klinik Özellikler

- Takıntı ve zorlantılar günlük yaşamda **en az bir saat** veya **daha fazla** zaman harcanacak kadar yoğunudur ve bireyin sosyal, işlevsel ya da kişisel yaşamını olumsuz etkiler.
- Takıntı ve zorlantı belirtileri başka bir madde kullanımı veya tıbbi durum ile açıklanamaz.

- Belirtiler, diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileriyle karıştırılmamalıdır. Örneğin; yaygın anksiyete bozukluğunda aşırı kuruntular olabilir, ancak OKB'nin tanısal ölçütlerine uymaz.

3. Takıntıların (Obsesyonların) Özellikleri

- Tekrarlayıcı ve ısrarcı düşünceler, imgeler ya da dürtüler şeklindedir.
- Çoğu zaman rahatsız edici, uygunsuz, anlamsız ve kişiye yabancı gelir.
- Kişi bu düşünceleri kontrol etmeye çalışsa da başaramaz.
- Örnekler: Kirlenme korkusu, zarar verme düşünceleri, düzen takıntısı, dini ya da cinsel içerikli uygunsuz düşünceler.

4. Zorlantıların (Kompulsiyonların) Özellikleri

- Tekrarlayan davranışlar (örneğin, el yıkama, eşyaları düzenleme, sayma) ya da zihinsel eylemler (örneğin, dua etme, kelimeleri sessizce tekrar etme) biçiminde ortaya çıkar.
- Bu davranışlar, kaygıyı azaltmak veya korkulan bir olayı engellemek amacıyla yapılır.
- Genellikle katı kurallara bağlı olarak yerine getirilir ve bu durum, bireyin esnek davranmasını engeller.

5. DSM-5-TR Tanı Kriterleri

- Takıntı veya zorlantıların varlığı.
- Takıntılar veya zorlantılar, günde **en az bir saat** boyunca bireyin zamanını alır veya önemli işlevsellik bozukluğuna yol açar.
- Semptomlar madde kullanımı veya tıbbi bir durumdan kaynaklanmaz.
- Belirtiler diğer psikiyatrik bozukluklar tarafından daha iyi açıklanamaz.

6. İçgörü Düzeyleri

- İyi ya da oldukça iyi içgörü: Birey, takıntı-zorlantıların gerçekçi olmadığını ya da olabileceğini anlar.
- Kötü içgörü: Kişi, belirtilerinin gerçek olduğuna inanma eğilimindedir.
- İçgörüsüzlük/sanrısız inanışlar: Kişi takıntılarının gerçek olduğuna kesinlikle inanır.

7. OKB İle İlişkili Bozukluklar

DSM-5-TR sınıflandırmasına göre, OKB'ye yakın belirtiler gösteren aşağıdaki bozukluklar da tanı kapsamındadır:

- **Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu):** Kişinin görünüşünde gerçek olmayan ya da abartılı kusurlar olduğunu düşünmesi ve buna bağlı tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemler.
- **Biriktiricilik Bozukluğu:** Sahip olunan eşyaları atamama ve aşırı birikim davranışı.
- **Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu):** Tekrarlayan saç yolma davranışı.
- **Deri Yolma Bozukluğu:** Tekrarlayan deri yolma davranışı.
- **Madde/ilaç kaynaklı OKB ve ilişkili bozukluklar**

8. Tedavi Yaklaşımları

- **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):** Maruz kalma ve tepki önleme teknikleriyle etkinlik sağlanır.
- **Farmakolojik Tedavi:** SSRI'lar ve bazen antipsikotikler kullanılır.
- **Multidisipliner Yaklaşım:** Psikoterapi, ilaç tedavisi ve destekleyici yöntemler bir arada uygulanır.

9. Sonuç ve Önem

Obsesif-Kompulsif Bozukluk, tedavi edilmezse bireyin günlük yaşamını ciddi şekilde bozan, kronik ve zorlayıcı bir rahatsızlıktır. Ancak erken tanı, uygun psikoterapi ve ilaç tedavisi ile semptomlar büyük ölçüde azaltılabilir ve bireyin işlevselliği yeniden kazanılabilir.

OBSESİF-KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR: BİRİKTİRİCİLİK, TRİKOTİLLOMANİ VE DERİ YOLMA BOZUKLUĞU

1. Biriktiricilik Bozukluğu

1.1. Tanımı

- Biriktiricilik bozukluğu, kişinin sahip olduğu nesneleri gerçek değeri ne olursa olsun, onları elden çıkarmakta veya onlarla ilişkisinin kesilmesinde sürekli bir güçlük yaşamasıyla karakterize edilen klinik bir durumdur. Bu güçlük, bireyin bu nesneleri saklamasının gerekliliği algısı ve onları kaybetmenin yaratacağı sıkıntıya dayanır. Sonuç olarak, biriktirilen nesneler yaşam alanlarını işgal eder, ortalığa yığılır ve bu nesneler genellikle kullanım amaçlarından oldukça uzaklaşmıştır.

1.2. Klinik Özellikler

- Yaşam alanlarında bir yığının olmaması durumunda, bu durum genellikle üçüncü şahısların müdahaleleriyle sağlanmıştır.
- Biriktiricilik, klinik açıdan bireyde belirgin bir sıkıntı yaratır ve toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında düşüşe yol açar.
- Bu durum kişinin ve çevresindekilerin güvenliğini tehlikeye atabilir.

1.3. Tanı Kriterleri ve Ayırt Edici Özellikler

- Biriktiricilik başka bir sağlık durumuna (örneğin beyin yaralanması, serebrovasküler hastalık) veya başka ruhsal bozukluğun (OKB'deki takıntılar, psikozdaki sanrılar) belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.
- Biriktiricilikle aşırı edinme (gereksiz nesneleri toplama) birlikte görülebilir.
- İçgörü düzeyi değişkendir; kişi davranışlarının sorunlu olduğunu fark edebilir ya da inkar edebilir.

2. Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu)

2.1. Tanımı

Trikotillomani, kişinin kendisini tekrarlayan biçimde saçını yolması sonucu saç kaybına yol açan davranışsal bir bozukluktur. Kişi saç yolma davranışını azaltma veya durdurma yönünde çaba gösterir ancak başarılı olamaz.

2.2. Klinik Görünüm

- Saç yolma davranışı genellikle stres veya sıkıntı anlarında artar.
- Saç kaybı gözle görülür ve sosyal işlevselliği bozan bir durum oluşturabilir.
- Saç yolma davranışı, dermatolojik bir sorundan kaynaklanmaz.

2.3. Ayırt Edici Tanı

- Trikotillomani, diğer ruhsal bozukluklardaki (örneğin beden algısı bozukluğu) benzer davranışlarla karıştırılmamalıdır.

3. Deri Yolma Bozukluğu (Ekskoriasyon Bozukluğu)

3.1. Tanımı

Deri yolma bozukluğu, kişinin derisinde berelenme veya lezyon oluşturacak şekilde tekrar eden deri yolma davranışı göstermesidir. Kişi deri yolmayı azaltmak ya da durdurmak için girişimlerde bulunur ancak başarılı olamaz.

3.2. Klinik Özellikler

- Deri yolma, kişinin günlük yaşamını önemli ölçüde etkileyen bir sıkıntı yaratır ve sosyal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte azalmaya yol açar.
- Bu davranış, madde etkisi ya da başka bir tıbbi durumla açıklanamaz.
- Deri yolma, psikoz, beden algısı bozukluğu gibi diğer ruhsal bozukluklardan ayırt edilmelidir.

4. Ortak Özellikler ve Tedavi Yaklaşımları

- Biriktiricilik, trikotillomani ve deri yolma bozuklukları, impuls kontrol bozuklukları veya obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları kapsamında değerlendirilir.
- Bu bozukluklarda tekrarlayan ve kontrol edilemeyen davranışlar, kişinin yaşam kalitesini düşürür.
- Tedavi yaklaşımları genellikle Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemlerini içerir.
- İlaç tedavisi olarak SSRI grubu antidepresanlar kullanılabilir.
- Davranışsal teknikler arasında maruz kalma ve tepki önleme, dürtü kontrolü ve gevşeme egzersizleri yer alır.
- Sosyal destek ve psikoeğitim tedavinin tamamlayıcı unsurlarıdır.

BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

1. Bedensel Belirti Bozukluğu

1.1. Tanımı

Bedensel belirti bozukluğu, bireyin bir ya da **daha fazla** bedensel belirti nedeniyle yoğun sıkıntı duyması, günlük yaşamının bu belirtiler yüzünden önemli ölçüde kesintiye uğraması ile tanımlanır. Belirtiler çeşitli organ sistemlerini kapsayabilir ve kişinin bu belirtilerle veya sağlık durumuyla ilgili aşırı, orantısız ve süreklilik gösteren düşünceleri, duyguları ya da davranışları olabilir.

1.2. Tanı Ölçütleri

- Bedensel belirtiler rahatsızlık verici boyuttadır veya işlevselliği ciddi şekilde bozar.
- Kişi belirtilerin önemini abartır, sürekli sağlık durumu hakkında aşırı kaygı taşır ve bu duruma aşırı zaman ve enerji harcar.
- Bu durum **altı aydan** uzun sürer; belirti sürekli olmayabilir ama sürekli yakınmalar yaşanır.
- Alt tip: Belirtiler ağrının baskın olduğu kişiler için özel tanımlanabilir.

1.3. Şiddet Düzeyleri

- Ağır olmayan: Bireyden biri belirtileri karşılar.
- Orta derecede: İki ya da **daha fazla** belirti görülür.
- Ağır: Çoklu belirti veya çok ağır tek belirti vardır ve işlevsellikte belirgin azalma mevcuttur.

2. Hastalık Kaygısı Bozukluğu (Hipokondriyazis)

2.1. Tanımı

Bireyin ciddi bir hastalığa sahip olduğu ya da olacağına dair aşırı ve süregelen korku ve kaygı duyduğu durumdur. Bu korku, fiziksel belirti olmadan veya var olan belirti hafif düzeydeyken ortaya çıkar. Kişi sağlıkla ilgili aşırı davranışlar (örneğin, vücudu sık sık kontrol etmek) sergiler veya aşırı kaçınma davranışı gösterebilir (örneğin, doktora gitmekten kaçınma).

2.2. Klinik Özellikler

- Korku ve kaygı **en az altı ay** sürer.
- Sağlıkla ilgili davranışlarda aşırıya kaçılır veya gereksiz kaçınmalar yapılır.
- Belirtiler başka ruhsal bozukluklar tarafından daha iyi açıklanamaz.

2.3. Alt Tipleri

- Bakım arayan tür: Sık sık sağlık kontrolleri yaptırma eğilimi.
- Bakıma kaçan tür: Sağlık hizmetlerinden kaçınma.

3. Konversiyon (Dönüştürme) Bozukluğu (İşlevgören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu)

3.1. Tanımı

İstemli olmayan motor ya da duysal işlevlerde kayıp veya değişiklik şeklinde ortaya çıkan ve klinik olarak nörolojik hastalıklarla açıklanamayan belirtilerle karakterizedir. Örnekler arasında felç, tremor, körlük ve duyu kaybı bulunur.

3.2. Tanı Ölçütleri

- Klinik bulgular belirtilerin bilinen tıbbi durumlarla uyuşmadığını gösterir.
- Başka bir tıbbi veya ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
- Belirtiler işlevsellikte bozulmaya neden olur ve sağlık değerlendirmesi gerektirir.

3.3. Alt Türler

- Güçsüzlük/paralizi
- Olağandışı devinim (tremor, distoni vb.)
- Yutma veya konuşma bozuklukları
- Anestezi ya da duyusal kayıplar
- Akut (**6 aydan** kısa) veya sürekli (**6 aydan** uzun) seyir
- Ruhsal etken varlığı ya da yokluğu

4. Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler

4.1. Tanımı

Bir bireyin tıbbi durumunu, ruhsal veya davranışsal etkenlerin olumsuz etkilediği durumdur.

Bu etkenler:

- Hastalık sürecini hızlandırabilir veya ağırlaştırabilir.
- Tedaviye uyumu zorlaştırabilir.
- Yeni sağlık sorunları ortaya çıkarabilir.

- Altta yatan hastalığın belirtilerini etkileyebilir.

4.2. Şiddet Düzeyleri

- Ağır olmayan: Hastalık olasılığını artırır.
- Orta derecede: Sağlık durumunu kötüleştirir.
- Ağır: Hastaneye yatış gerektirir.
- Aşırı: Ölümcül sonuçlara yol açabilir.

5. Yapay Bozukluk (Faktit)

5.1. Kendine Yüklenen Yapay Bozukluk

- Kişinin kendisinde yanlış veya gerçek dışı bedensel ya da ruhsal belirtiler yaratması veya yaralanmaya yol açmasıdır.
- Kişi kendisini hasta, iş göremez veya yaralı olarak gösterir.
- Bu davranışta dışsal ödüller olmayabilir.
- Sanrılı bozukluklar ve psikozlar ile kariştirilmez.

5.2. Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (Munchausen by Proxy)

- Bireyin başkasında yanlış ya da gerçek dışı belirtiler yaratmasıdır.
- Genellikle çocuk veya bakım verilen **bir kişide** hastalık belirtileri oluşturulur.
- Kişi bu durumu başkalarına yansıtır.
- Tedavi ve müdahalede zorluklar yaşanır.

BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

1. Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Genel Tanımı

Beslenme ve yeme bozuklukları, bireyin yeme alışkanlıklarında belirgin sapmalar, yetersiz veya aşırı beslenme, bu durumun fiziksel ve psikolojik sağlığı olumsuz etkileyecek düzeye ulaşmasıyla kendini gösteren psikiyatrik rahatsızlıklardır. DSM-5-TR sınıflandırmasına göre beslenme ve yeme bozuklukları şunları içerir:

- Anoreksiya nervoza
- Bulimia nervoza
- Tıkınırcasına yeme bozukluğu
- Pika
- Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu
- Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu
- Tanımlanmış diğer yeme bozuklukları
- Tanımlanmamış yeme bozuklukları

Bu bozuklukların ortak özelliği, kişinin beden imgesi, kilo, yeme davranışı ve beslenme ile ilgili algılarında bozulmalar olmasıdır.

2. Anoreksiya Nervoza

2.1. Tanımı

Anoreksiya nervoza, kişinin enerji alımını yaşamı için gerekli olan düzeyin çok altına düşürecek biçimde kısıtlaması sonucu, yaş, cinsiyet ve gelişim düzeyine göre belirgin biçimde düşük vücut ağırlığına ulaşmasıdır. Bu durum, kişinin kendisini değerlendirmesinde vücut ağırlığı ve biçimine aşırı önem vermesi ve mevcut düşük ağırlığının tehlikelerini algılayamaması ile birlikte görülür.

2.2. Tanı Kriterleri

- Kişi kilo almaktan veya şişmanlamaktan aşırı korkar ya da kilo almayı önleyecek sürekli davranışlar sergiler.
- Kişi beden algısında bozukluk yaşar; mevcut düşük ağırlığını gerçekçi biçimde değerlendiremez.

Kilo kaybı ya da düşük vücut ağırlığı, erişkinlerde VKİ (Vücut Kitle İndeksi) değerlerine göre kategorize edilir:

- Ağır olmayan: $VKİ \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Orta derecede: $VKİ 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Ağır: $VKİ 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

- Aşırı: VKİ < 15 kg/m²

2.3. Alt Türleri

- Kısıtlayıcı tür: Son **üç ay** içinde tıknırcasına yeme veya çıkarma dönemleri olmamıştır. Kilo kaybı aşırı diyet yapma, aç kalma veya aşırı egzersizle sağlanır.
- Tıknırcasına yeme/çıkarma türü: Son **üç ay** içinde tekrarlayan tıknırcasına yeme ve çıkarma dönemleri görülür.

2.4. Klinik Önemi

- Anoreksiya nervoza, ciddi fiziksel komplikasyonlar, beslenme yetersizlikleri ve psikososyal bozukluklara yol açar.
- Tedavi edilmediğinde ölüm riski yüksektir.

3. Bulimia Nervosa

3.1. Tanımı

Bulimia nervoza, tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri ve bunu dengelemek için uygunsuz telafi edici davranışların (kendi kendini kusturma, laksatif kullanımı, aşırı egzersiz vb.) eşlik ettiği yeme bozukluğudur.

3.2. Tanı Kriterleri

- Tıkınırcasına yeme atakları, benzer koşullarda ve sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden **daha fazla** yiyeceği kısa sürede yeme ile tanımlanır.
- Bu dönemde kişi yeme davranışını kontrol edemediğini hissederek.
- Uygunsuz telafi edici davranışlar haftada **en az bir kez, üç ay** boyunca devam eder.
- Kişinin kendilik değerlendirmesi aşırı biçimde vücut biçimi ve ağırlığına bağlıdır.
- Bu bozukluk anoreksiya nervoza döneminde ortaya çıkmaz.

3.3. Alt Türleri

- Tam olmayan yatışma gösteren: Tanı ölçütleri önceden tam karşılanmış ancak bazı belirtiler halen devam eder.
- Tam yatışma gösteren: Tanı ölçütleri önceden tam karşılanmış ve artık hiç belirti yoktur.

3.4. Klinik Önemi

- Bulimia nervoza, genellikle normal ya da hafifçe düşük ağırlıkta bireylerde görülür.
- Fiziksel olarak kusma kaynaklı diş eti sorunları, elektrolit dengesizlikleri ve gastrointestinal problemler gelişebilir.

4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

- Bu bozukluk, düzenli olarak aşırı miktarda yiyeceğin kontrolsüzce tüketilmesi ve buna bağlı rahatsızlık hissinin oluşmasıyla karakterizedir.
- Telafi edici davranışlar görülmez.
- Genellikle obezite ile ilişkilidir.

5. Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

- Pika: Yenmeyen maddeleri (toprak, kireç, kağıt) yeme alışkanlığıdır.
- Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu: Yenilen yiyeceklerin ağızdan çıkarılmasıdır.
- Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu: Besin çeşitliliğinin aşırı kısıtlanması.

6. Tedavi Yaklaşımları

- Psikoterapi, özellikle Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) beslenme ve yeme bozukluklarında en etkin yöntemdir.
- Beslenme eğitimi ve aile terapileri destekleyicidir.
- Farmakolojik tedavi; antidepresanlar ve bazı anksiyolitikler, özellikle bulimia ve tıkınırcasına yeme bozukluğunda kullanılır.

TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU (Binge Eating Disorder)

1. Tanımı ve Klinik Özellikleri

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, bireyin belirli bir süre içinde (genellikle **2 saatlik** bir zaman diliminde) normal **bir kişinin** yiyebileceğinden çok **daha fazla** miktarda yiyeceği kontrolü kaybederek tüketmesi ve bu dönemde yeme davranışını durduramama hissi yaşamasıyla tanımlanan ciddi bir yeme bozukluğudur. Bu bozukluk, kişide belirgin bir sıkıntı yaratır ve kişinin sosyal, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanlarını olumsuz etkiler.

Klinik olarak tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdaki özellikler eşlik eder:

- Yemeklerin olağandan çok daha hızlı yenmesi,
- Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissine dek yeme,
- Bedensel açlık duymamasına rağmen aşırı yemek tüketimi,
- Bu davranışın genellikle gizli yapılması ve utanma nedeniyle yalnız başına yenmesi,
- Tıkınırcasına yeme sonrası yoğun suçluluk, pişmanlık ve kendinden tikslenme duyguları.

Bu davranışlar, ortalama olarak haftada **en az bir kez** olmak üzere, **üç ay** boyunca düzenli olarak tekrarlanır.

2. Tanı Kriterleri ve Sınıflandırma

DSM-5-TR'ye göre tıknırcasına yeme bozukluğunun tanı kriterleri şu şekildedir:

- Tıknırcasına yeme dönemleri olması,
- Bu dönemlerin sıklığı ve yoğunluğu,
- Tıknırcasına yemeye bulimia nervozada görülen uygunsuz telafi edici davranışların eşlik etmemesi,
- Bozukluğun diğer psikiyatrik veya tıbbi durumlarla açıklanamaması.

Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğu belirtilerinin ağırlığı, atakların haftalık sıklığına göre; ağır olmayan, orta derecede, ağır ve aşırı olarak derecelendirilir.

3. Etiyoloji: Nedenleri ve Gelişim Süreci

3.1. Biyolojik Faktörler

- Genetik yatkınlık, aile ve ikiz çalışmalarıyla desteklenmektedir.
- Beyin yapısı ve işlevindeki anormallikler, özellikle ödül sistemindeki değişiklikler tıknırcasına yemeye ilişkilidir.
- Nörotransmitter sistemindeki (özellikle serotonin ve dopamin) bozukluklar bu bozukluğun patofizyolojisinde rol oynar.

- Kilo ayar noktası ve metabolik mekanizmalar da etkili olabilir.

3.2. Psikolojik Faktörler

- Psikanalitik kuram, yeme bozukluklarının erken yaşta yaşanan çatışmalardan kaynaklandığını belirtir.
- Öğrenme kuramı, yeme davranışının pekiştirilmesiyle tıknırcasına yemenin ortaya çıktığını savunur.
- Bilişsel kuram ise bireyin yeme, kilo ve beden algısındaki çarpıtmaların bozukluğa yol açtığını vurgular.
- Kişilik özellikleri, duygusal düzenleme problemleri ve aile içi ilişkiler önemlidir.
- Diyet kısıtlaması ve beslenme düzensizlikleri de tetikleyici faktörlerdendir.

4. Tedavi Yaklaşımları

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):

- Yeme davranışları, beden imgesi ve mükemmeliyetçilik ile ilgili olumsuz inançların değiştirilmesi hedeflenir.
- Diyet yapma, aşırı kontrolcülük ve kendini kusturma gibi davranışların yerine sağlıklı beslenme ve beden algısı oluşturulur.

İlaç Tedavisi:

- SSRI'lar (Seçici serotonin geri alım inhibitörleri) ve bazı antidepresanlar kullanılır.
- Tedavi genellikle psikoterapi ile kombine edilir.

Diğer Yaklaşımlar:

- Aile terapisi ve destekleyici grup terapileri.
- Duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi.

5. Sonuç

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, tedavi edilmezse obezite, depresyon, sosyal izolasyon gibi ciddi psikososyal sorunlara yol açabilir. Erken tanı ve multidisipliner tedavi, hastaların yaşam kalitesini artırır, semptomları azaltır ve uzun vadeli iyileşme sağlar.

MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI

1. Madde Kullanımı ve Kötüye Kullanımı

Madde kullanımı, çeşitli psikoaktif maddelerin kontrollü ya da kontrolsüz olarak alımıdır. Madde kötüye kullanımı ise kişinin sosyal, mesleki ya da fiziksel işlevselliğini bozacak şekilde, maddeleri uyumsuz ve zararlı biçimde kullanmasıdır.

Psikoaktif maddeler farklı gruplara ayrılır:

- Depresanlar: Alkol, opioidler (morfin, eroin vb.), sedatif ve hipnotik ilaçlar. Merkezi sinir sistemini yavaşlatır, kaygıyı azaltır, ancak yüksek dozlarda solunum depresyonu ve ölüme yol açabilir.
- Uyarıcılar: Kokain, amfetaminler, nikotin. Beyin aktivitesini artırır, uyanıklığı ve enerjiyi yükseltir.
- Halüsinojenler: LSD, psilosibin, meskalin, esrar, PCP gibi duyuşsal algıyı bozan maddeler.

2. DSM-5'te Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı

Bir yıl içinde aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin görülmesi tanı için gereklidir ve bu belirtiler klinik açıdan anlamlı sıkıntı ya da işlevsellikte bozulma yaratmalıdır:

1. İstenenden daha fazla veya uzun süreli madde kullanımı.
2. Maddeyi kontrol altına alma ya da bırakma çabalarının başarısız olması.
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcanması.
4. Madde kullanımı için yoğun istek ve zorlanma.
5. İş, okul, ev gibi sorumlulukların ihmal edilmesi.
6. Sosyal ve kişilerarası sorunlara rağmen madde kullanımına devam edilmesi.
7. Günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması.
8. Tehlikeli durumlarda madde kullanımı.
9. Madde kullanımının fiziksel veya psikolojik zararlara rağmen sürdürülmesi.
10. Tolerans gelişmesi (aynı etki için dozun artırılması).
11. Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.

3. Madde Kullanım Bozuklukları İçin Önemli Hususlar

- Madde miktarı, yasal ya da yasadışı olması tanı için belirleyici değildir.
- Tanı, günlük işlevsellikteki bozulma ve kişisel sıkıntıya göre konur.
- Yoksunluk belirtileri maddeye göre farklılık gösterir; örneğin alkol yoksunluğunda terleme, titreme olurken, LSD'de genellikle yoktur.

4. İnternet Bağımlılığı Bozukluğu

- İnternet kullanımının aşırı, uyumsuz ve kişinin günlük hayatını olumsuz etkilediği durumdur. DSM-5'te resmi bir bozukluk olarak tanımlanmamış ancak "daha ileri çalışma gerektiren" kategoriye alınmıştır.
- İnternet bağımlılığı, kompulsif mesajlaşma, internet oyunları bağımlılığı gibi alt türlere ayrılır.
- Beyin aktiviteleri, kimyasal bağımlılık ve kumar bağımlılığı ile benzer özellikler gösterir.
- Risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, depresif ruh hali, düşük benlik saygısı, duygusal dengesizlik ve dürtüsellik vardır.
- Sosyal medya bağımlılığı dışa dönüklükle, oyun bağımlılığı ise saldırganlık ve heyecan arayışıyla ilişkilidir.

5. Kötüye Kullanılan Madde Grupları

5.1. Depresanlar

- Merkezi sinir sistemini yavaşlatır, kaygıyı azaltır ve bilişsel süreçleri etkiler.
- Yüksek dozda solunum baskılanması sonucu ölüm riski vardır.
- Alkol, eroin gibi maddeler "zevk seli" yaratabilir.

5.2. Uyarıcılar

- Beynin uyarılmasını sağlar, enerji ve dikkat artışı sağlar.
- Kokain ve amfetamin gibi maddeler yoğun bağımlılık yapar.

5.3. Halüsinojenler

- Duyu algısında bozulmalar ve halüsinasyonlar yaratır.
- LSD, psilosibin, esrar, PCP gibi maddeler bu gruba dahildir.
- Hem rahatlatıcı hem panikleyici etkileri olabilir.

6. Alkol Bağımlılığı Risk Faktörleri

- Erkeklerde kadınlara göre daha yüksek risk taşır.
- Kadınların alkolü metabolize etme yetenekleri daha düşüktür, bu da zararları artırır.
- 20-40 yaş aralığı en riskli dönemdir.
- Ailede bağımlılık öyküsü, antisosyal kişilik, düşük sosyoekonomik koşullar risk faktörlerindendir.
- Bekarlık ve kötü yaşam koşulları alkol bağımlılığını artırır.

7. Sonuç ve Tedavi Yaklaşımları

- Madde kullanım bozuklukları, kronik, nükslerle seyreden ve tedavi gerektiren ciddi hastalıklardır.
- Tedavi; psikoterapi, farmakoterapi ve sosyal destek bileşenlerinden oluşur.
- Motivasyon arttırıcı görüşmeler, bağımlılık tedavi merkezleri ve rehabilitasyon programları önemlidir.

MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI

1. Kuramsal Bakış Açıları

1.1. Genetik Faktörler

- Genetik çalışmalar, alkol, amfetamin, kokain, eroin ve tütün kullanım bozukluklarında genetik faktörlerin önemli rol oynadığını göstermektedir.
- Ailede madde kullanımı öyküsü olan bireylerin risk oranı 4-8 kat **daha fazladır**.
- Erken ergenlikte başlayan madde kullanımı, ailevi etkiler ve akran baskısıyla ilişkilidir.
- Genetik etkenler, madde kullanımının orta ve erken yetişkinlik dönemindeki devamını açıklar.
- Dopaminle ilişkili genlerin madde bağımlılığına katkısı üzerinde çalışmalar sürmektedir.

1.2. Psikodinamik Bakış Açısı

- Psikodinamik kuram, aşırı alkol kullanımı ve bağımlılığı oral-bağımlı kişilik özelliklerine bağlar.
- Bu kurama göre, aşırı alkol kullanımı bebeklik döneminde yaşanan psikoseksüel gelişim aşamalarına (oral dönem) saplanma sonucu ortaya çıkar.
- Yetişkinlikte alkol ve sigara kullanımı, bireyin oral doyum arayışının bir yansımasıdır.

1.3. Davranışçı Yaklaşım

- Davranışçı teori, madde kullanımını edinilmiş problemli alışkanlık olarak görür.
- Madde kullanımı olumlu pekiştirme (haz verme) veya olumsuz pekiştirme (anksiyete, depresyon gibi olumsuz duygulardan kaçış) yoluyla güçlenir.
- Genetik yatkınlık inkar edilmez ancak öğrenme süreçleri vurgulanır.
- Olumsuz duygusal durumlar, madde kullanımının gelişiminde kritik rol oynar.

1.4. Sosyokültürel Bakış Açısı

- Madde kullanımı, bireyin yaşadığı çevrenin sosyal ve kültürel normlarından etkilenir.
- Sosyal normlar, bireyin madde kullanımı davranışını teşvik edebilir veya engelleyebilir.
- Ergenler ve genç yetişkinler, madde alt kültürlerine maruz kalma ve akran baskısı nedeniyle risk altındadır.
- Aile desteğinin varlığı, risk faktörlerinin etkisini azaltabilir.

2. Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisi

- Madde bağımlıları tedaviye başlamada motive olmayabilirler; bu nedenle motivasyonel görüşme teknikleri uygulanır.
- Motivasyonel görüşme, danışanla destekleyici ilişki kurarak, madde kullanımının olumsuz etkilerini fark ettirmek ve değişim için adımlar atılmasını teşvik etmeyi amaçlar.
- Tedavi genellikle yoksunluk belirtilerinin yönetimi ile başlar; ardından bağımlılık tedavisi sürecine geçilir.
- Tedavi ortamları klinik, ayaktan ya da rehabilitasyon merkezleri olabilir.
- Tedavi sonrası, madde kullanımının önlenmesi ve tekrar başlamamasına yönelik destek sağlanmalıdır.

KOMPÜLSİF KUMAR OYNAMA BOZUKLUĞU

3. DSM-5 Tanı Kriterleri

Kompulsif kumar oynama, madde bağımlılığı benzeri özellikler gösteren, kontrol edilemeyen ve sosyal, mesleki işlevselliği bozan bir davranışsal bağımlılıktır. DSM-5 tanı kriterleri şu şekildedir:

- Giderek daha yüksek heyecan veya coşku yaşamak için kumar oynama miktarının artması.
- Kumar oynamayı bırakma ya da azaltma girişimlerinin huzursuzluk veya sinirlilik gibi yoksunluk belirtileri ile başarısız olması.
- Kumar davranışını kontrol etmek için tekrarlanan ve sonuç vermeyen çabalar.
- Kumar üzerine sık sık düşünme, olumlu ya da olumsuz değerlendirmelerle meşguliyet.
- Sıkıntılı veya çaresiz olduğunda kumar oynama eğilimi.
- Kaybedilen parayı telafi etmek amacıyla yeniden kumara dönme (geri kazanma isteği).
- Kumar oynama sıklığını veya miktarını gizlemek için yalan söyleme.
- Kumar oynama nedeniyle önemli ilişkilerin, işin veya eğitim fırsatlarının tehlikeye girmesi veya kaybedilmesi.
- Başkalarının maddi kaynaklarını kumar oynamak için kullanma.

4. Kompulsif Kumar Oynama ve Madde Bağımlılığı Ortak Noktaları

- İki durum da yüksek uyarılma ve haz deneyimiyle ilişkilidir.
- Kontrol kaybı, dürtüsellik ve bağımlılık davranışları benzerlik gösterir.
- Kompulsif davranışlar kesildiğinde veya engellendiğinde yoksunluk belirtileri görülebilir (baş ağrısı, uykusuzluk, iştah kaybı).
- Psikolojik profil olarak dürtüsellik, ben-merkezcilik, duygusal dengesizlik, düşük engellenme toleransı ve manipülatif özellikler öne çıkar.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

1. Kişilik Bozuklukları Genel Tanımı ve DSM-5-TR Klasifikasyonu

Kişilik bozuklukları, bireyin düşünme, duygu ve davranış kalıplarının, toplumsal normlardan belirgin biçimde sapmasıyla ortaya çıkan, esnek olmayan, yaygın ve uzun süreli örüntülerdir. Bu bozukluklar bireyin işlevselliğini olumsuz etkiler ve genellikle erken erişkinlikte başlar.

DSM-5-TR kişilik bozukluklarını üç kümede sınıflandırır:

- A Kümesi (Tuhaf, Eksantrik Küme): Paranoid, Şizoid, Şizotipal kişilik bozuklukları
- B Kümesi (Dramatik, Duygusal, Değişken Küme): Antisosyal, Borderline (Sınırdan), Histriyonik, Narsisistik kişilik bozuklukları
- C Kümesi (Kaygılı, Korkulu Küme): Çekingen, Bağımlı, Obsesif-Kompulsif kişilik bozuklukları

2. A Kümesi Kişilik Bozuklukları

2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

- Genel bir güvensizlik ve başkalarının kötü niyetli olduğu yönünde kuşkuculuk haliyle karakterizedir.
- Başkalarının kendisini sömürdüğüne dair yersiz kuşkular taşır, söylenenleri yanlış yorumlar, sırlarını saklar.

- Kin besler, başkalarının davranışlarını saldırı olarak algılar ve aşırı tepki verir.
- Tanı koymak için belirtiler erken erişkinlikte başlamalıdır ve başka psikozlarla karışmamalıdır.

2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

- Sosyal ilişkilerden uzak durma, duygusal soğukluk, yalnızlığı tercih etme ve başkalarının övgü veya yer-gilerine kayıtsız kalma ile karakterizedir.
- Yakın ilişkilerde yetersizlik, cinsel ilgi eksikliği ve çoğunlukla sosyal izolasyon görülür.

2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

- Yakın ilişkilerde rahatsızlık, tuhaf düşünceler ve algısal bozukluklar içerir.
- Büyüsel düşünceler, garip inançlar, olağandışı konuşma ve davranışlar, kuşkuculuk belirgindir.
- Sosyal kaygı ve kendine güvensizlik yoğundur.

3. B Kümesi Kişilik Bozuklukları

3.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

- **15 yaşından** itibaren yasal kurallara uyulmaması, başkalarının haklarının ihlali, dürtüsellik, saldırganlık ve sorumsuzluk örüntüsü ile karakterizedir.
- Yalan söyleme, dolandırıcılık ve suç davranışları sık görülür.
- Kişide pişmanlık ve vicdan azlığı yoktur.
- Tanı koymak için **18 yaş ve üzeri** olması gerekir ve **15 yaş** öncesinde davranım bozukluğu öyküsü aranır.

3.2. Borderline (Sınırdaki) Kişilik Bozukluğu

- Erken erişkinlikte başlayan, kişilerarası ilişkilerde tutarsızlık, kimlik bozukluğu, yoğun duygudurum değişiklikleri ve belirgin dürtüsellik ile seyreder.
- Terk edilmekten aşırı korkma, çılgınca çaba gösterme, kendine zarar verme davranışları görülür.
- İntihar girişimleri, duygusal boşluk ve öfke kontrol sorunları yaygındır.
- Geçici psikoz benzeri belirtiler ortaya çıkabilir.

3.3. Histriyonik Kişilik Bozukluğu

- Dikkat çekme, dramatik ve yüzeysel duygulanımlar, aşırı duyarlılık ve başkalarının onayına aşırı bağımlılık görülür.
- Kişilerarası ilişkilerde manipülatif davranışlar ve hızlı değişen ilişkiler tipiktir.

3.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

- Kendini aşırı yücelten, üstünlük duyguları taşıyan, başkalarının empatisinden yoksun bireylerdir.
- Eleştiriye karşı tahammülsüzlük ve başkalarını kullanma eğilimi yaygındır.
- Başarı, güç ve güzelliğe aşırı önem verirler.

4. C Kümesi Kişilik Bozuklukları

4.1. Çekingen Kişilik Bozukluğu

- Sosyal ilişkilerde aşırı çekingenlik, utangaçlık, yetersizlik duyguları ve eleştirilme korkusu vardır.
- Yakın ilişkiler kurmakta zorlanır ve kendini değersiz hisseder.

4.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

- Başkalarına aşırı bağımlılık, karar verme güçlüğü ve kendi kendini destekleme yeteneğinde azalma belirgindir.
- Ayrılma korkusu ve terk edilme endişesi görülür.

4.3. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

- Mükemmeliyetçilik, katı kurallar, aşırı düzen ve kontrol isteği ile tanımlanır.
- Esnek olmayan davranış kalıpları ve işkoliklik yaygındır.
- Obsesif-kompulsif bozukluktan farklı olarak, zorlayıcı davranışlar **daha az** belirgindir.

5. Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Kişilik bozukluklarının tanısı klinik değerlendirme ve DSM kriterlerine dayanır.
- Psikoz, diğer anksiyete bozuklukları ve ruhsal durumlarla karışıklık olmaması için dikkatli değerlendirme gerekir.
- Erken erişkinlikte başlayan ve süreklilik gösteren örüntülerdir.

6. Tedavi Yaklaşımları

- Kişilik bozukluklarında psikoterapi en etkili yöntemdir.
- Bilişsel-davranışçı terapi, şema terapi, diyalektik davranış terapisi (özellikle borderline için) yaygın kullanılır.
- Farmakoterapi genellikle eşlik eden semptomların (depresyon, anksiyete) tedavisinde destekleyicidir.
- Uzun süreli ve bütüncül yaklaşım gerektirir.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI: KÜME B VE KÜME C

1. Histriyonik Kişilik Bozukluğu (DSM-5-TR)

Histriyonik kişilik bozukluğu, erken erişkinlik döneminde ortaya çıkan ve değişik sosyal bağlamlarda görülen, aşırı duygusallık ve ilgi çekme arayışı ile kendini gösteren yaygın bir davranışsal örüntüdür. Bu bozukluğa sahip bireyler, ilgi odağı olmadıklarında rahatsızlık duyarlar ve başkalarıyla olan etkileşimlerinde uygunsuz derecede cinsel yönlü, ayartıcı veya kışkırtıcı davranışlarda bulunabilirler.

Belirtiler şunlardır:

- Duyguları birden değişir ve yüzeyseldir.
- İlgi çekmek amacıyla dış görünümü sürekli kullanırlar.
- Konuşmaları genellikle ayrıntıdan yoksun, etkileyici ve gereğinden çok etkilemeye yöneliktir.
- Yapmacık, gösterişli ve abartılı duygusal tepkiler verirler.
- Kolay etkilenir ve ilişkilerini olduğundan daha yakın görme eğilimindedirler.

2. Narsisistik Kişilik Bozukluğu (DSM-5-TR)

Narsisistik kişilik bozukluğu, erken erişkinlikte başlayan, değişik sosyal bağlamlarda ortaya çıkan, bireyin kendini aşırı yüceltmesi, beğenilme ihtiyacı ve empati yapamama özellikleri ile tanımlanır. Bu bozukluğa sahip kişiler başarılarını ve yeteneklerini abartır, sınırsız başarı ve güç düşlemleri kurar ve kendilerini “özel” ve benzersiz görürler.

Temel özellikleri:

- Başkaları tarafından özel ya da üstün kabul edilme beklentisi taşırlar.
- Çok beğenilmek isterler ve hak ettikleri ilgi ve ayrıcalığı beklerler.
- Başkalarını kendi çıkarları için kullanır, empati yapamazlar.
- Başkalarını kıskanır ya da kendilerinin kıskanıldığına inanırlar.
- Kendini beğenmiş ve saygısız tutumlar sergilerler.

3. Çekingen Kişilik Bozukluğu (DSM-5-TR)

Çekingen kişilik bozukluğu, erken erişkinlikte başlayan ve farklı sosyal bağlamlarda ortaya çıkan, sosyal ilişkilerde aşırı çekingenlik, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirilme korkusu ile karakterize bir örüntüdür. Bu bireyler, eleştirilme, onaylanmama veya dışlanma korkuları nedeniyle kişisel ilişki kurmayı ve işle ilgili etkinliklere katılmayı reddederler.

Özellikleri:

- Yakın ilişkilere girmek istemezler, seveceklerini kesin olarak bilmedikçe ilişkiye girmezler.
- Sosyal durumlarda kendilerini beceriksiz ve değersiz görürler.
- Yeni etkinliklerde bulunmak konusunda isteksizdirler.

4. Bağımlı Kişilik Bozukluğu (DSM-5-TR)

Bağımlı kişilik bozukluğu, erken erişkinlikte başlayan, değişik bağlamlarda görülen, başkalarına aşırı bağımlılık, boyun eğici ve yapışkan davranışlar ve ayrılma korkusu ile belirgin bir örüntüdür. Bu bireyler, karar vermede ve günlük yaşam etkinliklerinde başkalarının desteğine aşırı ihtiyaç duyar.

Belirtileri:

- Gündelik kararlarını başkalarının öğüt ve güvenine bağlı olarak verirler.
- Kendileri yerine başkalarının sorumluluk almasını isterler.
- Ayrılık korkusuyla, bir ilişkinin sona ermesinden sonra hemen başka bir ilişkiye yönelirler.
- Tek başına kalma korkuları ve çaresizlik duyguları vardır.

5. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu (DSM-5-TR)

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, erken erişkinlikte başlayan ve farklı bağlamlarda ortaya çıkan, düzenlilik, mükemmeliyetçilik, aşırı detaycılık, işkoliklik ve düşünce ile kişilerarası ilişkiler üzerinde aşırı kontrol çabasıyla karakterize bir örüntüdür. Bu kişiler, işleri tamamlamada güçlük çeker, kendileri ve başkaları için aşırı titizdirler.

Belirtileri:

- İşin temel amacını gözden kaçırarak derecede ayrıntılara takılırlar.
- İşleri mükemmel yapma çabası nedeniyle projeleri tamamlamakta zorlanırlar.
- Boş zaman ve sosyal etkinlikleri iş önceliği yüzünden ihmal ederler.
- Aşırı doğruculuk ve vicdanlılık sergilerler.
- Eskimiş ya da değersiz nesneleri bile atmakta güçlük çekerler.
- İşbirliği yapmaya isteksizdirler ve parayı aşırı tutumlulukla biriktirirler.
- Katı ve inatçı davranırlar.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE CİNSEL SAPKINLIK BOZUKLUKLARI (PARAFİLİLER)

1. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları, cinsel yaşamda kişinin memnuniyetini, arzusunu, performansını veya cinsel deneyimini olumsuz etkileyen çeşitli kalıcı ya da tekrarlayan sorunlar olarak tanımlanır. DSM-5-TR, bu bozuklukları aşağıdaki kategorilerde sınıflandırmıştır:

1.1. Kadında Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu

- Kişide **en az** üç belirti ile ortaya çıkar: cinsel ilgi ya da uyarılmanın yokluğu, cinsel içerikli düşünce ve hayallerin çok az olması, cinsel etkinlikleri başlatmama ya da eşin girişimlerine yanıt vermeme, cinsel etkinlik sırasında cinsel coşkunun yokluğu, cinsel simgelere karşı ilgisizlik veya cinsel organlarda yeterince uyarılma hissedememe.
- Belirtiler **en az altı ay** devam eder ve klinik olarak belirgin sıkıntıya neden olur.

1.2. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

- Cinsel istek ve fantazi eksikliği ya da belirgin azalma ile kendini gösterir.
- Yaş, genel sağlık ve sosyal-kültürel faktörler değerlendirilerek tanı konur.
- **En az altı ay** devam eden, klinik sıkıntı oluşturan belirtiler vardır.

1.3. Sertleşme Bozukluğu

- Cinsel etkinliklerde ereksiyon sağlama, sürdürme veya sertlik düzeyinde belirgin güçlük yaşanır.
- Belirtiler yaygın veya belirli durumlarda görülür **ve altı aydan** uzun sürer.
- Kişide belirgin sıkıntı yaratır.

1.4. Kadında Orgazm Bozukluğu

- Orgazmda gecikme, seyreklik ya da yokluk, orgazm duyumlarında düşük yoğunluk şeklinde belirtiler görülür.
- Belirtiler **altı aydan** uzun sürer ve sıkıntı yaratır.

1.5. Erken Boşalma (Prematür Ejakülasyon)

- Vajinaya girdikten yaklaşık bir dakika içinde ya da kişinin isteminden önce boşalma gerçekleşir.
- Belirtiler **altı aydan** uzun sürer ve çoğu cinsel etkinlikte görülür.
- Kişide belirgin sıkıntı ve işlevsellikte düşüş yaşanır.

1.6. Geç Boşalma

- Boşalmada belirgin gecikme veya boşalma yokluğu vardır.
- Belirtiler **altı ay** veya daha uzun süredir devam eder ve klinik sıkıntıya neden olur.

1.7. Cinsel Organlarda/Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu

- Vajinaya girme güçlüğü, vajina veya pelviste ağrı, bu duruma bağlı korku ve pelvik kaslarında aşırı kasılma belirtileri vardır.
- **En az altı ay** devam eden ve sıkıntıya yol açan sorunlardır.

2. Cinsel Sapkınlık Bozuklukları (Parafili)

Parafili bozuklukları, kişinin tekrarlayan ve yoğun cinsel dürtüleri, fantezileri veya davranışları nedeniyle klinik sıkıntı yaşamaması ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma oluşmasıdır. DSM-5-TR'de aşağıdaki parafili bozuklukları tanımlanmıştır:

2.1. Gözetlemecilik Bozukluğu

- Kişi, karşısındakinin rızası olmadan çıplaklık, soyunma veya cinsel etkinlik esnasında gizlice izlemekten cinsel uyarılma yaşar.
- **En az altı ay** süren ve toplumsal ya da işlevsellikte düşüşe neden olan durumdur.

2.2. Göstermecilik Bozukluğu

- Kişi, izinsiz olarak cinsel organlarını başkalarına gösterme davranışında bulunur.
- Klinik sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açar.

2.3. Sürtünmecilik Bozukluğu

- Başkalarının rızası olmadan dokunmak veya sürtünmek yoluyla cinsel uyarılma sağlama davranışdır.
- Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olur.

2.4. Cinsel Özezerlik (Mazoşizm) Bozukluğu

- Kişi, acı çekmekten, aşağılanmaktan ya da başka bir biçimde zarar görmekten cinsel olarak uyarılır.
- Soluk alma kısıtlaması (asfiksiofili) gibi özel durumlar da bu kategoriye girer.

2.5. Cinsel Elezerlik (Sadizm) Bozukluğu

- Başkalarına bedensel ya da ruhsal acı vermekten cinsel haz duymak.
- İzin alınmadan bu davranışları gösterir ve bu durum ciddi sıkıntı ve işlev kaybına yol açar.

2.6. Pedofili Bozukluğu

- **En az altı ay** boyunca, ergenlik öncesi çocuklara (genellikle **13 yaş ve altı**) yönelik cinsel dürtü, fantezi veya davranışlardır.
- Kişinin **en az 16 yaşında** olması ve çocuklardan **en az 5 yaş** büyük olması gerekmektedir.
- Çocuklara yönelik cinsel davranışlar klinik sıkıntı veya sosyal işlevsellik bozukluğu yaratır.

2.7. Fetişizm Bozukluğu

- Cansız nesnelere veya cinsel organ dışındaki vücut bölümlerine yönelik aşırı cinsel ilgi ve uyarılma.
- Bu durum işlevsellikte bozulma ve sıkıntıya yol açar.

2.8. Karşıgiyim (Travesti) Bozukluğu

- Karşı cinse ait giysileri giyme yoluyla cinsel uyarılma.
- Klinik sıkıntı ve işlevsellikte düşüşe neden olur.

3. Tanı Kriterleri ve Klinik Önemi

- Parafili bozukluklarında cinsel dürtüler ve davranışlar **en az altı ay** sürmeli, bireyde veya başkalarında belirgin sıkıntı ya da işlevsellik kaybı yaratmalıdır.
- Parafili davranışlar sosyal normlara aykırı ve etik açıdan sorunlu olabilir.
- Tedavi gerektiren bir bozukluktur, çünkü sosyal ilişkileri, hukuki durumları ve kişinin psikolojik sağlığını olumsuz etkiler.

4. Tedavi Yaklaşımları

- Psikoterapi, özellikle bilişsel davranışçı terapi ve davranış terapileri tercih edilir.
- Farmakolojik tedavi olarak hormonal tedaviler, anti-androjenler ve psikiyatrik ilaçlar kullanılabilir.
- Grup terapileri ve destekleyici yaklaşımlar tedaviye destek sağlar.
- Hukuki düzenlemelerle birlikte multidisipliner yaklaşımlar önem taşır.