

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

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA TRAVMA
BELİRTİLERİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. EBRU MERCANDAĞI

ŞUBAT-2020

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

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA TRAVMA
BELİRTİLERİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. EBRU MERCANDAĞI

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AHMET BÜLENT YAZICI**

ŞUBAT-2020

BEYAN SAYFASI

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.01.2019 tarih ve 71522473/050.01.04/18 protokol numarası ile onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

Dr. Ebru Mercandağı

İmza

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerimden yararlandığım Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Atila EROL başta olmak üzere, Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ, Doç. Dr. Esra YAZICI' ya,

Tezimin her aşamasında bana her türlü desteği sağlayan; yardımını, zamanını, bilgi ve deneyimini esirgemeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya,

Birlikte çalışmaktan zevk aldığım, tez yazdığım dönemde manevi desteklerini hep hissettiğim asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri Kliniği Kadın, Erkek, AMATEM servislerinde ve Poliklinik sürecinde birlikte çalıştığım uzmanlarımız, psikolog, sekreter ve yardımcı sağlık personeline, çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalarıma,

Hayatım boyunca yanımda olan, karşılaştığım tüm zorluklarda bana güç kaynağı olan saygıdeğer anneme, babama ve abime, tez sürecinde tüm samimiyetiyle sabrını ve desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Metin'e,

Sonsuz Teşekkürlerimle...

Dr. Ebru Mercandağı

İÇİNDEKİLER

BEYAN SAYFASI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER	v
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Tanımlar.....	6
2.1.3. Tanı Kriterleri	7
2.1.4. Epidemiyoloji.....	12
2.1.5. Risk faktörleri.....	15
2.1.6. Korumucu faktörler.....	16
2.1.7. Etiyolojik Faktörler.....	16
2.2. TRAVMA, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	21
2.2.1. Tarihçe	21
2.2.2. Tanımlar.....	22
2.2.3. Tanı Kriterleri	24
2.2.4. Epidemiyoloji.....	29
2.2.5. Risk Faktörleri.....	30
2.2.6. Etiyolojik Faktörler.....	31
2.2.7. Komorbidite.....	34
2.2.8. Prognoz	35
2.3. TRAVMA, TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ	36
2.4. TRAVMANIN MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA RELAPSLARLA İLİŞKİSİ	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI	40
3.2. ÖRNEKLEM	40
3.3. UYGULAMA	42
3.4. GEREÇLER	43
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	43
3.4.2. Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R).....	43
3.4.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D).....	44
3.4.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A).....	44
3.4.5. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ).....	44

3.4.6. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES).....	45
3.4.7. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ)	45
3.4.8. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ).....	46
3.4.9. Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)	46
3.4.10. Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ)	47
3.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....	47
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	99
EKLER	101



KISALTMA VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MÖ: Milattan Önce

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

ICD: Uluslararası hastalık sınıflaması

GABA: Gama aminobütirik asit

VTA: Ventral Tegmental Alan

CRF: Kortikotropin Salgılatıcı Faktör

LC: Lokus Seruleus

NE: Norepinefrin

HPA: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Aks

LSD: Liserjik asit dietilamid

MDMA: Metilen dioksi metamfetamin

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

SD: Standart Deviasyon

TABLÖLAR

Tablo 4.1: Hastaların sosyodemografik verileri

Tablo 4.2: Hastaların travmatik olay yaşama ve yaşadıkları travmatik olay türleri

Tablo 4.3: Normal Dağılım Testleri

Tablo 4.4: Relaps ve remisyon grupları arasında tedavi terki, intihar girişimi ve önceki psikiyatrik tedavi başvurularının karşılaştırılması

Tablo 4.5: Relaps ve remisyon grupları arasında DKÖ, SKÖ, BAPİ, SOKRATES, OEÖ, BPRS ölçeklerinin normal dağılım durumları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.6: Relaps ve remisyon grupları arasında HAM-A, HAM-D, DES ölçeklerinin toplam ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.7: Relaps ve remisyon gruplarının travmatik olay yaşama durumlarının karşılaştırılması

Tablo 4.8: Relaps ve remisyon gruplarının ortalama travmatik olay yaşama yaşlarının karşılaştırılması

Tablo 4.9 ve 4.10: Relaps ve remisyon gruplarında travmatik olay sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik durumu ve zamanlamasının karşılaştırılması

Tablo 4.11: Relaps ve remisyon gruplarında ortalama travma puanı ve travma etkilenme puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.12: Relaps ve remisyon gruplarında travmatik olay türlerinin karşılaştırılması

Tablo 4.13: Relaps gelişimini öngördürücü faktörlerin saptanması için yapılan lojistik regreyon analizi SPSS tablosu

ŞEKİLLER

Şekil 3.1: Örneklem seçimi ve uygulama

Şekil 4.1: Önceki psikiyatrik tedavi başvurusu oranları

Şekil 4.2: 6 aylık izlem sonucunda remisyon ve relaps oranları

Şekil 4.3: Relaps grubunda ortalama madde kullanım zamanı

Şekil 4.4: Hastalarda travmatik olayların türlerine göre oranlar

Şekil 4.5: Relaps ve remisyon gruplarının ortalama ölçek puanları

Şekil 4.6: Relaps ve remisyon gruplarının ortalama ölçek puanları

Şekil 4.7: Gruplar arasında ortalama travma ve travma etkilenme puanları

Şekil 4.8: Relaps ve remisyon grupları arasında travmatik olay türlerinin ortalama etkilenme puanlarının karşılaştırılması

ÖZET

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA TRAVMA BELİRTİLERİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Giriş: Bağımlılık uzun süreli, remisyon ve relapslarla seyreden bir hastalıktır. Travmatik yaşam olayları ise neredeyse herkesin yaşayabileceği, sık karşılaşılan ruhsal ve bedensel bütünlüğü bozan ya da inciten olumsuz olaylardır. Bağımlılık grubunda travmatik yaşam olayları çeşitli faktörlerden dolayı çok önemli bir yere sahiptir. Bağımlılıkta relaps oranları birçok faktörden etkilenmekle birlikte travmatik yaşam olayları da bu faktörlerden biridir. Bağımlılıkta travmatik yaşam olayları ve bunlara etki eden ek diğer faktörler ile bu faktörlerin tedavi seyri ile ilişkisini araştırmak amacıyla bu çalışmayı yapmaktayız.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde tedavi amacıyla yatan DSM-V kriterlerine göre alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı alan, çalışmanın belirlenmiş kriterlerine uygun olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastalara hastaneye yatışlarının 7. gününde Sosyodemografik Veri Formu, Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(DES), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M), Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) uygulandı. Hastalar, taburculuklarından 6 ay sonra hastalık prognozunu değerlendirmek için telefon, hastane kayıtları ve kontroller sırasında, idrarda madde analizi ya da hasta ve yakınlarının beyanına göre kayma, sürçme ve veya hastalık tekrarı açısından tekrar değerlendirildi. İstatiksel analizler SPSS versiyon 23 programı kullanılarak değerlendirildi. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalar taburculuk sonrası relaps ve remisyon olarak iki gruba ayrılarak incelendi. Çalışmaya toplam 51 hasta dahil edildi ve ulaşılabilen 49 hastanın %60,8' inde relaps saptandı. İki grup arasında sosyodemografik faktörler, bağımlılık profili, motivasyon, intihar girişimi oranları, depresyon, bağımlılık tedavisi için tekrarlayan yatışlar, tedavi terki, travmatik olay yaşama durumu, ortalama travma yaşı ve TSSB belirti şiddeti arasında anlamlı fark bulunamadı. Anksiyete (p: 0.015), disosiyasyon semptomları (p: 0.026), önceki psikiyatrik tedavi başvurusu (p: 0.019), travmatik olay sayısı ve şiddeti (p: 0.04 ve p: 0.01), travmatik olay sonrası madde kullanım davranış paterninde değişiklikler (p: 0.014), travmatik olay sonrası madde kullanım davranış paterninde değişikliklerin zamanlaması (ilk 2 haftada olan değişiklikler için p: 0.049), travma türlerinden ihmal (p: 0.009), duygusal istismar (p: 0.019) ve fiziksel istismar (p: 0.005) varlığı relaps olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıydı. Anlamlı bulunan değişkenlerden 5 tanesinin Binary Lojistik Regresyon modelinde (travma sayısı, DES puanı, HAM-A puanı, daha önce psikiyatrik tedavi için başvurmamış olmak, travmatik yaşam olayı sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik olmasının birlikte) relapsı güçlü bir şekilde öngördüğü, değişkenler tek başlarına değerlendirildiğinde, daha önce psikiyatrik tedavi için başvurmamış olmanın relapsı anlamlı (CI; %95, p: 0.002) şekilde öngördüğü bulundu.

Tartışma ve sonuç: Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda relapsı etkileyen bir çok faktör prospektif ve retrospektif olarak araştırılmıştır. Bu faktörlerden sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete semptomları, eşlik eden diğer psikiyatrik durumlar, madde kullanım şiddeti, motivasyon bu çalışmaların öne çıkan hedefleri olmuştur. Bu faktörlerin travma öyküsü ile birlikte incelendiği tedavi sonrası relaps oranlarını araştıran prospektif çalışmalar literatürde nadirdir. Ayrıca travmanın varlığının relapslar üzerine etkisi araştıran mevcut çalışmalar çoğunlukla TSSB (Travma sonrası stres bozukluğu) tanısına odaklanmış ya da sadece kadınları dahil etmiş ve çocukluk çağı travmalarına odaklanmış, diğer faktörleri çalışmalara dahil etmemiş veya spesifik bağımlılık grupları özelinde çalışmışlardır. Bu açıdan çalışmamızın sonuçları literatür ile benzer sonuçlar sunmakla birlikte yeni ve önemli bilgiler de sunmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına

göre daha önce yapılan çalışmalara benzer bir şekilde anksiyete semptomları relapslarla ilişkili bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda relaps ile ilişkisi konusunda yeterli veri olmayan travmatik olay sonrası madde kullanım davranış paterninde değişiklikler, travmatik olay sonrası madde kullanım davranış paterninde değişikliklerin zamanlaması, önceki psikiyatrik tedavi başvurusu sayısının az olması ve disosiyasyon semptomlarının relaps oranları ile yakından ilişkili olması da önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde hakkında az sayıda çalışma olan travmatik olay sayısı ve şiddeti, ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar gibi çeşitli travma türlerinin relaps oranlarını etkilemesi de önemli sonuçlardan biridir. Bütün bu bulgular psikiyatrik tedaviye başvurmuş olmanın, TSSB tanısından bağımsız olarak travmatik yaşantı deneyimlerinin azlığının ve deneyim sonrası madde kullanımıyla ilgili bir davranış değişikliği gelişmemiş olmasının, değerlendirme sırasındaki anksiyete ve disosiyatif semptomların az olmasının düşük relaps oranları ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak bu sonuçların daha büyük örnekleme yapılan çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Madde Bağımlılığı, Travmatik Olay, TSSB, Relaps, Prognoz, Tedavi başvurusu

SUMMARY

TRAUMATIC SYMPTOMS AND RELATED FACTORS IN ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS

Introduction: Addiction is a long-term disease with remission and relapses. Traumatic life events are negative events that almost everyone can experience, which disrupt or hurt the common mental and physical integrity. Traumatic life events are more important in people with substance addiction due to various factors. Although relapse rates are affected by many factors in addiction, traumatic life events are also one of these factors. The goal of our study was to investigate the traumatic life events in addiction, other factors affecting it and the relationship between these factors and the course of treatment.

Methods: Patients diagnosed with alcohol or substance use disorder according to DSM-V at the Sakarya Training and Research Hospital Alcohol and Substance Abuse Treatment and Training Center inpatient clinic and who met the inclusion criteria were included in the study. Sociodemographic Data Form, Hamilton Depression (HAM-D), Hamilton Anxiety (HAM-A), Dissociative Experiences (DES), Impact of Event Scale-Revised (IES-R), Traumatic Experiences Checklist (TEC), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), State-Trait Anxiety Scale (STAI-TX), Dependency Profile Index (BAPI), Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) were applied on the 7th day of their hospitalization. Six months after discharge from the hospital, patients were re-evaluated in terms of relapse by calling by phone, examining the hospital records, analyzing the substance in the urine, getting information from the patients and their relatives to evaluate the prognosis of the disease. Statistical analyzes were evaluated using SPSS version 23 program. $p < 0.05$ value was considered statistically significant.

Results: In our study, patients with alcohol / substance use disorders were classified into two groups as relapse and remission after discharge. A total of 51 patients were

included in the study, 49 patients were reached. Relapses were detected in 60,8 % of the patients reached. There wasn't any significant difference between the two groups for socio-demographic factors, addiction profile, depression, motivation, suicide attempt rates, recurrent hospitalizations for addiction treatment, drop out from treatment, traumatic event experience, mean trauma age and PTSD symptom severity. Anxiety (p: 0.015), dissociation symptoms (p: 0.026), previous psychiatric treatment application (p: 0.019), number and severity of traumatic events (p: 0.04 and p: 0.01), the changes in the post-traumatic substance use behavior pattern (p: 0.014), the time of changes in the post-traumatic substance use behavior pattern (p: 0.049 for changes in the first 2 weeks) were statistically significantly different between the relapsed and non-relapsed groups. In addition, neglect (p: 0.009), emotional abuse (p: 0.019) and physical abuse (p: 0.005) were statistically significantly different in trauma types between the relapsed and non-relapsed groups. It was found that five of the significant variables strongly predicted relapse (CI; %95, p: 0.002) in the Binary Logistic Regression model (the number of trauma, DES score, HAM-A score, not applying for psychiatric treatment before, and changes in substance use behavior after traumatic life event). When the variables were evaluated individually, it was found that not applying for psychiatric treatment before predicted the relapse strongly.

Discussion and conclusion: Many factors affecting relapse have been prospectively and retrospectively investigated in patients with alcohol and substance use disorders. Among these factors, sociodemographic features, depression and anxiety symptoms, comorbid psychiatric conditions, substance use severity, and motivation were the targets of these studies. Prospective studies investigating the relapse rates after treatment, in which these factors are examined with a history of trauma, are rare in the literature. In addition, current studies investigating the effect of traumatic state on relapses mostly focused on PTSD (post-traumatic stress disorder) or included only women and focused on childhood traumas, did not include other factors in studies or worked with specific addiction groups. In this regard, in our study, similar results are found in the literature, but new and important information is also presented. According to the results of our study, anxiety have been associated with relapses, similar to previous studies. In our study, it is an important finding that changes in the

substance use behavior pattern after traumatic event, the time of changes in the substance use behavior pattern after traumatic event, the lack or absence of previous psychiatric treatment application and dissociation symptoms are closely related to relapse rates, but there is not enough research in the literature on this subject. One of the important results is that the number and severity of traumatic events with few studies in the literature affect the relapse rates of various types of trauma such as neglect, emotional abuse, and physical abuse. All these findings show that being applied to psychiatric treatment, the lack of traumatic life experiences independent from the diagnosis of PTSD, and no behavioral change related to post-experience substance use, low anxiety and dissociative symptoms during evaluation were associated with low relapse rates. However, these results need to be confirmed by studies with a larger sample.

Keywords: Substance Abuse, Traumatic Events, PTSD, Relapse, Prognosis, Treatment Application

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütüne göre, sağlığın sürdürülmesinde gerekli olmayan, vücuda alındığında bir veya daha fazla fonksiyonda değişikliğe neden olan maddeler psikoaktif maddeler olarak adlandırılmaktadır. Madde kötüye kullanımı, kişinin herhangi bir maddeyi, kendi isteğiyle, sosyal ve medikal olarak belirlenenin dışında kullanmasıyken, bağımlılık ise madde kötüye kullanımından farklı olarak, relaps (depresme) ve rekürrensler (yineleme) ile giden bir bozukluktur (Ögel et al., 1998, Sadock et al., 2016).

Travmatik olay, ruhsal ve bedensel bütünlüğü bozan ya da inciten olumsuz yaşam olaylarıdır (Jones et al., 2007). Travmatik yaşam olayları neredeyse tüm insanların yaşayabileceği, çok sık karşılaşılan olaylardır. Yaşam boyunca travmatik olay yaşama oranı erkeklerde fazla iken travmatik olaya maruz kalma sonrası TSSB oluşma oranı kadınlarda erkeklerden daha fazladır (Breslau, 2002). Alkol/madde kullanım bozukluğu olanlarda da travmatik yaşantı birlikteliği birçok çalışmada sıklıkla saptanmıştır. Literatürde bağımlı grup hastalarının yaklaşık %90-100' ünün yaşam boyunca en az bir travma yaşadığı tahmin edilmektedir (Wu et al., 2012, Najavits et al., 1997, Farley et al., 2004). Travmatik yaşam olayları sonrasında depresyon, panik bozukluk, fobik bozukluk ve travmaya özgü bir bozukluk olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) görülebilir (Briere and Scott, 2016). Bunlara ek olarak bir çok hipotezle açıklanan travma sonrasında madde kullanım bozukluğu gelişimi olabilir.

Bağımlılık grubunda travmatik yaşam olayları çeşitli faktörlerden dolayı çok daha önemli bir yere sahiptir. Bağımlılıkta relaps oranları bir çok faktörden etkilenmekle birlikte travma sonrasında madde kullanım bozukluğu gelişimi sıklıkta görülür. Madde bağımlılığında travmatik yaşam olaylarına maruz kalmak, bağımlılığı sürdüren ve relapsı etkileyen bir faktördür (Greenfield et al., 2002). Travma

belirtileri ile madde kullanımı arasında karşılıklı etkileşim vardır, madde kullanımı travmatik olay deneyimini arttırırken, travmatik olay deneyimi madde kullanım şiddetini arttırır (Brady et al., 2004).

Alkol ve madde bağımlılığı tüm dünya giderek yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunudur. Bağımlılığın fiziksel, ekonomik, psikolojik, sosyal ve hukuksal sorunlar tüm toplumu olumsuz etkilemektedir(Ögel et al., 1999). Bu açıdan alkol ve madde bağımlılığında takip ve tedavi programlarına dair politikaların tüm dünya için önemli olduğu görülmektedir (Ögel et al., 1999). Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda travmatik yaşam olayları sık görülmektedir ve travmatik olay sayısı ve şiddeti aktif TSSB belirtileri olmasa da hastaların tedavi prognozlarını etkileme potansiyeli nedeniyle önemli gözükmektedir (Greenfield et al., 2002, Hyman et al., 2008).

Ancak bu konuda yapılmış çalışmalar çoğunlukla TSSB tanısına odaklanmış, sadece kadın hastaları ya da alkol veya belli bir maddeyi kullanan kişileri çalışmaya dahil etmiş ve bir çok değişkenin relapslar üzerine etkisini çalışma dizaynına dahil etmemiştir. Bu nedenle madde bağımlılığında travmaların relapslar üzerine etkisini daha geniş perspektiften inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın ana hipotezi alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlarda travma sonrası stres bozukluğu tanısından bağımsız olarak travmatik yaşam olaylarının sayısının, türünün ve kişi üzerindeki etkisinin relaps ve remisyon grubu arasında farklılık gösterdiği şeklindedir. Bununla birlikte sosyodemografik özellikler, travma sonrası madde kullanım davranışında değişiklik olup olmadığı, önceki psikiyatrik tedavi başvurusu, ek anksiyete, depresyon, disosiyatif semptomlar gibi faktörlerin erken dönemde relapslarla ilişkisi araştırılacaktır.

Bu çalışmanın amacı bağımlılıkta önemli bir sorun oran relapsların ilişkili olduğu faktörleri belirlemek, bu faktörleri ve böylece de relaps oranlarını azaltmak için yapılacak psikososyal ve farmakolojik müdahalelere ışık tutmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1. Tarihçe

2.1.1.1. Alkolün Tarihçesi

Alkol kelimesi dilimize Arapça' da öz anlamındaki "al kihl" sözcüğünden gelir (Sözlük, 1986, Ceylan, 1998, Emiroğlu, 2001). Dilimizde eskiden beri kullanılan "ispirto" sözcüğü ise alkol yerine de kullanılır ve Latince kökenli olup; hayatın özü, ruh, güçlü anlamları bulunan "spiritus" dan gelir (Ögel, 2010). Spiritus' tan türeyen "spirit" batı dillerinde alkol başta olmak üzere birçok farklı anlamda da kullanılır (Köknel, 1998).

Alkol kullanımı ve ilişkili sorunların geçmişi tarihin çok eski dönemlerine kadar uzanır (Öncü et al., 2001). Anadolu, Mezopotamya, Mısır ve diğer Akdeniz bölgelerinde yaşayanların alkol kullandıkları iddia edilmektedir. Eski Mısır, Yunan, Roma tarihçilerinin de alkolden bahsettikleri bilinmektedir (Ceylan, 1998). İnsanlık tarihinde ortak bir efsane olan Nuh efsanesinde; Nuh'un gemisinde tufan sırasında üzümün önce üzüm suyuna sonra şıraya ve şaraba dönüştüğü, tufandan sonra da gemidekilerin şarap içtiği ve şarabın dünyaya bu şekilde yayıldığı belirtilmiştir (Köknel, 1998, Sadock et al., 2016, Çakmak and Alkol, 2006, Frances et al., 2005).

Hristiyan dininde şarap "İsa'nın kanı" olarak kutsal sayılmış ve dinsel törenlerde araç olarak kullanılmıştır (Köknel, 1998). Musevilikte sarhoş olunmaması şartıyla alkol alınması, dini bir gelenek olmuş ve Tevrat, şarap için "kullanılan en eski ilaç" tanımını yapmıştır (Française, 2000). İslam dini ise alkol içmeyi yasaklamıştır (Köknel, 1998).

En eski Türk içkilerinden olan kımız, tarihsel süreçte Türklerin geleneksel olarak tanrılara sundukları "tanrı içkisi" olarak tanımlanmıştır. İlyada destanında Homer'in,

kımızdan bahsettiği belirtilmektedir (Zat, 1994). Kımız, her yaş grubunda kullanılan bir içki olup, birçok hastalığı, yaşlılık ve halsizliği ve aynı zamanda umutsuz ve kötü düşünceleri yok eden bir ilaç olarak betimlenmiş ve Orta Asya Türklerine ait birçok heykelde de kımız kadehleri görülmüştür (Ögel, 1978).

2.1.1.2. Diğer Maddelerin Tarihçesi

Afyon, morfin ve eroin: MÖ 3000 yılından beri afyonun Anadolu'da geleneksel olarak yetiştirildiği bilinmektedir. Haşhaş bitkisi, Sümer, Asur ve Mısırlılardan sonra ilerleyen süreçte Yunanistan ve Roma'ya da yayılmıştır. Yunan ve Roma hekimliğinde de önemli olan afyon, uyku verici, uyuşturucu, kanamayı durdurucu, ağrı kesici ve öksürük azaltıcı olarak tanımlanmıştır. İslam dünyasında 8-9. yüzyıllarda İbn-i Sina afyon kullanımı olanlardaki belirtileri saptamış, kitaplarında afyondan kapsamlı bir şekilde bahsetmiş ve afyon zehirlenmelerine karşı yöntemler önermiştir. Afyon ticareti ilk defa 9. yüzyılda Araplar tarafından yapıldı ve tüm dünyaya yaygınlaşması sağlandı (Ögel, 2010). 10. yüzyılda afyonun güçlü ağrı kesici özelliği keşfedildi ve afyon ile binlerce kişi tedavi edildi. Afyon kullanımının yaygınlaşmasıyla bağımlılık yaptığına dair iddialar ortaya çıkmaya başladı ve 1600' lü yıllarda bağımlılık yaptığı kabul edildi (Ögel, 2010). 1873 yılında Osmanlı dönemine ait bir sözlükte afyon sözcüğü tanımlanmıştır. Daha sonra zaman içinde giderek diğer sözlüklerde de yer almaya başlamıştır. Ülkemizde afyon ile ilgili ilk yasal düzenleme ise Fatih Sultan Mehmet döneminde yapılmıştır (Ögel, 2010). 1806'da afyonun içindeki alkaloitin ayrılmasıyla bulunan ve Yunan rüya tanrısı Morpheus' tan esinlenerek Morfin adı verilen maddenin, afyondan 10 kat etkili olduğu keşfedildi ve afyon bağımlılarının tedavisinde morfin kullanımı gündeme geldi. 1874 yılında morfini asit anhidritle kaynatılıp, heroin adı verilen "tetra etil morfin" üretildi ve bu maddenin morfinden 5-8 kat daha güçlü olduğu keşfedildi. Eroin seri şekilde üretilerek tüm dünyaya ve Amerika'ya hızla yayıldı. 1979 yılından itibaren İstanbul'da da eroin bağımlılığı yayılmaya başladı (Ögel, 2010, Sadock et al., 2016, Çakmak and Alkol, 2006, Frances et al., 2005)

Esrar: Kenevir bilinen en eski bitkilerden biridir. Milattan önce 2700' de Çin hükümdarı Sheng Nung bitkiler kitabında kenevirden söz etmiştir (Odell and Drummer, 2001). Homer'in Odyssey eserinde, Eski Yunan'da esrara benzer bir maddenin kullanıldığı belirtilmektedir. Esrarın ülkemizde de geleneksel kullanımının

vardır (Ögel, 2010). Kenevirin mutlu hissettirdiği, sıkıntı giderici olduğundan Perslerin kutsal kitabı olan Zerdüş'te bahsedilmiş, ayrıca Herodot Mezopotamya bölgesinde yaşayanların kenevir benzeri bir bitkinin yapraklarını yakma sonrasında ortaya çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını ve keyiflendiklerini yazmıştır (Koçak et al., 2015, Çakmak and Alkol, 2006, Frances et al., 2005, Sadock et al., 2016).

Ecstasy: MDMA; ilk olarak 1978'de duygusal ve duyumsal yolla bilinçte kontrollü ve zararsız değişimlere sebep olan bir madde olarak tanımlanmıştır. 1912 yılında bir ilaç firması tarafından patenti alınmış ve aynı tarihlerde zayıflama ilacı olarak kullanıldığı belirtilmiştir. Bir süre sonra "farklı etkileri" nedeniyle piyasadan kaldırılmıştır. İlerleyen zamanlarda MDMA'nın yasal olmayan maddelere dahil edilmesi konusundaki önerilerin üzerine çeşitli kamuoyu yoklamaları da yapılarak, 1985 yılında toplum sağlığına zararlı olması sebebiyle, Kontrol Altındaki Maddeler Kanununun en sınırlayıcı kategorisi olan Schedule I kategorisi içerisine dâhil edilmiştir (Ögel, 2010).

Kokain: İlk kez 1860 yılında bulunmuş, 1880 yılında vazokonstrüksiyon etkisinden yararlanılarak lokal anestetik olarak kullanılmaya başlanmış, ek olarak 1880 ve 1890 yılları arasında, birçok hastalığın tedavisinde yaygın kullanılmış, 1914 yılında da ABD'de bağımlılık yapıcı özelliği ile uyuşturucu madde kategorisinde değerlendirilmiştir (Ögel, 2010, Çakmak and Alkol, 2006, Frances et al., 2005, Sadock et al., 2016).

Amfetamin: Amfetamin sülfat ilk kez 1887 yılında bulunmuş, 1932 yılında astım ve burun tıkanıklığında tedavi amaçlı kullanılmış, 1937 yılında ise depresyon ve narkolepsi tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (Ögel, 2010).

Sentetik Kannabinoidler: 1990'lı yıllarda "JWH maddeleri" olarak bilinen naftoilindol, naftoilpirol ve kannabinoid reseptörleri üzerine etki eden sentetik bileşikler üretilmiş, bu maddeler yıllar içinde sentetik kannabinoid olarak adlandırılmış ve 2004'ten beri Avrupa piyasasında popüler hale gelmiştir (Hoyte et al., 2012, Huffman et al., 1994).

2.1.2. Tanımlar

Bağımlılık: Bağımlılık depreşme ve yinelemelerle giden bir bozukluktur. Fiziksel bağımlılık tekrarlayan madde kullanımı veya kullanımın kesilmesi sonucunda oluşan spesifik maddeye özgü fizyolojik sendromlardır. Ruhsal bağımlılık ise davranışsal ya da alışkanlık olarak tekrarlayan şekilde ilaç veya kimyasal madde kullanma isteğidir (Ögel et al., 1998, Sadock et al., 2016).

Kötüye kullanım: Kişinin herhangi bir maddeyi, kendi isteğiyle, sosyal ve medikal olarak belirlenenin dışında kullanmasıdır (Ögel et al., 1998, Sadock et al., 2016).

Yanlış kullanım: Hekimlerin reçete ettiği ilacı amacı dışında kullanmaktır, kötüye kullanıma kısmen benzer (Sadock et al., 2016).

Müptelalık: tekrarlayan ve artan miktarlarda madde kullanılmasıdır. Madde alınmadığında, tekrar kullanmak için karşı konulamayan bir dürtü ve buna eşlik eden fiziksel ve ruhsal sıkıntı belirtileri oluşur (Sadock et al., 2016).

Entoksikasyon: Spesifik bir maddenin yüksek dozda kullanımının sonucunda, bellek, duygulanım, yönelim, yargılama gibi bir veya daha fazla zihinsel işlevi ve davranışsal, sosyal veya mesleki işlevselliği etkileyen geri dönüşümlü bir sendromdur (Sadock et al., 2016).

Yoksunluk: Uzun süredir kullanılan ilaç ya da maddenin kesilmesi veya miktarının azalması sonucunda ortaya çıkan bir sendromdur. Fizyolojik belirtilere ek olarak duygu, davranış ve düşünce gibi alanlarda da çeşitli değişiklikler gözlenir (Sadock et al., 2016, Mücahit Öztürk, 2019).

Tolerans: uzun süreli ve tekrarlayan kullanım sonrasında kullanılan madde dozunun etkisinde azalma olması veya istenen etkiyi elde etmek için artan dozlarda madde gereksiniminin olmasıdır (Sadock et al., 2016, Mücahit Öztürk, 2019).

Çapraz tolerans: bir ilacın veya maddenin genellikle aynı psikolojik ve fizyolojik etkilere sahip bir başkasının yerine kullanılabilmesidir. Aynı zamanda çapraz bağımlılık olarak da bilinir (Sadock et al., 2016).

Nöroadaptasyon: bir ilacın uzun süreli ve tekrarlayan kullanımı sonucunda vücutta nörokimyasal ve nörofizyolojik değişiklikler oluşmasıdır. Tolerans oluşumunun

mekanizması da nöroadaptasyondur. Hücrenel veya farmakodinamik adaptasyon da, maddenin kan düzeylerinin yüksek olmasına rağmen sinir sisteminin çalışabilmesidir (Sadock et al., 2016).

Yatışma (remisyon): Belli bir süre hiçbir maddeyi kullanmama durumudur. Bu süre, 3-12 ay ise erken, 12 aydan fazla ise sürekli yatışma denir. Maddeye karşı duyulan aşırme, remisyon tanımını değiştirmez (Ögel, 2010, Sadock et al., 2016).

Sürçme (slip): Yatışma dönemindeki bir kişinin bir defaya mahsus veya 24 saat içinde madde kullanmasıdır. Erken müdahale edilirse nüks (depreşme) önlenir (Ögel, 2010, Sadock et al., 2016).

Kayma (laps): Yatışma dönemindeki bir kişinin sürçmeden daha uzun, ancak bağımlılık ve yoksunluk oluşturmayacak kadar kısa süre madde kullanmasıdır (Ögel, 2010, Sadock et al., 2016).

Depreşme (relaps, nüks): yatışma dönemindeki bir kişinin yoğun ve sürekli olarak madde kullanmaya yeniden başlamasıdır (Sadock et al., 2016, Ögel, 2010).

2.1.3. Tanı Kriterleri

Mental Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı (DSM), Amerika Birleşik Devletleri'nde ruhsal bozuklukları daha iyi kavramak için bazı ölçütler oluşturularak kategorik sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. DSM' nin ilk baskısı 1952 yılında yayınlanmış ve madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında ve oldukça sınırlı bir şekilde yer almıştır (Association, 1952). 1968 yılında DSM-II yayınlanmış ve madde kullanımına ilk baskıdakine benzer şekilde yer vermiştir (Association, 1968). 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile birlikte birçok değişiklik ortaya çıkmış ve pek çok bozukluk için açık tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı ilk kez DSM-III ile yapılmış, fizyolojik bağımlılık belirtileri tanımlanarak bağımlılık tanısı için bu belirtilerin saptanması gerektiği vurgulanmıştır (Association, 1980). 1994 yılında yayınlanan DSM-IV tolerans ve yoksunluk, bağımlılık tanısında zorunlu olmaktan çıkarılmış ve madde kötüye kullanımı ile madde bağımlılığı tanıları hiyerarşik olarak tanımlanmış,

madde kötüye kullanımının, bağımlılığın erken evresi olduğu düşünülmüştür (Association, 1994).

DSM-IV-TR ve DSM-IV' te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklar olarak iki kısım içerir. Madde kullanım bozuklukları, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olarak iki alt bölüme, madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ise; madde yoksunluğu, madde intoksikasyonu ve madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar olmak üzere üç bölüme ayrılır. Bu bozukluklara neden olan maddeler; alkol, amfetamin ve benzer etkili ajanlar, kafein, esrar, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin ve benzeri maddeler, sedatif-hipnotik-anksiyolitik etkili ilaçlar şeklinde ayrı ayrı sınıflandırılmıştır. DSM-IV-TR'de kafein ile ilgili olarak bağımlılık, kötüye kullanım ve yoksunluk gibi bozukluklar tanımlanmamıştır (Association, 2000, Association, 1994). Benzer şekilde esrar, fensiklidin, halusinojen ve inhalanlar için yoksunluk, nikotin için ise intoksikasyon ve kötüye kullanım tanımlanmamıştır. Ayrıca en az 3 ayrı madde grubundan çoklu kullanımı varsa çoğul madde bağımlılığı şeklinde tanımlama yapılmıştır. Madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar; yoksunluk deliryumu, intoksikasyon deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, duygudurum bozukluğu, psikotik bozukluk, anksiyete bozukluğu, uyku bozukluğu, cinsel işlev bozukluğudur (Association, 2000, Association, 1994).

DSM-IV' de madde kullanımı ile ilişkili bozukluklardaki madde türleri 11 kategoriye ayrılmışken, DSM-5'de 10 kategoriye ayrılmıştır. DSM-5'teki maddeler; alkol, kafein, esrar, halusinojenler (fensiklidin ve diğer halusinojenler olarak alt başlıklara ayrılır), inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimülanlar), nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir. DSM-IV' te madde ile ilişkili bozukluklar başlığı altında toplanan bozukluklar, DSM-5'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları şeklinde değiştirilmiştir. Madde kötüye kullanımındaki “yasal sorunlar yaşama” ölçütü kaldırılmış, bunun yerine “madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek, dürtü veya aşırma” ölçütü getirilmiştir. Tanı koymak için gereken ölçüt sayısı ise üçten ikiye düşürülmüştür. DSM-5'te kötüye kullanım kavramı madde kullanım bozukluğunun hafif şiddette olan formu olarak tanımlanmıştır (Association, 2013).

Erken remisyon, DSM IV' de 1 aydan fazla 12 aydan az süre içinde bağımlılık ya da kötüye kullanım kriterlerinin karşılanmaması iken, DSM-5'te bu süre 3 aydan uzun 12 aydan kısa olacak şekilde değiştirilmiştir. Ancak DSM-5'e yeni eklenen aşırma ölçütünün varlığı remisyon niteleyicisine engel değildir. Fizyolojik bağımlılık gösteren ve göstermeyen belirleyicileri DSM-5'te kaldırılmıştır. DSM 5' te ayrıca şiddet belirleyicisi eklenmiştir. Tanı ölçütlerinden 2-3 tanesinin karşılanması hafif, 4-5 tanesinin karşılanması orta, 6 veya daha fazlasının karşılanması ise şiddetli bozukluğu gösterir. DSM 5' te kafein kullanım bozukluğu tanısı tanımlanmamasına rağmen kafein yoksunluğu tanımlanmıştır. Esrar-opiyat-amfetamin-kokain intoksikasyonları ve sedatif-hipnotik-anksiyolitik yoksunlukları algı bozukluğu olan ve olmayan şeklinde 2 alt gruba ayrılır. DSM-5'te ayrıca ilk kez esrar yoksunluğu tanımlanmıştır. DSM-5'te fensiklidin intoksikasyonundaki algı bozukluğu ile giden niteleyicisi kaldırılmıştır (Association, 2013).

Mental Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabının 5. Baskısında (DSM-5) tanımlanmış Madde kullanım bozukluğu tanı kriterleri şu şekildedir (Association, 2013);

- A. 12 aylık bir dönem içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, (ya da daha fazlası), klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir madde kullanımı örüntüsü:
1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.
 2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
 3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
 4. Madde 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, ynlileyici madde kullanımı.

6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.
7. Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme ve dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımını sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması;
 - a) Esrikliği (intoksikasyonu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi;
 - b) Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanması üzere, yoksunluk gelişmiş olması;
 - a) Kullanılan maddeye özgü yoksunluk sendromu;
 - b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde ya da yakından ilişkili başka bir madde alır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce madde kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, madde kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere en az üç aydır karşılanmamıştır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce madde kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, madde kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütünü (A4 tanı ölçütü dışında; "Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme") 12 ay ya da daha uzun süredir hiçbir zaman karşılamamıştır.

Denetimli çevrede: Kişi maddeye ulaşmada kısıtlanmış bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

Hafif: 2-3 belirtinin olması, Orta derece: 4-5 belirtinin olması, Ağır: 6 ya da daha fazla belirtinin olması.

Mental Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabının 5. Baskısında (DSM-5) tanımlanmış Esrliklik (Zehirlenme/İntoksikasyon) tanı kriterleri Şu Şekildedir (Association, 2013);

- A. Yakın bir geçmişte alkol ya da madde almış olma
- B. Alkol ya da madde alımı sırasında ya da kısa bir sŐre sonrasında geliŐen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (örn. uygunsuz cinsel ya da saldırgan davranış, duyu duru m deėiŐkenliėi, yargılama bozukluğu).
- C. Kullanılan maddeye ö zėŐ geri dōnŐŐmlŐ bir klinik tablo gelişimi.
- D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık duru muna bağlanamaz ve başka bir madde esrlikliği de içinde olmak Őzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Mental Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabının 5. Baskısında (DSM-5) tanımlanmış Yoksunluk tanı kriterleri Şu Şekildedir (Association, 2013);

- A. AŞırı ölçŐde ve uzun sŐreli alkol ya da madde kullanımının bırakılması (ya da azaltılması).
- B. Alkol ya da madde kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonra, birkaç saatle, birkaç gŐn arasında değişen bir sŐre aralığından sonra ortaya çıkan maddeye ö zėŐ sendrom gelişimi.
- C. Belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte dŐŐmeye neden olur.

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

2.1.4. Epidemiyoloji

2.1.4.1. Alkol Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Dünya’da tahmini 2,3 milyar insan mevcut içicidir. 2016 yılında alkol dünya çapında 15 yaş ve üstü küresel nüfusun yarısından fazlası (%57, 3,1 milyar kişi) tarafından tüketilmektedir (Avrupa Bölgesi’nde %59,9, Amerika Bölgesi’nde % 54,1 ve Batı Pasifik Bölgesi’nde %53,8. Tüm DSÖ bölgelerinde, kadınlarda içicilik oranı ve miktarı erkeklerden daha azdır). Dünya’da tahmini olarak 237 milyon erkek ve 46 milyon kadın, Avrupa bölgesinde (%14,8 ve %3,5) ve Amerika Bölgesi’nde (%11,5 ve %5,1) alkol kullanım bozuklukları tanısına sahiptir. Alkol kullanım bozuklukları özellikle yüksek gelirli ülkelerde yaygındır (Organization, 2018).

Ülkemizde; Türkiye’nin hem alkol kullanımının dini ve yasal yönden yasaklandığı Müslüman ülkelere hem de alkol içiciliğinin yaygın olduğu Avrupa ülkelerinden kültürel örnekler taşıması nedeniyle alkol kullanım yaygınlığı ile ilgili farklı oranlar mevcuttur (Unit, 2014). Dünya Sağlık Örgütü’nün, 2014 yılında yaptığı araştırmada, Türkiye’de hayat boyu alkol kullanmama oranı %79,6 ve son 12 ayda alkol kullanım bozukluğu ve alkol bağımlılığı prevalansı sırasıyla %2,7 ve %0,8’dir (Unit, 2014). Ağır içicilik oranı ise % 1,1’dir (erkeklerde %1,9 ve kadınlarda %0,5) (Enstitüsü, 2014). 2017 yılında İzmir’de 4000 katılımcı arasında yapılan bir çalışmaya göre hayat boyu alkol almama oranı %52,3, son 1 yıldır alkol almama oranı %14,8’dir. Ağır olmayan düzenli içicilik %4,9, düzenli ağır içicilik %2,5, alkol kötüye kullanımı % 3,2 ve alkol bağımlılığı %1,6 sıklıktaydı (Ulaş et al., 2017). 2018 Türkiye’de genel nüfusta 42000 kişi üzerinde yapılan araştırma raporuna göre, hayatı boyunca en az bir kez alkollü içki kullanımının yaşam boyu prevalansı %22,1’di. Bu oran erkeklerde %34,3 iken kadınlarda %10,7’di. İlk kez alkollü içecek deneme yaşı ise ortalama 19,94 olarak ölçülmüştür (T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI, 2018).

2.1.4.2. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

2017 yılında, 15-64 yaş arası küresel nüfusun yaklaşık yüzde 5,5'i yani 271 milyon kişinin bir önceki yılda uyuşturucu kullandığı ve kullanıcıların yaklaşık %13'ünün yani 35 milyon kişinin ise uyuşturucu kullanım bozuklukları tanısına sahip olduğu tahmin edilmektedir. Dünya genelinde yaklaşık 53 milyon insan opioid, 29 milyon civarında insan, eroin ve afyon kullanmıştı. Tüm dünyada 15-64 yaş küresel nüfus genelinde kullanım oranlarının maddelere göre dağılımı incelendiğinde; %3,8 esrar, %1,1 opiyat, %0,6 amfetamin ve diğer stimülanlar, %0,4 ekstazi, % 0,4 kokain olarak tahmin edilmektedir (Crime, 2019). Madde kullanımı bozuklukları yaygınlığı, Doğu Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %5-6 ile en yüksek orana sahiptir. Batı ve Orta Avrupa, Amerika ve Okyanusya genelinde bu oran %2-5, Afrika, Orta Doğu ve Asya'da ise %1-2 olduğu tahmin edilmektedir (Network, 2017). Esrar kullanım oranı diğer maddelerin kullanımından yaklaşık beş kat daha fazladır. Eroin gibi opioidlerin kullanımı nispeten nadir olmakla birlikte, bunlar enjekte edilmeleri nedeniyle, daha zararlı kullanım formları olarak nitelenmektedir. Tüm uyuşturucular için sıklık ve yoğun ya da düzenli kullanım oranları erkeklerde daha yüksektir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018). Avrupa Birliği'nde 15-64 yaş aralığındaki bireylerin dörtte birinden fazlasının hayatlarının herhangi bir anında yasa dışı uyuşturucu denemesinde bulunduğu tahmin edilmektedir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018).

Ülkemizde, 2018 Türkiye'de genel nüfusta 42000 kişi üzerinde yapılan araştırma raporuna göre hayatında en az bir kere madde kullanma oranının yaşam boyu prevalansı %3,1 olarak bulunmuştur (T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI, 2018). Kadınlarda hayatının herhangi bir anında en az bir kez madde kullanmış olma oranı %0,3 iken erkeklerde %6,1'dir. Kullanım oranının en yüksek olduğu yaş grubu 15-34 yaştı (%65). Madde kullanımına ilk başlama yaşı ortalama 19'du (T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI, 2018). 2011 yılında TUBİM tarafından genç nüfusta yapılan araştırmada, kullanım oranları ile ilgili olarak esrar ve türevlerinin kullanımı %84,1 ile ilk sırada, ardından sırayla %32,9 oran ile uçucular ve %22,7 oran ile uyarıcılar gelmektedir (T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI, 2018).

Esrar: Tüm yaş gruplarında en çok kullanılan yasa dışı maddedir. Avrupa Birliğinde 15-64 yaş arası yetişkinlerin %26,3'ünün yaşamlarının herhangi bir anında esrar denediği düşünülmektedir. 2017 yılında 15-34 yaş arası genç yetişkinlerin %14,1'ünün esrar kullandığı tahmin edilmektedir, bunların %17,4'ü 15-24 yaş grubundadır. 2017 yılında gençler arasında esrar kullanan erkekler kadınların iki katıdır (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018). Ülkemizde ise esrar kullanımının hayat boyu prevalansı ise %2,7'dir (T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI, 2018).

Kokain: Kokain Avrupa'da en yaygın kullanılan yasa dışı uyarıcıdır. Avrupa'da 15-64 yaş arası yetişkin nüfusta, bu yaş grubunun %5,1'inin yaşamlarının herhangi bir anında kokain denediği düşünülmektedir. 15-34 yaş aralığındaki genç yetişkinler arasında kokain kullanımı %1,9 olduğu düşünülmektedir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018).

MDMA (Ekstazi): Avrupa'da 15-64 yaş arası yetişkin nüfusun %4,1'inin yaşamlarının herhangi bir anında ekstazi denediği düşünülmektedir. 15-34 yaş arası genç yetişkinler arasında kullanım oranlarına bakıldığında ise bu yaş grubunun %1,8'inin ekstazi kullandığı tahmin edilmektedir. 2016 yılında Avrupa'da, ilk kez tedaviye başvuranların %1'inden azında ekstazi kullanımı belirlenmiştir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018).

Amfetaminler: Avrupa'da 15-64 yaş arası yetişkin nüfusun %3,6'sının yaşamlarının herhangi bir anında amfetamin denediği düşünülmektedir. 15-34 yaş arası genç yetişkinler arası kullanım oranlarına bakıldığında ise bu yaş grubunun %1,0'inin amfetamin kullandığını tahmin edilmektedir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018).

Yeni psikoaktif maddeler: Son verilere göre, Türkiye'de hastaların %17 ve Macaristan'da %7'sinde sentetik kannabinoid kullanımı madde kullanım tedavisine girme nedeni olarak bildirilirken, Birleşik Krallık'ta bu oran tedaviye girenlerin %0,3'üdür. Avrupa'da 15-34 yaş arası genç yetişkinlerde bu maddelerin kullanım yaygınlığı İtalya ve Norveç'te %0,2, Romanya'da %1,7, İspanya'da %0,2, Letonya'da %1,5 şeklinde değişen oranlardadır (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018).

Opioid: Kötüye kullanılan opioid türevleri; metadon, fentanil, kodein, buprenorfin, tramadol, morfin ve oksikodondur. Avrupa’da, yasadışı olarak en yaygın kullanılan opioid çeşidi eroin dir. 2016 yılında 15-64 yaş grubundaki yetişkinler arasında yüksek riskli opioid kullanım oranı bu yaş aralığındaki nüfusunun %0,4’üdür. Avrupa’da madde kullanım tedavisine başlayanların % 37’si birincil olarak opioid, bunların da %82’si eroin kullanıcısıydı (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), 2018).

2.1.5. Risk faktörleri

Madde bağımlılığı başlangıcı için riskli dönem, ergenlik öncesinde başlar, 18-22 yaşları arasında zirve yapar ve 25 yaşından sonra azalır (Pumariega et al., 2014). Erkek cinsiyet madde kullanımı için bir risk faktörüdür. Psikoaktif ilaçlar dışlandığında genel olarak madde kullanımı erkeklerde kadınlardan daha sıktır (Alikaşifoğlu and Ercan, 2009). Madde kullanımı ile ilgili risk faktörleri çeşitli maddelere göre farklılık göstermekle birlikte ortak risk faktörleri de tanımlanmıştır. Aile içinde çeşitli problemler ve buna ek olarak çatışmalar yaşanması, aile içi şiddet ve istismar varlığı, ailevi bağlardaki zayıflık, ailede psikolojik veya psikiyatrik sorunları olan bireylerinin varlığı en önemli risk faktörleri arasındadır (Resnick et al., 1997, Ögel, 2002, Akfert et al., 2009). Buna ek olarak ebeveynlerin çocukları üzerinde tutarsız yani denetimsiz, takipsiz veya fazla baskıcı olması, geniş ve kalabalık aileler, ebeveynlerdeki işsizlik ve düşük eğitim seviyesi, düşük ekonomik düzey, bölünmüş aile yapısı, ebeveyn ölümü, ev içi düzensizlik, ebeveynlerde madde kullanımını onaylayan tutumlar da ailevi risk faktörleri olarak sıralanabilir (Jackson et al., 1997, Ögel and Erol, 2005, Akfert et al., 2009). Toplumsal ve aile değerleri yasadışı uyuşturucu kullanımını etkilemektedir. Ebeveynler sigara, alkol veya uyuşturucu kullandığında, çocukları bunları kullanmanın sosyal olarak kabul edilebilir olduğunu öğrenerek, bu maddeleri kullanmaya yatkın olurlar (Black and Andreasen, 2014). Genetik risk faktörleri olarak ebeveynlerde madde bağımlılığı önemlidir (Alikaşifoğlu and Ercan, 2009). Bireysel özellikler ve sosyal çevre madde kullanım davranışında önemli bir diğer faktördür. Kronik ağrı, anksiyete bozuklukları ve depresyon dahil diğer tıbbi ve psikiyatrik bozukluklar, madde kötüye kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Buna ek olarak, madde kötüye kullananlar

arasındaki kişilik bozukluklarının sıklığı da yüksektir. Buna ek olarak madde bağımlılarında akran ilişkileri ile ilgili risk faktörleri; arkadaş grubunun alkol veya uyuşturucu kullanması, akran etkisine karşı duyarlılık, birinin ebeveynleriyle yakın bir bağ kurmaması, evden uzakta çok fazla zaman harcaması ve ebeveynlerin aksine akranlara güvenmenin artması olarak tanımlanmıştır. Diğer psikolojik risk faktörleri; saldırgan davranışlar, dürtülerini kontrol etmede yetersizlik yaşayanlar, otoriteyi reddeden ve isyankar davranışlarda bulunanlar, yetersizlik ve umutsuzluk duyguları yaşayanlar, özgürlük arayışı, yakın ilişkiler kurmak konusunda yetersiz olan bireyler, madde kullanımını normal karşılama ve risk alma davranışında sık bulunma gibi bireysel özellikler, düşmanca tutumlar, hayal kırıklığına karşı düşük tolerans, hazzı geciktirememe ve esnek olamama madde kullanımı konusunda önemli risk oluşturan faktörlerdir (Steinberg and Çok, 2007, Alikashiöglu and Ercan, 2009, Ögel and Erol, 2005, Ögel, 2002, Black and Andreasen, 2014, Öz and Alkeveli, 2018).

2.1.6. Koruyucu faktörler

Zeka seviyesinin yüksek olması, benlik saygısının korunmuş olması, baş etme ve problem çözme becerilerinin olması, optimist düşünce yapısı, toplumsal ve ailevi değerlere bağlılık, destekleyici ve dengeli ebeveyn ilişkileri, tutarlı disiplin, ailede uygun rol modeller olması, ailede madde kullanım öyküsünün olmaması, arkadaş çevresinin madde kullanmıyor olması, toplumsal ve ailevi değerlere önem veren arkadaş çevresi, gelecekle ilgili hedefler ve umut olması, akademik ve işle ilgili başarılar, madde kullanımını normal karşılamayan toplumsal çevre gibi faktörler madde kullanımı açısından koruyucu faktörlerdir (Alikashiöglu and Ercan, 2009).

2.1.7. Etiyolojik Faktörler

Alkol veya madde kötüye kullanımının olup olmayacağı birçok faktörle ilişkilidir. Genetik ve bireysel biyoloji, sosyal çevre ve madde ve kullanım niteliği bağımlılık bozukluklarına yol açan birçok faktörden bazılarıdır (Black and Andreasen, 2014).

2.1.7.1. Psikolojik Faktörler

Psikolojik gelişim: Madde kullanımının psikanalitik nedenlerini açıklığa kavuşturmak için teoriler madde kullanım bozukluğu olanların psikoseksüel gelişimin oral dönemlerinde kaldıklarını bildirmiştir (Ögel, 2010). İlerleyen dönemlerde ego işlevlerindeki bozukluk da değerlendirilmiş, kişinin kendi yetersizlikleriyle başa çıkma çabasının alkol ve madde bağımlılığına yol açtığı ileri sürülmüştür (Mücahit Öztürk, 2019).

Öğrenme teorisi: Öğrenme teorisi olaylarla kurulan bağlantıların, alkol-madde kullanımı davranışının gelişmesinde ve sürdürülmesinde temel unsur olduğunu öne sürmektedir(Ögel, 2010). Tanımlanan 2 öğrenme modelinin ilki klasik koşullanma, alkol ve madde ile ilişkilendirilen uyarımlarla karşılaşıldığında madde kullanma isteğinin artmasıdır. İkincisi ise edimsel koşullanma, davranışın madde kullanımının verdiği keyif ve ödül etkisi ile pekişmesidir (Mücahit Öztürk, 2019).

Bilişsel teori: Çeşitli araştırmalarda çarpık bilişlerin alkol ve madde kullanımına ve bağımlılık gelişimine katkı sağladığı ileri sürülmüştür. Bilişsel model beklenti teorisinden faydalanmış ve onu geliştirmiştir (Mücahit Öztürk, 2019). Birçok bilişsel model, alkolün etkilerinin bilişsel olarak şekillendiğini ve bir kişinin alkolden ne derece etkileneceğinin o kişinin bilişsel yapısına ve belirli bir uyarım varlığındaki bilişsel süreçlere bağlı olduğunu savunmuştur (Ögel, 2010).

Beklenti teorisi: Bu teori bireyin davranışlarını belirleyen etmenlerin, bu davranışların sonucundaki beklentiler ve bu beklentilerin sağladığı motivasyon olduğunu savunur (Mücahit Öztürk, 2019). Alkol-madde ile ilgili beklentiler aynı zamanda kişilik özellikleri ve yoğun kullanımı arasındaki bağlantıyı da kapsamaktadır (Ögel, 2010).

Sosyal öğrenme teorisi: Şimdiye kadar açıklanan bütün teorileri kapsar. Sosyal öğrenme bakış açısına göre bağımlı davranışlar öğrenilmiş alışkanlıklardır. Kötüye kullanım için sosyal öğrenme modelinde etkili faktörler; beklentiler, alkol kullanılan sosyal çevre, öz yeterlilik ve başa çıkma becerileridir (Ögel, 2010).

Sosyalleşmede sorunlar: Kişi içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamaz, yaşadığı olumsuz duygulardan kaçınmak ve bunların üstesinden gelebilmek için maddeye başvurabilir (Ögel, 2010).

Düşük engellenme eşiği: Toplumsal çevrede engellenme yaratacak etkenler çok fazladır. Bu engeller ve sorunlar karşısında kolaylıkla kırılan ve olumsuz duygular yaşayan insanlar isteklerini erteleyemezler ve istekleri geciktiğinde yıkım yaşarlar bu özelliklerinden dolayı daha da fazla engellenme yaşayarak kısır döngüye girerler (Ögel, 2010).

Risk alıcı davranışlar: Riskli bir yaşamı tercih eden kişiler, bütün zarara rağmen, madde kullanımını ilgi çekici bulurlar ve toplumun tarafından konulan kurallara karşı gelirler. Toplumun sınırlarının dışına çıkmayan kişilerde madde kullanım olasılığı daha düşüktür (Ögel, 2010).

Kişilik özellikleri: Madde kullanımının başlaması ve bağımlılığın gelişmesinde mizaç ve kişilik özellikleri önemli rol oynar. Madde kötüye kullanan kişileri özellikleri; olgunlaşmamış, hazzı erteleyemeyen, istikrarlı bir ilişki kuramayan, özgüveni düşük, kaygılı, girişkenlik konusunda yetersiz, umursamaz, isyankar, hastalık hastalığına meyilli olmaktır. Burada dikkat edilmesi gereken, madde bağımlılarında bu kişilik özelliklerinin genelleştirilmemesi ve kişilik bozukluğundan ayrılmasıdır (Ögel, 2010).

Psikiyatrik komorbidite: Bağımlılıkta ek psikiyatrik bozukluk sık görülür. Psikiyatrik ek tanıli bağımlılarda her iki bozukluk da şiddetli, tedavi uyumu ve tedavi sonrası tekrarlama oranları yüksektir. Bu birlikteliğe genetik ve çevresel etkenler yatkınlık oluşturabilir(Mücahit Öztürk, 2019). Madde kullanımında en sık rastlanan kişilik bozuklukları B kümesi kişilik bozukluklarıdır. Bu grupta yasal sorunlar, şiddete yatkınlık, kontrolsüz enjektör kullanım ve riskli cinsel davranışlara bağlı enfeksiyonlar sık görülür. Antisosyal kişilik bozukluğu oranlarının ortalama %35-60 olduğu tahmin edilmektedir (Mücahit Öztürk, 2019, Sadock et al., 2016). Depresif belirtiler madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı olan grupta yaygın görülür. Çalışmalara göre, opioid kötüye kullanımı olanların yaklaşık %30-35, alkol kötüye kullanımı olanların yaklaşık %40'ında hayatlarının belli bir döneminde majör depresyon tespit edilmiştir. Madde kötüye kullanımı intihar için de risk

faktörlerinden biridir. İntihar ile ölüm riski normal nüfusa göre 20 kat daha fazladır. Alkol kötüye kullanımı olan kişilerin yaklaşık %15’inde intihar tamamlanır. Bu oran major depresif bozukluktaki intihar oranından sonra ikinci sıklıkta görülür (Sadock et al., 2016). Madde kullanımı için ek psikiyatrik komorbiditeler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Özgül Öğrenme Güçlüğü, Uyku bozuklukları, Yeme Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Duygudurum Bozuklukları, Psikotik bozukluklar, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar’dır (Ries et al., 2014).

2.1.7.2. Genetik Faktörler

Bağımlılığın da diğer psikiyatrik bozukluklar gibi yüksek derecede kalıtılabilirlik gösterdiği kanıtlanmakla birlikte bunun tek gen etkisinden ziyade multigenetik ve multifaktöriyel olduğu ileri sürülmüştür (Mücahit Öztürk, 2019). Bağımlılıkta genetik faktörlerini araştırmak amacıyla yapılan, ikiz, aile, evlat edinme ve moleküler çalışmalar da bunu doğrulamaktadır. Genetik faktörlerin, bağımlılık riskine %40-60 oranında katkıda bulunduğu tahmin edilmektedir (Black and Andreasen, 2014).

2.1.7.3. Sosyal Faktörler

Madde kullanım özelliklerinin kültürel, sosyal, toplumsal faktörlerle ilişkisi çok güçlüdür (Durrant and Thakker, 2003). Kültürel ve toplumsal etmenler; kanunlar, maliyet, maddelere ulaşma, kabul edilebilirlik, madde ile ilgili inanışlardır ve madde kullanma davranışını büyük oranda etkiler. Sosyoekonomik durumlar da madde kullanma davranışında önemli bir diğer faktördür (Mücahit Öztürk, 2019). Genel olarak sosyoekonomik düzey, madde kullanım sıklığından çok kullanılan maddenin cinsini etkiler. Örneğin uçucu madde, eroin ve esrar kullanımı daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde görülürken, kokain kullanımı daha çok sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerde görülür (Ögel, 2010). Sosyal etkenler içinde bir diğer önemli faktör de ailedir. Ailede uyuşturucu madde kullanımı, ihmalkar, sevgi ve destek sağlamayan, gevşek ve disiplinsiz veya aşırı katı, baskın, aşırı koruyucu ebeveyn yapısı, boşanmış, ayrı yaşayan veya ebeveynlerden birinin

kaybedildiği, parçalanmış aile yapısı, sorunlar karşısında aciz, çözüm üretemeyen ya da uyuşturucu maddelere karşı hoşgörülü aile yapısı, aile içinde gencin özdeşim kurabileceği bir bireyin olmaması gibi durumlarda uyuşturucu kullanımı yaygın olduğu gözlenmiştir (Ögel, 2010).

2.1.7.4. Biyolojik Faktörler

Farklı maddeler için ortak ödül sistemi mezokortikolimbik sistemdir. Maddeler bu ortak yapıya farklı yerlerden girseler de, buradaki VTA ve opioid peptid nöronları genelde ortaktır. Motive edici etkenler beyinde dopamin artışına neden olur ve ödül merkezini aktive eder (Ögel, 2010). Mezolimbik dopaminerjik yol, ventral tegmental alandan köken alır, nukleus accumbens ve amigdalaya kadar uzanır (Mücahit Öztürk, 2019). Amigdala öğrenilmiş davranışlardan sorumludur ve korku ile motive olan davranışları belirlemesine ek olarak tetikleyicilerin farkına varır (Ögel, 2010) ve nöroadrenerjik nörotransmisyon ile bağımlılık ile ilişkili stres ve kaygıda yer alır (Mücahit Öztürk, 2019). Nucleus accumbens ödülle motive olan davranışları belirleyerek uyarının motivasyonel çarpıcılığını ayarlar, motivasyon yaratan uyarılara yanıt olarak ortaya çıkan öğrenilmiş davranışlara aracılık eder, prefrontal korteksten gelen glutamaterjik sinirlerle adaptif davranışları düzenler. Prefrontal korteks ise motivasyona neden olaylara davranışsal yanıt verilip verilmeyeceğini ve davranışsal yanıtın biçimini ve yoğunluğunu belirler ve prefrontal korteksin uyarılması davranışı tetikler (Ögel, 2010). Bu yolun ana inhibitör nörotransmitteri GABA, ana eksitatör nörotransmitteri Glutamat' dır (Mücahit Öztürk, 2019). Prefrontal korteks ve limbik sistemden nukleus accumbens'e glutamaterjik iletim artmasına ek olarak anterior singulat kortekste hücrel adaptasyonlar gelişmesi bağımlılık gelişimine neden olur. İlk madde kullanımı accumbensi etkilerken, tekrarlanmış madde kullanımı giderek prefrontal korteks ve glutamaterjik sinirlerin rolünü artırır (Ögel, 2010)

2.2. TRAVMA, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

2.2.1. Tarihçe

Strese bağlı bozuklukların erken tanımlayıcı belirtileri sıklıkla savaş tarihiyle bağlantılıdır. Birinci Dünya Savaşı sırasındaki savaş korkuları ve sonuçta ortaya çıkan psikolojik sonuçlar, “savaş bunalımı” (shell shock) kavramının oluşumuna yol açtı (Andreasen, 2010). Savaş bunalımına olan ilgi, I. Dünya Savaşı'nın sona ermesiyle azaldı, ancak II. Dünya Savaşı'nın başlamasıyla yeniden ortaya çıktı. Daha önce olduğu gibi, savaşa kronik olarak maruz kalan askerler kaygı, yoğun otonom uyarılma, yeniden yaşama ve travmayı hatırlatan uyaranlara duyarlılık ile karakterize bir sendrom yaşamaya başladılar. Bu sendroma travmatik savaş nevrozu, savaş yorgunluğu, savaş stresi ve büyük stres reaksiyonu gibi çeşitli isimler verildi (Kral, 1951). Bu tablolarda en belirgin semptomun süreklilik gösteren fizyolojik hiperaktivite olduğunu Abraham Kardiner ileri sürmüştür (Abraham, 1941).

DSM öncesi dönemde, savaş dışı yaralanmalara maruz kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar üzerine de bir literatür birikmiştir. Alexandra Adler, sivil ortamlardaki stresin psikolojik etkileri üzerine, Cocanut Grove yangını üzerindeki çalışmalarından başlayarak, hem klinik tabloyu hem de epidemiyolojiyi tarif eden yazılar yazdı. Ayrıca ortaya çıkan stres reaksiyonlarının etkilerini karşılaştırdı (Adler, 1943). Nemiah, endüstriyel kazaların etkileri hakkında (Nemiah, 1963), Hamburg ve arkadaşları yanık yaralanmalarının etkileri hakkında yazmışlardır (Blocker Jr and Blocker, 1963).

Bu dönemlerde, bazı düşünürler stres durumunda fiziksel mekanizmaların rolünü vurguladı (Selye, 1956). ‘Stres’ terimini keşfedildi ve buna hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aracılık ettiği belirtildi. Genel adaptasyon sendromu strese sağlıklı bir cevap olarak nitelendirildi ve travmatik nevrozların kronik veya şiddetli stresin bir sonucu olduğu düşünüldü. İkinci grup araştırmacıların tanımları, psikodinamik geleneğe dayanıyordu (Fenichel, 1996). Bilinçaltının, bastırılmış hatıraların, savunma mekanizmalarının ve erken çocukluk travmalarının rolü

vurgulandı. Bu iki kavramsal çerçeve, takip edilecek tarihin temelini attı (Andreasen, 2010).

2.2.2. Tanımlar

2.2.2.1. Travma

Ruhsal ve bedensel bütünlüğü bozan ya da inciten olumsuz yaşam olaylarıdır (Jones et al., 2007). Bu olaylarla karşılaşıldığında korku, çaresizlik gibi duyguların ortaya çıkmasına ise “travmatik durum” denir (Yener, 2017). Bu travmatik yaşam olayları sonrasında oluşan psikolojik tepkiler kişilik, mizaç özellikleri, toplumsal/kültürel değişkenler gibi birçok faktör açısından farklılık gösterir (Briere and Scott, 2016). Travmatik yaşam olayları sonrasında depresyonla, panik bozukluk, fobik bozukluklar ve en önemlisi travmaya özgü bir bozukluk olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu görülebilir (Briere and Scott, 2016).

İnsanların yaşamları boyunca en az bir kez travmatik bir yaşam olayına maruz kalma olasılığının ortalama %80-100 olduğu tahmin edilmektedir (BOLU et al., 2014). Yaşam boyunca travmatik olay yaşama oranı erkeklerde fazla iken travmatik olaya maruz kalma sonrası TSSB oluşma oranı kadınlarda erkeklerden daha fazladır (Breslau, 2002). Travmatik olayın türü ile ilgili olarak, kadınlarda sıklıkla cinsel saldırılar, erkeklerde ise sıklıkla kazalar başta gelen travma nedenleridir (Breslau et al., 1991). Herhangi bir travmatik olay sonrası TSSB gelişme oranı kadınlarda ortalama %15, erkeklerde ise ortalama % 7-8’dir (Breslau et al., 1991). Kadınlarda cinsel travma sonrasında TSSB gelişimi oranı %48.4 iken erkeklerde ani ölüm veya ciddi yaralanma sonrası oran %10.4 olarak görülmektedir (Kessler et al., 1995).

2.2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuk istismarı, çocukların bakım verenler veya diğer yetişkinler tarafından fiziksel, zihinsel, duygusal veya cinsel gelişimlerini kısıtlayan, beden veya ruh sağlığını bozan, toplumsal kurallarla uygunsuz ve yaralayıcı görülen eylem veya eylemsizliklerdir (Karaman-Kepenekci, 2001, Taner and Gökler, 2004). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, en az bir travma bildirme oranı %43,2, herhangi bir travma bildirmeyenlerin oranı %59,3 olup, %24,7 oran ile en sık bildirilen çocukluk çağı travması duygusal ihmal, sonra sırasıyla, %22 oran ile cinsel istismar, %18,7 oran ile

duygusal istismar, %17,3 oran ile fiziksel ihmal, %15.3 oran ile fiziksel istismardır (Yanik and Özmen, 2002).

Fiziksel istismar: On sekiz yaşından küçük çocuklara, bakım verenler veya diğer kişiler tarafından sağlığına zarar verecek ve bedeninde iz bırakacak biçimde davranılmasıdır (Sadock et al., 2009, Soykan Aysev and Işık Taner, 2007). Fiziksel istismara uğrayanlarda intihar düşüncesi, intihar girişimi, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, riskli cinsel davranışlar gibi sorunlar da sık görülmektedir. Ağır fiziksel kötüye kullanım olgularında travma sonrası stres bozukluğuna da rastlanmaktadır (Kendall-Tackett and neglect, 2002, Taner and Gökler, 2004).

Duygusal istismar: Bakım verenler veya diğer kişiler tarafından çocukların olumsuz etkileneceği tutum ve davranışlara maruz bırakılması, çocuğun dokunulma, güven duyma, sosyalleşme ve kendini değerli görebilme gibi ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır (Soykan Aysev and Işık Taner, 2007). Duygusal istismar ve ihmal sıklıkta birlikte görülür (Kendall-Tackett and neglect, 2002).

İhmal: Çocuğun fiziksel, duygusal, eğitim veya sağlık gibi farklı alanlardaki ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanır. İstismar ve ihmalin ayrımı istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olması ile ayrılır (Sadock et al., 2009, Kara and Biçer, 2004).

Cinsel istismar: Yetişkin birinin (istismarcı ve mağdur arasındaki yaş farkı en az 5 yaş olmalı) cinsel tatmin amacıyla çocuğu ikna ederek, zorlayarak ya da kandırarak yaptığı tüm davranışlardır (Şahiner et al., 2001).

2.2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Kişinin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi fiziksel yaralanma veya cinsel şiddet, fiziksel bütünlüğüne yönelik herhangi bir tehdidi yaşaması, böyle bir olaya tanık olması sonucunda, bir aydan uzun süren, olayı tekrar yaşama, olayla ilgili uyarılardan kaçınma, başkalarına yabancı hissetme ve onlardan uzaklaşma, aşırı uyarılma tepkileri gibi belirtilerin olması ve bu nedenle kişinin işlevselliğini bozmasıdır. Olay tipik olarak normal insan deneyimi aralığının dışındadır. Bu tür olayların örnekleri arasında çatışma, fiziksel saldırı, tecavüz ve felaketler sayılabilir (Black and Andreasen, 2014).

2.2.3. Tanı Kriterleri

II. Dünya Savaşı sonrasında, tanı ve sınıflama konusunda bazı standardizasyonların gerekli olduğu düşünülerek, dünyanın birçok yerinden psikiyatristler bir araya gelerek Gaziler İdaresi tarafından tanımlanan ilk tanısal kılavuzu oluşturdular. Bu kılavuz, Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (APA) kendi kılavuzunu geliştirmesi için teşvik sağlaması nedeniyle önemlidir. APA' nin ilk tanı kılavuzu, 1952'de ortaya çıkan Tanı ve İstatistik El Kitabı DSM-I' de savaş veya doğal afet gibi fiziksel veya ruhsal strese cevap olarak verilen bir stres sendromu olarak büyük stres reaksiyonu adıyla bir teşhis tanımlandı. Bu bozukluk, stresli yaşam olayı haricinde herhangi bir bozukluğu olmayanlarda görülür ve birkaç gün veya haftalar içinde düzelir, eğer düzelmezse başka bir tanı düşünülmelidir (Association, 1952). 1968'de bu kılavuzun ilk revizyonu olarak DSM-II yayınlandı. Kavram savaş ile yakından ilişkili ve kılavuzun yayınlandığı dönem barış zamanı olduğundan herhangi bir gerekçe belirtilmeden büyük stres reaksiyonu tanısı çıkarıldı. Sonuç olarak, stres bozuklukları için resmi bir tanı 1968 ve 1980 yılları arasında tanımlanmamıştı (Association, 1968). Bu değişiklik sonrası Vietnam Savaşı yükselişe geçmeye başladı. Böylece savaş sonrası stres bozukluklarına tekrar ilgi arttı. Ancak savaş sonrası şikayetleri olan gaziler için bir tanı mevcut değildi ve tedavi olanakları çok azdı. 1980'lerin ortalarında DSM III birliği toplandığında, büyük stres tepkisi, tartışılan en önemli konulardan biriydi (Andreasen, 2010). Stresör tanımı, dar kapsamlı bir şekilde normal insan deneyiminin üstünde olacak kadar şiddetli, fiziksel ve/veya psikolojik stresör olarak tanımlandı. Kırılganlık ve esneklik bakımından bireysel farklılıklar olması nedeniyle travma öncesinde hiçbir bozukluğu olmama şartı kaldırıldı. Semptomlar yeniden yaşama (ayrışma benzeri durumlar dahil), hissizleşme ve bilişsel veya otonomik belirtiler olarak üç genel kategoriye ayrıldı. Bozukluğun, akut veya gecikmeli başlangıçlı olabileceği belirtildi. Kriterlerindeki stresörün dar tanımına rağmen, klinisyenler ve araştırmacılar tarafından bu kavram trafik kazaları, çocukluk istismarı gibi stresörleri de kapsayacak şekilde genişletildi. Sonuç olarak, çocukluk istismarı sonrası disosiyatif sendrom sıklığı çok artmış ve barış zamanında bile olsa tanı çok daha yaygın hale gelmiştir (Andreasen, 2010). 1987'de DSM-III-R ortaya çıktığında, değişikliklerin birçoğu yeni tanı kriterleri ile yeniden düzenlendi ve stres etkeni tanımının semptomlara yol açacak kadar şiddetli olma zorunluluğu

kaldırıldı. Stresörün fiziksel bileşenleri en aza indirilerek psikolojik yapısı vurgulandı. Ayırışma üzerindeki vurgu güçlendi ve semptom aralığı genişletildi (Association, 1987). 1994'te DSM-IV' ün tanımlanması ile değişim devam etti. Stresörün tanımı sadece hastanın yaşadığı durumla sınırlı kalmayacak, başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit de olabilecek şekilde genişletildi ve değiştirildi. Üç aydan az süreli semptomların varlığı akut, üç aydan uzun süreli semptomların varlığı kronik olarak tanımlandı. Stresli yaşam olayından en az altı ay sonrasında belirtilerin başlaması “geç başlangıçlı” olarak tanımlandı. Belirtilerin 1 ay içinde ortaya çıkıp kaybolması ise Akut Stres Bozukluğu olarak ayrıca eklendi (Association, 1994).

DSM-5'te “Örseleme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar şeklinde yeni bir bölüm oluşturulmuş (Association, 2013) ve DSM-IV-TR'de (Association, 2000) farklı başlıklar (akut stres bozukluğu ve uyum bozukluğu) da bulunan bazı bozukluklar bu bölüme eklenmiştir.

DSM-5'te travmatik olay tanımı netleştirilmiş, travmadan söz edilebilmesi için kişi aşağıdaki yollardan en az birine maruz kalmış, ölümlerle, ağır yaralanmayla veya cinsel saldırıyla karşı karşıya gelmiş olmalıdır:

1. Örseleyici olayı doğrudan yaşama
2. Başkasının yaşadığı örseleyici olaya doğrudan tanıklık etme
3. Bir yakınının örseleyici olay (kaza sonucu ya da kaba güçle gerçek ölüm ya da ölüm olasılığı) yaşadığını öğrenme.
4. Yineleyici veya aşırı bir şekilde örseleyici olayın istenmeyen ayrıntıları ile karşı karşıya kalma (örneğin; afet sonrası kalıntı toplayanlar, çocuk istismarının ayrıntılarını dinleyen çalışanlar). Bu tip bir karşı karşılaşmanın, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları ya da görseller aracılığı ile olduğunda bu ölçüt uygulanamaz (Association, 2013).

DSM-5'te akut, kronik kavramları kaldırılmış olup “gecikmeli dışavurum gösteren tip” tanımlanmış, ancak “kimi belirtiler kısa süre içinde başlamış olsa da” ibaresi eklenmiştir. DSM-5'te dissosiyatif belirti gösteren TSSB' nin ayrıca kodlanması istenmiş, derealizasyon ve depersonalizasyon alt başlıkları tanımlanmıştır. DSM-5'deki temel kriter değişiklikleri, Kriter A2 (korku, çaresizlik, dehşete düşme

tepkileri)' nin kaldırılması ile öznel tanımlamaya artık yer verilmemiş, Kriter C'deki kaçınma, içsel ve dışsal uyaranlardan kaçınma şeklinde 2 başlık altında toplanmış, aktif kaçınma durumu pasif kaçınma durumundan ayrılmış ve Kriter D'de yeni bir semptom kümelenmesi (biliş ve ruh halindeki olumsuz değişiklikler) oluşturulmuştur. Kriter D'deki Hiperarousal küme, Kriter E içine taşınmış, genel olarak değişmemiştir (Özten and Sayar, 2015).

Mental Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabının 5. Baskısında (DSM-5) tanımlanmış Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres) Bozukluğu tanı kriterleri şu şekildedir;

Not: Aşağıdaki tanı ölçütleri, erişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklara uygulanır. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklar için aşağıda ona karşı gelen tanı ölçütlerine bakın.

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntıları toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Ökseleyici olay(lar)ın yineleyici, istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, ökseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı ökseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler. Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3. Kişinin ökseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözüme (dissosiyasyon) tepkileri (Bu tür tepkiler, belirli bir görölme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmamadır.) Not: Çocuklar, oyun sırasında, ökselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Ökseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşıncı yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Ökseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, ökseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, ökseleyici olay(lar)a ilişkin uyarlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Ökseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Ökseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, ökseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, ökseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Ökseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözümlmesine (dissosiyatif amnezi) bağlıdır ve kafa travması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).

5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma.

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

2. Denetimsiz davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.

3. Her an tetikte olma.

4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

5. Odaklanma güçlükleri.

6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örneğin sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçek dışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örneğin kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da) tam olarak karşılanmıyorsa bu niteleyici kullanılır (Association, 2013).

2.2.4. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik olarak ilk veriler Vietnam'da savaşımlar arasında yapılan çalışmalarla elde edilmiş ve TSSB' nin yaşam boyu prevalansı %14-47 olarak tanımlanmıştır (Marsella et al., 1994). Farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda %2 ile %16 arasında değişen sıklıkta görülmektedir (McFarlane and De Girolamo, 1996, Tural et al., 2004).

Travmatik olayla ilgili olarak; olayın üzerinden geçen zaman, olaya doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalma, travmatik olayın türü, şiddeti, kişinin sosyal destek düzeyi, bireysel genetik özellikler, psikolojik geçmiş, belirli stresörlerle baş etme düzenekleri, kişinin travmatik duyarlılığı gibi bireysel farklılıklar, travma deneyimlerinin öyküsü gibi travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili değişkenler çok

çeşitlilik gösterdiğinden yaygınlık oranları da değişkendir (Binbay et al., 2014, BOLU et al., 2014).

En yüksek yaşam boyu TSSB oranı %57,1'lik oran ile tamamlanmış tecavüz sonrası görülmüştür. Travma sonrası TSSB gelişme oranlarına bakıldığında, tecavüze uğramış, yaşamı tehdit edilmiş ve fiziksel saldırıya uğramış mağdurların %80'inde TSSB geliştiği tespit edilmiştir (Resnick et al., 1993).

Ülkemizde yapılan çalışma sayısı yetersiz olmakta birlikte, mevcut çalışmalara bakıldığında deprem sonrası yapılan çeşitli çalışmalarda yaşam boyu TSSB oranı %14-20 olarak bildirilmiştir (Foa, 2006, Öztürk and Uluşahin, 2008).

2.2.5. Risk Faktörleri

Pretravmatik risk faktörleri: Bireysel faktörler; bilişsel gerilik (düşük IQ veya geçmiş kafa travması öyküsü), önceki travma öyküsü özellikle çocukluk travmaları (örneğin, istismar, kötü muamele) (Sareen, 2014, Sadock et al., 2016), yakın geçmişte strese yaratan olay yaşamış olmak (Sadock et al., 2016) ve travma öncesindeki ruhsal bozukluk öyküsü (örneğin, panik bozukluğu, depresif bozukluk, TSSB veya obsesif-kompulsif bozukluk)(Cameron et al., 2006), kontrol merkezini iç kaynaklı değil de, dış kaynaklı olarak algılamak, yakın zamanda aşırı alkol almış olmak (Sadock et al., 2016), travma öncesindeki kişilik özellikleri (örneğin, nörotik, borderline, bağımlı, paranoid ya da antisosyal kişilik özelliklerinin varlığı) (Fauerbach et al., 2000, Sadock et al., 2016) bulunur. Genetik ve fizyolojik faktörler; erken yaş, kadın cinsiyet (Sareen, 2014, Sadock et al., 2016), serotonin taşıyıcı gen ve hipotalamik hipofiz-adrenal eksenini ile ilişkili genler dâhil olmak üzere birçok gen (Navarro-Mateu et al., 2013, Ressler et al., 2011), ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü (Sareen, 2014, Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003). Çevresel faktörler; düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi, kültürel özellikler (kendini suçlayan başa çıkma stratejileri gibi), azınlık ırksal/etnik statüsü (Sareen, 2014, Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003).

Peritravmatik: Peritravmatik dissosiyasyon oluşması (Birmes et al., 2003), travmanın türü ve şiddeti, kasıtlı saldırganlık içermesi (özellikle bakım veren tarafından

oluşturulan), algılanan ölüm tehdidi (Sareen, 2014, Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003).

Posttravmatik: İlk başvuruda yüksek kalp atış hızı (>95/dk), ciddi bedensel yaralanması olan hastalar için akut yüksek düzeyde ağrı (Norman et al., 2008, Zatzick et al., 2005), hastanede yatış süresinin uzun olması, yoğun bakım yatışı olması (Zatzick et al., 2008), travmatik maruziyet sonrası olumsuz yaşam olayları travma sonrasında akut stres bozukluğu(Birmes et al., 2003), fiziksel ve maddi kayıp düzeyi, olumsuz değerlendirmeler, travma sonrası yasal süreçler, uygun olmayan başa çıkma stratejileri, sosyal destek azlığı veya yokluğu, üzücü tetikleyicilerle sık karşılaşma gelişmesi sayılabilir (Sareen, 2014, Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003).

Travmatik olayın etki şiddetini arttıran etmenler ise birey için olayın öznel olarak anlamlı olması, olaya uzun süreli maruziyet, aniden ve hazırlıksız olarak olayla karşılaşma, olayın katastrofik karakterde olması, insan tarafından oluşturulan olay, ölüm tehdidi içeren olaylar, fiziksel yaralanma eşlik etmesi, insanlık dışı şekilde ve canice gerçekleşen olaylar, kişide suçluluk duygusuna sebep olan olaylar, olay sebebiyle kişinin çaresiz ve köşeye sıkışmış hissetmesi (Özgen and AYDIN, 1999).

2.2.6. Etiyolojik Faktörler

TSSB'li kişilerde belirli biyolojik anormallikler bulunmuştur. Araştırmalar, devam eden yüksek duygusal uyarılma düzeylerinin, hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninin düzensizliğine yol açabileceğini göstermektedir. Santral sinir sistemindeki noradrenerjik ve serotonerjik yollar da TSSB' nin oluşumunda yer almıştır. Beyin görüntüleme aynı zamanda araştırmacıların TSSB' nin altında yatan nörobiyolojisini anlamalarına yardımcı olmaktadır. Azaltılmış hipokampal hacim ve limbik bölgelerde, özellikle de amigdalada artmış metabolik aktivite en fazla tanımlanan bulgulardır. Bu bulgular rahatsız edici duygusal hafızanın TSSB' deki rolünü açıklamaya yardımcı olabilir (Black and Andreasen, 2014).

Psikodinamik faktörler: Psikanalitik modelde çözümlenmemiş ve inaktif halde duran bir psikolojik çatışmanın yeniden harekete geçmesi şeklinde bir hipotez öne sürülmüştür. Çocukluk çağında yaşanan travmaların yeniden yaşanması birçok

savunma mekanizmasını (regresyon ve bastırma, yadsıma, reaksiyon formasyon ve yapma bozma gibi) aktifleştirir. Freud'a göre çocukluk çağında cinsel istismar yaşayanların bilinçlerinde bölünme oluşur. İlerleyen zamanda yaşanan bir travmatik olay sonucunda de bu çatışma uykudan uyanır ve ego bu travmatik olayı yeniden yaşar ve travmanın semptomları oluşur (Sadock et al., 2016). Travmanın ek olarak çocukluk döneminde saplanmış olunan psikoseksüel evreye gerilemeye neden olduğu, böylece çocukluk dönemindeki nevrozları da aktifleştirdiği düşünülmektedir (BOLU et al., 2014). Travma sonrası stres bozukluğunda psikodinamik temaların özellikleri; tetikleyici etkenin travma oluşturup oluşturmayacağı öznel anlamına bağlıdır, travmatik yaşantılar daha önce yaşanmış çocukluk çağı travmaları ile benzer süreçleri harekete geçirecek ortak etki oluşturabilir, travmanın bir sonucu olarak duyguların düzenlenmesinde yetersizlik oluşabilir, travmanın sonraki etkilerinden olan bedenselleştirme ve aleksitimi görülebilir, çeşitli savunma mekanizmaları görülebilir (yadsıma, çözülme, bölünme, yansıtılmalı yadsıma, küçümseme, suçluluk gibi), her şeye hakim bir kurtarıcı, istismar eden kişi ve kurban şeklinde rollerin yansıtılması ve içe alınması nesne ilişkisinin şeklini gösterir (Sadock et al., 2016).

Bilişsel ve davranışsal faktörler: Bilişsel modelde, travmatik olay yaşayan bireylerin yaşadıkları olayı içselleştirip, anlamlandıramadıkları varsayılır. Bu nedenle de stresi tekrar tekrar yaşantılar. Ayrıca bundan kaçınmak için de çeşitli yollar ararlar. Olayın etkileriyle başetme becerilerinin kısmi olmasının sonucunda olayı kabullenme ve yadsıma arasında gidip gelirler. Bu değişken dönemin nedeninin beynin travmatik olayla ilgili olan büyük miktardaki bilgiyi işlemeye çalışması olduğu düşünülmektedir. Davranışsal modelde; klasik koşullanmaya göre, koşulsuz uyarın (travma)'nın korku yanıtının oluşmasına ek olarak koşullu uyarın (görüntü, ses, koku, gibi fiziksel veya ruhsal travma hatırlatıcıları) şeklinde bir eşi vardır. Kişilerin hem koşullu hem koşulsuz uyarandan kaçınmalarının sebebi, koşulsuz uyarandan bağımsız olarak koşullu uyarının da edimsel öğrenme sonucunda korku yanıtını oluşturmasıdır (Sadock et al., 2016).

Biyolojik faktörler: TSSB etiyojisindeki biyolojik teoriler, hayvan modelleri ve klinik topluluklardaki biyolojik değişkenlerin ölçümlerinden yola çıkılarak ortaya atılmıştır. Her iki örneklem grubunda da çeşitli nörotransmitterlerden bahsedilmiştir. Norepinefrin, dopamin, benzodiyazepin ve endojen opiyat reseptörleri ve bunlara ek

olarak hipotalamo-pituiter aks (HPA) TSSB etiyolojisinde önemli yeri olduğu kanıtlanmıştır. Bunlara ek olarak, otonomik sinir sistemi aktivitesinde artış, kalp atım hızı ve kan basıncı değişimleri ve uyku yapısında bozulmalar ile kanıtlanmıştır (Sadock et al., 2016).

Nöroadrenerjik sistem; Organizmanın strese karşı verdiği nöroendokrin yanıtta, kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve otonomik sinir sisteminin sempatik sistem ile düzenlenmesini sağlayan lokus seruleus (LC)-norepinefrin (NE) yolağı önemlidir (Redmond Jr and Huang, 1979). Sempatik sistem aktivasyonu ile anksiyete, korku, uyanıklık, tetikte olma hali, seçici dikkatte artış organizmanın kendini korumaya yönelik olan biyolojik yanıtlarıdır (BOLU et al., 2014). Ek olarak sinirlilik, kan basıncında artış, kalp çarpıntısı, terleme, titreme gibi belirtiler de adrenerjik sistem ilişkili belirtilerdir. Stres, presinaptik α_2 noradrenerjik otoresptör duyarlılığında azaltır ve NE salınımını arttırır, böylece anksiyete belirtileri ortaya çıkar (GEYRAN, 1995). TSSB yaşayan hastalarda 24 saatlik idrar epinefrin ve katekolamin düzeylerinde artış olduğu kanıtlanmıştır (Sadock et al., 2016). Stres sonucunda oluşan nörobiyolojik değişiklikler arasında medial prefrontal korteksteki dopaminerjik aktivitede artışı da önemlidir. TSSB' deki bellek bozukluklarının bu dopaminerjik yolak ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Bununla ilişkili olarak dopamin salgısına neden olan maddeler (kokain, amfetamin) aşırı uyarılmışlık belirtilerine neden olmaktadır (Southwick et al., 1995).

Opiyat sistemi; Fiziksel ve psikolojik travmalarda salgılanan endojen opioidler, travma sırasında oluşan sedasyon, depersonalizasyon ve analjeziden sorumludur (Maier et al., 1980). Plazma beta endorfin düzeyinin TSSB olanlarda düşük saptanması opiyat sistemi ile bozukluk olduğunu göstermektedir. Opiyat sisteminde aşırı aktivite olması, naloxon ve nalmefen ile belirtilerde düzelme olması sonucunda da gösterilmiştir (Sadock et al., 2016).

Nöroendokrin sistem ve hipotalamik-hipofizadrenal (HPA) aks: TSSB de plazma ve idrar örneklerinde serbest kortizol düzeylerinin düşük olduğu, yani HPA aksının normalden daha fazla çalıştığı gösterilmiştir. Bununla ilişkili olarak travmaya maruz kalıp, TSSB geliştiren ve geliştirmeyenler arasında yapılan çalışmalarda, TSSB geliştirenlerde kortizolün aşırı derecede baskılandığı gösterilmiştir. Travmaya maruz

kalan bireylerde akut dönemde kortizolün yükseldiği, zamanla bu değerin düştüğü düşünülmektedir(Nemeroff et al., 1988). Çelişkili çalışmalar olmasına rağmen kronik stresin, glikokortikoid seviyesinde azalmaya neden olduğu düşünülmektedir (Resnick et al., 1995). Benzer olarak hayvanlarla yapılan çalışmalarda akut stresle yüzleşmenin glikokortikoidleri arttırdığı, kronik stresin ise glikokortikoidlerde azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (Yehuda et al., 1991). Sonuçta kontrollere göre periferik kortizol düzeyi düşmekte. Bunlara ek olarak hipokampus ve amigdala ile ilgili araştırmalar sürmekle birlikte mevcut veriler, stresin amigdala ve hipokampus yapısında değişikliklere sebep olduğu ve travma yaşayan bireylerde hipokampus hacminde azalma olduğu yönündedir (Sadock et al., 2016). Hipokampus ve amigdala, duygusal ve kognitif yanıtlardan sorumludur (Southwick et al., 1995).

Genetik ve ailesel faktörler: I. ve II. Dünya Savaşı dönemine ait sonuçlar, TSSB olan askerlerin akrabalarında kontrollere göre daha yüksek psikiyatrik bozukluk oranı olduğunu göstermektedir(True et al., 1993). TSSB' de genetik geçiş, % 21 ile % 37 arasındadır(Dikkatli, 2000). Ailede herhangi bir psikiyatrik bozukluğun varlığı TSSB belirtilerinin dağılımında etkili bir faktördür (Hageman et al., 2001).

2.2.7. Komorbidite

Travma sonrası stres bozukluğu olgularının en az üçte ikisinde ek psikiyatrik bozukluklar eşlik eder. Ek tanıların varlığı kişiyi TSSB gelişimine daha yatkın hale getirir (Sadock et al., 2016). TSSB' ye eşlik eden ruhsal bozukluklar erkeklerde; sıklık sırasına göre %52 alkolizm, %48 majör depresyon, %43 davranım bozukluğu, %35 ilaç kötüye kullanımı, %31 basit fobi, %27 sosyal fobi olarak tanımlanmıştır. Kadınlarda TSSB' ye eşlik eden komorbid ruhsal bozukluklar ise, %49 majör depresyon, %30 alkolizm, %27 ilaç kötüye kullanımı, %29 basit fobi, %28 sosyal fobi, %23 distimi olarak belirtilmiştir (Kessler et al., 1995).

Travmatik olay sonrasında TSSB en sık görülen ruhsal bozukluk iken özellikle depresyon olmak üzere birçok başka bozukluk da görülebilir. TSSB tanısı alanların yaklaşık %21-94'ünde komorbid depresyon görülür(Ginzburg et al., 2006). TSSB' ye eşlik eden anksiyete bozukluğu oranı yaklaşık %39-97'dir. TSSB' ye ek

depresyon ve anksiyete bozuklukları tanısının görülme sıklığı ise %11-67 arasında değişmektedir (Zayfert et al., 2002, Brady and Clary, 2003).

Ülkemizde yapılan bir komorbidite çalışmasında; depresyon %35,5, fobik bozukluk %29, obsesif kompulsif bozukluk %12,5, panik bozukluk %6,4 ve alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı %6,4 oranında TSSB' ye eşlik etmiştir (Doruk A, 1993).

TSSB' nin ayırıcı tanısında majör depresyon, uyum bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, akut stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yapay bozukluk veya hastalık uydurma vardır. Bazı durumlarda, travmatik olay sırasında fiziksel ve nörolojik muayene gerektiren fiziksel bir yaralanma meydana gelebilir ve bunun da ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır (Black and Andreasen, 2014).

2.2.8. Prognoz

TSSB, travma ile maruziyetten hemen sonra veya sonraki birkaç yıl içinde başlar ve semptomlar plato şeklinde artarak devam eder. Zaman içinde belirtiler dalgalanmalar gösterebilir, yoğun stresli durumlarda şiddetlenebilir. Hastaların ortalama %30'u tam olarak düzelmeye gösterir, %60'ında belirtiler hafif veya orta derecede devam eder, %10'unda ise belirtileri düzelmeye olmadan kalır veya daha da kötüleşir. Tedavi ile işlevselliği düzelenlerde, yıllar sonra, ciddi bir travmatik olayla karşılaşma sonrasında belirtiler yeniden ortaya çıkabilir. Belirtiler ne kadar uzun süreli ise prognoz o kadar kötüdür. Ek olarak kaçınma davranışı hastanın yaşamını sınırlar, uygulanımda kısıtlılık ve sosyal olarak kendini geri çekme davranışı alkol ve madde kötüye kullanımına ve intihara yol açabilir. İkincil kazanç varlığı durumunda prognoz daha da kötüleşir (Breslau and Davis, 1992, Özgen and AYDIN, 1999).

Travmatik olayın şiddeti, maruz kalma süresi ve bireysel yatkınlık travma sonrası stres bozukluğunun gelişimini etkileyen faktörlerdir. Evlenmemiş, boşanmış, eş kaybı yaşamış, ekonomik ve sosyal olarak yetersizliği olanlarda belirtiler daha kolay oluşur. İyi prognoz belirteçleri, semptomların travmatik olay sonrası hemen başlaması, stresöre maruziyet süresinin kısa olması, toplumsal desteklerin ve

belirtiler öncesi işlevselliğin iyi olması ve komorbid psikiyatrik, tıbbi ya da madde kullanımını ile ilişkili bozukluğun eşlik etmemesidir (Özgen and AYDIN, 1999).

2 yıllık bir izlem çalışmasında TSSB' de; 1. ayda; irkilme (%27), iritabilite (%18), uyku bozukluğu (%16), 6. ayda; iritabilite (%40), travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması (%31), irkilme (%27), uyku bozukluğu (%21), konsantrasyonda azalma (%21), 2. yılda ise; travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması (%31), irkilme (%26), uyku bozukluğu (%26), iritabilite (%24) olarak bulunmuştur. Hastalarda, artmış uyarılmışlık belirtilerinin (iritabilite, irkilme, uyku bozukluğu, konsantrasyonda azalmanın) daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir (Southwick et al., 1995).

2. 3. TRAVMA, TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Madde kullanım bozukluğu hastalarında mevcut TSSB prevalansı, %25,3-49 sıklıkla genel popülasyona göre yaklaşık üç kat daha yüksektir (Reynolds et al., 2005, Bonin et al., 2000, Driessen et al., 2008, Kessler et al., 2005, Ouimette et al., 2007, Read et al., 2004). TSSB' si olan erkeklerin olmayanlara göre 5 kat ve TSSB' si olan kadınların, olmayanlara göre 1,4 kat uyuşturucu bağımlılığı geliştirme olasılığının olduğu tanımlanmıştır. Özellikle kokain ve opiyat kullanımında TSSB öyküsü diğer madde kullanıcılarından 10 kat daha fazladır (Regier et al., 1990). Madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda, ömür boyu TSSB için %30-58, mevcut TSSB için %20-38 oranlar bildirilmiştir (Triffleman et al., 1995, Najavits et al., 1998) Geniş çaplı başka bir epidemiyolojik çalışmada, TSSB tanısı bulunan erkeklerin %51,9 ve kadınların %27,9'u yaşamlarının herhangi bir anında alkol bağımlılığı tanı kriterlerini karşılıyordu (Kessler et al., 1995). Madde kullanım bozukluğu tedavisi için başvuran bireyler, daha yüksek oranlarda TSSB prevalansı göstermektedir (Brady et al., 2004).

Genel olarak, TSSB, madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda erkeklere göre daha siktir. TSSB ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler arasında bildirilen en yaygın travma tipleri insan eliyle oluşturulan tiptir. Kadınlarda cinsel, fiziksel istismar veya erkeklerde saldırıya uğrama en sık görülen travma tipleridir. Hastalarda

ayrıca, çocukluk çağında duygusal ve fiziksel ihmal veya istismar, tecavüz veya cinsel saldırı, aile içi şiddete tanıklık, sevilen birinin cinayet nedeniyle ölümü ve sağlıksız ortamlara ilişkin öyküleri de sık sık bildirmektedir. TSSB ve madde kullanım bozukluğu güçlü bir şekilde ilişkili görünmekle birlikte, ilişkilerinin doğası hakkında çok az şey bilinmektedir (Brady et al., 2004). Bazı çalışmalarda alkol ve uyuşturucu kullanım bozukluğu hastalarında yüksek oranda çocukluk cinsel istismarı (% 54-90) ve çocukluk fiziksel istismarı (% 42-50) ve alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda erkek ve kadınlarda nispeten yüksek oranda cinsel saldırı (% 33-70) sıklığı bildirilmiştir (Reynolds et al., 2005, Moncrieff et al., 1996, Porter, 1994).

Sık rastlanan komorbiditelerinin en kapsamlı ve ilk sıradaki hipotez, kendi kendine ilaç hipotezidir. Bu hipotez, temel olarak klinik gözlemlere dayanır ve travmatize olmuş kişilerin travmatik hatıraları azaltmak için ya da TSSB' nin rahatsız edici semptomlarından “kaçmak” için madde kullanmaya çalıştıklarını belirtir (Brady et al., 2004). Uyuşturucu ve alkol, bireyler tarafından genellikle rahatsız edici psikolojik semptomları, özellikle de aşırı ve şiddetli yeniden deneyimleme semptomlarını hafifletmek için kullanılır (Reynolds et al., 2005, Khantzian, 1987). Maddelerin hem aktif kullanımı hem de bunların yoksunluğu, travma sonrası stres bozukluğunun semptomlarını şiddetlendirebilir, taklit edebilir veya gizleyebilir. Bozulmuş hafıza ve konsantrasyon, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, canlı rüyalar ve müdahaleci görüntüler, TSSB' nin bilinen özellikleridir, ancak aynı zamanda madde yoksunluğu ile de birlikte görülebilir. Benzer şekilde, körleşmiş veya düzleştirilmiş affekt, hem travma sonrası kaçınma hem de esrar ve eroin toksisitesinin bir özelliğidir (Reynolds et al., 2005, Stewart et al., 1998)

İkinci hipotez ise yüksek riskli hipotezdir, yani yüksek riskli yaşam tarzları nedeniyle madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bir travma yaşamaları muhtemel olduğunu ve bu nedenle de genel TSSB geliştirme eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Brady et al., 2004). Alternatif açıklamalar madde kullanımını içeren bir yaşam tarzının travmaya ve sonrasında TSSB' ye maruz kalma eğilimi yaratabileceğini veya uyuşturucu kullanımının travmatik olaya maruziyetten sonra TSSB' ye duyarlılığı arttırabileceği hipotezidir (Brady et al., 2004).

TSSB ve madde kullanım bozukluğu olanların yüksek komorbiditesi için üçüncü bir hipotez, hastalıkların ortak duyarlılık faktörlerine sahip olmasıdır. Bunlar davranış, genetik, nöropsikolojik, nörobiyolojik veya çevresel faktörler olabilir (Chilcoat and Breslau, 1998, Stewart and Conrod, 2003).

TSSB ve madde kullanım bozukluğu arasındaki nörobiyolojik ortak noktalarla ilgili olarak korku koşullandırma tanımı konusunda araştırmalar yapılmıştır. Korku koşullandırmasında, travmatik bir olayla ilgili bilginin duyuşal talamus aracılığıyla veya dolaylı olarak korteks veya hipokampus (hafıza ve mekansal algı için önemli bir yapı) yoluyla amigdalaya gönderildiği, amigdalanın merkezi çekirdeğinin aktivasyonunun da bir korku tepkisine neden olduğu, bunu takiben de bir anksiyete tepkisi oluştuğu tanımlanmıştır. İlginç bir şekilde, kötüye kullanılan bazı ilaçlar, amigdaladaki aktiviteyi inhibe ederek anksiyete azaltıcı etkide bulunur ve bu inhibisyon, hafif bir irkilme tepkisi ile sonuçlanır (abartılı irkilme tepkisi, TSSB semptomlarından biridir). Alkol ayrıca amigdala ve korteks üzerine etki ederek irkilme tepkisini de engelleyebilir. TSSB ile bağlantılı korku ve endişe ile aktive olan alanlar, kötüye kullanılan ilaçlar tarafından inhibe edilebilir, bu nedenle nörobiyolojik kanıtlar kendi kendine ilaç hipotezini destekler (Brady et al., 2004, Armony and LeDoux, 1997).

Diğer araştırmalar ise, stres yanıtında rol oynayan primer nöroendokrin sistem olan hipotalamik-pitüitaryadrenal (HPA) eksen üzerinde yoğunlaşmıştır (Stewart, 2003). HPA eksenindeki anormallikler hem TSSB' de hem de madde kullanım bozukluğunda gösterilmiştir. Hayvan çalışmaları, strese maruz kalmanın hem madde kullanımının başlatılmasını hem de daha önce bağımlı hayvanlarda yoksunluk döneminden sonra tekrar kullanılmasını kolaylaştırdığını göstermiştir (Kreek et al., 1998). “Savaş ya da kaç” (noradrenerjik) sistemi de strese verilen yanıtla yakından ilgilidir. Noradrenerjik sistemde artmış aktivite, kan basıncı, kalp atım hızı ve terleme gibi korku yanıtında artışa neden olur. Bu sistem, TSSB ile madde kullanım bozukluğu arasında bir başka potansiyel nörobiyolojik bağlantı sağlayarak birçok kötüye kullanım maddesinin yoksunluğunda da aktive olur (Brady et al., 2004).

2.4. TRAVMANIN MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA RELAPSLARLA İLİŞKİSİ

Komorbid TSSB ve madde kullanım bozukluğunun, tedavi edilmemesi durumunda madde kullanım bozukluğu tedavisinin daha kötü sonuçları olduğunu daha fazla sosyal, psikolojik ve tıbbi bozulma, madde kullanımında daha kötü prognoz, daha fazla hastanede yatış ve tedavide ilaçların kullanım oranı ve diğer ruhsal bozuklukların komorbidite oranının yüksek olmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Gielen et al., 2012, Read et al., 2004, Mills et al., 2005, Najavits et al., 1998, Brady et al., 1994, Brown et al., 1995, Ouimette et al., 1997, Reynolds et al., 2005). Buna ek olarak madde kullanım bozukluğuna komorbid TSSB' nin daha kötü duygusal başa çıkma stratejileri, madde kullanımı ile ilgili daha olumlu beklentiler ve bırakma konusundaki beklentinin daha az olduğu bildirilmiştir (Reynolds et al., 2005, Ouimette et al., 1997).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI

Bu çalışma, alkol veya madde kullanım bozukluğu olan hastalarda travmatik yaşantı deneyimleme oranlarının nispeten yüksek olması nedeniyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu ile travma ile ilişkili etmenleri araştırmak için kontrollü olarak tasarlanmıştır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlarda travma sonrası stres bozukluğu tanısından bağımsız travmatik yaşam olayları ve bunlara ek anksiyete, depresyon, disosiyatif semptomlar gibi faktörlerin erken dönemde relapslarla ilişkili olduğu hipotezimiz için karıştırıcı olabilecek diğer faktörler de çalışmamıza dahil edildi.

3.2. ÖRNEKLEM

Bu çalışma, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SEAH) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AMATEM (Alkol ve Madde Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) yataklı servisinde Aralık 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. SEAH AMATEM Kliniğinde tedavi amacıyla yatan hastalar DSM-V kriterlerine göre değerlendirildi ve “Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğu” tanısı alan hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 51 hastaya çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra sözlü ve yazılı onayları alınarak çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilmeyen hastaların çalışma dışında tutulma nedenleri; 15 kişinin aktif psikotik belirtilerinin olması, 13 kişinin detoks süresini tamamlamadan taburcu olması, 9 kişinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 4 kişinin çalışmanın güvenilirliğinin etkileyecek düzeyde zeka geriliğinin olması, 1 kişinin ise 65 yaş üstü olmasıydı. Her hasta klinikte rutin olarak uygulanan medikal tedavi, grup ve bireysel

psikoterapileri almaya devam etti. Katılımcılara, kişisel bilgilerin gizli kalacağı, araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceği, katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacağı, araştırma sırasında herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşarsa tarafımıza ulaşabileceği, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılabilmesi ve katılıp katılmamasının tıbbi bakımını ve hekim ile olan ilişkisini hiçbir şekilde etkilemeyeceği bildirildi. (Şekil 3.1)



Şekil 3.1: Örneklem seçimi ve uygulama

Çalışma 30.01.2019 tarih ve 71522473/050.01.04/18 protokol numarası ile Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu tarafından onaylandı.

Çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri şu şekilde belirlendi;

Dahil edilme kriterleri

Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Bilgilendirilmiş onam formunu imzalaması

18-65 yaş arasında olması

DSM-V kriterlerine göre alkol ya da madde kullanım bozukluğu tanısı almış olması

Okuma yazma biliyor olması

Dışlama kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

18 yaş altı veya 65 yaş üstü olması

Zeka geriliği olması

Görüşmenin güvenirliliğini etkileyen aktif psikotik ve/veya affektif semptomları bulunması

Ağır nörolojik/metabolik, endokrinolojik hastalık öyküsü olması (bilinen)

Son 1 hafta içinde alkol ya da madde kullanımının olması

Son altı ay içinde elektro-konvulzif tedavi almış olması

3.3.UYGULAMA

SEAH AMATEM Kliniğinde tedavi amacıyla yatan hastalar DSM-V kriterlerine göre değerlendirildi ve alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalardan dahil edilme kriterlerini karşılayanlar çalışmaya dahil edildi. Dışlama kriterlerinden herhangi birini karşılayan hastalar ise çalışmaya dahil edilmedi. Her hasta klinikte rutin olarak uygulanan medikal tedavi, grup ve bireysel psikoterapileri almaya devam etti.

Çalışmaya dahil edilen hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(DES), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M), Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) yatışlarının 7. gününde uygulandı. Hastaların şimdiki ve geçmiş dosyalarındaki bilgilerden de retrospektif olarak yararlandı. Hastalar, taburculuklarından 6 ay sonra hastalık prognozunu değerlendirmek için telefon, hastane kayıtları ve kontroller sırasında, idrarda madde analizi ya da hasta ve yakınlarının beyanına göre kayma, sürçme ve veya hastalık tekrarı açısından tekrar değerlendirildi.

3.4. GEREÇLER

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form, tarafımızca literatürdeki çalışma örnekleri incelenerek hazırlandı. Hastaların temel sosyodemografik bilgiler ve hastalığın klinik özelliklerini içerecek şekilde hazırlandı. Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, ek tıbbi hastalık varlığı, intihar girişimi öyküsü, kullanılan maddeler, madde kullanım sıklığı, madde kullanmaya başlangıç yaşı ve toplam kullanma süresi, madde kullanımı için harcanan aylık ortalama para miktarı, travma ile karşılaştıktan sonraki madde kullanımı davranışı ve bunun başlama zamanı da dahil olmak üzere toplam 24 soru mevcuttur.

3.4.2. Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R)

Olayların Etkisi Ölçeği' nin orijinal formu (Horowitz ve ark. 1979) travmatik stres semptomlarını değerlendirmek amacıyla yaygın kullanılan ölçeklerden biriydi(Horowitz et al., 1979). Marmar ve arkadaşları, TSSB belirtilerinden sadece ikisini (yeniden yaşantılama ve kaçınma) araştıran OEÖ' nin orijinal formunu yeniden düzenledi ve TSSB'nin tüm belirtilerini içerecek şekilde ölçeği yeniden gözden geçirmişlerdir (Weiss and Marmar, 1997). DSM-IV tanısal kriterlerinin ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının da değerlendirebilmesi amacı ile OEÖ' ne yedi madde daha eklemiş ve toplam yirmi iki maddeden oluşan Olayların Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş' i (OEÖ-R) geliştirmişlerdir. Ölçekte, son bir haftada yaşanan belirtilerin şiddet düzeyinin 0-4 arası puanlanır. OEÖ; yeniden yaşama (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. sorular), kaçınma (5, 7, 8 11, 12, 13, 17, 22. sorular) ve aşırı uyarılma (4, 10, 15, 18, 19, 21. sorular) olmak üzere TSSB' nin üç ana belirtisinin birleşiminden oluşan 22 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından ülkemizde gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Çorapçioğlu et al., 2006) 24-33 arasındaki kesme puanının tanısal performans ve yüksek iç tutarlılık için uygun olduğu bildirilmiştir.

3.4.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

Depresyon ölçekleri içinde en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Görüşmeci tarafından doldurulan, depresyonun şiddetini ve belirti örüntüsünü belirlemek için kullanılan bir ölçektir. Hamilton tarafından 17 soru içerecek şekilde geliştirilmiş ve sonraki yıllarda bazı sorular eklenerek 21 ve 24 sorulu ölçekler de geliştirilmiştir. Depresif ruh hali, suçluluk duyguları, intihar, uyku bozukluğu, çalışma ve aktivitelerde azalma, retardasyon, ajitasyon, anksiyete, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, genital belirtiler, kilo kaybı ve iç görü gibi alt gruplar bulunur. Ölçekte 0-4 arası beşli ve 0-2 arası üçlü Likert tipi puanlama şekli kullanılır. Toplam skor: 0-7 arası ise depresyon yok, 8-12 arası ise hafif düzeyde depresyon, 13-17 arası ise orta düzeyde depresyon, 18-29 arası ise majör depresyon, 30-52 arası ise ağır majör depresyon şeklindedir (Hamilton and psychiatry, 1960). Bu ölçek hastaların depresyon düzeyini ölçmede sık kullanılan, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını ülkemizde Akdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir ölçektir (Akdemir et al., 1996).

3.4.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

1959 yılında Hamilton tarafından, anksiyete şiddetinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Hamilton, 1959). Son 72 saatteki kaygı düzeyini değerlendirmek üzere kullanılan ve görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. 0-4 puan arasında puanlandırılan 14 soru içerir. 14 maddeden 5 madde psişik ve 9 madde bedensel alt ölçekleri oluşturur. Toplamda puan 0-56 arasında değerlendirilir. 0-5 puan normal, 6-14 puan hafif, 15 ve üzeri puan şiddetli anksiyete olarak değerlendirilir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yazıcı et al., 1998).

3.4.5. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Orijinal adı “Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)” olan ölçek Overall ve Gorham tarafından 1962 yılında geliştirilmiş olup (Overall and Gorham, 1962), 18 maddeden oluşur, her madde 0-6 arasında şiddet puanı olarak puanlanır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve depresif belirtilerin şiddetini ve içeriğini

tanımlamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam puan 15-30 arası ise minör sendrom, 30 ya da daha üzeri ise majör sendrom düşünülür. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Soykan tarafından yapılmıştır (Soykan, 1989).

3.4.6. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

1986 yılında Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilmiş olan ölçek, 1993 yılında Carlson ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir (Bernstein et al., 1986, Carlson and Putnam, 1993). Bir öz değerlendirme ölçeği olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(DES)'nde, her bir soru sıklık oranına göre 0-100 arasında puanlanır. Alınan toplam puanın 28'e bölünmesi ile de toplam skor bulunur. Kesme noktası toplam skorun 30 puan üzerinde olması ile belirlenir. Toplam skorun 30 puan üzerinde olması durumunda klinik tanı için, diğer yapılandırılmış ölçeklerin uygulanması önerilir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Yargıç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yargic et al., 1995). Ölçekte amnezi, depersonalizasyon, distraktibilite ve absorbsiyon alt gruplarıyla, dissosiyasyonun farklı görünümleri değerlendirilebilir. Dissosiyatif yaşantılarda temel odağın tanımlanabilmesi açısından DES skorları, depersonalizasyon-deralizasyon, amnezi ve absorbsiyon şeklinde alt gruplar halinde incelenir. Ölçeğin 3, 4, 5, 6, 8, 10, 25, 26. soruları amnezi, 2, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23. soruları absorbsiyon, 7, 11, 12, 13, 27, 28. soruları ise depersonalizasyon/derealizasyon ile ilişkili alt grup skorlarını oluşturur.

3.4.7. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ)

Durumluk ve süreklilik kaygı şiddetini saptamak için 1970 yılında Spielberger' in iki faktörlü kaygı kuramından kaynaklanarak Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Spielberger, 1970). Kısa ifadeler içeren bir öz değerlendirme ölçeğidir. STAI ölçeği, 20'şer soruluk iki (toplam 40 soru) ayrı formdan oluşur. Durumluluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli şartlarda nasıl hissettiğinin belirlenmesine yönelik iken, süreklilik kaygı ölçeği ise bireyin genel olarak nasıl hissettiğinin belirlenmesine yöneliktir. Durumluluk kaygı ölçeği maddelerindeki duygu ya da davranışların şiddeti (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla

seçenekleri ve süreklilik kaygı ölçeği maddelerindeki düşünce, duygu ya da davranışların sıklığı (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman seçenekleri ile belirlenir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirliliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Öner and LeCompte, 1985).

3.4.8. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılığın şiddetini belirlemek ve farklı boyutlarını değerlendirmek amacıyla Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen 5 alt ölçekli toplam 37 sorudan oluşan bir ölçektir. İlk alt ölçek olan “Madde kullanım özellikleri” alt ölçeğinde, kullanılan madde sayısı, kullanım sıklığı ve kullanılan maddelerin yol açtığı sorunlar da değerlendirilmektedir. Alkol ve diğer tüm maddeler bu ölçekte sorgulanıp her maddenin kullanım sıklığı puanlanmaktadır. Çoklu madde kullanım durumunda alınan puan artmaktadır. İkinci alt ölçek olan “tanı ölçütleri” alt ölçeğinde, DSM ve ICD' deki bağımlılık tanı kriterleri sorgulanmaktadır. Üçüncü alt ölçek, “Yaşam üzerine etkisi” ölçütüdür ve madde kullanımının kişinin yaşamı üzerindeki etkisi, psikososyal işlevleri, eğitim, iş yaşamı, yasal, aile, ekonomik sorunlara neden olup olmadığı, gündüz madde kullanım varlığı, istemediği halde madde kullanma durumu, aile veya çevresi tarafından eleştirmesi gibi faktörler araştırılır. Dördüncü alt ölçek, “şiddetli istek” alt ölçeğidir, burada madde kullanımına yönelik istek yani "craving" değerlendirilir. Beşinci ve son alt ölçek, “Motivasyon” alt ölçeğidir ve burada madde kullanımını bırakma ile ilgili kişinin motivasyonunu ölçen sorular yer alır. Ölçeğin değerlendirmesinde toplam 12 puan ve altı düşük şiddette bağımlılık, 12-14 puan arası orta şiddette bağımlılık, 14 puan üstü yüksek şiddette bağımlılık olarak tanımlanmıştır (Ögel et al., 2012).

3.4.9. Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)

Miller ve Tonigan tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (Miller and Tonigan, 1997). 19 maddelik bir öz bildirim formudur ve alkol kullanım bozukluğu olanlarda değişim için hazır olma durumunu ve motivasyonu değerlendirmek için kullanılır. Orijinal ölçek, 5, 7, 9, 12 ve 14. Sorular “farkına varma”, 1, 2, 3, 4, 8 ve 13. Sorular “ikilem” ve 6, 10, 11, 15 ve 16. sorular “adım atma” şeklinde üç alt kümeden oluşur.

Ülkemizde 16 maddelik formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında yapılmıştır (Evren et al., 2008). Buna ek olarak alkol kullanım bozukluğunda geçerli ve güvenilir olarak tanımlanan 16 maddelik formun (SOCRATES-A) alkol dışı maddelerin kullanım bozukluğu için geliştirilen diğer versiyonu (SOCRATES-M) da karışık madde bağımlılarında uygulandığında geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Evren et al., 2011a).

3.4.10. Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ)

2002 yılında Nijenhuis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Nijenhuis et al., 2002). İçeriğinde 29 tip travmatik olayı bulduran bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçekte, hem 0-6, 7-12 ve 13-18 yaş arasında gerçekleşme durumuna göre, hem de travmatik olayın olup olmadığı; olayı yaşadığı sıradaki yaşı; travmanın süresi; travmatik olaya öznel yanıtlar ele alınarak travmatik olayların türüne göre toplam bileşik travma puanları hesaplanabilir. Eğer söz konusu travmatik olay yaşanmadıysa 0 puan, yaşandıysa 1 puan verilir. Toplam ölçek puan aralığı 0-29 arasındadır ve travmatik yaşantıların sayısını tahmini olarak gösterir. Ayrıca, ölçeğin orijinalinde olan duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, yaşamsal tehdit, ağrı ve bizar cezalandırma gibi her bir travma tipi için bileşik puanlar detaylı olarak hesaplanabilir ve bu detaylı puanlama sonucunda 0-69 puan aralığında olan, travma bileşik puanı hesaplanmaktadır (Nijenhuis et al., 2002). Çalışmamızda Türkçe uyarlamasının puanlama sistemi kullanılmış, her travma için TYÖ toplam ve etkilenme puanları değerlendirilmiştir. Ölçeğin 2002 yılında Vedat Şar tarafından ülkemizde Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Şar, 2002).

3.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 23 programı kullanılarak değerlendirildi. Sosyodemografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik (frekans ve oran) kullanılmış, Kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulanmıştır. Ortalamaların karşılaştırılmasında Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normal dağılım testlerine göre normal dağılım gösteren gruplar için bağımsız örneklem T-testi ve One-Way

Anova, normal dağılım göstermeyen gruplar için Man-Whitney U testi ve Kruskal Wallis uygulanmıştır. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Belirleyici değişkenlerinin saptanması için relapsın bağımlı değişken, travma puanı, travma etkilenme puanı, DES toplam puanı, HAM-A toplam puanı, HAM-D toplam puanı, önceki psikiyatrik tedaviye başvuru öyküsü, travmatik yaşam olayı sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik ve travma sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik zamanının bağımsız değişkenler olduğu binary lojistik regresyon testi uygulanmıştır.



4. BULGULAR

Sosyodemografik Veriler

Çalışmamıza Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM yataklı servisinde yatan toplam 51 hasta dâhil edilmiştir. Hastalara ait sosyodemografik veriler Tablo-1’de sunulmuştur. Hastaların 49’u (%96,1) erkek, 2’si (%3,9) kadındır.

Çalışmaya dahil olan hastaların yaşları en küçük 19 en büyük 64 olup ortalama yaş 35,5 yıl olarak saptanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların medeni durumlarına bakıldığında 18 (%35,3) kişinin evli, 22 (%43,1) kişinin bekar ve 11’inin (%21,5) ise boşanmış veya eşinden ayrı yaşadığı görülmektedir. Hastalardan 25 kişinin (%49) çocuğu varken, 26 kişinin (%51) çocuğu yoktu.

Hastaların eğitim durumlarına baktığımızda 33 kişinin (%64,7) ilköğretim, 15 kişinin (%29,4) lise ve 2 (%3,9) kişinin ise yüksekokul/üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Hastalardan 10 kişi (%19,6) evde yalnız yaşıyorken, 17 kişi (%31,4) eş ve/veya çocuklarıyla, 20 kişi (%39,2) anne/babasıyla ve 4 kişi (%7,8) de diğer kişilerle (arkadaş vs.) yaşamaktadır.

Hastalar doğdukları yer açısından incelendiğinde 12 (%23,5) kişinin kırsal, 39 (%76,5) kişinin ise kentsel bölgede doğduğu görülmektedir. Hastalar yaşadıkları yere göre incelendiğinde 3 (%5,9) kişinin köy, 8 (%15,7) kişinin kasaba, 40 (%78,4) kişinin şehirde yaşadığı görülmektedir.

Gelir düzeyleri açısından bakıldığında hastalar arasında 10 kişinin (%19,6) 500 TL ve altında, 12 kişinin (%23,6) 500-1500 TL arasında, 29 (%56,9) kişinin gelirinin ise 1500 TL ve üzeri olduğu görülmektedir.

Hastalar çalışma durumu açısından incelendiğinde 22 (%43,2) kişinin düzenli çalıştığı, 29 kişinin (%56,8) çalışmadığı saptanmıştır.

Sigara kullanım durumlarına bakıldığında hastalardan 51 kişi (%100) de sigara kullandığını bildirmişti. (Tablo 4.1)

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	49	96,1
	Kadın	2	3,9
Medeni durum	Evli	18	35,3
	Bekar	22	43,1
	Boşanmış/eşinden ayrı yaşıyor	11	21,5
Çocuk varlığı	Evet	26	51
	Hayır	25	49
Eğitim durumu	İlköğretim	25	49
	Lise	15	29,4
	Üniversite	2	3,9
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	10	19,6
	Eş ve/veya çocukları	17	31,4
	Anne/baba	20	39,2
	Diğer	4	7,8
Doğum yeri	Kırsal	12	23,5
	Kentsel	39	76,5
Yaşadığı yer	Köy	3	5,9
	Kasaba	8	15,7
	Kent	40	78,4
Gelir düzeyi	500 tl altı	10	19,6
	500-1500 tl arası	12	23,6
	1500 tl üzeri	29	56,9
Çalışma durumu	Düzenli çalışıyor	22	43,2
	Çalışmıyor	29	56,8
Sigara kullanımı	Evet	51	100
	Hayır	0	0

Klinik Veriler

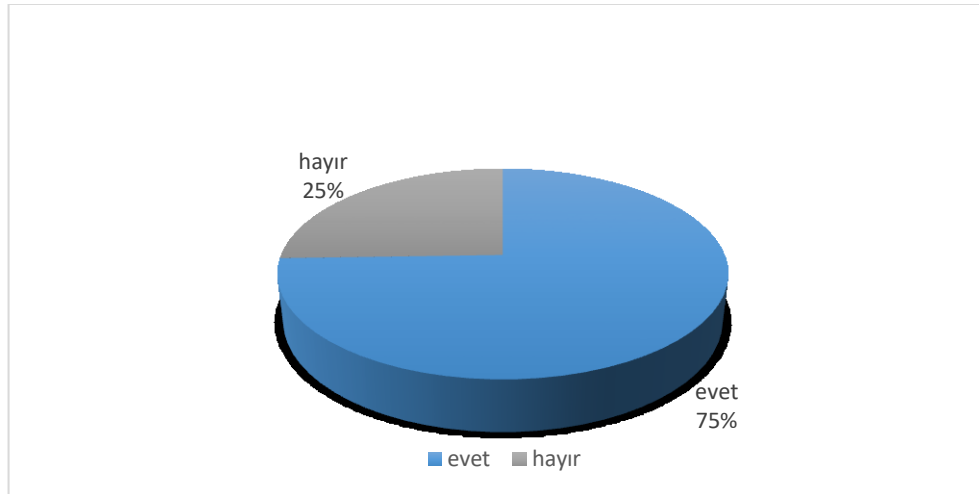
Hastaların madde kullanımına başlangıç yaşı ortalama 16,90 (SD: 6,69) olarak saptanmış olup madde kullandıkları süre ortalama 18,25 (SD: 12,43) yıl olarak hesaplanmıştır. Aylık madde kullanımına harcanan para miktarı ortalama 2072,44 (SD: 1695,86) Türk Lirasıdır.

Hastaların 25 tanesi (%49) ağırlıklı olarak alkol, 26 tanesi (%51) diğer maddeleri kullanıyordu.

Katılımcılardan 10 kişi (%19,6) tedavi süresi tamamlanmadan tedaviyi erken terk etmiş, 41 kişi (%80,4) tedaviyi tamamlamış buna ek olarak yatış gün sayısı ortalama 22,74 gün (SD: 12,11) olarak saptanmıştır.

Hastaların daha önceki bağımlılık tedavi için hastanede yatışlarına bakıldığında 10 kişi (%19,6) daha önce 1 kez, 3 kişi (%5,9) daha önce 2 kez, 7 kişi (%13,8) de 2 den fazla kez hastaneye yatarak bağımlılık tedavisi gördüğünü bildirmiştir.

Hastaların daha önceden herhangi bir psikiyatrik tedavi almış olma durumlarına bakıldığında, 13 kişi (%25,5) daha önce tedavi almamış, 38 kişi (%74,5) ise daha önceden psikiyatrik bir başvuruda bulunmuş ve tedavi aldığı bildirmiştir. (Şekil 4.1)



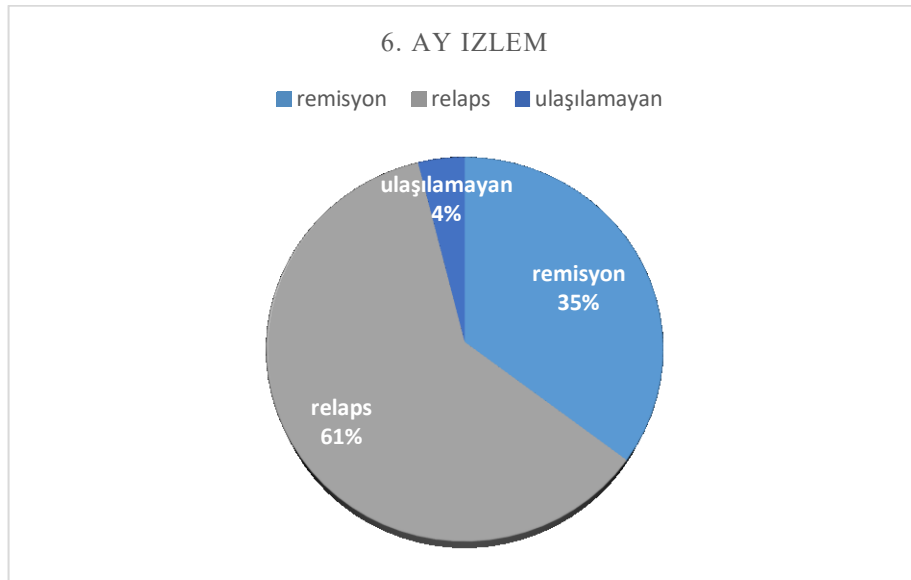
Şekil 4.1: Önceki psikiyatrik tedavi başvurusu oranları

Hastalardan 39 kişinin (%76,5) herhangi bir kronik fiziksel hastalığı yokken, 12 kişinin (%23,5) en az bir tane kronik fiziksel hastalığı vardı.

İntihar girişimi oranlarına bakıldığında hastaların 26 kişinin (%51) herhangi bir intihar girişimi öyküsü yokken, 25 tanesinin (%49) en az 1 kez intihar girişimi öyküsü vardı.

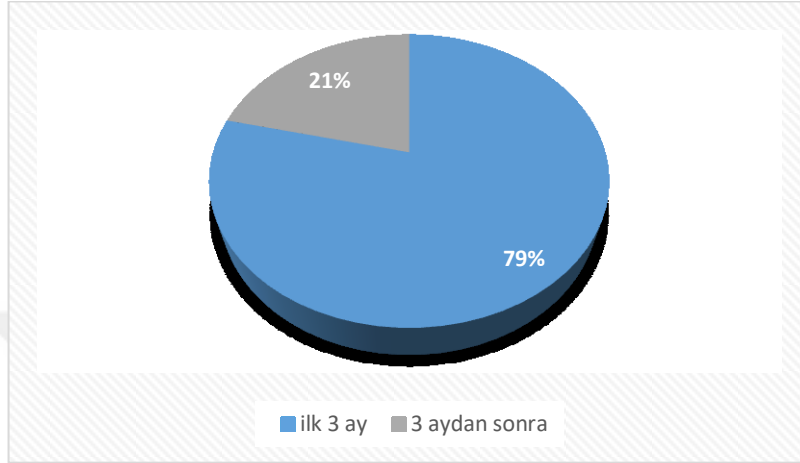
Madde kullanım sıklığı oranları incelendiğinde 38 kişinin (%74,5) alkol veya madde kullanımının her gün olduğu, 13 kişinin (%25,5) kullanımının ise her gün olmadığı öğrenildi.

AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastalar, taburculuklarından 6 ay sonra hastalık prognozunu değerlendirmek için telefon, hastane kayıtları ve kontroller sırasında, idrarda madde analizi ya da hasta ve yakınlarının beyanına göre kayma, sürçme ve veya hastalık tekrarı açısından tekrar değerlendirildi. Sürçme durumu remisyon grubuna, kayma durumu relaps grubuna dahil edilmiştir. Hastaların madde kullanım durumları sorgulanmış, 18 (%35,3) kişinin remisyonunda olduğu ve 31 (%60,8) kişinin ise relaps durumunda olduğu öğrenilmiş, 2 (%3,9) kişiye ise ulaşılamamıştır. (Şekil 4.2)



Şekil 4.2: 6 aylık izlem sonucunda remisyon ve relaps oranları

Taburculuk sonrası temiz kalma gün sayısı ortalama 89,69 (SD: 74,85) gün olarak belirlendi, sürçme ve relaps olan 33 kişiden 26'sında (%79) ilk 3 ay, 7 kişide (%21) 3. ay veya daha sonra madde kullanımını saptandı. (Şekil 4.3)



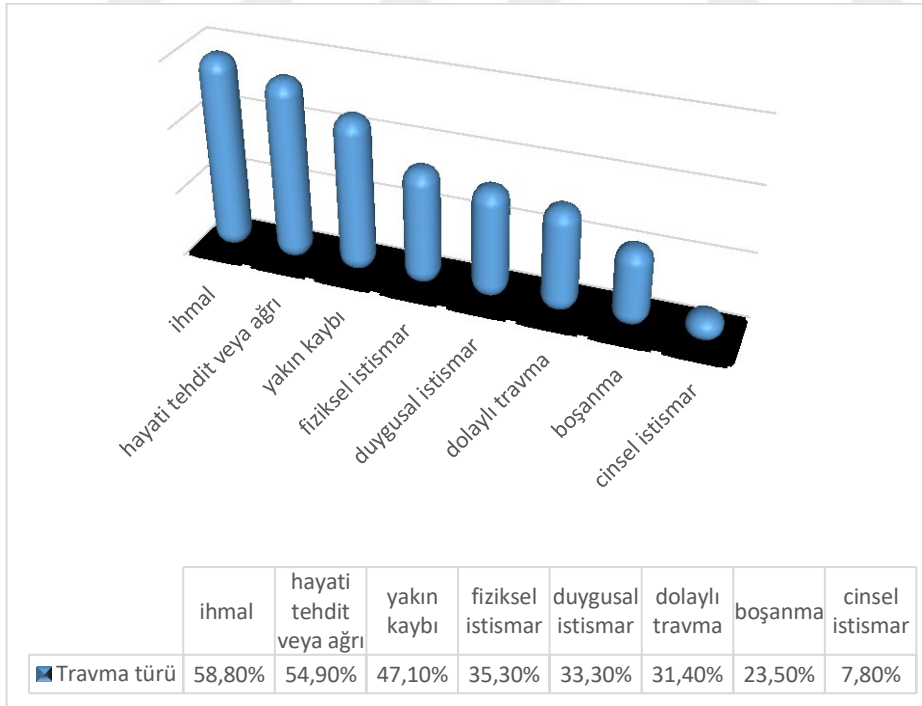
Şekil 4.3: Relaps grubunda ortalama madde kullanım zamanı

Travmatik yaşantılar ölçeği ile ölçülen hayat boyunca en az 1 kez travmatik yaşantı deneyimleme oranlarına bakıldığında 9 kişi (%17,6) hayatı boyunca herhangi bir travma yaşamadığını belirtirken, 42 kişi (%82,4) en az 1 travma yaşadığını bildirmiştir.

Travmatik yaşantılar ölçeği ile ölçülen travma türleri incelendiğinde, 30 kişinin (%58,8) ihmal, 24 kişinin (%47,1) sevilen birinin kaybı, 28 kişinin (%54,9) hayati tehdit veya ağrı, 12 kişinin (%23,5) boşanma, 16 kişinin (%31,4) dolaylı travma maruziyeti, 17 kişinin (%33,3) duygusal istismar, 18 kişinin (%35,3) fiziksel istismar, 4 kişinin (%7,8) cinsel istismar deneyimi olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak Travma yaşı ortalama 22,52 (SD: 9,19) idi. (Tablo 4.2) (Şekil 4.4)

Tablo 4.2: Hastaların travmatik olay yaşama durumu ve yaşadıkları travmatik olay türleri

TRAVMA VAR	TRAVMA TÜRÜ	n	%
	İhmal	30	58,8
	Yakın kaybı	24	47,1
	Hayati tehdit/ağrı	28	54,9
	Boşanma	12	23,5
	Dolaylı travma	16	31,4
	Duygusal istismar	17	33,3
	Fiziksel istismar	18	35,3
	Cinsel istismar	4	7,8
TRAVMA YOK	9	17,6	



Şekil 4.4: Hastalarda travmatik olayların türlerine göre oranlar

Travma sonrası kullanım davranış değişikliği durumuna bakıldığında 19 kişide (%37,3) travmatik olay yok veya olay sonrası kullanımda değişiklik olmadığı, 33 kişide (%62,7) travma sonrası madde kullanım davranışında değişikliklerinden (kullanım miktarını, sıklığını, madde çeşidini arttırmak, yeni bir maddeye başlamak veya aşırı doz almak) en az birini gösterdiği bulundu.

Hastaların travmatik olay sonrası madde kullanım davranışındaki değişikliklerin zamanlamasına bakıldığında, 19 kişide (%37,3) değişiklik yok, 21 kişide (%41,2) değişiklikler ilk 2 hafta içinde gelişmiş, 11 kişide (%21,6) ise değişiklikler 2 haftadan daha sonra gelişmişti.

Remisyon ve Relaps Gruplarının Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması

Kategorik değişkenlerin analizi için ki-kare testi kullanılmıştır.

Remisyon ve relaps grupları arasında sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, eğitim durumu, doğum yeri, yaşadığı yer, çocukluğun geçtiği yer, fiziksel hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (CI; %95, $p>0.05$).

Remisyon ve Relaps Gruplarının Klinik Veriler Açısından Karşılaştırılması

İki grup arasında BAPİ toplam puanı, SOCRATES ikilem alt ölçek puanı, HAM A psikik alt ölçek puanı, DES absorpsiyon alt ölçe puanı, travma yaşı, DKÖ toplam puanı, SKÖ toplam puanı Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normal dağılım testlerine göre normal dağılım gösterdiğinden ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem T-testi ve One-Way Anova kullanıldı.

Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normal dağılım testlerine göre normal dağılım göstermeyen gruplar için Man-Whitney U testi ve Kruskal Wallis uygulanmıştır. (Tablo 4.3)

Tablo 4.3: Normal Dağılım Testleri

	P	
	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk
BAPİ	0.200*	0.336
BPRS	0.200*	0.000
HAM-D	0.000	0.001
SOCRATES	0.051	0.000
HAM-A	0.009	0.002
OEÖ	0.000	0.000
SKÖ	0.200*	0.295
DKÖ	0.200*	0.584
DES	0.010	0.000
TRAVMA ETKİLENME PUANI	0.017	0.000
TRAVMA PUANI	0.017	0.001

İki grup arasında hasta yaşı, madde kullanmaya başlama yaşı, kullanım süresi, madde kullanımını için harcanan para, eski bağımlılık nedeniyle hastanede yatış sayısı ve son yatışının gün sayısı açısından anlamlı fark saptanmadı (CI; %95, $p>0.05$).

Tedaviyi erken terk etme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (CI; %95, $p>0.05$).

İki grup intihar girişiminde bulunma durumu açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (CI; %95, $p: 0.055$).

İki grup daha önce bağımlılık veya bağımlılık dışı psikiyatrik tedavi başvuru durumu açısından incelendiğinde, daha önceden psikiyatrik tedavi başvuru öyküsü olmayanlarda relaps oranları derecede daha yüksek görülmüştür (CI; %95, $p: 0.019$). (Tablo 4.4)

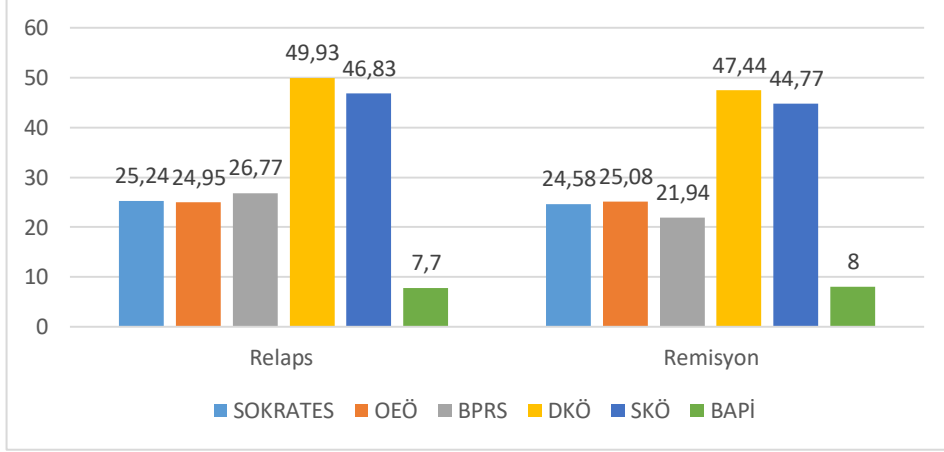
Tablo 4.4: Relaps ve remisyon grupları arasında tedavi terki, intihar girişimi ve önceki psikiyatrik tedavi başvurularının karşılaştırılması

		Relaps (N:31)	Remisyon (N: 18)	P
Tedavi terki	n	6	3	0.56
	%	19,35	16,66	
İntihar girişimi	n	19	6	0.055
	%	61,29	33,33	
Psikiyatrik tedavi başvurusu bulunmaması	n	11	1	0.019
	%	35,4	5,55	

İki grup DKÖ ve SKÖ toplam puanlar açısından karşılaştırıldığında, iki gruptaki toplam puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (CI; %95, $p>0.05$).

Benzer şekilde SOCRATES ikilem alt ölçeği, HAM-A psikişik alt ölçek ve DES absorbsiyon alt ölçeği iki grup arasında anlamlı farklılık göstermiyordu (CI; %95, $p>0.05$).

OEÖ, BPRS ve SOCRATES toplam ortalama puanları iki grupta anlamlı derecede farklılık göstermiyordu. Benzer şekilde relaps olan ve olmayan iki grup arasında BAPİ toplam, BAPİ motivasyon ($p: 0.065$) alt ölçek puan farkı anlamlı değildi (CI; %95, $p>0.05$). (Tablo 4.5) (Şekil 4.5)



Şekil 4.5: Relaps ve remisyon gruplarının ortalama ölçek puanları-1

Tablo 4.5: Relaps ve remisyon grupları arasında DKÖ, SKÖ, BAPİ, SOKRATES, OEÖ, BPRS ölçeklerinin normal dağılım durumları ve toplam ortalama puanlarının karşılaştırılması

	Relaps		Remisyon		P
	Ort	Sd	Ort	Sd	
DKÖ	49,93	6,69	47,44	5,84	0.31
SKÖ	46,83	5,98	44,77	5,81	0.11
BAPİ	7,7	2,47	8,0	2,50	0.68
SOKRATES	25,24	782,50	24,58	442,50	0.87
OEÖ	24,95	773,50	25,08	451,50	0.97
BPRS	26,77	830,00	21,94	395,00	0.25

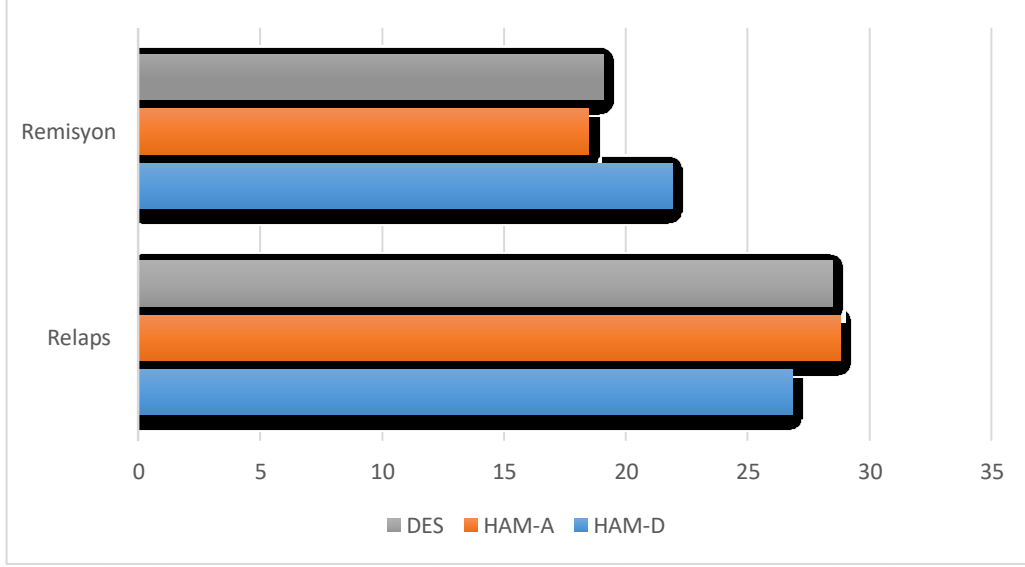
Remisyon ve relaps gruplarının ortalama HAM-D puanları karşılaştırılmış olup, remisyon grubundaki 18 hastanın HAM-D puanları ortalaması 21,89 (SR: 394,00), relaps grubundaki 31 hastanın HAM-D puanları ortalaması 26,81 (SR: 831,00) olarak saptanmış ve grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur (CI; %95, p: 0.244). (Tablo 4.6) (Şekil 4.6)

İki grup arasında toplam DES puanları karşılaştırıldığında relaps grubunda ortalama DES toplam puan 28,45 (SR: 882,00), remisyon grubunda bu puan 19,06 (SR: 343,00) bulunurken aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (CI; %95, p: 0.026). Benzer şekilde DES depersonalizasyon ve derealizasyon alt ölçek (CI; %95, p: 0.014) puanlarının da relaps olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülürken, bu anlamlılık DES amnezi alt ölçek puanları için geçerli değildi (CI; %95, p: 0.069).

İki grupta HAM-A toplam puanları karşılaştırılmış olup, remisyon grubundaki 18 hastanın HAM-A toplam puanları ortalaması 18,47 (SR: 332,50) relaps grubundaki 31 hastanın HAM-A puanları ortalaması 28,79 (SR: 892,50) olarak saptanmış ve grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (CI; %95, p: 0.015). Benzer şekilde gruplar arasında HAM A fiziksel alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, relaps olan grupta ortalama puan 8,35 (SD: 6,93), remisyon grubunda ise bu puan 4,11 (SD: 2,47) olarak bulunmuş ve gruplar arasında HAM A fiziksel alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (CI; %95, p: 0.017).

Tablo 4.6: Relaps ve remisyon grupları arasında HAM-A, HAM-D, DES ölçeklerinin toplam ortalama puanlarının karşılaştırılması

	Relaps		Remisyon		P
	Ort	SD	Ort	SD	
HAM-A	28,79	892,50	18,47	332,50	0.015
HAM-D	26,81	831,00	21,89	394,00	0.244
DES	28,45	882,00	19,06	343,00	0.026



Şekil 4.6: Relaps ve remisyon gruplarının ortalama ölçek puanları-2

Hayatı boyunca herhangi bir travmatik olay yaşamış olma oranı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildi (CI; %95, $p>0.05$). (Tablo 4.7)

Relaps olan ve olmayan grup ortalama travmatik olay yaşama yaşı açısından karşılaştırıldığında relaps grubunda travma yaşayan 13 kişinin 23,80 (SD: 11,96), remisyon grubunda travma yaşayan 27 kişinin ortalama travma yaşı 21,99 (SD: 7,95) olarak saptanmış ve iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (CI; %95, $p>0.05$). (Tablo 4.8)

Tablo 4.7: Relaps ve remisyon gruplarının travmatik olay yaşama durumlarının karşılaştırılması

	Relaps (N: 31)		Remisyon (N:18)		P
	n	%	n	%	
Travma var	27	87,09	13	72,22	0.18

Tablo 4.8: Relaps ve remisyon gruplarının ortalama travmatik olay yaşama yaşlarının karşılaştırılması

Travma yaşı	Relaps		Remisyon		P
	Ort	Sd	Ort	Sd	
	23,80	11,96	21,99	7,95	0.57

İki grup travmatik olay sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik açısından değerlendirildiğinde, davranış değişikliği olan grupta relaps oranlarının anlamlı derecede ilişkili olduğu (CI; %95, p: 0.014) ve doğrulama testi (fisher-exact) ile konfirme edildiğinde anlamlılığın sürdüğü tespit edilmiştir. Buna ek olarak travmatik olay sonrasında davranış değişikliğinin zamanlaması karşılaştırıldığında, travma sonrası ilk 2 haftadaki kullanım değişikliğinin de relaps oranları ile anlamlı derecede ilişkili olduğu (CI; %95, p: 0.049) bulunmuştur. (Tablo 4.9 ve 4.10)

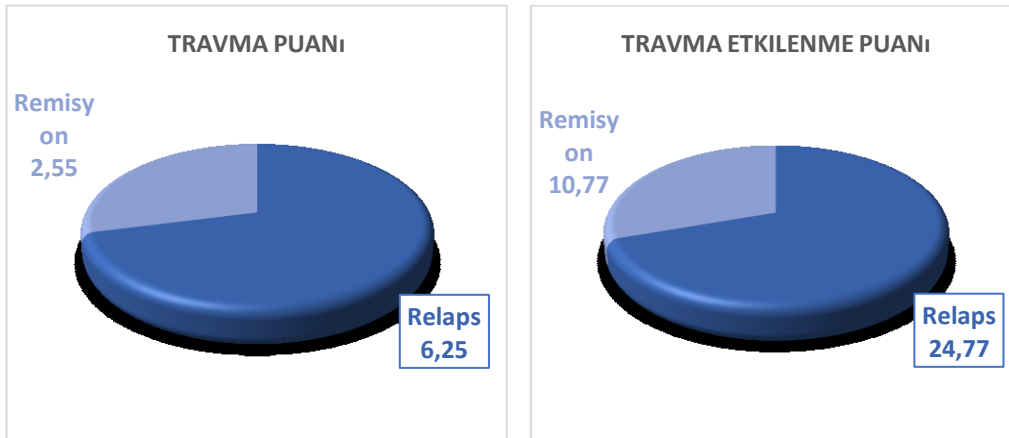
Tablo 4.9 ve 4.10: Relaps ve remisyon gruplarında travmatik olay sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik durumu ve zamanlamasının karşılaştırılması

		Davranış değişikliği var (N: 30)	Davranış değişikliği yok (N: 19)
Relaps	N	23	8
	%	74,19	25,81
Remisyon	N	7	11
	%	38,88	61,11
P		0.014	

		İlk 2 hafta davranış değişikliği (N: 33)	2 haftadan sonra davranış değişikliği (N:19)
Relaps	N	15	8
	%	48,38	25,81
Remisyon	N	5	2
	%	27,77	11,11
P		0.049	

Remisyon ve relaps gruplarının ortalama travma puanları istatistiksel olarak karşılaştırılmış olup, remisyon grubundaki 18 hastanın travma puanları ortalaması 2,55 (SD: 2,63), relaps grubundaki 31 hastanın travma puanları ortalaması 6,25 (SD: 4,60) olarak saptanmış ve grupların travma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (CI; %95, p: 0.04).

Benzer şekilde remisyon ve relaps gruplarının ortalama travma etkilenme puanları istatistiksel olarak karşılaştırılmış olup, remisyon grubundaki 18 hastanın travma etkilenme puanları ortalaması 10,77 (SD: 11,43), relaps grubundaki 31 hastanın travma etkilenme puanları ortalaması 24,77 (SD: 19,58) olarak saptanmış ve grupların travma etkilenme puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (CI; %95, p: 0.01). (Tablo 4.11) (Şekil 4.7)



Şekil 4.7: Gruplar arasında ortalama travma ve travma etkilenme puanları

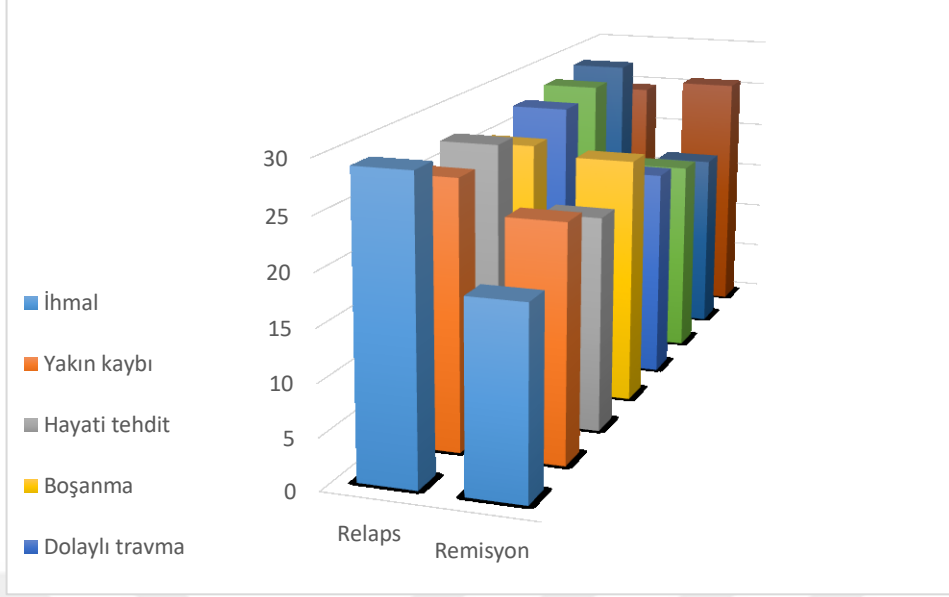
Tablo 4.11: Relaps ve remisyon gruplarında ortalama travma puanı ve travma etkilenme puanlarının karşılaştırılması

	Relaps		Remisyon		P
	Ort	Sd	Ort	Sd	
Travma puanı	6,25	4,60	2,55	2,63	0.04
Travma etkilenme puanı	24,77	19,58	10,77	11,43	0.01

İki grup travma türleri açısından karşılaştırıldığında, relaps grubunda ihmal (CI; %95, p: 0.009), duygusal istismar (CI; %95, p: 0.019) ve fiziksel istismar (CI; %95, p: 0.005) puanları açısından anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken, sevilen birinin kaybı, hayati tehdit, ağrı, boşanma, cinsel istismar, dolaylı travma maruziyeti türlerinde relaps olan ve olmayan grupta anlamlı fark bulunamamıştır. (Tablo 4.12) (Şekil 4.8)

Tablo 4.12: Relaps ve remisyon gruplarında travmatik olay türlerinin karşılaştırılması

	Relaps		Remisyon		P
	Ort	SD	Ort	SD	
İhmal	28,89	895,50	18,31	329,50	0.009
Yakın kaybı	26,19	812,00	22,94	413,00	0.383
Hayati tehdit/ ağrı	27,31	846,50	21,03	378,50	0.114
Boşanma	25,32	785,00	24,44	440,00	0.781
Dolaylı travma	27,32	847,00	21,00	378,00	0.067
Duygusal istismar	28,03	869,00	19,78	356,00	0.019
Fiziksel istismar	28,76	891,50	18,53	333,50	0.005
Cinsel istismar	24,61	763,00	25,67	462,00	0.600



Şekil 4.8: Relaps ve remisyon grupları arasında travmatik olay türlerinin ortalama etkilenme puanlarının karşılaştırılması

Regresyon Modeli

Son olarak, relaps ve remisyon grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan 5 bağımsız değişken (travma puanı, DES toplam puanı, HAM-A toplam puanı, önceki psikiyatrik tedaviye başvuru öyküsü, travmatik yaşam olayı sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik) risk faktörlerini saptamak amacıyla Binary Lojistik Regresyon analizine dahil edilmiştir. Anlamlı bulunan iki değişken (travma etkilenme puanı ve travma sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik zamanı) benzer değişkenlerin bulunması nedeniyle modele dahil edilmemiştir. Bu model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($\chi^2=33.371$, $p: 0.000$, CI; %95) olup, varyansın %49,4-67,5'ini (Cox&Snell R^2 ; 0.494, Nagelkerke R^2 ; 0.675) açıklamaktadır. Hosmer-Lemeshow testinde p değeri 0.05'den büyük (CI; %95, $p: 0.876$) olarak tespit edilmiş olup model regresyon analizi için uygun yapıdadır (Nagelkerke R^2 : 0.675). Bu modelde vakaların %89,8'sinin doğru olarak sınıflandırıldığı belirlenmiştir. Daha önce psikiyatrik tedavi için hastaneye başvuru bulunmasının remisyonu anlamlı olarak öngördüğü (CI; %95, $p<0.05$), ancak diğer değişkenlerin tek başına anlamlı olarak öngördürücü olmadığı bulunmuştur (CI; %95, $p>0.05$). (Tablo 4.13)

Tablo 4.13: Relaps gelişimini öngördürücü faktörlerin saptanması için yapılan lojistik regreyon analizi SPSS tablosu

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Exp(B) için CI; %95	
							Lower	Upper
HAM-A toplam puan	0,137	0.084	2.674	1	0.102	1.147	0.973	1.353
Travma toplam puan	0.235	0.150	2.461	1	0.117	1.265	0.943	1.695
DES toplam puan	0.059	0.040	2.131	1	0.144	1.061	0.980	1.148
Madde kullanım davranış değişikliği	-0.510	1.005	0.258	1	0.611	0.600	0.084	4.300
Önceki psikiyatrik tedavi başvurusu	4.654	1.532	9.231	1	0.002	104.969	5.215	2112.801
Constant	-4.126	1.643	6.306	1	0.012	0.016		

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, AMATEM kliniğinde 2'si kadın, 49'u erkek toplam 51, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan, 18-65 yaş arasındaki yetişkin hastalar yatılı tedavileri sırasında, arındırma dönemlerinin tamamlanması sonrası gerçekleştirildi. Disosiyasyon da dahil olmak üzere birçok psikiyatrik semptom skorlarının, yoksunluğun ilk haftalarında oldukça arttığı bildirildiğinden (Coffey et al., 2007, Hodgins et al., 1996) çalışmamızda hastalar yatıştan en az 7 gün sonra görüşmeye alınmıştır.

Çalışmamızda alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalar taburculuk sonrası relaps ve remisyon olarak iki gruba ayrılarak incelendi. Burada sürçmeler remisyon grubunda, kaymalar ise relaps grubunda sınıflandı. Gruplar sosyodemografik özellikler, intihar girişimi, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, bağımlılık profili, genel psikiyatrik durum, maddeyi bırakmak ile ilgili motivasyon, tedaviyi erken terk etme, yatış gün sayısı, taburculuk sonrası temiz kalma süresi, önceki yatış sayısı, önceki psikiyatrik tedavi başvurusu, dissosiyatif yaşantılar, travma sonrası madde kullanım davranışında değişiklik olup olmaması, travmatik yaşantı sayısı, şiddeti, türü ve ortalama travma yaşı açısından karşılaştırıldı.

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özellikleri literatürdeki oranlar ile benzer şekilde bildirilmiştir (Evren and Alkol, 2001, Erdem et al., 2006, Bulut et al., 2006, Joe et al., 1998, Zorlu et al., 2011).

Çalışmamızda hayatı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunma oranı %49 olarak saptandı. 2004 yılında 1280 madde bağımlısı hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların intihar girişiminde bulunma oranı %42 (Roy, 2004), 450 madde bağımlısının katıldığı başka bir çalışmada bu oranı %39 olarak bildirilmiştir (Roy,

2003). Çalışmamızdaki oran literatürle uyumlu ancak nispeten yüksek olarak bulunmuştur.

Hastalar erken dönem tedavi seyrine göre gruplandığında, 2 (%3,9) kişiye ise ulaşılamamakla birlikte, 18 (%35,3) kişinin remisyonda olduğu ve 31 (%60,8) kişinin ise relaps durumunda olduğu öğrenilmiştir. Literatürde bağımlılıkta tedavi seyrini araştıran çalışmalarda %35 ile %90 arasında değişen relaps oranları bildirilmektedir (Doğruer et al., 2002, Saatçioğlu et al., 2007). Ülkemizde 2012 yılında yapılan bir yıllık takip çalışmasında, taburcu olan hastaların %61,8'inin nüks ettiği bildirilmiştir (Evren et al., 2012). Çalışmamızdaki oranlar bu yönden literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hayat boyunca en az 1 kez travmatik yaşantı deneyimleme oranlarına bakıldığında 42 kişi (%82,4) en az bir travma yaşadığını bildirmiştir. Alkol/madde kullanım bozukluğu olanlarda travmatik yaşantı birlikteliği birçok çalışmada sıklıkla saptanmıştır. Literatürde bağımlı grup hastalarının yaklaşık %90-100' ünün yaşam boyunca en az bir travma yaşadığı tahmin edilmektedir ancak bu hastaların hepsinde TSSB gelişmemektedir (Wu et al., 2012, Najavits et al., 1997, Farley et al., 2004). Yaşam boyunca en az bir travmatik yaşam olayı deneyimi 230 alkol bağımlısı ile yapılan bir çalışmada %72,4 (Grundmann et al., 2018), diğer bir çalışmada %59 (Rice et al., 2001) olarak bildirilmiştir. Yaşam boyu en az bir travma yaşama oranı çalışmamızda mevcut literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda 18 kişi (%35,2) halen TSSB tanı kriterlerini karşılıyordu. Bu konuda yapılan çalışmalardaki oranlar birbirinden farklı olmakla birlikte çoğunlukla kontrol gruplarından daha yüksek olarak bildirilmiştir. Mevcut literatüre göre, bağımlı grupta TSSB için yaygınlık tahminleri %11 ile %41 arasında değişmektedir (Harrington and Newman, 2007, Ouimette et al., 2006, Van Dam et al., 2010). Ülkemizde yatarak tedavi gören alkol bağımlılığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada alkol ve madde bağımlılarında TSSB oranı %31 olarak bildirilmiştir (Kural et al., 2004). Çalışmamızdaki TSSB oranı da bu oranlarla benzer şekildedir.

Travmatik yaşantılar ölçeği ile ölçülen travma türleri incelendiğinde, araştırmamızda katılımcılardan 30 kişinin (%58,8) ihmal, 24 kişinin (%47,1) sevilen birinin kaybı, 28

kişinin (%54,9) hayati tehdit veya ağrı, 12 kişinin (%23,5) boşanma, 16 kişinin (%31,4) dolaylı travma maruziyeti, 17 kişinin (%33,3) duygusal istismar, 18 kişinin (%35,3) fiziksel istismar, 4 kişinin (%7,8) cinsel istismar deneyimi olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ihmal hem yetişkinlik hem çocukluk dönemini kapsayacak şekilde değerlendirilmiştir. Literatürde çalışmamızın sonuçlarına benzer oranlar bulunmuştur (Dunn et al., 1994, Danielson et al., 2009, Evren et al., 2006).

Relaps ve remisyon gruplarında klinik verilerin karşılaştırılmasında, sosyodemografik faktörler açısından gruplar arasında fark yoktu. Eroin hastalarıyla yapılan 6 aylık bir takip çalışmasında, nükseden grupta sosyodemografik değişkenler açısından çalışmamızdakine benzer şekilde fark olmadığı bildirildi (Evren et al., 2014). Benzer şekilde Donovan'ın 6 aylık takip çalışmasında demografik değişkenlerin relapsı öngörmede etkisiz olduğu bildirilmiştir (Ito and Donovan, 1990). Literatürde bu şekilde çalışmamıza benzer bulgular olmakla birlikte, çeşitli çalışmalarda relaps olan gruplarda sosyodemografik faktörler açısından istatistiksel olarak farklı sonuçlar da mevcuttur (Greenfield et al., 2002).

Araştırmamızda iki grup intihar girişiminde bulunma durumu açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p: 0.055). Eroin hastalarıyla yapılan 6 aylık bir takip çalışmasında, nükseden grupta intihar girişimi ilişkili bulunmuş ve buna ek olarak intihar girişiminin bağımlılık tedavisinde olumsuz seyrin belirleyicilerinden biri olarak bildirilmiştir (Evren et al., 2014). Çalışmamızda intihar oranı ile relaps arasındaki ilişkide anlamlılık sınırı yakını bir değerde (p: 0.055) çıkmıştır. Bu sonuç örneklem sayısının düşük olması ile ilişkili olabilir.

İki grup daha önce psikiyatrik tedaviye başvuru durumuna göre karşılaştırıldığında, daha önceden psikiyatrik tedavi başvuru öyküsü olmayanlarda relaps oranları anlamlı derecede daha yüksek görülmüştür (p: 0.019). Mevcut verilere bakıldığında psikiyatrik tedavi başvurusu sayısı ile madde kullanım relapsı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma olmamakla birlikte, çalışmamızda bulduğumuz bu ilişkinin psikiyatrik tedaviye başvurmeyen bağımlılardaki madde kullanım relapsının bu hastalardaki kendi kendine ilaç hipotezini destekleyebileceği (Reynolds et al., 2005, Khantzian, 1987), madde kullanımının yokluğunda yaşadıkları sıkıntının çözümü için psikiyatrik tedavi arayışında olmaları, psikiyatrik tedavinin olumlu etkilerinin

madde kullanımı üzerinde de olumlu sonuçları olabileceği (Simkin, 2002, Geller et al., 1998, Ouimette et al., 1998, Najavits et al., 1998), hastaların psikopatolojik belirtilerine karşı farkındalıklarının yüksek olmasının relaps üzerindeki olumlu sonuçlarına bağlı olarak ortaya çıkmış olabileceği düşünülebilir (Tırışkana et al., 2015, Witkiewitz et al., 2005).

İki grup arasında eski bağımlılık nedeniyle hastanede yatış sayısı, son yatışının gün sayısı ve tedaviyi erken terk etme açısından anlamlı fark saptanmadı. Donovan' ın (Ito and Donovan, 1990) ve Connors' un çalışmalarında daha önceki yatış sayısının relaps ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Connors et al., 1996). Literatürde tedaviyi erken terk etme ile relaps arasındaki ilişki açıkça belirtilmiş (Agosti et al., 1996, Simpson et al., 1995) olmasına rağmen bu ilişkinin çalışmamızda saptanmamasının, tedaviyi erken terk eden hasta sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabileceğini tahmin ediyoruz.

OEÖ, BPRS toplam ortalama puanları iki grupta anlamlı derecede farklılık göstermiyordu. Literatürde ek psikopatoloji ve travma sonrası stres bozukluğunun relaps oranlarını arttırdığına dair birçok veri bulunmaktadır. TSSB alkol veya madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda olumsuz gidiş için bağımsız risk faktörü olarak bildirilmiştir (Driessen et al., 2008). Bir çalışmada bağımlılarda TSSB ve diğer psikiyatrik bozukluk ek tanılarının relaps üzerinde etkileri geniş katılımcı sayısı dahil edilerek karşılaştırılmış, TSSB ve komorbid psikiyatrik belirtilerin hastalarının relaps oranlarının arttırdığı, TSSB ek tanısı varlığının diğer psikiyatrik bozukluk ek tanısı olanlara göre relaps riskinin anlamlı derecede yüksek olduğu bildirildi (Ouimette et al., 1999). Bir çok çalışmada TSSB ek tanısı ve semptom şiddetinin madde kullanımı relapsı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Bradizza et al., 2006). Yaşam boyunca travmatik olay yaşama oranı erkeklerde fazla iken travmatik olaya maruz kalma sonrası TSSB oluşma oranı kadınlarda erkeklerden daha fazladır (Breslau, 2002). Mevcut çalışmalar ışığında TSSB varlığının relapslar üzerinde önemli etkiye sahip olduğu anlaşılmalı birlikte bu ilişkinin tanımlanabilmesi için her iki cinsiyeti içeren ve daha büyük örneklemlilerde çalışmalar yapılmalıdır.

Relaps ve remisyon grupları arasında BAPİ toplam puanları istatistiksel olarak farksızdı. 4 yıllık bir takip çalışması şiddetli bağımlılığın prognozu kötü etkilediğini bildirmiştir (Sandahl, 1984). Benzer şekilde Saunders' in çalışmasında şiddetli

bağımlılığın relaps oranlarını arttırdığı (Saunders and Allsop, 1987), ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bağımlılık süresi, şiddeti, madde kullanma yaşının genç olması ve çoklu madde kullanımının relaps oranlarında artışı öngördüğü bildirilmiştir (Doğruer et al., 2002). Donovan ek olarak, madde kullanım süresinin relaps olan grupta daha yüksek olduğunu bulmuştur (Ito and Donovan, 1990). Çalışmamızın katılımcılarının yatan hastalardan oluşması ve çoğunlukla orta-ağır bağımlılık şiddetini karşılıyor olmaları nedeniyle bağımlılık şiddeti ile ilgili relaps ve remisyon grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Çalışmamıza katılmayan grubun büyük çoğunluğunun psikotik belirtilerinin olması örneklem sayısını sınırlamıştır. Bağımlılık şiddetinin relapslarla ilişkisinin anlaşılabilmesi için heterojen ve daha fazla sayıda örneklemin dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda relaps ve remisyon grupları arasında SOCRATES ve BAPİ motivasyon alt ölçeğiyle ölçülen motivasyon puanları anlamlı farklılık göstermedi. Literatürde bazı çalışmalarda motivasyonun düşük olmasının, hastaların tedaviyi terk etmesi, depresme ve kötü prognoz ile ilişkili olduğunu bildirilirken (Bilici et al., 2014, Claus and Kindleberger, 2002, Pelissier, 2004), bazı çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde motivasyon ile tedavi prognozu arasında bir ilişki saptanmamıştır (Nosyk et al., 2010, Evren et al., 2014). Bu çalışmada yatarak tedavi gören bağımlıların tedaviye kendi istekleriyle başvurması ve yatarak tedavi görmek için gönüllü olmaları motivasyon düzeylerinin yüksek olduğunu (seçim yanlılığı) bu nedenle relaps ve remisyon grupları arasında motivasyon açısından fark olmadığını gösteriyor olabilir.

Çalışmamızda relaps olan ve olmayan gruplar arasında ortalama HAM-D puanları karşılaştırılmış ve grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. (p: 0,244). Daha önceki benzer çalışmalarda depresyon belirtilerinin madde kullanım bozukluğunda nüks riskini arttırdığı (Heinz et al., 2006, Marsch et al., 2005, Gerra et al., 2004), depresyonun tedavi uyumunu kötü yönde etkilediği belirtilmiştir (Serin and Kennedy, 1997, Van Voorhis, 2009). Benzer şekilde Strowig ve Curran' ın çalışmalarında depresyonun relaps oranlarını artırdığı bulunmuştur (Strowig, 2000, Curran et al., 2000). Çalışmamızda depresyon puanları ve relaps oranlarının literatüre benzer şekilde ilişkili olmaması hastalarımızın bir kısmının takiplerde antidepresan

tedavisi alması, örneklem sayımızın kısıtlı olması ve takip süresinin 6 ay ile sınırlı olması ile ilişkili olabilir.

İki grup arasında toplam DES puanları karşılaştırıldığında relaps grubunda ortalama DES toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı (p: 0.026). Benzer şekilde DES depersonalizasyon ve derealizasyon alt ölçek (p: 0.014) puanlarının da relaps olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülürken, bu anlamlılık DES amnezi alt ölçek puanları için geçerli değildi (p: 0.069). Literatürde alkol ve madde kullanım bozukluğu relapsı ile dissosiyasyon düzeyleri ile ilgili veriler çok seyrek olmakla birlikte, Somer ve arkadaşları dissosiyatif psikopatolojinin opiyat bağımlılarında davranış üzerindeki kontrolü kaybetmeleri yoluyla relaps riskini arttırabileceğini ileri sürmüştür (Somer et al., 2009).

İki grupta HAM-A toplam puanları karşılaştırılmış, grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p: 0.015). Benzer şekilde gruplar arasında HAM A fiziksel alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına, relaps olan grupta HAM A fiziksel alt ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (p: 0.017). Driessen ve arkadaşlarının çalışmasında ek anksiyete bozukluğunun relaps oranlarını anlamlı derecede arttırdığı (Driessen et al., 2001), başka çalışmalarda da anksiyete bozukluğunun relapsın yordayıcısı olduğu (Davidson et al., 1993, Kushner et al., 1990), Sandahl' ın çalışmasında ise çalışmamızdakine benzer şekilde anksiyetenin özellikle fiziksel semptomlarından olan kas gerginliği ve somatik semptomların relaps oranlarını arttırdığı (Sandahl, 1984) bildirilmiş, çalışmamızdaki veriler literatürdeki benzer çalışmaları destekler niteliktedir.

İki grup her ne kadar HAM-A toplam puanları açısından farklı olsa da, DKÖ ve SKÖ toplam puanlar açısından karşılaştırıldığında, iki gruptaki toplam puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları katılımcılarda genel olarak yüksek saptanmış olup bu durum örneklemimizin tamamının yatan hastalardan oluşması ile ilişkili seçim yanlılığından (selection bias) kaynaklanmış olabilir. Anksiyete puanlarına benzer şekilde örneklemimizde

depresyon puanları ve intihar oranları da literatürdeki çalışmalardan yüksek saptanmıştır (Roy, 2003, Roy, 2004, Evren et al., 2003, Evren and Ögel, 2003).

Hayat boyunca herhangi bir travmatik olay yaşamış olma oranı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değildi. Bazı çalışmalarda travmatik yaşantıların tedavi sonuçlarının olumsuz olması ile ilişkili olduğu (Peles et al., 2012, Taplin et al., 2014, Kumar et al., 2016), bazılarında ise travması olanlarda nüks oranlarının anlamlı derecede fark olmadığı bulunmuştur (Brown et al., 1996). Chilcoat ve Breslau' nun uzunlama çalışmasında ise, TSSB yokluğunda travmaya maruz kalmanın bağımlılık riskini artırmadığı öne sürülmüştür (Chilcoat and Breslau, 1998). Araştırmamızda iki grup arasında travmatik olay yaşama durumunun relaps ile anlamlı derecede ilişkili olmamasının, örneklemimizdeki travmatik olay yaşamayanların sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

İki grup travmatik olay sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik açısından değerlendirildiğinde, davranış değişikliği olan grupta relaps oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu (p: 0.014) tespit edilmiştir. Buna ek olarak travmatik olay sonrasında davranış değişikliğinin zamanlaması karşılaştırıldığında, travma sonrası ilk 2 haftadaki kullanım değişikliğinin de relaps oranları ile anlamlı derecede ilişkili olduğu (p: 0.049) bulunmuştur. Literatürde travmatik bir olay yaşama sonrası madde kullanımına başlama, kullanım miktarını arttırma gibi davranış değişikliklerinin sık olduğu (Khantzian, 1987, Cerdá et al., 2011) bildirilmekle birlikte, travmatik olay sonrası madde kullanım davranış değişikliğinin ve söz konusu davranış değişikliklerinin zamanlamasının relaps üzerinde etkisi ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu açıdan çalışmamız yeni bir veri sunmaktadır. Bu verinin önemi ve geçerliliği için yeni çalışmalarla tekrarlanması gerekmektedir.

Relaps olan ve olmayan grup ortalama travmatik olay yaşama yaşı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamıza benzer şekilde Greenfield' in alkol bağımlılarında travma öyküsü ile relaps ilişkisini araştırdığı takip çalışmasında travma yaşı ile relaps arasında ilişki saptanmadı (Greenfield et al., 2002). Relaps ve remisyon grupları arasında travma yaşama yaşları arasında fark olmaması, travmaların sadece çocuklukta değil erişkinlikte olmasının da tedavi seyrini etkiliyor olması nedeniyle önemlidir.

Remisyon ve relaps gruplarının ortalama travma puanları istatistiksel olarak karşılaştırılmış olup, grupların travma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p: 0.04). Benzer şekilde remisyon ve relaps gruplarının ortalama travma etkilenme puanları istatistiksel olarak karşılaştırılmış olup, grupların travma etkilenme puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p: 0.010). Literatürde az sayıda çalışmada travma şiddeti ile tedavi sonuçlarının ilişkili olmadığı bildirilmesine rağmen (Hien and Scheier, 1996), daha şiddetli travma öyküsü olan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların, madde kullanım relapsına daha yatkın (Westermeyer et al., 2001) ve daha kötü tedavi sonuçlarının olduğu çok sayıda çalışmada bildirilmiştir (Brown et al., 1994, Hien et al., 2000). Hyman, kokain bağımlılarında travmatik olayların relaps üzerine etkilerini araştırdığı izlem çalışmasında, travma şiddeti ile relaps oranlarının ilişkili olduğunu bildirmiştir (Hyman et al., 2008). Çalışmamız literatürdeki verilerle tutarlıdır.

İki grup travma türleri açısından karşılaştırıldığında, relaps grubunda ihmal (p: 0.009), duygusal istismar (p: 0.019) ve fiziksel istismar (p: 0.005) puanları açısından anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken, sevilen birinin kaybı, hayati tehdit, ağrı, boşanma, cinsel istismar, dolaylı travma maruziyeti türlerinde relaps olan ve olmayan grupta anlamlı fark bulunamamıştır. Bu çalışmada ihmalin sadece çocukluk döneminden ziyade erişkin dönemi de kapsayacak şekilde değerlendirilmesi ihmalin sadece çocuklukta değil yaşamın her döneminde tedavi seyrini etkiliyor olması nedeniyle önemlidir. Umut ve arkadaşlarının alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda travma türlerinin relaps üzerine etkisini araştırdığı yakın tarihli 3 aylık takip çalışmasında duygusal ihmalin nüksetmeyi öngördüğü bildirilmiştir (Umut et al., 2017). Havel ve arkadaşlarının aile içi şiddet ve alkol relapsı ilişkisini araştırmak amacıyla 44 alkol bağımlısı kadını dahil ettikleri prospektif çalışmasında çocuklukta aile içi şiddet ve yetişkinlikte eşinin fiziksel istismarına maruz kalanlarda relaps oranlarının arttığı bulunmuştur (Haver, 1987). Greenfield ve arkadaşlarının alkol bağımlılarıyla yaptığı takip çalışmasında ise cinsel istismar öyküsü olanlarda relaps oranlarının fazla olduğu bulunmuştur (Greenfield et al., 2002). Çalışmamızda cinsel istismar deneyimi bildiren hasta sayısının az olması relaps ve remisyon grupları arasındaki anlamlı fark olmamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda son olarak, risk faktörlerini saptamak amacıyla yapılan relaps durumunun bağımlı değişken olarak alındığı Binary Lojistik Regresyon analizinde 7 bağımsız değişkenin (travma puanı, DES toplam puanı, HAM-A toplam puanı, önceki psikiyatrik tedaviye başvuru öyküsü, travmatik yaşam olayı sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik ve travma sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik zamanı) öngördücülük gücünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu modelin relapsı %67.5 oranında oranında öngördürdüğü bulunmuştur. Buna ek olarak daha önce psikiyatrik tedavi için hastaneye başvuru bulunmasının remisyonu tek başına anlamlı olarak öngördüğü ($p<0.05$), ancak diğer değişkenlerin anlamlı olarak öngördürücü olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hyman, kokain bağımlılarında travmatik olayların relaps üzerine etkilerini araştırdığı 3 aylık takip çalışmasında, travma şiddetinin relapsın kadınlarda öngördürücüsü olduğunu ancak aynı durumun erkekler için geçerli olmadığını bildirmiştir (Hyman et al., 2008). Benzer şekilde diğer çalışmalarda da travmatik olay deneyiminin madde kullanım bozukluğunda tedavi sonrası relapsı öngördüğü bulunmuştur (Farley et al., 2004). Ek psikopatoloji varlığı ve depresyon semptomlarının relapsı öngördüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (Hasin et al., 2002, Noone et al., 1999). Literatürde çeşitli çalışmalarda anksiyete bozukluğunun relapsın yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Davidson et al., 1993, Kushner et al., 1990). Disosiyasyon ile alkol ve madde bağımlılığında tedavi sonrası relaps ile ilgili veriler az olmakla birlikte bağımlılarda disosiyasyonun kontrol kaybına neden olması (Somer et al., 2009) ve genel psikososyal işlevsellikte bozulmayı öngörmesi (Evren et al., 2011b) nedeniyle relapsla ilişkili çıkması beklenir bir durum olarak değerlendirilebilir. Bu açıdan çalışmamızın sonuçları genel verilere uygun gözükmektedir. Ancak çalışmamızda relapsı öngördürücü olarak sonuçlanmaması relapslar üzerine etkisinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir (Davidson et al., 1993, Farley et al., 2004, Hasin et al., 2002, Hyman et al., 2008, Kushner et al., 1990, Noone et al., 1999).

Araştırmamızdaki sonuçlara bakıldığında alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda travmatik yaşantıların sayısının, şiddetinin ve kişinin bu travmalardan etkilenme düzeyinin fazla olması, bununla birlikte anksiyete ve disosiyatif semptomlarının sıklıkla gözleniyor olması, travmatik yaşantı sonrası madde kullanımı davranışı paterninde değişiklik (maddeye ilk olarak başlama, relaps,

madde kullanım sıklığı veya şiddetini artırma) olması, özellikle daha önce bağımlılık veya bağımlılık dışında herhangi bir psikiyatrik yardım almamış olan grupta, tedavi sonrası erken relaps görülme riskinin %67,5 olacağı bulunmuştur. Madde bağımlılığında çeşitli relaps öngördürücüleri mevcut çalışmalarda tanımlanmış olmakla birlikte çalışmamızda relaps ile ilgili öngördürücülerin daha önce bildirilmemiş olması literatürdeki önemli bir eksikliğe dikkat çekmesi açısından önemlidir. Tabii ki literatürde relapslarla ilişkili olduğu bildirilen birçok değişken regresyon modelinde yer almamıştır. Ancak örneklem sayısı daha fazla bağımsız değişkenden oluşan bir regresyon modeli için uygun gözükmemektedir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda relapsı etkileyen sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete semptomları, eşlik eden diğer psikiyatrik durumlar, madde kullanım şiddeti, motivasyon gibi faktörler prospektif çalışmalarda çeşitli kombinasyonlar ile araştırılmakla birlikte, bu faktörlerin travma öyküsü ile birlikte tedavi sonrası relaps oranlarını araştıran prospektif çalışmalar literatürde nadirdir. Mevcut çalışmaların çoğunluğu travma öyküsü yerine TSSB tanısına odaklanmış, bazıları sadece kadın hastaları, bazıları sadece alkol veya belli bir madde kullanan kişileri araştırmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde travmatik yaşam olayları ile madde kullanım bozukluğu relapsını inceleyen prospektif çalışmalarda sosyodemografik özellikler ile ek psikiyatrik tanımlar, sosyodemografik özellikler, ek psikiyatrik tanımlar ile travma şiddeti, sosyodemografik özellikler ile travma türleri, sosyodemografik özellikler, ek psikiyatrik tanımlar, kişilik bozuklukları ile fiziksel istismarı araştırmıştır.

Çalışmamızda tek bir madde türüne odaklanılmamış olması, yalnızca TSSB tanısı yerine travmatik olay yaşama durumunun sorgulanması, tek bir travma türü yerine bir çok travma türünü içermesi, yatan hastaların taburculukları sonrasında izlendiği 6 aylık bir prospektif çalışma olması ve travmatik yaşam olaylarının relaps ile ilişkisini incelerken sosyodemografik özellikler, intihar girişimi, depresyon ve anksiyete semptomları, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, bağımlılık profili, genel psikiyatrik durum, motivasyon, tedavi terki, yatış gün sayısı, taburculuk sonrası temiz kalma süresi, önceki yatış sayısı, önceki psikiyatrik tedavi başvurusu, disosiyatif yaşantılar, travma sonrası madde kullanım davranışında değişiklik olup olmaması ve bunun zamanlaması, travmatik yaşantı sayısı, şiddeti, türü ve ortalama

travma yaşının relaps üzerindeki etkisi gibi bir çok ilişkinin de araştırıldığı ilk kapsamlı çalışma olması çalışmamızın en önemli avantajlarından.

Buna karşın, örnekleminizdeki katılımcı sayısının azlığı, travmatik yaşam olaylarının retrospektif değerlendirilmesi nedeniyle güvenilirliğinin kısıtlı olma olasılığı, takip tedavisinin içme sonuçlarını nasıl etkilediğinin incelenmemiş olması, takibin 6 ay ile sınırlı kalması, sayı yetersizliği nedeniyle madde gruplarının birbiriyle karşılaştırılamaması, kontrol grubunun olmaması, kadın hasta sayısının az olması nedeniyle erkek ve kadın katılımcıların karşılaştırılamaması ve tedavi seyrinin diğer hastalıklarla karşılaştırılamamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma SEAH AMATEM kliniğinde yatmakta olan alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olan, 18-65 yaş arasında, arındırma dönemlerini tamamlamış 51 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmamızda hastalar yatıştan en az 7 gün sonra görüşmeye alındı ve çalışma verileri açısından değerlendirildi.

Çalışmamızda alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalar taburculuk sonrası 6. Ayda ulaşılabilen 49 hasta durumlarına göre relaps ve remisyon olarak iki gruba ayrılarak incelendi.

İki grup arasında sosyodemografik faktörler, bağımlılık profili, motivasyon, depresyon, intihar girişimi oranları, bağımlılık tedavisi için tekrarlayan yatışlar, tedaviyi erken terk, travmatik olay yaşama durumu, ortalama travma yaşı ve TSSB belirti şiddeti arasında anlamlı fark bulunamadı.

Anksiyete, disosiyasyon semptomları, önceki psikiyatrik tedavi başvurusu, travmatik olay sayısı ve şiddeti, travmatik olay sonrası madde kullanım davranış paterninde değişiklikler, travmatik olay sonrası madde kullanım davranış paterninde değişikliklerin zamanlaması, travma türlerinden ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar varlığı relaps olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıydı.

Son olarak relaps durumunun bağımlı değişken olarak alındığı, değişkenlerden 5 tanesinin Binary Lojistik Regresyon modelinde travma sayısı, DES puanı, HAM-A puanı, daha önce psikiyatrik tedavi için başvurmamış olmak, travmatik yaşam olayı sonrasında madde kullanım davranışında değişiklik olmasının birlikte relapsı güçlü bir şekilde öngördüğü, değişkenler tek başlarına değerlendirildiğinde, daha önce psikiyatrik tedavi için başvurmamış olmanın relapsı anlamlı şekilde öngördüğü bulundu.

Bu çalışmanın sonuçları bize alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda travmatik yaşantıların sayısının, bu travmalardan etkilenme düzeyinin eşlik eden anksiyete ve disosiyatif semptomlarının şiddetinin, travmatik yaşantı sonrası madde kullanım davranışındaki artışların, özellikle de daha önce bağımlılık veya bağımlılık dışında herhangi bir psikiyatrik yardım almamış olmanın tedavi sonrası erken relaps görülme riskini güçlü bir şekilde öngördüğünü bildirmektedir.

Bu çalışmanın bazı sonuçları literatürle uyumludur ve bazıları Türkiye’de yapılmış ilk verilerdir. Önceki psikiyatrik tedavi başvurusu, disosiyatif yaşantılar, travma sonrası madde kullanım davranışında değişiklik olup olmaması ve bunun zamanlaması gibi sonuçların alkol ve/veya madde kullanım bozukluğunda relapslar ile ilişkisi literatürde daha önce bildirilmemiştir. Bu açıdan bu verilerin farklı örnekleme, daha çok hasta sayısını içeren çalışmalarla doğrulanmaya ihtiyacı vardır. Yine çalışmanın sonuçları travma yaşantılarının bağımlılık tedavilerinde daha fazla dikkate alınması gerektiğini ve bir şekilde hastaların psikiyatrik tedaviye yönlendirilmesinin relapsları önlemede etkili olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

- ABRAHAM, K. 1941. *The Traumatic Neuroses of War*. New York, London: Paul Hoeber. Inc.
- ADLER, A. J. J. O. T. A. M. A. 1943. Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. 123, 1098-1101.
- AGOSTI, V., NUNES, E., OCEPECK-WELIKSON, K. J. T. A. J. O. D. & ABUSE, A. 1996. Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. 22, 29-39.
- AKDEMİR, A., ÖRSEL, S., DAĞ, İ., TÜRKÇAPAR, H., İŞCAN, N. & ÖZBAY, H. J. P. P. D. 1996. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. 4, 251-259.
- AKFERT, S. K., ÇAKIÇI, E. & ÇAKIÇI, M. J. A. P. D. 2009. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. 10, 40-47.
- ALIKAŞIFOĞLU, M. & ERCAN, O. J. T. P. A. T. P. A. 2009. Ergenlerde riskli davranışlar. 44.
- ANDREASEN, N. C. J. A. O. T. N. Y. A. O. S. 2010. Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. 1208, 67-71.
- ARMONY, J. L. & LEDOUX, J. E. J. A. O. T. N. Y. A. O. S. 1997. How the brain processes emotional information. 821, 259-270.
- ASSOCIATION, A. P. 1952. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Assn., Mental Hospital Service.
- ASSOCIATION, A. P. 1968. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed.
- ASSOCIATION, A. P. 1980. *DSM III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Association.
- ASSOCIATION, A. P. 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. revised*.
- ASSOCIATION, A. P. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4rd ed*.

- ASSOCIATION, A. P. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn, text revision) (DSM-IV-TR).
- ASSOCIATION, A. P. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*, American Psychiatric Pub.
- AVRUPA UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞINI İZLEME MERKEZİ (2018), A. U. R., 2018: EĞİLİMLER VE GELİŞMELER 2018. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018), Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2018: Eğilimler ve Gelişmeler. Lüksemburg.
- BERNSTEIN, E. M., PUTNAM, F. W. J. O. N. & DISEASE, M. 1986. Development, reliability, and validity of a dissociation scale.
- BILICI, R., YAZICI, E., TUFAN, A. E., MUTLU, E., İZCI, F., UĞURLU, G. K. J. N. D. & TREATMENT 2014. Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. 10, 1599.
- BINBAY, T., DIREK, N., AKER, T., AKVARDAR, Y., ALPTEKİN, K., CIMILLI, C., ÇAM, B., DEVECİ, A., GÜLTEKİN, B. K. & ŞAR, V. J. T. P. D. 2014. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. 25, 264-81.
- BIRMES, P., BRUNET, A., CARRERAS, D., DUCASSÉ, J.-L., CHARLET, J.-P., LAUQUE, D., SZTULMAN, H. & SCHMITT, L. J. A. J. O. P. 2003. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. 160, 1337-1339.
- BLACK, D. W. & ANDREASEN, N. C. 2014. *Introductory textbook of psychiatry*, American Psychiatric Pub.
- BLOCKER JR, T. & BLOCKER, V. 1963. BURNS BIBLIOGRAPHY 1952-1962. TEXAS UNIV MEDICAL BRANCH AT GALVESTON.
- BOLU, A., ERDEM, M. & ÖZNUR, T. J. A. J. O. C. I. 2014. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU. 8.
- BONIN, M. F., NORTON, G. R., ASMUNDSON, G. J., DICURZIO, S., PIDLUBNEY, S. J. J. O. B. T. & PSYCHIATRY, E. 2000. Drinking away

- the hurt: The nature and prevalence of PTSD in substance abuse patients attending a community-based treatment program. 31, 55-66.
- BRADIZZA, C. M., STASIEWICZ, P. R. & PAAS, N. D. J. C. P. R. 2006. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. 26, 162-178.
- BRADY, K. T., BACK, S. E. & COFFEY, S. F. J. C. D. I. P. S. 2004. Substance abuse and posttraumatic stress disorder. 13, 206-209.
- BRADY, K. T. & CLARY, C. M. J. C. P. 2003. Affective and anxiety comorbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline. 44, 360-369.
- BRADY, K. T., KILLEEN, T., SALADIN, M. E., DANSKY, B. & BECKER, S. J. T. A. J. O. A. 1994. Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. 3, 160-164.
- BRESLAU, N., DAVIS, G. C., ANDRESKI, P. & PETERSON, E. J. A. O. G. P. 1991. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. 48, 216-222.
- BRESLAU, N. & DAVIS, G. C. J. T. A. J. O. P. 1992. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity.
- BRESLAU, N. J. T. J. O. G.-S. M. J. T. O. J. O. T. P. F. W. S. H. A. C. 2002. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. 5, 34-40.
- BREWIN, C. R., ANDREWS, B., VALENTINE, J. D. J. J. O. C. & PSYCHOLOGY, C. 2000. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. 68, 748.
- BRIERE, J. & SCOTT, C. 2016. *Travma terapisinin ilkeleri: belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz; DSM-5 için güncellenmiş*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- BROWN, P. J., RECUPERO, P. R. & STOUT, R. J. A. B. 1995. PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. 20, 251-254.
- BROWN, P. J., STOUT, R. L. & MUELLER, T. J. P. O. A. B. 1996. Posttraumatic stress disorder and substance abuse relapse among women: A pilot study. 10, 124.
- BROWN, P. J., WOLFE, J. J. D. & DEPENDENCE, A. 1994. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. 35, 51-59.

- BULUT, M., SAVAŞ, H. A., CANSEL, N., SELEK, S., KAP, Ö., YUMRU, M. & VİRİT, O. J. J. O. D. 2006. Gaziantep Üniversitesi Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. 7, 65-70.
- CAMERON, C. M., PURDIE, D. M., KLIEWER, E. V. & MCCLURE, R. J. J. B. P. H. 2006. Mental health: a cause or consequence of injury? A population-based matched cohort study. 6, 114.
- CARLSON, E. B. & PUTNAM, F. W. J. D. P. I. T. D. D. 1993. An update on the dissociative experiences scale.
- CERDÁ, M., TRACY, M., GALEA, S. J. D. & DEPENDENCE, A. 2011. A prospective population based study of changes in alcohol use and binge drinking after a mass traumatic event. 115, 1-8.
- CEYLAN, M. E. 1998. *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri: 2. cit: alkol kullanım bozuklukları, yaşlılık psikiyatrisi, demans*, Nobel Tıp Kitabevleri.
- CHILCOAT, H. D. & BRESLAU, N. J. A. O. G. P. 1998. Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing causal pathways. 55, 913-917.
- CLAUS, R. E. & KINDLEBERGER, L. R. J. J. O. P. D. 2002. Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. 34, 25-31.
- COFFEY, S. F., SCHUMACHER, J. A., BRADY, K. T., COTTON, B. D. J. D. & DEPENDENCE, A. 2007. Changes in PTSD symptomatology during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence. 87, 241-248.
- CONNORS, G. J., MAISTO, S. A. & DONOVAN, D. M. J. A. 1996. Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. 91, 5-14.
- CRIME, U. N. O. O. D. A. 2019. World Drug Report 2019. UNODC.
- CURRAN, G. M., FLYNN, H. A., KIRCHNER, J. & BOOTH, B. M. J. J. O. S. A. T. 2000. Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans. 19, 259-265.
- ÇAKMAK, D. & ALKOL, E. C. J. İ. Ö. M. 2006. madde kullanım bozuklukları. 33-62.

- ÇORAPÇI OĞLU, A., YARGIÇ, İ., GEYRAN, P. & KOCABAŞOĞLU, N. Olayların etkisi ölçeği. IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. Yeni Symposium, 2006. 14-22.
- DANIELSON, C. K., AMSTADTER, A. B., DANGELMAIER, R. E., RESNICK, H. S., SAUNDERS, B. E., KILPATRICK, D. G. J. J. O. C. & ABUSE, A. S. 2009. Does typography of substance abuse and dependence differ as a function of exposure to child maltreatment? 18, 323-342.
- DAVIDSON, K. M., RITSON, E. B. J. A. & ALCOHOLISM 1993. The relationship between alcohol dependence and depression. 28, 147-155.
- DIKKATLI, S. J. Y. U. T., ANKARA: GATA 2000. TSSB'de etiyolojik faktör olarak ailenin araştırılması.
- DOĞRUER, Z., TÜRKÇAPAR, M. H. & İNCE, A. J. K. P. 2002. Alkol bağımlılığında relaps. 5, 43-9.
- DORUK A, A. H. 1993. Posttraumatic stress disorder and comorbidity. *III. Congress of Balkan Military Medical committee Athens-Greece, Abstract book*, 141.
- DRIESSEN, M., MEIER, S., HILL, A., WETTERLING, T., LANGE, W., JUNGHANN, K. J. A. & ALCOHOLISM 2001. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. 36, 249-255.
- DRIESSEN, M., SCHULTE, S., LUEDECKE, C., SCHAEFER, I., SUTMANN, F., OHLMEIER, M., KEMPER, U., KOESTERS, G., CHODZINSKI, C., SCHNEIDER, U. J. A. C. & RESEARCH, E. 2008. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. 32, 481-488.
- DUNN, G. E., RYAN, J. J. & DUNN, C. E. J. J. O. P. D. 1994. Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. 26, 357-360.
- DURRANT, R. & THAKKER, J. 2003. *Substance use and abuse: Cultural and historical perspectives*, Sage.
- EMIROĞLU, K. J. A. Ü. S. D. 2001. Gündelik hayatımızın tarihi. 56.

- ENSTITÜSÜ, H. Ü. N. E. J. H. Ü. N. E. E., TC KALKINMA BAKANLIĞI VE TÜBİTAK, ANKARA, TÜRKİYE 2014. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 1.
- ERDEM, G., EKE, C. Y., ÖGEL, K. & TANER, S. J. J. O. D. 2006. LİSE ÖĞRENCİLERİNDE ARKADAŞ ÖZELLİKLERİ VE MADDE KULLANIMI. 7, 111-116.
- EVREN, C. & ALKOL, Ç. D. J. D. A. 2001. Madde Kullananların özellikleri: 2000 Yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. 14, 142-149.
- EVREN, C., DALBUDAK, E. & ÇAKMAK, D. J. K. P. B. 2008. Değişime Hazır Olma ve Tedaviye İhtiyaç Ölçeği (SOCRATES) Türkçe Versiyonu'nun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenliliği. 18, 84-91.
- EVREN, C., DURKAYA, M., EVREN, B., DALBUDAK, E., CETIN, R. J. D. & REVIEW, A. 2012. Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. 31, 81-90.
- EVREN, C., GÜROL, D. & ÖGEL, K. J. T. P. D. 2011a. Reliability and validity of Turkish Version the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in male substance dependent inpatients. 22, 70-1.
- EVREN, C., KARABULUT, V., CAN, Y., BOZKURT, M., UMUT, G. & EVREN, B. J. K. P. B.-B. O. C. P. 2014. Predictors of outcome during a 6-month follow-up among heroin dependent patients receiving buprenorphine/naloxone maintenance treatment. 24, 311-322.
- EVREN, C., KURAL, S. & ÇAKMAK, D. J. A. B. 2006. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. 31, 475-485.
- EVREN, C. & ÖGEL, K. J. A. P. D. 2003. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi/Dissociative symptoms among alcohol and substance dependents and its relationships with childhood trauma history, depression, anxiety, and alcohol/substance use. 4, 30.
- EVREN, C., SAR, V., DALBUDAK, E., CETIN, R., DURKAYA, M., EVREN, B. & CELIK, S. J. P. R. 2011b. Lifetime PTSD and quality of life among

alcohol-dependent men: impact of childhood emotional abuse and dissociation. 186, 85-90.

- EVREN, E. C., ÜSTÜNŞOY, S., CAN, S., BAŞOĞLU, C. & ÇAKMAK, D. J. K. P. D. 2003. Alkol/madde bağımlılarında özkıyım girişimi öyküsünün klinik belirtilerle ilişkisi. 6, 86-94.
- FARLEY, M., GOLDING, J. M., YOUNG, G., MULLIGAN, M. & MINKOFF, J. R. J. J. O. S. A. T. 2004. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. 27, 161-167.
- FAUERBACH, J. A., LAWRENCE, J. W., SCHMIDT JR, C. W., MUNSTER, A. M., COSTA JR, P. T. J. T. J. O. N. & DISEASE, M. 2000. Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. 188, 510-517.
- FENICHEL, O. 1996. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, London, 2nd ed. Routledge.
- FOA, E. B. J. J. C. P. 2006. Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. 67, 40-45.
- FRANCES, R. J., MILLER, S. I. & MACK, A. H. 2005. *Clinical textbook of addictive disorders*, Guilford Press.
- FRANÇAISE, M. 2000. Özel Ek: Şarap Keyfi. *Maison Française*, 2, 6-21.
- GELLER, B., COOPER, T. B., SUN, K., ZIMERMAN, B., FRAZIER, J., WILLIAMS, M., HEATH, J. J. J. O. T. A. A. O. C. & PSYCHIATRY, A. 1998. Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. 37, 171-178.
- GERRA, G., BORELLA, F., ZAIMOVIC, A., MOI, G., BUSSANDRI, M., BUBICI, C., BERTACCA, S. J. D. & DEPENDENCE, A. 2004. Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome. 75, 37-45.
- GEYRAN, P. Ç. 1995. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilişkili Nörobiyolojik Kanıtlar.
- GIELEN, N., HAVERMANS, R., TEKELENBURG, M. & JANSEN, A. J. E. J. O. P. 2012. Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. 3, 17734.

- GINZBURG, K., KOOPMAN, C., BUTLER, L. D., PALESH, O., KRAEMER, H. C., CLASSEN, C. C., SPIEGEL, D. J. J. O. T. & DISSOCIATION 2006. Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors. *7*, 7-27.
- GREENFIELD, S. F., KOLODZIEJ, M. E., SUGARMAN, D. E., MUENZ, L. R., VAGGE, L. M., HE, D. Y., WEISS, R. D. J. D. & DEPENDENCE, A. 2002. History of abuse and drinking outcomes following inpatient alcohol treatment: A prospective study. *67*, 227-234.
- GRUNDMANN, J., LINCOLN, T. M., LÜDECKE, D., BONG, S., SCHULTE, B., VERTHEIN, U., SCHÄFER, I. J. S. U. & MISUSE 2018. Traumatic experiences, revictimization and posttraumatic stress disorder in german inpatients treated for alcohol dependence. *53*, 677-685.
- HAGEMAN, I., ANDERSEN, H. & JØRGENSEN, M. J. A. P. S. 2001. Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *104*, 411-422.
- HAMILTON, M. J. B. J. O. M. P. 1959. The assessment of anxiety states by rating. *32*, 50-55.
- HAMILTON, M. J. J. O. N., NEUROSURGERY, & PSYCHIATRY 1960. A rating scale for depression. *23*, 56.
- HARRINGTON, T. & NEWMAN, E. J. A. B. 2007. The psychometric utility of two self-report measures of PTSD among women substance users. *32*, 2788-2798.
- HASIN, D., LIU, X., NUNES, E., MCCLOUD, S., SAMET, S. & ENDICOTT, J. J. A. O. G. P. 2002. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *59*, 375-380.
- HAYER, B. J. A. P. S. 1987. Female alcoholics: IV. The relationship between family violence and outcome 3–10 years after treatment. *75*, 449-455.
- HEINZ, A. J., EPSTEIN, D. H., SCHROEDER, J. R., SINGLETON, E. G., HEISHMAN, S. J. & PRESTON, K. L. J. J. O. S. A. T. 2006. Heroin and cocaine craving and use during treatment: measurement validation and potential relationships. *31*, 355-364.
- HIEN, D. & SCHEIER, J. J. J. O. S. A. T. 1996. Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *13*, 227-231.

- HIEN, D. A., NUNES, E., LEVIN, F. R. & FRASER, D. J. J. O. S. A. T. 2000. Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. 19, 31-37.
- HODGINS, D. C., PENNINGTON, M., EL-GUEBALY, N., DUFOUR, M. J. T. J. O. N. & DISEASE, M. 1996. Correlates of dissociative symptoms in substance abusers. 184, 636-639.
- HOROWITZ, M., WILNER, N. & ALVAREZ, W. J. P. M. 1979. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. 41, 209-218.
- HOYTE, C. O., JACOB, J., MONTE, A. A., AL-JUMAAN, M., BRONSTEIN, A. C. & HEARD, K. J. J. A. O. E. M. 2012. A characterization of synthetic cannabinoid exposures reported to the National Poison Data System in 2010. 60, 435-438.
- HUFFMAN, J. W., DAI, D., MARTIN, B. R., COMPTON, D. R. J. B. & LETTERS, M. C. 1994. Design, synthesis and pharmacology of cannabimimetic indoles. 4, 563-566.
- HYMAN, S. M., PALIWAL, P., CHAPLIN, T. M., MAZURE, C. M., ROUNSAVILLE, B. J., SINHA, R. J. D. & DEPENDENCE, A. 2008. Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men. 92, 208-216.
- ITO, J. & DONOVAN, D. J. A. B. 1990. Predicting drinking outcome: Demography, chronicity, coping, and aftercare. 15, 553-559.
- JACKSON, C., HENRIKSEN, L., DICKINSON, D. & LEVINE, D. W. J. A. J. O. P. H. 1997. The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents' behavior. 87, 359-364.
- JOE, G. W., SIMPSON, D. D. & BROOME, K. M. J. A.-A.-. 1998. Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. 93, 1177-1190.
- JONES, C., BÄCKMAN, C., CAPUZZO, M., FLAATTEN, H., RYLANDER, C. & GRIFFITHS, R. J. I. C. M. 2007. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. 33, 978-985.

- KARA, B. & BIÇER, Ü. J. Ç. S. V. H. D. 2004. Gökalp, A. g.(2004). Çocuk istismarı. 47, 140-143.
- KARAMAN-KEPENEKCI, Y. J. K. P. D. A. P. V. Ç. İ. 2001. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. 22, 262-276.
- KENDALL-TACKETT, K. J. C. A. & NEGLECT 2002. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. 26, 715-729.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R. & WALTERS, E. E. J. A. O. G. P. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 62, 593-602.
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M. & NELSON, C. B. J. A. O. G. P. 1995. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. 52, 1048-1060.
- KHANTZIAN, E. J. 1987. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The cocaine crisis*. Springer.
- KOÇAK, D. Y., HOTUN-ŞAHİN, N. & BÜYÜKKAYACI-DUMAN, N. J. L. S. P. N. D. B. D. 2015. Alkol ve sigara bağımlılığı, kadın sağlığına etkileri ve hemşirelik girişimleri. 1, 43-47.
- KÖKNEL, Ö. 1998. *Bağımlılık: alkol ve madde bağımlılığı*, Altın Kitaplar.
- KRAL, V. A. J. A. J. O. P. 1951. Psychiatric observations under severe chronic stress. 108, 185-192.
- KREEK, M. J., KOOB, G. F. J. D. & DEPENDENCE-SHANNON, A. 1998. Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. 51, 23-48.
- KUMAR, N., STOWE, Z. N., HAN, X. & MANCINO, M. J. J. T. A. J. O. A. 2016. Impact of early childhood trauma on retention and phase advancement in an outpatient buprenorphine treatment program. 25, 542-548.
- KURAL, S., EVREN, E. C. & CAN, S. J. K. P. B. 2004. Alkol ve Madde Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi. 14.
- KUSHNER, M. G., SHER, K. J. & BEITMAN, B. D. J. T. A. J. O. P. 1990. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders.

- MAIER, S. F., DAVIES, S., GRAU, J. W., JACKSON, R. L., MORRISON, D. H., MOYE, T., MADDEN, I., BARCHAS, J. D. J. J. O. C. & PSYCHOLOGY, P. 1980. Opiate antagonists and long-term analgesic reaction induced by inescapable shock in rats. 94, 1172.
- MARSCH, L. A., STEPHENS, M. A. C., MUDRIC, T., STRAIN, E. C., BIGELOW, G. E., JOHNSON, R. E. J. E. & PSYCHOPHARMACOLOGY, C. 2005. Predictors of outcome in LAAM, buprenorphine, and methadone treatment for opioid dependence. 13, 293.
- MARSELLA, A. J., FRIEDMAN, M. J. & SPAIN, E. H. 1994. Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder.
- MCFARLANE, A. C. & DE GIROLAMO, G. 1996. The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions.
- MILLER, W. R. & TONIGAN, J. S. 1997. *Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*, American Psychological Association.
- MILLS, K. L., TEESSON, M., ROSS, J., DARKE, S. & SHANAHAN, M. J. P. S. 2005. The costs and outcomes of treatment for opioid dependence associated with posttraumatic stress disorder. 56, 940-945.
- MONCRIEFF, J., DRUMMOND, D. C., CANDY, B., CHECINSKI, K. & FARMER, R. J. T. B. J. O. P. 1996. Sexual abuse in people with alcohol problems: a study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. 169, 355-360.
- MÜCAHİT ÖZTÜRK, K. Ö., CÜNEYT EVREN, RABIA BİLİCİ 2019. *Bağımlılık tanı, tedavi, önleme*, istanbul, yeşilay yayınları.
- NAJAVITS, L. M., GASTFRIEND, D. R., BARBER, J. P., REIF, S., MUENZ, L. R., BLAINE, J., FRANK, A., CRITS-CHRISTOPH, P., THASE, M. & WEISS, R. D. J. A. J. O. P. 1998. Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. 155, 214-219.
- NAJAVITS, L. M., WEISS, R. D. & SHAW, S. R. J. T. A. J. O. A. 1997. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. 6, 273-283.

- NAVARRO-MATEU, F., ESCÁMEZ, T., KOENEN, K. C., ALONSO, J. & SÁNCHEZ-MECA, J. J. P. O. 2013. Meta-analyses of the 5-HTTLPR polymorphisms and post-traumatic stress disorder. 8, e66227.
- NEMEROFF, C. B., OWENS, M. J., BISSETTE, G., ANDORN, A. C. & STANLEY, M. J. A. O. G. P. 1988. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. 45, 577-579.
- NEMIAH, J. C. J. A. O. E. H. A. I. J. 1963. Psychological complications in industrial injuries. 7, 481-486.
- NETWORK, G. B. O. D. C. 2017. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Seattle, United States.
- NIJENHUIS, E. R., VAN DER HART, O., KRUGER, K. J. C. P., THEORY, P. A. I. J. O. & PRACTICE 2002. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. 9, 200-210.
- NOONE, M., DUA, J. & MARKHAM, R. J. A. B. 1999. Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. 24, 687-693.
- NORMAN, S. B., STEIN, M. B., DIMSDALE, J. & HOYT, D. B. J. P. M. 2008. Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. 38, 533-542.
- NOSYK, B., GELLER, J., GUH, D. P., OVIEDO-JOEKES, E., BRISSETTE, S., MARSH, D. C., SCHECHTER, M. T., ANIS, A. H. J. D. & DEPENDENCE, A. 2010. The effect of motivational status on treatment outcome in the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. 111, 161-165.
- ODELL, M. & DRUMMER, O. 2001. *The forensic pharmacology of drugs of abuse*, Arnold.
- ORGANIZATION, W. H. 2018. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Geneva.
- OUIMETTE, P., COOLHART, D., FUNDERBURK, J. S., WADE, M. & BROWN, P. J. J. A. B. 2007. Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. 32, 1719-1727.

- OUIMETTE, P., GOODWIN, E. & BROWN, P. J. J. A. B. 2006. Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. 31, 1415-1423.
- OUIMETTE, P. C., AHRENS, C., MOOS, R. H. & FINNEY, J. W. J. P. O. A. B. 1997. Posttraumatic stress disorder in substance abuse patients: Relationship to 1-year posttreatment outcomes. 11, 34.
- OUIMETTE, P. C., BROWN, P. J. & NAJAVITS, L. M. J. A. B. 1998. Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. 23, 785-795.
- OUIMETTE, P. C., FINNEY, J. W. & MOOS, R. H. J. P. O. A. B. 1999. Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. 13, 105.
- OVERALL, J. E. & GORHAM, D. R. J. P. R. 1962. The brief psychiatric rating scale. 10, 799-812.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L. & WEISS, D. S. J. P. B. 2003. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. 129, 52.
- ÖGEL, B. 1978. *Türk kültür tarihine giriş: Türklerde köy ve şehir hayatı. : Göktürklerden Osmanlılara*, Kültür Bakanlığı.
- ÖGEL, K. 2010. *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*, istanbul, Yeniden Yayınları.
- ÖGEL, K. & EROL, B. J. İ. M. K. Y. 2005. *Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı*.
- ÖGEL, K., EVREN, C., KARADAĞ, F. & GÜROL, T. J. T. P. D. 2012. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. 23, 264-273.
- ÖGEL, K., TAMAR, D., EVREN, C., SİR, A. & PSIKIYATRI, A. J. P. P. P. D. E. S. 1999. *Madde kullanımı ve suç*.
- ÖGEL, K., TAMAR, D., KARALI, A. & ÇAKMAK, D. J. İ., AMATEM, BAKIRKÖY RUH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESİ 1998. *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları El Kitabı*.

- ÖGEL, K. J. İ., IQ KÜLTÜR SANAT YAYINCILIK 2002. Bağımlılığı önleme anne-babalar-öğretmenler için kılavuz.
- ÖNCÜ, F., ÖGEL, K. & ÇAKMAK, D. A. J. B. D. 2001. Kültürü-1: Tarihsel süreç ve meyhane kültürü. 2, 133-8.
- ÖNER, N. & LECOMPTE, W. A. 1985. *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- ÖZ, B. & ALKEVLI, A. J. S. Ü. S. B. E. D. 2018. Öğrencilerin Madde Kullanımı ve Bağımlılığında Etkili Olan Faktörlere Bakışının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi: Çukurova Üniversitesi Örneği. 29-43.
- ÖZGEN, F. & AYDIN, H. 1999. Posttraumatic Stress Disorder. 2, 34-41.
- ÖZTEN, E. & SAYAR, G. H. J. P. G. Y. 2015. Eşik altı travma sonrası stres bozukluğu. 7, 348-355.
- ÖZTÜRK, M. O. & ULUŞAHİN, A. 2008. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Nobel Tıp.
- PELES, E., POTIK, D., SCHREIBER, S., BLOCH, M. & ADELSON, M. J. E. N. 2012. Psychiatric comorbidity of patients on methadone maintenance treatment with a history of sexual abuse. 22, 883-891.
- PELISSIER, B. J. A. J. O. P. H. 2004. Gender differences in substance use treatment entry and retention among prisoners with substance use histories. 94, 1418-1424.
- PORTER, S. J. S. M. B. 1994. Assault experiences among drug users. 8, 1-2.
- PUMARIEGA, A. J., BURAKGAZI, H., UNLU, A., PRAJAPATI, P. & DALKILIC, A. J. K. P. B.-B. O. C. P. 2014. Substance abuse: risk factors for Turkish youth. 24, 5-14.
- READ, J. P., BROWN, P. J. & KAHLER, C. W. J. A. B. 2004. Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. 29, 1665-1672.
- REDMOND JR, D. & HUANG, Y. J. L. S. 1979. II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. 25, 2149-2162.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L. & GOODWIN, F. K. J. J. 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. 264, 2511-2518.

- RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., DANSKY, B. S., SAUNDERS, B. E., BEST, C. L. J. J. O. C. & PSYCHOLOGY, C. 1993. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. 61, 984.
- RESNICK, H. S., YEHUDA, R., PITMAN, R. K. & FOY, D. W. J. T. A. J. O. P. 1995. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape.
- RESNICK, M. D., BEARMAN, P. S., BLUM, R. W., BAUMAN, K. E., HARRIS, K. M., JONES, J., TABOR, J., BEUHRING, T., SIEVING, R. E. & SHEW, M. J. J. 1997. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. 278, 823-832.
- RESSLER, K. J., MERCER, K. B., BRADLEY, B., JOVANOVIĆ, T., MAHAN, A., KERLEY, K., NORRHOLM, S. D., KILARU, V., SMITH, A. K. & MYERS, A. J. J. N. 2011. Post-traumatic stress disorder is associated with PACAP and the PAC1 receptor. 470, 492.
- REYNOLDS, M., MEZEY, G., CHAPMAN, M., WHEELER, M., DRUMMOND, C., BALDACCHINO, A. J. D. & DEPENDENCE, A. 2005. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. 77, 251-258.
- RICE, C., MOHR, C. D., DEL BOCA, F. K., MATTSON, M. E., YOUNG, L., BRADY, K. & NICKLESS, C. J. J. O. S. O. A. 2001. Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. 62, 114-123.
- RIES, R. K., FIELLIN, D. A., MILLER, S. C. & SAITZ, R. 2014. *The ASAM principles of addiction medicine*, Lippincott Williams & Wilkins.
- ROY, A. J. A. P. S. 2004. Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. 109, 121-125.
- ROY, A. J. P. R. 2003. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. 121, 99-103.
- SAATÇIOĞLU, Ö., YAPICI, A., CİĞERLİ, G., ÜNEY, R. & ÇAKMAK, D. J. B. D. 2007. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. 8, 133-137.

- SADOCK, B. J., SADOCK, V. A. & KAPLAN, H. I. 2009. *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins.
- SADOCK, B. J., SADOCK, V. A. & RUIZ, P. 2016. *Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*, Güneş tıp kitabevi
- SANDAHL, C. J. I. J. O. T. A. 1984. Determinants of relapse among alcoholics: a cross-cultural replication study. 19, 833-848.
- SAREEN, J. J. T. C. J. O. P. 2014. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. 59, 460-467.
- SAUNDERS, B. & ALLSOP, S. J. B. J. O. A. 1987. Relapse: A psychological perspective.
- SELYE, H. J. A. J. O. P. 1956. Stress and psychiatry. 113, 423-427.
- SERIN, R. C. & KENNEDY, S. 1997. *Treatment readiness and responsivity: Contributing to effective correctional programming*, Correctional Service Canada, Corporate Development, Research Branch.
- SIMKIN, D. R. J. P. C. O. N. A. 2002. Adolescent substance use disorders and comorbidity. 49, 463-477.
- SIMPSON, D. D., JOE, G. W., ROWAN-SZAL, G. & GREENER, J. J. J. O. S. A. 1995. Client engagement and change during drug abuse treatment. 7, 117-134.
- SOMER, E. J. D., DSM-V, T. D. D. & BEYOND 2009. Opioid use disorder and dissociation. 637-652.
- SOUTHWICK, S. M., MORGAN, C., DARNELL, A., BREMNER, D., NICOLAOU, A. L., NAGY, L. M. & CHARNEY, D. S. J. T. A. J. O. P. 1995. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up.
- SOYKAN AYSEV, A. & IŞIK TANER, Y. J. İ. B. 2007. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 373-381.
- SOYKAN, C. J. M. T., ORTADOĞU TEKNİK ÜNİVERSİTESİ, ANKARA 1989. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment.
- SÖZLÜK, B. L. 1986. Ansiklopedisi.(1986). 1. cilt. İstanbul.

- SPIELBERGER, C. D. J. S.-E. Q. 1970. STAI manual for the state-trait anxiety inventory. 1-24.
- STEINBERG, L. D. & ÇOK, F. 2007. *Ergenlik*, İmge Kitabevi Yayınları.
- STEWART, J. J. A. J. O. A. 2003. Stress and relapse to drug seeking: studies in laboratory animals shed light on mechanisms and sources of long-term vulnerability. 12, 1-17.
- STEWART, S. H. & CONROD, P. J. 2003. Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder.
- STEWART, S. H., PIHL, R. O., CONROD, P. J. & DONGIER, M. J. A. B. 1998. Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. 23, 797-812.
- STROWIG, A. B. J. J. O. S. A. T. 2000. Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction: the prominence of depressed mood. 19, 469-474.
- ŞAHINER, Ü., YURDAKÖK, K., KAVAK, U. & ÇETIN, İ. J. K. P. D. 2001. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. 22, 276-285.
- ŞAR, V. 2002. *Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TEQ)* [Online]. Available: <https://www.vedatsar.com/psikiyatrik-olcekler/> [Accessed].
- T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI, E. G. M., NARKOTİK SUÇLARLA MÜCADELE DAİRE BAŞKANLIĞI 2018. TÜRKİYE'DE GENEL NÜFUSTA TÛTÛN ALKOL VE MADDE KULLANIMINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞ ARAŞTIRMASI RAPORU. Ankara.
- TANER, Y. & GÖKLER, B. J. A. M. 2004. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. 35, 82-86.
- TAPLIN, C., SADDICHHA, S., LI, K., KRAUSZ, M. R. J. S. U. & MISUSE 2014. Family history of alcohol and drug abuse, childhood trauma, and age of first drug injection. 49, 1311-1316.
- TIRIŞKANA, M., ONNARB, N., ÇETINC, Y. A. & CÖMERTD, I. T. J. A. T. T. J. O. A. 2015. Madde bağımlılığında nüksü önlemede bilinçli farkındalığın önemi: Bir derleme çalışması. 2, 123-142.

- TRIFFLEMAN, E. G., MARMAR, C. R., DELUCCHI, K. L., RONFELDT, H. J. J. O. N. & DISEASE, M. 1995. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients.
- TRUE, W. R., RICE, J., EISEN, S. A., HEATH, A. C., GOLDBERG, J., LYONS, M. J. & NOWAK, J. J. A. O. G. P. 1993. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. 50, 257-264.
- TURAL, U., AKER, T., ONDER, E., YUKSEL, G., KILIC, C., OZTEN, E. & CERIT, C. PTSD and comorbid depression after the marmara earthquake; An epidemiological study. Annual Meeting of Disaster Psychiatry Outreach, Miami. 4th International Congress of Disaster Psychiatry. Approaches to disaster psychiatry: Good science or good intentions, 2004.
- ULAŞ, H., BINBAY, T., KIRLI, U., ELBI, H., ALPTEKIN, K. J. S. P. & EPIDEMIOLOGY, P. 2017. The epidemiology of alcohol use in Izmir, Turkey: drinking pattern, impairment and help-seeking. 52, 887-899.
- UMUT, G., EVREN, C. & UNAL, G. T. J. A. J. O. P. 2017. Could childhood trauma types predict the relapse in alcohol use disorder? 100, 253.
- UNIT, W. H. O. M. O. S. A. 2014. *Global status report on alcohol and health, 2014*, World Health Organization.
- VAN DAM, D., EHRING, T., VEDEL, E. & EMMELKAMP, P. M. J. J. O. S. A. T. 2010. Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire (PC-PTSD) in civilian substance use disorder patients. 39, 105-113.
- VAN VOORHIS, P. 2009. An overview of offender classification systems.
- WEISS, D. & MARMAR, C. J. N. Y., GUILFORD 1997. The Impact of Event Scale-revised. Assessing psychological trauma and PTSD. 399-411.
- WESTERMEYER, J., WAHMANHOLM, K. & THURAS, P. J. A. J. O. A. 2001. Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. 10, 101-110.
- WITKIEWITZ, K., MARLATT, G. A. & WALKER, D. J. J. O. C. P. 2005. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. 19, 211-228.

- WU, L.-T., SWARTZ, M. S., WU, Z., MANNELLI, P., YANG, C. & BLAZER, D. G. J. A. O. E. M. 2012. Alcohol and drug use disorders among adults in emergency department settings in the United States. 60, 172-180. e5.
- YANIK, M. & ÖZMEN, M. J. A. P. D. 2002. Psikiyatri poliklinigine basvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yasantilari ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasindaki iliski/The relationship of childhood abuse/neglect to suicide, selfmutilative behavior, and dissociative experience in the psychiatry outpatients. 3, 140.
- YARGIC, L. I., TUTKUN, H. & SAR, V. J. D. P. I. T. D. D. 1995. Reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale.
- YAZICI, M., DEMIR, B., TANRIVERDI, N., KARAAĞAOĞLU, E. & YOLAÇ, P. J. T. P. D. 1998. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. 9, 114-117.
- YEHUDA, R., LOWY, M. T., SOUTHWICK, S. M., SHAFFER, D. & GILLER, E. L. J. T. A. J. O. P. 1991. Lymphocyte glucocorticoid receptor number in posttraumatic stress disorder.
- YENER, Ö. J. T. J. O. S. S. 2017. PSİKOLOJİK TRAVMANIN İNSANLIK KADAR ESKİ TARİHİ. 3, 362-375.
- ZAT, V. 1994. *Adabıyla rakı ve çilingir sofrası*, İletişim.
- ZATZICK, D. F., JURKOVICH, G. J., FAN, M.-Y., GROSSMAN, D., RUSSO, J., KATON, W., RIVARA, F. P. J. A. O. P. & MEDICINE, A. 2008. Association between posttraumatic stress and depressive symptoms and functional outcomes in adolescents followed up longitudinally after injury hospitalization. 162, 642-648.
- ZATZICK, D. F., RUSSO, J., PITMAN, R. K., RIVARA, F., JURKOVICH, G. & ROY-BYRNE, P. J. B. P. 2005. Reevaluating the association between emergency department heart rate and the development of posttraumatic stress disorder: A public health approach. 57, 91-95.
- ZAYFERT, C., BECKER, C. B., UNGER, D. L. & SHEARER, D. K. J. J. O. T. S. 2002. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. 15, 31-38.

ZORLU, N., TÜRK, H., MANAVGAT, A. İ., KARADAS, B. & GÜLSEREN, S. J.
A. P. D. 2011. Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi/Retrospective studying of sociodemographic, clinical characteristics and extent of alcohol use disorder among patients applied by probation. 12, 253.



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ebru Mercandağı
Doğum yeri ve tarihi: Ankara - 1991
Uyruğu: T.C.
Medeni durumu: Evli
İletişim adresi: ebrtrkr@gmail.com
Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2009-2015 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
2016-2018 Sütçü İmam Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD, Arş. Gör.
2018-2020 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD, Arş. Gör.

III- Ünvanları

2016-2020 Araştırma Görevlisi

IV- Mesleki Deneyimi

2015-2016 Şırnak Cizre Toplum Sağlığı Merkezi, Dr

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği
EMDR Derneği
Bağlamsal Bilimler ve Psikoterapiler Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Orhan, F.Ö., et al., *Serum levels of GPER-1 in euthymic bipolar patients*. 2018. **14**: p. 855. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy In a Patient With Alcohol Use Disorder (AUD) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Case Report, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2018

VII- Bilimsel Etkinlikleri

19-22.04.17 21. Klinik Eğitim Sempozyumu

18-1.04.19 11. Klinik Psikofarmakoloji Kongresi

VIII- Diğer Bilgiler

Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi


Kabul ve Kararlılık Terapisi Eğitimi


EMDR Terapi Eğitimi

EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/01/2019-E.1257



**T.C.**
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

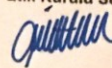
Sayı : 71522473/050.01.04/18
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 16.01.2019 tarihli 18 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Travma Belirtileri ve İlişkili Etmenler" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.





Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkan

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.


Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
30.01.2019.

Evrak Doğrulama İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6P4SN9V>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:254 295 6630, Faks:254 295 6629
E-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ : www.tip.sakarya.edu.tr

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu	
1. Ad Soyadı:	10. Gelir düzeyiniz nedir ? a) 500 tl' nin altında b) 500 ile 1000 tl arasında c) 1000-1500 tl arası d) 2000 tl ve üzeri
2. Yaşınız?	11. Bir işte çalıştınız mı? a) Düzenli çalışıyorum b) Yarı zamanlı çalışıyorum c) Çalışmıyorum d) Daha önce düzenli çalıştım e) Hiç çalışmadım f) Öğrenci
3. Cinsiyet a) erkek b) kadın	12. çalışıyorsanız çalışmakta olduğunuz birim\ ünite.....lütfen belirtiniz
4. Medeni Durumunuz: a) evli b) bekar c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor e) dul	13. meslekte çalıştığınız süre nedir? a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası c) 5-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri
5. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız? a) yalnız b) sadece eşinizle c) eş ve çocuklar d) anne ve baba e)diğer	14. sigara kullanıyor musunuz? a) evet b) hayır
6. Eğitim düzeyiniz? a) İlköğretim b) Lise c) yüksek okul veya üniversite d) diğer..	15. kronik fiziksel/ruhsal bir hastalığınız var mı? a) evet ise lütfen belirtiniz..... b) hayır
7. Doğum yeri : a)kırsal b)kentsel	16. İntihar girişimi: a) Yok b) Var
8. Şu an yaşadığınız yer? a) köy b) kasaba c) şehir d) diğer..... belirtiniz	
9. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer? a) köy b) kasaba c) şehir d) diğer..... belirtiniz	

Bundan sonraki maddeler sadece hastalar için:
17. Madde kullanım sıklığı: a) haftada 1 den az b) haftada 1 kez c) haftada 2 ve üzeri d) her gün
18. Son 1 hafta içinde madde kullanımı var mı?
19. Şu an kullandığı maddeler:
20. Madde kullanmaya başlama yaşı :
21. Madde kullanımının olduğu toplam süre :
22. Madde kullanımı için harcanan aylık ortalama para miktarı :
23. Travma karşılaştıktan (maruz kaldıktan sonra) aşağıdakilerden her hangi biri oldu mu ? a) Kısa bir süre sonra benzer ya da farklı bir maddeye, alkole başlama b) Kullandığı maddenin dozunu ve sıklığını artırma c) Alkol ve Madde kullanma isteğinde artış d) Ek başka maddelere ve ay alkole yönelme e) Sık olarak acile gidip sakinleştirici ilaç kullanma f) Yüksek alkol madde doz kullanıp zehirlenme (acile götürülme-yoğun bakım tedavisi görme) g) Yüksek doz madde kullanıp kendisine çevreye zarar verme
24. Soru 23'teki belirtiler travma ile karşılaştıktan ne kadar süre sonra başladı? a) ilk 2 hafta b) 2-4 hafta c) 4-8 hafta d) 8 haftadan sonra

EK-3: Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R)

OLAY ETKİ ÖLÇEĞİ – DEĞİŞTİRİLMİŞ/GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ

Yönergeler: Aşağıda insanların bazen stres dolu olaylardan sonra yaşadıkları zorlukların listesi bulunmaktadır. Lütfen bir maddeyi **güçsüz** ve sonra SON YEDİ GÜN BOYUNCA her zorluğun sizin için ne kadar sıkıntı/rahatsızlık verici olduğunu aşağıdaki cümleye

önce belirtin: -----, bu zorluklardan ne kadar rahatsız oldunuz ya da zarar gördünüz?



1.	Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor.
2.	Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor.
3.	Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.
4.	Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.
5.	Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum.
6.	İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum.
7.	Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum.
8.	Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum.
9.	Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor.
10.	Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum.
11.	Olayı düşünmemeye çalışıyorum.
12.	Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve bunları çözmeye çalışmıyorum.
13.	Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi halsizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum.
14.	Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.
15.	Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.
16.	Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar.
17.	Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum.
18.	Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum.
19.	Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda, terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum.
20.	Olayla ilgili rüyalar görüyorum.
21.	Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.
22.	Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum.

KAYNAK

Çorapçıoğlu A., Yargıç İ., Gevran P., Kocabaşoğlu N. (2006). Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *New/Yeni Symposium Journal*; 44(1)

EK-4: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|---|---|
| 1. Depresif ruh hali
(keder, ürümsüzlük, çaresizlik,
değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca soruların cevapları olarak anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duygulan | 0. Yok
1. Kendi kendini kaniyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk bezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyarısı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. |

Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği

	4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)	0. Düşünceleri ve konuşması normal. 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor 4. Tam stuporda.
9. Ajitasyon	0. Yok. 1. Ellerini oynuyor, saçlarını çeliştiriyor. 2. Elini ovuşturuyor, tımak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
10. Psikik anksiyete	0. Herhangi bir sorun yok. 1. Subjektif gerilim ve irritabilite. 2. Küçük şeylere üzülüyor. 3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
11. Somatik anksiyete	0. Yok. <i>Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:</i> 1. Hafif <i>Gastrointestinal:</i> Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme 2. İlimli 3. Şiddetli <i>Kardiyovasküler:</i> Palpitasyon, baş ağrısı 4. Çok şiddetli <i>Solumuyla ilgili:</i> Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma Terleme
12. Somatik semptomlar Gastrointestinal	0. Yok. 1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13. Somatik semptomlar Genel	0. Yok. 1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin şikâyet 2 puanla değerlendirilir.
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	0. Yok. 1. Hafif. 2. Şiddetli. 3. Anlaşılmadı.
15. Hipokondriyalık	0. Yok. 1. Kuruntulu 2. Akılını sağlık konularına takmış durumda. 3. Sık sık şikâyet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriyalık delüzyonları.
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0. Kilo kaybı yok. 1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

17. Durumu hakkında görüşü
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iktime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.
-

EK-5: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kısıtlı kapasite durumuna getirebilir)

Birini İşaretleyin

1. ANKSİYETELİ MİZAJ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleme, irritablite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MİZAJ: İlgisi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, dış gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, kanncalanma durumu.	0	1	2	3	4
9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüs ağrıları, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoliler.	0	1	2	3	4

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüsle baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyulan, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, tshal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık tşeme, amenore, menoraji, fibrjitle gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gertim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerde duramama, huzursuzluk veya gezirme, ellerde titremeler, alında kırmıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı solama, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupililer, egzofalmus.	0	1	2	3	4
TOPLAM:	PSİŞİK:	SOMATİK			
	(1,2,3,5,6)	(4,7,8,9,10,11,12,13)			

Değerlendiren Dr:

EK-6: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS)

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0=yok, 1=çok hafif, 2=hafif, 3=orta, 4=orta-şiddetli, 5=şiddetli, 6=aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıklardan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksyonun kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: Korfü, kopuk, bağlantısız dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik ve motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESSİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkalarına karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret.	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUVAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyarıcı olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkiselikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK-7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinde değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken, yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

Psiyatriide Kullanılan Klinik Ölçekler

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşımda duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikâh ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi, yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

19. Bazı insanlar, ağız hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı, yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı, yoksa sadece atmaya düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içerisinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 % 100

EK-8: Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sınırlarım gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pıçmarlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklenden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sınırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dörmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluluk Kaygı Puanı:

STAI FORM TX-2

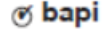
YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlanm.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırm.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluym.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Silentli ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüznü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı:

EK-9: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılık Profil İndeksi



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkla işaretleyin.

- I . Adınız soyadınız (.....)
- II . Doğum tarihiniz (.....)
- III . Cinsiyetiniz?
 Kadın Erkek
- IV . Eğitiminiz?
 Okur yazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Liseyi bitirmiş Üniversiteyi bitirmiş
- V . Medeni durumunuz?
 Evli Bekar Ayrı Boşanmış Dul Diğer
- VI . Çocuğunuz var mı?
 Evet Hayır
- VII . Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?
 Evet Hayır

Son BİR yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-3 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 . Alkol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 . Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 . Ecstasy (Ekstazi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 . Eroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 . Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 . Taş (krak kokain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 . Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 . Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 . Çeşitli haplar (akineton, lantum, xanax vb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 . Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 . Diğer (LSD, GHB vb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

"[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" yerine alkol içiyorsanız "Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" veya esrar içiyorsanız "Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" biçiminde okuyun.

12 . [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz?
(örneğin film kopması, ağız doz alma, kontrol kaybı vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
○ ○ ○ ○ ○

VIII . [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
○ ○ ○ ○ ○

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13 . Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı?
(örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
○ ○ ○ ○ ○

14 . Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?
(örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
○ ○ ○ ○ ○

15 . Kullandığınız [maddeyi] kestiginizde veya azaltığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?
(örneğin uykusuzluk, tefome, sinirlilik, huzursuzluk, strese vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
○ ○ ○ ○ ○

16 . Kullandığınız [maddeyi] kestiginizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
○ ○ ○ ○ ○

17 . [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz?
(örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
○ ○ ○ ○ ○

18 . Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

19 . [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu?

(Örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

20 . [Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?

(Örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb.)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE AŞAĞIDAKİLERİN NE SIKLIKTA OLDUĞUNU BELİRLİTİZ

21 . [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

22 . [Madde] kullanmak eğitimi/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

23 . [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

24 . [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

25 . [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

Bağımlılık Profil İndeksi

26 . [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

27 . [Madde] kullanmak başınızda deride soktu mu?
(örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-göbelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

28 . [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamınıza neden oldu mu?
(örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaçırmak, karakola düşmek vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

29 . Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

30 . [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

31 . Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 . Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

33 . Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Nerodoyse her zaman

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

34 . [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?
Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

35 . [Madde] kullanımının sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?
Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

36 . [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?
Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

37 . [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?
Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

EK-10: Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)

Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)

Aşağıdaki ifadeleri lütfen dikkatlice okuyun. Her biri madde kullanımınızla ilgili hissedebileceğiniz (ya da hissetmeyebileceğiniz) durumları tanımlıyor. Her ifade için şu anda ne kadar katıldığınızı, ya da katılmadığınızı 1 den 5' e kadar bir sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. /

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmeyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Madde kullanmamla ilgili gerçekten değişiklik yapmak istiyorum.	1	2	3	4	5
2. Bazen ben madde bağımlısı mıyım diye merak ediyorum.	1	2	3	4	5
3. Eğer yakın zamanda madde kullanmamı değiştirmezsem sorunlarım giderek kötüleşecek.	1	2	3	4	5
4. Bazen madde kullanmamın diğer insanlara zarar verip vermediğini merak ediyorum.	1	2	3	4	5
5. Ben sorunlu bir madde kullanıcısıyım.	1	2	3	4	5
6. Madde kullanmamı pahasızına değiştirdim ve eski alışkanlığuma geri dönmek için yollar arıyorum.	1	2	3	4	5
7. Madde kullanmakla ilgili ciddi sorunum var.	1	2	3	4	5
8. Bazen madde kullanmamı kontrol edebiliyor muyum diye merak ediyorum.	1	2	3	4	5
9. Madde kullanmam birçok zarara yol açıyor.	1	2	3	4	5
10. Madde kullanmayı azaltmak ya da kesmek için şimdi aktif olarak bir şeyler yapıyorum.	1	2	3	4	5
11. Daha önce sahip olduğum madde kullanma sorunlarımı geri dönmek istemiyorum.	1	2	3	4	5
12. Madde kullanma sorunum olduğunu biliyorum.	1	2	3	4	5
13. Maddeyi çok fazla mı kullanıyorum diye merak ettiğim zamanlar olur.	1	2	3	4	5
14. Ben bir madde bağımlısıyım.	1	2	3	4	5
15. Madde kullanmamı değiştirmek için çok fazla çalışıyorum.	1	2	3	4	5
16. Madde kullanmamda bazı değişiklikler yaptım ve eskisi gibi içmeye geri dönmek için yardım istiyorum.	1	2	3	4	5

EK-11: Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ)

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden ,2001
© Türkçe Versiyon: Vedat Şar, 2002

TRAVMATİK YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (T. E. C.)

İnsanların başından geçen ileri derecede üzücü ve sarsıcı yaşantılara TRAVMA adı verilmektedir. Aşağıdaki listede sizin de başınıza gelmiş olabilecek bazı travma yaşantıları sorulmaktadır. Sorularda üç şey üzerinde durulmaktadır: Olay başınızdan geçmiş midir? Olay sırasında kaç yaşındaydınız? Olay sizi ruhsal bakımdan ne kadar etkilemiştir?

A) Sorulan 29 çeşit olaydan her biri için başınızdan geçip geçmediğini EVET ya da HAYIR cevabını daire içine alarak işaretleyiniz.

B) EVET cevabını verdiğimiz her soruda olay sırasında kaç yaşında olduğunuzu yazınız. Olay bir kereden fazla oldu ise her defasında kaç yaşında olduğunuzu belirtiniz. Eğer olay bir yıldan fazla sürdü ise belirtiniz (örneğin 7 ile 12 yaş arası) biçiminde yazınız.

C) Başınızdan geçen her bir olayın üzerinizdeki ruhsal ETKİSİNİ (uygun düşen rakamı daire içersine alarak) belirtiniz.

- 1 = hiç etkilemedi
- 2 = biraz etkiledi
- 3 = orta derecede etkiledi
- 4 = çok etkiledi
- 5 = ileri derecede etkiledi

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

	Başınıza geldi mi?	Kaç yaşında?	Etkilenme
1. Çocukluğunuzda anababanıza ya da kardeşlerinize bakmak zorunda olmak	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
2. Ailenizde problemler olması (örneğin ana ya da babanızda alkolizm ya da ruhsal problem olması, fakirlik)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
3. SİZ ÇOCUKKEN aile bireylerinden birinin ölümü (kardeş ya da anababa)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
4. ERİŞKİNLİĞİNİZDE aile bireylerinden birinin (çocuk ya da eş) ölümü	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
5. Vücutça ağır yaralanma (örneğin kol ya da bacak kaybı, ağır yanık)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
6. Hastalık, ameliyat ya da kaza nedeniyle hayati tehlike geçirme	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
7. Anababanızın boşanması	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
8. Kendinizin boşanması	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
9. Birisinin sizi ölümle tehdit etmesi (örneğin gasp sırasında)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
10. Şiddetli ağrı çekme (örneğin yaralanma ya da ameliyat nedeni ile),	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5
11. Savaş koşullarında yaşanan olumsuz olaylar (örneğin esir düşme, yakınların ölümü, mahrumiyet, yaralanma)	Hayır Evet	.....	1 2 3 4 5

12. İkinci kuşak olarak savaşın etkilerine maruz kalma (Anababa ya da yakın akrabalarınızın başına savaş koşullarında kötü olaylar gelmiş olması)	Hayır Evet	.....	1	2	3	4	5
13. Başkasının travmaya uğramasına tanık olma.	Hayır Evet	.....		1	2	3	4 5
14. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin yalnız bırakılma, yetersiz sevgi görme)	Hayır Evet	.....		1	2	3	4 5
15. Diğer aile bireyleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba)	Hayır Evet	.....		1	2	3	4 5
16. Aileniz dışındaki kişiler tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler).	Hayır Evet	.....		1	2	3	4 5
17. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından duygusal tacize uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	Hayır Evet	.....		1	2	3	4 5
18. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	Hayır Evet	.....		1	2	3	4 5
19. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	Hayır Evet	.....		1	2	3	4 5

20. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız) Hayır Evet 1 2 3 4 5
21. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız) Hayır Evet 1 2 3 4 5
22. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler) tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız) Hayır Evet 1 2 3 4 5
23. Size çok ağır cezalar verilmesi
Cevabınız evet ise bu nasıl bir cezaydı, açıklayınız.
.....
.....
24. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması) Hayır Evet 1 2 3 4 5
25. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması) Hayır Evet 1 2 3 4 5
26. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması) Hayır Evet 1 2 3 4 5

27. Anababa ya da kardeşler tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinseldavranışlar) Hayır Evet 1 2 3 4 5
28. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temasya da dokunmamnolduğu istenmeyen cinsel davranışlar) Hayır Evet 1 2 3 4 5
29. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, öğretmenler) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar) Hayır Evet 1 2 3 4 5
30. Eğer taciz ya da istismara uğradıysanız, bunları kaç kişi yapt?
- A) Duygusal istismar (14-19 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
Kişi sayısı:
- B) Bedensel istismar (20-23 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
Kişi sayısı:.....
- C) Cinsel taciz (24-26) arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
Kişi sayısı:
- D) Cinsel istismar (27-29 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).
Kişi sayısı:

31. Önceki soruda (30. soru) sözünü ettiğiniz her bir kişi sizin neyiniz oluyordu, belirtiniz. (örneğin, baba, erkek kardeş, arkadaş, öğretmen, yabancı, v.b.). Eğer bu kişi sizden en az 4 yaş büyük idiyse yanına (+) işaret koyunuz. Aksi halde (-) olarak işaretleyiniz.

Örneğin arkadaş (-) ya da amca (+) gibi,

- A) Duygusal ihmal
- B) Duygusal istismar
- C) Bedensel istismar
- D) Cinsel taciz
- E) Cinsel istismar

32. Sizi etkilemiş olan BAŞKA travma (ileri derecede üzücü olay) yaşadınız varsa onları da belirtiniz.

.....

.....

.....

33. 1 ve 29 arasındaki sorulardan herhangi birine EVET cevabı verdiyseniz, söz konusu olaydan sonra ne kadar destek gördünüz? (Sorunun numarasını ve desteğin düzeyini belirtiniz)

Soru numarası

Destek (0= Yok, 1= Biraz, 2= Çok)

.....

.....

.....

.....