



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU OLANLARDA BAĞIMLILIK
PROFİLİNİN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR, ALGILANAN
EBEVEYN TUTUMU VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE
İLİŞKİSİ

Dr. Rukiye Demirbaş

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2022



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAğCILAR EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ

OPIOİD KULLANIM BOZUKLUğU OLANLARDA BAğIMLILIK
PROFİLİNİN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ şEMALAR, ALGILANAN
EBEVEYN TUTUMU VE çOCUKLUK şAğI TRAVMALARI İLE
İLİşKİSİ

Dr. Rukiye Demirbaş

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ramazan Konkan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2022

TEŞEKKÜR

Asistanlık hayatımın her aşamasında olduğu gibi tez yazım sürecimde de desteğini hissettiren, odasına ne zaman gitsem sakinliğiyle ve sabrıyla karşılayan, bilgi ve tecrübesiyle her daim yol gösterici davranan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ramazan Konkan'a,

Her konuda asistanlarına yardımcı olmaya çalışan, eğitimimizi kendine dert edinen, uzun hasta vizitleriyle çok yönlü bakış açısını kendime örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Hasan Belli'ye,

Mesleki gelişimimizi daima destekleyen, klinik yaklaşımlarıyla asistanlarına örnek olan değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Solmaz'a,

Kısa süre de olsa asistanı olma şansını yakaladığım, mesleki bilgi ve tecrübelerini paylaşma konusunda hep istekli davranan, her sıkıntımızı önemseyerek dinleyip yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Cenk Ural'a,

Başta tezim için hasta toplamama fırsat tanıyan Prof. Dr. Ekrem Cüneyt Evren olmak üzere, rotasyonlarım sürecinde tanıştığım, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm hocalarıma, uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma ve diğer klinik çalışanlarına,

Asistanlık hayatımı güzelleştiren, hiçbir konuda desteklerini esirgemeyen, iş arkadaşlığının ötesinde dostum olan çiçeği burnunda uzmanlarım Selin ve Seda'ya,

Huzurlu bir asistan ortamında keyifle çalıştığım hepsi birbirinden değerli arkadaşlarım Erdem, İrem, Hüseyin, Hasan, Hande, Behice, Talha, Beyza, Berk ve Ali Rıza'ya,

Psikiyatri kliniğinin kıymetlileri hemşire, psikolog, sekreter ve personel tüm ekip arkadaşlarıma,

Beni sevgiyle ve şefkatli bakışlarıyla büyüten, ben eksik hissetmeyeyim diye her türlü fedakarlıkta bulunan canım annem başta olmak üzere tüm aileme ve kan bağının önemi yokmuş dedirten sevgi dolu yeni aileme,

Hayatımda var olduğu için her anımı güzel kılan, her duyguyu yaşamaktan mutluluk duyduğum, kendisiyle büyümeye ve gelişmeye devam ettiğim, her zorlukta olduğu gibi tez sürecimde de elinden gelen yardımı seve seve yaparak hayatı kolaylaştıran, bana her zaman umut veren çok değerli sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Opioidlerin Sınıflandırılması	5
2.1.3. Opioid Reseptörleri ve Etkileri	6
2.1.4. Opioid Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	8
2.1.5. Opioid Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi	10
2.1.6. Etiyoloji.....	11
2.1.7. Opioid Kullanım Bozukluğunun Tedavisi	14
1. Detoksifikasyon (Arındırma) tedavileri:	14
2. Sürdürüm (İdame) tedavileri:	15
2.2. ŞEMA TERAPİ MODELİ.....	18
2.2.1. Temel Duygusal İhtiyaçlar.....	20
2.2.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	21
1. Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı:	22
2. Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma Alanı:.....	23
3. Zedelenmiş Sınırlar Alanı:	24
4. Diğer Yönelimlilik Alanı:	25
5. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Alanı:	26
2.2.3. Algılanan Ebeveyn Tutumları.....	27
2.2.4. Şema Teorisi Bakışıyla Opioid Kullanım Bozukluğu.....	29
2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	32
2.3.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Opioid Kullanım Bozukluğuna Etkisi	33

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	35
3.1. ÖRNEKLEM	35
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.2.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)	37
3.2.3. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ)	37
3.2.4. Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ)	38
3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	39
3.2.6. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği	40
3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	41
4.2. KATILIMCILARIN YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ, YOUNG EBEVEYNLİK ÖLÇEĞİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	45
4.3. KORELASYON ANALİZLERİ.....	49
4.4. REGRESYON ANALİZİ	53
5. TARTIŞMA	55
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLER.....	55
5.2. KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	59
5.2.1. Uyumsuz Şema Alanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
5.2.2. Algılanan Ebeveyn Tutumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
5.3. KORELASYON ANALİZLERİ.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. KAYNAKLAR	76

ÖZET

OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU OLANLARDA BAĞIMLILIK PROFİLİNİN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR, ALGILANAN EBEVEYN TUTUMU VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ

AMAÇ: Opioid kullanım bozukluğu, yaygınlığı giderek artan ve olumsuz sonuçları ile dikkat çeken bir sorundur. Bu yüzden, opioid kullanım bozukluğunun gelişiminde ve tedavi sonuçlarında önemli rol oynayan faktörler aydınlatılmaya çalışılmaktadır. Çalışmamızda, opioid kullanım bozukluğu olan hastaları erken dönem uyum bozucu şemalar, algılanan ebeveyn tutumu ve çocukluk çağı travmaları açısından sağlıklı grupla karşılaştırmayı ve bu değişkenlerin bağımlılık profili üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi polikliniğine başvuran opioid kullanım bozukluğu tanılı 81 hasta (71 erkek, 10 kadın) ve madde kullanım öyküsü olmayan 81 sağlıklı katılımcı (71 erkek, 10 kadın) dahil edildi. Sağlıklı grup yaş, cinsiyet, eğitim durumu olarak hasta grubu ile eşleştirilmiş kişilerden seçildi. Veri toplama aracı olarak her iki gruba Olgu Rapor Formu, Young Şema Ölçeği Kısa Form-3, Young Ebeveynlik Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve hasta grubuna ayrıca Bağımlılık Profil İndeksi öz bildirim formu uygulandı. Analizlerin değerlendirilmesinde IBM 26.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların tüm şema alanlarında kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı ve 14 şema alanının 11'inde (onay arayıcılık, kendini feda ve yüksek standartlar hariç) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı. Hasta grubunun hem annelerine hem babalarına yönelik algıladığı ebeveyn tutumları kontrol grubuna göre birçok alt boyutta anlamlı farklılık gösterdi. Hasta grubunun çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal travma boyutları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Hastaların bağımlılık profili incelendiğinde %12,3'ü düşük, %39,5'i orta, %48,1'i yüksek seviyede bağımlı bulundu. Bağımlılık şiddetinin bazı şema alanlarıyla ve ebeveyn tutumlarının bazı

boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu; çocukluk çağı travmaları ile anlamlı sevide ilişkili olmadığı saptandı.

SONUÇ: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna kıyasla daha belirgin uyumsuz şema alanlarına sahip olduklarını, ebeveyn tutumlarını daha olumsuz algıladıklarını ve daha fazla çocukluk çağı travması yaşadıklarını söyleyebiliriz. Opioid kullanım bozukluğunun gelişimi ve sürmesinde risk oluşturduğu düşünülen bu değişkenlerin bağımlılık profiline etkisini incelediğimizde, bazı şema alanları ve ebeveyn tutumlarının bazı boyutlarının bağımlılık şiddetini anlamlı etkilediğini saptadık. Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak, opioid kullanım bozukluğu olan hastaları değerlendirirken baskın şema alanlarının, algılanan ebeveyn tutumunun ve çocukluk çağı travma öyküsünün belirlenmesinin ve bu alanlara yönelik uygun yaklaşımların tedavi programlarına dahil edilmesinin faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Opioid kullanım bozukluğu, uyumsuz şema alanları, ebeveyn tutumu, çocukluk çağı travmaları.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF THE ADDICTION PROFILE IN PATIENTS WITH OPIOID USE DISORDER WITH EARLY MAGNIFICENT SCHEMALES, PERCEIVED PARENT ATTITUDE, AND CHILDHOOD TRAUMA

OBJECTIVE: Opioid use disorder is a problem with increasing prevalence and attracting attention with its negative consequences. Therefore, the factors that play an important role in the development and treatment outcomes of opioid use disorder are tried to be clarified. In our study, we aimed to compare the patients with opioid use disorder with the healthy group in terms of early maladaptive schemas, perceived parental attitudes and childhood traumas and to investigate the effects of these variables on the addiction profile.

MATERIALS AND METHODS: 81 patients (71 males, 10 females) with opioid use disorder who applied to Bakırköy Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, Alcohol and Substance Addiction Treatment and Training Center polyclinic and 81 healthy participants (71 males, 10 females) without a history of substance use were included in our study. The healthy group was selected from people matched with the patient group in terms of age, gender, and educational status. As data collection tools, Case Report Form, Young Schema Scale Short Form-3, Young Parenting Scale, Childhood Trauma Scale and Addiction Profile Index self-report form were applied to the patient group. IBM 26.0 program was used to evaluate the analyzes.

RESULTS: It was determined that patients with opioid use disorder scored higher in all schema domains than the control group, and there was a statistically significant difference in 11 of the 14 schema domains (except for approval seeking, self-sacrifice, and high standards). Perceived parental attitudes of the patient group towards both their mothers and fathers differed significantly in many sub-dimensions compared to the control group. The total childhood trauma scores and emotional abuse, emotional neglect, physical abuse, physical neglect trauma dimensions of the patient group were found to be significantly higher than the control group. When the

addiction profile of the patients was examined, 12.3% of them were low, 39.5% of them were moderate and 48.1% of them were highly dependent. Addiction severity is positively and significantly associated with some schema domains and some dimensions of parental attitudes; It was found that it was not significantly associated with childhood traumas.

CONCLUSION: We can say that patients with opioid use disorder have more prominent maladaptive schemas, perceive parental attitudes more negatively, and experience more childhood trauma compared to the control group. When we examined the effects of these variables, which are thought to pose a risk in the development and maintenance of opioid use disorder, on the addiction profile, we found that some schema domains and some dimensions of parental attitudes significantly affect the severity of addiction. Based on the results of our study, we think that when evaluating patients with opioid use disorder, it would be beneficial to determine the dominant schema areas, perceived parental attitude and childhood trauma history, and to include appropriate approaches for these areas in treatment programs.

Key words: Opioid use disorder, maladaptive schema domains, parental attitudes, childhood traumas.

KISALTMALAR

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi

APA : American Psychiatric Association

BAPİ : Bağımlılık Profil İndeksi

BDNF : Brain Derived Neurotrophic Factor

cAMP : Siklik Adenozin Monofosfat

DOP : Delta Opioid Peptit

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EUŞ : Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

FDA : Food and Drug Administration

IUPHAR : International Union of Basic and Clinical Pharmacology

KOP : Kappa Opioid Peptit

MKB : Madde Kullanım Bozukluğu

MOP : Mu Opioid Peptit

NOP : Nosiseptin Opioid Peptit

OKB : Opioid Kullanım Bozukluğu

OPRM1 : Opioid Reseptörü Mu 1 Geni

VTa : Ventral Tegmental Alan

YEBÖ : Young Ebeveynlik Ölçeği

YŞÖ : Young Şema Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Araştırmaya katılan opioid kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun demografik özellikler açısından karşılaştırılması	42
Tablo 2: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun klinik özellikler açısından karşılaştırılması	43
Tablo 3: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların madde kullanım özellikleri....	44
Tablo 4: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun Young Şema Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 5: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun YEBÖ Anne formu puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 6: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun YEBÖ Baba formu puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 7: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun ÇÇTÖ ortalamalarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 8: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların Bağımlılık Profil İndeksi puanları.....	49
Tablo 9: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların bağımlılık şiddetine göre dağılımı	49
Tablo 10: Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların Bağımlılık Profil İndeksi ve Young Şema Ölçeği puanları arasındaki korelasyon	50
Tablo 11: Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların Bağımlılık Profil İndeksi ve Young Ebeveynlik Ölçeği puanları arasındaki korelasyon	52
Tablo 12: Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların Bağımlılık Profil İndeksi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları arasındaki korelasyon	53
Tablo 13: Bağımlılık Profil İndeksi toplam puanlarını yordamada Young Şema, Young Ebeveynlik ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarının etkinliği.....	54

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Opioid kullanım bozukluğu (OKB), dünya çapında yaygınlığı giderek artan, ciddi tıbbi, sosyal ve toplumsal sonuçları olan kronik seyirli ve tekrarlayıcı bir sorundur (1). Küresel olarak, 40,5 milyon insanın OKB olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde de OKB yaygınlığı artmaktadır ve madde kullanım nedeniyle tedavi başvurusunda bulunanların %62,1'inin opioid kullandığı saptanmıştır (2). OKB bulaşıcı hastalıklar, aşırı dozda opioid kullanımı, yüksek mortalite oranı, akademik başarısızlık, işsizlik, yakın ilişkilerin bozulması, suç davranışlarına eğilim ve yasal sorunlar gibi çok sayıda olumsuzluğa yol açmaktadır. Diğer madde türlerine göre OKB olanlarda bireysel ve toplumsal olumsuz sonuçların daha ağır olduğu, remisyon oranlarının ise daha düşük olduğu gösterilmiştir. Madde kullanımına bağlı ölümlerin %70'inden çoğunun opioid ilişkili olduğu saptanmıştır. OKB olan hastaların mortalite oranı genel topluma göre on kat daha fazladır. Ayrıca en yeni tedavi girişimlerinden sonra bile yüksek relaps oranları görülmektedir. Yaygınlığının giderek artması ve endişe verici olumsuz sonuçlarından dolayı OKB'nin gelişimine yatkınlık oluşturan, klinik seyrini etkileyen ve tedavi yaklaşımlarında hedef olabilecek faktörlerin araştırılması önem kazanmıştır.

Literatüre bakıldığında OKB için bireysel özellikler, travmatik deneyimler, aile içi ilişkiler, çevresel faktörler, genetik yatkınlık gibi birçok risk faktörü bildirilmiştir. Son dönemde yapılan araştırmalarda, erken dönem uyumsuz şemalar (EUŞ) ve işlevsiz başa çıkma yöntemlerinin opioid kullanımının psikolojik yönleriyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (3,4). Bu varsayım temelinde yapılan araştırmalar, OKB olanlarda uyumsuz şema alanlarının yaygın olduğunu göstermiştir (5–9). Her şema alanı için değişen düzeylerde baskınlık gösterilse de; farklılıkların nedenine yönelik incelemeler kısıtlı kalmıştır ve yüksek seviyeleri tekrarlanan şema alanları net olarak belirlenememiştir.

Uyumsuz şemaların birincil kaynağını toksik çocukluk deneyimleri ve aile dinamiklerinin belirlediği düşünülürse, OKB'yi önlemeye yönelik yaklaşımlarda uyumsuz şemalarla beraber ebeveyn tutumları da terapötik bir hedef olabilir. Esas olarak ergen örneklerine dayanan çalışmalarda; aile içi ilişkilerin kopuk yaşanması,

ebeveynlerin aşırı otoriter, ilgisiz, aşırı izin verici, reddedici ve ihmalkâr davranması madde kullanımı açısından risk olarak gösterilmiştir (10,11). Ebeveynlik tarzının madde kullanımına eğilim ve bağımlılık şiddeti üzerindeki etkisinin yetişkinlik döneminde devam edip etmediğini belirlemek değerli olacaktır.

Çocukluk çağında deneyimlenen travmatik yaşantıların bilişsel, davranışsal, duygusal ve sosyal düzeneklerle yol açtığı sorunlardan biri de opioid kullanımıdır. Çalışmalar, yaşamın erken dönemlerinde travmaya maruz kalmış kişilerin opioidlerin olumlu ve keyif verici özelliklerine karşı daha fazla duyarlı olduğunu göstermiştir (12). OKB olan kişilerde genel popülasyona göre daha yüksek oranlarda çocukluk çağı travması saptandığı ve bunun kötü tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Erken dönem uyum bozucu şemalar, şemaların oluşumuyla bağlantılı ebeveyn tutumları ve çocukluk çağı travmalarının opioid kullanımı ile ilişkisinin anlaşılmasının; OKB'nin gelişimini önleme ve tedavi yaklaşımlarının çeşitlendirilmesi açısından önem taşıdığını düşünüyoruz. Literatürde bu alandaki çalışmalar daha çok ergenlik döneminde yapılmıştır ve bu risk faktörlerini birlikte ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda yetişkinlik çağındaki OKB olan hastaların bu değişkenler yönünden sağlıklı grupla karşılaştırılması ve bu değişkenlerin bağımlılık profiline etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Hipotez 1: OKB olan hastalarda uyumsuz şema alanlarının, olumsuz algılanan ebeveyn tutumlarının ve çocukluk çağı travma puanlarının sağlıklı gruba göre daha yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez 2: OKB olan hastalarda uyumsuz şema alanları, olumsuz algılanan ebeveyn tutumları ve çocukluk çağı travma puanları ile bağımlılık şiddeti arasında pozitif yönde ilişki bulunması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OPİOİD KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1. Tarihçe

Psikoaktif maddelerin tarihi, onları yetiştiren ve kullanan insanların yaşamıyla iç içe geçmiştir. Afyon ve türevleri tıpta çeşitli tedavilerde kullanılır ve insanlar tarafından bilinen ilk ilaçlardandır (13). Afyon (opium), "opos" (meyve suyu) ve "opion" (haşhaş suyu) kelimelerinden türetilen Yunanca kökenli bir kelimedir (14). Afyonun kendisi bir haşhaş çiçeği türü olan *Papaver Somniferum*'un kapsüllerindeki sıvının kurutulmasından elde edilir (15,16). *Papaver Somniferum* gıda ve ilaç endüstrisinde uzun yıllardır kullanılan geleneksel bir bitkidir (14). Latince olan bu çiçeğin adı "uyku getiren haşhaş" anlamına gelmektedir (17). Bitkinin sıvısından ayrılan kimyasal bileşikler opiyatlar olarak bilinir. Bu bileşikler içinde yirmiden fazla alkaloid vardır. En önemlileri morfin, kodein ve tebaindir. Opiyatlara benzer etkiler gösteren sentetik kimyasal bileşiklere ise opioid ismi verilmiştir (18).

Afyon kullanımı ve kötüye kullanımının erken tarihini çözmek için yazılı kayıtlardan faydalanılması zordur, çünkü eski yazarların uyuşturucu tanımları belirsizdir. Homeros, *Odysseia* eserinde; Zeus'un kızı Helen'in, Odysseus'un kaybindan üzüntü duyan Telemachus ve arkadaşlarına yardımcı olmak için 'bir şeyler' hazırlayıp verdiğinden bahsetmiştir. Kendisi afyon üretiminde kullanılan metotları bilen doğabilimci ve filozof Theophrastus (M.Ö. 3. yy) bunu Homeros'un hayal gücüne bağlamıştır. Schmiedeberg ve Lewin dahil çoğu modern farmakolog Helen'in Telemachus ve arkadaşlarına afyon verdiğini düşünmüştür (19). Kritikos ve Papadaki de Telemachus'un afyonun toksik etkilerini deneyimlememiş olabileceğini, çünkü onun ve arkadaşlarının afyonu sıklıkla kullandıklarını öne sürmüşlerdir (20).

Antik yazıları ve arkeolojik verileri yorumlamadaki zorluklara rağmen, antik çağda afyon kullanımına dair bir resim ortaya çıkıyor. Opiyumla ilişkili en eski bilgiler M.Ö. 3400 yılına ait Sümer tabletlerine dayanmaktadır. Bulunan tabletlerde eski Mezopotamya'da yatıştırıcı özelliklerinden dolayı afyon kullandıkları yazılıdır.

Bugünün Irak sınırlarında yaşamış olan Sümerlerin, M.Ö. 3000 sonlarında haşhaş yetiştirdikleri ve tohum kapsüllerinden afyon izole ettikleri konusunda genel bir fikir birliği vardır. Sümerliler afyona neşe anlamına gelen “gil” ve haşhaş bitkisine neşe bitkisi anlamına gelen “hul gil” adını vermişlerdir. Daha sonraki yıllarda Asurlular ve M.S. 6. yüzyılda Persler de benzer şekilde sabah erken saatlerde afyon toplanmasından bahsetmektedir. Eski dünyanın geri kalanına afyonun Sümerlerden yayıldığı ve 8. yüzyılda Arap tüccarlar tarafından Çin ve Hindistan’a getirildiği düşünülmektedir (14,19).

Başlangıçta afyon, dini törenlerde ağızdan ya da ısıtılmış kaplardan solunan bir öforizan olarak kullanılmış olabilir (21). İnsanlığın en eski tıbbi belgelerinden biri olan Ebers papirüsü (M.Ö. 1500 civarı), haşhaş bitkisinin tanelerinin süzülüp hamur haline getirilmesi ve elekten geçirilmesiyle elde edilen bir tedavinin çocuklarda aşırı ağlamayı önlemek için art arda 4 gün boyunca uygulandığını tarif eder (22). Hipokrat da yazılarında afyonun etkilerini anlatmıştır. Galenos afyonu baş ağrısı, safra kesesi koliki, böbrek taşı, epilepsi, melankoli, görme bozukluğu, sağırlık, ateş ve lepra için kullanmıştır. Ayrıca astım ve konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda yatıştırıcı etkisinden yararlanmıştır (23). 15. yüzyıl ve sonrasında Avrupa’da Paracelsus tarafından laudanum olarak adlandırılan afyon tentürü hazırlanmış ve yaygın olarak kullanılmıştır. Laudanum, alkollü içkilere uygulanan vergiden muaf olduğu için özellikle 18. yüzyılda işçi sınıfının rahatlıkla alabildiği ucuz bir ilaç olarak popüler olmuştur (24). Dr. John Jones, 1701’de yayımlanan “The Mysteries of Opium Reveal’d” adlı kitabında ‘afyon yoksunluk sendromu’nu tarif etmiş ve uyarılarda bulunmuştur. Buna rağmen afyon, keyif verici etkileri nedeniyle suistimal edilmiştir (25).

Morfin ve türevleri 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. 1806 yılında Fredrich Sertürner afyonun aktif bileşeni olan bir maddeyi keşfetmiş ve ilk olarak kendi üzerinde denemiştir. Etkilerinden dolayı bu maddeyi düşlerin tanrısı Morpheus’a ithafen “morfin” olarak adlandırmıştır. İlk zamanlar morfin kullanımı zararsız görülmüş ve afyon bağımlılarına morfin veriliyormuş. 19. yüzyılın sonlarına doğru morfinin de afyon kadar suistimal edildiği fark edilmiş ve pek çok hekim tarafından ‘morfinizm’ bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Bunun üzerine daha etkili ve bağımlılık yapmayan afyon arayışı başlamıştır. 1874 yılında Londra’da St. Mary

Hastanesi'nde C.R. Alder Wright isimli bir kimyacı tarafından "diasetil morfin" sentezlenmiş ve bunun morfine alternatif olarak kullanılabilecek bağımlılık yapmayan bir madde olduğu öne sürülmüştür. Heinrich Dreser bu yarı sentetik türev ile yaptığı deneyler sonucunda, ağrıyı gidermedeki "heroic" (kahramanca) etkilerinden dolayı ilaca "eroïn" adını vermiştir. Bu ilaç 1898'de Bayer firması tarafından öksürük ve ağrı kesici olarak piyasaya sürülmüştür. Kısa sürede eroïnin ciddi bağımlılık yapıcı etkisi fark edilmiş, 1913'de üretimi durdurulmuş ve önce Amerika Birleşik Devletleri'nde sonra diğer ülkelerde kullanımı yasaklanmıştır. Tıbbi kullanımı sonlandırılrsa da eroïn kötüye kullanımı her geçen yıl artmış ve şuan dünyada epidemik seviyelere ulaşmıştır (19,26,27). 1940'lı yıllarda meperidin ve metadon sentetik yapılı narkotik analjezikler olarak keşfedilmiştir. İlk opioid antagonisti olan nalorfin 1942'de bulunmuştur (28).

2.1.2. Opioidlerin Sınıflandırılması

Opioidler; haşhaştan elde edilen alkaloidler, bunların sentetik analogları ve vücutta sentezlenen bileşikler tanımlamak için kullanılan genel terimdir. Beyindeki aynı spesifik reseptörlerle etkileşime girerek ağrıyı dindirme ve iyilik hali üretme kapasitesine sahip kimyasal maddelerdir (29). Opiyat ise doğal yoldan elde edilen alkaloidleri ve yarı sentetik yolla üretilen türevleri tanımlamak için kullanılır (30).

Papaver Somniferum'dan doğal olarak oluşan dört alkaloid izole edilebilir: morfin, kodein, papaverin ve tebain. En yaygın olarak bilineni morfindir. Morfin, arketip opioid analjezik ve diğer tüm ağrı kesicilerin karşılaştırıldığı ajan olarak kabul edilir. Sertürner'in afyon haşhaşının aktif bileşeni olarak morfini izole etmesinin ardından, bu bazik afyon alkaloidlerinin kimyasal olarak işlenmeleriyle eroïn, oksikodon, hidrokodon, hidromorfin, oksimorfin gibi klinik tıpta faydalı bir dizi yarı sentetik opioid üretilmeye başladı. 20. yüzyıl boyunca ya planlanarak ya da tesadüfen bir dizi sentetik opioid üretildi. Bu sentetik türevler; fentanil, petidin, metadon, tramadol, levorfenol, propoksifen, loperamid, difenoksilat gibi bileşikler içerir (31,32).

Opioidler, opioid reseptörleri üzerindeki etkilerine göre de sınıflandırılabilir. Bu şekilde opioidler; agonistler, kısmi agonistler ve antagonistler olarak düşünülebilir. Agonistler, o reseptörden maksimum bir yanıt üretmek için bir

reseptör ile etkileşime girer (morfin uygulamasını takiben analjezi oluşması agonist etki için bir örnektir). Antagonistler reseptörlere bağlanır, ancak hiçbir fonksiyonel yanıt üretmez, aynı zamanda bir agonistin o reseptöre bağlanmasını önler. Pür antagonist opioidler nalokson ve naltreksondur. Kısmi agonistler ise reseptörlere bağlanır, ancak uygulanan ilaç miktarı ne olursa olsun sadece kısmi bir fonksiyonel yanıt ortaya çıkarır. Kısmi agonist opioidler; pentazosin, nalbufen, butorfenol ve buprenorfindir (33,34).

Endojen opioidler, doğal olarak oluşan beyin nöropeptitleridir ve opioid bağlanma bölgeleri ile etkileşime girerek ağrı algısını modüle etmeye, ödül devrelerinde pekiştirme ve hazzın gelişmesine aracılık ederler. Beynin kendi morfini gibi davranan bu peptitler enkefalin, endorfin ve dinorfinlerdir (29,34).

2.1.3. Opioid Reseptörleri ve Etkileri

Opioid reseptörlerinin varlığına ilişkin kanıtlar; eroin, morfin gibi opioidlerin beyindeki spesifik bağlanma bölgeleriyle etkileşime girdiği gözlemine dayanır. 1976'da, çoklu opioid reseptörlerinin varlığına ilişkin ilk kanıt rapor edildi. Farmakolojik çalışmalarla opioid bağlanma bölgeleri μ (mu-en yaygın olarak tanınan eksojen ligandı olan morfin nedeniyle), Δ (delta-içinde ilk izole edildiği doku olan vas deferens nedeniyle) ve K (kappa-bu reseptöre etki eden ilk ligand olan ketosiklazosin nedeniyle) reseptörleri olarak adlandırılmıştır. Daha sonra yapılan çalışmalar, her bir reseptör sınıfının birkaç alt tipinin var olduğunu ortaya çıkardı. 1996 yılında IUPHAR (International Union of Basic and Clinical Pharmacology), OP1 (delta reseptörü), OP2 (kappa reseptörü) ve OP3 (mu reseptörü) reseptörlerini yeniden adlandırdı. 2000 yılında bu isimlendirme tekrar DOP, KOP ve MOP olarak değiştirilmiştir (35–38).

Bu reseptörlerin tümü, opioidlerin fizyolojik etkilerini üretmek için inhibitör G-proteinleri ve dopaminerjik nöronlarla ilişkili G-protein kenetli reseptörler sınıfına aittir (39). Klasik bir opioid agonistinin G-protein reseptörüne bağlanması adenilil siklazın inhibisyonu ile sonuçlanır. Bu da hücre içi siklik adenosin monofosfat (cAMP) seviyelerinde bir azalmaya neden olur. Bu kompleksler bir dizi iyon kanalıyla etkileşime girerek potasyum iletkenliğinin aktivasyonunu ve kalsiyum

iletkenliğinin inhibisyonunu sağlar. Bu değişikliklerin net etkisi, hücre içi cAMP'nin azalması, söz konusu hücrenin hiperpolarizasyonu ve nöronal hücreler için azaltılmış nörotransmitter salınımıdır. Bazı hücre tiplerinde, opioid reseptörlerinin aktivasyonu da paradoksal olarak hücre içi kalsiyum konsantrasyonunda bir artışa yol açabilir (40,41).

Bu üç opioid reseptörü hem eksojen opioidlerin hem de endojen opioid peptitlerin aktivitelerine aracılık eder ve bu nedenle opioid kontrollü davranışların anlaşılmasında kilit rol alırlar. Opioidlerin temel etkileri: solunum ve kalp hızı gibi otomatik vücut fonksiyonlarının kontrol edildiği beyin sapındaki nörokimyasal aktivite yoluyla solunumu baskılama; stres tepkilerinin düzenlenmesi, beslenme, ruh hali, öğrenme, hafıza ve bağışıklık işlevleri gibi davranışsal ve duygusal tepkileri kontrol eden limbik sistemdeki aktiviteyi değiştirerek haz duygularını artırma; vücudun diğer bölümlerinden omurilik yoluyla iletilen ağrı mesajlarının bloke edilmesidir (42). Klinik uygulamada, farklı opioid reseptörlerinin uyarılması, genellikle reseptörün konumuna bağlı olan bir dizi etki üretir. MOP reseptörlerine bağlanan agonistler analjeziye, sedasyona, solunum depresyonuna, bradikardiye, bulantı, kusmaya ve gastrik motilitede azalmaya neden olabilir. DOP reseptörlerinin aktivasyonu spinal ve supraspinal analjeziye neden olabilir ve gastrik motiliteyi azaltabilir. KOP reseptörleri ise spinal analjezi, diürez, stres tepkilerinin düzenlenmesi ve μ opioid reseptörü agonistleri tarafından üretilen öforik duygulara karşı koymada rol oynar (37,43,44).

Opioid reseptörlerinin keşfinden kısa bir süre sonra, beyindeki reseptörlerde aktif olan bir dizi endojen ligand keşfedilmiştir. Bunların tümü peptit yapıdadırlar ve üç pro-hormon öncüsü, bu endojen ligandların türetildiği ana bileşikleridir. Proenkefalin, DOP reseptörüne bağlanan met-enkefalin ve leu-enkefalin oluşturmak üzere parçalanır. Dinorfin A ve B, prodinorfinden türetilir ve KOP reseptöründeki agonistlerdir. Proopiomelanokortin (POMC), MOP reseptöründe bir agonist olan β -endorfin için ana bileşiktir, ancak her üç klasik opioid reseptöründe agonist aktivite gösterme yeteneğine sahiptir (32,37,40).

1994 yılında, dördüncü bir endojen opioid benzeri reseptör bulundu ve nosiseptin (NOP) reseptörü olarak adlandırıldı. NOP reseptörü naloksone bağlanmasa da, klasik opioid reseptörlerinin bilinen amino asit dizileriyle belirgin bir

benzerliği paylaşan G-protein-bağılı bir reseptör sistemidir (37,45). Hücreyel düzeyde, NOP reseptörü bir agonist tarafından aktive edildiğinde, klasik opioid reseptörleri için açıklananlara benzer eylemler üretir. Bu nedenlerle dördüncü opioid reseptörü olarak sınıflandırılmıştır; bununla birlikte, klasik opioid antagonistine (nalokson) yanıt vermemesi nedeniyle bazı farmakologlar bu sınıflandırmanın doğruluğunu sorgulamışlardır. IUPHAR, NOP reseptörünün opioid reseptör ailesinin opioid olmayan bir dalı olduğunu düşünmektedir (46).

2.1.4. Opioid Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

Madde kullanım bozukluğu (MKB) tanı ölçütleri DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ile farklı bir görünüm kazanmıştır. DSM-4'te 'madde bağımlılığı' ve 'madde kötüye kullanımı' şeklinde iki ayrı tanı yer alırken, DSM-5'te 'madde kullanım bozuklukları' ana başlığı tanımlanmıştır. 'Yasal sorunlar yaşama' ölçütü çıkarılmış ve 'aşırma veya madde kullanımına yönelik içinin gitmesi, çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme' ölçütleri eklenmiştir.

DSM-5'te Madde ve İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları 10 ayrı madde kümesini içerir. Tanımlanan 10 başlıktan birini opioid ile ilişkili bozukluklar oluşturur; opioid kullanım bozukluğu ve opioidlere bağlı meydana gelen bozukluklar şeklinde ikiye ayrılır.

12 aylık bir süreç içerisinde meydana gelmekte olan, aşağıdaki durumlardan en az ikisi ile kendisini gösteren, klinik bakımdan belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikten düşmeye sebep olan bir opiyat kullanım örüntüsüdür (47).

1. Opiyatlar, çoğu zaman istenilenden daha uzun süreli ve daha fazla miktarda alınabilmektedir.

2. Opiyatı kullanmayı denetim altına almak veya bırakmak için sürekli olarak istek duyulmakta ve bu istek doğrultusunda netice alınamayan çabalar harcanmaktadır.

3. Opiyat kullanmak, opiyatı elde etmek veya bünyede yaratmış olduğu etkilerden kurtulabilmek için gerekli olan etkinliklere çok zaman harcanmaktadır.

4. Opiyat kullanmak için kendini zorlanmış hissetme veya kullanmaya dair çok büyük bir arzu duyma durumu meydana çıkabilmektedir.

5. Okulda, iş yerinde veya evde bulunduğu konumun bir gereği olarak başlıca sorumluluklarını yerine getirememeye ile sonuçlanmakta olan yineleyici opiyat kullanım durumunun ortaya çıkmasıdır.

6. Opiyatın etkilerinin harladığı veya sebep olduğu, yineleyici veya sürekli kişilerarası problemler veya toplumsal sorunlar oluşmasına karşılık opiyat kullanımının sürdürülüyor olması durumudur.

7. Opiyat kullanımından dolayı önemlilik arz etmekte olan birtakım işlerin veya dinlenme-eğlenme aktivitelerinin bırakılması veya azaltılması durumunun oluşmasıdır.

8. Yineleyici nitelik taşıyan bir şekilde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanımının söz konusu olmasıdır.

9. Büyük bir ihtimalle opiyatın sebep olduğu veya harladığı, yineleyici veya sürekli ruhsal ya da bedensel bir problem olduğu bilgisine rağmen opiyat kullanımının sürdürülmeye devam ettirilmesidir.

10. Aşağıdakilerden bir tanesi ile tanımlandığı üzere, tolerans gelişmiş olması:

a. Esikliği veya istenmekte olan etkiyi gerçekleştirmek adına belirgin bir şekilde artmakta olan ölçülerde opiyat kullanma gereksiniminin duyulması durumudur.

b. Aynı miktarda opiyat kullanımının devam ettirilmesine rağmen daha az etki sağlanması durumunun oluşmasıdır.

11. Aşağıdakilerden bir tanesiyle tanımlandığı gibi, yoksunluk durumunun gelişmekte olması:

a. Opiyata özgü nitelikler taşıyan yoksunluk sendromunun oluşması durumunu ifade etmektedir.

b. Yoksunluk sonucu meydana gelen belirtilerden kaçınmak veya kurtulmak adına opiyat veya yakından ilişkili bir madde kullanımına işaret etmektedir.

Belirleyiciler

Erken yatışma evresinde; önceden opiyat kullanım bozukluğu için tanı kriterlerinin tamamı karşılandıktan sonra, opiyat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı kriteri (A4 tanı kriteri hariç), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden; önceden opiyat kullanım bozukluğu için tanı kriterlerinin tamamı karşılandıktan sonra, opiyat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı kriteri (A4 tanı kriteri hariç), 12 ay ya da daha uzun süredir hiçbir zaman karşılanmamaktadır.

Süzdürme tedavisinde; bireyler tarafından buprenorfin veya metadon gibi reçetelenmiş olan bir agonist ilaç alınıyorsa ve bu ilacın yer almış olduğu küme için opiyat kullanım bozukluğuna ilişkin hiçbir tanı kriteri karşılanmıyorsa, bu belirleyici kullanılmaktadır.

Denetimli çevrede; opiyata ulaşımın kısıtlandığı bir çevrede bu belirleyici kullanılır.

Ağırlık Belirleyicileri

Ağır: Kapsayıcı kriterlerden altı ya da daha çoğunun bulunması

Orta Derecede: Kapsayıcı kriterlerden dört ya da beş tanesinin bulunması

Ağır Olmayan: Kapsayıcı kriterlerden iki ya da üç tanesinin bulunması

2.1.5. Opioid Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

2021 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, dünya çapında opioid kullanıcılarının sayısı 2010 ve 2019 yılları arasında neredeyse iki katına çıkmıştır. 2019'da, afyon kullanan kişiler ve tıbbi olmayan amaçlarla farmasötik opioid kullanan kişiler de dahil olmak üzere, yaklaşık 62 milyon kişinin geçmiş yıllarda opioid kullanıcısı olduğu tahmin edilmiştir; bu, 15-64 yaş arası dünya nüfusunun yüzde 1,2'sine karşılık gelmektedir (1).

Opioid kullanım yaygınlığı yaşa ve cinsiyete göre değişir. Yaşam süresi boyunca, hem reçeteli opioid hem de eroin kullanımındaki en büyük artışların görüldüğü grup, 18-25 yaş arası genç yetişkinlerdir. Zamanla kullanıcı sayısı artarken ilk kullanım yaşı da düşmektedir (48). Opioid kullanımına başlama yaşı, önemli bir klinik epidemiyolojik gösterge olup artan klinik şiddet ve daha kötü prognoz ile ilişkilidir (49,50). Erkeklerin opioid kullanma olasılığı daha yüksektir ve opioidle ilişkili aşırı dozların çoğunluğunu oluştururlar. Kadınlarda ise analjezi için reçeteli opioid kullanımı erkeklerden daha sıktır (51).

Sağlık Bakanlığı 2019 verilerine göre, ülkemizde 2018 yılında madde kullanımı sebebiyle tedavi gören hastaların %62,1 ile en fazla oranda eroin kullandığı görülmektedir (2).

Avrupa Birliği üye devletleri 2019 yılında 7,9 ton eroin ele geçirildiğini bildirmiştir. Türkiye’de ise 2019 yılında 20 tonun üzerinde eroin ele geçirilmiştir ve bu da son on yılın en büyük miktarıdır (52).

Uyuşturucu kullanan kişiler arasında, opioidlerin tıbbi olmayan kullanımı her zaman diğer uyuşturucu türlerinin kullanımına göre daha olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Opioidlerin tıbbi olmayan kullanımı sakatlık ve erken ölüm nedeniyle 12,9 milyon (uyuşturucu kullanım bozukluklarına atfedilen toplam sakatlık ve erken ölüm nedeniyle kaybedilen sağlıklı yaşam yıllarının yüzde 70’i) sağlıklı yaşam yıllarının kaybına neden olmuştur (1). Kronik opioid kullanan hastaların ölüm oranı, ortalama popülasyonun on katı kadardır (53). Dünya çapında, yaklaşık 500.000 ölümün nedeni uyuşturucu kullanımına bağlanabilir. Bu ölümlerin %70’inden fazlası opioidlere bağlıdır ve bu ölümlerin %30’dan fazlası aşırı dozdan kaynaklanmaktadır (54). Eroin veya metabolitler de dahil olmak üzere opioidler, genellikle diğer maddelerle kombinasyon halinde Avrupa Birliği’nde 2019 için bildirilen ölümcül doz aşımalarının % 76’sında tespit edilmiştir (1).

2.1.6. Etiyoloji

Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden bir tablodur. Bağımlılık, gelişiminde genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı birincil, kronik nörobiyolojik bir hastalıktır. Bağımlılık yapıcı maddelerin ortak özellikleri kendi alımlarını pekiştirici etkide bulunmalarıdır. Beyindeki ödül sistemi üzerindeki etkileri maddenin keyif verici özelliğine ve kişinin tekrar tekrar kullanarak bağımlı olmasına neden olur. Bağımlı kişi, yaşadığı olumsuz sonuçlara rağmen, bağımlı olduğu maddeyi kompulsif bir biçimde kullanmayı sürdürür (55,56). OKB, genel bir süreç olarak bağımlılıkla ve diğer madde kullanım bozukluklarıyla

birçok ortak özelliği paylaşır, ancak OKB'ye özgü yatkınlığı, ilerlemeyi ve seyri etkileyecek bir dizi özellik vardır (57).

Opioidlerin tümü, spesifik farmakolojik özellikleri dolayısıyla önemli derecede pekiştirici etkilere sahiptir. Olumlu pekiştirme, büyük ölçüde ödül yollarının son noktalarından biri olan dopamin reseptörlerinin aktivasyonuna aracılık eder. Opioid alımı tekrarladıkça nükleus akkumbens ve prefrontal kortekste glutamaterjik sinapslarda oluşan adaptasyon ve plastisite ile bağımlılık devam eder. Fizyolojik bağımlılık meydana geldiğinde görülen opioid yoksunluk belirtileri ise OKB'de çok belirgin ve klinik olarak daha önemli olan tipik olumsuz pekiştiricilerdir (57,58).

Herhangi bir bağımlılığa karşı yatkınlıkta yaklaşık %40-60 oranında genetik faktörler rol oynar (59). Yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında genetik faktörlerin, çevresel faktörlerle etkileşimler yoluyla bağımlılık davranışına ve nüksetmeye katkıda bulunduğu tutarlı şekilde bildirilmiştir (60–63). Bir çalışmada OKB olan kişilerin akrabalarında opioid ilişkili bozuklukluğun olma olasılığı on kat daha fazla bulunmuş (59). Geniş popülasyonlu bir ikiz çalışmasında genetik faktörlerin, herhangi bir spesifik madde kullanımından ziyade, genel olarak MKB'ye karşı ortak bir yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür (64). Bazı çalışmalarda ise daha gelişmiş genetik tekniklerle birkaç spesifik lokus özellikle OKB ile ilişkilendirilmiştir. Dopamin reseptörleri, dopamin taşıyıcısı, opioid reseptörleri, opioid nöropeptidleri, serotonin reseptörleri, serotonin taşıyıcısı ve kannabinoid reseptörlerini kodlayan çeşitli genlerdeki varyasyonlar riski artırıyor görünmektedir (65).

Mezolimbik dopamin sistemindeki dopamin salınımı ve dopaminerjik reseptör ekspresyonunun, dürtüsellik, yenilik arayışı ve ödül eksikliği gibi bağımlılık yapan davranış özellikleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (66,67). D2 dopamin reseptörünü kodlayan DRD2 genindeki polimorfizmler, artan opioid kullanımı ve bağımlılığa karşı yatkınlıkla ilişkilendirilmiştir (68,69). Deneysel kanıtlar, hayvan modellerinde opioidlerin tekrarlanan kullanımı ile dorsal striatumda D3 reseptörlerinin ekspresyonunun indüklendiğini ve böylece bu reseptörlerin davranışsal duyarlılaşmaya katkı sağladığını göstermektedir (70,71).

Opioid reseptörü μ 1 (OPRM1) geni, solunum, gastrointestinal motilite, fiziksel bağımlılık, öfori ve analjezi ile ilişkili olan μ opioid reseptörünün kodlanmasından sorumludur. Bu genin bazı tek nükleotid polimorfizmleri (SNP) opioid bağımlılığı ve opioid bağımlılığındaki etnik çeşitlilik ile ilişkili bulunmuştur (72). İlk eroin kullanımında bildirilen olumlu yanıtların kişiden kişiye değişmesinin OPRM1 gen polimorfizmleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (73). Birkaç çalışmada, δ opioid reseptörünü kodlayan opioid reseptör delta 1 (OPRD1) genindeki varyasyonlar ile opioid bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki kurulmuştur (74,75). κ opioid reseptörünü kodlayan opioid reseptörü kappa 1 (OPRK1) genindeki polimorfizmler ile opioid bağımlılığı ilişkisini destekleyen yeterli kanıt yoktur ve sonuçlar farklı etnik popülasyonlar için büyük farklılıklar göstermektedir (76).

Madde bağımlılığının altında yatan mekanizmalardan biri de nörotrofinler ve bunların reseptörlerini kodlayan genlerin ifadesindeki varyasyonların bir sonucu olabilen sinaptik plastisite değişiklikleridir (77). Birçok hücrel sinyal yolunun düzenleyicisi olarak BDNF (brain derived neurotrophic factor)'nin, madde kullanımından bağımlılığa geçişte olan ödül yolağında rol oynadığı kabul edilir (78). Bir çalışmada ventral tegmental alanda (VTA) artan BDNF konsantrasyonlarının, D3 reseptörünün aşırı ekspresyonunu indükleyerek, opioidlerinkine benzer bir ödül durumu oluşturduğu gösterilmiştir (79). Hücre adezyon molekülleri olarak görev yapan neurexin'ler, dürtüselliğe aracılık ederek opioid bağımlılığı için genetik yatkınlık oluşturabilirler (80).

Genetik faktörler gibi psikososyal ve çevresel faktörlerin de madde kullanım bozukluklarına karşı yatkınlığı artırmada güçlü bir etkisi vardır. Çevresel faktörler, kişinin biyolojik yapısıyla etkileşime girerek genetik faktörlerin nasıl etkinleşeceğine katkı sağlar (81). Sosyoekonomik sorunlar, düşük eğitim seviyesi, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, çocuklukta ebeveyn kaybı, istismar öyküsü, ailede ve akranlarda madde kullanımına maruz kalma gibi tüm maddelerin kullanımı için tipik olan risk faktörlerine ek olarak, tıbbi opioid analjeziklere maruz kalma; tıbbi olmayan kullanım olmak üzere opioidlere maruz kalma; aile, akranlar ve diğer etkili rol modelleri tarafından opioid kullanımı; etkili rol modelleri tarafından opioid kullanımına yönelik izin verici tutumlar ve opioidlere kolay erişim OKB riskini artıran etmenlerdir (57,76).

2.1.7. Opioid Kullanım Bozukluğunun Tedavisi

Opioid kullanım bozukluğu, ciddi tıbbi, sosyal ve toplumsal sonuçları olan kronik ve tekrarlayıcı bir durumdur. OKB geliştiren birçok kişi, madde bırakma isteği, yoksunluk belirtileri, enfeksiyon, aşırı doz veya diğer maddelerin kullanımı ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle tedavi arayışına girer (82). Bağımlılık multifaktöriyel bir etiyolojiye sahip olduğundan, OKB olan hastalara müdahale multidisipliner bir tedaviyi gerektirir. OKB yönetiminde optimal bir yaklaşım, yaşam tarzı değişikliğini ve daha fazla tedavi uyumunu sağlamak için psikolojik müdahaleler ile farmakolojik tedavilerin birlikte uygulanmasını içerir. Nörobiyolojideki gelişmeler sayesinde yeni tedavi stratejileri geliştirilmektedir (83). Tedavi planı yapılırken hastanın motivasyonu, psikososyal özellikleri, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik eş tanıları, önceki tedavi girişimleri ve yanıtları göz önünde bulundurulmalıdır. Uygun tedavi yöntemi belirlenmeden önce tüm tedavi seçeneklerinin yararları ve riskleri hastaya açıklanmalıdır (84). Aileye tedaviyle ilgili gerekli bilgilendirme yapılmalı ve mümkünse hastanın tedavi uyumunu kolaylaştırmak için bir aile üyesi sürece dahil edilmelidir (85).

Uzun yıllar boyunca, OKB'nin tıbbi yönetimi, yoksunluk belirtilerini hafifletmeye odaklanmıştır; bununla birlikte, bu yaklaşımın uzun vadede ayıklığı sağlamak için yetersiz olduğu defalarca gösterilmiştir (86). OKB, artık akut yoksunluk döneminin ötesinde devam eden ve bu nedenle kısa vadeli müdahalelerle yeterince yönetilmeyen kronik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Yüksek düzeydeki nüks oranını açıklayan nöroadaptif değişiklikleri ele almak ve OKB'yi tedavi etmek için çeşitli ilaçlar geliştirilmiştir. Farmakolojik müdahaleler, detoksifikasyon tedavisi ve opioid sürdürüm tedavisi olmak üzere iki temel yaklaşıma dayanır (84). Ek olarak, OKB'nin devam eden etkisini azaltmak için hasta eğitimi ve danışmanlık, tedavi uyumunun artması ve sonuçların iyileştirilmesi için önemlidir (82,87).

1. Detoksifikasyon (Arındırma) tedavileri: OKB tedavisinde ilk ele alınması gereken problemlerden biri opioid yoksunluk belirtileri olmaktadır. Opioid yoksunluğu tedavisinin amacı, ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini yatıştırmak ve

hastanın OKB için uzun vadeli bir tedavi programına girmesini kolaylaştırmaktır (88). Akut opioid yoksunluğu yönetiminde; alfa-2 agonistler, nonsteroid antiinflamatuvarlar, antikolinergikler, antiemetikler, spazmolitikler, antidiyaretikler vb. ile semptomatik yaklaşımlar ve/veya opioid agonistleri ile yerine koyma tedavisi uygulanır. Uykusuzluk, ajitasyon ve anksiyete belirtileri için hidroksizin, difenhidramin, trazodon, klonidin veya benzodiazepinler gibi ajanlar kullanılır. Benzodiazepinler kullanılırken kötüye kullanım potansiyeli nedeniyle dikkatli olunmalıdır (57).

2. Sürdürüm (İdame) tedavileri: Opioid detoksifikasyon tedavisi, geçici başarısı ile iyi bir seçenek olmasına rağmen, hastaların çoğunda opioid kullanım isteği devam eder ve nüks yaşanır. Bu nedenle çoğu durumda yoksunluk dönemini takiben sürdürüm tedavisine geçilir (89,90). Farmakolojik idame tedavisi dünya çapında birçok ülkede terapötik bir standart haline gelmiştir; tedavide kalıcılık, yasa dışı opioid kullanımının ve ilişkili risklerin azaltılmasına yönelik etkinliğini gösteren çok sayıda çalışma tarafından desteklenmektedir (84,89).

Sürdürüm tedavisi opioid reseptör agonisti veya antagonisti bir ajan ile tedaviyi içerir (82). Agonist ajanlar ile tedavinin hedefleri, stabil bir opioid idame dozu elde etmek ve kapsamlı bir rehabilitasyon programına katılımı kolaylaştırmaktır. Agonist ilaçlar, doğası gereği kötüye kullanım riskine sahiptir ve daha yakın izlem gerektirir. Antagonist tedavi bu risklerden yoksundur ancak zayıf uyum nedeniyle yüksek başarı oranlarına sahip değildir. Bununla birlikte, uzatılmış salınım ve depo formülasyonları, bu uyum sorunlarının azaltılmasında yardımcı olabilir (88,91).

Metadon: 1960'ların başında opioid kullanımını ve opioid kullanımına bağlı olumsuz sonuçları azaltmak için bir idame tedavisi olarak metadonun tanıtılması, OKB tedavisinde büyük bir ilerleme sağlamıştır (82,92). Metadon idame tedavisi, OKB farmakoterapisinin etkili seçeneklerinden biri olmaya devam etmektedir fakat Türkiye'de ruhsatı bulunmamaktadır (93).

Metadon, mü opioid reseptöründe tam agonist etki gösteren ve oral yoldan günde tek doz kullanılan bir ilaçtır. Yeterli dozlarda kullanıldığında, opioid

yoksunluğunu baskılar ve diğer opioidlerin etkilerini bloke eder. Eroin veya morfinden daha uzun bir yarı ömre (24-36 saat) sahiptir (94,95). Bu nedenle, mü opioid reseptöründe etki etmesine rağmen, fizyoloji ve davranışı değiştiren kötüye kullanılan ilaçların açma-kapama etkilerine kıyasla kararlı durum etkisi oluşturur (96).

Buprenorfin: 1996 yılında Fransa, OKB'ye yönelik bir tedavi olarak buprenorfini tanıtmıştır. Fransa'nın ardından diğer ülkelerde de buprenorfin kullanımı benimsenmiştir. 2003 yılında buprenorfin ve nalokson kombinasyonu, OKB tedavisi için FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanmıştır (97,98). Günümüzde, olumlu yan etki profili ve daha düşük kötüye kullanım potansiyeli nedeniyle metadon yerine tercih edilmektedir (83). Türkiye'de de 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından detoksifikasyon ve idame tedavisi olarak kullanımı onaylanmıştır (99).

Buprenorfin, metadon gibi tam mü agonistlerinden farklı bir farmakolojik profile sahiptir. Buprenorfin, mü reseptöründe kısmi agonist etki ve kappa reseptöründe antagonistik bir etki üretir (100). Buprenorfinin mü opioid reseptöründen yavaş ayrılma özelliği, tek doz uygulamadan sonra etki süresinin uzamasına katkıda bulunur (101,102). Kısmi agonist aktivitesi öforinin, fiziksel bağımlılığın, aşırı doz riskinin ve yoksunluk semptomlarının şiddetinin daha az olması gibi avantajlar sağlar (103,104). Buprenorfin, tam mü opioid reseptör agonistlerinden daha düşük kötüye kullanım potansiyeline ve daha iyi bir güvenlik profiline sahiptir (105,106).

Buprenorfin, karaciğerde çok yüksek ilk geçiş metabolizmasına uğradığından oral biyoyararlanımı düşüktür. Bu yüzden, OKB tedavisi için sublingual formu geliştirilmiştir (88,107). Buprenorfin mü opioid reseptörlerine yüksek bir afinite ile bağlandığından, halihazırda reseptörlere bağlı olan diğer opioidlerin yerini alacaktır. Daha güçlü bir opioidin daha zayıf bir opioid ile yer değiştirmesi, hızlı bir geri çekilmeye yol açacaktır. Bu nedenle, buprenorfin ile idame tedavisi hasta hafif veya orta düzeyde yoksunluk belirtileri yaşadıkdan sonra başlatılmalıdır (108,109).

Buprenorfinin kötüye kullanım riskini azaltmak için, spesifik opioid antagonisti nalokson ile dilaltı kombinasyon tableti üretilmiştir (110). Nalokson, yüksek afiniteli bir mü opioid reseptör antagonisti olup reseptörden hızlı ayrılır ve yarı ömrü kısadır. Naloksonun dilaltı uygulaması ile biyoyararlanımı zayıftır ve ciddi yoksunluk semptomlarına neden olamayacak kadar düşüktür. Bu nedenle, önerilen dilaltı yoldan alınan bir buprenorfin/nalokson tableti, baskın olarak buprenorfin etkisi üretir. Eğer kombinasyon formu intravenöz veya nazal yollarla uygulanırsa, nalokson opioid reseptörlerine buprenorfinden daha hızlı bağlanır ve ani bir opioid yoksunluk sendromu ortaya çıkar (111,112).

Son yıllarda, aylık enjeksiyon ve yılda iki kez uygulanan daha uzun etkili buprenorfin formülasyonları geliştirilmiştir. İmplant edilebilir ve enjekte edilebilir buprenorfin seçeneklerinin tedavi uyumunu artırma ve kötüye kullanımı azaltma potansiyeli olup, deneysel veriler henüz yeterli değildir (113,114).

Naltrekson: Opioid sürdürüm tedavisi için bir alternatif de mü opioid reseptörlerinde uzun etkili, nonselektif bir opioid antagonisti olan naltrekson kullanımıdır (115). Naltrekson, opioid reseptör bölgeleri için yüksek afiniteye sahip olup metadon ve eroin gibi agonistlerin etkilerini bloke eder, öforiyi önler ve opioid kullanma isteğini azaltır. Etkisine tolerans gelişmez, yoksunluk belirtilerine yol açmaz ve kötüye kullanımı yoktur. Tedaviye başlamak için son opioid kullanımının üzerinden 7-10 gün geçmiş olması gerekmektedir, yoksa ani ve şiddetli yoksunluk belirtileri ortaya çıkar (88,116).

Günümüzde naltreksonun birçok formu kullanılmaktadır. Oral naltrekson formu, 1970'lerden beri klinik kullanım için mevcuttur (117). Yasa dışı kullanılan opioidlerin etkilerinin bloke edilmesi ve opioidleri bırakan hastalarda nüksün önlenmesi için DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tedavi kılavuzlarında kabul edilmektedir ve FDA onaylıdır (84). Fakat günlük ilaç kullanımına uyumla ilgili yaşanan sorunlar ve tedavinin bırakılması oral naltreksonun etkinliğini sınırlamıştır ve diğer formülasyonların geliştirilmesini teşvik etmiştir (118). Halihazırda, enjekte edilebilir kas içi süspansiyon ve cerrahi olarak implante edilebilir pellet olmak üzere uzun salınımlı iki form bulunmaktadır (119). Naltreksonun uzun salınımlı aylık enjeksiyon formu, 2010 yılında FDA tarafından onaylanmıştır (82). Ülkemizde de

oral ve implant formları yurt dışından getirtilerek tedavide kullanılabilir (120).

Psikososyal tedavi yaklaşımları: APA (American Psychiatric Association) kılavuzu, psikososyal tedavilerin kapsamlı bir OKB tedavi programının temel bir bileşeni olduğunu vurgulamaktadır (88). Farmakolojik tedaviye ek olarak psikososyal tedavilerden yararlanılması tedavi başarısını artırır (121). Psikososyal yaklaşımlar, hayat tarzının değiştirilmesinde, riskli davranışların azaltılmasında, yoksunluk bulgularının yönetiminin öğrenilmesinde, madde kullanımı için tetikleyici olabilecek etkenlerle baş edilmesinde ve nükslerin önlenmesinde kişiye destek sağlamaktadır (84,122).

Etkinliği gösterilmiş multidisipliner tedavi yaklaşımlarına rağmen, hastaların büyük çoğunluğu tedaviyi devam ettirmemekte ve fayda görenlerin büyük kısmında da relaps ile opioid kullanımı tekrarlayan bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir (5,123). OKB'nin olumsuz sonuçları ve yüksek relaps oranları nedeniyle opioid kullanımını azaltmaya, temiz kalmaya ve relapsları önlemeye yönelik yeni tedavi stratejileri geliştirilmektedir. Bunlardan biri de opioid kullanımı ve değişime dirençli erken dönem uyumsuz şemaların eş zamanlı tedavisini hedefleyen çift odaklı şema terapidir (4,124). Bu terapi yaklaşımında, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal beceri eğitimi, deneysel alıştırma ve terapötik ilişki gibi çeşitli teknikler kullanılarak şemaların hafifletilmesi ve uyumlu baş etme davranışlarının geliştirilmesi amaçlanır.

2.2. ŞEMA TERAPİ MODELİ

Şema kelimesi felsefe, psikoloji, eğitim ve teknoloji gibi farklı alanlarda oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Yunanca kökenli bir kelime (σχῆμα σχήμα) olup Eski Yunan filozoflarının yazılarında bu kavrama rastlanılmıştır. Genel olarak şema, önceki tecrübelerin ve yeni edinilen bilgilerin genellenerek birleşmesiyle oluşan bir yapıdır (125). Ancak psikoloji literatürüne şema kavramının yerleşmesi Piaget ve Beck sayesinde olmuştur. Piaget, şema terimini çocukluktaki bilişsel gelişim aşamalarını tanımlamak için kullanmıştır ve bu terimin yaygın olarak kullanılmasının da önünü açmıştır. Bilişsel Terapi'nin kurucusu Aaron T. Beck de

alışmalarında şemalardan bahsetmiş ve şema kavramının kişilerin hayatlarını anlamlandırmak için önemli olduğunu vurgulamıştır. şemalar, erken dönem yaşantılarla oluşan ve hayatın ilerleyen dönemlerinde biçimlenmeye devam eden zihinsel temsil, sembol ya da imgeler olarak tarif edilebilirler (3). şemalar, bizi büyük olasılıkla doğru olduğunu düşündüğümüz şeye hızlıca götüren ve ayrıntıları işlemekten tasarruf sağlayan kısayollar olarak çalışırlar. Bu kısayollar, bazen bir durumu oldukça kesin bir şekilde kavramamızı sağlarken, bazı durumlarda da hatalı şekilde yolu kaybetmemize neden olurlar. Her iki durumda da, kendimiz ve dünya ile ilgili tutarlı bir görüş sürdürmemizde bize yardım ederler (126).

İlk olarak Jeffrey E. Young (1990) tarafından diğer terapilere sınırlı yanıt veren veya yüksek nüks oranı görülen hastaların daha etkili şekilde tedavi edilebilmesi için tanıtılan şema terapi, sonrasında Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. şema terapi, geleneksel bilişsel davranışçı tedavilerin bir uzantısı olan yenilikçi, entegre bir terapötik yaklaşımdır. Bütünleştirici bir terapötik model olarak tanımlanan şema terapi, tek bir yaklaşım uygulanmasının tedavi için kısıtlı kaldığını kabul ederek bilişsel davranışçı terapi, gestalt terapi, bağlanma kuramı, psikodinamik kuram ve nesne ilişkileri kuramı gibi farklı terapi okullarının önemli teori ve tekniklerini tek modelde birleştirir (3).

şema terapi, başlangıçta kişilik bozuklukları gibi karmaşık sorunları tedavi etmek için geliştirilmiş olmasına rağmen, günümüzde birçok klinik durum için başarılı şekilde uygulanmaktadır (127). Son 30 yılda, şema terapinin uygulama alanı kişilik bozukluklarının ötesine geçmiştir. Birçok hastalık için akut semptomlar azaldıktan sonra, yatkınlaştırıcı faktörleri tedavi etmek ve nüksleri önlemek için sıklıkla kullanılmaktadır (3,128). Araştırmalar, şema terapinin depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, ilişki problemleri, adli vakalar ve madde kötüye kullanımı gibi çeşitli durumlarda etkili bir tedavi yaklaşımı olduğunu göstermiştir (129–133).

şema terapi süreç odaklıdır ve düzeltici duygusal deneyimleri, duygusal değişimi ve büyümeyi sağlamak için deneyimsel, kişilerarası, bilişsel ve davranışsal teknikleri kullanır. Bilişsel davranışçı terapide olduğu gibi yapılandırılmış ve sistematiktir. Diğer bilişsel terapi yaklaşımlarından farklı olarak şema terapi, sadece var olan belirtileri sürdüren faktörlere değil, doğrudan bu belirtilerin gelişimine

odaklanır ve terapötik ilişkide düzeltici duygusal deneyimin yaşanmasına vurgu yapar. Terapistin tüm bu süreçte kullandığı iki temel stratejiye; danışanın tekrarlayan şemalarına, şemalarının nedenlerine ve bu tekrarlayan örüntüdeki değişim gereksinimine atıfta bulunmasına “empatik yüzleştirme”, danışanın çocukluk döneminden itibaren karşılanmayan gereksinimlerini etik ve profesyonel sınırlar içerisinde görüp karşılamaya çalışarak tekrarlayan şema örüntülerini kırmaya çalışmasına ise “sınırlı yeniden ebeveynlik” denir. Rahatsız edici çocukluk anılarıyla ilgili olumsuz duyguları değiştirmek için imgeleme çalışmaları ve sandalye diyalogları gibi deneyimsel teknikleri de kullanır. Bu yaşantısal müdahalelerin iki temel amacı; danışanın erken dönem uyumsuz şemalarıyla ilişkili duygularını tetiklemek ve danışanın karşılanmayan çocukluk gereksinimlerini karşılayabilmek adına tetiklenen bu duygulara yeniden ebeveynlik yapabilmektir (3,134).

Şema terapi kuramının psikopatolojiye ilişkin değerlendirmelerini açıklayan dört ana teorik kavram: temel duygusal ihtiyaçlar, erken dönem uyumsuz şemalar, başa çıkma biçimleri (teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi) ve şema modlarıdır (işlevsiz çocuk modu, uyumsuz başa çıkma modu, uyumsuz ebeveyn modu, sağlıklı yetişkin modu).

2.2.1. Temel Duygusal İhtiyaçlar

Şema terapisi kuramsal modeli, herkes için evrensel olan temel duygusal ihtiyaçlarımız olduğunu kabul eder ve bu ihtiyaçların gereğinden az veya çok karşılanması durumunda uyumsuz şemaların ortaya çıktığını ileri sürer. Young ve arkadaşlarının tanımladığı beş temel duygusal ihtiyaç güvenli bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım ve kabul edilme); özerklik, yeterlilik, kimlik algısı; ihtiyaç ve duygularını ifade etme özgürlüğü; kendiliğindenlik ve oyun; özdenetimin oluşumunu sağlayan makul sınırlara sahip bir dünyada yaşamayı içerir (3).

Bu evrensel bakış açısı, çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu gelişmesi için aile ortamında mutluluk, sevgi ve anlayış ile büyümesi gerektiğini kabul ederek Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi’ne de yansımıştır (135). İhtiyaçlar, daha eski klinik kuramların da odağı olmuştur ve kişilik, sosyal ve gelişim psikolojisi alanlarında yapılan güncel araştırmalarda önemini korumaktadır. Şema terapiye etki eden başlıca kaynaklar arasında olan bağlanma kuramının (Bowlby,1977)

merkezinde de ihtiyaçlar yer almaktadır. ocuk gelişiminin hedefinde bu ihtiyaçların karşılanması yatar ve kişinin ruhsal açıdan sağlıklı olabilmesi için ihtiyaçlarını uyumlu bir tutum içinde karşılayabilme becerisine sahip olması gerekir. şema terapisinin öncelikli hedeflerinden biri, erken dönemde temel ihtiyaçları karşılanmamış olan yetişkinlere ihtiyaçlar konusunda bilgi vermek ve kendi ihtiyaçlarını karşılamak için uyumlu yollar keşfetmelerinde yardımcı olmaktır (126).

2.2.2. Erken Dönem Uyumsuz şemalar

şema terapi kuramının temelini oluşturan erken dönem uyumsuz şemalar (EUş), ocukluk çağında şekillenen ve yaşam boyunca gelişen, kişinin benlik kavramına, dünyayı algılayışına, kişilerarası ilişkilerine ve tepkilerine aracılık eden geniş kapsamlı örüntülerdir. EUş, ocuğun temel duygusal ihtiyaçlarının ebeveynleri tarafından nasıl giderildiğinin, erken yaşam deneyimlerinin ve duygusal mizacının etkileşiminin bir sonucu olarak gelişir. Köklü, tekrarlayıcı ve değişime dirençli olan EUş, çeşitli yaşam olayları ile tetiklenebilen anılar, duygular, bilişler ve fiziksel duyumlardan oluşurlar. EUş ne kadar şiddetli ve yaygın olursa, şemaların etkinleşmesi de o kadar kolaylaşır ve deneyimlenen olumsuz duyguların yoğunluğu ve süresi artar (3).

şemalar ilk geliştikleri dönemde uyumlu görünseler bile daha sonraları, kişiyi belirli tip evre ve ilişkiler içinde kalmaya iten duygu, düşünce ve davranış kalıplarına neden olarak işlev bozucu hale gelirler (126). Young, şemaların bir takım psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına zemin hazırlayan ve tedavi yanıtını azaltan bilişsel yapılar olduğunu belirtmiştir (136). şemaların olumsuz çocukluk deneyimleri ile yetişkin psikopatolojisi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği düşünülmektedir. EUş ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen çalışmalarda, EUş'nin depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve psikosomatik bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (137–141).

şema terapi modeline göre 18 adet erken dönem uyumsuz şema tanımlanmıştır ve bu şemalar en fazla ilişkili oldukları temel duygusal ihtiyaçları temsil eden 5 şema alanı altında sınıflandırılmıştır (3).

1. Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı: Çocuğun güvenlik, istikrar, bakım, empati, sevgi, aidiyet, kabul edilme, duyguların paylaşılması gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması, kopukluk ve reddedilmişlik alanındaki şemaların gelişimine zemin hazırlar. Bu alandaki şemalar travmatik çocukluk deneyimleri ve güvensiz bağlanma kavramıyla yakından ilişkilidir. Bu alanda şema geliştiren kişilerin aileleri soğuk, reddedici, tutarsız, öngörülemeyen, istismar edici ve toplumdan kopuk yapıdadır (3,126). Bu alanda 5 şema bulunmaktadır:

Duygusal Yoksunluk: Duygusal yoksunluğun bakım, empati, koruma olmak üzere 3 temel şekli tanımlanmıştır. Bu şemaya sahip kişiler, duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından yeterince karşılanmayacağına ve ilişkilerinde anlaşılmayacaklarına inanırlar. Çoğu zaman bu tür ihtiyaçlarını ve duygularını ifade etmekte zorlanırlar ve yokmuş gibi davranırlar. Bu kişiler, yakınlık gerektiren ilişkilerden kaçınabilirler; soğuk, mekanik kişilerle yakınlık kurma eğiliminde olabilirler ya da bazen ilişkilerinde fazla talepkar ve ısrarcı davranabilirler (3,126).

Terk Edilme: Yakın ilişkilerde algılanan öngörülmezlik ve istikrarsızlık ile sorunlara yol açan bir şemadır. Biyolojik olarak ayrılık anksiyetesine yatkınlık, küçük yaşta ebeveyn kaybı, ebeveynlerin boşanması, sık kavga etmeleri, evi terk etmeleri, tutarsız bir varlık sergilemeleri ya da ailenin aşırı koruyucu olması gibi durumlar terk edilme şemasına zemin hazırlayabilir. Bu şemaya sahip kişiler, insanların değişken ve güvenilmez olduklarına, aniden kendilerini terk edebileceklerine ya da ölebileceklerine inanırlar ve bu inanç nedeniyle kişilerarası ilişkilerdeki geri çekilmeleri çarpıtarak felaket senaryoları kurarlar. Sevdikleri kişileri kaybetme konusunda aşırı hassasiyet gösterirler ve yalnız kalmayı tolere edemezler. Gerçek veya kendi algıladıkları kayıp karşısında güçlü olumsuz duygular yaşarlar. Bu duyguları yaşamamak için ilişkilerinde aşırı kontrolcü davranabilir ya da yakın ilişki kurmaktan kaçınabilirler (3,142).

Kusurluluk: Kişinin kendisini eksik, kusurlu, kötü, aşağılık, değersiz olarak algılaması ve bundan derin bir utanç duyması ile ilişkilidir. Genellikle aşırı eleştirel, cezalandırıcı, otoriter ve reddedici ebeveyn tutumu ile yetiştirilen bireylerde gelişir.

Kusurluluk şemasına sahip kişiler eleştiriye, reddedilmeye ve suçlanmaya yönelik artmış duyarlılık nedeniyle sosyal ve yakın ilişkileri tehdit olarak görür. Yakınlaşma arttıkça kusurlarının açığa çıkacağına ve sevilmeceklerine inanırlar (3,142).

Güvensizlik: Kişinin diğerleri tarafından incitilme, zarar görme, kötüye kullanılma, aldatılma ve küçük düşürülme beklentisi ile karakterizedir. Bu şemanın gelişiminde genellikle istismara dayalı travmatik yaşantılar rol oynar. Güvensizlik şemasına sahip kişiler, kendilerini korumak için başkalarına hep şüphe ile bakarlar. Genellikle iç dünyalarını paylaşmadıkları yüzeysel ilişkiler kurarlar ya da ilişki kurmaktan kaçınırlar (3).

Sosyal İzolasyon: Kişinin hiçbir gruba aidiyet duymaması, diğer insanlardan farklı ve sosyal dünyadan yalıtılmış olduğunu hissetmesiyle ilişkilidir. Genellikle bu şemanın kökeninde bir sebeple sosyal ortamlardan dışlanmak ya da dış dünyadan izole bir ailede büyümek yer alır. Kişiler kendilerini dış dünyadan yabancılaşmış ve kopmuş hissederek. Bu kişilerin yakın ilişkileri olsa bile çoğunlukla sosyal temastan kaçınırlar (3,126).

2. Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma Alanı: Bu şema alanı kişilerin kimliklerini ortaya koyabilme, kendi hayatlarını kurabilme, bağımsız hareket edebilme, kişisel hedefler koyabilme ve başarılı performans gösterebilmelerinin engellenmesi ile ilgilidir. Bu alanla ilgili şemalar aşırı korumacı, iç içe geçmiş, çocuğun hayatına fazla dahil olan ya da çocuğu yönlendirme ve performans gösterirken destekleme konusunda yetersiz kalan aile ortamlarında oluşur (3,143). Zedelenmiş otonomi ve kendini ortaya koyma alanında 4 şema bulunmaktadır:

Bağımlılık / Yetersizlik: Bu şemaya sahip olan kişiler, başkalarının yardımı olmadan günlük sorumluluklarını yerine getirmek için yetersiz olduklarına inanırlar. Şemanın çok güçlü olduğu durumlarda, basit kararlar alırken bile başkalarının yönlendirmesine ve rehberliğine ihtiyaç duyarlar. Bu şemanın kökeni genellikle aşırı

korumacı, evhamlı, çocuğun kendi kararlarını almasını engelleyen ya da yeterince korumayan ebeveyn tutumlarına dayanır (3,142).

İç İçe Geçme / Gelişmemiş Benlik: Genellikle ebeveynler olmak üzere bir ya da daha fazla kişi ile aşırı duygusal bağlanma ve yakınlık içinde olmayı ifade eder. Bu şemaya sahip olmak çoğunlukla kimlik gelişimini, bireyselleşmeyi ve sosyal gelişimi engeller. Kişi çoğunlukla boşluk ve bocalama hissi yaşar veya aşırı durumlarda kendi varlığını sorgular (3).

Dayanıksızlık: Bu şemaya sahip olan kişiler, her an kontrol edemeyecekleri bir felaketle karşılaşacaklarına inanırlar ve bununla ilgili yoğun korku duyarlar. Kaygılanılan başlıca durumlar bir hastalığa yakalanma, sağlığın bozulması, kontrolü kaybetme, maddi kayıplar ve çevresel olaylardır. Kişi sürekli diken üstünde ve tetiktedir. Bu şemanın gelişiminde çoğunlukla endişeli ve evhamlı ebeveyn tutumları rol oynar (3).

Başarısızlık: Kişinin okul, iş, spor gibi alanlarda kaçınılmaz şekilde başarısız olacağı ya da akranları kadar yeterli olamayacağı inancı ile ilişkilidir. Kendi kendini gerçekleştiren kehanet gibi bu kişiler çoğunlukla düşük başarı sergilerler ya da bazen aşırı telafi ederek yüksek statü ve başarı elde ederler. Bu şemanın kökeninde başarıyı aşırı önemseyen, sürekli eleştiren, kıyaslayan ya da çocuğun başarısını görmezden gelen ebeveyn tutumları yer alır (3,142).

3. Zedelenmiş Sınırlar Alanı: Zedelenmiş sınırlar şema alanı; içsel sınırlar koyma, başkalarına karşı sorumluluk duyma ve hedef odaklı davranışları sürdürme ile ilişkilidir. Bu şemaya sahip kişiler, başkalarının haklarına saygı gösterme, onlarla işbirliği yapma, verdiği sözü tutma, gerçekçi kişisel hedefler koyma ve hedefleri gerçekleştirme konusunda yetersizlik yaşarlar. Genellikle aile içinde aşırı izin verici ve hoşgörülü tutum gösterildiğinde; uygun yönlendirme, denetim, sınır koyma ve yüzleştirme yapılmadığında gelişir. Ebeveynler çocuğun kendi sınırlarını anlamasına ve engellenmeye karşı tolerans geliştirmesine olanak sağlamamıştır. Bu tür aileler sorumluluk alma, karşılıklı işbirliği içine girme veya hedef belirleme gibi davranışlar

bakımından model olamamışlardır (3,126). Zedelenmiş sınırlar alanında iki şema yer almaktadır:

Haklılık/Büyüklenmecilik: Haklılık hayattaki gerçekçi limitleri kabul etme becerisi ile ilişkilidir. Kişinin diğer insanlardan daha üstün olduğu, özel hak ve ayrıcalıklara sahip olduğu veya sosyal etkileşimi yönlendiren karşılıklılık ilkesine bağlı olmadığı inancını içerir. Bu şemaya sahip kişiler, empati kurma yetenekleri zayıf olduğundan başkaları için neye malolacağını, neyin makul olduğunu düşünmeksizin, kendi istediklerini yapmakta ve hakimiyet kurmakta diretirler. Kişilerin durumlarıyla ilgili herhangi bir rahatsızlık duymaması, haklılık şemasını diğer şemalardan ayıran en önemli özelliktir (3,142).

Yetersiz Özdenetim: Kişinin hedeflerini gerçekleştirmek, duygu ve dürtülerinin aşırı ifadesini dizginlemek ve engellenmeye tolerans göstermekte yaşadığı zorluğu ve bunun reddedilmesini içerir. Bu şemaya sahip kişiler, huzursuzluk yaratan durumlardan, çatışmadan, sorunlarla yüzleşmekten, sorumluluk almaktan ve aşırı çaba göstermekten kaçınırlar (3,126).

4. Diğer Yönelimlilik Alanı: Bu alanda şemaları olan kişiler, diğer insanların sevgi ve onayını kazanmak, duygusal teması sürdürmek ve olumsuz tepkilerden kaçınmak için onların duygularına, isteklerine ve tepkilerine aşırı odaklanırlar. Genellikle kişinin kendi duyguları, ihtiyaçları veya isteklerine yönelik bastırmayı ya da farkındalık eksikliğini içerir. Tipik olarak çocukken koşullu sevgi ve koşullu kabullenme tutumu ile yetiştirilmiş ve önemli yönlerini baskılamak zorunda kalmışlardır. Bu alanda üç şema bulunmaktadır:

Boyun Eğicilik: Bu şemaya sahip kişi kendi duygu, fikir ve isteklerinin önemsiz, değersiz olduğu inancını taşır. Kendi isteklerini öne sürdüğünde terk edilmekten, olumsuz tepki görmekten, cezalandırılmaktan ya da başkalarını incitecek olmanın suçluluk duygusundan kaçınmak için aşırı bir uyum ile kontrolü başkalarına bırakır. Bazen de durumdan bağımsız ve orantısız şekilde uyum bozucu belirtiler

(örneğin kontrolsüz öfke patlamaları, pasif agresif davranış, psikosomatik belirtiler, madde kötüye kullanımı, duygusal yakınlığın geri çekilmesi) açığa çıkabilir (3,126).

Onay Arayıcılık: Gerçek ve güvenli bir kendilik algısı oluşturma pahasına, diğerlerinin onay, kabul ve ilgisini kazanmaya ve onlara uyum göstermeye aşırı odaklanmakla ilişkilidir. Bu şemaya sahip kişilerin öz güvenleri, öz saygıları kendi doğal eğilimlerine değil, öncelikle diğerlerinin tepkisine bağlıdır. Bazen statü, para, başarı ve görünüş onay için bir araç olarak kullanılır.

Kendini Feda: Başkalarıyla olan duygusal bağı devam ettirmek, başkalarını acıdan kurtarmak ve suçluluk hissinden kurtulmak için kendi mutluluğu ve ihtiyaçlarını görmezden gelip gönüllü olarak karşısındaki kişi için çabalamakla ilişkilidir. Bu şemaya sahip kişiler başkalarının ihtiyaçlarına, acılarına aşırı duyarlıdır ve aşırı vericidirler. Bazı durumlarda da kendi ihtiyaçlarının karşılanmadığını hissederek kırılıp, öfkelenip geri plana çekilebilirler (3,126).

5. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Alanı: Bu alandaki şemalar içselleştirilmiş katı kural ve beklentilerin karşılanması adına mutluluk, kendini ifade etme, gevşeme, yakın ilişkiler kurma gibi ihtiyaçlardan vazgeçilmesi; duygu, seçim ve dürtülerin bastırılması ile ilişkilidir. Kendiliğindenlik ve oyun gibi ihtiyaçların yok sayılmasından kaynaklanırlar ve genellikle katı, mükemmelliyetçi, hataların tolere edilmediği, aşırı talepkar ve cezalandırıcı aile ortamında gelişirler (3). Bu alanda dört şema yer alır:

Karamsarlık: Bu şemaya sahip kişiler, yaşamın olumlu yönlerini küçümseyip görmezden gelirken, sürekli olumsuz yönlerine odaklanırlar. Her şey iyi gidiyorken bile kötü şeyler olacağına inanırlar ve olası olumsuz sonuçları da abartırlar. Bu beklentiler nedeniyle genellikle endişeli, aşırı uyarılmış, tedirgin, şikayetçi ve kararsız durumda olurlar (3,126).

Duyguları Bastırma: Bu şemaya sahip kişiler öfke, agresyon, kırgınlık, neşe, heyecan, cinsellik, oyun gibi duygu ve dürtüleri ifade etmekte zorlandıkları için

bunları göz ardı ederler ve aşırı rasyonelleştirme eğiliminde olurlar. Kontrolü kaybetmekten ve eleştirilmekten kaçınmak amacıyla kendiliğinden davranış, duygu ve iletişimi aşırı şekilde bastırırlar (3,126).

Yüksek Standartlar: İçselleştirilmiş yüksek standartların karşılanmasına yönelik harcanan yoğun çaba ile ilişkilidir. Bu şemaya sahip kişiler gerçekçi olmayan katı kurallara göre yaşarlar ve kendilerini hep baskı altında hissederler. Mükemmeliyetçilik, ayrıntılara aşırı dikkat etme, kendisi ve çevresine karşı aşırı eleştirel davranma göze çarpar (3,142).

Cezalandırıcılık: Bu şemaya sahip kişiler, insanların (kendileri de dahil) yaptıkları her hata için şiddetli bir biçimde cezalandırılması gerektiğine inanırlar. Beklentiler karşılanmadığında tahammülsüz, hoşgörüsüz ve öfkeli olma eğilimindedirler. Mazur görülebilecek durumları ve kusurları kabul etmedikleri için yapılan hataları affetmekte zorlanırlar (3,126).

2.2.3. Algılanan Ebeveyn Tutumları

Young'a göre, çeşitli psikopatolojilerin gelişme riskini artıran uyum bozucu şemalar, erken dönem ebeveyn-çocuk etkileşimleri ve karşılanmamış ihtiyaçlar çerçevesinde içselleştirilmektedir (3). Yapılan çalışmalarda da ebeveyn tutumlarının erken dönem uyum bozucu şemaların gelişiminde belirleyici bir etken olduğu desteklenmiştir. Young, bu çerçevede bireylerin çocuklukları sırasında algıladıkları anne ve baba davranışlarını betimlemekte kullanılan algılanan olumsuz ebeveyn biçimlerini değerlendirmek için bir ölçek geliştirmiştir. Young Ebeveynlik Ölçeği'nin ülkemizde yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasına göre ebeveyn tutumları 10 alt boyutta ele alınmıştır (144):

Sömürücü/İstismar Edici: Çocukların güvenlik ihtiyacını tehdit edici ebeveynlik tutumudur. Bu ebeveynlik tutumunun terk edilme ve güvensizlik şemalarının oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir (126,144).

Aşırı Koruyucu/Evhamlı: Çocukların özerklik ihtiyacının desteklenmediği ve bağımsızlıklarını geliştirip, bireyleşmesine engel olduğu ebeveynlik modelidir. Bağımlılık, dayanıksızlık, gelişmemiş benlik şemalarına yol açar (3,144).

Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı: Çocukların sosyal ilişki kurma ihtiyacının tehdit edildiği, çocuklarına duygusal destek vermeyen ve duygusal destek vermeyi öğretmeyen ebeveynlik biçimidir. Duygusal yoksunluk, haklılık, kendini feda, gelişmemiş benlik şemalarına yol açar (126,144).

Küçümseyici/Kusur Bulucu: Çocukların girişkenlik, özgüven ve kendini ifade etme becerileri yönünden desteklenmediği ebeveynlik biçimidir. Bu ebeveynlik biçimine sahip ailelerde yetişen çocuklarda gelişen şemalar kusurluluk, boyun eğicilik ve başarısızlıktır (144).

Kuralcı/Kalıplayıcı: Çocukların kendiliğindenlik ihtiyacının karşılanmadığı ebeveynlik biçimidir. Bu ebeveynlik biçimi gelişmemiş benlik, duygularını bastırma, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şemalarının oluşmasına yol açar (144).

Aşırı İzin Verici/Sınırsız: Çocuklara herhangi bir sınırın öğretilmediği ebeveynlik biçimidir. Bu ailelerde yetişen çocuklarda yetersiz özdenetim şeması gelişir (144).

Kötümser/Endişeli: Çocuklara tetikte olmanın öğretildiği ebeveynlik biçimidir ve karamsarlık şemasının gelişmesine neden olur (144).

Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran: Çocuklara karşı şefkat, merhamet, neşe gibi olumlu duyguların gösterilmediği ve dürtülerin, ihtiyaçların bastırıldığı ebeveynlik biçimidir. Duyguları bastırma şemasının gelişmesine yol açar (144).

Cezalandırıcı: Çocuklara karşı tahammülsüz, hoşgörüsüz ve öfkeli davranılan ebeveynlik biçimidir. Cezalandırıcılık şemasının gelişmesine yol açar (144).

Koşullu/Başarı Odaklı: Çocukların kendine yönelimli olma ihtiyacının desteklenmediği ebeveynlik biçimidir. Onay arayıcılık şemasının gelişmesine yol açar (144).

2.2.4. Şema Teorisi Bakışıyla Opioid Kullanım Bozukluğu

Opioid kullanım bozukluğu, dünya genelinde yaygınlığı giderek artan ve olumsuz yıkıcı sonuçlarıyla önemli bir sorundur. Bu yüzden opioid kullanımına neden olabilecek ve tedavi sürecinde ele alınabilecek faktörlerin araştırılması önem kazanmıştır. Young tarafından geliştirilen şema teorisine göre, EUŞ aktive olduklarında yoğun olumsuz duygulara yol açmakta ve uyum bozucu yollarla çeşitli psikiyatrik bozukluklar için risk faktörü olmaktadır (3). Bu teori çeşitli çalışmalarla genişletilmiştir. Ball, madde kullanımının gelişmesinde ve kronikleşmesinde şemaların rol oynadığını belirtmiştir ve yaşanan sorunlar karşısında uyum bozucu bir baş etme yöntemi olarak madde kullanıldığını varsaymıştır. Özellikle yetersiz özdenetim ve yetki şemalarının madde kullanımı için temel oluşturduğunu ifade etmiştir. Buradan yola çıkarak, şemaların azaltılmasını hedefleyen yaklaşımlarla madde bağımlılığı tedavisinde uzun süreli iyileşme sağlanabileceğini ileri sürmüştür (4,124). EUŞ ve madde kullanımı ilişkisi öne sürüldükten sonra genel madde bağımlılarında ve opioid bağımlılarında şemaları inceleyen bir takım çalışmalar yapılmıştır:

Brotchie ve arkadaşları, alkol bağımlılığı, opioid bağımlılığı, hem alkol hem opioid bağımlılığı olan kişileri gruplar arasında ve bağımlılığı olmayan grupla kıyasladıkları çalışmada, bağımlılığı olanların olmayanlara göre 11 şema alanında daha yüksek puan aldığını bulmuşlardır. Kendini feda, başarısızlık, yüksek standartlar ve haklılık alanlarında ise önemli farklılık saptanmamıştır. Alkol ve opioid birlikte kullanan grubun duyguları bastırma alanında daha yüksek puan aldığı gösterilmiştir. Bağımlılığı olan gruplar arasında farklılık saptanması, şemalar ve bağımlılık ilişkisinde kullanılan madde türünün de etkili olabileceğini düşündürmüştür (145).

Shaghaghy ve arkadaşlarının madde bağımlılığı olan 81 erkeği bağımlı olmayan 90 erkekle karşılaştırdıkları çalışmada, bağımlı grubun şema puanları her

alandan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Kopukluk ve reddedilmişlik alanı ise madde bağımlılığı ile en ilişkili bulunan şema alanı olarak vurgulanmıştır (146).

Bojed ve Nikmanesh, 260 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada, tüm şema alanlarının bağımlılık potansiyeli üzerinde pozitif yönde etkili olduğunu bulmuşlardır. Bağımlılık potansiyelini tahmin etmek için kopukluk ve reddedilmişlik alanındaki şemaların en yüksek etki gücüne sahip olduğunu göstermişlerdir. Çalışma bulgularıyla, bağımlılık eğilimi yüksek kişilerin tespit edilip koruyucu önlemlerin alınabileceğini önermişlerdir (147).

Jalali ve arkadaşlarının opioid bağımlılığı olan 56 erkeği bağımlılığı olmayan 56 erkekle kıyasladıkları çalışmada, bağımlı grubun tüm şema alanlarında daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. En baskın farklılık ise terk edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, bağımlılık, sosyal izolasyon ve güvensizlik şemalarında saptanmıştır (6).

Shorey ve arkadaşlarının opioid bağımlılığı olan örneklemle yaptıkları çalışmada, şemaların varlığı incelenmiş ve şemaların erkekler ve kadınlar arasında farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Çalışma sonucunda, tüm şema alanlarının erkek ve kadın opioid bağımlılarında yüksek saptandığı, 18 şema alanının 11'inde kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldığı ve yetersiz özdenetimin her iki cinsiyette de en yaygın şema alanı olduğu bulunmuştur. Şemaların gelişiminde önemli rolü olan çocukluk çağı istismar ve ihmalinin kadınlarda daha sık görülmesinin, kadın bağımlıların daha fazla eşlik eden psikiyatrik sorunlarla tedaviye başvurmalarının şemalardaki cinsiyet farklılığına neden olabileceğini düşünmüşlerdir (5).

Shorey ve arkadaşları, erkek madde bağımlıları ile yaptıkları çalışmada, madde bağımlısı grubun 18 şema alanının 9'unda önemli ölçüde daha yüksek puan aldığını bulmuştur. Gruplar arası en büyük farkı oluşturan yetersiz özdenetim, iç içe geçme ve terk edilme şemaları olmuştur (140). Aynı araştırmacılar, 180 kadın madde bağımlısını kontrol grubu ile kıyasladıkları çalışmada, bağımlı grubun 18 şema alanından 16'sında daha yüksek puan aldığını bulmuştur. Kendini feda ve yüksek standartlar şemaları, iki grup arasında farklılık göstermemiştir (148).

Kakavand ve arkadaşlarının özel olarak opioid bağımlılığı olan 60 erkek katılımcıyı şemalar ve dürtüsellik açısından kontrol grubu ile karşılaştırdıkları

çalışmada, opioid bağımlısı grubun şema alanlarının tüm boyutlarında daha yüksek puan aldığı gösterilmiştir. Bu sonuçlarla EUŞ, opioid kullanımına yatkınlık oluşturabilecek bir risk faktörü olarak düşünülmüştür (8).

Zamirinejad ve arkadaşları, OKB riskini öngörmede şemaların rolünü değerlendirmek amacıyla 60 opioid kullanıcısı erkeği kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. OKB grubunda tüm şema puanları kontrol grubundan daha yüksek olup; kendini feda, yetki, yüksek standartlar ve başarısızlık hariç diğer şemalar anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. Bu çalışmada, uyumsuz şema varlığının, şemaların güç veya şiddet seviyesinin opioid kullanma olasılığını öngörebildiği sonucuna varılmıştır. Opioid kullanım riskinin 15 şema arasından özellikle duygusal yoksunluk, yüksek standartlar ve güvensizlik şemalarına göre tahmin edilebileceği bulunmuştur (9).

Mc Donnell ve arkadaşlarının 52 opioid bağımlısı ve 70 sağlıklı kişiyle yaptıkları çalışmada, iki grup arasında şemalar, duygusal düzensizlik, uyumsuz başa çıkma yolları ve dayanıklılık seviyeleri karşılaştırılmıştır. Opioid bağımlılığı olan grubun şema puanları yüksek standartlar hariç yüksek saptanmıştır. Güvensizlik, duygusal yoksunluk, kusurluluk, dayanıksızlık, boyun eğme, karamsarlık şemalarındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (7).

Ülkemizde, madde kullanım bozukluğu ve uyumsuz şema alanları arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda çalışma yapılmıştır, bu çalışmalardan sadece birinde kullanılan madde türü opioid olarak sınırlandırılmıştır.

Hacıömeroğlu ve arkadaşları, madde bağımlılığı olan 32 erkek ve sağlıklı 31 erkeği karşılaştırdıkları çalışmada, uyumsuz şemalar ve baş etme stratejilerinin madde bağımlılığındaki rolünü araştırmışlardır. Bu çalışmada, madde bağımlılığı olan grup 14 şema alanının 9'unda kontrol grubuna göre daha yüksek puan almıştır (149). Ak ve arkadaşları, yaptıkları çalışmaların sonucunda, madde bağımlılığının tüm şema alanlarıyla bağlantılı olabileceğini bulmuşlar ve farkındalığı artırmayı sağlayacak bir kitap yayınlamışlardır (150).

Alevsaçanlar tarafından, madde bağımlılarında gözlenen uyum bozucu şemalar ve kullanılan başa çıkma davranışları araştırılmıştır. Madde bağımlılığı olanlar, terk edilme, başarısızlık, kusurluluk, karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık, sosyal izolasyon/güvensizlik, dayanıksızlık ve cezalandırılma şema alanlarında

kontrol grubuna göre daha yüksek puan almışlardır. Duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, yetersiz özdenetim, kendini feda, yüksek standartlar ve onay arayıcılık şema alanlarının madde bağımlılığı açısından anlamlı olmadığı gözlenmiştir (151).

Sivri ve arkadaşlarının alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanılı 40 kadın ve sağlıklı 80 kadını karşılaştırdıkları çalışmada, uyumsuz şemaların ve çocukluk çağı travmalarının alkol ve/veya madde kullanımına etkisi araştırılmıştır. Başarısızlık ve kendini feda şema alanları dışında olgu grubunun şema puanları anlamlı daha yüksek bulunmuştur (152).

Albal ve arkadaşlarının 661 opioid bağımlısı üzerinde yaptıkları çalışmada, uyumsuz şemaların bağımlılık şiddetine etkisi ve bu ilişkide psikolojik esnekliğin aracı rolü araştırılmıştır. Çalışma verilerine göre, şemaların bağımlılık şiddetini pozitif yönde etkilediği ancak aradaki ilişkinin zayıf ve çok zayıf düzeyde olduğu bulunmuştur. Karamsarlık şema alanı, diğerlerine göre daha yüksek ilişkili olarak saptanmıştır (153).

Araştırmalardan elde edilen bulgular, Ball'un teorisini destekler şekilde uyumsuz şemaların opioid bağımlılığında önemli rolü olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmaların sonuçları, opioid bağımlılarında kontrollere göre şemaların daha baskın olduğunu gösterse de, farklılıkların nedenine yönelik incelemeler kısıtlı kalmıştır. Bununla beraber opioid bağımlılığında yüksek seviyeleri tekrarlanan şema alanları net belirlenmemiştir.

2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Travma; kişinin fiziksel, sosyal, duygusal veya ruhsal sağlığı üzerinde kalıcı olumsuz etkileri olan, kişinin zararlı veya tehdit edici olarak deneyimlediği ya da şahit olduğu yaşantılar olarak tanımlanabilir. Hayatın her döneminde travma yaşanabilir ancak özellikle küçük çocuklar bakım ve koruma için başkalarına bağımlı olduklarından, travmaya karşı savunmasız durumdadırlar. Bu yüzden, travmatik deneyimler erken çocukluk döneminde yaşandığında olumsuz etkileri daha fazla olmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar, çocuğun biyolojik ve sosyal gelişimini, dünyaya bakış açısını, kişiliğinin şekillenmesini etkilemektedir ve psikopatoloji gelişmesinde önemli bir risk oluşturmaktadır (154,155).

Çocukluk çağı travmaları, yaygın olarak çocuk istismarı ve ihmali başlığı altında ele alınmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali ise disiplinler arası bir kavram olup, farklı alanlardan farklı araştırmacılar tarafından, farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali ele alınırken, ebeveynlik davranışına yönelik genel kabul görmüş ilkelerin ve beklentilerin kültürden kültüre değişebildiği hesaba katılmalıdır. Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği, çeşitli ülkelerdeki istismar tanımlarını inceleyerek bazı ortak noktalar bulmuştur. Çocuğun sağlığını, gelişmesini ve büyümesini olumsuz etkileyen, tehlikeye atan her çeşit fiziksel, duygusal, cinsel kötü davranışa maruz bırakılması ve temel ihtiyaçların karşılanmamasına sebep olan her pasif eylem çocuk istismar ve ihmali kapsamında değerlendirilir (156,157). Çocuk istismar ve ihmali birlikte incelenmesine rağmen tanımsal olarak birbirinden ayrılırlar. DSÖ'ye göre fiziksel, duygusal, cinsel olmak üzere üç istismar ve fiziksel, duygusal iki ihmal başlığı vardır (156).

2.3.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Opioid Kullanım Bozukluğuna Etkisi

Çocukluk çağında deneyimlenen travmatik yaşantıların çeşitli düzenekler aracılığıyla uzun dönemde hastalık yükünü artırdığı, psikopatoloji gelişimi açısından önemli risk faktörü oluşturduğu tekrarlayan çalışmalarla gösterilmiştir (155,158). Travmatik deneyimlere maruz kalan çocukların daha fazla risk altında olduğu gösterilen sorunlardan biri de madde kullanım bozukluklarıdır (159). Travmatik olaylara maruz kalma oranı ve travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşılama olasılığı özellikle opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde yaygın bulunmuştur (160). Örneğin Mills ve arkadaşları madde kullanım bozukluğu olan bireyler arasında travma sonrası stres bozukluğunun en yüksek oranda opioid kullanım bozukluğu olan bireylerde gözlendiğini bulmuşlardır (161).

Çocukluk çağı travması, potansiyel olarak endojen opioid sisteminde gelişimsel değişiklikler yoluyla, opioidlerin ödüllendirici özelliklerini ve ağrıya verilen tepkileri etkileyebilir. Çocukluk çağı travması ile morfinin etkileri arasındaki ilişkiyi araştıran randomize çift kör bir çalışmada, çocukluk çağı travması olan bireylerin morfinden daha yüksek oranda keyif aldığı ve başka bir doz için daha güçlü istek duyduğu gösterilmiştir. Bu veriler, çocukluk çağı travması olan kişilerin,

opiooidlerin olumlu ve keyif verici özelliklerine karşı daha fazla duyarlı olduğunu düşündürmektedir (12).

Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde çocukluk çağı travması prevalansını araştıran meta-analiz verilerine göre, OKB olanlarda genel popülasyondan daha yüksek oranda çocukluk çağı travması bildirilmiştir ve farklı travma türleri arasında %16-43 aralığında değişen oranlarda yaygındır. Duygusal istismar, en sık maruz kalınan travma türü olarak belirlenmiştir. Kadınlarda yaşanan cinsel ve duygusal istismar oranlarının erkeklere göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışma bulguları, çocuklukta yaşanan travmatik olayların OKB için bir risk faktörü oluşturduğunu desteklemiştir (162).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07/05/2021 tarihinde 2021/16 toplantı ve 16/8 karar sayısı ile etik açıdan uygunluk kararı alınmıştır (EK-1).

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmamızla ilgili örneklem büyüklüğü hesabında; duyguları bastırma alt ölçek puanı ortalama ve standart sapma değerleri (hasta grubunda 13.46 ± 8.89 , kontrol grubunda 9.13 ± 5.38) ile alfa hatanın (p değeri) 0,05, 1-beta hata (power) değerinin ise 0,80 olduğu varsayılarak yokluk hipotezinin test edilmesi için çalışmada grup başına 67 kişinin yeterli olacağı saptandı (7).

Çalışmamıza Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) polikliniğine başvuran hastalardan DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan 81 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu olarak hasta grubu ile eşleştirilmiş psikiyatrik tanısı olmayan 81 sağlıklı kontrol olmak üzere toplamda 162 katılımcı dahil edildi.

Araştırmacı tarafından OKB tanısı konup detoksifikasyon veya sürdürüm tedavisi planlanan, Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği'ne göre soruları yanıtlamaya engel düzeyde yoksunluğu olmayan hastalar, poliklinik şartlarında çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözlü ve yazılı şekilde ayrıntılı bilgilendirilip çalışmaya davet edilmiştir. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Bağımlılık Profil İndeksi özbildirim formu, Young Şema Ölçeği Kısa Form-3, Young Ebeveynlik Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği verilip doldurmaları istenmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılar ise hastane çalışanlarının sosyal çevrelerinden, ruhsal durum muayenesi ile psikiyatrik bozukluk saptanmayan ve madde kullanım öyküsü olmayan kişilerden seçilmiştir ve çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirilip çalışmaya davet edilmiştir. Kontrol grubundaki kişilerden Bağımlılık Profil İndeksi özbildirim formu dışındaki aynı ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

Hasta grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamak (EK-2)

2. 18-65 yaş aralığında olmak

3. Okur-yazar olmak

4. Hasta grubu için DSM-5 kriterlerine göre OKB tanısını karşılıyor olmak

Hasta grubu için çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Bilişsel bozulmaya yol açacak herhangi bir hastalığın bulunması (deliryum, demans, zeka geriliği vb).

2. Soruları yanıtlamaya engel olacak şiddette yoksunluk bulgusu (Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği'ne göre orta ve üzeri şiddette yoksunluk), (EK-3)

3. Opioid intoksikasyon tablosu

4. Aktif psikotik bozukluğun olması

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak (EK-2)

2. 18-65 yaş aralığında olmak

3. Okur-yazar olmak

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Madde kullanım bozukluğu öyküsünün olması

2. Ruhsal durum muayenesinde aktif psikiyatrik hastalık saptanmış olması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından bu çalışmanın amacına yönelik hazırlanmış olan 24 soruluk veri toplama aracıdır (EK-4). Bu formda; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanımı, eşlik eden tıbbi hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar girişim öyküsü, adli öykü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, birinci derece yakınların madde kullanımı, erken yaşta ebeveyn kaybı, ailede göç öyküsü bilgileri sorgulanmıştır. OKB olan gruba yönelik ilk madde kullanım yaşı ve kullanılan madde türü, ilk opioid kullanım yaşı, opioid kullanım

süresi ve miktarı, opioid kullanım yolu, tedavi başvurusu, AMATEM yatış öyküsü sorularını içermektedir.

3.2.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla Ögel, Evren, Karadağ ve Gürol (2012) tarafından geliştirilmiş 37 soruluk bir ölçektir. Uygulayıcı ve özbildirim şeklinde iki formu bulunmaktadır. Bu formların soru içeriği aynıdır fakat keskin değerlendirme yapabilmek amacıyla özbildirim formu beşli, uygulayıcı formu ise üçlü likert cevaplandırma sistemi ile oluşturulmuştur. Bu araştırmada bireylere özbildirim formu uygulanmıştır. Ölçek, madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, şiddetli madde kullanma isteği ve madde kullanımını bırakma motivasyonu olmak üzere beş alt ölçekten oluşmuştur. Alt ölçek puanları ayrı değerlendirilmekte, tüm ölçeğin puanı ise alt ölçeklerin ağırlıklandırılması ile elde edilmektedir. Tüm ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.89 ve alt ölçeklerin Cronbach's alfa katsayıları 0.63-0.86 arasında bulunmuştur (163). Çalışmamızda, OKB olan hasta grubunun bağımlılık profilini değerlendirmek için kullanılacaktır (EK-5).

3.2.3. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ)

Çalışmamızda katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalarının değerlendirilmesi amacıyla Young Şema Ölçeği'nin kısa formunun 3. versiyonu (YŞÖ) kullanılmıştır (EK-6). Doksan maddeden oluşan ölçek, Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi, Zedelenmiş Sınırlar, Diğer Yönelimlilik ve Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarının altında toplanan 18 şema boyutunu kapsamaktadır. Kendini bildirime dayalı olan ölçekte katılımcıdan her bir maddeyi kendini tanımlama gücüne göre 1 (benim için tamamıyla yanlış) ile 6 (beni mükemmel şekilde tanımlıyor) arasında derecelendirmesi istenmektedir. Ölçek için kesme puanı belirlenmemiş olmakla birlikte ölçekten alınan yüksek puanlar daha çok sayıda ve daha şiddetli erken dönem uyumsuz şemanın varlığına işaret etmektedir.

Ölçeğin orjinal formu 5 şema alanını ve 18 şema boyutunu kapsıyor olmasına rağmen, ölçeğin kapsadığı maddeler tarafından temsil edilen şema alanları ve alt boyutları çalışma yapılan topluluğa göre farklılık gösterebilmektedir. Ölçeğin 90 maddeden oluşan kısa formunun ülkemizdeki psikometrik incelemesi Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından üniversite örneklemini üzerinde gerçekleştirilmiştir. Temel bileşenler analizi sonucunda ölçeğin Türkçe formunda toplam madde sayısı aynı kalmakla birlikte, madde dağılımı özgün forma göre farklılık göstermiş ve 5 şema alanı altında yer alan 14 şema boyutuna ulaşılmıştır. Bu boyutlar duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme/bağımlılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk, dayanıksızlık ve yüksek standartlardır. Üst sıra faktör analizi sonucunda ise zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar, diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar şema alanlarına ulaşılmıştır.

Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayılarının şema boyutları için $\alpha = .63-.80$; şema alanları için $\alpha = .53-.81$ arasında değiştiği görülmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinin değerlendirilmesinde ise, şema boyutları için Pearson korelasyon katsayılarının $r = .66-.82$ ($p < .01$), şema alanları için Pearson korelasyon katsayılarının $r = .66-.83$ ($p < .01$) arasında değiştiği gözlenmiştir (164).

3.2.4. Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ)

Çalışmamızda katılımcıların algıladıkları ebeveynlik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ) kullanılmıştır (EK-7). Young (1994) tarafından geliştirilen ölçek, 72 maddeden oluşmakta ve anne babanın erken dönem uyumsuz şemaların kökenini oluşturduğu düşünülen çeşitli davranışlarını değerlendirmektedir. Ölçekte yer alan maddeler erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkilidir ve özgün formda yer alan şemalara karşılık gelen 17 alt boyut önerilmektedir. Kendini bildirme dayalı olan ölçekte katılımcıdan anne babasını tarif eden davranışları içeren her bir maddeyi, anne ve babasını ayrı ayrı olarak, çocukluğu sırasında en iyi tanımlayacak biçimde 1 (tamamıyla yanlış) ile 6 (ona tamamıyla uyuyor) arasında derecelendirmesi istenmektedir. Yüksek puan alınan

maddeler erken dönem uyumsuz şemaların oluşumuna zemin hazırlayan olumsuz ebeveyn tutumlarının şiddeti hakkında bilgi vermektedir.

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu (2008) tarafından üniversite örneklemi üzerinde yürütülmüştür . Temel bileşenler analizi sonucunda ölçeğin Türkçe Anne ve Baba formları için 10 alt boyuttan oluşan ortak bir yapıya ulaşılmıştır. Bu boyutlar; Kuralcı/Kalıplayıcı, Küçümseyici/Kusur Bulucu, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Sömürücü/İstismar Edici, Aşırı Koruyucu/Evhamlı, Koşullu/Başarı Odaklı, Aşırı İzin Verici/Sınırsız, Kötümser/Endişeli, Cezalandırıcı ve Değişime Kapalı/ Duyguları Bastıran ebeveynlik olarak belirlenmiştir. YEBÖ'nün duygusal bakımdan yoksun bırakıcı ebeveynlik boyutundaki tüm maddeler (1, 2, 3, 4, 5, 36, 45 ve 52) ters puanlanmaktadır.

Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının anne formunda $\alpha = .53-.86$; baba formunda $\alpha = .61-.88$ arasında değiştiği gözlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinin değerlendirilmesinde ise, anne formu için Pearson korelasyon katsayılarının $r = .38-.83$ ($p < .01$), baba formu için Pearson korelasyon katsayılarının $r = .56-.85$ ($p < .01$) arasında değiştiği anlaşılmıştır (144).

3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çalışmamızda katılımcıların çocukluk ve ilk gençlik yıllarında yaşamış olabilecekleri travmatik olayları değerlendirmek amacıyla kullanılacaktır (EK-8). Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen, Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından 2012 yılında Türkçe çevirisi ile birlikte geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan 28 maddelik 5'li likert tipi (1=hiçbir zaman; 5= çok sık) bir ölçektir. Her biri beşer soru içeren beş alt ölçeği vardır. Bu alt ölçekler çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve fiziksel, duygusal ihmali içerir. Bu alt ölçeklere ek olarak üç maddelik travma inkâr ölçümünü yapan minimizasyon alt ölçeği de içerir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93 bulunmuştur. Güncel araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .813 olarak belirlenmiştir (165,166).

3.2.6. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği

Wesson ve Ling tarafından geliştirilen, klinisyenin opiyat yoksunluğundaki hastada ortaya çıkan objektif (nabız, terleme, göz bebeği boyutu, burun akıntısı/göz yaşarması, kaz derisi görünümlü cilt) ve sübjektif (yerinde duramama, kemik/eklem ağrısı, sindirim sistemi rahatsızlığı, titreme, esneme, bunaltı/sinirlilik) bulguların tümünü değerlendirerek puanladığı bir ölçektir (167). Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği puanının 5-12 olması hafif; 13-24 olması orta; 25-36 olması orta- şiddetli; 36'dan fazla olması ise şiddetli yoksunluk bulgularına işaret eder. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği Türkçe sürümünün opiyat yoksunluğunu değerlendirmede güvenilir ve geçerli biçimde kullanılabileceği gösterilmiştir (168). OKB olan hastaların çalışmaya katılmalarına engel olabilecek şiddette yoksunluk bulgusu olup olmadığını değerlendirmek için araştırmacı tarafından uygulanacaktır (EK-3).

3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların demografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi betimleyici istatistiksel analizlerle incelendi. Araştırmada değerlendirilen OKB olan ve kontrol grubunda yer alan katılımcılar arasında cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, intihar öyküsü, geçmiş adli yaşantılarıyla bağlantılı oranlar Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Testi ile karşılaştırıldı. OKB olan ve kontrol grubunda yer alan katılımcılar arasında yaş ortalamaları Bağımsız Gruplar t testi ile karşılaştırıldı. OKB olan ve kontrol grubunda yer alan katılımcılar arasında YŞÖ, YEBÖ-Anne, YEBÖ-Baba ve ÇÇTÖ skor ortalamaları normal dağılan verilerde Bağımsız Gruplar t testi ile, normal dağılmayan verilerde Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. OKB olan vakaların BAPİ skorları ile YŞÖ, YEBÖ-Anne, YEBÖ-Baba ve ÇÇTÖ skorları arasındaki ilişki normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi ile, normal dağılım göstermeyen verilerde Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. BAPİ toplam skorlarını yordamada YŞÖ, YEBÖ ve ÇÇTÖ skorlarının etkinliği Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile incelendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık kat sayılarına ($\pm 1,5$) göre kontrol edildi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Analizlerin uygulanmasında IBM 26.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya OKB tanısı almış 71'i erkek (%87,7), 10'u kadın (%12,3) 81 hasta ve 71'i erkek (%87,7), 10'u kadın (%12,3) 81 kontrol katıldı. Ki-Kare analizine göre iki grubun cinsiyet dağılımı istatistiksel açıdan benzer bulundu. Yaşları 18 ile 57 arasında değişen hasta grubunun yaş ortalaması $30,75 \pm 8,45$ ve yaşları 18 ile 56 arasında değişen kontrol grubunun yaş ortalaması ise $30,79 \pm 8,82$ olarak saptandı. Bağımsız gruplar t testine göre hasta ve kontrol grubu arasında yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede benzer olduğu ($t=-0,03$, $p=0,978$) bulundu. Her iki grubun eğitim durumu incelendiğinde, katılımcıların %17,3'ünün ilkokul mezunu, %43,2'sinin ortaokul mezunu, %34,6'sının lise mezunu ve %4,9'unun ise üniversite mezunu olduğu saptandı ve Ki-Kare analizine göre iki grup aynı bulundu. Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastalar ile kontrol grubu arasında Ki-Kare analizlerinde çalışma durumu oranlarının ($X^2=49,81$, $p<0,001$), meslek oranlarının ($X^2=29,91$, $p<0,001$) ve medeni durumlarının ($X^2=16,66$, $p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu bulundu. Çocuk sahibi olma açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 1).

Tablo 1 : Araştırmaya katılan opioid kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun demografik özellikler açısından karşılaştırılması

		Grup					
		OKB		KG			
		N	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	71	87,7	71	87,7	0,00	AUD
	Kadın	10	12,3	10	12,3		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	14	17,3	14	17,3	0,00	AUD
	Ortaokul mezunu	35	43,2	35	43,2		
	Lise mezunu	28	34,6	28	34,6		
	Üniversite mezunu	4	4,9	4	4,9		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	40	49,4	6	7,4	49,81 ^a	<0,001
	Düzenli çalışıyor	28	34,6	67	82,7		
	Düzensiz çalışıyor	13	16,0	5	6,2		
	Öğrenci	0	0,0	3	3,7		
Meslek	İşçi	29	35,8	19	23,5	29,91 ^a	<0,001
	Memur	0	0,0	11	13,6		
	Serbest meslek	24	29,6	12	14,8		
	Diğer	17	21,0	36	44,4		
	Ev hanımı	1	1,2	0	0,0		
	Yok	10	12,3	3	3,7		
Medeni Durum	Bekar	51	63,0	37	45,7	16,66 ^a	<0,001
	Evli	18	22,2	41	50,6		
	Boşanmış	12	14,8	3	3,7		
Çocuk	Var	25	30,9	35	43,2	2,65 ^b	0,104
	Yok	56	69,1	46	56,8		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	T	p
Yaş		30,75	8,45	30,79	8,82	-0,03	0,978

a=Pearson Ki-Kare Analizi, b=Fisher's Exact test, t=Bağımsız Gruplar t testi,

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, AUD=Analize Uygun Değil

Fisher's Exact testine göre OKB olan hastaların sigara kullanım oranlarının (%100) kontrol grubunun oranlarından (%44,4) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($X^2=62,31$, $p<0,001$) bulundu. Ki-Kare Analizine göre OKB olan hastaların ek hastalık sahibi olma oranlarının (%25,9) kontrol grubu oranlarından (%11,1) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($X^2=5,89$, $p=0,015$) bulundu. Fisher's Exact testine göre OKB olan hastaların intihar girişim oranlarının (%17,3) kontrol grubu oranlarından (%3,7) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($X^2=7,95$, $p=0,009$) bulundu. Fisher's Exact testine göre OKB olan hastaların cezaevi yaşantısı oranlarının (%38,3) kontrol grubu oranlarından (%1,2) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu

($X^2=35,05$, $p<0,001$) bulundu. Fisher's Exact testine göre OKB olan hastaların madde ilişkisiz ($X^2=14,61$, $p<0,001$) ve madde ilişkili denetimli ($X^2=60,41$, $p<0,001$) serbestlik oranlarının kontrol grubu oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Ki-Kare Analizine göre OKB olan hastaların ailelerinde alkol/madde kullanım oranlarının kontrol grubu oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($X^2=18,02$, $p<0,001$) bulundu Ki-Kare analizine göre psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olma açısından OKB olan hastalar ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede göç öyküsü, erken yaşta ebeveyn kaybı açısından OKB olan hastalar ve kontrol grubu arasında Fisher's Exact testine göre anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun klinik özellikler açısından karşılaştırılması

		Grup					
		OKB		KG			
		n	%	n	%		
Sigara Kullanımı	Var	81	100,0	36	44,4	62,31 ^a	<0,001
	Yok	0	0,0	45	55,6		
Ek tıbbi hastalık	Var	21	25,9	9	11,1	5,89 ^b	0,015
	Yok	60	74,1	72	88,9		
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	19	23,5	15	18,5	0,60 ^b	0,440
	Yok	62	76,5	66	81,5		
İntihar girişim öyküsü	Var	14	17,3	3	3,7	7,95 ^a	0,009
	Yok	67	82,7	78	96,3		
Cezaevi yaşantısı	Var	31	38,3	1	1,2	35,05 ^a	<0,001
	Yok	50	61,7	80	98,8		
Madde ilişkisiz denetimli serbestlik	Var	18	22,2	2	2,5	14,61 ^a	<0,001
	Yok	63	77,8	79	97,5		
Madde ilişkili denetimli serbestlik	Var	44	54,3	0	0,0	60,41 ^a	<0,001
	Yok	37	45,7	81	100,0		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	17	21,0	12	14,8	1,05 ^b	0,305
	Yok	64	79,0	69	85,2		
Ailede göç öyküsü	Var	12	14,8	5	6,2	3,22 ^b	0,073
	Yok	69	85,2	76	93,8		
Erken yaşta ebeveyn/bakım veren kaybı	Var	5	6,2	6	7,4	0,10 ^b	0,755
	Yok	76	93,8	75	92,6		
Birinci derece yakınında alkol/madde kullanım	Var	28	34,6	6	7,4	18,02 ^b	<0,001
	Yok	53	65,4	75	92,6		

a=Pearson Ki-Kare Analizi, b=Fisher's Exact test

Araştırmada değerlendirilen OKB olan hastaların ilk madde kullanım yaşının 12 ile 39 arasında değiştiği (ort 17,65±4,73), ilk opioid kullanım yaşının 13 ile 40 arasında değiştiği (ort 21,31±5,64), toplam opioid kullanım süresinin 1 ile 30 yıl arasında olduğu (ort 7,31±5,26), son dönem günlük opioid kullanım miktarının 0,5-6 gram arasında değiştiği (ort 2,52±1,51) bulundu. OKB olan hastalardan 58 kişi (%71,6) başlangıç maddesi olarak esrar, 15 kişi (%18,5) ise eroin kullandığını bildirdi. OKB olan hastaların %84'ü folyo ile, %8,6'sı damar yolu ile, %4,9'u hem folyo hem damar yolu, %2,5'u diğer yollardan opioid kullandığını ve %37'si (30 kişi) en az bir defa damar yolu ile opioid kullanım deneyimi olduğunu bildirdi. OKB olan hastalarının %90,1'inin daha önce tedavi başvurusunda bulunduğu, %55,6'sının AMATEM sevisinde yatarak tedavi gördüğü ve tedavi ile remisyon süresinin ortalama 14,60±16,90 ay olduğu bildirildi (Tablo 3).

Tablo 3: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların madde kullanım özellikleri

		N	%
İlk Kullanılan Madde Türü	Eroin	15	18,5
	Esrar	58	71,6
	Ekstazi	3	3,7
	Taş	1	1,2
	Uçucu maddeler	2	2,5
	Amfetamin türevleri	1	1,2
	Yeşil reçeteli ilaçlar	1	1,2
Opioid Kullanım Yolu	Folyo	68	84,0
	Folyo+Damar yolu	4	4,9
	Damar yolu	7	8,6
	Diğer	2	2,5
İV Deneyim	Var	30	37,0
	Yok	51	63,0
OKB nedeniyle tedavi başvurusu	Var	73	90,1
	Yok	8	9,9
Evet ise hangi tedavi	1-Buprenorfin+Nalokson	39	48,1
	2-Naltrekson	2	2,5
	1+2	25	30,9
	3-Metadon	1	1,2
	4-Semptomatik	6	7,4
AMATEM yatış	Var	45	55,6
	Yok	36	44,4
		Ort.±SS.	Min.-Maks.
İlk madde kullanım yaşı		17,65±4,73	12,00-39,00
İlk opioid kullanım yaşı		21,31±5,64	13,00-40,00
Toplam opioid kullanım süresi(yıl)		7,31±5,26	1,00-30,00
Son dönem günlük opioid kullanım miktarı(gr)		2,52±1,51	0,50-6,00
Tedavi ile remisyon süresi/(ay)		14,60±16,90	0,00-96,00

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum.

4.2. KATILIMCILARIN YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ, YOUNG EBEVEYNLİK ÖLÇEĞİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların YŞÖ puanlarına bakıldığında, OKB tanılı grubun tüm şema alanları için toplam puanı kontrol grubundan yüksek saptandı. Mann Whitney U testine göre OKB tanılı hastaların duygusal yoksunluk alt ölçeği puanlarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-3,38$, $p=0,001$) bulundu. Bağımsız gruplar t testine göre OKB tanılı hastaların başarısızlık ($t=5,38$, $p<0,001$), karamsarlık ($t=4,79$, $p<0,001$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($t=5,91$, $p<0,001$), duyguları bastırma ($t=2,02$, $p=0,045$), iç içe geçme/bağımlılık ($t=6,89$, $p<0,001$), ayrıcalıklılık/ yetersiz özdenetim ($t=2,20$, $p=0,029$), terk edilme ($t=6,99$, $p<0,001$), cezalandırılma ($t=4,00$, $p<0,001$), kusurluluk ($t=6,31$, $p<0,001$) ve dayanıksızlık ($t=6,34$, $p<0,001$) alt ölçeği puanlarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4).

Tablo 4: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun Young Şema Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Grup					
	OKB		KG			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Analiz	p
Duygusal Yoksunluk	13,33	6,53	10,12	5,09	Z=-3,38	0,001
Başarısızlık	15,49	5,67	11,31	4,11	t=5,38	<0,001
Karamsarlık	16,01	6,18	11,75	5,07	t=4,79	<0,001
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	22,40	6,71	16,62	5,68	t=5,91	<0,001
Duyguları Bastırma	13,52	5,38	11,91	4,70	t=2,02	0,045
Onay Arayıcılık	20,89	5,40	19,25	6,33	t=1,78	0,078
İç İç Geçme/Bağımlılık	24,16	8,19	16,25	6,32	t=6,89	<0,001
Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	25,41	7,23	22,86	7,47	t=2,20	0,029
Kendini Feda	17,36	5,10	16,14	5,53	t=1,46	0,145
Terk Edilme	14,11	5,51	8,77	4,12	t=6,99	<0,001
Cezalandırılma	24,59	5,99	20,59	6,72	t=4,00	<0,001
Kusurluluk	14,81	6,32	9,63	3,76	t=6,31	<0,001
Dayanıksızlık	15,84	5,61	10,70	4,66	t=6,34	<0,001
Yüksek Standartlar	9,99	4,17	9,51	4,07	t=0,74	0,458

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Z=Mann Whitney U testi, t=Bağımsız Gruplar t testi

Katılımcıların YEBÖ Anne formundan aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, OKB tanıli hastaların her alt ölçek için aldığı puan kontrol grubundan daha yüksek saptandı. Mann Whitney U testine göre OKB tanıli hastaların YEBÖ Anne küçümseyici/kusur bulucu alt ölçeği puanlarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-6,19$, $p<0,001$) bulundu. Bağımsız gruplar t testine göre OKB tanıli hastaların YEBÖ Anne formu alt boyutlarından kuralcı/kalıplayıcı ($t=2,94$, $p=0,004$), aşırı koruyucu/evhamlı ($t=3,86$, $p<0,001$), aşırı izin verici/sınırsız ($t=2,04$, $p=0,043$), kötümser/endişeli ($t=3,58$, $p<0,001$) ve değişime kapalı/duygularını bastıran ($t=3,63$, $p<0,001$) alt ölçeği puanlarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 5: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun YEBÖ Anne formu puanlarının karşılaştırılması

	Grup					
	OKB		KG			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
YEBÖ Anne Kuralcı/Kalıplayıcı	34,49	13,41	28,65	11,78	t=2,94	0,004
YEBÖ Anne Küçümseyici/Kusur Bulucu	20,30	10,68	12,48	5,68	Z=-6,19	<0,001
YEBÖ Anne Yoksun Bırakıcı	19,90	10,21	18,44	8,00	t=1,01	0,314
YEBÖ Anne Sömürücü/İstismar Edici	10,07	6,27	8,43	3,57	Z=-1,76	0,079
YEBÖ Anne Aşırı Koruyucu/Evhamlı	24,84	6,06	21,16	6,08	t=3,86	<0,001
YEBÖ Anne Koşullu/Başarı Odaklı	18,52	5,70	17,46	6,71	t=1,09	0,279
YEBÖ Anne Aşırı İzin Verici/Sınırsız	12,85	5,70	11,14	4,97	t=2,04	0,043
YEBÖ Anne Kötümser/Endişeli	8,88	4,01	6,72	3,66	t=3,58	<0,001
YEBÖ Anne Cezalandırıcı	11,09	4,86	9,59	3,65	Z=-1,75	0,080
YEBÖ Anne Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran	9,30	3,52	7,42	3,05	t=3,63	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Z=Mann Whitney U testi, t=Bağımsız Gruplar t testi

Katılımcıların YEBÖ Baba formundan aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, OKB tanıli hastaların her alt ölçek için aldığı puan kontrol grubundan daha yüksek saptandı. Mann Whitney U testine göre OKB tanıli hastaların YEBÖ Baba formu alt boyutlarından küçümseyici/kusur bulucu ($Z=-5,98$, $p<0,001$), sömürücü/istismar edici ($Z=-2,79$, $p=0,005$), kötümser/endişeli ($Z=-5,22$, $p<0,001$) ve cezalandırıcı ($Z=-3,55$, $p<0,001$) alt ölçeği puanlarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-6,19$, $p<0,001$) bulundu. Bağımsız Gruplar t testine göre OKB tanıli hastaların YEBÖ Baba formu alt boyutlarından kuralcı/kalıplayıcı ($t=3,04$, $p=0,003$), yoksun bırakıcı ($t=2,62$, $p=0,010$), aşırı koruyucu/evhamlı ($t=2,81$, $p=0,006$), aşırı izin verici/sınırsız ($t=3,37$, $p=0,001$) ve değişime kapalı/duygularını bastıran ($t=3,58$, $p<0,001$) alt ölçeği puanlarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 6: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun YEBÖ Baba formu puanlarının karşılaştırılması

	Grup					
	OKB		KG			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Analiz	p
YEBÖ Baba Kuralcı/Kalıplayıcı	38,00	13,86	31,46	13,58	t=3,04	0,003
YEBÖ Baba Küçümseyici/Kusur Bulucu	24,16	12,02	14,56	8,33	Z=-5,98	<0,001
YEBÖ Baba Yoksun Bırakıcı	27,11	11,78	22,57	10,28	t=2,62	0,010
YEBÖ Baba Sömürücü/İstismar Edici	12,49	7,92	9,81	5,62	Z=-2,79	0,005
YEBÖ Baba Aşırı Koruyucu/Evhamlı	21,42	6,58	18,75	5,46	t=2,81	0,006
YEBÖ Baba Koşullu/Başarı Odaklı	18,37	5,49	17,19	6,76	t=1,23	0,222
YEBÖ Baba Aşırı İzin Verici/Sınırsız	14,51	7,34	11,20	4,91	t=3,37	0,001
YEBÖ Baba Kötümser/Endişeli	9,27	4,11	6,02	3,15	Z=-5,22	<0,001
YEBÖ Baba Cezalandırıcı	12,88	5,44	10,00	4,23	Z=-3,55	<0,001
YEBÖ Baba Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran	10,12	4,39	7,86	3,60	t=3,58	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Z=Mann Whitney U testi, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız gruplar t testine göre OKB tanılı hastaların ÇÇTÖ inkar alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu ($t=-1,98$, $p=0,050$) bulundu. Bağımsız gruplar t testine göre OKB tanılı hastaların ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=2,81$, $p=0,006$) bulundu. Mann Whitney U testine göre OKB tanılı hastaların ÇÇTÖ alt ölçeklerinden duygusal istismar ($Z=-5,13$, $p<0,001$), duygusal ihmal ($Z=-3,00$, $p=0,003$), fiziksel istismar ($Z=-5,54$, $p<0,001$) ve toplam ($Z=-4,63$, $p<0,001$) alt ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 7).

Tablo 7: Opioid kullanım bozukluğu olan hastalar ve kontrol grubunun ÇÇTÖ ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup					
	OKB		KG			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Analiz	P
ÇÇTÖ Duygusal İstirmar	9,80	4,07	6,83	2,16	Z=-5,13	<0,001
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	12,93	4,98	10,60	3,99	Z=-3,00	0,003
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	7,88	3,70	5,56	1,97	Z=-5,54	<0,001
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	8,21	3,05	7,04	2,20	t=2,81	0,006
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	5,79	2,05	5,26	,82	Z=-1,45	0,148
ÇÇTÖ İnkâr	,46	,71	,70	,87	t=-1,98	0,050
ÇÇTÖ Toplam	44,60	13,44	35,27	7,66	Z=-4,63	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Z=Mann Whitney U testi, t=Bağımsız Gruplar t testi

Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların bağımlılık profili incelendiğinde, bağımlılık profil indeksi toplam puan ortalaması $13,80\pm1,41$, bağımlılık profil indeksi alt boyutlarından olan madde kullanım özellikleri puan ortalaması $1,63\pm1,15$, bağımlılık tanı ölçütleri puan ortalaması $17,79 \pm 3,26$, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi puan ortalaması $28,78\pm4,36$, şiddetli madde kullanma isteği puan ortalaması $13,21\pm2,13$, madde kullanımını bırakma motivasyonu puan ortalaması $11,57\pm0,91$ olarak saptandı (Tablo 8a). OKB olan hastaların bağımlılık şiddet dağılımına bakıldığında, 10 kişinin (%12,3) düşük, 32 kişinin (%39,5) orta, 39

kişinin (%48,1) yüksek seviyede bağımlılık şiddeti gösterdiği bulunmuştur (Tablo 8b).

Tablo 8: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların Bağımlılık Profil İndeksi puanları

Bağımlılık Profil İndeksi	Ort.	SS.	Minimum	Maximum
Madde kullanım özellikleri	1,63	1,15	,36	5,00
Bağımlılık tanı ölçütleri	17,79	3,26	10,00	24,00
Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi	28,78	4,36	16,00	40,00
Şiddetli madde kullanma isteği	13,21	2,13	8,00	16,00
Madde bırakma motivasyonu	11,57	,91	9,00	12,00
Toplam	13,80	1,41	10,88	16,65

Tablo 9: Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların bağımlılık şiddetine göre dağılımı

	N	%
Düşük	10	12,3
Orta	32	39,5
Yüksek	39	48,1

4.3. KORELASYON ANALİZLERİ

Korelasyon analizlerinde OKB tanılı hastaların BAPI madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanları ile YŞÖ alt boyutlarından başarısızlık ($r=0,260$, $p<0,05$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=0,224$, $p<0,05$), iç içe geçme/bağımlılık ($r=0,275$, $p<0,05$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu. Korelasyon analizlerinde OKB tanılı hastaların BAPI tanı ölçütleri alt ölçeği puanları ile YŞÖ alt boyutlarından karamsarlık ($r=0,271$, $p<0,05$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=0,318$, $p<0,01$), duyguları bastırma ($r=0,268$, $p<0,05$), iç içe geçme/bağımlılık ($r=0,267$, $p<0,05$), ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim ($r=0,364$, $p<0,01$), kusurluluk ($r=0,234$, $p<0,05$) ve dayanıksızlık ($r=0,243$, $p<0,05$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu.

Korelasyon analizlerinde OKB tanılı hastaların BAPI madde kullanımının yaşama etkisi alt ölçeği puanları ile YŞÖ alt boyutlarından sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=0,226$, $p<0,05$) ve iç içe geçme/bağımlılık ($r=0,227$, $p<0,05$)) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu. Korelasyon analizlerinde OKB tanılı hastaların BAPI toplam puanları ile YŞÖ alt boyutlarından başarısızlık ($r=0,231$, $p<0,05$), sosyal izolasyon/güvensizlik ($r=0,268$, $p<0,05$) ve iç içe geçme/bağımlılık ($r=0,270$, $p<0,05$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu (Tablo 9).

Tablo 10: Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların Bağımlılık Profil İndeksi ve Young Şema Ölçeği puanları arasındaki korelasyon

	Madde kullanım özellikleri	Tanı ölçütleri	Madde kullanımının yaşama etkisi	Şiddetli madde kullanma isteği	Madde bırakma motivasyonu	BAPI toplam
YŞÖ Duygusal Yoksunluk	,065	,028	,109	-,128	-,203	-,019
YŞÖ Başarısızlık	,260*	,163	,097	,096	-,053	,231*
YŞÖ Karamsarlık	,156	,271*	,090	-,085	,043	,184
YŞÖ Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	,224*	,318**	,226*	-,003	-,041	,268*
YŞÖ Duyguları Bastırma	,171	,268*	,010	,037	,034	,195
YŞÖ Onay Arayıcılık	-,183	,179	,018	,094	,039	,047
YŞÖ İç İçe Geçme/Bağımlılık	,275*	,267*	,227*	-,039	-,019	,270*
YŞÖ Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	,175	,364**	,174	-,101	-,087	,205
YŞÖ Kendini Feda	,048	,024	-,113	-,086	,161	-,005
YŞÖ Terk Edilme	,157	,193	,059	-,073	,072	,151
YŞÖ Cezalandırılma	,001	,178	-,086	-,101	-,037	,002
YŞÖ Kusurluluk	,210	,234*	,189	-,034	-,097	,204
YŞÖ Dayanıksızlık	,194	,243*	-,009	-,037	,040	,171
YŞÖ Yüksek Standartlar	-,005	,143	,041	-,119	-,074	,000

* $<0,05$, ** $<0,01$

Korelasyon analizlerinde OKB tanılı hastaların BAPI madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanları ile YEBÖ Anne formu alt boyutlarından kuralcı/kalıplayıcı ($r=0,242$, $p<0,05$), küçümseyici/kusur bulucu ($r=0,288$, $p<0,01$), aşırı izin verici/sınırsız ($r=0,343$, $p<0,01$), değişime kapalı/duygularını bastıran ($r=0,219$, $p<0,05$) ve YEBÖ Baba formu alt boyutlarından aşırı izin verici/sınırsız ($r=0,344$, $p<0,001$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu. Korelasyon analizlerinde OKB tanılı hastaların BAPI şiddetli madde kullanma isteği alt ölçek puanları ile YEBÖ Baba formu alt boyutlarından küçümseyici/kusur bulucu ($r=-0,232$, $p<0,05$), yoksun bırakıcı ($r=-0,261$, $p<0,05$) ve cezalandırıcı ($r=-0,254$, $p<0,05$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu. Korelasyon analizlerinde OKB tanılı hastaların BAPI toplam puanları ile YEBÖ Anne formu alt boyutlarından kuralcı/kalıplayıcı ($r=0,265$, $p<0,05$), küçümseyici/kusur bulucu ($r=0,225$, $p<0,05$) ve değişime kapalı/duygularını bastıran ($r=0,298$, $p<0,01$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu (Tablo 10).

Tablo 11: Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların Bağımlılık Profil İndeksi ve Young Ebeveynlik Ölçeği puanları arasındaki korelasyon

	Madde kullanım özellikleri	Tanı ölçütleri	Madde kullanımının yaşama etkisi	Şiddetli madde kullanma isteği	Madde bırakma motivasyonu	BAPİ toplam
YEBÖ Anne Kuralcı/Kalıplayıcı	,242*	,084	,214	,076	,155	,265*
YEBÖ Anne Küçümseyici/Kusur Bulucu	,288**	,059	,158	-,002	,154	,225*
YEBÖ Anne Yoksun Bırakıcı	,172	,075	,161	-,077	,109	,130
YEBÖ Anne Sömürücü/İstismar Edici	,148	,027	,165	,033	-,036	,130
YEBÖ Anne Aşırı Koruyucu/Evhamlı	,097	,004	,024	-,109	-,008	,017
YEBÖ Anne Koşullu/Başarı Odaklı	-,010	-,119	-,020	,026	,056	-,033
YEBÖ Anne Aşırı İzin Verici/Sınırsız	,343**	,183	,082	-,046	-,071	,204
YEBÖ Anne Kötümser/Endişeli	,213	,193	,060	-,096	,212	,186
YEBÖ Anne Cezalandırıcı	,212	,059	,035	-,172	,108	,078
YEBÖ Anne Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran	,219*	,210	,156	,168	,041	,298**
YEBÖ Baba Kuralcı/Kalıplayıcı	,030	-,163	-,102	-,193	,090	-,131
YEBÖ Baba Küçümseyici/Kusur Bulucu	,120	-,078	-,041	-,232*	,065	-,064
YEBÖ Baba Yoksun Bırakıcı	,121	-,092	,019	-,261*	-,041	-,095
YEBÖ Baba Sömürücü/İstismar Edici	,182	-,110	,076	-,131	-,064	-,004
YEBÖ Baba Aşırı Koruyucu/Evhamlı	,038	,005	-,002	,049	,037	,051
YEBÖ Baba Koşullu/Başarı Odaklı	-,143	-,128	-,143	-,047	-,005	-,170
YEBÖ Baba Aşırı İzin Verici/Sınırsız	,344**	,050	-,004	-,056	-,072	,122
YEBÖ Baba Kötümser/Endişeli	-,088	,034	,039	-,165	-,139	-,105
YEBÖ Baba Cezalandırıcı	-,008	-,076	-,125	-,254*	-,087	-,185
YEBÖ Baba Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran	-,063	-,025	,119	,019	-,109	-,009

*<0,05, **<0,01

Korelasyon analizlerine göre OKB tanılı hastaların BAPI şiddetli madde kullanma isteği ile ÇÇTÖ duygusal istismar alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu ($r=-0,273$, $p<0,05$), buna ek olarak diğer BAPI ve ÇÇTÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 11).

Tablo 12: Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların Bağımlılık Profil İndeksi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları arasındaki korelasyon

	Madde kullanım özellikleri	Tanı ölçütleri	Madde kullanımının yaşama etkisi	Şiddetli madde kullanma isteği	Madde bırakma motivasyonu	BAPİ toplam
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	,149	,042	,062	-,273*	,044	-,001
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	,203	-,021	,194	-,121	-,010	,080
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	,022	-,140	-,027	-,152	,036	-,099
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	,190	-,085	,020	-,115	-,080	-,006
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	,167	-,030	,077	,119	,125	,134
ÇÇTÖ İnkâr	,004	-,053	-,112	-,015	-,078	-,072
ÇÇTÖ Toplam	,195	-,058	,100	-,177	,021	,022

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

4.4. REGRESYON ANALİZİ

Bağımlılık Profil İndeksi toplam puanlarını yordamada YŞÖ, YEBÖ ve ÇÇTÖ puanlarının etkinliği basit doğrusal regresyon analizi ile incelenmiş olup kurulan modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=1,30$, $p=0,208$) bulundu. Buna ek olarak kurulan modelde alt değişkenler incelendiğinde BAPİ toplam puanlarını açıklamada YŞÖ alt ölçeklerinden iç içe geçme/bağımlılık alt ölçeğinin ($p=0,037$); YEBÖ Anne alt ölçeklerinden kötümser/endişeli alt ölçeğinin ($p=0,019$); YEBÖ Baba alt ölçeklerinden yoksun bırakıcı ($p=0,028$) ve aşırı koruyucu/evhamlı ($p=0,034$) etkili birer faktör olabileceği değerlendirildi (Tablo 12).

Tablo 13: Bağımlılık Profil İndeksi toplam puanlarını yordamada Young Şema, Young Ebeveynlik ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarının etkinliği

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T	p	95,0% GA	
	B	SH	Beta			AL	ÜL
Sabit	15,537	1,962		7,921	<0,001	11,572	19,501
YŞÖ Duygusal Yoksunluk	-0,071	0,038	-0,331	-10,873	0,068	-0,148	0,006
YŞÖ Başarısızlık	0,018	0,050	0,072	0,354	0,725	-0,084	0,119
YŞÖ Karamsarlık	-0,010	0,046	-0,043	-0,212	0,833	-0,102	0,083
YŞÖ Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	0,083	0,041	0,397	2,010	0,051	0,000	0,167
YŞÖ Duyguları Bastırma	-0,030	0,052	-0,114	-0,572	0,571	-0,135	0,075
YŞÖ Onay Arayıcılık	0,001	0,048	0,005	0,027	0,978	-0,096	0,098
YŞÖ İç İç Geçme/Bağımlılık	0,078	0,036	0,451	2,159	0,037	0,005	0,150
YŞÖ Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim	0,060	0,034	0,309	1,771	0,084	-0,008	0,129
YŞÖ Kendini Feda	-0,069	0,048	-0,251	-1,434	0,159	-0,167	0,028
YŞÖ Terk Edilme	-0,016	0,049	-0,063	-0,329	0,744	-0,114	0,082
YŞÖ Cezalandırılma	-0,004	0,044	-0,016	-0,086	0,932	-0,092	0,085
YŞÖ Kusurluluk	-0,032	0,045	-0,143	-0,709	0,482	-0,122	0,059
YŞÖ Dayanıksızlık	-0,034	0,053	-0,134	-0,634	0,530	-0,141	0,074
YŞÖ Yüksek Standartlar	-0,055	0,061	-0,162	-0,900	0,373	-0,177	0,068
YEBÖ Anne Kuralcı/Kalıplayıcı	0,009	0,037	0,081	0,231	0,818	-0,066	0,083
YEBÖ Anne Küçümseyici/Kusur Bulucu	-0,007	0,051	-0,052	-0,133	0,895	-0,111	0,097
YEBÖ Anne Yoksun Bırakıcı	0,013	0,032	0,095	0,408	0,685	-0,052	0,078
YEBÖ Anne Sömürücü/İstismar Edici	0,058	0,057	0,257	10,020	0,314	-0,057	0,172
YEBÖ Anne Aşırı Koruyucu/Evhamlı	-0,030	0,040	-0,131	-0,767	0,448	-0,110	0,050
YEBÖ Anne Koşullu/Başarı Odaklı	-0,001	0,055	-0,002	-0,009	0,993	-0,112	0,111
YEBÖ Anne Aşırı İzin Verici/Sınırsız	0,022	0,048	0,091	0,468	0,642	-0,074	0,119
YEBÖ Anne Kötümser/Endişeli	0,183	0,075	0,520	2,440	0,019	0,031	0,334
YEBÖ Anne Cezalandırıcı	-0,065	0,076	-0,224	-0,850	0,401	-0,219	0,089
YEBÖ Anne Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran	0,094	0,068	0,237	1,397	0,170	-0,042	0,231
YEBÖ Baba Kuralcı/Kalıplayıcı	0,019	0,029	0,185	0,653	0,518	-0,039	0,077
YEBÖ Baba Küçümseyici/Kusur Bulucu	0,009	0,046	0,076	0,192	0,849	-0,084	0,102
YEBÖ Baba Yoksun Bırakıcı	-0,082	0,036	-0,689	-2,285	0,028	-0,155	-0,010
YEBÖ Baba Sömürücü/İstismar Edici	0,010	0,047	0,059	0,225	0,823	-0,084	0,105
YEBÖ Baba Aşırı Koruyucu/Evhamlı	-0,104	0,047	-0,488	-0,197	0,034	-0,200	-0,008
YEBÖ Baba Koşullu/Başarı Odaklı	-0,031	0,058	-0,120	-0,529	0,600	-0,148	0,087
YEBÖ Baba Aşırı İzin Verici/Sınırsız	0,044	0,044	0,230	0,996	0,325	-0,045	0,133
YEBÖ Baba Kötümser/Endişeli	-0,049	0,070	-0,142	-0,689	0,495	-0,191	0,094
YEBÖ Baba Cezalandırıcı	-0,006	0,063	-0,022	-0,090	0,929	-0,133	0,121
YEBÖ Baba Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran	0,047	0,059	0,146	0,794	0,432	-0,072	0,166
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	-0,037	0,098	-0,107	-0,379	0,706	-0,234	0,160
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	0,006	0,060	0,021	0,099	0,921	-0,116	0,128
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	-0,089	0,080	-0,235	-1,120	0,270	-0,251	0,072
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	-0,087	0,094	-0,188	-0,924	0,361	-0,276	0,103
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	0,030	0,096	0,044	0,312	0,756	-0,164	0,224
ÇÇTÖ İnkâr	-0,242	0,314	-0,122	-0,771	0,445	-0,876	0,393

Basit Doğrusal Regresyon Analizi, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, SH=Standart Hata. R²=0,56, F=1,30, p=0,208

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, OKB tanılı katılımcıların ve sağlıklı katılımcıların uyumsuz şemalar, algıladıkları ebeveyn tutumları, çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılması ve bu değişkenlerin bağımlılık profiline etkisinin araştırılması amacıyla kesitsel şekilde tasarlanmıştır. Çalışma bulgularımıza göre OKB olan hastalar şema alanları, algıladıkları ebeveyn tutumları ve çocukluk çağı travma öyküleri açısından kontrol grubundan anlamlı farklılıklar göstermiştir. Bazı şema alanları ve bazı ebeveyn tutumları bağımlılık şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Bu bölümde elde ettiğimiz bulguları literatür eşliğinde yorumlamaya ve tartışmaya çalışacağız.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLER

Madde kullanım bozukluklarının epidemiyolojisine ilişkin yapılan çalışmalarda, erkeklerin opioid kullanım ve bağımlılık oranlarının tüm madde türlerinde olduğu gibi kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (169–171). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, madde kullanımı nedeniyle tedavi başvurusunda bulunanların çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu ve opioid kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer şekilde erkeklerin yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (2,172). Madde kullanım bozukluklarına ilişkin yapılan çalışmalarda kadın katılımcılara ulaşmak daha zor olmuştur. Bu durum erkeklerin yapısal ve davranışsal olarak daha yüksek bağımlılık riskine sahip olmasının yanı sıra; toplum tarafından kadınlara yüklenen rollerin getirdiği damgalanma korkusuna ve başvuru oranındaki azlığa bağlı olabilir. Araştırmamıza katılan OKB tanılı hastaların %87,7'si erkeklerden ve %12,3'ü kadınlardan oluşmaktaydı. Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında araştırmamızda erkek oranının fazla olması literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 30,75 olarak hesaplanmıştır. Opioid bağımlılık yaygınlığını ve hastalık yükünü küresel düzeyde inceleyen bir çalışmada OKB'nin en sık 25-29 yaş aralığında görüldüğü saptanmıştır (170). Literatüre bakıldığında, OKB nedeniyle tedavi başvurularının 20-35 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir (173). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre ise OKB

vakaları daha sık olarak 20-29 yaş aralığındadır (2). Araştırmamızdaki OKB tanılı hastaların yaş dağılımının mevcut literatür ile benzer olduğu söylenebilir.

Literatüre bakıldığında, OKB olan kişilerin sıklıkla düşük eğitim seviyesine sahip oldukları görülmektedir (2,174). Araştırmamıza katılanların eğitim durumu incelendiğinde, literatürle uyumlu olacak şekilde hastaların %17,3'ünün ilkokul mezunu, %43,2'sinin ortaokul mezunu, %34,6'sının lise mezunu ve %4,9'unun ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, düşük eğitim seviyesinin OKB için bir risk faktörü olduğunu düşündürmekle beraber; opioid kullanımının da akademik performansı olumsuz etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Araştırmamıza katılan OKB tanılı hasta grubu ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesi açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Kontrol grubunun yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesi olarak hasta grubuna benzer seçilmesi, araştırmamızın sonuçları için bu faktörlerin karıştırıcı olmasını engellemiştir.

Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların madde kullanımı ile ilgili özelliklerine bakıldığında, ortalama 17,6 yaşında madde kullanımına başladıkları, ortalama 21,31 yaşında opioid kullanımına başladıkları, toplam opioid kullanım süresinin ortalama 7,31 yıl olduğu, son dönem günlük opioid kullanım miktarının 0,5-6 gram arasında değiştiği ortalama 2,52 gram olduğu belirlendi. OKB olan hastaların %84'ü folyo ile, %8,6'sı damar yolu ile, %4,9'u hem folyo hem damar yolu, %2,5'u diğer yollardan opioid kullandığını ve %37'si (30 kişi) en az bir defa damar yolu ile opioid kullanım deneyimi olduğunu bildirdi. OKB olan hastaların %90,1'inin daha önce tedavi başvurusunda bulunduğu, %55,6'sının AMATEM sevisinde yatarak tedavi gördüğü ve tedavi ile remisyon süresinin ortalama 14,6 ay olduğu belirlendi. Çalışmamıza katılan OKB tanılı hastaların büyük çoğunluğunun geçmişte tedavi başvurularının olması, arınma döneminden sonra yeniden madde kullanımına başlamaları tedavi motivasyonlarının olmasına rağmen nükse engel olamadıklarını düşündürmüştür. OKB olan hastalardan 58 kişi (%71,6) başlangıç maddesi olarak esrar, 15 kişi (%18,5) ise eroin kullandığını bildirdi. Dünya genelinde, OKB olanların madde kullanımına 14-16 yaşlarında tipik olarak esrar ile başladıkları, opioid kullanımına başlamadan önce diğer maddeleri geçiş maddesi olarak kullandıkları ve yirmili yaşların biraz altında opioid kullanımına geçtikleri

bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer veriler bulunmuştur (175–177).

Araştırmamızda OKB olanların herhangi bir işte çalışmama durumunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olması literatür ile uyumludur. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmaların çoğunluğunda OKB olanların işsiz olduğu ya da düzensiz çalıştığı bulunmuştur (2,178,179). Opioid kullanımına bağlı gelişen alışkanlıklar, yaşam tarzı değişiklikleri, adli süreçler dahil yaşanan uyum sorunları bir iş bulmayı ve çalışma hayatını düzenli sürdürmeyi zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda sosyoekonomik durumdaki güçlüklerin de madde kullanımında artışa neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan OKB tanılı hastaların %63'ünün bekar, %14,8'inin boşanmış, %22,2'sinin evli olduğu ve %30,9'unun çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu ile kıyaslandığında OKB olanların bekar ve boşanmış olma durumu anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çocuk sahibi olma açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Literatürdeki mevcut çalışmalarda OKB ile boşanma sıklığı arasında güçlü bağlantılar kurulmuştur (2,180). OKB ve boşanma arasındaki ilişkinin karşılıklı ve döngüsel olduğu düşünülmektedir. Opioid kullanımının olması sorumlulukların yerine getirilmesinde, ilişki sürdürülmesinde sorunlara yol açmaktayken; duygusal ilişkileri sürdürmekte yaşanan başarısızlıklar ve boşanmanın sonuçlarıyla baş etme yolu olarak opioid kullanımına başlanması da kaçınılmazdır.

Araştırmamızda OKB olan hasta grubunun %25,9'unda ek tıbbi hastalık varlığı saptanmış olup, kontrol grubuna kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu farklılık, opioid kullanımının bulaşıcı hastalıklar dahil olumsuz sağlık sonuçlarına neden olması ve kronik hastalık sahibi olmanın baş etme yöntemi olarak opioid kullanımına yol açmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca dikkat çekici şekilde çalışmamızdaki OKB olan hastaların tamamı sigara kullandığını belirtmiştir. Kontrol grubunun sigara kullanım oranı ise %44,4 bulunmuştur. Araştırmalar, OKB olanlarda yaşam boyu sigara kullanımının evrensel olduğunu göstermektedir (175,177). Sigara kullanımı da ek tıbbi hastalık oranındaki farklılık için karıştırıcı faktör olabilir.

Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerin diğer psikiyatrik bozukluklar için yüksek risk taşıdığı çalışmalarda tutarlı şekilde gösterilmiştir (181–183). Çalışmalarda en sık olarak duygudurum bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu,

travma sonrası stres bozukluğu ve kişilik bozuklukları öne çıkmıştır. Hangisinin önce başladığını belirlemek zor olsa da; OKB ve diğer psikiyatrik hastalıkların eş zamanlı görülmesi de yaygındır. Araştırmamıza katılan OKB grubu psikiyatrik öykü açısından %23,5 oranıyla literatürle uyumlu bulunmuştur fakat kontrol grubu ile arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Araştırmamızda OKB olanlarda intihar girişim öyküsü %17,3 oranıyla anlamlı yüksek bulunmuştur. OKB'nin, genel bir halk sağlığı sorunu olan intihar davranışı için risk faktörü olduğu ve intihar davranışına yatkınlığın aşırı dozda opioid kullanımı nedeniyle gelişen ölüm oranlarında önemli rol oynadığı bilinmektedir. OKB ve yaşam boyu intihar girişimini inceleyen çalışmalarda, yüksek intihar girişim oranları (%17 ile %48 arasında değişen) gösterilmiştir (183–188). Bu durumun opioid kullanımının yol açtığı biyolojik ve psikososyal sorunların yansıması olduğu düşünülmektedir. Bizim araştırmamızda OKB olanlardaki intihar oranı literatüre kıyasla görece düşük saptansa da, elimizdeki veriler opioid kullanıcılarında intihar girişiminin genel popülasyondan daha sık görüldüğünü ve dikkatle ele alınmayı gerektiren bir sorun olduğunu desteklemektedir.

Araştırmamızda OKB olan grubun ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü %21 oranıyla kontrol grubundan daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır Ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü katılımcıların beyanına dayalı olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle, OKB'nin ailedeki psikiyatrik yük ile ilişkisini değerlendirmek için bu verilerin yetersiz olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda OKB olanların birinci derece yakınlarında alkol madde kullanım oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, OKB olanların en az üçte birinin bir ebeveyninin madde bağımlısı olduğu görülmüştür, ülkemizdeki çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (189,190). Bu bulgu, ailede alkol/madde kullanımına yönelik tutumun, esnekliğin, sosyal öğrenmenin önemini gösterdiği gibi bağımlılığın gelişmesinde genetik faktörlerin etkisine de dikkat çekmektedir.

Opioid kullanım bozukluğu ile suç davranışı arasında doğrudan ve nedensel bir ilişki olduğu büyük ölçekli çalışmalarla gösterilmiştir. Opioid kullanıcılarında suça karışma oranı genel popülasyondan yüksektir, cezaevindeki nüfusta yapılan çalışmalarda ise opioid kullanımı daha fazla sayıda ve ciddi suçlarla ilişkili

bulunmuştur (191,192). Bizim araştırmamızda da OKB olanların cezaevi yaşantısı ve madde ilişkili veya ilişkisiz denetimli serbestlik öykülerinin kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanması literatürü desteklemektedir.

5.2. KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

5.2.1. Uyumsuz Şema Alanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Son dönemde, madde kullanımına başlama ve devam edilmesinde, bağımlılığın şiddetlenmesinde, yüksek relaps yaşanmasında bir risk faktörü olarak erken dönem uyumsuz şemalar araştırılmaya başlanmıştır. Ball, 1998 yılında madde kullanımının şemalarla ilişkili olduğunu öne sürdükten sonra bu konuya olan ilgi giderek artmıştır (124). Yapılan çalışmalarda, MKB olanların şema alanlarının çoğunda bağımlı olmayanlara kıyasla daha yüksek puanlar aldığı gösterilmiştir (4,124,140,145,149,193). Uyumsuz şemaların neden olduğu duygularla baş etmenin, bu duygulardan kaçınmanın ya da şemanın aşırı telafi edilmesinin bir yolu olarak madde kullanımında artış olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden, MKB'nin tedavisinde uyumsuz şemaların ele alınmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar, baskın olan şemalardaki ve baş etme tarzlarındaki farklılıklara bağlı olarak kullanılan madde türünün değişebileceğini öne sürmüştür (132,145,194). Literatürde, özel olarak opioid kullanıcılarındaki şemaları incelemek amacıyla yapılan kısıtlı sayıda araştırma, şemalar ve opioid kullanımının ilişkili olduğunu bulmuştur. Bizim araştırmamızda gruplar arası YŞÖ puanları karşılaştırıldığında, OKB olan hastalar tüm şema alanlarında kontrol grubuna göre daha yüksek puan almıştır ve 14 şema alanının 11'inde (onay arayıcılık, kendini feda ve yüksek standartlar hariç) yüksekliğin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bölümde OKB olan hastaların erken dönem uyumsuz şema puanları mevcut literatür eşliğinde değerlendirilecektir.

Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı: Çalışmamızda, OKB olan hastaların kopukluk ve reddedilmişlik alanında yer alan şemaların hepsinde (duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik ve kusurluluk) kontrol

grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek puan aldığı bulunmuştur. Kopukluk ve reddedilmişlik alanı, yapılan çalışmalarda MKB ile en ilişkili ve etki gücü en yüksek bulunan şema alanıdır (146,147). Bu şema alanının alt boyutları kişinin sevgi, empati, güven, bakım, kabul görme gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması ve travmatik çocukluk deneyimleri ile bağlantılıdır. Bu temel ihtiyaçların karşılanmamış olması ve karşılanmayacağına ilişkin güçlü inançların oluşturduğu eksikliği telafi etmeye yönelik madde kullanımına eğilim ve bağımlılığın gelişebildiği düşünülmektedir.

Duygusal Yoksunluk: MKB ve uyumsuz şemalar ilişkisini ele alan birçok çalışmada duygusal yoksunluk şema puanları yüksek düzeyde bulunmuştur ve MKB olan hastalar arasında en temel ve belirleyici şema alanlarından biri olduğu gösterilmiştir (140,146,147,195). Özel olarak opioid kullanan bireylerde yapılan çalışmalarda da, benzer şekilde duygusal yoksunluk şema alanının baskın olduğu bulunmuş ve OKB geliştirme riskini güçlü şekilde yordadığı gösterilmiştir (6,7,9). Çalışmamızda bu şema alanıyla ilgili elde edilen sonuçlar literatürle uyumlu görünmektedir. Duygusal yoksunluk şema alanı baskın olan kişiler, olumsuz düşünce, duygu ve duyumları aktifleştğinde çözüm yolu olarak opioid kullanımına yöneliyor olabilir. Duygusal yoksunluğu olan kişiler, inançlarını doğrulayacak şekilde uygun duygusal desteği bulamayacakları ortamları ya da insanları seçerek opioid kullanımına açık hale gelmiş olabilirler. Ayrıca, opioid kullanımı nedeniyle yaşanabilecek iletişim sorunları kişiyi daha az erişilebilir kılabilir.

Duyguları Bastırma: Yapılan çalışmalarda, OKB olan kişilerin duyguları bastırma alanında şema puanları yüksek bulunmuştur (7–9). Şemalar ve bağımlılık ilişkisinde kullanılan madde türünün de etkili olabileceğini öne süren bir çalışmada, duyguları bastırma şema alanı hem alkol hem opioid kullanan grupta daha belirgin şekilde yüksek saptanmıştır (145). Çalışmamızda OKB olan hastalarda duyguları bastırma şema puanlarının kontrol grubundan anlamlı yüksek saptanmış olması literatürü desteklemektedir. Duyguları bastırma şema alanı baskın olan kişiler, aşırı inhibe edilen duyguların oluşturduğu sıkıntıdan kurtulmanın bir yolu olarak opioid kullanıyor olabilir. Aynı zamanda OKB olan kişilerin yaşadıkları sorunlara sağlıklı şekilde çözüm yolu geliştirmek yerine düşünmekten kaçındığı ve opioid kullanımıyla beraber yoğun duyguları bastırdığı düşünülebilir.

Sosyal İzolasyon/Güvensizlik: Sosyal izolasyon şema alanı ülkemizde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre güvensizlik/suistimal edilme şema alanı ile beraber değerlendirilmektedir (164). Çalışmamızda OKB olan hastaların sosyal izolasyon/güvensizlik şema alanı anlamlı düzeyde yüksek saptandı ve bu sonuç literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir. OKB olan hastalarda uyumsuz şemaları araştıran çalışmalar, sosyal izolasyon ve güvensizlik şema alanlarının opioid kullanımı ile ilişkili olduğunu bulmuştur ve OKB riskini güçlü düzeyde tahmin edebildiğini göstermiştir (6,7,9). Metadon idame tedavisi altında olan hastaların yeniden madde kullanımına kayması ile şema alanları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, sosyal izolasyon, güvensizlik, terk edilme ve kusurluluk şemaları tekrar madde kullanımına başlamada risk olarak gösterilmiştir (196). Kişinin kendisini bir gruba ait hissedemediği, başkaları tarafından zarar göreceğine inandığı bu şema alanı baskın olduğunda, kişiler sosyal ortamlarda daha rahat hissetmek için bir baş etme yolu olarak opioid kullanıyor olabilirler. Opioid kullanımının yol açtığı duygusal, bilişsel, yaşantısal değişikliklerin bir sonucu olarak sosyal geri çekilme ve yalnızlaşmanın geliştiği göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun opioid kullanımını daha da artırdığı düşünülebilir.

Kusurluluk: Çalışmamızda, opioid kullanımı ve şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sonuçlarına benzer şekilde, OKB olan hastalarda kusurluluk şema alanı anlamlı ölçüde yüksek bulundu (5–9). Kusurluluk şemasını aktive eden yaşam olayları karşısında ortaya çıkan utanç duygusuyla mücadele etmenin bir yolu olarak opioid kullanımı gelişebileceği gibi, opioid kullanımı sonrasında oluşan utanç ve suçluluk duygusunun kişinin özsaygısını olumsuz etkileyerek kusurluluk şemasını destekleyip sürdürdüğü de düşünülebilir.

Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma Alanı: Ülkemizde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre bu şema alanında iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, dayanıksızlık, karamsarlık alt boyutları yer alır (164).

İç İçe Geçme/Bağımlılık: Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, OKB olan hastalarda bireyselleşmeyi ve sosyal gelişimi olumsuz etkileyecek şekilde kişinin bir veya daha fazla kişi ile aşırı duygusal yakınlık içinde olduğu bu şema alanı anlamlı yüksek bulunmuştur (5–9). En baskın farklılığın iç içe geçme, terk edilme ve yetersiz özdenetim şema alanlarında saptandığı bir çalışmada, iç içe geçme şeması ile madde

kullanımı arasındaki bağlantıyı açıklamak için yakın ilişkilerdeki karşılıklı bağımlılık kavramına değinilmiştir (140,197). Ayrıca bu şema alanı baskın olduğunda, kişinin kendisini yetersiz olarak görmesinin, sorumluluk alamayacağına ve sorunlarla tek başına mücadele edemeyeceğine dair güçlü inançlara sahip olmasının yol açtığı endişe ve korku, kişiyi opioid kullanımına yönlendiren bir faktör olabilir.

Terk Edilme: Güvensiz bağlanmayla ilişkili olan bu şema alanı, çalışmalarda OKB tanılı hastalarda baskın olduğu gösterilen şema alanlarından biridir (5,6,8,9). Çalışmamızda, literatürle benzer şekilde OKB olan hastalarda terk edilme şema alanı anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu durum, terk edilme şemasına zemin hazırladığı düşünülen olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının OKB olan kişiler arasında yaygın görülmesiyle ilişkilendirilmiştir. Terk edilme şeması baskın kişilerin gerçek veya farazi bir terk edilme tehdidi karşısında yaşadığı korkuyla baş etmek için opioid kullanımına yöneldiği düşünülebilir.

Başarısızlık: Çalışmamızda OKB olan hastaların başarısızlık şema puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ve bu sonuç literatürle uyumludur (5,6,8). Çalışmalarda OKB olanların eğitim seviyesinin düşük bulunması, başarısızlığın her tür MKB için risk faktörü oluşturduğu bilgisini desteklemektedir. Sadece bir çalışmada, başarısızlık şema alanı OKB riskini öngörmeye anlamlı bulunmamıştır ve bu durum örneklem seçiminde hasta ve kontrol grubunun eğitim seviyesinin benzer tutulmasıyla açıklanmıştır (9). Aynı zamanda, uzun süreli opioid kullanımının bir sonucu olarak akademik ve mesleki işlevsellikte gerileme görülmektedir. Opioid kullanıcıları arasında sık görülen dürtüsel özellikler ve dikkati sürdürmekte yaşanan zorluklar akademik başarıyı düşürüyor olabilir.

Dayanısızlık: Düşük engellenme eşiği ve olumsuz duygulara dayanısızlığın bağımlılığın oluşumu ve sürdürülmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Olumsuz yaşam olayları karşısında çözüm yolu olarak başvuru olan opioid kullanımı, bir süre sonra stresle baş etmenin tek yolu olacak ve kişinin stres toleransı daha da kötüleşecektir. Çalışmamızda literatürü destekler şekilde, OKB olan hastaların dayanısızlık şema alanı puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (5–7,9).

Karamsarlık: Çalışmamızda OKB olan hastaların, yoğun olarak olumsuza odaklanma ve olumlu şeyleri küçümsemekle karakterize olan karamsarlık şema

puanları literatürle benzer şekilde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (5–9). Ülkemizde, OKB vakalarında uyumsuz şemaların bağımlılık profiline etkisini araştıran çalışmada, karamsarlık şema alanının diğer şemalardan daha yüksek ilişkili olduğu bulunmuştur (153). Sürekli olumsuz beklentiler içinde olmanın hissettirdiği acı verici duygulardan kurtulmak için opioid kullanıldığı ve zamanla bu davranışın pekişerek bağımlılığa dönüştüğü düşünülebilir.

Zedelenmiş Sınırlar Alanı: Ülkemizde yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasına göre yetersiz özdenetim ve haklılık/büyükleme şema boyutları bir arada değerlendirilmektedir (164). Kişinin davranışlarını düzenleme ve inhibe etmesiyle ilgili sorunlar yaşadığı, her şeyi kendine hak gördüğü ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şema alanı, çalışmamızda OKB olan hastalarda anlamlı yüksek saptanmıştır. Literatürde, yetersiz özdenetim MKB gelişiminde önemli olan en temel şema alanlarından biri olarak gösterilmiştir (140,146,147,194). OKB olan kişilerde yapılmış bir çalışmada, hem erkek hem de kadınlarda en yaygın şema alanının yetersiz özdenetim olduğu bulunmuştur (5). Bu durum, MKB tanısı almış kişilerin daha düşük kendini yönetme kapasitesine sahip olmasıyla, daha fazla yenilik arayışı ve dürtüsellik içinde yaşamasıyla ilişkilendirilebilir. Dolayısıyla bu kişilerin kendilerine gerçekçi sınırlar belirleyememeleri, madde kullanımı gibi riskli davranışlara yatkınlığı artırabilir. Ayrıca, duyguları düzenleme konusunda yetersizlik yaşayan bu kişiler saldırgan davranışları azaltmanın bir yolu olarak opioid kullanıyor olabilir.

Diğeri Yönelimlilik Alanı: Bu alanda kendini feda ve cezalandırılma boyutları değerlendirilecektir (164). Çalışmamızda, OKB olan hastalarda cezalandırılma şema alanı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmış fakat kendini feda şema alanı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Cezalandırılma şema alanı ile ilgili sonuçlarımız literatürle uyumludur (5–9). Cezalandırılma şema alanı baskın olan kişiler, kendilerini ya da başkalarını affedemedikleri durumlarda yaşadıkları olumsuz duygularla baş etmek amacıyla veya kendilerini cezalandırmanın bir yolu olarak opioid kullanımına yöneliyor olabilir. Literatürde MKB ve OKB olan gruplarda çoğunlukla düşük olarak saptanan kendini feda şema alanı ile ilgili sonuçlarımız bu çalışmalarla uyumludur (9,145,148,151,152). Bazı çalışmalarda ise yüksek olduğu bulunmuştur (5,6,8). Bunun bir açıklaması olarak,

baskın şemaların telafisinde bir düzeye kadar işe yarayan kendini feda davranışlarının aşırı olduğunda tükenmişliğe yol açarak kişiyi madde kullanımına yönlendirdiği düşünülebilir.

Yüksek Standartlar Alanı: Bu alanda yüksek standartlar ve onay arayıcılık boyutları değerlendirilecektir (164). Çalışmamızda, OKB olan hastalar ve kontrol grubu arasında bu şemalar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Yüksek Standartlar: Mükemmelliyetçi özellikler sergileyen bu kişiler, başkalarının takdir ve onayına önem vererek yüksek standartlara ulaşma ihtiyacı duyarlar. Onaylanmamalarına neden olabilecek eylemlerden kaçındıkları için çalışmamızda OKB olan hastalarda anlamlı saptanmaması anlaşılır görünmektedir ve sonuçlarımız birçok çalışma ile uyumludur (7,9,145,148). Bazı çalışmalarda yüksek saptanması, gerçekçi olmayan katı standartlar karşısında yaşanabilecek başarısızlığın felaket gibi algılanması sonucu uyumsuz bir başa çıkma yöntemi olarak madde kullanılmış olabileceğini düşündürmektedir (5,6,8).

Onay Arayıcılık: Bu şema alanına sahip kişiler, başkaları tarafından onaylanmaya ve ilgilenilmeye önem verirler. Yüksek standartlar şema alanında olduğu gibi toplum tarafından onaylanmayan davranışlardan kaçınma eğilimindedirler. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamızda OKB olanlarda onay arayıcılığın yüksek saptanmaması anlaşılırdır ve bazı çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir (149,151). Onay arayıcılık şemasını anlamlı bulan çalışmalar, bu kişilerin önem verdikleri kişiler tarafından onaylanmadıklarında bu durumla baş edebilmek için opioid kullanımına yöneliyor olabildiğini düşünmüştür (5,6,8).

Özetleyecek olursak; araştırmamızın EUŞ ile ilgili olan sonuçları, OKB hasta örneklerinde uyumsuz şemaların yaygın bir sorun olduğunu gösteren literatürle benzer olduğunu düşündürmüştür. Literatürde, her şema alanı için çeşitli düzeylerde anlamlılık gösterilse de; kopukluk ve reddedilme alanı, zedelenmiş otonomi ve zedelenmiş sınırlar alanındaki şema boyutları daha belirgin bulunmuştur ve çalışmamızın bulguları bu sonuçlarla benzerdir. Hem MKB hem de sadece OKB olan hastalarda yapılan çalışmalar, uyumsuz şemaların çoğunda klinik olmayan gruba göre anlamlı yükseklik saptarken; yüksek standartlar ve kendini feda şema alanları için sınırlı farklılık olduğunu öne sürmüştür (7,9,145,148,193,198). OKB olan hastalarla yapılan bir çalışmada, yüksek standartlar ve kendini feda şema alanları

uyumlu başa çıkmanın ve dayanıklılığın bağımsız yordayıcıları olarak gösterilmiştir (7). Bizim çalışmamızda da, literatürle benzer şekilde OKB olan hastalarda 14 şema alanından 11'i anlamlı yüksek bulunmuş; kendini feda, yüksek standartlar ve onay arayıcılık şema alanları için farklılık saptanmamıştır. Bulgularımız, OKB olan hastaları değerlendirirken baskın şema alanlarının belirlenmesine ve bu alanlara yönelik uygun yaklaşımların tedavi programına dahil edilmesine dikkat çekmektedir.

5.2.2. Algılanan Ebeveyn Tutumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Opioid kullanım bozukluğu ile ilişkisi gösterilen uyumsuz şemaların birincil kaynağını toksik çocukluk deneyimleri oluşturmaktadır. Birçok gelişim kuramına göre, bir çocuğun erken dönem olumsuz yaşantılarını büyük ölçüde aile dinamikleri belirler. Bu yüzden, OKB'yi önlemeye yönelik yaklaşımlarda uyumsuz şemalarla beraber ebeveyn tutumları da terapötik bir hedef olabilir.

Literatür, madde kullanımı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişki için daha çok ergenlik çağında yapılan çalışmalarla sınırlıdır. Ebeveynlik tarzına ilişkin algıların yaşamın erken bir döneminde oluştuğunu ve zamanla istikrar gösterdiğini destekleyen çalışmalar, ebeveynlik tarzının çocuğun iyi olma halini, sosyal yeterliliğini, akademik performansını, psikososyal gelişimini, sorunlu davranışlarını ve madde kullanımını yordadığını öne sürmektedir (10). Araştırmalar, belirli ebeveynlik tarzlarının ergenler arasında madde kullanımına eğilim ile bağlantılı olduğunu bulmuştur. Aile içi ilişkilerin kopuk yaşanması, ebeveynlerin aşırı otoriter davranması, ilgisiz, aşırı izin verici, reddedici ve ihmalkâr olması madde kullanımı açısından risk olarak gösterilmiştir (10,11,199,200). Bu alandaki çalışmaların esas olarak ergen örneklerine odaklandığı düşünülürse, ebeveynlik tarzının madde kullanımı eğilimi ve şiddeti üzerindeki etkisinin yetişkinlik döneminde devam edip etmediğini belirlemek değerli olacaktır. Literatürde, OKB olanlarda bu konuyu şema teorisi üzerinden araştıran bir çalışmaya rastladık. Jalali ve arkadaşları, OKB olan 56 erkeğin uyumsuz şema ve ebeveyn tutumlarını kontrol grubu ile kıyaslamışlar ve OKB olan grubun hatalı ebeveyn tutumlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklı olduğunu; OKB olan hastalarda cezalandırıcı, duygusal olarak yoksun bırakıcı, duyguları bastıran ve tutarsızlık gösteren ebeveynlik kökenlerinin yaygın olduğunu

bulmuşlardır (6). Bu tarz ebeveyn tutumlarının çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını engellediği ve duygusal gelişimini bozduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların annelerine ilişkin algıladıkları ebeveyn tutumlarını değerlendirdiğimizde, OKB olan hastaların anne ebeveynlik puanları kuralcı/kalıplayıcı, küçümseyici/kusur bulucu, aşırı koruyucu/evhamlı, aşırı izin verici/sınırsız, kötümser/endişeli, değişime kapalı/duyguları bastıran tutumlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların babalarına ilişkin algıladıkları ebeveyn tutumlarını değerlendirdiğimizde, OKB olan hastaların baba ebeveynlik puanları kuralcı/kalıplayıcı, küçümseyici/kusur bulucu, duygusal yoksun bırakıcı, sömürücü/istismar edici, koruyucu/evhamlı, aşırı izin verici/sınırsız, kötümser/endişeli, cezalandırıcı, değişime kapalı/duyguları bastıran tutumlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Kuralcı/kalıplayıcı ebeveynlik tutumu; duyguları bastırma, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şemalarının gelişmesine yol açabilecek otoriter ebeveyn davranışlarını kapsamaktadır. MKB gelişiminde ebeveyn davranışlarını araştıran çalışmalarda, otoriter tutumların madde kullanımına başlama ve bağımlılık gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (11). Çalışmamızda OKB olan hastaların hem annelerine hem de babalarına ilişkin algıladıkları kuralcı/kalıplayıcı ebeveyn tutumunun anlamlı bulunması literatürle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda OKB olan hastaların her iki ebeveyne yönelik algıladıkları kusur bulucu/küçümseyici ebeveynlik anlamlı yüksek saptanmıştır. Çocukların sürekli olarak eleştirildiği, değersizleştirildiği ve kendini ifade etmelerinin kettendiği ebeveynlik tarzı kişinin istikrarlı bir benlik algısı ve özsaygı geliştirmesini engellemektedir. Bu tarz ebeveynlik tutumları, kişinin kusurlu ve başarısız olduğuna ilişkin işlevsiz inançlar geliştirmesine ve uyumsuz baş etme yöntemi olarak opioid kullanmasına yol açabilir.

Çocukların duygusal olarak desteklenmediği, sosyal ilişki kurmasını sınırlandıracak şekilde duygularının engellendiği yoksun bırakıcı ebeveyn tutumu, MKB'yi yordayıcı rolü yüksek bulunan duygusal yoksunluk şema alanı ile ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda MKB olan kişilerde algılanan aile desteğinin düşük olduğu gösterilmiştir. Bu ebeveyn tutumu, çalışmamızda OKB olan hastaların babalarına

ilişkin olarak anlamlı bulunmuştur. Toplumumuzda baba figürünün aile içi ilişkilere duygusal olarak daha az katılıyor olması bu durumun açıklayıcısı olabilir.

Terk edilme ve güvensizlik şema alanlarının gelişimine yol açtığı düşünülen sömürücü/istismar edici ebeveynlik tutumu, çalışmamızda OKB olan hastaların babalarına yönelik anlamlı bulunmuştur. Her türden riskli davranışa eğilimin artışında istismar deneyimlerinin yordayıcı olarak gösterilmesi, çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Ülkemizde kültürel olarak anneler, çocuklarla daha çok vakit geçiren ve bakım veren kişiler olduğu için istismar eden kişinin de anne olması beklenmektedir (201). Çalışmamızın bu beklentiye uymaması, cinsiyetler arası maruz kalınan istismar türlerindeki farklılık ve örneklemimizin çoğunluğunun erkeklerden oluşmasıyla açıklanabilir. Ayrıca, literatürde baba-çocuk ilişkisinin anne-çocuk ilişkisine göre davranışsal faktörlerden daha çok etkilendiği belirtilmiştir (202).

Çalışmamızda her iki ebeveyne yönelik algılanan aşırı izin verici/sınırsız ebeveynlik tutumunun anlamlı bulunması literatürle örtüşmektedir. Ebeveynlerin aşırı izin verici/sınırsız yaklaşımları, OKB olan hastalarda baskın olduğu gösterilen dürtüsel davranışlarla karakterize yetersiz özdenetim şema alanının gelişmesine yol açar. Çocuklarına disiplin ve sorumluluk vermeyen, sınırları öğretmeyen, onları aşırı serbest bırakan ebeveynlerin davranışları çocuklar tarafından reddedilme olarak algılanmaktadır. Yapılan bir çalışma sonucunda, OKB olan hastaların ailelerinde daha fazla reddedici tutum sergilendiği, bu tutumların OKB seyrini olumsuz etkilediği bulunmuştur (200). Çalışmalarda, ebeveynlerini izin verici olarak tanımlayan bireylerin MKB geliştirme riskinin yüksek olduğu, madde kullanımına daha erken yaşta başladıkları ve miktar olarak daha fazla madde kullandıkları gösterilmiştir (10,11).

Çocukların özerklik ihtiyacının desteklenmediği, bireyleşmesinin engellendiği davranışlarla karakterize olan aşırı koruyucu/evhamlı ebeveynlik tutumu, kişinin kendisini yetersiz olarak algılamasına, sorunlarla baş edemeyeceğine inanmasına, dünyayı tehlikeli olarak görmesine zemin hazırlar. Ebeveynlerin aşırı koruyucu/evhamlı tarzdaki tutumları, OKB olan hastalarda yaygın saptanan iç içe geçme/bağımlılık ve dayanıksızlık şema alanlarının gelişmesiyle ilişkilendirilmiştir. Bizim çalışmamız bu ilişkiyi destekler niteliktedir ve OKB olan hastaların her iki

ebeveyne yönelik algıladıkları aşırı koruyucu/evhamlı ebeveynlik tutumu anlamlı saptanmıştır. Ebeveynlerin bu tarzdaki tutumlarının ve ilişkili şema alanlarının sonuçları opioid kullanım riskini artırıyor olabilir. Aşırı izi verici/sınırsız ve aşırı koruyucu/evhamlı tarzdaki birbirine zıt ebeveynlik tutumlarının opioid kullanımıyla ilişkili bulunması, ihtiyaçların hiç karşılanmaması gibi çok fazla karşılanmasının da şema gelişiminde önemli olduğunu destekleyen bir örnek olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda OKB olan grupta, çocukların kendiliğindenlik ihtiyacının desteklenmediği, onlara her an tetikte olmanın öğretildiği kötümser/endişeli tutumlar her iki ebeveyne yönelik anlamlı saptanmıştır. Bu şekilde davranan ebeveynler çocuklarda karamsarlık şemasının gelişmesine neden olurlar. Ebeveynleri tarafından endişeli, korkulu, kötümser yaklaşımlarla yetiştirilen çocuklar, kendi karamsar inançlarıyla ve olumsuz duygularıyla baş etmek için opioid kullanımı gibi uyumsuz davranışlara yönelebilir.

Değişime kapalı/duyguları bastıran ebeveynlik biçimi, çocuklara karşı olumlu duyguların gösterilmediği, çocukların dürtü ve ihtiyaçlarını ifadesi etmesine fırsat tanınmadığı yaklaşımlarla karakterizedir. Bu yaklaşımları benimseyen ebeveynler, çocukların içinden geldiği gibi davranmasına engel olurlar. Araştırmalar, MKB olan ergenlerin aile içi duygu paylaşımını zayıf olarak bildirdiklerini, duygularını ifade etme konusunda yetersizlik ve zorluk yaşadıklarını göstermiştir (203,204). Çalışmamızda bu verilerle uyumlu olarak, OKB olan hastaların ebeveynlerini değişime kapalı/duyguları bastıran tutumda algılayışı anlamlı yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız, bu ebeveynlik yaklaşımı ile yetişen bireylerin, zayıf aile ilişkisiyle başa çıkmak, sosyal destek ve aidiyet duygusunu kazanmak için opioid kullanımına yönelmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Cezalandırıcı tutuma sahip ebeveynler, otoriter bir yaklaşımla çocuklarına karşı hoşgörüsüz, katı, öfkeli ve tahammülsüz davranırlar. Bu davranışlarla yetiştirilen birey, olumsuz duygu ve inançlarıyla baş etmek, kendisini ya da ailesini cezalandırmak için madde kullanımına yönelebilir, bazen de bu katı ortamda otorite boşluğu oluşmasıyla riskli davranışlara kalkışabilir. Çalışmamızda OKB olan hastalar babalarını anlamlı düzeyde cezalandırıcı olarak değerlendirmiştir fakat annelerin cezalandırıcı tutumu kontrol grubuna göre farklı bulunmamıştır. Bu durum, kültürel açıdan ülkemizdeki aile içi rol dağılımına, babanın cezalandırıcı yaklaşımları

karşısında annenin denge sağlayan taraf olmasına ve çocuklar tarafından anne-babanın katı tutumunun farklı algılanmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda OKB olan hastaların algıladıkları koşullu/başarı odaklı ebeveyn tutumu kontrol grubuna göre farklılık göstermemiştir. Koşullu/başarı odaklı ebeveyn biçiminde, ancak bir koşulun sağlanmasıyla çocukların duygu ve ihtiyaçlarına karşılık verilir. Bu durum bireyde onay arayıcılık şemasının gelişmesine yol açar. OKB olan hastalarda onay arayıcılık şema alanının kontrol grubundan farklı bulunmamasıyla çalışmamızın kendi içinde tutarlı olduğu söylenebilir. Aynı zamanda, koşullu/başarı odaklı ebeveyn tutumu sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerde çocukların riskli ortam ve davranışlardan uzak tutulması için koruyucu olabilir.

5.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Erken dönemde yaşanan olumsuz deneyimler, biyolojik ve psikososyal uzun süreli etkileriyle davranış düzenlenmesinde güçlüklerle, sosyal ilişkilerin bozulmasına ve çeşitli hastalıklara yatkınlığın artmasına neden olur. Çocukluk çağında deneyimlenen travmatik yaşantıların çeşitli düzenekler yoluyla risk oluşturduğu sorunlardan biri de opioid kullanımıdır. Yaşamın erken dönemlerinde travmaya maruz kalmış kişilerin opioidlerin olumlu ve keyif verici özelliklerine karşı daha fazla duyarlı olduğunu gösteren çalışmalar, travmatik yaşantıların endojen opioid sistemi üzerinde gelişimsel değişikliklere yol açtığını desteklemektedir (12). Bir meta-analiz, OKB olan kişilerde genel popülasyona göre daha yüksek oranlarda çocukluk çağı travması saptandığını bildirmiştir (162). Ayrıca, çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler, OKB olan kişilerde eşlik eden zihinsel bozukluklar ve kötü tedavi sonuçları ile ilişkili bulunmuştur (162,190).

Çalışmamızda katılımcıların ÇÇTÖ puanları karşılaştırıldığında, OKB olan hasta grubunun inkar boyutu dışında tüm alt ölçeklerde kontrol grubundan daha yüksek puan aldığı görülmüştür. OKB olan hastalarda duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanırken, inkar düzeyi daha düşük saptanmıştır. Cinsel istismar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sonuçlarımız, çocukluk çağı travmalarının OKB için bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmaları desteklemektedir. Aynı zamanda, OKB olan kişilerin

dürtüsel davranışları nedeniyle daha fazla riskli durumlara girdiklerini ve travmaya karşı savunmasız kaldıklarını düşünebiliriz. OKB olan hastalarda inkar düzeyinin düşük bulunması, kişinin travmayı bastırmamasına rağmen sağlıklı işleyemediği durumlarda uyumsuz baş etme davranışlarına yönelmesiyle ilişkili olabilir. Self medikasyon teorisine göre, bu kişilerin duygularını düzenlemekte zorlandıklarını ve yaşamış oldukları travmatik deneyimleri unutmak, sıkıntıyı hafifletmek amacıyla yatıştırıcı etkisinden faydalanmak üzere opioid kullandıklarını düşünebiliriz (205).

Çalışmamızda, OKB olan hastaların ÇÇTÖ puanlarına bakıldığında; birinci sırada duygusal ihmal boyutu yer almakta ve bunu sırasıyla duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar izlemektedir. Bu sıralama kontrol grubunda duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar şeklindedir. Çalışmamız, çocuklukta maruz kalınan travma alt tiplerinin dağılımı açısından literatürle örtüşmektedir. Çocukluk çağı travmaları yaygınlığı ile ilgili yapılan toplum temelli araştırmalar, duygusal istismar ve ihmalin en sık görülen alt tipler olduğunu fakat tanımlanması, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanmasının güç olduğunu belirtmektedir (206,207). OKB olan kişilerde çocukluk çağı travmalarını inceleyen meta-analizde, en sık duygusal istismar ve ardından duygusal ihmal görüldüğü bildirilmiştir (162). Çalışmalarda OKB olanların çocukluğunda cinsel istismara uğrama oranları kadınlarda iki kat daha fazla olmak üzere oldukça yüksek bulunmuştur (208). Bizim çalışmamızdaki cinsel istismarla ilgili verilerin literatürle uyumlu olmaması toplumumuzda cinsel travmanın gizlenmesi ve çalışmamızda kadın katılımcı sayısının az olmasıyla ilgili olabilir.

Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında, erken dönemde maruz kalınan olumsuz yaşantıların çocuğun bilişsel, davranışsal, sosyal ve duygusal özelliklerini olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Şema teorisine göre de, çocukluk çağındaki istismar ve ihmal deneyimlerinin özellikle kopukluk ve reddedilme alanındaki şemaların gelişmesine yol açtığı varsayılmaktadır (3). Çalışmamızdaki bulguların bu bilgilerle uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. OKB nedeniyle tedaviye başvuran kişilerde mutlaka çocukluk çağı travmasının sorgulanmasını ve OKB'yi önleme çalışmalarında çocukluk çağı travmalarının uzun dönem etkilerini dikkate almak gerektiğini göstermektedir.

5.3. KORELASYON ANALİZLERİ

Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların bağımlılık profiline bakıldığında, %12,3'ü düşük, %39,5'i orta, %48,1'i yüksek seviyede bağımlılık şiddeti göstermiştir. BAPİ toplam puan ortalaması 13,80 olarak hesaplanmıştır ve bu değer çalışmamızdaki hastaların orta şiddette bağımlılık sorunu yaşadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, OKB tanılı hastaların BAPİ toplam puanları ile başarısızlık, sosyal izolasyon/güvensizlik ve iç içe geçme/bağımlılık şema alanları arasında; son bir yıl içindeki madde kullanım özellikleri ile başarısızlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, iç içe geçme/bağımlılık şema alanları arasında; bağımlılık tanı ölçütleri ile karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kusurluluk ve dayanıksızlık şema alanları arasında; madde kullanımının yaşamlarını etkileme düzeyi ile sosyal izolasyon/güvensizlik ve iç içe geçme/bağımlılık şema alanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu. Tanı ölçütleri boyutunda sosyal izolasyon/güvensizlik, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şema alanlarıyla olan ilişkinin daha belirgin bulunması dikkat çekicidir. Davranışların düzenlenmesinde güçlük çekilmesi ve dürtüsellikle karakterize olan ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim alanının bağımlılık şiddetiyle pozitif yönde ilişkili bulunması şaşırtıcı değildir. Sosyal izolasyon/güvensizlik alanı ise bağımlılık şiddetini hem sebep hem de sonuç olarak etkilemiş olabilir.

Ülkemizde şema alanları ile bağımlılık şiddeti arasındaki ilişkiyi araştıran iki çalışmaya rastlanmıştır. OKB olan hastalarda yapılan çalışma sonucunda bağımlılık şiddeti ile karamsarlık şeması arasında zayıf düzeyde; kalan diğer şemalar ile çok zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (153). Diğer çalışmada ise alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, terk edilme ve kusurluluk şemaları ile bağımlılık şiddeti arasında ilişki bulunmuştur (209). Çalışma bulgularımız bu verilerin bir kısmıyla örtüşme göstermektedir.

Çalışmamızda, OKB tanılı hastaların BAPİ toplam puanları ile annenin kuralcı/kalıplayıcı, küçümseyici/kusur bulucu ve değişime kapalı/duygularını

bastıran tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu. Son bir yıldaki madde kullanım özellikleri ile annenin kuralcı/kalıplayıcı, küçümseyici/kusur bulucu, aşırı izin verici/sınırsız, değişime kapalı/duygularını bastıran ve babanın aşırı izin verici/sınırsız tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulundu. Şiddetli madde kullanma isteği ile babanın küçümseyici/kusur bulucu, yoksun bırakıcı ve cezalandırıcı tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu. Regresyon analizine göre, BAPİ toplam puanlarını açıklamada annenin algılanan kötümser/endişeli tutumu ve babanın yoksun bırakıcı, aşırı koruyucu/evhamlı tutumunun etkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, OKB tanılı hastaların şiddetli madde kullanma isteği ile duygusal istismar puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu, buna ek olarak diğer BAPİ ve ÇÇTÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı bulundu. Çalışmamızın bu sonucu, çocukluk çağı travmaları ile bağımlılık şiddeti arasında pozitif yönde ilişki olduğunu varsaydığımız hipotezimizle ters düşmüştür. Ayrıca sonuçlarımız, çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü olan alkol-madde bağımlısı kişilerin bağımlılık şiddetinin daha yüksek olduğunu öne süren çalışmalarla uyumlu değildir. Çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerin uzun dönem sonuçlarında istismara uğrama yaşı, süresi ve sıklığı, kişinin travmaya verdiği yanıt, dayanıklılığı belirleyen genetik farklılıklar, yakın çevreden alınan sosyal destek gibi başka faktörlerin de etkili olması bu durumu açıklayabilir.

Opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda uyumsuz şemalar, algılanan ebeveyn tutumu ve çocukluk çağı travmalarının bağımlılık profiline etkisini araştırdığımız bu kısımda genellenebilir düzeyde anlamlı ve tutarlı sonuçlar bulamadık. Bazı şema alanları ve bazı ebeveyn tutumları ile bağımlılık şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğunu saptasak da, ulaştığımız sonuçların bu konuda yapılacak daha çok çalışmayla tekrarlanması gerektiğini düşünmekteyiz. Bağımlılık profilinin birçok faktöre bağlı olarak değişmesi nedeniyle, bağımlılık şiddetine etkisi araştırılan değişkenler için farklı araçların karıştırıcı olabileceği unutulmamalıdır. Çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğunun daha önceden ayaktan veya yatarak tedavi başvurusunun olması, tedaviye dirençli ve yüksek relaps oranına sahip bir

hasta grubuyla çalıştığımızı göstermektedir. Bağımlılık şiddeti açısından heterojen olmayan bir grupta çalışmış olmamız araştırdığımız değişkenlerin bağımlılık profiline etkisini güvenli yansıtmamış olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, OKB olan hastaların tüm şema alanlarında kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı ve 14 şema alanının 11'inde (onay arayıcılık, kendini feda ve yüksek standartlar hariç) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı. Yani, OKB olan hastaların daha baskın şekilde uyumsuz şemalara sahip olduğu bulundu.

Çalışmamızda, OKB olan hastaların anne ebeveynlik puanları kuralcı/kalıplayıcı, küçümseyici/kusur bulucu, aşırı koruyucu/evhamlı, aşırı izin verici/sınırsız, kötümser/endişeli, değişime kapalı/duyguları bastıran tutumlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda, OKB olan hastaların baba ebeveynlik puanları kuralcı/kalıplayıcı, küçümseyici/kusur bulucu, duygusal yoksun bırakıcı, sömürücü/istismar edici, koruyucu/evhamlı, aşırı izin verici/sınırsız, kötümser/endişeli, cezalandırıcı, değişime kapalı/duyguları bastıran tutumlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanırken, inkar düzeyi daha düşük saptandı. Çocukluk çağında istismar ve ihmal yaşantılarının önlenmesine yönelik çalışmaların opioid kullanım yaygınlığını azaltabileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızda OKB olan hastalar ve kontrol grubu şema alanları, ebeveyn tutumları ve çocukluk çağı travmaları açısından kesitsel şekilde karşılaştırılmıştır. Çalışmamızın kesitsel doğası gereği, değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Saptanan farklılıkların opioid kullanımı öncesinde de var olup olmadığını anlamak, zaman içinde ve tedavi sonrasındaki değişimini incelemek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Verilerin katılımcıların özbildirimine dayalı ölçekler aracılığıyla toplanması ve ölçeklerin madde sayısının fazla olması çalışmamız için bir kısıtlılıktır. Örneklemimizin tedavi için polikliniğe başvuran kişilerden oluşması, tek başvuru merkezinden seçilmesi, hastaların önceki tedavi başvuru ve relaps oranının yüksek olması, kadın katılımcı sayısının az olması çalışmamız için diğer kısıtlılıkları

oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğunun daha önceden ayaktan veya yatarak tedavi başvurusunun olması, tedaviye dirençli ve yüksek relaps oranına sahip bir hasta grubuyla çalıştığımızı göstermektedir. Bağımlılık şiddeti açısından heterojen olmayan bir grupta çalışmış olmamız araştırdığımız değişkenlerin bağımlılık profiline etkisini güvenli şekilde yansıtmamış olabilir. Bu kısıtlılıklar nedeniyle daha büyük ve heterojen örneklemeler üzerinde yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tüm kısıtlılıklara rağmen çalışmamızın bu alandaki az sayıda araştırmadan biri olarak yapılacak yeni araştırmalar için faydalı olacağını düşünmekteyiz. Madde kullanımının önlenmesinin en iyi yolunun, madde kullanmaya başlamada etkili olan faktörlerin tanınması ve yönetilmesi olduğunu düşünürsek; çalışma sonuçlarımız, OKB açısından risk altında olan bireylerin belirlenmesi için ve ebeveynlerin eğitilmesine yönelik kullanılabilir. Bulgularımız, şema modeli çerçevesinde OKB'nin önleme ve tedavisine yönelik yeni yaklaşımlar geliştirilmesini sağlayabilir. OKB tedavi programlarında şemalara inanç düzeyinin hafifletilmesi ve uyumsuz baş etme davranışlarını değiştirmeye yönelik müdahaleler tedavi sonuçlarını iyileştirebilir. Bu yüzden, OKB nedeniyle tedavi başvurusunda bulunan hastaların baskın şema alanları, uyumsuz başa çıkma yöntemleri, çocukluk çağı travma öykülerinin değerlendirilmesi ve tedavide ele alınması faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. World Drug Report 2021 [Internet]. United Nations : Office on Drugs and Crime. [a.yer 10 Eylül 2021]. Erişim adresi: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html)
2. 2019-TURKIYE-UYUSTURUCU-RAPORU.pdf [İnternet]. 2019 [a.yer 21 Eylül 2021] s. 116. Erişim adresi: <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2019-TURKIYE-UYUSTURUCU-RAPORU.pdf>
3. Young JE, Klosko, Janet S, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
4. Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. Addict Behav. Aralık 1998;23(6):883-91.
5. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. The Early Maladaptive Schemas of an Opioid Dependent Sample of Treatment Seeking Young Adults: A Descriptive Investigation. J Subst Abuse Treat. Nisan 2012;42(3):271-8.
6. Jalali MR, Zargar M, Salavati M, Kakavand AR. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Parenting Origins in Patients with Opioid Abuse and Non-Abusers. Iran J Psychiatry. 2011;6(2):54-60.
7. Mc Donnell E, Hevey D, McCauley M, Ducray KN. Exploration of Associations Between Early Maladaptive Schemas, Impaired Emotional Regulation, Coping Strategies and Resilience in Opioid Dependent Poly-Drug Users. Subst Use Misuse. 06 Aralık 2018;53(14):2320-9.
8. Kakavand R, Kakavand A, Hakami M. A Comparative Study of Early Maladaptive Schemas and Impulsivity Between Opioid Abusers and Non-Abusers. Pract Clin Psychol. 10 Temmuz 2018;6(3):167-74.
9. Zamirinejad S, Hojjat SK, Moslem A, MoghaddamHosseini V, Akaberi A. Predicting the Risk of Opioid Use Disorder Based on Early Maladaptive Schemas. Am J Mens Health. Mart 2018;12(2):202-9.
10. Montgomery C, Fisk JE, Craig L. The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: the importance of parental warmth and control. Drug Alcohol Rev. Kasım 2008;27(6):640-9.

11. Gerra ML, Gerra MC, Tadonio L, Pellegrini P, Marchesi C, Mattfeld E, vd. Early parent-child interactions and substance use disorder: An attachment perspective on a biopsychosocial entanglement. *Neurosci Biobehav Rev.* 01 Aralık 2021;131:560-80.
12. Carlyle M, Broomby R, Simpson G, Hannon R, Fawaz L, Mollaahmetoglu OM, vd. A randomised, double-blind study investigating the relationship between early childhood trauma and the rewarding effects of morphine. *Addict Biol.* Kasım 2021;26(6):e13047.
13. Robinson SM, Adinoff B. The Classification of Substance Use Disorders: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations. *Behav Sci.* 18 Ağustos 2016;6(3):18.
14. Schiff P. Opium and Its Alkaloids. *Am J Pharm Educ.* 30 Kasım 2001;66.
15. Stefano GB, Pilonis N, Ptacek R, Kream RM. Reciprocal Evolution of Opiate Science from Medical and Cultural Perspectives. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 13 Haziran 2017;23:2890-6.
16. Güleç Öyekçin D, Aldemir E, Altintoprak A, Dalbudak E, Deveci A, Güleç G, vd. Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Klavuzu. 2017 [a.yer 30 Ağustos 2021]; Erişim adresi: <https://avesis.ege.edu.tr/yayin/700a9e61-5938-42da-a640-db04d0adba74/opioid-kullanim-bozuklugunda-tani-ve-tedavi-klavuzu>
17. Booth, Martin. Opium: A History by Martin Booth, Paperback | Barnes & Noble® [İnternet]. First Edition. St. Martin's Publishing Group; 1999 [a.yer 28 Ağustos 2021]. 400 s. Erişim adresi: <https://www.barnesandnoble.com/w/opium-martin-booth/1110995968>
18. UYUŞTURUCU VE TARİHİ - Bağımlılık Yapan Maddeler - ALİ N. BABAOĞLU | Nadir Kitap [İnternet]. NadirKitap. [a.yer 29 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://www.nadirkita.com/uyusturucu-ve-tarihi-bagimlilik-yapan-maddeler-ali-n-babaoglu-kitap18002586.html>
19. Brownstein MJ. A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proc Natl Acad Sci.* 15 Haziran 1993;90(12):5391-3.
20. UNODC - Bulletin on Narcotics - 1967 Issue 3 - 003 [İnternet]. United Nations : Office on Drugs and Crime. 1967 [a.yer 28 Ağustos 2021]. Erişim adresi: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1967-01-01_3_page004.html
21. UNODC - Bulletin on Narcotics - 1967 Issue 4 - 002 [İnternet]. United Nations : Office on Drugs and Crime. 1967 [a.yer 28 Ağustos 2021]. Erişim adresi: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1967-01-01_4_page003.html

22. Crocq M-A. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin Neurosci*. Aralık 2007;9(4):355-61.
23. Scott JM. *The white poppy: a history of opium*. New York: Funk & Wagnalls; 1969. 205 s.
24. Hodgson B. In the arms of morpheus: the tragic history of laudanum, morphine, and patent medicines. [Internet]. Buffalo: Firefly Books; 2001 [a.yer 07 Eylül 2021]. 152 p. Erişim adresi: <https://www.drugsandalcohol.ie/3530/>
25. Berridge V, Edwards G. *Opium and the People: Opiate Use in Nineteenth-century England*. A. Lane; 1981. 369 s.
26. MD SBK, Drummer O, FFLM SBKM. *Karch's Pathology of Drug Abuse*. CRC Press; 2001. 568 s.
27. Goldstein A. Heroin Addiction: Neurobiology, Pharmacology, and Policy. *J Psychoactive Drugs*. Nisan 1991;23(2):123-33.
28. Milhorn HTJ. *Chemical Dependence: Diagnosis, Treatment, and Prevention* [Internet]. New York: Springer-Verlag; 1990 [a.yer 28 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://www.springer.com/de/book/9780387972923>
29. World Health Organization. *Lexicon of alcohol and drug terms* [Internet]. World Health Organization; 1994 [a.yer 09 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
30. Offermanns S, Rosenthal W, editörler. *Encyclopedia of Molecular Pharmacology* [Internet]. 2. bs. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2008 [a.yer 09 Eylül 2021]. 1510 s. Erişim adresi: <https://www.springer.com/gp/book/9783540389163>
31. Blakemore PR, White JD. Morphine, the Proteus of organic molecules. *Chem Commun*. 17 Mayıs 2002;(11):1159-68.
32. Charlton JE, International Association for the Study of Pain, editörler. *Core curriculum for professional education in pain*. 3rd ed. Seattle: IASP Press; 2005. 240 s.
33. Pathan H, Williams J. Basic opioid pharmacology: an update. *Br J Pain*. Şubat 2012;6(1):11-6.
34. Çeviri Editörü: Tunç Alkın SMS. *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi* [Internet]. dördüncü baskı. İstanbul Tıp Kitabevi; 2015 [a.yer 13 Eylül 2021]. 608 s. Erişim adresi: <https://istanbultip.com.tr/urun/stahlin-temel-psikofarmakolojisi-norobilimsel-ve-pratik-uygulamalar/>

35. Martin BR, Dewey WL, Harris LS, Beckner JS. 3H-delta9-tetrahydrocannabinol tissue and subcellular distribution in the central nervous system and tissue distribution in peripheral organs of tolerant and nontolerant dogs. *J Pharmacol Exp Ther.* Ocak 1976;196(1):128-44.
36. Pasternak GW. Pharmacological mechanisms of opioid analgesics. *Clin Neuropharmacol.* Şubat 1993;16(1):1-18.
37. McDonald J, Lambert D. Opioid receptors. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain.* 01 Şubat 2005;5(1):22-5.
38. Dhawan BN, Cesselin F, Raghubir R, Reisine T, Bradley PB, Portoghese PS, vd. International Union of Pharmacology. XII. Classification of opioid receptors. *Pharmacol Rev.* 01 Aralık 1996;48(4):567-92.
39. Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid pharmacology. *Pain Physician.* Mart 2008;11(2 Suppl):S133-153.
40. Corbett AD, Henderson G, McKnight AT, Paterson SJ. 75 years of opioid research: the exciting but vain quest for the Holy Grail. *Br J Pharmacol.* Ocak 2006;147 Suppl 1:S153-162.
41. Harrison C, Smart D, Lambert DG. Stimulatory effects of opioids. *Br J Anaesth.* Temmuz 1998;81(1):20-8.
42. Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. *Addiction.* Ekim 2004;99(10):1361-2.
43. Pan Z, Hirakawa N, Fields HL. A cellular mechanism for the bidirectional pain-modulating actions of orphanin FQ/nociceptin. *Neuron.* Mayıs 2000;26(2):515-22.
44. Gerra G, Leonardi C, Cortese E, D'Amore A, Lucchini A, Strepparola G, vd. Human kappa opioid receptor gene (OPRK1) polymorphism is associated with opiate addiction. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet.* 05 Eylül 2007;144B(6):771-5.
45. Calo' G, Guerrini R, Rizzi A, Salvadori S, Regoli D. Pharmacology of nociceptin and its receptor: a novel therapeutic target. *Br J Pharmacol.* Nisan 2000;129(7):1261-83.
46. Cox BM, Christie MJ, Devi L, Toll L, Traynor JR. Challenges for opioid receptor nomenclature: IUPHAR Review 9. *Br J Pharmacol.* Ocak 2015;172(2):317-23.
47. DSM-5 [İnternet]. [a.yer 06 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

48. Lipari RN, Hughes A. State Estimates of Nonmedical Use of Prescription Pain Relievers. İçinde: The CBHSQ Report [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013 [a.yer 25 Eylül 2021]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384842/>
49. Windle M, Windle RC. Early onset problem behaviors and alcohol, tobacco, and other substance use disorders in young adulthood. *Drug Alcohol Depend.* 01 Şubat 2012;121(1-2):152-8.
50. Chen C-Y, Storr CL, Anthony JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav.* Mart 2009;34(3):319-22.
51. Rosenbloom JM, Burns SM, Kim E, August DA, Ortiz VE, Houle TT. Race/Ethnicity and Sex and Opioid Administration in the Emergency Room. *Anesth Analg.* Mayıs 2019;128(5):1005-12.
52. European Drug Report 2021 | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [a.yer 21 Eylül 2021]. Erişim adresi: https://www.emcdda.europa.eu/edr2021_en
53. Hser Y-I, Mooney LJ, Saxon AJ, Miotto K, Bell DS, Zhu Y, vd. High Mortality Among Patients With Opioid Use Disorder in a Large Healthcare System. *J Addict Med.* Ağustos 2017;11(4):315-9.
54. Opioid overdose [Internet]. [a.yer 21 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
55. GÜNCEL TEMEL VE KLİNİK PSİKOFARMAKOLOJİ - ERDAL IŞIK TAYFUN UZBAY | Nadir Kitap [Internet]. NadirKitap. [a.yer 22 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://www.nadirkitap.com/guncel-temel-ve-klinik-psikofarmakoloji-erdal-isik-tayfun-uzbay-kitap2495688.html>
56. www.istanbulkitapcisi.com İK|. Klinik Psikiyatri [Internet]. [a.yer 22 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://www.istanbulkitapcisi.com/kitap/klinik-psikiyatri-kitabi-ertugrul-koroglu-esenkal-yayincilik>
57. Sharma B, Bruner A, Barnett G, Fishman M. Opioid Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* Temmuz 2016;25(3):473-87.
58. Mameli M, Halbout B, Creton C, Engblom D, Parkitna JR, Spanagel R, vd. Cocaine-evoked synaptic plasticity: persistence in the VTA triggers adaptations in the NAc. *Nat Neurosci.* Ağustos 2009;12(8):1036-41.
59. Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B, vd. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* Kasım 1998;55(11):973-9.

60. Cadoret RJ, Troughton E, O’Gorman TW, Heywood E. An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. *Arch Gen Psychiatry*. Aralık 1986;43(12):1131-6.
61. Kendler KS, Karkowski LM, Neale MC, Prescott CA. Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Arch Gen Psychiatry*. Mart 2000;57(3):261-9.
62. Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, vd. Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. *Drug Alcohol Depend*. 22 Aralık 2000;61(1):95-102.
63. Tsuang MT, Bar JL, Harley RM, Lyons MJ. The Harvard Twin Study of Substance Abuse: what we have learned. *Harv Rev Psychiatry*. Aralık 2001;9(6):267-79.
64. Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC. Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry*. Nisan 2003;160(4):687-95.
65. Nelson EC, Agrawal A, Heath AC, Bogdan R, Sherva R, Zhang B, vd. Evidence of CNIH3 involvement in opioid dependence. *Mol Psychiatry*. Mayıs 2016;21(5):608-14.
66. Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 12 Ekim 2008;363(1507):3125-35.
67. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Thanos PPK, Logan J, Gatley SJ, vd. Brain DA D2 receptors predict reinforcing effects of stimulants in humans: replication study. *Synap N Y N*. Kasım 2002;46(2):79-82.
68. Dalley JW, Fryer TD, Brichard L, Robinson ESJ, Theobald DEH, Lääne K, vd. Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*. 02 Mart 2007;315(5816):1267-70.
69. Lawford BR, Young RM, Noble EP, Sargent J, Rowell J, Shadforth S, vd. The D(2) dopamine receptor A(1) allele and opioid dependence: association with heroin use and response to methadone treatment. *Am J Med Genet*. 09 Ekim 2000;96(5):592-8.
70. Luquin-Piudo MR, Sanz P. Dopamine receptors, motor responses, and dopaminergic agonists. *The Neurologist*. Kasım 2011;17(6 Suppl 1):S2-8.

71. Duaux E, Gorwood P, Griffon N, Bourdel MC, Sautel F, Sokoloff P, vd. Homozygosity at the dopamine D3 receptor gene is associated with opiate dependence. *Mol Psychiatry*. Temmuz 1998;3(4):333-6.
72. Kapur S, Sharad S, Singh RA, Gupta AK. A118g polymorphism in mu opioid receptor gene (oprm1): association with opiate addiction in subjects of Indian origin. *J Integr Neurosci*. Aralık 2007;6(4):511-22.
73. Zhang D, Shao C, Shao M, Yan P, Wang Y, Liu Y, vd. Effect of mu-opioid receptor gene polymorphisms on heroin-induced subjective responses in a Chinese population. *Biol Psychiatry*. 01 Haziran 2007;61(11):1244-51.
74. Zhang H, Kranzler HR, Yang B-Z, Luo X, Gelernter J. The OPRD1 and OPRK1 loci in alcohol or drug dependence: OPRD1 variation modulates substance dependence risk. *Mol Psychiatry*. Mayıs 2008;13(5):531-43.
75. Mayer P, Rochlitz H, Rauch E, Rommelspacher H, Hasse HE, Schmidt S, vd. Association between a delta opioid receptor gene polymorphism and heroin dependence in man. *Neuroreport*. 28 Temmuz 1997;8(11):2547-50.
76. Mistry CJ, Bawor M, Desai D, Marsh DC, Samaan Z. Genetics of Opioid Dependence: A Review of the Genetic Contribution to Opioid Dependence. *Curr Psychiatry Rev*. Mayıs 2014;10(2):156-67.
77. Levran O, Peles E, Hamon S, Randesi M, Zhao C, Zhang B, vd. Nerve growth factor β polypeptide (NGFB) genetic variability: association with the methadone dose required for effective maintenance treatment. *Pharmacogenomics J*. Ağustos 2012;12(4):319-27.
78. Brain-derived neurotrophic factor controls cannabinoid CB1 receptor function in the striatum - PubMed [İnternet]. [a.yer 25 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20554863/>
79. Guillin O, Diaz J, Carroll P, Griffon N, Schwartz JC, Sokoloff P. BDNF controls dopamine D3 receptor expression and triggers behavioural sensitization. *Nature*. 03 Mayıs 2001;411(6833):86-9.
80. Stoltenberg SF, Lehmann MK, Christ CC, Hersrud SL, Davies GE. Associations among types of impulsivity, substance use problems and neurexin-3 polymorphisms. *Drug Alcohol Depend*. 15 Aralık 2011;119(3):e31-38.
81. Vink JM. Genetics of Addiction: Future Focus on Gene $\times$ Environment Interaction? *J Stud Alcohol Drugs*. Eylül 2016;77(5):684-7.

82. Bisaga A, Mannelli P, Sullivan MA, Vosburg SK, Compton P, Woody GE, vd. Antagonists in the medical management of opioid use disorders: Historical and existing treatment strategies. *Am J Addict*. Nisan 2018;27(3):177-87.
83. Li X, Shorter D, Kosten TR. Buprenorphine in the treatment of opioid addiction: opportunities, challenges and strategies. *Expert Opin Pharmacother*. 01 Ekim 2014;15(15):2263-75.
84. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [a.yer 02 Ekim 2021]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143185/>
85. Kampman K, Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med*. Ekim 2015;9(5):358-67.
86. Kleber HD, Riordan CE. The treatment of narcotic withdrawal: a historical review. *J Clin Psychiatry*. Haziran 1982;43(6 Pt 2):30-4.
87. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. Ocak 2010;35(1):217-38.
88. Kleber HD, Weiss RD, Jr RFA, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, vd. WORK GROUP ON SUBSTANCE USE DISORDERS. 2010;276.
89. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ, British Association for Psychopharmacology, Expert Reviewers Group. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. Temmuz 2012;26(7):899-952.
90. Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ferroni E, Ali R, Ferri M. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 şubat 2013;(2):CD003409.
91. Blanco-Gandia MC, Rodríguez-Arias M. Pharmacological treatments for opiate and alcohol addiction: A historical perspective of the last 50 years. *Eur J Pharmacol*. 05 Ekim 2018;836:89-101.
92. DOLE VP, NYSWANDER ME, KREEK MJ. Narcotic Blockade. *Arch Intern Med*. 01 Ekim 1966;118(4):304-9.
93. Bakanlı L. MADDE BAĞIMLILIĞI TANI ve TEDAVİ KILAVUZU EL KİTABI. TC Sağlık Bakanl Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2012;322.

94. Inturrisi CE. Role of opioid analgesics. *Am J Med.* 10 Eylül 1984;77(3A):27-37.
95. Iribarne C, Dréano Y, Bardou LG, Ménez JF, Berthou F. Interaction of methadone with substrates of human hepatic cytochrome P450 3A4. *Toxicology.* 14 Şubat 1997;117(1):13-23.
96. Kreek MJ. Medical safety and side effects of methadone in tolerant individuals. *JAMA.* 05 Şubat 1973;223(6):665-8.
97. Kumar MS, Natale RD, Langkham B, Sharma C, Kabi R, Mortimore G. Opioid substitution treatment with sublingual buprenorphine in Manipur and Nagaland in Northeast India: what has been established needs to be continued and expanded. *Harm Reduct J.* 26 Şubat 2009;6:4.
98. Lintzeris N, Ritter A, Panjari M, Clark N, Kutin J, Bammer G. Implementing buprenorphine treatment in community settings in Australia: experiences from the Buprenorphine Implementation Trial. *Am J Addict.* 2004;13 Suppl 1:S29-41.
99. Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry Neurology and Neurosurgery, Evren C. Current Status of Buprenorphine/Naloxone Maintenance Treatment in Istanbul Turkey. *Addicta Turk J Addict [Internet].* 15 Ocak 2015 [a.yer 03 Ekim 2021]; Erişim adresi: <http://www.addicta.com.tr/en/current-status-of-buprenorphine-naloxone-maintenance-treatment-in-istanbul-turkey-1319>
100. Hardman. Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics. 10I.S.ed edition. New York: Db McGrawhill; 2001. 1825 s.
101. Amass L, Kamien JB, Mikulich SK. Efficacy of daily and alternate-day dosing regimens with the combination buprenorphine-naloxone tablet. *Drug Alcohol Depend.* 01 Şubat 2000;58(1-2):143-52.
102. Yassen A, Olofsen E, Kan J, Dahan A, Danhof M. Pharmacokinetic–Pharmacodynamic Modeling of the Effectiveness and Safety of Buprenorphine and Fentanyl in Rats. *Pharm Res.* Ocak 2008;25(1):183-93.
103. Kosten TR, Kleber HD. Buprenorphine detoxification from opioid dependence: A pilot study. *Life Sci.* 1988;42(6):635-41.
104. Walsh SL, Preston KL, Stitzer ML, Cone EJ, Bigelow GE. Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. *Clin Pharmacol Ther.* Mayıs 1994;55(5):569-80.
105. Dahan A, Yassen A, Bijl H, Romberg R, Sarton E, Teppema L, vd. Comparison of the respiratory effects of intravenous buprenorphine and fentanyl in humans and rats. *BJA Br J Anaesth.* 01 Haziran 2005;94(6):825-34.

106. Ling W, Wesson DR. Clinical efficacy of buprenorphine: comparisons to methadone and placebo. *Drug Alcohol Depend.* 21 Mayıs 2003;70(2 Suppl):S49-57.
107. Greenwald MK, Johanson C-E, Moody DE, Woods JH, Kilbourn MR, Koeppe RA, vd. Effects of buprenorphine maintenance dose on mu-opioid receptor availability, plasma concentrations, and antagonist blockade in heroin-dependent volunteers. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* Kasım 2003;28(11):2000-9.
108. Mauger S, Fraser R, Gill K. Utilizing buprenorphine–naloxone to treat illicit and prescription-opioid dependence. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 07 Nisan 2014;10:587-98.
109. Wesson DR. Buprenorphine in the treatment of opiate dependence: its pharmacology and social context of use in the U.S. *J Psychoactive Drugs.* Mayıs 2004;Suppl 2:119-28.
110. Ling W. Buprenorphine for opioid dependence. *Expert Rev Neurother.* Mayıs 2009;9(5):609-16.
111. Preston KL, Bigelow GE, Liebson IA. Effects of sublingually given naloxone in opioid-dependent human volunteers. *Drug Alcohol Depend.* Şubat 1990;25(1):27-34.
112. Stoller KB, Bigelow GE, Walsh SL, Strain EC. Effects of buprenorphine/naloxone in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology (Berl).* Mart 2001;154(3):230-42.
113. Coe MA, Lofwall MR, Walsh SL. Buprenorphine Pharmacology Review: Update on Transmucosal and Long-Acting Formulations. *J Addict Med.* 2019;13(2):93-103.
114. Chappuy M, Trojak B, Nubukpo P, Bachellier J, Bendimerad P, Brousse G, vd. Prolonged-release buprenorphine formulations: Perspectives for clinical practice. *Therapies.* 01 Eylül 2020;75(5):397-406.
115. Preston KL, Bigelow GE. Differential naltrexone antagonism of hydromorphone and pentazocine effects in human volunteers. *J Pharmacol Exp Ther.* Şubat 1993;264(2):813-23.
116. Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals. Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists. *Arch Gen Psychiatry.* Mart 1978;35(3):335-40.
117. Martin WR, Jasinski DR, Mansky PA. Naltrexone, an antagonist for the treatment of heroin dependence. Effects in man. *Arch Gen Psychiatry.* Haziran 1973;28(6):784-91.
118. Kleber HD, Kosten TR. Naltrexone induction: psychologic and pharmacologic strategies. *J Clin Psychiatry.* Eylül 1984;45(9 Pt 2):29-38.

119. Kunøe N, Lobmaier P, Ngo H, Hulse G. Injectable and implantable sustained release naltrexone in the treatment of opioid addiction. *Br J Clin Pharmacol*. Şubat 2014;77(2):264-71.
120. Cüneyt Evren. ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI TEMEL KILAVUZU. Yerküre; 2020. 332 s.
121. Nicholls L, Bragaw L, Ruetsch C. Opioid dependence treatment and guidelines. *J Manag Care Pharm JMCP*. Şubat 2010;16(1 Suppl B):S14-21.
122. Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. 2014.
123. Van den Brink W, Haasen C. Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. Eylül 2006;51(10):635-46.
124. Ball SA. Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *J Personal Disord*. 2007;305-21.
125. Thorndyke PW, Hayes-Roth B. The use of schemata in the acquisition and transfer of knowledge. *Cognit Psychol*. 01 Ocak 1979;11(1):82-106.
126. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: Distinctive features. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2011. vi, 176 s. (Schema therapy: Distinctive features).
127. Arnoud Arntz Gitta Jacob. Schema Therapy in Practice [Internet]. 2012 [a.yer 06 Ekim 2021]. 280 s. Erişim adresi: <https://www.booktopia.com.au/schema-therapy-in-practice-arnoud-arntz/book/9781119962861.html>
128. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cogn Behav Ther*. Temmuz 2018;47(4):328-49.
129. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *J Cogn Psychother*. 2011;25(4):257-76.
130. Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Hertenstein E, vd. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. Eylül 2016;52:59-67.
131. McIntosh VVW, Jordan J, Carter JD, Frampton CMA, McKenzie JM, Latner JD, vd. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Res*. 30 Haziran 2016;240:412-20.

132. Kersten T. Schema Therapy for Personality Disorders and Addiction. İçinde: The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; [a.yer 06 Ekim 2021]. s. 415-24. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119962830.ch31>
133. Bernstein DP, Nijman HLI, Karos K, Keulen-de Vos M, de Vogel V, Lucker TP. Schema Therapy for Forensic Patients with Personality Disorders: Design and Preliminary Findings of a Multicenter Randomized Clinical Trial in the Netherlands. *Int J Forensic Ment Health*. Ekim 2012;11(4):312-24.
134. Jacob GA, Arntz A. Schema Therapy for Personality Disorders—A Review. *Int J Cogn Ther*. 01 Haziran 2013;6(2):171-85.
135. Cohen CP. United Nations: Convention on the Rights of the Child *. *Int Leg Mater*. Kasım 1989;28(6):1448-76.
136. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. 3rd ed. Sarasota, Fla: Professional Resource Press; 1999. 83 s. (Practitioner's resource series).
137. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, vd. The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cogn Ther Res*. 01 Ağustos 2006;30(4):515-29.
138. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clin Psychol Psychother*. 01 Kasım 2006;13:405-13.
139. Jovev M, Jackson HJ. Early Maladaptive Schemas in Personality Disordered Individuals. *J Personal Disord*. 2004;18(5):467-78.
140. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early Maladaptive Schemas among Young Adult Male Substance Abusers: A Comparison with a Non-Clinical Group. *J Subst Abuse Treat*. Mayıs 2013;44(5):522-7.
141. Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol*. 01 Haziran 2000;39:205-13.
142. Young JE, Klosko, Janet S. Reinventing your life: how to break free from negative life patterns and feel good again. New York: Plume; 1994.
143. Roediger E, Stevens BA, Brockman R. Contextual Schema Therapy: An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation, and Interpersonal Functioning. New Harbinger Publications; 2018. 318 s.

144. Soygüt G, Çakir Z, Karaosmanoğlu A. Ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi : Young ebeveynlik ölçeği'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. Türk Psikol Yazıları. 2008;11(22):17-33.
145. Brotchie J, Meyer C, Copello A, Kidney R, Waller G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. Br J Clin Psychol. Eylül 2004;43(Pt 3):337-42.
146. Shaghaghay F, Saffarinia M, Iranpoor M, Soltanynejad A. The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. Addict Health. 2011;3(1-2):45-52.
147. Bakhshi Bojed F, Nikmanesh Z. Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. Int J High Risk Behav Addict. Eylül 2013;2(2):72-6.
148. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. Clin Psychol Psychother. Ocak 2014;21(1):21-8.
149. Hacıömeroğlu B, Ak M, GariP B, Çınar A, Congoloğlu E. The Role Of Early Maladaptive Schemas And Coping Strategies In Substance Dependence. 2014;9.
150. ak M, Kesici Ş, Yalcin B, Kavakli M. ÇOCUĞUM BAĞIMLI OLMASIN. 2019.
151. Alevsaçanlar S. MADDE BAĞIMLILARINDA ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR VE ŞEMA SÜRDÜRÜCÜ BAŞA ÇIKMA DAVRANIŞLARI: ŞEMA TERAPİ MODELİ ÇERÇEVESİNDE BİR İNCELEME. 2015;150.
152. Sivri Ö. Erken dönem uyumsuz şemaların ve çocukluk çağı travmalarının kadınlarda madde ve/veya alkol kullanımı üzerindeki etkisi: Bir olgu-kontrol araştırma. The effect of early maladaptive schemas and childhood traumas substance and / or alcohol use in women: A case-control study [İnternet]. 30 Mart 2020 [a.yer 06 Mart 2022]; Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/351271>
153. Albal E, Buzlu S. The effect of maladaptive schemas and psychological flexibility approaches on the addiction severity of drug addicts. Arch Psychiatr Nurs. 01 Aralık 2021;35(6):617-24.
154. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. :27.
155. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. Child Abuse Negl. 2002;26(6-7):715-29.

156. World Health Organization. Preventing child maltreatment : a guide to taking action and generating evidence [Internet]. World Health Organization; 2006 [a.yer 06 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>
157. International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, editör. World perspectives on child abuse. 8th ed. Chicago, IL ; Hong Kong, China: ISPCAN; 2008. 242 s.
158. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 27 Kasım 2012;9(11):e1001349.
159. Cicchetti D, Handley ED. Child maltreatment and the development of substance use and disorder. *Neurobiol Stress.* 07 Ocak 2019;10:100144.
160. Lawson KM, Back SE, Hartwell KJ, Maria MM-S, Brady KT. A Comparison of Trauma Profiles among Individuals with Prescription Opioid, Nicotine or Cocaine Dependence. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 2013;22(2):127-31.
161. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry.* Nisan 2006;163(4):652-8.
162. Santo T, Campbell G, Gisev N, Tran LT, Colledge S, Di Tanna GL, vd. Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 01 Şubat 2021;219:108459.
163. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol DT. Bağımlılık profil indeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2012;23(4):264-73.
164. Soygüt Pekak G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z. Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young şema ölçeği kısa form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Derg.* 2009;20(1):75-84.
165. Sar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turk Klin J Med Sci.* 01 Ağustos 2012;32:1054-63.
166. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, vd. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* Ağustos 1994;151(8):1132-6.
167. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs.* Haziran 2003;35(2):253-9.

168. Altıntoprak A, Evren C, Aydemir O, Eslek A, Can Y, Mutlu E, vd. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği Türkçe Sürümünün Güvenilirlik ve Geçerliliği Reliability and Validity of the Turkish Version of the Clinical Opiate Withdrawal Scale. *Noropsikiyatri Arsivi*. 01 Ocak 2015;52:89-94.
169. 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. :2889.
170. Degenhardt L, Charlson F, Mathers B, Hall WD, Flaxman AD, Johns N, vd. The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease 2010 study. *Addict Abingdon Engl. Ağustos 2014;109(8):1320-33*.
171. Avrupa Uyuşturucu Raporu: Eğilimler ve Gelişmeler. 2021. :60.
172. Evren C, Karabulut V, Can Y, Bozkurt M, Umut G, Evren B. Predictors of Outcome During a 6-Month Follow-Up Among Heroin Dependent Patients Receiving Buprenorphine/Naloxone Maintenance Treatment. *Klin Psikofarmakol Bül-Bull Clin Psychopharmacol*. Aralık 2014;24(4):311-22.
173. Dydyk AM, Jain NK, Gupta M. Opioid Use Disorder. İçinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [a.yer 03 Ekim 2021]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553166/>
174. Ellis MS, Kasper ZA, Cicero TJ. The impact of opioid use disorder on levels of educational attainment: Perceived benefits and consequences. *Drug Alcohol Depend*. 01 Ocak 2020;206:107618.
175. Darke S. The Life of the Heroin User: Typical Beginnings, Trajectories and Outcomes. 1st edition. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press; 2011. 204 s.
176. Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis. New York, NY, US: Cambridge University Press; 2002. xvi, 384 s. (Kandel DB. Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis).
177. Nebioglu M, Yalniz H, Guven F, Gecici O. Relationships Between Using Other Substances and Socio-Demographic Characteristics in Opiate Dependents. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(1):35.
178. Azagba S, Shan L, Qeadan F, Wolfson M. Unemployment rate, opioids misuse and other substance abuse: quasi-experimental evidence from treatment admissions data. *BMC Psychiatry*. 10 Ocak 2021;21(1):22.
179. Khazan O. The Link Between Opioids and Unemployment [Internet]. The Atlantic. 2017 [a.yer 25 Şubat 2022]. Erişim adresi: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/04/joblessness-and-opioids/523281/>

180. Is Opioid Addiction Contributing to More Divorces? [Internet]. Divorce Magazine. 2019 [a.yer 25 Şubat 2022]. Erişim adresi: <https://www.divorcemag.com/blog/is-opioid-addiction-contributing-to-more-divorces>
181. M.P.H MTC MD, M.P.H MWM MD. The American Opioid Epidemic: From Patient Care to Public Health. American Psychiatric Pub; 2018. 462 s.
182. Darke S, Ross J. Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug Alcohol Depend.* 25 Kasım 1997;48(2):135-41.
183. Kalyoncu A, Mırsal H, Pektaş Ö, Tan D, Beyazyürek M. Heroin-dependent patients attempting and not attempting suicide: A comparison. *Acta Neuropsychiatr.* 26 Temmuz 2007;19:297-303.
184. Rizk MM, Herzog S, Dugad S, Stanley B. Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Curr Addict Rep.* 14 Mart 2021;1-14.
185. Roy A. Risk Factors for Attempting Suicide in Heroin Addicts. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(4):416-20.
186. Darke S, Ross J, Marel C, Mills KL, Slade T, Burns L, vd. Patterns and correlates of attempted suicide amongst heroin users: 11-year follow-up of the Australian treatment outcome study cohort. *Psychiatry Res.* 30 Haziran 2015;227(2):166-70.
187. Trémeau F, Darreye A, Staner L, Correa H, Weibel H, Khidichian F, vd. Suicidality in Opioid-Dependent Subjects. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 10 Temmuz 2009;17:187-94.
188. Kazour F, Soufia M, Rohayem J, Richa S. Suicide Risk of Heroin Dependent Subjects in Lebanon. *Community Ment Health J.* Temmuz 2016;52(5):589-96.
189. Evren C, Ögel K. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. :8.
190. Darke S. Pathways to heroin dependence: time to re-appraise self-medication. *Addiction.* 2013;108(4):659-67.
191. Coid J, Carvell A, Kittler Z, Healey A, Henderson J. Opiates, Criminal Behaviour, and Methadone Treatment: (665482007-001) [Internet]. American Psychological Association; 2000 [a.yer 26 Şubat 2022]. Erişim adresi: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e665482007-001>

192. Sinha R, Easton C. Substance abuse and criminality. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 01 Aralık 1999;27(4):513-26.
193. Roper L, Dickson J, Tinwell C, Booth P, McGuire J. Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program. *Cogn Ther Res*. 01 Haziran 2010;34:207-15.
194. Karami Z, Massah O, Farhoudian A, Oji A. Early Maladaptive Schemas in Opiate and Stimulant Users. *Iran Rehabil J*. 10 Haziran 2015;13(2):10-5.
195. Razavi V, Soltaninejad A, Rafiee A. Comparing of Early Maladaptive Schemas between Healthy and Addicted Men Article information Abstract. 16 Kasım 2012;
196. Mozaffari E, Ardashiri P, Taghavi F. The Relationship between early Maladaptive Schemas of Cuts-Exclusion and Slip among Addicts Abusing Drugs under Methadone Maintenance Treatment. *Int Lett Soc Humanist Sci*. 2014;13:67-74.
197. Rotunda RJ, Doman K. Partner Enabling of Substance Use Disorders: Critical Review and Future Directions. *Am J Fam Ther*. 01 Ekim 2001;29(4):257-70.
198. Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. Early Maladaptive Schemas in Substance Use Patients and their Intimate Partners: A Preliminary Investigation. *Addict Disord Their Treat*. 01 Aralık 2011;10(4):169-79.
199. Campo AT, Rohner RP. Relationships between perceived parental acceptance-rejection, psychological adjustment, and substance abuse among young adults. *Child Abuse Negl*. 1992;16(3):429-40.
200. Pomini V, Gournellis R, Kokkevi A, Tomaras V, Papadimitriou G, Liappas J. Rejection attitudes, poor parental bonding, and stressful life events in heroin addicts' families. *Subst Use Misuse*. Aralık 2014;49(14):1867-77.
201. Sofuoglu Z, Oral R, Aydin F, Cankardes S, Kandemirci B, Koc F, vd. Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey. *Türk Pediatri Arş*. 30 Kasım 2017;49(1):47-56.
202. Coley RL, Votruba-Drzal E, Schindler HS. Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: reciprocal effects. *J Abnorm Child Psychol*. Mayıs 2008;36(4):613-25.
203. Ongel Atar A, Yalcin O, Uygun E, Ciftci Demirci A, Erdogan A. The Assessment of Family Functions, Dyadic Adjustment, and Parental Attitude in Adolescents with Substance Use Disorder. *Noro Psikiyatri Arsivi*. 10 Mart 2016;53(1):38-44.

204. Shelton KH, van den Bree MBM. The Moderating Effects of Pubertal Timing on the Longitudinal Associations Between Parent-Child Relationship Quality and Adolescent Substance Use. *J Res Adolesc Off J Soc Res Adolesc*. Aralık 2010;20(4):1044-64.
205. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. Şubat 1997;4(5):231-44.
206. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*. Ocak 2009;33(1):59-68.
207. Helvacı Çelik FG, Hocaoglu Ç. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sak Med J*. 31 Aralık 2018;8(4):695-711.
208. Conroy E, Degenhardt L, Mattick RP, Nelson EC. Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child Abuse Negl*. Haziran 2009;33(6):343-52.
209. Çalışkan M. Erken dönem uyumsuz şemalar ve benlik algısının alkol ve madde kullanımı üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Examination of the effects of early maladaptive schemas and self-perception to alcohol and substance use [Internet]. 2020 [a.yer 15 Mart 2022]; Erişim adresi: <http://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/2535>