

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİMDALI

MADDE KULLANAN ERGENLERDE TRAVMA VE TRAVMA
SONRASI STRES BOZUKLUĞU SIKLIĞI ARAŞTIRMASI

UZMANLIK TEZİ
DR. ŞULE EKERBİÇER

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. BEHİYE ALYANAK

İSTANBUL - 2017

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca ihtiyacım olan her an desteklerini hissettiğim, eğitimimde büyük emekleri olan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Behiye Alyanak' a
Deneyim ve bilgilerinden çokça yararlandığım
Sayın Prof. Dr. S. Salih Zoroğlu'na ve Doç. Dr. Ayşe Kılınçarslan'a ve Doç. Dr. Murat Coşkun'a Anabilimdalımızın değerli uzmanlarına,
Dört yılımı birlikte geçirdiğim ve kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm asistan arkadaşlarıma,
Manevi desteğini hep omuzlarında hissettiğim sevgili arkadaşım Sümeyye Bozkurt'a
Kliniğimizde birlikte çalıştığımız bütün psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve personelimize,
Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarım sırasında birlikte çalıştığım değerli hocalarım,
asistan arkadaşlarım ve hemşirelere,
Tezimde fikir ve emek olarak çok büyük katkıları olan Sayın Dr.Arzu Çiftçi' ye,
Tez çalışmamda bana destek olan sevgili ÇEMATEM çalışanlarına,
Hayatım boyunca yanımda durarak, bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan aileme,
Ve
Asistanlık yıllarımdan en güzel armağanı sevgili eşim Mehmet' e

En derin sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Şule Ekerbiçer
İstanbul 2017

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	III
KISALTMALAR.....	IV
ÖZET	1
ABSTRACT	3
GİRİŞ.....	4
GENEL BİLGİLER	7
MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR.....	7
EPİDEMİYOLOJİ	10
ETİYOLOJİ.....	12
MADDE TÜRLERİ VE ÖZELLİKLERİ	18
FARMAKOLOJİ DIŞINDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ	27
TRAVMA	30
EPİDEMİYOLOJİ	31
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞIMLILIK	32
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	33
ETİYOPATOGENEZ	33
TEDAVİ.....	37
YÖNTEM VE GEREÇLER	38
BULGULAR	41
TARTIŞMA.....	48
SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKÇA.....	53
EKLER	67
ETİK KURUL KARARI	80
ÖZGEÇMİŞ	85

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1. Yaş ve Cinsiyet Oranları.....	41
Tablo 2. Sosyodemografik değişkenler	41
Tablo 3. MKB ve Kontrol gruplarının anne eğitim durumunun karşılaştırılması	42
Tablo 4. MKB ve Kontrol gruplarının baba eğitim durumunun karşılaştırılması	42
Tablo 5 . Sigara kullanım oranlarının karşılaştırılması;	43
Tablo 6. MKB ve Kontrol Grubunun İhmal ve TSSB sıklığı açısından karşılaştırılması	43
Tablo 7. Farklı uyuşturucu türlerinde bağımlılık şiddeti ve TSSB sıklığı	45
Tablo 8. Tüm çalışma evreninin TSSB olan ve olmayan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması	46
Tablo 9. Tüm çalışma evreninin TSSB tanısı ve ihmal çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılması	46
Tablo 10. Madde kullanıcılarında TSSB olan ve olmayan vakaların ihmal skorları açısından karşılaştırılması	47
Tablo 11. MKB grupta TSSB ile uyuşturucu başlangıç yaşı arasındaki ilişki.....	47
Şekil 1. Uyuşturucu madde tercihleri	45

KISALTMALAR

ESPAD : Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi

NPY:Nöropeptid Y

CREB:cAMP yanıt elemanı bağlayıcı protein

CDK5:Siklin-bağımlı kinaz 5

HDAC:Histondeasetilaz

DRD2:Dopamin D2 reseptör gen

DEHB:Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

GHB:Gama-hidroksibutirat

MOP-r:Mü opioid reseptörlerine

VMAT:Veziküler monoamin taşıyıcısını

nAChRs: Nikotinik asetilkolin reseptörlerine

THC:Δ9-tetrahidrokanabinol

TSSB:Travma sonrası stres bozukluğu

ASB:Akut stres bozukluğu

ÇÇT:Çocukluk Çağı Travması

MKB:Madde Kullanım Bozukluğu

BDT:Bilişsel davranışçı tedavi

SSRI:Serotonin geri alım inhibitorleri

ÇEMATEM: Çocuk Ergen Madde Arastırma Tedavi ve Eğitim Merkezi

ÖZET

Madde Kullanan Ergenlerde Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Sıklığı Araştırması

Amaç: Madde bağımlılığı tedavisi alanların %35 ila %50 'si yaşamları boyunca bir kere travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı almışlardır. Bunların %25 ila %40'ı halen tanı almaktadır. TSSB ve madde kullanımının beraber bulunması tıbbi, psikiyatrik, sosyal ve mesleki alanlarda ek zorluk getirmektedir. TSSB komorbiditesinin bulunması madde kullanıcılarında tedavi uyumunu azaltır, yataklı servis başvurularını ve drop-outları artırır. Madde kullanımı ve bağımlılık çocuk ve ergenler için ciddi bir sorundur. Çocuk ve ergenlerde gözlenen madde bağımlılığı, bu ergenlerin yetişkinlik dönemine geçişte önemli sorunlar yaratmaktadır. Madde kullanan ergenlerde travmatik olay deneyimleri madde kullanmayan ergenlere göre daha yaygın olarak görülebilmektedir. Travmatik veya ağır stresli yaşantılar alkol ve madde kullanımının başlamasını, devamını ve/veya relaps sürecini etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak durmaya devam etmektedir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılık Tedavi Merkezi'nde (ÇEMATEM) takip edilen, DSM-V tanı ölçütlerine göre madde kullanım bozukluğu (MKB) tanısı alan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 15-18 yaşları arasındaki 36 ergen alınmıştır. Kontrol grubuna ise MKB olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü sağlıklı, 15-25 yaş aralığındaki 36 ergen dahil edilmiştir. Psikiyatrik değerlendirme, yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi olan "Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Çocuk ve Ergenler için) CAPS-CA, yapılandırılmış Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ), TAYA 2011 Sosyoekonomik Değerlendirme Formu ölçeği ve sosyo-demografik veri formu ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular : MKB grubunda TSSB sıklığı %42,9 olarak bulunurken, kontrol grubunda bu oran %28,6'dır. Fiziksel ihmal, fiziksel istismar, emosyonel ihmal, emosyonel istismar alt ölçeklerinin hepsi kontrol grubuna anlamlı oranda yüksek puanlar içermektedir. Cinsel istismar açısından gruplar arasında farklılık gözlemlenmemiştir. Travmatik yaşantılar sıklıkla madde kullanımından önce başlamıştır. Eğitim düzeyleri ve sosyoekonomik durum arasında iki grup arasında anlamlı farklılık göze çarpmaktadır.

Sonuç: Travmatik yaşam deneyimlerinin ergenlerde madde kullanımına neden olan faktörlerden biri olabileceği sonucuna varılmıştır. Tedavi uyumunu ve rekürrensi etkileyen bu komorbid durum üzerine daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.



ABSTRACT

Trauma and posttraumatic stress disorder in substance use adolescents.

Object: 35% to 50% of those receiving substance abuse treatment received a posttraumatic stress disorder (PTSD) once in their lifetime. 25% to 40% of them are still diagnosed. Coexistence of PTSD and substance use brings additional difficulties in medical, psychiatric, social and occupational areas. The presence of PTSD comorbidities reduces treatment compliance in substance users and increases in-patient visits and drop-outs. Substance use and dependence is a serious problem for children and adolescents. Substance dependence in children and adolescents creates significant problems in the transition of adolescents to adulthood. In adolescents who use drugs, experiences of traumatic events can be seen more commonly than adolescents who do not use drugs. Traumatic or severe stressful experiences continue to be one of the most important factors affecting the onset and / or relapse of alcohol and substance use

Patients and Methods: The study was conducted in Bakırköy Psychiatric and Neurological Diseases Hospital, Child and Adolescent Alcohol and Substance Dependence Treatment Center (ÇEMATEM), 36 consecutive patients aged 15-18 years who were diagnosed with substance use disorder according to DSM-V diagnostic criteria and volunteered to participate in the study. Interviews were taken. The psychiatric evaluation was based on a semi-structured interview schedule called "Clinician-induced Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (for children and adolescents) CAPS-CA, Structured Childhood Trauma Scale (CTQ), TAYA 2011 Socio-Economic Evaluation Form scale and socio-demographic data form scale.

Results : The prevalence of PTSD was found to be 42.9% in the MKB group and 28.6% in the control group. Physical neglect, physical abuse, emotional neglect, and emotional abuse subscales are all significantly higher than the control group. There was no difference between groups in terms of sexual abuse. Traumatic experiences often begin before substance use. There is a significant difference between education level and socioeconomic status between two groups.

Conclusion: It has been concluded that traumatic life experiences may be one of the factors that cause substance use in adolescents. More extensive studies are recommended on this comorbid condition that affects treatment compliance and recurrence.

GİRİŞ

Travma kişinin bedensel ve ruhsal iyilik halini ve bütünlüğünü koruma kapasitesini bozan bir durumdur. Özellikle kötüye kullanım ve ihmal gibi çocukluk çağı olumsuz yasantılarının nöroregülatuar sistem üzerinde derin ve uzun süreli etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu etkiler, tıbbi hastalıklara yatkınlığa ek olarak çocukluk çağından erişkin hayata kadar olan davranışların düzenlenmesinin bozulmasını içerir (Lanius ve ark. 2009)

Erken yaşam dönemlerindeki travmatik deneyimlerin, daha sonraki yıllarda birçok psikiyatrik bozukluk için önemli risk oluşturdıkları bir çok çalışmada belirtilmiştir (Brown ve ark. 1991; MacMillan ve ark. 2001) .Özellikle major depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, borderline, antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol/madde kullanım bozukluğu çocukluk çağı travma öyküsü olan kişilerde daha sık görülür (Merry ve ark. 1994 ; Dunn ve ark. 1994)

Çocukluk çağında travmalar, kazalar, doğal afetler yanında kötüye kullanım ve ihmal şeklinde de olabilir. Çocukluk çağı kötüye kullanımı, çocukların başta anne babaları olmak üzere, bakımla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel,duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişimlerini engelleyen ya da kısıtlayan, beden ya da ruh sağlığına zarar veren, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen eylem veya eylemsizliklerin tümüdür (Kepenekçi 2001; Taner ve ark. 2004).

Pubertal maturasyon, beyin gelişiminin devam etmesi, sosyal rollerde değişme ve riskli davranışlarda artış ile karakterize olan ergenlik döneminde madde kullanımı oldukça yaygındır. Evren ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, İstanbul’da 10. sınıf öğrencileri arasında yaşam boyu yasadışı bir maddeyi en az bir kez deneme %10 olarak bulunmuştur (Evren ve ark. 2014).Ergenlikte madde kullanımı,bireyin bilişsel, fiziksel ve psikososyal gelişimini bozması, bağımlılığa ve daha ciddi psikopatolojilere gidişi ve tıbbi problem riskini arttırması nedeniyle önemlidir (Hovens ve ark.1994).

Yapılan araştırmalar sonucunda psikoaktif madde kullanmaya baslama yaşının 9-10 yaşa kadar düşmesi ve yıllar içinde daha genç yaşta kisilerin madde kullanmaya başlaması dikkati çekmektedir (Ögel ve ark. 1997; Özbay ve ark. 1991). 20. yüzyılın başından beri genel olarak ölüm hızları azalmış, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır. Buna karşın 15-24 yaş arası ölüm hızları ise gittikçe yükselmektedir. Bu ölümler incelendiğinde dörtte

üçü madde kullanımına bağlı olan kazalar, intiharlar ve adam öldürmeden kaynaklanmaktadır (Czechowicz 1988).

Ülkemizde kliniklere başvurarak alkol bağımlılığı tanısı almış olan kişiler ile yapılan çalışmalarda alkole başlama yaşının 14-20 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (Coşar ve ark.1996) Alkol ve diğer psikoaktif maddelere başlama yaşı genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik dönemidir (Lanier ve ark. 2001)

Yapılan çalışmalarda, alkol/ madde bağımlılarında çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmalinin yaygın olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı travma öyküsü olan alkol/ madde bağımlılarında depresyon, anksiyete bozuklukları, PTSS, disosiyatif kimlik bozukluğu ve komorbid kişilik bozuklukları prevalansının daha fazla olduğu bulunmuştur (Windle ve ark. 1995; Schaefer ve ark.1988; Simpson ve ark. 2002; Triffleman ve ark.1995; Westermeyer ve ark. 2001)

Bağımlılıkta birden fazla etiyolojik faktör rol oynamaktadır. Alkol/ madde bağımlılığında genetik ve çevresel faktörler etkili olmakla birlikte, çevresel faktörlerden etkilenen karakterin önemli etkisinin olduğu da bilinmektedir. Çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşantılar, mizaç ve karakterin etkilenmesiyle dolaylı yoldan alkol/ madde kullanım bozukluğu gelişimi için yatkınlığa yol açabilir (Lukasiewicz ve ark. 2008;Evren ve ark. 2010). Alkol/ madde kullanım bozukluğu olanlarda çocukluk çağı travmalarının (kötüye kullanım ve/ veya ihmali), madde kullanımına yatkınlıkla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Bu çalışmanın amacı alkol/madde kullanım bozukluğu olup tedaviye başvuran hastalarda, çocukluk çağı travmalarının ve TSSB bulgularının araştırılması olacaktır.

Madde kullanım bozukluğu tedavisinin zorluğu düşünüldüğünde, bu çocuk ve ergenlere eşlik eden TSSB'nin belirlenmesi ve tedavi edilmesi, çocuk ve ergenlerin işlevselliğini, yaşam kalitesini arttıracaktır. Yazında çocuk ve ergenlerde, Madde kullanım bozukluğuna eşlik eden travma ve travma sonrası stres bozukluğunun incelendiği çalışma sayısı oldukça azdır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu tez çalışmasının amacı, Türkiye'de bir bağımlılık merkezinde takip edilen, DSM-V'E göre madde kötüye kullanımı ölçütlerini karşılayan çocuk ve ergenlere eşlik eden travma sonrası stres bozukluğu bulgularını, yapılandırılmış görüşme çizelgeleri ile değerlendirmektir.

Araştırmamızın hipotezi, travma ve travma sonrası stres bozukluğunun MKB tanısı alan bu ergenlerde yüksek oranda bulunacağı, TSSB'nin daha çok madde öncesi dönemde başlamış olacağı idi.Madde kullanım bozukluğu tedavisinin zorluğu düşünüldüğünde, bu

ocuk ve ergenlere eşlik eden psikiyatrik durumların belirlenmesi ve tedavi edilmesi, ocuk ve ergenlerin işlevselliğini, yaşam kalitesini arttıracaktır.



GENEL BİLGİLER

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Psikoaktif maddelerin insanlık tarihinin başlangıcından bu yana, keyif verici, ağrı kesici, hastalıkları iyileştirici etkileri nedeniyle kullanıldığını biliyoruz. Alkol ve madde kullanımı her geçen gün artmakta ve ciddi boyutlarda biyopsikososyal problemlere yol açarak, toplumumuzu ve ruh sağlığımızı tehdit etmektedir. Günümüzde alkol ve madde ile mücadele için ulusal ve uluslararası örgütler kurulmuştur (Ögel ve Erol 2005).

Bir madde kullanım bozukluğunun temel özelliği , maddeye ilişkin belirgin sorunlara karşın bireyin kullanımı sürdürmesiyle ilişkili bilişsel, davranışsal ve ruhsal belirti kümesidir. Madde kullanım bozukluklarının önemi, özellikle şiddetli bozukluğu bulunan bireylerde, arınma dönemi sonrasında da devam eden şekilde beyin yollarında değişiklik oluşturmaktadır (Chen ve ark. 2009). Bu beyin değişikliklerinin etkisiyle, bireyler madde ile ilişkili uyaranlara maruz kaldığında yineleyen depresyonlar ve şiddetli aşermeler ortaya çıkabilmektedir (APA 2013).

Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluk

Madde entoksikasyonu, madde yoksunluğu ve madde/ilaç kullanımının yol açtığı diğer bozukluklar (psikotik bozukluk, depresyon vb) bu kategoride yer almaktadır.

Madde Entoksikasyonu Ve Yoksunluğu:

Entoksikasyon; temel olarak bir maddenin yakın zamanda alınmasına bağlı olarak ortaya çıkan geri dönüşlü, maddeye özgül bir sendrom gelişmesidir. En yaygın değişiklik algıda, uyanıklıkta, düşünmede, yargılamada, psikomotor davranışta ve kişilerarası davranışta bozulmayı kapsar. Kısa dönemli ya da akut entoksikasyon ile uzamış ya da süregelen entoksikasyon farklı bulgular gösterebilir. Örneğin orta düzeyde kokain kullanımı başlangıçta girişkenlik yapabilir ama aynı miktarlar günlerce ya da haftalarca sıklıkla alınmaya devam edilirse toplumdan kendini ayırabilir.

Yoksunluk; maddenin uzun süreli yoğun kullanımının kesilmesi ya da azaltılmasına bağlı olarak fizyolojik ve bilişsel etkileriyle beraber maddeye özgü sorunlu davranışsal değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Maddeye özgü sendrom klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili ya da işlevselliğin önemli alanlarında bozulmaya yol açmaktadır.

Maddenin /İlacın Yol Açtığı Ruhsal Bozukluklar;

Maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozuklukların tümü ortak özellikler taşır. Bu özellikler aşağıda tanımlanmıştır.

- A. Bu bozukluk söz konusu ruhsal bozukluğun klinik açıdan belirgin belirti görünümünü sergiler.
- B. Öyküde, fizik muayenede ya da laboratuvar bulgularında aşağıdaki kanıtların her ikisi de bulunmaktadır.
 1. Bozukluk bir maddenin entoksikasyonu ya da yoksunluğu ya da ilaç alımı sırasında ya da sonraki 1 ay içinde ortaya çıkar,
 2. Söz konusu madde/ilacın ruhsal bozukluk oluşturma potansiyeline sahiptir.
- C. Başlı başına bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamaktadır.
- D. Bozukluk yalnızca deliryum gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- E. Bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur

DSM-4-TR (APA 2000)'de "Madde Kötüye kullanımı" ile "Madde Bağımlılığı" farklı bozukluklar olarak değerlendirilmekteydi. Halbuki DSM-5'te bunlar birleştirilmiştir. Yani DSM-5'teki "Madde Kullanım Bozukluğu" adeta DSM-4-TR'deki "Madde Kötüye Kullanımı" ve "Madde Bağımlılığı"nın birleştirilmiş halidir. Ancak DSM-5'te "sürekli yasal problemler oluşturma" cümlesi kaldırılmış onun yerine "ısrarlı bir biçimde sürdürme" cümlesi eklenmiştir. Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı birbirine benzer kavramlardır ve bunların arasında kesin bir sınır çizme konusunda bir sorun bulunmaktadır. Bu da tanı güvenilirliğini ve geçerliliğini azaltan bir unsur olarak görülmüştür. Bu iki bozukluk birleştirilerek tanı güvenilirliğinin ve geçerliliğinin ve stabilitesinin artırılacağı düşünülmüştür.

DSM-5'e göre madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerine aşağıda yer verilmiştir.

A. 12 aylık bir dönem içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren (ya da daha fazlası), klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir madde kullanımı örüntüsü:

- 1) Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.
- 2) Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
- 3) Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
- 4) Madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
- 5) İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı.
- 6) Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.
- 7) Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
- 8) Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.
- 9) Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürülür.

- 10) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması;
- a. Esrikliği (entoksikasyonu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi,
 - b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
- 11) Aşağıdakilerden biriyle tanımlanması üzere, yoksunluk gelişmiş olması
- a. Kullanılan maddeye özgü yoksunluk sendromu,
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde ya da yakından ilişkili başka bir madde alır.

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

EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyolojik çalışmalar, ergenler arasında madde kullanım sıklığının giderek arttığını ve ilk kullanım yaşının gittikçe düştüğünü göstermektedir. Bazı psikoaktif maddelerin akıl sağlığı üzerinde yıkıcı etkileri olduğu ve ergen psikiyatri servislerinde yatış oranlarının arttığı bilinmektedir(Cheung 2012).

Madde kullanım bozukluklarının yaygınlığını tespit edecek araştırmaların yapılması, madde kullanan kişilerin bunu saklama eğiliminde olması, genel örnekleme madde kullanan gruba ulaşmanın zor olması, kullanıcıların genellikle bazı bölgelerde toplanmasına bağlı olarak sıklığın genel dağılıma uymaması gibi nedenlerle oldukça zordur. Bununla birlikte araştırmalar çoğunlukla anketler ile yapıldığı için sadece kullanıcılar saptanmakta, bağımlılığın tanımını yapmak güç olmaktadır(Ögel 2005).

Türkiye’de yapılan anket çalışmalarından ve ampirik gözlemlerden, en sık kullanılan maddenin esrar olduğu anlaşılmaktadır. Esrarın hammaddesinin ülkemizde yetişmesi ve

bazı bölgelerde geleneksel kullanımının olması bunun bir nedeni olarak görülebilir. Esrarın diğer maddelere geçişe neden olabildiği kabul edilir. Bir tedavi kurumuna başvuran eroin kullanıcılarının %70'inin, eroin kullanmadan önce esrar kullandığı saptanmıştır(Yıldırım 1997).

ESPAD (Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi) Avrupa ülkelerinde sigara, alkol ve yasadışı madde kullanım yaygınlığı anketi olarak tanımlanmakta ve 4 yılda bir tekrarlanmaktadır. 35 ülkeden 96 046 öğrencinin yer aldığı çalışmanın 2015 sonuçlarına göre alkol kullanımı %78, sigara kullanımı %61, esrar %30, ekstazi %12 bulunmuştur. Tüm Avrupa ülkelerinde ortalama olarak, erkeklerin %21'i ve kızların %15'i yaşamları boyunca en az bir kez yasadışı madde kullanmıştır.

Ortaöğrenim öğrencileri arasında 2010 yılında esrar dışında yasadışı madde kullanım oranı %16.8 olarak bulunmuştur, %11.8 'i geçen yıl kullanmış, %5.7' si de son 30 günde kullanmıştır (Johnston ve ark. 2011). 1991'den günümüze yapılan madde kullanımının yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda çok tek merkezli ve uygulama kolaylığı nedeniyle özellikle lise ve üniversiteöğrencilerine yönelik çalışmalardır. Araştırmaların önemli bir kısmının yöntemleri de farklılıklar göstermektedir(Ögel 2005).

2012'de Evren ve arkadaşları tarafından yapılan, yaklaşık 4800 lise 2öğrencisinin katıldığı çalışmada, yaşam boyu en az bir kez deneme oranı en yüksek olarak nargile (%45.4) saptanmış, nargileyi sırayla alkol (%34.2), sigara(%24.4), uçucu maddeler (%4.9), benzodiazepin (%3.8), esrar (%2.9), kokain (%0.6) ve eroin (%0.4) izlemiştir. Erkek öğrencilerde, eroin, ekstazi ve esrar kullanım riski, sosyo-ekonomik durumu “kötü” olarak nitelenen öğrencilerde de uçucu madde, alkol ve nargile dışındaki maddelerin ve tütün kullanım riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Nargile kullanımının devlet okullarında, alkol kullanımının ise özel okullarda sık olduğu gösterilmiş, diğer maddeler ile okul türleri arasında farklılık bulunmamıştır.

Türkiye'de epidemiyolojik çalışma sayısı az, bununla beraber eğitime devam etmeyen çocuk ve ergenlerde de madde kullanımı ile ilgili veri çok azdır. Okula devam ediyor olmanın madde kullanımına karşı koruyucu bir faktör olduğu düşünüldüğünde, esas riskli gruptaki yaygınlık ile ilgili araştırmaların yetersiz olduğu görülmektedir. 2004 yılında Ögel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, sokakta yaşayan çocuklar arasında madde kullanımının %72 olduğu, tercih maddelerinin ise daha çok boya tineri olduğu, boya tinerini esrar ve alkolün takip ettiği bildirilmiştir. Aynı şekilde ceza ve tutukevinde kalan ergenlerde de madde kullanım yaygınlığı oldukça fazladır. Altı ayrı

kurum ve dört ayrı ilde yapılan araştırmada tutuk ve cezaevinde kalan ergenlerde yaşam boyu en az bir kez madde kullanım yaygınlığı esrar için %39, flunitrazepam için %28, yapıştırıcı için %25.4, ekstazi için %20.5, eroin içinse %2.7 bulunmuştur (Aksoy ve ark. 2004)

ETİYOLOJİ

Maddelerin etkileri, bağımlılığın gelişme sürecinde önemli bir yer tutsa da, bağımlıların madde etkilerini aynı şekilde yaşamadıkları veya aynı grup etmenlerle motive olmadıkları kabul edilmektedir. Sürecin farklı evrelerinde farklı etmenlerin önemli olabileceği vurgulanmaktadır. Bir maddenin ilk denemesinde, maddenin bulunabilirliği, toplumsal kabul ve akran baskısı ana belirleyiciler olmaktadır. Bunun yanında kişilik, biyoloji gibi diğer etmenlerle ilgili maddenin etkilerinin nasıl algılandığı ve tekrarlı madde kullanımının hangi dozlarda santral sinir sisteminde değişikliklere yolaçacağını belirlemektedir. Maddenin özgül etki mekanizmaları da içeren diğer etmenler hala madde kullanımını madde bağımlılığına taşıyan temel belirleyici olabilirken, diğer etmenler madde kullanımı yan etkilerini veya bağımlılıktan başarı ile iyileşmeyi belirleyen önemli etkilere sahiptir. Bağımlılığın madde kullanıcısının beyinde yapısal ve nörokimyasal değişikliklere bağlı olarak istemli madde kullanma davranışının zorunlu madde kullanımına dönüşmesi biçiminde sonuçlanan bir “beyin hastalığı” olduğu vurgulanmaktadır (Kuloğlu 2016).

Alkol ve madde kullanımı ile mücadelede risk etmenlerini belirlemek önemlidir. Yapılan çalışmalarda madde kullanan ergenlerde bazı noktalar tespit edilmiştir. Madde kullanımı için risk etmenleri gözden geçirildiğinde; bireysel etmenler, aile ve akran etkisi ve çevresel etmenlerden bahsedilebilir (Brooks ve Knight 2014).

Maddeyle Prenatal Maruziyet

Çalışmalar ergenlik ve erken erişkinlik döneminde alkol, esrar ve kokain kullanımının, intrauterin uyuşturucu madde ile maruziyetiyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Baer ve ark. 2003; Day ve ark. 2006; Delaney-Black V ve ark. 2011).

Nörobiyoloji

Ergenlik döneminde görülen aşırı kendine güven, duygu durumunda dalgalanmalar, risk alma davranışı, akran baskısı yenilik arayışı, narsistik özellikler madde kullanımının başlamasına neden olabilir. Ergenlik döneminde kullanılan maddeler frontal bölgelerin miyelinizasyonu gibi gelişimi tamamlanmamış beyin bölgelerinde geri dönüşsüz değişiklikler meydana getirebilir. Bu değişiklikler bu kişilerde ödül ve motivasyon sistemlerinde daha sonra kronik madde ya da alkol kullanımına yol açacak hasarlara yol açabilir (Chen ve ark. 2009; Volkow ve Warren 2014)

Nörotransmitter sistemlerinden GABA, glutamat, asetilkolin, dopamin, serotonin, endojen opiat ve endokannabinoidler madde kullanımı ve etkileri ile ilişkilidir. Özellikle akumbens çekirdeği gibi limbik bölgelerdeki hüce dışı dopamin artışı maddelerin etkileri ve bağımlılık yapıcı özellikleri ile ilişkilendirilmiştir. Kokain, amfetamin, metamfetamin, ekstazi doğrudan dopamin artışına yol açarken; nikotin, alkol, opioidler, sentetik kannabinoidler ve kannabis-esrar; sırasıyla nikotin, GABA, opioid ve kannabinoid reseptörleri üzerinden dolaylı olarak dopamin ateşlemesi ve salınımına neden olur. Alkol, GABA reseptörü dışında, ayrıca başka birçok reseptör ve hücre içi mesajcılar üzerinden de etki gösterir (Gupta ve Kulhara 2007; Volkow ve Warren 2014).

Madde kullanımı ile ilişkili striatum ve akumbens çekirdeğindeki dopamin salınımı, bu bölgelerde D2 reseptör düzeylerinin azalmasına yol açar. Bu durum ilişkili orbitofrontal korteks ve ön singulat girus aktivitesini etkileyerek davranışın kompulsif hale gelmesini sağlar, ayrıca dürtüsellliği ve ödül bağımlılığı ve arayışını artırır. Ödül, motivasyon, yürütücü işlevlerle (karar verme ve emosyonel kontrol) ilişkili bu alanlardaki işlev değişiklikleri kontrol kaybı ve kompülsiyona yol açarak madde kullanımının kronikleşmesine yol açarlar. Prefrontal korteks, amigdala ve hipokampüsten gelen ve dopaminerjik sistemi etkileyen glutamaterjik projeksiyonlar da bağımlılık gelişiminde önemlidir. Bu glutamaterjik yolaklı akumbens çekirdeğindeki dopamin salınımını etkiler (Nieh ve ark. 2013; Volkow ve ark. 2011; Volkow ve Warren. 2014).

Dopamin işlevindeki değişiklikler, arzulama-ödül-motivasyon sistemi ve koşullu öğrenme yoluyla kişide sürekli istek ve durdurulamayan madde kullanımına sebebiyet verirler. Striatumdaki artmış D2 reseptör yoğunluğu madde ve alkol kullanımı için önleyici olabilir. D2 reseptör düzeyleri düşük (özellikle akumbens çekirdeğinde) olan bireylerin, haz alma eşikleri ve madde bağımlılığı riski daha yüksektir ve bu kişilerde çok daha çabuk

tolerans gelişir (Ito ve ark., 2000). D2 reseptörü dışında, D1 reseptörü ve dopamin taşıyıcısı (DAT) aktivitesi madde bağımlılığı, özellikle metamfetamin ve kokain bağımlılığı ile yakından ilişkilidir(Koob 2015).

Madde kullanımı beynin ödül ve stres sistemlerinde değişikliğe, prefrontal kortekste dejenerasyona, striatumda dopamin ve GABA reseptörlerinde azalmaya ve ayrıca amigdalada artmış kortikotropin-salgilatıcı faktör(CRF) etkisine ve HPA aksının körelmesine yol açar. Dorsal striatumdaki değişiklikler ayrıca GABA, glutamat ve endokannabinoid sistemi etkiler. Tüm bu etkiler alışkanlık, craving–aşerme, madde arama davranışlarıyla ilişkilidir. Prefrontal korteks değişiklikleri yürütücü işlevlerde bozulmaya yol açar ve bu durum kısır döngüyü (karar vermenin azalması, kontro kaybı, içgörü eksikliği) daha da artırır. (Bock ve ark. 2013; Volkow ve Warren 2014). CRF artışı amigdala üzerinden anksiyete artışı, ödül mekanizması kusurları, kompulsif madde kullanımı ve madde arayışına yol açar (Zorilla ve ark. 2014). ACTH ve CRF artışı özellikle yoksunluk ve çekilme döneminde ortaya çıkar (Koob 2015). Gaba ve glutamat transmisyonu arasındaki dengesizlik alkol ve madde bağımlılığına yol açıyor olabilir (Banarjee 2014).

Serotonin reseptörleri, psikostimülan, hallüsinojen ve alkol; endokannabinoid sistem ise psikostimülan, opioid, alkol ve kannabis ile ilişkili ödül mekanizmaları ile bağlantılıdır. Serotonin 5HT1B reseptör aktivitesi kronik madde bağımlılığı gelişme ve çekilme belirtileri ile yakından ilişkilidir (Koob 2015; Neumaier ve ark. 2009). Azalmış serotonin düzeyleri ya da azalmış serotonerjik iletim alkolizm, kontrol edilemeyen alkol alma davranışı ve alkolizm ile yakından ilişkili obsesif kompulsif spektrum bozuklukları ve bulimia ile ilişkili olabilir (Woodward 2014).

Kannabinoid CB1 reseptörleri ise kannabis dışında opioid ve alkol etkisi ile de yakından ilişkilidir. Bundan dolayı geliştirilecek CB1 reseptör antagonistleri sadece kannabis değil alkol ve opioid bağımlılığı ve obezite tedavisinde de etkili olabilir (Koob 2015; Le Foll ve Goldberg 2005).

Serotonin ve endokannabinoid sistem, akümbens çekirdeği ve amigdaladaki opioidpeptid, dopamin ve GABA sistemleri üzerindeki düzenleyici etkilerinden dolayı, hem doğrudan hem de dolaylı etkileriyle madde ve alkol bağımlılığı etiyopatogenezinde rol alırlar (Koob 2015). Madde çekilmesi ve yoksunluk sırasında dopamin, serotonin,

GABA, nöropeptid Y (NPY) düzeylerinde azalma; dinorfin (bir opioidpeptid), CRF, noradrenalin düzeylerinde artış meydana gelir. Bu durum stres, disfori ve anksiyete atışına, panik benzeri bulgulara yol açar(Koob 2015; Sellers ve ark. 1992). Madde çekilmesi sırasında ayrıca orbito-frontal korteks aktivitesinde sıklıkla azalma bildirilmiştir(Simkin 2014). NPY, madde etkisi ile ilişkili anksiyete azalmasında rol oynar. NPY artışı anksiyolitik etkiye sahiptir (Koob 2015).

Uyku-uyanıklık döngüsü ödül ve dikkat, narkolepsi gelişimi ile ilişkili lateral hipotalamustan salınan, modafilin etki mekanizmasıyla da ilişkilendirilen oreksin A ve B nöropeptidleri (hipokretin 1 ve 2) madde bağımlılığı gelişiminde rol oynuyor olabilir. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında bu nöropeptidlerin etkilerinin arttığı ve oreksin antagonistlerinin alkol ve madde kullanım bozukluklarında etkili olabileceği ileri sürülmektedir (Yeoh ve ark. 2014).

Madde kullanımı ile ilişkili insuladaki değişiklikler kişinin içsel durumunu doğru olarak değerlendirememesine, lateral habenuladaki değişiklikler ise hayal kırıklığından ders çıkaramama, maddenin hayatında yaptığı olumsuz değişiklikleri görmezden gelmeye yol açar(Naqvi ve Bechara 2010).

Madde ve alkol ile aşırı uğraşı, madde ve alkol alımı ile rahatlayacağı şeklinde öngörü orbitofrontal korteks, prefrontal korteks, hipokampus ve insula ile durdurulamayan madde ve alkol alımı, binge şeklinde alkol ve madde kullanımı dorsal striatum, akümbens çekirdeği, globus pallidum, talamus ile; olumsuz duygulanıma karşı koyamama ve çekilme belirtilerini tolere edememe akümbens çekirdeği, amigdala, stria terminalisin bed nükleus aktivitesi ile ilişkilidir.(Koob 2009; Wise ve Koob 2014)

Madde aşermesi-craving; dopamin düzensizliği, artmış ghrelin aktivitesi, bozulmuş prefrontal korteks aktivitesi, madde ipuçlarına karşı aşırı aktif strial-limbik yanıtlar ile bağlantılıdır. Kortiko-limbik-striatal ve prefrontal yollar(özdenetim devreleri) aşerme üzerinden rölapsla ilişkilidir(Sinha 2013). Madde bağımlılığı için risk altındaki ergenlerde akümbens çekirdeği ve frontal korteks arasındaki beyaz cevher bağlantısı daha bozuktur. Bu durum ani ödüllere karşı koyamama ve ödül bağımlılığı ile ilişkili olabilir(Squeglia 2015).

Kronik madde kullanımı Δ FosB, cAMP yanıt elemanı bağlayıcı protein (CREB), nükleer faktör kapa B, siklin-bağımlı kinaz 5 (CDK5) gibi hücre içi mesajcılar ve transkripsiyon faktörlerinin aktivitesinde değişikliklere, protein sentezinde değişikliklere

ve böylece sinaptik plastisitede değişikliğe yol açarlar. Kronik kokain, alkol ve amfetamin kullanımı dopaminerjik nöronlarda morfolojik değişikliklere, akübens çekirdeği ve prefrontal korteks nöronlarında dendritik dallanma ve diken formasyonlarında bozulmaya yol açar (Nestler 2012; Volkow ve Warren 2014).

Kronik madde kullanımı G proteinine bağlanan AGS3 düzeylerini artırır. Artmış AGS3 düzeyleri D2 reseptör aktivitesini azaltıp, D1 reseptör aktivitesini artırarak, ödül bağımlılığı, aşırma ve tolerans gelişimine yol açar (Simkin 2014)

Kronik madde ve alkol kullanımı ayrıca bazı epigenetik mekanizmaları da etkiler. Kronik alkol ve madde maruziyeti “histondeasetilaz” (HDAC) aktivitesini etkileyerek kromatin yoğunlaşması ve amigdalaadaki gen ekspresyonunu etkileyerek, amigdalanın anksiyete yanıtını bozar (Koob 2015).

Genetik

Madde ve alkol kullanım bozukluklarına yatkınlıkta genetiğin %40-60 oranında rol oynadığı (Laakso ve ark. 2002; Uhr ve ark. 2004) nikotin bağımlılığına yatkınlıkta ise genetiğin %60’dan fazla rol oynadığı iddia edilmektedir (Gelertner ve ark. 2015).

Alkol bağımlılığı ile ilişkili genlerin çoğu alkolü metabolize eden enzimleri kodlayan genler ile ilişkilidir. Ergenlerde ve erişkinlerde GABA-A reseptörünü kodlayan GABRA2 genindeki polimorfizmler ile hem alkol-madde bağımlılığı hem de dışavurum problemleri arasında ilişki gösterilmiştir (Dick ve ark. 2006). Asetilkolin reseptörlerinden olan CHRM2’nin de alkol ve madde bağımlılık belirtileri ile ve dışa vurum bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Dick ve ark. 2008). Endojen kannabinoid sisteminin dopamini kullanarak beyinde ödülle ilgili yolları düzenlediği düşünülmektedir. CB1 olarak adlandırılan beyindeki ana kannabinoid reseptörünü kodlayan CNR1 genindeki küçük nükleotid polimorfizmlerinin kannabis bağımlılık belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Hopfer ve ark. 2006).

Dopamin ile ilgili yapılan çalışmalarda tutarlı sonuçlar alınmasa da pek çok çalışmada dopamin D2 reseptör gen (DRD2) polimorfizmleri madde bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (Volkow ve ark., 2014). DRD4 geni ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), risk alma ve yenilik arayışı gibi mizaç özellikleri üzerinden madde ve alkol kullanım bozukluklarına yol açıyor gibi görünmektedir. (Grady ve ark 2013).

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ailelerinde alkol kullanım bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır. Bu durum sosyal iletişim bozuklukları ile ilişkili olabilir. Geniş otizm spektrumunda olan bireylerde de alkol kullanım bozuklukları daha sık olabilir. Ayrıca otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin ailelerinde kadınlarda da yüksek düzeyde alkolizm saptanmıştır. Alkolizm genetik olarak otizm, makrosefali ve regresif tip otizm ile ilişkili olabilir. Dopamin beta hidroksilaz düzeyi, GABA ve serotonin nörotransmitter sistemlerindeki bozukluklar alkol –madde kullanım bozuklukları ve otizm arasındaki ilişkide önemli olabilirler. Hücre adezyon genleri (Neurexin 1 ve 3, Contactin-associated protein like 2 [CNTNAP2], Contactin 4), otizm ve alkol-madde kullanım bozukluklarında ortak etyolojide rol oynuyor olabilirler. Özellikle otizm ile ilişkili Autismsusceptibility candidate2 (AUTS2) geni hem alkolizm, hem de eroïn bağımlılığında önemlidir. (Chen ve ark. 2013; DeLong ve Dwyer 1988; Gelertner ve Kranzler 2015; Miles 2011; Piven ve ark. 1991; Schumann ve ark. 2011; Smalley ve ark. 1995)

Çevresel Faktörler

Maddeye kolay ulaşım, toplum kurallarının madde kullanımına uygun olması, medyanın özendirici tutumu, sık toplum değişikliği, komşuluk bağlarının zayıf olması, ekonomik yoksunluk madde kullanımı ile ilişkili toplumsal risk faktörleridir. Akademik başarısızlık, okula devamsızlık, erken yaşta başlayan antisosyal davranışlar, madde kullanan ve suç işleyen arkadaşlara sahip olma, madde kullanımının onaylandığı ve kabul gördüğü bir akran grubunun içinde olma madde kullanım riskini arttırmaktadır. (Kaminer ve ark. 2011).

Ailesel Faktörler

Ebeveynin alkol ya da madde kullanıyor olması, anne, babanın çocuğu ihmal etmesi, aile içi şiddet, parçalanmış aile, çok çocuklu ailede ebeveynlerin çocuklarının sorunları ile yeterince ilgilenememesi, çocuk yetiştirme tutumlarında çatışma yaşanması, aşırı disiplin ya da aşırı serbest bırakma, çocuğun eğitimi ve geleceği ile yeterince ilgilenmeme madde kullanım riskini arttırmaktadır (Kaminer ve ark. 2011). Madde kullanımı olan gruplarda ebeveyn kontrolü, olmayan gruplara nazaran düşük bulunmuştur (Skeer ve ark. 2009).

Koruyucu Faktörler

Yeterli aile desteği, yüksek zeka seviyesi ve yüksek benlik saygısı, etkin baş etme becerilerinin aile tarafından öğretilmesi, sosyal, duygusal ve bilişsel yeterliliğe sahip olma, toplumsal değerlere bağlılık, suç işlememiş ve madde kullanmayan, toplumsal değer yargılarına önem veren akran grupları, farklı alanlarda başarıyı destekleyen eğitim sistemi, okula bağlı olma, gelecekle ilgili hedeflerin olması, sağlık ve sosyal destek servislerinin yeterliliği, madde kullanımını kabul etmeyen güvenli yakın çevre ergeni madde kullanımından koruyucu faktörler olarak sayılabilir (Alıkaşifoğlu 2005).

MADDE TÜRLERİ VE ÖZELLİKLERİ

Alkol

Alkol, aldehid dehidrogenaz ile karaciğerde metabolize edilir ve asetaldehide dönüştürülür; asetaldehid de, asetaldehid dehidrogenaz ile asetat'a dönüştürülür. (Woodward 2014). Alkol genel olarak GABA-A reseptörü üzerinden etki gösterir. GABAerjik etkiyi güçlendirir ve santral sinir sistemi üzerine baskılayıcı etki oluşturur. Dopamin, CRF (ya da CRH) ,endokannabinoidler, opioidpeptidlerin salınımını artırır. Ayrıca glisin, serotonin, adenosin reseptörlerine agonistik etki gösterir ve etkilerini güçlendirir. Ayrıca bazı voltaj kapılı potasyum kanallarını aktive eder. Glutamat (NMDA ve non-NMDA reseptörleri üzerinden) reseptörlerini inhibe eder ve voltaj kapılı potasyum kanallarını baskılar. NPY salınımını azaltır. ATP ve asetilkolin üzerine hem baskılayıcı hem de uyarıcı olabilir (Heilig ve Spanagel 2015).

Alkol ilk başlarda disinhibisyon, konuşmada artış, anksiyetede azalma, kendine güvende artış, öforiye neden olur(10-80 mg ile). Alkol alımı devam ederse yargılama ve reaksiyon zamanında bozulma, artmış duygusal patlamalar ve ataksi gelişir (80-200mg ile). Yüksek alkol alımı sedatif, hipnotik etki gösterir fakat uyku kalitesini bozar.150-200 mg alkol alımı black-out ve sabah kalkıldığında akşam ne olduğunu hatırlayamamaya yol açar (hangover). Alkol entoksikasyonunda ölüm, solunum baskılanmasıyla(400-500 mg) meydana gelir. Kronik alkolizm tiamin eksikliğine yol açarak Wernicke-Korsakoff psikoza gelişimine yol açabilir (Woodward, 2014).

Alkol bağımlılığının psikofarmakolojik tedavisi

Disülfiram alkole karşı aşırı duyarlılık ve tikslenme belirtilerinin ortaya çıkmasını sağlayarak etki eden ve tedavi motivasyonu yüksek hastalarda kullanılması önerilen bir ilaçtır. Disülfiram aldehid dehidrogenaz enzimini bloke ederek disülfiram-etanol reaksiyonuna yol açar. Ciddi fiziksel bulgulara yol açabildiğinden tedaviye motivasyonu yüksek hastalarda kullanılması önerilmektedir. Ergenlerde disülfiram kullanımı etkili bulunmuşsa da motivasyon eksikliği sık olduğundan kullanımı önerilmez (Aslan ve ark. 2013; Brewer ve ark. 2000; Clark 2012; Myrick ve ark. 2014).

Naltrekson ve nalmefen gibi opioid antagonistleri alkol tüketimini azaltırlar. Naltrekson μ , κ , δ opioid reseptörleri üzerine antagonist etki göstererek alkolün etkisini azaltma yanında, aşermeyi de azaltır. Alkol bağımlılığı tedavisinde günde 25-150 mg/gün dozlarında kullanılabilir. Genellikle 50 mg/gün optimal dozdur. Naltrekson ergenlerde sorunlu alkol alımını ve aşermeyi azaltır (Clark 2012; Deas ve ark. 2005; Johnson 2008; Myrick ve ark. 2014).

Akamprosate alkol bağımlılığının tedavisinde kullanılan bir GABA reseptör agonisti ve NMDA reseptör modülatörüdür. Ayık kalma zamanı ve oranlarını artırır. Ergenlerde akamprosate kullanımı ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır(Soyka ve ark. 2008).

C kümesi kişilik özellikleri gösteren ve sosyal anksiyetesi olan bireylerde SSGİ 'ler alkol alımını azaltabilir. Antisozyal özelliklere sahip olan, erken başlangıçlı olgularda ise bir 5HT-3 reseptör antagonisti olan ondansetron alkol bağımlılığını azaltabilir. Ondansetron alkol bağımlısı ergenlerde etkili bulunmuştur(Dawes ve ark. 2005; Dundon ve ark. 2004).

Sedatif ve Hipnotikler

Bu grup içinde benzodiazepinler, barbitüratlar, benzodiazepin olmayan hipnotikler (Zopiklon, Zaleplon, Zolpidem), paraldehid, kloralhidrat, gama-hidroksibutirat (GHB) yer alır.

Benzodiazepinler içinde klinik olarak en çok kullanılan alprazolam, lorazepam, klonazepam ve diazepam'dır. Klonazepam yarı ömrü uzun olduğu için (17-56 saat) klinik kullanımda bağımlılık riski daha az olarak kabul edilse de, bağımlı bireyler arasında

benzodiazepinler içinde en sık suistimal edilen ilaçtır. Sokak terminolojisinde reçeteli ilaç, cesaret hâpı, roş ve deli ilacı olarak adlandırılır. Genelde aynı anda en az 4-5 tane alınır ve aşırı rahatlama sağlayarak, dizinhibisyon yaratır (Bisaga ve Mariani 2015).

Benzodiazepinler, GABA-A reseptörü üzerine pozitif modülatuar etki gösterirler ve dopamin transmisyonunu güçlendirirler. İnhibitör iletimi (GABA) artırarak sedatif, anksiyolitik, miyorelaksan ve antiepileptik etki gösterirler. GABA-A reseptöründe merkezi olarak yerleşmiş bir klor kanalı bulunur ve benzodiazepinler bu kanalın açılmasını sağlayarak etki gösterirler (McKernan ve ark. 2000).

Barbitüratlar düşük dozlarda, benzodiazepin gibi GABA-A reseptörü üzerine pozitif modülatuar etki gösterirken, daha yüksek dozlarda GABA-A reseptörü üzerine direkt aganistik etki gösterirler. Benzodiazepinlerden farklı olarak GABA-A reseptörünün β alt ünitesine daha fazla bağlanır. Barbitüratlar GABA dışında, glutamerjik reseptörler (AMPA) ve voltaj duyarlı kalsiyum kanalları üzerine de etki gösterir ve bu yapıların aktivitesini baskılar. Benzodiazepinler gibi barbitüratlar da sedatif - hipnotik, antiepileptik, anksiyolitik etki gösterir (Ashton 2005; Ciraulo ve Knapp 2014).

Sedatif ve Hipnotiklerin Psikofarmakolojik Tedavisi

Benzodiazepin kötüye kullanımının başladığını düşündüğümüz hastalarda klonazepam gibi daha yavaş etkisi başlayan ve daha uzun davranışsal-psikolojik etkisi olan bir ajana geçmek daha mantıklı olabilir (Bisaga ve Mariani 2015; Ciraulo ve Knapp 2014). Kronik benzodiazepin kullanımında geri çekilme belirtileri için benzodiazepinler tekrar başlanır ve bu sefer azaltılarak kesilirler. Haftalık doz azaltması 5 mg diazepam eşdeğer dozdan daha fazla olmamalıdır. Bu sırada antiepileptikler, mirtazapin, trazadon, imipramin, buspiron gibi ilaçlar kullanılabilir (Cluver ve ark. 2014; Rickels ve ark. 1999).

Opioidler

Eroin ve birçok opioid analjezik, mü opioid reseptörlerine (MOP-r) tam ya da parsiyelagonistik etki gösterirler. En sık bilinen opioidler morfin, kodein, heroin metadon, meperidin ve diğer sentetik opioidlerdir. Opioidlerin ödüllendirici, analjezik ve haz verici

etkisi daha çok MOP-r üzerinden olur (Borg ve ark. 2014; Butelman ve ark. 2012; Kreek ve ark. 2012).

Eroin sentetik olarak doğal opioid alkaloid morfinden üretilir. Çok hızlı etki başlangıcı vardır (5 dakikada pike ulaşabilir) ve kısa zamanda vücuttan elimine edilir. Eroin ön ilaçtır ve kendisi aktif değildir. İntravenözve intranazal kullanılsa da, Türkiye’de daha çok inhalasyon-folyo-kaydırma yolu ile alınır.Eroin hızlı bir şekilde 6-monoasetil morfin ve morfine deasetilize edilir, bu iki bileşik de MOP-r üzerine agonistik etki gösterir (Kreek ve ark. 2012; Reed ve ark. 2015; Demirci ve ark. 2014).

Eroin iki haftalık kullanımı bırakıldığında belirgin çekilme belirtilerine neden olur. Opioid çekilme belirtileri; kas-eklem-bel-sırt ağrıları, karın ağrısı, bağırsak spazmları, bulantı, kusma, diyare, rinore, lakrimasyon, piloereksiyon, midriazis, termoregülasyon sorunları, taşikardi, terleme, üşüme, esneme, sıcak-soğuk basması, akatizi, halsizlik, yorgunluk, yerinde duramama, tremor, ajitasyon, irritabilite, anksiyete artışı, uykusuzluk, disfori, ciddi aşırma, madde bulma ile ilgili aşırı meşguliyeti içerir (Vaughan ve Kleber 2015). Opioid yerine koyma tedavisinde en sık kullanılan ajanlar metadon ve buprenorfindir. Türkiye’de opioid detoksifikasyon ve idame tedavisinde buprenorfin-naloksan kombinasyonu kullanılabilir. Buprenorfin-naloksan yerine koyma tedavisinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmadan kullanılmaz (genellikle son eroin alımından 8 saat sonra).Yoksunluk başlamadan buprenorfin-naloksan kombinasyonu uygulanırsa, eroin reseptörlerinden hızla ayrılacağı için yoksunluk tetiklenmiş ve erkene çekilmiş olur (Strain ve Stitzer 2006; Tetrault ve O’Connor, 2014).

Naltrekson(opioid antagonisti) 12.5-50 mg arasında detoksifikasyon dönemi bittikten sonra tek başına kullanılabilir. Naltrekson MOP-r antagonisti olduğundan opioid alınsa bile ödüllendirici ve haz verici etkisi olmayacaktır. Fakat metadon ve buprenorfinden farklı olarak aşırma üzerine pek etkili değildir.Naltrekson ,motivasyonu çok yüksek ve opioid agonisti tedavisi almak istemeyen hastalarda detoksifikasyon fazı sonrasında tek başına ya da diğer psikiyatrik ilaçlarla beraber kullanılabilir. Naltrekson opioid bağımlılığında ergenlerde de kullanılabilir (Fishman ve ark. 2010).

Stimülanlar

En belli başlı stimülanlar; kokain, kafein, efedrin, khat, ephedra, amfetamin, metamfetamin ve metilfenidattır. Çoğu stimülan madde fenetilamin denilen bir ortak yapı

içerirler ve norepinefrin, dopamin (bazen de serotonin) gibi endojen katekolamin nörotransmitterleri üzerine etki ederler.

Kokain, koka çalısının yapraklarından elde edilen bir alkaloiddir. Lokal veya topikal anestezik olarak da kullanılır. Sokak terminolojisinde kokainin daha ucuz farmasötik şekillerine “taş” ya da “crack” denmektedir. Bazı ya da tuz yapısında olmasına bağlı olarak inhalasyon (sigara), nazal ya da damar içi kullanılabilir. Kokainin taş olarak satılan bazı maddelerin içinde, kokain haricinde ayrıca efedrin, amfetamin, kafein, fensiklidin de bulunabilmektedir (Gorelick ve Baumann 2014; Haney ve ark. 2015).

Kokain primer olarak dopamin ve serotonin, kısmen de noradrenalin taşıyıcısını inhibe ederek bu maddelerin geri alımını inhibe eder ve etkilerini artırır (Kreek ve ark. 2012).

Metamfetamin ya da sokak terminolojisinde “ice”, “buz”, “kristal”, “met” olarak adlandırılan madde ise nazal, intravenöz, oral ya da inhalasyon (sigara) şeklinde kullanılır. Metamfetamin primer olarak dopamin, noradrenalin ve kısmen de serotonin taşıyıcılarını inhibe eder ve veziküler monoamin taşıyıcısını (VMAT) inhibe ederek, veziküllerden de dopamin salınmasına aracılık eder (Haney ve ark. 2015).

Stimülanların Psikofarmakolojik Tedavisi

Kokaine bağlı çekilme belirtileri aylarca sürebilir ve intihara da neden olabilir. Metamfetamin aniden kesildiğinde; erken dönemde dopaminerjik reseptör aşırı duyarlılığına bağlı olarak anksiyete, ajitasyon ve disfori; orta dönemde halsizlik, aşırı uyuma isteği (bazen uyuyamama); geç dönemde hiperfaji, hipersomnolans görülür. (Baumann ve Lehner 2014; Garavan ve ark. 2008).

Stimülanlara bağlı çekilme tedavisinde hayatın düzenlenmesi, planlanması, istirahat, egzersiz ve sağlıklı beslenme en önemli basamaklardır. Stimülanlara bağlı çekilme belirtilerinde dopaminerjik ilaçlar; amantadin, bromokriptin kullanılabilir. 2-3 haftayı geçen depresif duygudurum ve intihar düşüncesi varlığında fluoksetin, imipramin, mirtazapin, buprapion, venlafaksin, sitalopram ve fluoksetin denenebilir (Kosten ve Sofuoglu 2015; Rawson ve ark. 2015; Wilkins ve ark. 2014). Naltrekson özellikle metamfetamin bağımlılığında yararlıdır (Haney ve ark. 2015).

Bu ilaçlar dışında N-asetilsistein (glutamat modölatörü), karvedilol (α ve β bloker), dokzazosin ($\alpha 1$ blokör), guanfasin ($\alpha 2$ agonist), lofeksidin ($\alpha 2$ agonist) kokain bağımlılığında etkili olabilir (Amen ve ark. 2011; Schmaal ve ark. 2012).

Nikotin/Sigara

Nikotinin iki stereoizomeri vardır. S-nikotin aktif izomerdir ve nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChRs) bağlanır. Nikotin asetilkolin ve dopaminerjik transmisyonu güçlendirir. Nikotinin AChRs'ın özellikle $\alpha 4$ ve $\beta 2$ alt ünitesi üzerinden de GABA ve glutamat transmisyonunu etkiler. Glutamat etkisi artar. GABA etkisi azalır ve nikotin GABAerjik dopamin inhibisyonunu ortadan kaldırarak, dopamin transmisyonunu güçlendirir.

Nikotin geçici olarak uyanıklık ve uyarılma sağlasa da sigara bağımlıları genel olarak sakinleştirici etkisi nedeniyle kullanılmaya devam eder (Dani ve ark. 2014).

Nikotin sempatik sinir sistemi üzerinden kan basıncı, nabız, kardiyak atım hacmini artırır ve kutanöz vazokonstriksiyona neden olur. Ayrıca adrenal katekolaminleri artırır (Kalman ve ark. 2015). Nikotinin santral sinir sistemi üzerine olan etkileri ile kişide, uyarılma, rahatlama, pozitif duygulanım, dikkat ve reaksiyon zamanında kuvvetlenme ve bazı nöropsikolojik işlevlerde güçlenme meydana gelir. Bu olumlu etkiler çekilme belirtilerinin kaybolmasıyla da ilişkili olabilir (Peterson ve ark. 2011)

Nikotin/Sigara'nın Psikofarmakolojik Tedavisi;

DSM-5'te tütün kullanımına bağlı çekilme belirtileri irritabilite, anksiyete, konsantrasyon zorluğu, iştah artışı, huzursuzluk, depresif duygudurum ve insomnia olarak belirtilmiştir (APA 2013).

Tütün-sigara bağımlılığında nikotin replasman tedavisi olarak, nikotin sakızları, nikotin pastilleri, nikotin nazal spreyleri, nikotin bantları (patchler) kullanılabilir. Nikotin bantlarında doz azaltımları yarı yarıya 2 ya da 6 haftada bir yapılmalıdır. İlk iki haftalık dönem çok kritiktir. Toplamda 8 ya da 24 haftalık tedavi yapılabilir, yan etkisi daha fazla olsa da 24 haftalık tedavinin başarı şansı daha fazladır. (Hurt ve ark. 2014, Kalman ve ark. 2015)

Bir noradrenalin-dopamin geri alım inhibitörü olan buprapionun sigara-tütün bağımlılığı tedavisinde yeri vardır. Uzun salınımlı buprapion, hastanın sigarayı kesmeye karar verdiği tarihten 7-10 gün önce başlanır. İlk 3 gün 150 mg/gün, daha sonra günde iki kez 150 mg /gün kullanılır. Genelde tedavi süresi 6-12 haftadır ama daha uzun da kullanılabilir. Sigara bırakımının ardından görülen kilo alımını da etkiler. Ancak ergenlerde daha fazla yan etkiye yol açıyor olabilir ve yetişkinlere göre sigarayı bırakmada daha az etkili olabilir (Gray ve ark. 2011, Marsch ve Subramaniam 2014).

Kannabis

Cannabis sativa bitkisinden üretilen kannabis içinde Δ^9 -tetrahidrokanabinol (THC) etken maddesi bulunmaktadır. Esrar, marihuana olarak da bilinmektedir. Sokak literatüründe kubar, cigara, ot da denmektedir. Diğer maddelere geçişte ara basamaktır (gatewaydrug). Genellikle inhalasyon (sigara-nargile)yoluyla, nadiren oral ya da intravenöz olarak kullanılır (Russo, 2007).

THC marihuana içindeki psikoaktif bileşendir ve prototipik kannabinoiddir. THC, kannabinoid reseptörleri CB1 ve CB2'ye bağlanır ve parsiyel agonistik etki gösterir. CB1 reseptörleri, THC 'in davranışsal etkilerinden sorumludur. CB1 reseptörlerinin kronik uyarılması tolerans ve fiziksel bağımlılığın gelişmesine yol açar (Mackie 2006 ; Welch ve Malcolm 2014).

Kannabisin sağladığı sakinlik ve öfori hissine “high-yükselme” denir. İlk başlarda sosyallikte artış, belli uyaran ve renklere aşırı duyarlılık meydana gelir. Yüksek dozlarda alma, tekrarlayan kullanım ve kullanım öncesinde stresli yaşam olayları, hipervijilans, anksiyete, paranoya, derealizasyon, depersonalizasyon, panikatak, ilüzyon, halüsinasyon, psikoz, deliryum gibi istenmeyen etkilere neden olur (Welch ve Malcolm 2014).

Cannabis'in Psikofarmakolojik Tedavisi

Bir glutamat modülatörü olan N-asetilsistein ve bir antiepileptik olan gabapentin (1200 mg/gün) kanabis kullanımının tedavisinde gelecek vaat etmektedir (Gray ve ark. 2011; Kelly ve Levin 2015). Buspiron ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sentetik Kannabinoidler

THC, parsiyel kannabis CB1 reseptör agonistiyken, sentetik kannabinoidler CB1 üzerine tam agonistik etki gösterirler, yani daha potenttirler. Sentetik kanabinoidler bitkilerin üzerine sprey olarak sıkılır ya da bitkiler sıvı sentetik kannabinoid formlarının içine batırılır. Amerika ve Avrupa’da 2000’li yılların ortasında satışa sunulmuştur. Türkiye’ye 2011 yılında giriş yapmışlardı. Ucuz olduğu ve çok hızlı tolerans, bağımlılık geliştirdiği için de ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

Yabancı ülkelerde “spice, K2 ,kush ,potpouri, skunk ,aroma, moon, rocks, fakemariona”; ülkemizde daha çok bonzai ve jamaika olarak adlandırılır.Aynı isim altında farklı etken maddeler olabilir ve madde yoğunlukları farklı farklı olabilir. Bundan dolayı aynı olguda daha önce ciddi medikal sorun yaratmayan aynı isim altındaki madde, bir sonraki kullanımda acil başvurusu ya da yoğun bakım gereksinimi yaratacak miktarda ciddi, kardiyolojik, renal, hepatik ve nörolojik sorunlara yol açabilir (Demirci ve ark. 2014; Evren ve Bozkurt 2013; Vandrey ve ark. 2012).

Sentetik kannabinoidlerin inhalasyon(sarma, sigara ucu, pipo nargile, buharlaştırma, kova) nadiren oral yada rektal yolla kullanılır.Etkinlikleri 1-2 dakika gibi çok kısa sürede başlar. Lipfiliktirler ve başta yağ dokusu olmak üzere birçok dokuya yayılır (Vandrey ve ark. 2012).

Sentetik kannabinoidler bedensel olarak, hipertansiyon/hipotansiyon, taşikardi/bradikardi, solunum depresyonu, tremor, ST–segment değişiklikleri, göğüs ağrısı, taşıartimi, miyokard infarktüsü, serobrovasküler olay, jeneralize epileptik nöbetler, somnolans, canlı refleksler, bulantı, kusma, iştah artışı, anoreksi, hipokalemi, konjuktival hiperemi, gözlerde yanma, hiperglisemi, rabdomiyoliz, akut böbrek yetmezliği, kreatinin, kreatin kinaz ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, kserostomi, ağız kuruluğu, midriazis, aşırı terleme ve ölüme yol açabilir (Simmons ve ark. 2011).

Türkiye’de sadece belli merkezlerde 3-10 tane sentetik kannabinoid türevine idrar toksikolojisinde bakılabilmektedir. Birçok sentetik kannabinoid içindeki etken madde tam olarak bilinmediğinden, sentetik kannabinoid kullanmış bireylerde her zaman idrarda pozitiflik saptanmayabilir (Demirci ve ark. 2014).

Sentetik Kananbinoidlerin Psikofarmakolojik Tedavisi

Sentetik kannabinoid ciddi nörotoksik etkiler yaptığı için ve bilişsel yıkıma neden olduğundan omega-3 kullanımı önerilebilir. Benzer şekilde kannabis bağımlılığında etkili

olduğu bildirilen N-asetil sistein glutamat modülasyonu yaptığı ve nöroprotektif olduğundan sentetik kannabinoid bağımlılığında denenebilir. Uzun süren yoksunluk ve aşırma-craving bulgularında ketiapi ve bazı seçilmiş olgularda diazepam kullanılabilir (Wilkins ve ark. 2014).

Tanı

Madde kullanan kişilerin fark edilmesi kolay değildir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada eroin kullanan gençlerin ailelerinin bu durumu ortalama 2 yıl sonra öğrendikleri saptanmıştır. Dolayısı ile madde kullanımının farkına varılması güç olabilir.

Madde kullanan kişiyi saptamak başlıca 3 yol ile olur. Bunlar; kan ve idrar tetkikleri, davranış değişikliklerinin ve madde etkisine bağlı bedensel değişikliklerin gözlenmesidir (Ceylan ve ark. 1998).

Kan ve idrar tetkikleri

Birçok maddenin metabolitleri idrarda tespit edilebilir. Çeşitli maddelerin kullanıldıktan sonra idrarda bulunma süreleri farklılık gösterir:

Eroin; 2-4 gün(bazı yayınlarda 2-3 gün)

Kannabis-Esrar; Sık kullanmayanlarda 2-5 gün, kronik ağır kullanıcılarda 1-15 gün ve obezitede bazen 1 ay

Kokain; 12-96 saat(ciddi bireysel farklılıklar gösterir)

LSD; 1.5-5 gün

İnhalan-Solventler;6-48 saat

Benzodiazepinler;72 saat

Barbituratlar;24-96 saat

NMDA-Ekstazi; 24-72 saat

Metamfetamin; 24-72 saat (Warner ve Lorch 2014)

Davranış Değişiklikleri

Madde kullanan bireylerde gözlenen değişiklikler; çevre ve arkadaş değişiklikleri, kimi zaman neşeli, kimi zaman öfkeli, saldırgan davranışlar, aile ilişkilerini azaltma ve

evde az bulunma, ev içerisinde yalnız kalmayı tercih etme, sık banyoya gitme, aşırı para harcama, öz bakımın azalması, okul ve iş performansında düşüştür.

Madde etkisine bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli bedensel değişiklikler

Uyku bozukluğu, dalgınlık, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, beslenme bozukluğu ve kilo kaybı, gözlerde kanlanma, göz bebeklerinde daralma ya da küçülme, konuşmada güçlük, peltek ya da mırıldanır gibi konuşma, sarhoşluk hali, ciltte leke, yara ve enjeksiyon izleridir(Ceylan ve ark. 1998).

FARMAKOLOJİ DIŞINDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Amerikan Ulusal Uyuşturucu Enstitüsünün (National Institute on Drug Abuse – NIDA) belirlediği ergenlerde madde kullanım bozukluğu tedavi prensipleri şu şekildedir:

İlk yardım(1-2 gün);İntoksikasyon ya da akut yoksunluk belirtileri ve acil tıbbi problemler tedavi edilir. İntihar ve saldırganlık, kendine zarar verme davranışları, anksiyete ve akut psikotik tepkilerle uğraşılır.

Erken Dönem(0-4 hafta);Detoksifikasyon devam eder. Detoksifikasyon sırasında ruhsal destek sağlanır. Motivasyon artırılmaya çalışılır. Kısa danışmanlık yapılabilir.

Uzun Dönem(4-24 hafta);Kronik tıbbi sorunları araştırmak ve tedavi etmek gerekir. Ruhsal bozuklukları araştırmak ve gerekiyorsa tedavisini yapmak önemlidir. Aile desteği sağlanmalıdır.

Rehabilitasyon(6ay-2 yıl);Bu dönemde davranış değişikliğine odaklanma, yaşam becerileri, aile terapileri, meslek edinme kursları yer alır). Nüks önleme çalışmaları yapılır.

Detoksifikasyon tedaviye girişin ilk aşamasıdır. Ancak yeterli değildir. Detoksifikasyondan sonra tedavinin devam etmemesi nüksü kaçınılmaz hale getirir. Tedavi biyopsikososyal tüm sorunları kapsayacak şekilde planlanmalıdır (NIDA 2015).

Alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavisi için geliştirilmiş tedavi programları

Ayaktan/Yoğun ayaktan terapi programları

Ergen uyuşturucu bağımlılığı tedavisi en sık ayaktan sunulmaktadır. Tedavi programı iyi yönetildiğinde ağır olmayan vakalarda son derece etkili olabilir. Düşük veya orta yoğunluklu ayaktan tedavi genellikle haftada iki kez görüşme, yoğun ayaktan tedavi günde en az üç saat boyunca görüşme ile uygulanır. Ayaktan tedavi programları psikoeğitim, ilaç tedavisi, davranışsal tedaviler ve aileye müdahaleyi kapsar (Balsa ve ark. 2009; Tanner-Smith ve ark. 2013) .

Kısmi Yatış; Ev ortamı güvenli olan ve daha ağır vakalarda haftada en az beş gün ve 4-6 saat süren hastane programlarıdır (Liddle ve ark.2006).

Yataklı Tedavi;Genellikle ruh sağlığı ve tıbbi ihtiyaçları sağlamak ve bağımlılık davranışlarından kurtarmayı mümkün kılmak için 24 saatlik yapılandırılmış ortam gerektiren,bağımlılığı ve davranış bozuklukları, ek psikiyatrik sorunları ciddi seviyede olan ergenlerde tercih edilebilir.Uzun süreli 6 ay ya da daha fazla ve kısa süreli 4 haftalık yatış programları vardır (Moral ve ark. 2004).

Bağımlılık Köyleri; Şehrin dışında yapılandırılmış, daha uzun süreli yıllara yayılan tedavi ve rehabilitasyonun yapıldığı yerleşim birimleridir.

Kendi kendine yardım grupları; Adsız Alkolikler(AA), Adsız Narkotikler(NA); remisyonda olan bağımlıların oluşturduğu destek gruplarıdır (Fishman 2014).

Motivasyonel Görüşme; Yansıtıcı dinleme, empatiyle yaklaşma sonucu direnci kırma, özgüveni pekiştirme yöntemleri ile değişime karar vermeyi sağlayan bir metoddur(Miller ve ark. 1991). Direnci azaltmak için; görüşmeci hastayla tartışma ve muhalefetten kaçınmalıdır. Hastanın teşvik edici düşünceleri, değişime cesareti artırılmalı ve bunun hastanın özgür iradesiyle karar verdiği gösterilmelidir(Rollnick ve ark. 1995).

Motivasyonel görüşme yapılan madde kullanıcıları tedaviye daha uyumlu, drop-out oranları düşük, tedavi sonrası psikiyatrik problem, yoksunluk ve relaps daha az yaşıyorlar (Baker ve ark. 2001).



TRAVMA

Travma bireyin zihinsel, ruhsal yaşamını etkileyen günlük yaşamında olumsuz sonuçlar doğuran her türlü olay olarak tanımlanabilir. Travmayı olağan olumsuz yaşantılardan ayıran kişinin yaşanma ya da beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya kalmasıdır. Aynı zamanda kişi travma anında karşı konulmaz bir güç tarafından çaresiz bırakıldığını hisseder. Tipik travmatik yaşantılar arasında deprem, sel gibi doğal afetler, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, çocuklukta yaşanan istismar ve ihmaller, işkence görme, zorla kaçırılma trafik kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması, ölü bir vücudu ya da vücut parçasını görme gibi zorlayıcı ve kişinin başa çıkma yeteneğini aşan olaylar sayılabilir (APA 2000).

Epidemiyolojik veriler çocukların dörtte birinin erişkinliğe ulaşmadan önemli bir travmatik olayla karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Travma sonrası gelişen farklı tablolar içinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), akut stres bozukluğu (ASB), uyum bozukluğu gibi travma ile ilişkili bozuklukların yanı sıra bağlanma sorunları, ayrılık anksiyetesi, yas, uzamış yas, major depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranışlar, borderline kişilik bozukluğu, psikotik bozukluk, somatoform bozukluklar ve madde kötüye kullanımı gibi bir çok ruhsal bozukluk sayılabilir (Doneley ve ark. 2006; Rosenberg 2003).

Çocukluk çağı travmalarının tanımlanması ve uzun dönem etkileri üzerine farklı görüşler bildirilmiştir. Pek çok yaklaşım olmasına rağmen, bu konudaki en anlaşılır açıklamayı Terr yapmıştır. Terr travmayı; olayı başlatan nedenden çok, stresör etkene verilen cevap ya da dışsal olayların içsel sonucu veya zihinsel sonucu şeklinde tanımlarken, aynı zamanda çocukluk çağı travmalarını klinik olarak iki bölüme ayırmıştır:

Tip I Travma: Doğal bir afet, kaza veya cinayet gibi beklenmedik ani, tek bir olay,

Tip II Travma: Çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile bun eşlik eden korku dolu beklenti gibi uzun süreli veya tekrarlayıcı olay şeklinde tanımlamıştır.

Çocukluk çağı travmaları, ihmal ve kötüye kullanım (istismar) olarak ikiye ayrılır. İhmal ve kötüye kullanımı ayıran en temel nokta ihmalin pasif, kötüye kullanımın ise aktif

bir davranış şekli olmasıdır. İhmal, özellikle büyüme ve gelişme geriliği olan psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (Polat 2004).

EPİDEMİYOLOJİ

Çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarının sıklığını saptamaya çalışan farklı yöntemle yapılmış çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte, kayıtlardaki oranların gerçeği yansıtmadığı, olguların yarısından daha azının kayıtlara geçtiği tahmin edilmektedir. Toplum temelli çalışmalar daha gerçekçi bilgi vermekle birlikte, istismarcı ve kurbanın bilgiyi saklama eğilimleri nedeniyle yine de gerçeğin altında oranlar bildirilmesi olasıdır. Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir (Kutchinsky 1991, Renteria 2005).

ABD ve Kanada'ya ek olarak en az 19 ülkede yürütülen çalışma sonuçlarındaktan bir diğer makalede çocuk çağı istismarı epidemiyolojik verileri kadınlar için %7-36, erkekler için %3-29 aralığında bildirilmekte, kadın cinsiyetin 1,5-3 kat dahafazla istismara uğradığı üzerinde durulmaktadır (Filkenhor 1994).

Chen ve arkadaşları 1980-2008 yılları arasında yayınlanmış literatürü gözden geçirdikleri çalışmada, toplam 3,162,318 kişiyi kapsayan 37 çalışma, 17 vaka-kontrol ve 20 kohortu değerlendirmişlerdir. Sonuçlara göre çocukluk çağı cinsel istismarı; yaşam boyu anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu, TSSB, uyku bozuklukları ve intihar girişimleriyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Chen ve ark., 2010). 839 lise öğrencisi ile yaptıkları bir araştırmada Zoroğlu ve arkadaşları her hangi bir çocukluk dönemi travması belirten katılımcıların, belirtmeyenlere göre daha yüksek oranda dissosiyatif belirtiler gösterdiğini, daha sık olarak kendine fiziksel olarak zarar verme ve intihar girişiminde bulunma olasılığı olduğunu belirtmişlerdir (Zoroglu ve ark. 2001).

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞIMLILIK

Alkol/madde kullanımı olan kişilerde Çocukluk Çağı Travması (ÇÇT), genel popülasyona göre yüksek orandadır. Farklı çalışmalarda farklı oranlar göstermesine rağmen, birçok çalışmada bu oranların kontrol gruplarına göre daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. ÇÇT'yi Cohen ve arkadaşları erişkin alkol/madde bağımlılarında %84 (Cohen ve ark. 1982), Danielson ve arkadaşları ergen madde bağımlılarında %60 (Danielson ve ark. 2009), Duncan ve arkadaşları ergen alkol bağımlılarında %85 (Duncan ve ark. 2010), ülkemizde yapılan bir çalışmada Evren ve arkadaşları erişkin madde bağımlılarında %56 oranında bildirmişlerdir (Evren ve ark. 2006). Madde kullanım bozukluğu olanlarda, ÇÇT öyküsünün olması, çok daha şiddetli ve tedaviye dirençli bir bağımlılık oluşmasına yol açmaktadır. 2001 yılında, 650 yetişkin madde bağımlısı hasta ile yapılan bir çalışmada istismar öyküsü olanların bağımlılık şiddetinin ve yaşam boyu tedaviye başvuru sayısının istismar öyküsü olmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Westermeyer ve ark. 2001). ÇÇT öyküsü olan madde kullanıcılarında, tedaviyi tamamlama oranları daha düşük, drop-out oranları daha fazla bulunmuştur (Claus ve ark. 2002; Palmer ve ark. 1995).

Travmatik yaşantıların sayısının artmasıyla alkol/madde bağımlılığı şiddetinin arttığı bildirilmiştir (Danielson ve ark. 2009). Yapılan diğer çalışmalarda, madde bağımlılarında çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmalinin yaygın olduğu bildirilmiştir (Simpson ve ark. 2002; Westermeyer ve ark. 2001; Windle ve ark. 1995). Windle ve arkadaşlarının 802 alkol bağımlısı hastayla yaptığı çalışmada, çocukluk çağı kötüye kullanımı, kadınlarda % 59, erkeklerde % 30 oranında bulunmuştur.

Çocukluk çağı travma öyküsü olan madde kullanıcılarında, komorbid diğer psikiyatrik hastalıklar da yaygındır. Madde kullanıcılarında, çocukluk çağı travması olanlarda olmayanlara göre daha fazla depresyon, disosiyasyon ve borderline kişilik bozukluğu semptomları olduğu ve komorbid kişilik bozukluğu prevalansının da daha fazla olduğu bulunmuştur (Ellason ve ark. 1996; Bernstein ve ark. 1998).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

TSSB, bir travmatik stres kaynağı ile yüz yüze kalınmasının ardından özgül bir takım belirtilerin gelişmesi olarak adlandırılır (APA 2000). Genel popülasyonda TSSB'nin yaşam boyu prevalansı %1–14 arasında değişmektedir. Risk gruplarında ise bu oran çok daha yüksek olabilmektedir (Costello ve ark. 2000; McCloskey ve ark. 2000).

Travmatik bir olaya maruz kalan çocukların TSSB geliştirme riskin %5- 45 arasında bulunmuş (Stallard ve ark. 1999; Daviss ve ark. 2000) ve en sık fiziksel taciz, cinsel taciz ve aile içi şiddet tespit edilmiştir (Kilpatrick ve ark. 2003; Saunders ve ark. 1995; Boney-McCoy ve ark. 1995).

Cinsiyet ayırımına göre bakıldığında kızların TSSB geliştirmekte erkeklere göre daha fazla risk taşıdıkları gözlemlenmiştir. Travmaya maruz kalan bireylere yardım çalışmalarında görev alan kişiler üzerinde yapılan araştırmalarda TSSB belirtilerinin kadın travma çalışanları arasında, erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu risk yaş ile beraber azalmaktadır (Breslau ve ark. 1997).

TSSB, sıklıkla Madde Kullanım Bozukluğu (MKB)'dan önce başlar. TSSB ve MKB olan ergen ve erişkinlerle yapılan iki toplum örnekli çalışmada, olguların yaklaşık üçte ikisinde TSSB'nin MKB öncesinde başladığı saptanmıştır (Kessler ve ark. 1995). Ergen ve genç erişkinlerde yapılan başka bir çalışmada ise, anksiyete bozukluklarının sıklıkla MKB öncesinde başladığı, yalnızca TSSB'nin MKB sonrasında başladığı bulunmuştur (Lopez ve ark. 2005). Bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, TSSB'nin, MKB sonrasında da başlayabileceği gibi madde kullanımı, çoğunlukla TSSB belirtileri ile baş edebilmek için başlıyor gibi gözükmektedir.

ETİYOLOGENEZ

TSSB olağandışı bir travmatik olayla ilişkili olmasına rağmen, etiolojisinde birden fazla etmenin yer alabileceği düşünülmektedir. Travma TSSB'nin gelişmesinde temel ortaya çıkarıcı etken ancak aynı travmatik olay her kişide TSSB ortaya çıkarmamaktadır ve belirtilerinin travmanın şiddeti ile doğru orantılı olması beklense de çalışmalar bunu doğrulamamaktadır. Araştırmacılar travmanın kişi için öznel anlamının önemi üzerinde daha çok durmaktadırlar. Travmanın kişi için öznel anlamını belirleyen en önemli

etkenlerin yaşamın erken evrelerindeki yaşam olayları ve sorunları olduğu ileri sürülmektedir (Davey ve ark 1995).

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013)'nin tanımına göre travmatik olaylar, olağan insan yaşantısının dışındadır ve hemen herkes için sıkıntı kaynağıdır. Kişinin;

*Ölüm tehdidi,

*Ağır bir yaralanma ya da yaralanma tehdidinde maruz kalması,

*Başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına tanıklık etmesi,

*Başka bir kişinin yaralanmasına ya da yaralanma tehdidi oluşturan bir olaya tanıklık etmesi,

*Ailesinden birisinin ya da başka bir yakınının beklenmedik ölümünü ya da şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi, olayın travmatik niteliğini tanımlayan özelliklerdir.

Travma sonrası stres bozukluğu için DSM-5 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

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

1.Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.

2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan doğruya görme (tanıklık etme).

3.Bir aile yakını ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici (olay)lar geldiğini öğrenme. Aile bireylerinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4.Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn: insan kalıntılarını toplayan kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yineleyici biçimde karşılaşan polis memurları).

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

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

1.Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın bir takım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2.İçeriği ve/veya duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

Not: Çocuklar içeriği belirtisiz korku dolu düşler görüyor olabilirler.

3.Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiyasyon) tepkileri (örn:geçmişe dönüşler).Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler;en uç biçimi o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamasıdır.)

Not: Çocuklar oyun sırasında ,örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

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

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

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

1.Örseleyici olaylarla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2.Örseleyici olaylarla ilgili ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

C. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da çoğunun olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler olması.

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama(Özellikle unutkanlık çözülmesine-disosiyatif amneziye –bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir.

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

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

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

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

6.Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

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

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

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

2.Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar verici davranışta bulunma

3.Her an tetikte olma.

4.Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

5.Odaklanma güçlükleri.

6.Uyku bozukluğu

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

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

H.Bu bozukluk bir maddenin (alkol,ilaç vs) kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Kessler ve arkadaşları tarafından 1995’ te yapılan bir çalışmada, yaşanan en yaygın travmatik olayların bir ölüm veya yaralanmaya tanık olmak, yangın veya sel gibi doğal bir afete maruz kalmak, yaşamı tehdit eden bir kaza geçirmek ve silahla tehdit edilmek olduğu gösterilmiştir.

TEDAVİ

Erişkin çalışmaları TSSB tedavisinde en iyi yöntemin bilişsel davranışçı tedavi(BDT) olduğunu ileri sürmektedir. Travmaya maruz kalan çocukların tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve etkinliğine dair pek çok araştırma yapılmış bir tedavi modeli olan Travma odaklı bilişsel davranışçı tedavi’nin çocuklarla travma sonrası stres belirtileri ve diğer ruhsal belirtilerin üzerinde etkili olduğunu gösteren pek çok kanıt bulunmaktadır (Karakaya 2014). Travma odaklı- BDT güçlü, uygulaması kolay kısa süreli ve yapılandırılmış bir tedavi modeli olarak Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere’de TSSB tedavi protokollerinde çocuklar için ilk tedavi seçeneği olarak yer almaktadır(AACAP 2010, NICE 2005).

Çocuk ve ergenlerde TSSB tedavisinde ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubunda olan sertralin ve citalopramla yapılan çalışmalarda bu ajanların, TSSB’ye eşlik eden diğer bozuklukların tedavisinin yanı sıra yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtilerinde de etkili oldukları bildirilmiştir (Cohen ve ark. 2007; Seedat ve ark. 2001). Ülkemizde Fluoksetinle yapılan bir çalışmada çocuklarda depresyon sonrası ortaya çıkan TSSB belirtilerinde azalma olduğu bildirilmiştir(Yorbik ve ark. 2001).

YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışma, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Arastırma Hastanesi, ÇEMATEM’de (Çocuk Ergen Madde Arastırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) Kasım 2016- Subat 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Çalışma ayaktan veya yatarak tedavi görmekte olan, çalışmaya alınma koşullarını karşılayan, gönüllü hastalarla ; kendileri ve ailelerinin onayları alınarak toplam 36 hasta ile gerçekleştirildi.

Hasta Grubu

Hasta grubu oluşturulurken çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi

- 1-15-18 yaş arasında olmak,
- 2-DSM-5 ‘e göre madde kullanımı bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamak,
- 3-Aileleri ve kendilerine verilen bilgilendirilmiş onam formunu imzalayarak çalışmayı kabul etmiş olmak,
- 4-Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmeye katılım konusunda gönüllü olmak.

Çalışmada hasta grubu için dışlama ölçütleri şu şekilde belirlendi:

- 1-15 yasından küçük ve 18 yasından büyük olma,
- 2- Herhangi bir fiziksel kısıtlılığı olma,
- 3- Alkol/madde etkisi, yoksunluğu, entoksikasyonu veya deliryum tremens döneminde bulunma,
- 4- Mental retardasyonu olması,
- 5-Psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, genel tıbbi duruma veya madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk veya diğer organik mental bozukluğun olması,
- 6- Sadece sigara kullanımı olması olarak belirlendi.

Sağlıklı Kontrol Grubu

Kontrol grubu için dışlama ölçütleri şu şekilde belirlendi.

- Ailenin veya çocuğun çalışmaya gönüllü olmaması,
- 15 yaşından küçük 18 yaşından büyük olmak,
- Madde kullanımı olması.

Sosyodemografik Veri Formu (SVF): SVF, hastaların sosyodemografik

ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlandı. Formda yaş, cinsiyet,

sosyoekonomik durum, eğitim durumu, aile öyküsü, aile özellikleri

(anne-baba özellikleri, ailede psikiyatrik hastalık, madde kullanım özellikleri klinisyen tarafından sorgulandı.

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ-28): 1995 yılında David P Bernstein tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin, Türkçeye uyarlaması, Vedat Şar tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yasantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik bir öz bildirim ölçeğidir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Puanlama 1) hiçbir zaman, 2) nadiren, 3) zaman zaman, 4) sıklıkla, 5) çok sık şeklinde yanıt seçeneklerine göre yapılır. Ölçek ayrı ayrı travmatik yasanti alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal ihmal alt ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmal alt ölçeği 8-40, fiziksel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, duygusal kötüye kullanım alt ölçeği 12-60, cinsel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, arasında puan alır. Ölçeğe ait toplam puan da hesaplanabilmekte ve bu puan 54-270 arasında olabilmektedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir. Ölçek önce 70 madde olarak olusturulmuş, daha sonra 53 ve 28 iki formu daha geliştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin 28 soruluk formu kullanılmıştır.

Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS-CA) ;

Ölçekte toplam 36 soru bulunmaktadır. Bu soruların 17'si TSSB belirtilerini değerlendirirken, sekiz tanesi suçluluk, utanç, disosiasyon, bağlanma davranışında değişiklik ve travma ile ilişkili korkular gibi TSSB ile ilişkili olabilecek diğer belirtileri sorgulamaktadır. Her madde beşli likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 ise belirti "var" kabul edilir. En az bir tekrar

yaşantılama belirtisi, üç kaçınma ya da küntleşme belirtisi ve 2 tanede uyarılmışlık hali belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Karakaya ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış ve iç tutarlılığı .83 bulunmuştur.

BAPİ (Bağımlılık Profil Araştırma Endeksi) Ergen formu; BAPİ ergen formu 15-18 yaş grubu içindir.Bu form 25 sorudan oluşmaktadır. BAPİ ergen formu bağımlılık boyutlarını değerlendiren ve bağımlılık şiddetini ölçen bir ölçektir.BAPİ 5 alt ölçekten oluşmuştur, bunlar; madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, yaşama etki, aşırma(craving),maddeyi kullanmayı bırakma motivasyonudur. Uygulayıcı formda düşük bağımlılık şiddeti 1.6 puan ve altı, orta bağımlılık şiddeti 1.6-4.6 arası, yüksek bağımlılık şiddeti 4.6 puan üstü olarak tanımlanmaktadır.Ölçeğin geçerlilik güvenirilirliği 2012 yılında Ögel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Türk Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2011: Aile ve ergenin sosyodemografik durumu hakkında bilgi almayı amaçlamaktadır. 2011 Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından geliştirilmiştir. Çalışma kanunu puanı,eğitim puan, konut puanı ve gelir puanı başlıklarından oluşur. Toplam puan bu basamaklardaki değerlerin index değere dönüştürölüp toplanmasıyla elde edilir. Sosyo ekonomik statüyü üst orta alt olarak ayırmaktadır.

VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analiz SPSS for Windows release 15.0 (Inc. IL, USA) programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal veriler ortalama $\pm$ standart sapma , kategorik veriler yüzde olarak verilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov testi kullanılarak belirlenmiştir. Normal dağılan sayısal verilerin karşılaştırılmasında Students' T testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin birbiriyle ilişkisini göstermede Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılması kıkare ile yapılmıştır. $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcılar

Araştırma grubu 36 MKB tanılı ergenden oluşmaktadır (ortalama yaş $17,4 \pm 0,9$). Kontrol grubu ise herhangi bir madde kullanımı olmayan 36 sağlıklı ergenden oluşmaktadır (ortalama yaş $17,0 \pm 0,6$). MKB grubunun %80,6 'sı erkekti. MKB grubu ve sağlıklı kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 1. Yaş ve Cinsiyet Oranları

	MKB Grubu	Kontrol Grubu	p
Yaş	$17,4 \pm 0,9$	$17,0 \pm 0,6$	0,05
Cinsiyet(erkek)	29 (%80,6)	27(%75,0)	0,57

Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcılara ait sosyo-demografik veriler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Sosyodemografik değişkenler

	MKB Grubu	Kontrol grubu	P
SES (Üst grup)	14 (%38,9)	32 (%88,9)	<0,001
Sigara	36 (%100)	11 (%23,4)	<0,001
Eğitim süresi (yıl)	$8,5 \pm 1,5$	$11,0 \pm 0,7$	<0,001
Çocuk sayısı	$3,1 \pm 1,5$	$2,1 \pm 1,1$	0,01

Sosyo-ekonomik durumun değerlendirildiği TAYA ölçeğine göre MKB grubunda üst sosyo-ekonomik statüde bulunanların oranı %38.9 iken, kontrol grubundan bu oran %88.9’dur. Aradaki fark anlamlı olmasına rağmen. Ancak katılımcıların büyük çoğunluğunu orta ve üst sosyo-ekonomik statüde gösteren TAYA ölçeğinin sentivitesi hakkında şüpheler bulunmaktadır.

Araştırma grubunda eğitim yılı $8,5 \pm 1,5$ yıl olarak tespit edilmişken, kontrol grubunda bu oran $11 \pm 0,7$ olarak bulunmuştur. Eğitim seviyeleri açısından iki grup

arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ailede ki çocuk sayısına bakıldığında araştırma grubunun kontrol grubuna kıyasla daha çok kardeşin olduğu ailelerde olduğu görülmüştür.

Tablo 3. MKB ve Kontrol gruplarının anne eğitim durumunun karşılaştırılması

	MKB grubu	Kontrol grubu	P
Okur yazar değil	8 (%22,2)	0(%0)	<0,001
Okur yazar	1 (%2,8)	0(%0)	
İlkokul	17 (%47,2)	7 (%19,4)	
Orta-okul	7 (%19,4)	15 (%41,7)	
Lise	3 (%8,3)	7 (%19,4)	
Üniversite	0(%0)	7 (%19,4)	

Anne eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında MKB ve control grubu arasında anlamlı bir farklılık göze çarpmaktadır.MKB grubunda annelerin %22.2'si okur-yazar değilken, sadece birtanesi ilkokul eğitimini tamamlamamıştır. Kontrol grubunda en düşük eğitim düzeyi ilkokuldur ve oranı %19,4'tür.MKB grubunda annelerden üniversite mezuniyeti oranı 0'dır.Bu oran control grubunda %19,42tür.

Tablo 4. MKB ve Kontrol gruplarının baba eğitim durumunun karşılaştırılması

	MKB Grubu	Kontrol Grubu	P
Okur yazar değil	3 (%8,3)	0	<0,001
Okur yazar	2 (%5,6)	0	
İlkokul	14 (%38,9)	5 (%13,9)	
Orta-okul	12 (%33,3)	12 (%33,3)	
Lise	4 (%11,4)	11 (%30,6)	
Üniversite	1 (%2,8)	8 (%22,2)	

Yine baba eğitimleri kıyaslandığında vaka ve control grubu kıyaslandığında anlamlı fark göze çarpmaktadır($p<0,001$). Kontrol grubunda okur yazar olmama görülmezken,

MKB grubunda bu oran %8,3'tür. Üniversite mezunu oranı MKB grubunda %2,8 iken, control grubunda %22,2'dir.

Anne-baba eğitim düzeylerinin çocukta madde kullanımının gelişmesinde yordayıcı bir faktör olduğu görülmektedir.

Sigara

Sigara kullanım sıklığına bakıldığında araştırma grubuyla (%100) ve control grubu (%23,4) arasında anlamlı bir fark olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 5 . Sigara kullanım oranlarının karşılaştırılması;

	MKB grup	Kontrol grubu	P
Sigara	36 (%100)	11 (%23,4)	<0,001

MKB grubunda sigara kullanımı başlangıç yaşı 11,36 'dır. Kontrol grubunda kullanım oranı daha düşük olduğu için başlangıç yaşları kıyaslandığında anlamlı sonuç çıkmamaktadır.

Tablo 6. MKB ve Kontrol Grubunun İhmal ve TSSB sıklığı açısından karşılaştırılması

	MKB grubu	Kontrol grubu	P
TSSB	15 (%42,9)	6 (%28,6)	0,01
Duygusal istismar	8,36± 3,70	6,78 ±2,28	0,03
Fiziksel istismar	7,61± 3,70	5,17± 0,84	<0,001
Fiziksel ihmal	7,33± 2,72	6,08± 1,6	0,02
Emosyonel ihmal	11,03± 4,67	8,81± 3,64	0,02
Cinsel istismar	6,22± 2,60	5,53 ±1,44	0,16

Araştırma grubunda TSSB sıklığı %42,9 olarak bulunurken, kontrol grubunda bu oran %28,6'dır. P değeri 0,01 'dir ve bu fark anlamlıdır. Çocukluk çağı travmalarının incelendiği CTQ-28 ölçeğinin bulguları değerlendirildiğinde; duygusal istismar puanı

araştırma grubunda $8,36 \pm 3,70$; kontrol grubunda $6,78 \pm 2,28$ 'dir. Fiziksel istismar puanı araştırma grubunda $7,61 \pm 3,70$, kontrol grubunda $5,17 \pm 0,84$ 'tür. Fiziksel ihmal puanları $7,33 \pm 2,72$, kontrol grubunda $6,08 \pm 1,6$ 'dır. Emosyonel ihmal puanları MKB grubunda $11,03 \pm 4,67$; kontrol grubunda $8,81 \pm 3,64$ 'tür. Cinsel istismar puanı araştırma grubunda $6,22 \pm 2,60$; kontrol grubunda $5,53 \pm 1,44$ 'tür.

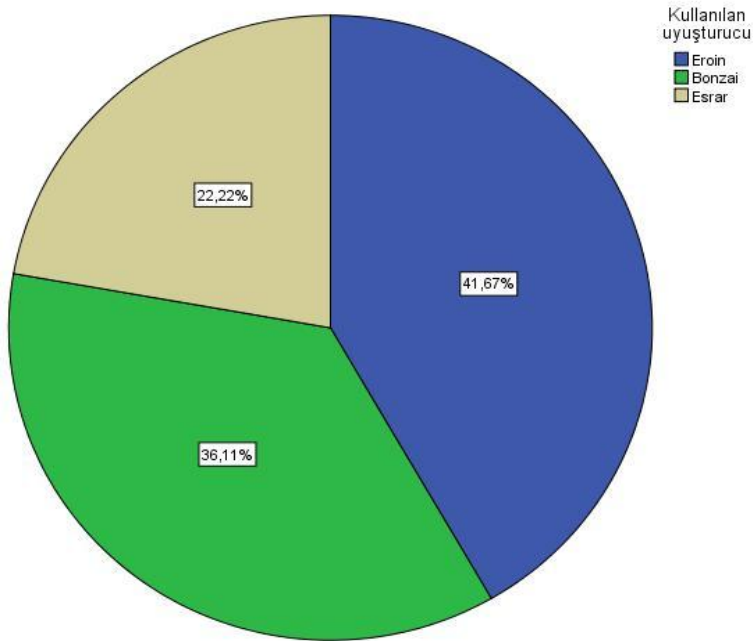
Yapılan değerlendirmede MKB grubunda tanımlanan travmatik olaylar vakaların %53,3 'ünde kaotik aile ortamı ve baba şiddetidir. Ebeveynlerden bir ya da her ikisinin evi terki, cezaevinde yatma, ciddi ekonomik bunalımlar, vakaların tanımladığı travmatik ve TSSB oluşturacak kadar şiddetli yaşam deneyimleridir. Bir vaka da tecavüz, ikisinde ölüme tanıklık ve ikisinde savaş ve çatışma ortamında bulunma tespit edilmiştir. Bahsedilen travmatik yaşantılardan ölüme tanıklık ve çatışma ortamı ; madde kullanımından sonra gelişmiştir. Diğer travmatik deneyimler madde kullanımından önce meydana gelmiştir. Araştırma ve vaka grubu arasında cinsel istismar dışında travma belirtileri ve TSSB tanı sıklığı açısından fark anlamlıdır.

Yapılan korelasyon analizinde Bağımlılık şiddeti ile cinsel istismar arasında istatistiksel anlamlılık sınırında bir ilişki saptandı ($R\ 0,31$, $p=0,05$). Diğer bozukluklarla bağımlılık şiddeti arasında bir ilişki yoktu.

Tercih edilen uyuşturucu maddelerin kullanım sıklığı :

Katılımcıların madde kullanım özellikleri BAPİ-E formu ile değerlendirilmiştir. Ölçekte yaşam boyu kullanılan maddelerle beraber son 1 yılda daha sık alınan ve en çok arzulanan madde sorgulanmaktadır. Yapılan analizler sonucunda en sık kullanılan üç madde ; eroin(%41,67), bonzai(%36,11) ve esrar(%22,22) olarak belirlenmiştir. Bir vaka ekstazi, diğeri crack kokain(taş) kullandığını belirtmiştir.

Şekil1.Uyuşturucu madde tercihleri



Tablo 7. Farklı uyuşturucu türlerinde bağımlılık şiddeti ve TSSB sıklığı

	Eroin	Bonzai	Esrar	P
Bağımlılık şiddeti	6,36± 1,11	6,35± 1,19	6,91± 1,98	0,60
TSSB	7 (%46,7)	3 (%20,0)	5 (%33,3)	0,23

Farklı uyuşturucu türleri değerlendirildiğinde eroin, bonzai ve esrar arasında bağımlılık şiddeti ve TSSB sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 8. Tüm çalışma evreninin TSSB olan ve olmayan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	TSSB +	TSSB -	P
Yaş	17,33± 0,96	17,18± 0,71	0,46
Cinsiyet (Erkek)	11 (%52,4)	32 (%64,0)	0,36
Sigara	17 (%81,0)	29 (%58,0)	0,05
Eğitim süresi (yıl)	9,09± 1,97	10,06± 1,54	0,03
Çocuk sayısı	3,05± 1,6	2,64± 1,32	0,27

Sonuçlara bakıldığında TSSB tanısı alanların yaş, cinsiyet, çocuk sayısı bakımından tanı almayanlarla kıyaslandığında aralarında anlamlı fark bulunamamıştır. Sigara kullanımı tanı alanlarla almayanlar kıyaslandığında sınırda anlamlıdır. Ancak eğitim süresi tanı almayanlar arasında anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 9. Tüm çalışma evreninin TSSB tanısı ve ihmal çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılması

	TSSB +	TSSB -	P
Duygusal istismar	9,29± 3,92	6,80± 2,48	0,02
Fiziksel istismar	7,95± 4,43	5,66± 1,62	0,02
Fiziksel ihmal	7,62± 3,20	6,32± 1,77	0,03
Emosyonel ihmal	11,95± 5,55	9,10± 3,43	0,01
Cinsel istismar	7,0± 3,24	5,40± 1,21	0,03

Araştırma grubunda TSSB tanısı alan ve almayanların çocukluk çağı travmaları incelendiğinde , tanı alanların duygusal istismar(p:0,02), fiziksel istismar (p:0,02), fiziksel ihmal(p:0,03), emosyonel ihmal(p:0,01), cinsel istismar (p:0,03) puanlarının tanı almayanlara göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Madde kullanıcılarında TSSB olan ve olmayan vakaların ihmal skorları açısından karşılaştırılması

	TSSB +	TSSB -	P
Duygusal istismar	9,47± 4,20	7,45± 3,20	0,11
Fiziksel istismar	8,73± 4,93	6,65± 2,25	0,10
Fiziksel ihmal	7,47± 3,60	7,25± 2,02	0,82
Emosyonel ihmal	12,33± 5,92	10,20± 3,44	0,18
Cinsel istismar	7,07± 3,47	5,60± 1,63	0,10

MKB grubunda TSSB tanısı alan ve almayanların çocukluk çağı travmaları kıyaslandığında anlamlı fark görülmemektedir. Travma puanlarına baktığımızda her iki grupta da cut-off değeri geçen puanlar göze çarpmaktadır. Yani madde kullanıcılarında yapılan tek görüşmede TSSB tanısı almasalar bile self-report görüşmelerde çocukluk çağı travması tanımlamaktadır. Sonuç olarak vakalar TSSB belirtilerini saklama eğiliminde ya da minimize etme eğiliminde olabilirler. MKB vakalarında TSSB ve travmatik yaşantılar çalışmamızda tespit ettiğimiz üzerinde olabilir.

Tablo 11. MKB grupta TSSB ile uyuşturucu başlangıç yaşı arasındaki ilişki

	TSSB+	TSSB -	P
Uyuşturucu başlangıç yaşı	13,33 1,41	13,11 1,63	0,73
Eğitim (Yıl)	8,20±1,47	8,85±,51	0,29
SES(üst)	%33,3 (5)	%45 (9)	0,48

Madde kullanıcıları arasında yapılan analizde uyuşturucuya başlangıç yaşı , eğitim süresi (yıl) ve SES(üst) ile TSSB tanısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada uyuşturucu madde kullanım sorunları olan ergenlerle, sigara dışında herhangi bir madde kullanımı olmayan sağlıklı ergenlerde, travma ve travma sonrası stres bozukluğu sıklığı araştırılmıştır. MKB grubunun %80,6'sı erkektir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda özellikle ilk gençlik yıllarında erkeklerin madde kullanımının kızlara göre 1.3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.(Merikangas ve ark.2010). 2003 yılında Yüncü ve arkadaşlarının bir madde bağımlılığı merkezinde yaptığı, bir yıl süren araştırmasında başvuran 323 olgunun %88.5' i erkek, %11.5 kız hastadan oluştuğu belirtilmiştir. 2008 yılında İzmir'de 9.sınıf öğrencilerinin alkol-madde kullanım sıklığını değerlendiren bir çalışmada cinsiyet açısından anlamlı fark görülmedi (Yıldız ve ark. 2010). Oysa bizim çalışmamızda görüldüğü gibi bağımlılık merkezlerine başvuran kız hasta oranı çok düşüktür. Bu sonuçlar kız olguların tedaviye erişimle ilgili sorun yaşadığını düşündürmektedir.

Kontrol grubu MKB grubuyla yaş ($p:0,05$) ve cinsiyet ($p:0,57$) özellikleri eşleştirilerek oluşturulduğundan gruplar arasında fark bulunmamıştır. Sosyoekonomik statü, eğitim yılı, sigara kullanma oranları ve ailedeki çocuk sayısı kıyaslandığında kontrol grubu ile aralarında anlamlı fark göze çarpmaktadır. MKB grubunda katılımcıların hepsi sigaranın yanı sıra madde kullanıyordu. Kontrol grubu sadece sigara kullanan okul öğrencilerinden oluşmaktaydı. 2012'de Evren ve arkadaşları tarafından yapılan, yaklaşık 4800 lise 2 öğrencisinin katıldığı çalışmada sigara kullanım oranı %24,4 olarak tespit edilmiştir. Lise öğrencileri yaşam boyu en az bir kez sigara kullanma oranı %63.9 bulunmuştur (Ögel ve ark.2001). Ülkemizde yapılan bir çalışmada madde kullanım oranlarına baktığımızda en sık kullanılan maddenin sigara olduğu (%94.4) anlaşılmaktadır(Yüncü ve ark 2006) Bu veri okul ortamındaki gözlemimiz ile uyumludur.

Çalışma grubumuzda, sigaranın yanı sıra kullanılan uyuşturucu maddeler sırasıyla eroin (%41,67), bonzai (%36,11) ve esrar (%22,22) 'dır. Yazında sigaradan sonra ilk iki sırayı sıklıkla alkol ve esrar almaktadır (Grilo ve ark. 1995; Wilens ve ark. 1997). Ülkemizde 2006 yılından yapılan bir çalışmada sigara dışında madde kullanımları %75,2 ile esrar, %53,8 ile inhalan ,%43,6 ile ekstazi olarak tespit edilmiştir.

Bonzai ilk olarak Avrupa'da esrarın yasal bir alternatifi olarak 2004 yılında üretildi (Johnston ve ark. 2012).Türkiye'de resmi olarak ilk defa 2010 yılı Mayıs ayında

ele geçirilmiştir(Gurdal ve ark.2013). Ülkemizde son yıllarda kullanımı her geçen gün artmaktadır. Çalışmamızda saptadığımız yüksek veriler göz önüne alındığında Türkiye’de son yıllarda bonzai kullanım sıklığını gösterecek epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

1998 ve 2001 yılında yayımlanan AMATEM verilerini değerlendiren iki ayrı çalışmada kullanım oranlarına baktığımızda eroin kullanım oranının %47–68, esrar kullanım oranının %2.5–14 ve uçucu madde kullanım oranının %3–8 arasında olduğunu bildirmektedir (Evren ve ark.2001). Çalışmayı yürüttüğümüz klinik İstanbul’da eroin kullanıcılarının tedavisinde kullanılan buprenorfin+naloksan etken maddesinin reçete edildiği nadir kliniklerdendir. Bu yüzden diğer psikiyatri ve çocuk psikiyatri birimlerine kıyasla eroin kullanıcılarının sıklığının bu klinikte fazla olmasını beklemekteyiz. Yabancı literatürden farklı olarak ülkemizde alkol kullanım oranlarının diğer maddelerden daha seyrek olmasının sebebi ekonomik olarak daha zor ulaşılabilir olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

MKB grubunda sosyoekonomik statü ve eğitim yılını kontrol grubuna kıyasla daha düşük bulduk. Her iki veri içinde p değeri 0,001’den düşük bulunmuştur. Literatüre göz attığımızda, Schulenberg ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada düşük sosyoekonomik durumun madde kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yine 16-18 yaş aralığındaki 69 ergenle yapılan bir çalışmada vakaların %36’sı düşük , %55 ‘i orta ,% 9’u yüksek sosyoekonomik sınıfta olduğu görülmüştür(Yüncü ve ark. 2006). Sonuçlar bizim çalışmamız ile de paraleldir.

MKB grubu ve kontrol grubunun anne baba eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında belirgin fark göze çarpmaktadır. MKB grubunda annelerin %22.2’si okur-yazar değilken, sadece birtanesi ilkokul eğitimini tamamlamamıştır. Kontrol grubunda en düşük eğitim düzeyi ilkokuldur (%19,4). Üniversite mezunu olanlar %19,42 orandadır. Oysa, MKB grubundaki annelerden üniversite mezuniyeti olan kimse yoktur. Yine baba eğitimleri bakımından çalışma ve kontrol grubu kıyaslandığında anlamlı fark göze çarpmaktadır ($p<0,001$). Kontrol grubunda okur yazar olmayan baba görülmezken, MKB grubunda bu oran %8,3 ‘tür. Üniversite mezunu baba oranı MKB grubunda %2,8 iken, kontrol grubunda %22.2’dir. Anne-baba eğitim düzeyi düşüklüğünün çocukta madde kullanımının gelişmesinde yordayıcı bir faktör olduğu görülmektedir . Yazında ebeveyn eğitim düzeylerini ayrıntılı inceleyen çalışmaya rastlayamadık.

TSSB tanısı kıyaslandığında, MKB ve kontrol grubu arasında anlamlı fark göze çarpmaktadır. MKB grubunda tanı oranı %42,9 iken bu oran kontrol grubunda %28,6'dır. Birçok araştırmada alkol/madde kullanım bozukluğu olan gruplarda yüksek oranda çocukluk çağı travması saptanmıştır. Farklı çalışmalarda değişik oranlar bildirilmesine rağmen, birçok çalışmada bu oranların kontrol gruplarına göre yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Travmayı Cohen ve arkadaşları yetişkin alkol/madde bağımlılarında %84 Danielson ve arkadaşları ergen madde bağımlılarında %60, Duncan ve arkadaşları ergen alkol bağımlılarında %85, ülkemizde yapılan bir çalışmada Evren ve arkadaşları yetişkin madde bağımlılarında %56 olarak bildirmişlerdir. Sonuçlar bizim çalışmamız ile uyumludur.

Çalışmamızda travma belirtileri hem CAPS hem CTQ-28 ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Duygusal istismar ($p:0,03$), fiziksel istismar ($p<0,001$), fiziksel ihmal ($p:0,02$), emosyonel ihmal ($p:0,02$), cinsel istismar ($p:0,16$) puanları MKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksektir. Yapılan klinik görüşmede, MKB grubunda tanımlanan travmatik olaylar vakaların %53,3 'ünde kaotik aile ortamı ve baba şiddetidir. Ebeveynlerden bir ya da her ikisinin evi terki, cezaevinde yatma, ciddi ekonomik bunalımlar, vakaların tanımladığı travmatik ve TSSB oluşturacak kadar şiddetli yaşam deneyimleridir. Bir vakada tecavüze uğradığını bildirmiştir. İki vakada ölüme tanıklık ve çatışma ortamında kalma tespit edilmiştir. Bahsedilen travmatik yaşantılardan ölüme tanıklık ve çatışma ortamı; madde kullanımından sonra gelişmiştir. Diğer travmatik deneyimler madde kullanımından önce meydana gelmiştir.

Ergen hastalarda travmanın alkol/madde bağımlılığı ile ilişkisi kronolojik olarak incelenmiş, fiziksel istismara uğrayanların %90'ının, cinsel istismara uğrayanların %77'sinin alkol/madde kullanımına travmatik yaşantıdan sonra başladıkları belirtilmiştir(Clark ve ark. 1997). Travmaya uğrayan ergenler travmanın hiperarousal veya rahatsız edici flashbackleri azaltmak için alkol veya yasadışı madde kullanabilirler. Madde çekilme belirtileri TSSB'nin hiperarousal belirtilerini maskeleyebilir ve genç bunu madde çekilmesi zannederek daha fazla uyuşturucu madde kullanabilir (Cohen ve ark 2003).

Tüm çalışma evreninde TSSB tanısı alan ve almayanların çocukluk çağı travmaları incelendiğinde, tanı alanların duygusal istismar ($p:0,02$), fiziksel istismar ($p:0,02$), fiziksel ihmal ($p:0,03$), emosyonel ihmal ($p:0,01$), cinsel istismar ($p:0,03$) puanlarının tanı almayanlara göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır.

MKB grubunda TSSB tanısı alan ve almayanların uyuşturucu başlangıç yaşı, SES ve eğitim yılı açısından farklılık saptanmamıştır. Daha yüksek vaka sayıları ile çalışma yapıldığında gruplar arasında farklılık saptanabileceği öngörülmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmamızın seçilen örneklem ve kullanılan araçlardan kaynaklanan bazı kısıtlılıkları mevcuttur.

Yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesinin uygulanmasını zorlaştırdığından, koopere olmakta, öykü vermekte zorlanan ve mental kapasitesi düşük olguların araştırmaya dahil edilmemesi araştırmamızdaki vaka sayısının oldukça düşük olmasına neden olmuştur. Bununla beraber daha fazla bilişsel yıkıma neden olan maddeleri kullanan vakaların mental zorluklarından dolayı çalışmaya dahil edilememesi, bu maddelerin sıklığının düşük saptanmasına sebep olmuş ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımını etkilemiş olabilir.

Yapılan çalışma kesitsel bir çalışma olduğundan uzunlamasına çalışmaların daha yararlı olacağı kanısındayız.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından eşleşmiştir. Çalışmamız sonucunda MKB olgularında yüksek oranda travmatik yaşantı ve TSSB tanısı saptanmıştır.

Travmatik yaşantıların çoğunlukla madde kullanımından önce başlaması travmanın madde kullanımı için güçlü yordayıcı bir faktör olduğunu göstermektedir. En sık rastlanan travmatik yaşantılar ; kaotik aile yapısı, baba şiddeti, ebeveynlerden birinin evi terkidir. Çocukluk çağı ihmal yaşantılarının değerlendirildiği CTQ ölçeğinin sonuçlarına göre ; MKB grubunda duygusal istismar %63, fiziksel istismar %58, fiziksel ihmal %55, emosyonel ihmal %38, cinsel istismar %30 olarak bulunmuştur. MKB grubunda, kontrol grubuna kıyasla eğitim durumunun ve sosyoekonomik statünün düşük olduğu saptanmıştır. Aile yapısı değerlendirildiğinde anne-baba eğitim düzeyleri arasında belirgin bir farklılık göze çarpmaktadır. Bu bulgular eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarını travmatik yaşantılardan ve madde kullanımından koruma adına önemli olduğu düşünülebilir. Sigara kullanımı vaka grubunun tamamında, kontrol grubunda ise %23,4 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda kullanılan madde türüyle bağımlılık şiddeti açısından fark saptanmamıştır.

Epidemiyolojik çalışmalarda kullanım yaygınlığı göze çarpsada tedavi için kliniğe başvuran kız hastaların sayılarının az olması, üzerinde çalışılması gereken konulardan biridir.

Özellikle gençler arasında yasadışı madde kullanımının giderek yaygınlaşma eğiliminde olması bu kişilere yönelik yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Tedavi alternatifleri planlanırken koruyucu tedbirlerin önceliği göz ardı edilmemelidir.

Madde kullanımının yaygınlığı, eşlik eden TSSB tanısının varlığı durumunda tedavi uyumunu azaltması ve rekürrensi artırması gibi nedenlerle bu popülasyonda tedavi protokolleri yeniden gözden geçirilmelidir. TSSB tanısının olguların yaklaşık yarısında bulunması , öncelikli ihtiyaç olarak konunun ele alınması gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

- Aksoy A, Ögel K. Tutuklu ve hükümlü ergenlerin özellikleri araştırması. İhtiyaçların belirlenmesi çalışması raporu. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün Gözetimindeki Çocukl Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi Ana Projesi İstanbul Yeniden yayın no 15. 2004
- Alikashioglu M. Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 2005;43:73-83
- Amen SL ,Piacentine LB, Ahmad ME ve ark (2011) Repeated N-acetyl cysteine reduces cocaine seeking in rodents and craving in cocaine-dependent humans Neuropsychopharmacology 36:871-878
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2010) Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Assoc Child Adolesc Psychiatry 49:414-430
- American Psychiatric Association. 2000. *DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (American Psychiatric Association Press
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) (Çev ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
- Ashton H (2005) The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. Curr Opin Psychiatry 18:249-255
- Aslan AA, Yalcin O, Arıkan Z ve ark (2013) Disulfiram implantation in alcohol dependency : influence of sociodemographic and clinical variables on treatment response .Bull Clin Psychopharmacology 23:24-32
- Baer JS, Sampson PD, Barr HM et al (2003). *Archives of General Psychiatry*, 60:377-385
- Baker A, Boggs TG, Lewin TJ. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*. 2001 Sep;96(9):1279-87
- Balsa AI, Homer CF ,French MT ve ark 2009 ; Substance use ,education ,employment and criminal activity outcomes of adolescents in outpatient chemical dependency programs, J Behav Health Sci Res 36:75-95
- Banerjee N (2014) Neurotransmitters in alcoholism: A review of neurobiological and genetic studies. Indian J Hum Genet 20:20-31

- Baumann MH, Lehner KR (2014) Psychoactive “bath salts”: a new class of designer stimulants. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health-ASAM, China
- Bernstein DP, Stei JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. Addictive Behaviors 1998; 23:855–868
- Bisaga A, Mariani JJ (2015), Benzodiazepines and other sedatives and hypnotics. Substance Abuse Treatment Fifth Edition, Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed), American Psychiatric Association, Arlington VA
- Bock R, Shin JH, Kaplan AR ve ark (2013) Strengthening the accumbal indirect pathway promotes resilience to compulsive cocaine use. Nat Neurosci
- Boney-McCoy S, Finkelhor D (1995): Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. J Consult Clin Psychol 63(5):726-736
- Borg L, Buonora M, Butelman ER ve ark (2014) The pharmacology of opioids. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health-ASAM, China
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. (1997): Sex differences in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry. 54(11):1044-8
- Brewer C, Meyers RJ, Johnson J (2000). Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse? CNS Drugs 14:329-341
- Brooks TL, Knight JR (2014) Screening and brief intervention for adolescents. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Am J Psychiatry 1991;148:55–61
- Butelman ER, Yuferov V, Kreek MJ (2012) κ -opioid receptor/dynorphin system: genetic and pharmacotherapeutic implications for addiction. Trends Neurosci 35:587-596
- Ceylan ME, Göka E. Arastırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri (1. Baskı). İstanbul, 1998:80-85
- Chen CY, Storr CL, Anthony JC (2009) Early onset drug use and risk for drug dependence problems. Addict Behav 34:319-322

- Chen LP, Murad MH, Paras ML et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis; Mayo Clin Proc 2010; 85: 618-629
- Chen YH, Liao DL, Lai CH ve ark (2013) Genetic analysis of AUTS2 as a susceptibility gene of heroin dependence. Drug Alcohol Depend 123:238-242
- Cheung W, Kit-sum Lam A, Hung S. Other substance use. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012
- Ciraulo DA, Knapp CM (2014) The pharmacology of nonalcohol sedative hypnotics. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed) Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Clark DB (2012) Pharmacotherapy for adolescent alcohol use disorder. CNS Drugs 26:559-569
- Claus RE, Kindleberger LR. Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. Journal of Psychoactive Drugs 2002; 34: 25–31
- Cluver JS, Wright TM, Myrick H (2014) Pharmacologic intervention for sedative-hypnotic addiction. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Cohen FS, Densen-Gerber J. A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: preliminary results. Child Abuse Negl 1982; 6: 383-387
- Cohen J, Mannarino A, Zhitova A, et al. Treating child abuse-related posttraumatic stress and comorbid substance abuse in adolescents. Child Abuse Negl 2003; 27:1345–65
- Cohen J, Mannarino A, Perel J, Staron V (2007) A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46: 811-819
- Cosar B, Arıkan Z, Hiçyılmaz N. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Alkol Tedavi Ünitesi'nde yatarak tedavi gören 700 alkol bağımlısının demografik, sosyokültürel, bireysel özelliklerinin ve hastalığı algılama biçimlerinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 1996; 4:105-112
- Costello E, Angold A (2000): Developmental psychopathology and public health: Past, present, and future. Development & Psychopathology 12(4):599-618

- Czechowicz D. Adolescent alcohol and drug abuse and its consequences an overview. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1988;14(2):189-197
- Dani JA, Kosten TR, Benowitz NL (2014) The pharmacology of nicotine and tobacco. *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition*. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Danielson CK, Amstadter A, Dangelmaier RE et al. Does Typography of Substance Abuse and Dependence Differ as a Function of Exposure to Child Maltreatment? *J Child Adolesc Subst Abuse* 2009; 18: 323-342
- Davey GC, Burgess I, Rashes R. (1995): Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *Br J Clin Psychol*. 34 (Pt 3):423-434
- Daviss WB, Racusin R, Fleischer A, Mooney D, Ford JD, McHugo GJ (2000): Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(5):569-575
- Dawes D, May MP, Randall C ve ark (2005) Naltrexone treatment of adolescent alcoholics: an open label trial of ondansetron in adolescents with alcohol dependence. *Addict Behav* 30:1077-1085
- Day NL, Goldschmidt L, Thomas CA (2006). Prenatal marijuana exposure contributes to the prediction of marijuana use at age 14. *Addiction*, 101:1313-1322.
- Delaney-Black V, Chiodo LM, Hannigan JH et al (2011). *Neurotoxicology & Teratology*, 33:110-119
- DeLong GR, Dwyer JT (1998) Correlation of family history with specific autistic subgroups : Asperger 's syndrome and bipolar affective disease. *J Autism Dev Disorders* 18:593-600
- Demirci AC, Erdoğan A, Yalcin O ve ark (2014) Sociodemographic characteristics and drug abuse patterns of adolescents admitted for substance use disorder treatment in Istanbul. *Am J Drug Alcohol Abuse* DOI:10.3109/00952990.2014.973961
- Dick D, Aliev F, Wang J, Gruzca R, Schuckit M, Kuperman S, et al. Using dimensional models of externalizing psychopathology to aid in gene identification. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(3):310–8
- Dick D, Bierut L, Hinrichs A, Fox L, Bucholz K, Kramer J, et al. The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. *Behav Genet*. 2006;36(4):577–90

- Donnelly CL ,March JS, Amaya –Jakson L (2006)Posttraumatic stres disorder.In: Essentials of Child and Adolescen Psychiatry, Dulcan M and Wiener J eds.Americab Psychiatryc Association, Washingt on D.C.s:479:504
- Duncan B, Clark MD, Dawn L et al. Child Abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders and health problems in adolescence and young adulthood. J Pediatr Psychol 2010; 35: 499-510
- Dundon W ,Lynch KG, Pettinati HM ve ark (2004)Treatment outcomes in type A abd type B alcohol dependence 6 month after serotonergic pharmacotherapy.Alcohol Clin Exp Res 28:1065-1073
- Dunn GE, Ryan JJ, Dunn CE. Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. Journal Psychoactive Drugs 1994;26:357–360.
- Ellason JW, Ross CA, Sainton K at al. Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. Bulletin of the Menninger Clinic 1996;60, 39–51
- Evren C, Bozkurt M (2013) Sentetik Kannabinoidler: Son Yılların Krizi.Düşünen adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 26:1-11
- Evren C, Çakmak D. Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM’e yatan hasta verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam 2001; 14: 142–149
- Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. Addictive Behaviors 2006; 31: 475–485
- Evren C, Ogel K, Demirci A, Evren B, Yavuz B, Bozkurt M. Prevalence of lifetime tobacco, alcohol and drug use among 10th grade students in Istanbul: data for year 2012. Bull Clin Psychopharmacol. 2014;24(3):201–10
- Evren EC, Durkaya M, Kose S ve ark. Novelty Seeking among Relapsed and Non-Relapsed Male Alcohol Dependents during 12 month Follow-up. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:249-255
- Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl 1994; 18: 409-417
- Fishman M(2014) Placemet criteria and strategies for Adolescent Treatment matching. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition .Ries RK,Fiellin DA, Miller SC,Saitz R(Ed), Wolters Kluwer Health-ASAM ,China
- Fisman MJ, Winstanley EL, Currab E ve ark (2010) Treatment of opioid dependence in adolescents and young adults with extended release naltrexone :preliminary case-series and feasibility. Addiction 105:1179-1676

- Garavan H, Kaufman JN, Hester R (2008) Acute effects of cocaine on the neurobiology of cognitive control. *Phil Trans R Soc B* 363:3267-3276
- Gelertner J, Kranzler H. Genetics of addiction. In: M Galanter, HD Kleber KB, editor. *Substance Abuse Treatment Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2015
- Gorelick DA (2014) Pharmacologic interventions for cocaine, metamphetamine, and other stimulant addiction. *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition*. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Grady D, Thanos P, Corrado M, Barnett J, Ciobanu V. DRD4 genotype predicts longevity in mouse and human. *J Neurosci*. 2013;33(1):286–91
- Gray KM, Carpenter MJ, Baker NL, Ve ark (2011) Varenicline versus bupropion XL for smoking cessation in older adolescents: a randomized controlled trial of N-acetylcysteine in cannabis dependent adolescents. *Am J Psychiatry* 169:805-812
- Grilo CM, Becker DF, Walker ML, Levy KN, Edell WS, Mcglashan TH. Psychiatric Comorbidity in Adolescent Inpatients with Substance Use Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(8):1085–91
- Gupta S, Kulhara P (2007) Cellular and molecular mechanisms of drug dependence : an overview and update , *Indian J Psychiatry* 49:85-90
- Gurdal F, Asirdizer M, Aker RG, et al. Review of detection frequency and type of synthetic cannabinoids in herbal compounds analyzed by Istanbul Narcotic Department of the Council of Forensic Medicine, Turkey. *J Forensic Leg Med* 2013;20:667-72
- Gurney SMR, Scott KS, Kacinko SL, et al. Pharmacology, toxicology, and adverse effects of synthetic cannabinoid drugs; *Forensic Sci Rev* 2014;26:53
- Haney M, Cooper ZD, Bedi G (2015) Neurobiology of stimulants. *Substance Abuse Treatment Fifth Edition*, Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed), American Psychiatric Association, Arlington VA
- Heilig M, Spanagel R (2015) Neurobiology of alcohol use disorder. *Substance Abuse Treatment Fifth Edition*, Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed), American Psychiatric Association, Arlington VA
- Hopfer J, Young S, Purcell S, Crowley T, Stallings M, Corley R, et al. Cannabis receptor haplotype associated with fewer cannabis dependence symptoms in adolescents. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2006;141:895–901

- Hovens J, Cantwell D, Kiriakos R. Psychiatric Comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:476–83
- Hurt RD, Ebbert JO, Hays JT, McFadden DD (2014) Pharmacologic interventions of tobacco dependence . *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition* .Ries RK,Fiellin DA,Miller SC,Saitz R(Ed),Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health,2012)
- Ito JR,Dalley JW,Howes SR ve ark (2000) Dissociation in conditioned dopamine release in the nucleus accumbens core and shell in response to cocaine cues and cocaine-seeking behavior in rats. *J Neurosci* 20:7489-7495
- Johnson BA (2008) Update on neuropharmacological treatments for alcoholism :scientific basis and clinical findings. *Biochem Pharmacol*75:34-56
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG et al (2011). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2010: Volume I, Secondary School Students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan
- Johnston LD, O'MalleyPM, Bachman JG ve ark. (2012) The rise in teen marijuana use stalls, synthetic marijuana use levels, and use of 'bath salts' is very low. University of Michigan News Service: Ann Arbor, MI. 25 Kasým 2015'de <http://www.monitoringthefuture.org/pressreleases/12drugpr.pdf>
- Kalman D,Hayes R,Ziedonis D(2015)Tobacco use disorder. *Substance Abuse Treatment Fifth Edition* . Galanter M, Kleber HD, BradyKT (Ed).,American Psychiatric Association ,Arlington VA
- Kaminer Y, Winters K, editors. *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. 1st ed. American Psychiatry Publishing; 2011
- Karakaya I (2014) Çocuk ve ergenlerde travma odaklı bilişsel davranışçı tedavisi : Bir gözden geçirme *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 15:350 -357
- Kelly MA,Levin FR(2015) Treatment of cannabis use disorder. *Substance Abuse Treatment Fifth Edition* . Galanter M, Kleber HD, BradyKT (Ed).,American Psychiatric Association ,Arlington VA
- Kepenekçi YK. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; K22: 262-75
- Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048–60.,

Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. Women, PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult. *Child Abuse Negl.* 1998;22:223–34

- Kilpatrick D, Ruggiero K, Acierno R, Saunders B, Resnick H, Best C (2003): Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 71(4):692-700

- Koob GF(2015) Neurobiology of addiction. Substance Abuse Treatment Fifth Edition . Galanter M, Kleber HD, BradyKT (Ed).,American Psychiatric Association, Arlington VA

- Kosten TR, Sofuoglu M(2015) Clinical management:cocaine . Substance Abuse Treatment Fifth Edition . Galanter M, Kleber HD, BradyKT (Ed).,American Psychiatric Association ,Arlington VA

- Kreek MJ,Levrn O,Reed B ve ark (2012) Opiate addiction and cocaine addiction :underlying molecular neurobiology and genetics *J Clin Invest* 122:3387-3393

- Kuloğlu M ,Kaplan&Sadock'sPsikiyatri/Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Günes Kitapevi Ltd.StiLippincott Williams &Wilkins,Türkçe, 11. Baskı, 2016 618-619

- Kutchinsky B. Pornograhı and rape: theory and practice? Evidence from crime data in four countries where pornograhı is easily available.; *Int J Law Psychiatry* 1991;14(1-2):47-64

- Laakso A, Mohn A, Gainetdinov R, Caron M. Experimental genetic approaches to addiction. *Neuron.* 2002;36(2):213–28

- Lanier CA, Nicholson T, Duncan D. Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graduate college students. *J Drug Educ.* 2001;31(3):239-248

- Lanius RA, Vermetten E, Pain C. (editors). “The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease” Cambridge University Press, 2009; 77

- Le Foll B, Goldberg SR (2005)Cannabinoid CB 1 receptor antagonists as promising new medications for drug dependence. *J Pharmacol Exp Ther* 312:875-883

- Liddle HA,Rowe CL,Gonzalez ve ark.(2006)Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting.*Am J Addict* 15:102-112

- Lopez B, Turner R, Saavedra L. Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *J Anxiety Disord.* 2005;19:275–94

- Lukasiewicz M, Neveu X, Blecha L, et al. Pathways to substance-related disorder: a structural model approach exploring the influence of temperament, character, and childhood adversity in a national cohort of prisoners. *Alcohol* (2008);43: 287-295
- Mackie K(2006) Cannabinoid receptors as therapeutic targets *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 46:101-122
- MacMillan HL., Fleming JE, Streiner D et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878– 1883
- Marsch LA, Subramaniam G (2014) Pharmacotherapy for adolescents with substance use disorders. *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition* . Ries RK,Fiellin DA,Miller SC,Saitz R(Ed),Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- McCloskey LA, Walker M (2000): Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39(1):108-115
- McKernan RM, Rosahl TW, Reynolds DS et al (2000) Sedative but not anxiolytic properties of benzodiazepines are mediated by the GABA (A) receptor alpha1 subtype. *Nat Neurosci* 3:587-592
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49(10):980–989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Merry SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33-7:939-944
- Miles JH(2011)Autism subgroups from a medical genetics perspective .*Autism Spectrum Disorders*.Amaral DG, Dawson G,Geshwind DH (Ed)Oxford University Press.New York
- Miller WR, Rollnick S (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press
- Moral AR, McCaffrey DF, Ridgeway G (2004) Effectiveness of community-based treatment for substance –abusing adolescents:12-month outcomes of youths entering dispositions. Phoenix Academy or Alternative probation dispositions. *Psychol Addict Behav* 18:257-268

- Myrick H, Kranzler HR, Ciraula DA, Saxon AJ, Jaffe JH (2014) Medications for use in alcohol rehabilitation. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Naqvi NH, Bechara A (2010) The insula and drug addiction: an interoceptive view of pleasure, urges and decision making. Brain Struct Funct 214:430-450
- National Institute for Clinical Excellence (2005) Posttraumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care, Clinical Guideline 26. London: NICE
- Nestler EJ (2004) Historical review: molecular and cellular mechanisms of opiate and cocaine addiction. Trends Pharmacol Sci 25:210-218
- Neumaier JF, McDevitt RA, Polis IY ve ark (2009) Acquisition of and withdrawal from cocaine self-administration regulates 5-HT mRNA expression in rat striatum. J Neurochem 111:217-227
- NIDA –National Institute on Drug Abuse (2015) web sitesi; www.drugabuse.gov
- Nieh EH, Kim SY, Namburi P ve ark (2013) Optogenetic dissection of neural circuits underlying emotional valence and motivated behaviors. Brain Res 1511:73-92
- Ögel K, Erol B (2005) Çocuklarda sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı. Morpa Yayınları, İstanbul
- Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Turk Psikiyatri Derg 2001;12: : 47-52
- Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klin J Int Med Sci. 2005;1(47):61–4
- Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Türkiye'de madde bağımlılığı. AMATEM'in 1997 Yılı Çalışmalarının Derleme Raporu. 1997;8-43
- Özbay H, Göka E, Mavili AA, Öztürk E, Salım N, Güngör S ve ark. Ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanımının benlik imajı, depresyon ve anksiyete ölçümleri ile ilişkileri. Düşünen Adam. 1991;4(3):53-58
- Palmer JA, Palmer LK, Williamson D. Childhood abuse as a factor in attrition from drug rehabilitation. Psychological Reports 1995; 76: 879–882
- Peterson AL, Weg MW, Jaen CR (2011) Nicotine and Tobacco Dependence. Cambridge, MA, Hogrefe
- Pfefferbaum B, Allen JR. Stress in children exposed to violence. Reenactment and rage. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 1998; 7: 121-135

- Piven J ,Chase GA,Landa R ve ark(1991)Psychiatric disordersin the parents of autistic individuals.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 30:471-478
- Polat O. Klinik adli tıp, 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık.2004; 85-31
- Rawson RS,Ling W,Mooney LJ,(2015) Clinical management: metamphetamine . Substance Abuse Treatment Fifth Edition . Galanter M, Kleber HD, BradyKT (Ed),,American Psychiatric Association ,Arlington VA
- Reed B,Piecetti R,Butelman ER ve ark (2015)Neurobiology of opiates and opioids. Substance Abuse Treatment Fifth Edition . Galanter M, Kleber HD, BradyKT (Ed),,American Psychiatric Association ,Arlington VA
- Renteria SC. Summary: Sexual abuse of female children and adolescentsdetection, examination and primary care. Ther Umsch, 2005; 62: 230-237
- Rickels K, DeMartinis N, Rynn M ve ark (1999) Pharmacological strategies for discontinuing benzodiazepine treatment.J.Clin Psychopharmacol 19:12-16
- Rollnick S, Miller WR (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23:325-335
- Rosenberg JE (2003) Forensic aspects of PTSD in children and adolescents.In:PTSD in children and adolescents, Eth S(ed) American Psychiatric Association ,Washington D.C. s.33-59
- Russo EB(2007) History of cannabis and its preparations in saga, science and sobriquet. Cheö Biodivers 4:1614-1648
- Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, et al. (1997): Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. Journal of Interpersonal Violence 7(2):189-204
- Schaefer MR, Sobieraj K, Hollyfield RL. Prevalence of childhood physical abuse in adult male veteran alcoholics. Child Abuse Negl. 1988; 12:141–149
- Schmaal L,Veltman DJ, Neverdeen A ve ark (2012) N-acetylcysteine normalizes glutamate levels in cocaine-dependent patients :a randomized crossover magnetic resonance spectroscopy study. Neuropsychopharmacology 37:2143-2152
- Schulenberg, J. E., Maggs, J. L., & O'Malley, P. M. (2003). How and why the understanding of developmental continuity and discontinuity is important: The sample case of longterm consequences of adolescent substance use. In J. T. Mortimer, & M. J. Shanahan (Eds.), Handbook of the life course (pp. 413–436). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers

- Schumann G, Colin LJ, Lourdusamy A ve ark (2011) Genomewide association and genetic functional studies identify autism susceptibility candidate gene 2 gene (AUTS2) in the regulation of alcohol consumption. *Proc Natl Acad Sci USA* 108:7119-7124
- Seedat S, Lockhat R, Kaminer D ve ark (2001) An open trial of citalopram in adolescents with posttraumatic stress disorder. *Clin Psychopharmacol* 16:21-25
- Sellers EM, Higgins GA, Sobell MB (1992) 5-HT and alcohol abuse. *Trends Pharmacol Sci* 13:69
- Simkin DR (2014) Neurobiology of addiction from a developmental perspective . *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition* . Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Simmons JR, Skinner CG, Williams J ve ark (2011) Intoxication from smoking “spice” *Ann Emerg Med* 57:187-88
- Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review* 2002;22: 27–77
- Sinha R (2013) The clinical neurobiology of drug craving . *Curr Opin Neurobiol* 23:649-654
- Skeer M, McCormick M, Normand S, Buka S, Gilman S. Prospective study of familial conflict, psychological stress, and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug Alcohol Depend.* 2009;104:65–72
- Smalley SL, McCracken J, Tanguay P (1995) Autism, affective disorders and social phobia . *Am J Hum Genetic* 60:19-26
- Soyka M, Rösner S. Opioid antagonists for pharmacological treatment of alcohol dependence - a critical review. *Curr Drug Abuse Rev.* 2008 Nov;1(3):280-91
- Squeglia LM, Sorg SF , Jacobus J ve ark (2015) Structural connectivity of neural reward Networks in youth at risk for substance use disorders. *Psychopharmacology (Berl)* Article in Press PMID:25563237
- Stallard P, Velleman R, Baldwin S (1999): Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 40(7):1075-1082
- Strain EC, Stitzer ML (2006) *The Treatment of Opioid Dependence* . Johns Hopkins University Press , Baltimore , MD

- Suarez L, Belcher H, Briggs E, et al. Supporting the need for an integrated system of care for youth with co-occurring traumatic stress and substance abuse problems. *Am J Community Psychol* 2012;49:430–40
- Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35: 82-86
- Tanner –Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW (2013) The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse : a meta analysis. *J Subst Abuse Treat* 44:145-158
- Tetrault JM, O'Connor PG(2014) Management of opioid intoxication and withdrawal . *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition*. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Triffleman EG, Marmar CR, Delucchi KL at al. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183:172–176
- Uhr G, Grow R. The burden of complex genetics in brain disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:223–9
- Vandrey R, Dunn KE, Fry JA ve ark (2012) A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids) *Drug Alcohol Depend* 120:238-241
- Vaughan B, Kleber HD (2015) Opioid detoxification. *Substance Abuse Treatment Fifth Edition* . Galanter M, Kleber HD, Brady KT (Ed), American Psychiatric Association ,Arlington VA
- Volkow N, Warren K. Drug addiction: the neurobiology of behavior gone awry. *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition*. Fifth. Ries R, Fiellin D, Miller S, Saitz R, editors. China: Wolters Kluwer Health-ASAM; 2014
- Volkow ND, Wang GJ ,Fowler JS ve ark (2011) Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Sci USA* 108:15037-15042
- Volkow ND, Warren KR (2014) Drug addiction :the neurobiology of behavior gone away .*The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition*.. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed), Wolters Kluwer Health-ASAM, China
- Warner E, Lorch E (2014) Laboratory diagnosis. *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition*. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R (Ed.) Wolters Kluwer Health-ASAM, China

- Welch SP, Malcolm R(2014) The Pharmacology of marijuana. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition .Ries RK,Fiellin DA,Miller SC,Saitz R(Ed),Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P. Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. Am J Addict 2001; 10: 101-110
- Wilens TE, Biederman J, Abrantes A, Spencer TJ. Clinical Characteristics of Psychiatrically Referred Adolescent Outpatients With Substance Use Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(7):941–7
- Wilkins JN ,Danowitch I,Gorelick DA(2014) Management of stimulant, hallucinogen, marijuana, phencyclidine and club drug intoxication and withdrawal. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition .Ries RK,Fiellin DA,Miller SC,Saitz R(Ed),Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Windle M, Windle RC, Scheidt DM., Miller GB. Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. Am J Psychiatry 1995;152:1322–1328
- Wise RA. Koob GF(2014) The development and maintenance of drug addiction. Neuropsychopharmacology. 39:254- 262
- Woodward JJ (2014)The Pharmacology of alcohol . The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition .Ries RK,Fiellin DA,Miller SC,Saitz R(Ed),Wolters Kluwer Health –ASAM, China
- Yeoh JW, Campbell EJ,James MH ve ark (2014)Orexin antagonists for neuropsychiatric disease: progress and potential pitfalls. Front Neurosci 8:36
- Yıldırım D. Türkiye'de Madde Bağımlılığı Sorunu. 3P Dergisi. 1997;5:28-47
- Yorbik O,Dikkatli S,Cansever A ve ark. (2001) The efficacy of fluoxetine treatment in children and adolescents with post-traumatic stress disorder symptoms [In Turkish]. Kli Psikofarmakol Bulteni 11:251-256
- Yüncü Z, Saatcioglu H, Aydın C, Ozbaran B, Altıntoprak E, Kose S. Bir Şehir Efsanesi: Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Düşüyor mu? Literatür Sempozyum ekim/kasım/aralık 2014 n cilt: 1 n sayı: 4
- Zornilla EP, Logrip ML, Koob GF (2014), Corticotropin releasing factor. A key role in the neurobiology of addiction. Front Neuroendocrinol 35:234-244
- Zoroğlu SS, Tüzün U, Sar V ve ark Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2: 69-78

KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (CAPS)

Travmatik Olay:

Yeniden yaşama belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
Elde olmayan sıkıntı verici anılar						
Sıkıntı verici rüyalar						
Olay tekrarlanıyormuş gibi davranma veya hissetme						
Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında psikolojik zorlanma						
Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik						
B alttoplamı						
B kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 1)						

Kaçınma ve küntleşme belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
Düşünce, duygu veya konuşmalardan kaçınma						
Etkinlikler, yerler veya insanlardan kaçınma						
Travmanın önemli bölümlerini hatırlayamama						
Etkinliklere ilgi veya katılımda azalma						
Kopukluk veya yabancılaşma						
Kısıtlı duygulanım						
Bir geleceği kalmadığı duygusu						
C alttoplamı						
C kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 3)						

Artmış uyarılmışlık belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük						
İrritabilite veya öfke patlamaları						
Yoğunlaşmada güçlük						
Artmış tetikte olma hali						
Abartılı irkilme yanıtı						
D alttoplamı						
D kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 2)						

Bozukluğun süresi	ŞİMDİKİ		HAYATBOYU	
Bozukluğun süresi en az bir ay	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET

Önemli derecede sıkıntı veya işlevsellikte bozulma	ŞİMDİKİ		ATBOYU	
Öznel sıkıntı				
Sosyal işlevsellikte bozulma				
Mesleki işlevsellikte bozulma				
2 ? ☐ EN AZ BİRİSİ	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET

TSSB TANISI	ŞİMDİKİ		HAYATBOYU	
TSSB MEVCUT – TÜM KRİTERLER KARŞILANIYOR MU?	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET
ay sonra ☐ Geç başlangıçlı (	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET
Akut (<3 ay) ☐ 3 ay) veya kronik (	akut	kronik	akut	kronik

ŞİMDİKİ

HAYAT BOYU

Genel geçerlilik		
Genel şiddet		
Genel düzelme		

İlişkili özellikler	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+S	Sıklık	Şiddet	S+S
Yapılan veya yapılmayan şeyler hakkında suçluluk						
Hayatta kalmaktan / kurtulmaktan suçluluk duyma						
Çevrenin farkında olma durumunda azalma						
Derealizasyon						
Depersonalizasyon						

Karakaya I, Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Aker T, Şişmanlar ŞG, Yıldız Öç Ö, Coşkun A, “Çocuk Ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-ÖÇE) Geçerlik Güvenirlik Çalışması” *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(3):125-132 (2007).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar,1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

-
-
15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
-
-

✓bapi-e

Soruları sormadan önce eğer varsa açıklamaları yapın.

İtalik olan yazılar uygulayıcı için gerekli bilgileri içerir.

Sorularda yer alan [madde] sözcüğü kişinin cezaevinde bulunmadan önceki son dönemde içinde kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığı madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” yerine alkol içiyorsa “Alkol kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” veya esrar içiyorsa “Esrar kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” biçiminde okuyun.

Öncelikle yanıtın “hiçbir zaman” veya “neredeyse her zaman” seçeneğine uyup uymadığını kontrol edin. Eğer her ikisine de uymuyorsa o takdirde “bazen” seçeneğini işaretleyiniz. Yanıt “hayır” ise “hiçbir zaman” seçeneğini işaretleyiniz

A. Uygulayan görüşmecinin adı soyadı:

Tarih:

I Adın soyadın [.....]

II Doğum tarihin [.....]

III Cinsiyetin?

☐ Kadın ☐ Erkek

IV Eğitimin?

☐ Okur yazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumun?

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer

VI Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördün mü?

☐ Evet ☐ Hayır

→ Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım.

Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

		Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Alkol	0	1	1	2	2
2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	0	1	1	2	2
3	Ecstasy (Ekstazi)	0	1	1	2	2
4	Eroin	0	1	1	2	2
5	Kokain	0	1	1	2	2
6	Taş (krak kokain)	0	1	1	2	2
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	0	1	1	2	2
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	0	1	1	2	2
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)	0	1	1	2	2
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)	0	1	1	2	2
11	Diğer (LSD, GHB vb)	0	1	1	2	2

→ Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi?

Yukarıda kullandığınızı söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz

- | | | | | | |
|------|------------------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|
| 11b1 | Alkol | ☐ | 11b7 | Rohipnol, rivotril (roş) | ☐ |
| 11b2 | Esrar (marihuana, joint, gubar vb) | ☐ | 11b8 | Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) | ☐ |
| 11b3 | Ecstasy (ekstazi) | ☐ | 11b9 | Akineton, tantum, xanax gibi haplar | ☐ |
| 11b4 | Eroin | ☐ | 11b10 | Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri | ☐ |
| 11b5 | Kokain | ☐ | 11b11 | LSD, GHB gibi maddeler | ☐ |
| 11b6 | Taş (krak kokain) | ☐ | | | |

- 12 Ne sıklıkta [madde] etkisi altında problem yaşıyorsun? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.

- 13 Son bir yıl içinde kullandığın [Madde] miktarı giderek arttı mı?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 14 [Madde] kullanımını kestiğinde veya azalttığında bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 15 Planladığından daha fazla [Madde] kullandığın oldu mu? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 16 [Madde] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığın oldu mu?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 17 [Madde] kullandığın için hayatındaki başka etkinliklerden vazgeçtiğin oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 18 [Madde] kullanmak aile ilişkilerini olumsuz yönde etkiledi mi?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 19 [Madde] kullanmak eğitim hayatını olumsuz yönde etkiledi mi?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 20 [Madde] kullanmak beden sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 21 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 22 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerini olumsuz yönde etkiledi mi?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 23 Başkaları sana fazla [Madde] aldığını söylediler mi, bu konuda seni eleştirdiler mi?
- ① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz.

24 [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musun? Ne sıklıkta?

① Hiçbir zaman

① Bazen

② Neredeyse her zaman

25 [Madde] kullanımını azaltmayı istiyor musun?

① Hiçbir zaman

① Bazen

② Neredeyse her zaman

**KATILIMCILARIN SOSYO EKONOMİK DÜZEYLERİNİ BELİRLEME FORMU
(TÜRKİYE’DE AİLE YAPISI ARAŞTIRMASI 2011’ E GÖRE)**

1) Çalışma:

Ortalama Çalışma konum puanı =

(hanedeki > 18 yaş tüm çalışanların konum puanı toplamı)

Hanedeki toplam kişi sayısı

X 2.7 şeklindedir.

Hesaplama da kullanılacak tablo:

Tablo 19: Çalışma Konumu Puanları

Çalışma Kategorileri	Çalışma Puanı
Memur (yönetici/profesyonel)	11
Memur (orta düzey/ara elamanı)	7
Memur (yardımcı hizmetler)	6
Memur (profesyonel ordu mensubu)	8
Memur (öğretmen)	6
İşçi/düzenli ücretli, beyaz yakalı (yönetici/profesyonel)	10
İşçi/düzenli ücretli beyaz yakalı (düşük ve orta vasıflı)	8
İşçi/düzenli ücretli, mavi yakalı (orta veya düşük vasıflı)	5
İşçi/düzenli ücretli, mavi yakalı (vasıfsız işçi)	4
Küçük işveren (1-9 kişi)	8
Orta İşveren (10-49 kişi)	12
Büyük İşveren (50+kişi)	12
Kendi hesabına küçük ticaret	5
Kendi hesabına büyük ticaret	7
Kendi hesabına zanaatkar	6
Kendi hesabına profesyonel	8
Kendi hesabına marjinal işler	1
Yevmiyeli geçici işçilik	1
Evden yapılan gelir getiren işler	1
Çiftçi	2
Mevsimlik tarım işçisi	1
Ücretsiz aile işçisi	1
Belirsiz diğer	1
İcrat Sahibi	5
Emekli	3
Diğer çalışmayan kişiler	

Tablo 20: Çalışma Kanunu Puanının İndeks Değerine Dönüşümü

Ortalama Çalışma Konumu Puanı	İndeks Değeri
10 ve üzeri	5
6-10 arası	4
4-6 arası	3
2-4 arası	2
0-2 arası	1

2) Eğitim:

Ortalama eğit. Puanı =

(hanedeki >18 yaş eğitim puanları)

Hesaplamaya dahil edilen kişi sayısı

Hesaplama Kulllanılacak Eğitim Puanları:

Tablo 21: Eğitim Puanları

Mezuniyet Kategorisi	Eğitim Puanı
Lisans Üstü	17
Lisans	15
Ön Lisans-MYO	13
Lise	11
Ortaokul-İlköğretim	8
İlkokul	5
Okul bitirmeyen okuma yazma bilen	1
Okuma yazma bilmeyen	0

Eğitim Puanlarını İndekse Dönüştürme

Tablo 22: Eğitim Puanı İndeks—

Eğitim Puanı	İndeks Değeri
11,5 ve üzeri	5
8,5-11,5 arası	4
5,5-8,5 arası	3
3,5-5,5 arası	2
0-3,5 arası	1

c) Yaşanılan Konutun niteliği ve mülkiyet durumu:

Tablo 23: Oturanlar Konutun Niteliği ve İndeks Değeri

Oturulan Konutun Niteliği	Oda Sayısı	Isıtma Sistemi	Konum	Mülkiyet	İndeks Değeri
Müstakil gecekondü					0
Apartman gecekondü					1
Müstakil Konut	Kırsal	Kalorifer yok	Kır		0
		Kalorifer yok	Kent	Mülkiyet yok	1
				Mülkiyet var	2
		Kalorifer var	Kır		4
			Kent	Mülkiyet yok	4
				Mülkiyet var	5
	Kırsal	Kalorifer yok	Kır		1
			Kent	Mülkiyet yok	1
				Mülkiyet var	2
		Kalorifer var	Kır		2
			Kent	Mülkiyet yok	2
				Mülkiyet var	3
2+1 ve daha küçük	Kırsal	Kalorifer var	Kır		3
			Kent	Mülkiyet yok	3
				Mülkiyet var	4
3+1 veya daha büyük	Kırsal	Kalorifer var	Kır		3
			Kent	Mülkiyet yok	3
				Mülkiyet var	4
Güvenlikli sitede daire	Kırsal		Kır		4
			Kent	Mülkiyet yok	4
				Mülkiyet var	5
Güvenlikli sitede müstakil Konut	Kırsal		Kır		5
			Kent	Mülkiyet yok	5
				Mülkiyet var	6
Villa/Yalı	Kırsal		Kır		5
			Kent	Mülkiyet yok	5
				Mülkiyet var	6
Lojman	Kırsal	Kalorifer yok			2
		Kalorifer var			3

d) Gelir puanı: Toplam gelire göre:

Tablo 24: Gelir Kümeleri ve İndeks Puanları

Küme numarası ve indeks değeri	Küme içi minimum gelir	Küme içi maksimum gelir	İlgili gelir grubundaki hanelerin oranı
1	-	430 TL	6,4
2	450 TL	810 TL	32,1
3	815 TL	1.200 TL	23,1
4	1.250 TL	1.870 TL	16,9
5	1.900 TL	3.60 TL	16,5
6	3.200 TL	5.500 TL	3,9
7	5.600 TL+		1,2

C) TAYA 2011'e göre Sosyoekonomik statü: İndeks Puanına Göre Hesaplanır

Tablo 25: TAYA SES Kategorileri

Statü	Toplam Puan	Hanelerin Statülere Dağılımı	Hane Fertlerinin Statülere Dağılımı
Üst	14-22 arasında	13,4	11,7
Orta	8-14 arasında	40,2	38,8
Alt	2-8 arasında	46,4	49,5

Ailede çocuk sayısı /kaçıncı çocuk

Anne eğitim durumu:

Baba eğitim durumu:

İnsanlar senin hiperaktif olduğunu söyler mi?

a)hiçbirzaman c)nadiren

b)sıklıkla d)herzaman

Eğitim Yılı:

Telefon:





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 866

Tarih : 27.06.2016

Konu : Prof. Dr. Behiye ALYANAK

Sayın Prof. Dr. Behiye ALYANAK
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi: Çocuk Ruh Sağ. Anabilim Dalının 20/06/2016 gün 226568 sayılı yazı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Şule KOÇAŞ' ın yürüteceği 2016/810 dosya numaralı "Madde Kullanan Ergenlerde Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Sıklığı Araştırması" başlıklı çalışma kurulumuzun 24/06/2016 tarih ve 12 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Madde Kullanan Ergenlerde Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Sıklığı Araştırması"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Behiye ALYANAK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
		Diğer ise belirtiniz :			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLAR ARASI ☐

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Madde Kullanan Ergenlerde Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Sıklığı Araştırması"
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.06.2016		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	☐	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☒	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD			
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No:12	Tarih: 24/06/2016			
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı görevli Prof. Dr. Behiye ALYANAK' ın sorumluluğunda ve Dr. Şule KOÇAŞ' ın yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI			19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:			Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	İZİMLİ
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Sevda ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.U. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile ilişki
 ** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/772.02

Konu : Araştırma İzni Hk. (Şule KOCAŞ)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi :14/07/2016 tarihli yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Üniversiteniz İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Dr. Şule KOCAŞ'ın, "**Madde Kullanan Ergenlerde Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Sıklığı Araştırması**" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, ilgili tez çalışmasının danışmanlarından birinin ÇEMATEM bünyesinden olması şartı ile Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırmalar Komisyonunca uygun görülmüştür.

İş bu konuda adı geçenin yapacağı çalışmasının bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Celal ŞAHİN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
A★ tılı bilgi için: Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge Birimi 0212
4091600-4162

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8c4e1386-9f12-4a9a-95cd-de50a160f32f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



00030620279

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/772.02

Konu : Araştırma İzni Hk. (Şule KOCAŞ)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL BAKIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Dr. Şule KOCAŞ'ın, "**Madde Kullanan Ergenlerde Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Sıklığı Araştırması**" konulu çalışmasını kurumunuzda yapma talebi, ilgili tez çalışmasının danışmanlarından birinin ÇEMATEM bünyesinden olması şartı ile Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi ve çalışmanın başlangıç tarihi, başlamaması, iptali veya sonlandırılması gibi durumların Genel Sekreterliğimize bildirilmesini rica ederim.

Dr. Celal ŞAHİN

Genel Sekreter a.

İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah.Dr.Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
A★ tılı bilgi için: Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge Birimi 0212
4091600-4162

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 07db2f27-9226-4f91-879f-a70415158b0a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

AD SOYAD : Şule Ekerbiçer

DOĞUM TARİHİ:31.07.1987

ÖĞRENİM DURUMU ;

LİSANS: 2012 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ:2013- İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

İngilizce Seviyesi : İyi

AKADEMİK BİLGİLER

1) Vaginal bleeding in a preadolescent girl possibly related to sertraline.

Kaya I , **Kocas S**, Suleyman F, Coskun M.

J Clin Psychopharmacol. 2014 Dec;34(6):760-1. doi: 10.1097/JCP.0000000000000220.

2)Daily living skills and quality of life in children and adolescents with autism spectrum disorders.

Sule Kocas, Sumeyye Bozkurt, Songul Derin, Funda Suleyman, Ilyas Kaya, Resa Aydın, Ayse Kilincarslan, Suleyman Salih Zoroglu

Bulltein of Clinical Psychopharmacology 2014;24(Suppl,1):S190

3)Sistinürinin eşlik ettiği bir otizm spektrum bozukluğu öyküsü

(1.Konya Otizm Günleri;Poster prezentasyonu)

Katıldığı kongre ve eğitimler

-18 th National Symposium of Adolescent Mental Health

-24. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi

-Konya Otizm Günleri

-AACAP'S 61st Annual Meeting , San Diego, CA

-IBBS Project with Bruce Wexler, MD , Yale Uniersty Psychiatry Department