

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**OPIYAT BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNİN
ERKEN DÖNEMDEKİ BAŞARISINI
ÖNGÖREN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

CAVİD GULİYEV

**DANIŞMAN
PROF. DR. İLHAN YARGIÇ**

İSTANBUL - 2012

TEŞEKKÜR...

Bu tezin yürütülmesinde ve meslek yaşamımda her zaman yol gösterici ve yapıcı önerileriyle katkıda bulunan, bana danışmanlık yaparak büyük ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. İlhan YARGIÇ'a,

Eğitimimiz konusunda hep titiz bir gayret içinde olan değerli kürsü başkanımız Prof. Dr. Raşit TÜKEL'e, birlikte çalışma şansını yakaladığım, kişisel ve akademik gelişimimde büyük emeği olan bütün değerli hocalarıma,

Uzmanlık yolunda birlikte yürürken her biriyle dostluğu ve kardeşliği yaşadığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Servisimizde özveriyle çalışan değerli hemşirelerimize, hastaları kendi yakını gibi bilen tüm servis personelimize, tüm memur, sekreter, güvenlik, yemekhane ve temizlik görevlilerimize,

Katkılarından dolayı Sosyolog Toğrul ABBASOV'a, Dr. Rahip HASANOV'a, Uzm. Hemşire Funda CAMUZ'a, Klinik Psikolog Oya ÇELİK'e, Dr. Mine ÖZTÜRK'e, Kinyas TEKİN'e, Alkol ve Madde Bağımlılığı Birimi sekreteri Zehra ABA'ya,

Bu çalışmanın yapılabilmesini sağlayan ve çalışmaya seve seve katılarak, yaşamlarını ve duygularını içtenlikle paylaşan tüm opiyat bağımlısı hastalara,

Beni yetiştirip, hayatıma yön veren, bugünüme gelmemde maddi, manevi desteğini ve sabrını esirgemeyen varlık sebebim, canım anne, baba ve kardeşlerime,

En içten duygularıyla teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR...	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar LİSTESİ	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
SEMBOLLER/KISALTMALAR DİZİNİ	X
ÖZET	XII
ABSTRACT	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Opiyatlar	5
2.1.1. Tarihçe	5
2.1.2. Opiyatların Etkileri	7
2.1.3. Afyon Alkaloidleri	8
2.1.3.1. Morfin	9
2.1.3.2. Eroin	10
2.1.3.2.1. Eroini Kullanma Yolları	11
2.1.3.2.2. Eroinin Etkileri	11
2.2. Opiyat Bağımlılığı	12
2.3. Epidemiyoloji	12
2.4. Bağımlılığın Nörobiyolojisi	13
2.4.1. Genetik Özellikler	13
2.4.2. Dopaminerjik Sistem Ve Bağımlılık Davranışı	14
2.4.3. Maddenin Pozitif Pekiştirici Etkisi	15
2.4.4. Tolerans Gelişimi	16
2.4.5. Bağımlılık Yapan Maddeyi Kullanmak İçin Duyulan Arzu (Craving)	17
2.5. Prognoz	19
2.6. Opiyat Bağımlılığının Yol Açtığı Tıbbi ve Psikososyal Zararlar	19
2.7. Opiyat Yoksunluğu	21
2.8. Opiyat Bağımlılığında Tedavi	23
2.8.1. Opiyat Bağımlılığında Yoksunluk Tedavileri	23

2.8.1.1. Yoksunluğun Opiyat Dışı Farmkolojik Tedavisi	24
2.8.1.1.1. Semptomatik Tedavi.....	24
2.8.1.1.2. Naltrekson	25
2.8.1.1.3. Alfa2 Agonistler	28
2.8.1.1.3.1.Klonidin	29
2.8.1.1.3.2. Lofeksidin.....	30
2.8.1.2. Yoksunluktan Opiyat Agonistleri Kullanılarak Arındırma	30
2.8.1.2.1. Metadon kullanımı.....	30
2.8.1.2.2. LAAM.....	32
2.8.1.2.3. Buprenorfin	32
2.8.2. Opiyat Bağımlılığında Bağımlılık Tedavileri.....	35
2.8.2.1. Temiz Kalma Odaklı Tedaviler.....	35
2.8.2.1.1. Psikososyal Tedaviler	35
2.8.2.1.1.1. 12 basamak tedavileri	35
2.8.2.1.1.2. Tedavi Toplulukları	36
2.8.2.1.1.3. Kısa Girişimler (Brief Intervention)	38
2.8.2.1.1.4. Motivasyon Kazandırıcı Tedaviler	38
2.8.2.1.1.5. Davranışçı Tedavi.....	40
2.8.2.1.1.6. Bilişsel Davranışçı Tedavi	41
2.8.2.1.1.7. Relaps Önleme (Relaps Prevention)	42
2.8.2.1.1.8. Bireysel Danışmanlık.....	44
2.8.2.1.1.9. Matrix.....	44
2.8.2.1.1.10. Aile Tedavisi	45
2.8.2.1.1.11. Destekleyici-Ekspresif Tedavi.....	45
2.8.2.1.1.12. Grup Tedavisi	45
2.8.2.1.2. Naltrekson	46
2.8.2.2. Opiyat Bağımlılığında Yerine Koyma (Sürdürüm)Tedavileri.....	48
2.8.2.2.1. Metadon	49
2.8.2.2.2. Levometadil asetat (LAAM)	54
2.8.2.2.3. Buprenorfin	54
2.8.2.2.4. Eroin	60

2.9. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Başarıyı Öngören Faktörler	61
2.9.1. Kişisel Faktörler	61
2.9.2. Kişilerarası Faktörler	65
2.9.3.Çevresel Faktörler	66
2.9.4. Sosyodemografik Faktörler	67
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	70
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	70
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	70
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	70
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	70
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	71
3.6. Veri Toplama Araçları	71
3.6.1. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale)	72
3.6.2. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (Addiction Severity Index-ASI)	72
3.6.3. Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale (VAS))	76
3.6.4. Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT) (Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire – ZKPQ)	77
3.6.5. Levenson Psikopati Ölçeği (Levenson Psychopathy Scale)	78
3.6.6. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği	79
3.7. Araştırmanın Uygulanması	80
3.8. Verilerin değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	81
4. BULGULAR	82
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulgular	83
4.2. İlk Görüşmeye Göre Tedaviye Devam Eden ve Tedaviye Devam Etmeyen Gruplar Arasındaki Farklar	84
4.3. Tedaviye Devam Eden Gruptaki Başlangıç ve Üçüncü Ay Uygulanan Ölçeklere Göre Farklılıklar	90
4.4. Craving ile İlgili Bulgular	97
4.5. Birinci Ayda Tedaviye Devam Etmeyen Hastaların Değerlendirmeleri	102

5. TARTIŞMA	111
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	112
5.2. İlk Görüşmeye Göre Tedaviye Devam Eden ve Tedaviye Devam Etmeyen Gruplar Arasındaki Farklarla İlgili Bulguların Tartışılması.....	115
5.3. Tedaviye Devam Eden Gruptaki Başlangıç ve 3.Ay Uygulanan Ölçeklere Göre Farklılıkların Tartışılması	121
5.4. Craving ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	123
5.5. Birinci Ayda Tedaviye Devam Etmeyen Hastaların Değerlendirmeleri	125
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	126
7. KAYNAKLAR.....	127
8. EKLER	141
8.1. EK 1. Etik Kurul Onayı.....	141
8.2. EK 2. Özgeçmiş.....	142
8.3. EK 3. Gönüllü Bilgilendirme Ve Onay Formu	143
8.4. EK 4. Bağımlilik Şiddetini Belirleme Ölçeği.....	145
8.5. EK 5. Zuckerman - Kuhlman Kişilik Testi.....	157
8.6. EK 6. Levenson Psikopati Ölçeği	161
8.7. EK 7. Bağımlilik Tedavisinin Başarisini Öngören Faktörler Ölçeği	163
8.8. EK 8. Görsel Analog Ölçeği.....	165
8.9. EK 9. Algılanan Stres Ölçeği.....	166

TABLOLAR LİSTESİ

- Tablo 4. 1.** Sosyodemografik Özelliklerin Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulgular
- Tablo 4. 2.** İlk Görüşme Levenson Psikopati Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 3.** İlk Görüşme Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 4.** İlk Görüşme Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği Maddeleri için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 5.** İlk Görüşme Algılanan Stres Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 6.** İlk Görüşme Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT) T-Testi için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 7.** İlk Görüşme Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği –ASI için Tedavi Grupları T-Testi
- Tablo 4. 8.** Tedaviye Devam Eden Grupta Levenson Psikopati Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Farkları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 9.** Tedaviye Devam Eden Grupta Algılanan Stress Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 10.** Tedaviye Devam Eden Grupta Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 11.** Tedaviye Devam Eden Grupta Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği Maddeleri için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 12.** Tedaviye Devam Eden Grupta Zuckerman-Kuhlman Kişilik (ZKKT) Testi için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 13.** Tedaviye Devam Eden Grupta Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği – ASI- için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi

- Tablo 4. 14.** İlk Görüşme Görsel Analog Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 15.** Tedaviye Devam Eden Grupta Görsel Analog Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 16.** Tedavi Grubunda Görsel Analog Ölçeği Ölçüm Farkları için Tekrarlı Ölçümler ANOVA Analizi
- Tablo 4. 17.** Tedavi Grubunda Görsel Analog Ölçeği Ölçümleri Farkları için Bağımlı Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 18.** Görsel Analog Ölçeği-1 (VAS) ile LPÖ-1, ASÖ-1 ve BTÖFÖ-1 Arası Korelatif İlişkiler
- Tablo 4. 19.** Görsel Analog Ölçeği-1 (VAS) ile ZKKT – 1 Arası Korelatif İlişkiler
- Tablo 4. 20.** Görsel Analog Ölçeği-1 (VAS) ile ASI - 1 Arası Korelatif İlişkiler
- Tablo 4. 21.** Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Eden ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 22.** İkinci ve Üçüncü Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi
- Tablo 4. 23.** Tedaviye Devam Eden ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3. 1. Araştırma Deseni

SEMBOLLER/KISALTMALAR DİZİNİ

AA	Adsız Alkolikler
ALDH2	Aldehit Dehidrogenaz enzimi
AMATEM	Alkol Madde Tedavi Merkezi
ASI	Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği
ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Tedavi
BTBÖFÖ	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği
D	Delta
DSM-IV	Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECA	Epidemiological Catchment Area
GAS	Görsel Analog Ölçeği
İ.M.	İntra Musküler
İ.V.	İntra Venöz
K	Kapa
LAAM	Levometadil Asetat
LPÖ	Levenson Psikopati Ölçeği
LSRP	Levenson Self-Report Psychopathy
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NA	Adsız Narkotikler
PCO2	Karbondioksit basıncı

TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TT	Tedavi Toplulukları
UNODC	Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
VAS	Vizüel Analog Skala
VTa	Ventral Tegmental Alan
WHO	World Health Organization
ZKKT	Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi
ZKPQ	Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire
μ	Mü

ÖZET

Opiyat bağımlılığı, kronik, yineleyici, dünyada birçok insanı etkileyen ve gittikçe artan bir hastalıktır. Opiyat bağımlılığı, kullanımı sonucu belirgin problemlere yol açmasına karşın kullanımının tekrarlandığı ve sürdürüldüğü bir dizi fizyolojik, davranışsal ve bilişsel belirtiler kümesidir.

Opiyat bağımlılığı tedavisi sırasında hastaların, opiyat ya da başka bağımlılık yapıcı maddeler kullanmaları ve tedaviden sonra opiyat kullanımına geri dönmeleri oldukça sık görülür. Madde bağımlılığı tedavisinde başarıyı öngören faktörler; kişisel faktörler (kişilik özellikleri, komorbidite, antisosyal kişilik bozukluğu, psikopati ve madde kötüye kullanımı, motivasyon faktörü), kişilerarası faktörler (akran grubu, aile ilişkileri), çevresel faktörler (kullanılan maddeye erişebilme kolaylığı, sosyal ortam) ve sosyodemografik faktörler (cinsiyet, yaş, yasadışı madde kullanımı, suç ve tedavi, diğer sosyodemografik faktörler) olarak sınıflandırılabilir.

Bu çalışmanın amacı opiyat bağımlılığı tedavisine yanıtı etkileyen faktörleri saptayarak toplumumuza özgü tedavi protokollerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yataklı Servisinde yatan ve taburcu edildikten sonra Bağımlılık Polikliniğinde ayaktan opiyat bağımlılığı tanısı ile izlenen 50 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hastalarla ilk görüşme serviste, diğer görüşmeler Bağımlılık Polikliniğinde yapılmıştır. Hastalara serviste ve taburculuktan sonra üçüncü aydaki görüşmelerde Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi, Levenson Psikopati Ölçeği, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği, Görsel Analog Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği, taburculuktan sonra birinci, ikinci ve üçüncü aydaki görüşmelerde Görsel Analog Ölçeği uygulandı. Poliklinik kontrollerine gelen hastalara idrarda madde tarama testi yapılmıştır. İdrarında herhangi bir madde pozitif çıkan hastalar tedaviden çıkarılmıştır.

Çalışmaya alınan %82'si (n=41) erkek, %18'i (n=9) kadın olan 50 opiyat bağımlısı hastanın yaşları 20 ile 69 arasında değişmekteydi. Hastaların yaş ortalaması 38,28'di (SD±12,96). Bu hastaların % 44'ü (n=22) hiç evlenmemiş, %42'si (n=21) evli,

% 10'u (n=5) boşanmış, %4'ü (n=2) duldu. Hastaların %54'ü (n=27) 11 yıl ve üzeri, %26'sı (n=13) 5 yıl, %20'si (n=10) 8-10 yıl eğitim görmüştü.

Araştırmamızda yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet, madde kullanım şekli, stres, tıbbi durum, iş - destek durumu, madde ve alkol kullanımı, yasal durum, aile-sosyal ilişkiler, psikiyatrik durum, carving, kişilik özellikleri, psikopati, sosyal ve çevresel faktörlerin erken dönem tedavi başarısını öngöremediği saptanmıştır.

Tedaviye devam eden ve herhangi bir yasadışı madde kullanmayan grupta tedaviyle birlikte hastaların yaşadıkları stres, dürtüsellik, heyecan arayışları, maddeyi arzulama (craving) ve anksiyetede azalma olduğu, aile ve sosyal ilişkilerinde düzelme, psikiyatrik durumlarında iyileşme saptanmıştır.

Bu çalışma tedavi için başvuran her hastanın tedaviden yararlanma olasılığı olduğunu ve bu konuda önyargılarla hareket edilmemesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelime: Opiyat bağımlılığı, tedavi, öngören faktörler.

ABSTRACT

Opiate addiction is a chronic, recurrent disease that affects many people in the world. Opiate addiction is compulsive opiate use despite harmful consequences in physiological, behavioral and cognitive fields.

Dropping out of addiction treatment, abusing opiate or other addictive substances during and after opiate addiction treatment are very common. Developing new strategies for improving treatment outcomes is crucial. The predictive factors in substance abuse treatment could be classified as; personal factors (personality characteristics, comorbidity, antisocial personality disorder, psychopathy and substance abuse, motivational factors), interpersonal factors (peer group, family relations), environmental factors (the ease of access to substance, social media) and socio-demographic factors (gender, age, illegal drug use, crime and the treatment, other socio-demographic factors).

The aim of this study is to determine the factors that influence the treatment response and to contribute to the development of treatment protocols which are specific to our society.

The study was conducted on 50 patients who were diagnosed with opiate addiction in the Istanbul University, İstanbul Faculty of Medicine, Department of Psychiatry. They were first seen as an inpatient during detoxification period and they were followed at the Addiction Outpatient Unit after discharge. During the first interview and the interview which was done at the end of the third month after discharge, the Addiction Severity Index, the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, the Levenson Psychopathy Scale, the Addiction Treatment Success Factors Predicting Scale, the Visual Analog Scale and the Perceived Stress Scale were administered. During the interviews at the first, second and third months after discharge, the Visual Analog Scale was administered. At each visit, a urine sample was collected from the patients in order to screen for opiates, cocaine, cannabis, benzodiazepines and amphetamines. The patients with a positive urine test result for any substance were excluded from the follow up.

A total of 50 opiate addicted patients were included in the study, 82% (n = 41) of them were males, 18% (n = 9) were females, and their ages were between 20 to 69. The average age of the patients was 38.28 (SD $\pm$ 12.96). 44% of these patients (n = 22)

were never married, 42% (n = 21) were married, 10% (n = 5) were divorced and 4% (n = 2) were widowed. 54% of patients (n = 27) had 11 years or more, 26% (n = 13) had 5 years, 20% (n = 10) had 8-10 years of education.

We found that age, educational level, gender, type of substance use, perceived stress, medical condition, business - support status, drug and alcohol use, legal status, family and social relationships, psychiatric condition, craving, personality traits, psychopathy, social and environmental factors did not have predictive value for short term treatment success among patients with opiate addiction. Among the patients who continued the treatment and did not use any illegal substance; we found a decrease in impulsivity, excitement seeking, craving and anxiety, also better family and social relationships, and improvement in psychiatric conditions.

As a result of this study, the Addiction treatment may be beneficial for any opiate dependant patient who sticks to the treatment and we should not have any prejudice about treatment outcome.

Key Words: Opiate addiction, opiate treatment, predictive factors.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Opioid bağımlılığı, kronik, yineleyici, dünyada birçok insanı etkileyen ve gittikçe artan bir hastalıktır (Tellioglu 2010). Opiyat bağımlılığı, kullanımı sonucu belirgin problemlere yol açmasına karşın kullanımının tekrarlandığı ve sürdürüldüğü bir dizi fizyolojik, davranışsal ve bilişsel belirtiler kümesidir. Genel olarak madde bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişide madde kullanımının bir zamanlar kendisi için değerli başka davranışların yerini alan öncelikli bir durum haline geldiği sendrom olarak tanımlanmaktadır. Bu kısa tanımların her birinde ana özellik tanımın doğrudan maddenin kullanımını, uyum bozucu doğasını, davranış değişikliklerine yol açmasını ve madde ile etkileşim sonucunda zaman içinde maddeye bağlı kalmasını vurgulamasıdır (Jaffe ve Strain 2007).

ABD’de yapılan Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında madde kullanımının yaşam boyu prevalansı %6,19 (erkeklerde %7,7, kadınlarda %4,7), aktif madde kullanıcılarının ve bağımlıların oranı %2,67 (erkeklerde %4,0, kadınlarda %1,3) bulunmuştur. Dünyada 15,6 milyon kişinin yasadışı opioid kullandığı ve bunların 11 milyonunun eroin kullandığı bildirilmektedir. Opioid bağımlılığının yıllık prevelansı, ABD’de %0,14, Güney Doğu ve Kuzey Batı Asya’da %2 olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2009). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) koordinesinde 2003 yılında, Türkiye’nin 6 ilinde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Samsun) uygulanan ankete göre, 15-64 yaşları arasındaki bireylerin afyon türevi madde kullanma oranı ortalama %0,05 olarak tespit edilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2010).

Ülkemizde 2007 yılında 124 opiyat kullanımına bağlı madde bağlantılı ölüm rapor edilirken, bu sayı 2008 yılında 140 ve 2009 yılında 147 olmuştur 2009 yılında yatarak tedavi olan kişilerin kullandıkları madde türüne göre profillerine bakıldığında; %58,21’nin (1510) en çok opiat kullandığı; bunun da %56,67’sinin (1470) eroin kullanımı olduğu görülmektedir. Aynı yıl ülkemizde yalnızca opiyoidlerle doğrudan bağlantılı 72 ölüm bildirilmiş ve tedavi gören damar içi madde kullanıcılarında HIV, HBV, HCV prevalansının sırasıyla 0,3, 5,2 ve 28,9 olduğu saptanmıştır (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2010).

Opiyat bağımlılığının kişiye verdiği çeşitli zararlar nedeniyle tedavisi önem arz etmektedir. Bağımlılık tedavisi; farmakolojik yaklaşımların yanı sıra psikososyal değişkenlere dikkat edilerek uygulanacak geniş kapsamlı bir tedavi ve rehabilitasyon programı gerektirir.

Opiyat bağımlılığı tedavisinde relapslar sık görülmektedir. Opiyat agonist (yerine koyma) tedavisi alan çoğu hastanın (eroïn bağımlısının) eroinden tamamen ya da kısmen uzak

kalabildiği bilinmektedir. Bu tedavideki hastaların sadece %20-30'unun düzenli eroin kullanmaya devam ettiği bildirilmiştir. Ancak agonist sürdürüm tedavisini bıraktıktan sonra eroin kullanımına geri dönme sıktır ve bu tedaviyi kimde, ne zaman ve nasıl kesmek gerektiği ile ilgili yeterli araştırma verisi yoktur (WHO 2009). Hastaların %50'sinden fazlasının tedavinin ilk üç haftası içinde ya tedaviyi bıraktığı ya da tedaviden çıkarıldığı tahmin edilmektedirler (Petry 1999). Metadon detoksifikasyon tedavisine alınan 327 hastanın değerlendirmesinin yapıldığı çalışmada; 242 hastaya 3 aylık, 85 hastaya 3 aydan uzun süreli detoksifikasyon tedavisi uygulanmış ve uzun süreli detoksifikasyon uygulamasında hastaların %31,8'inin (27) de drop olduğu, %31,8'nin (27) tedaviden ayrıldığı bildirilmiştir (Mullen 2010).

Bir kişinin tedaviyi kabul etmedeki gönüllüğü, yaşam olayları, aile ilişkileri, bağımlılığın şiddeti ve komplikasyonlarına göre zamanla değişir. Gerek gönüllü gerekse yasal zorunluluk olarak başlanan tedaviler ve denetimler kapsamında belirlenen programa uzun süre devam eden ve maddeden uzak kalan kişilerin, diğer bir deyişle tedavi sonuçları iyi olan kişilerin bazı bireysel özellikler bakımından diğerlerinden farklı olduğu görülmektedir.

Madde bağımlılığı tedavisinde başarıyı öngören faktörler; kişisel faktörler (kişilik özellikleri, komorbidite, antisosyal kişilik bozukluğu, psikopati ve madde kötüye kullanımı, motivasyon faktörü), kişilerarası faktörler (akran grubu, aile ilişkileri), çevresel faktörler (kullanılan maddeye erişebilme kolaylığı, sosyal ortam) ve sosyodemografik faktörler (cinsiyet, yaş, yasadışı madde kullanımı, suç ve tedavi, diğer sosyodemografik faktörler) olarak sınıflandırılabilir (Turan 2010).

Lavee ve Altus (2001), detoksifikasyon programından sonra altı ay boyunca madde kullanmayan 25 hasta ve programdan sonra tekrar maddeye başlayan 25 hasta ile yapmış oldukları araştırmada, maddeye tekrardan başlayanların, duyguların kısıtlı bir şekilde ifade edildiği, farklı görüşlerin kabul edilmediği, üyelerin sorumluluk almaktan kaçındığı, güvensizliğin yüksek ve kaynaşmanın az olduğu ve kişilerarası çelişkilerden doğan stres duygusunun yaygın olarak yaşandığı ailelerden geldiklerini bulmuşlardır.

Becker ve Strauss (1956), madde kötüye kullanımında sosyalleşmenin oynadığı rolü vurgulamaktadırlar. Gerginlik, sıkıntı, sosyal boşalım ihtiyacı, sosyal stres ve akran grubunun madde kullanımını onaylaması, nörotik savunma mekanizmalarına gerek olmadan uyuşturucu probleminin gelişmesi için yeterli olabilmektedir. Buna göre, yüksek öz değere sahip bireylerin sosyal ortam sonucu uyuşturucu madde kullanmaları açıklık kazanmaktadır.

Johnston ve arkadaşları (1996, 1997) yaptıkları çalışmada, erkeklerin kızlara göre yasadışı maddeleri daha fazla kullandıkları, madde kullanmaya daha erken yaşta başladıkları ve daha uzun süre madde kullandıkları saptanmıştır.

Kadınların madde kullanmasında rol oynayan etkenler arasında, çocukluk döneminde yetişkin biri tarafından cinsel ilişkiye zorlanmak, kardeş veya diğer yakınlar için bakıcı sorumluluğunun alınması, ev içindeki ağır sorumluluklar (temizlik yapmak, yemek pişirmek, aileye destek olmak için para kazanmak gibi) ve erken ebeveyn olmak bulunmaktadır (Anderson 1998).

Birçok çalışma yaşın tedavi sonucunu öngören önemli bir faktör olduğunu ve gençlerin yetişkinlere göre daha sık tedaviyi tamamlamadan bıraktıklarını göstermektedir (Ridenour ve ark. 2003).

Birçok çalışma cezaevindeki tutukluların yarısından fazlasının uyuşturucu testinin pozitif çıktığını ve daha da fazlasının uzun bir uyuşturucu ve alkol problemi geçmişinin olduğunu bulmuştur (Peters 1993). Bir araştırmada opiyat kullanan erkeklerin % 99'u suça karıştıklarını ve % 60'ı en az bir sene hapis yattıklarını belirtmişlerdir (Lehman ve Simpson, 1990). Madde kullanımı tedavisinde ilerleme kaydetme, suç oranları ve madde kullanımında azalma arasında yakın ilişki olduğu gözlenmektedir. Bir çalışmada, tedavi gören eroin bağımlılarından programı başarıyla tamamlayanların 2 yıllık gözlem sürecinde tutuklanma oranlarında % 20 azalma kaydedilmiştir (Platt, Husband ve Taube, 1990-1991). Başka bir araştırmanın sonuçları, ayaktan tedavi gören opiyat bağımlılarından programı tamamlayarak bağımlılıklarından kurtulanların daha az mal varlığına karşı suç işledikleri ve hapiste daha kısa süre kaldıklarını ortaya koymuştur (Lehman ve Simpson, 1990).

Hiller ve arkadaşları (1999), tedaviden erken ayrılma ile ilişkili etkenler arasında psikiyatrik tedavi geçmişi, yüksek kaygı ve depresyon derecesi, mahkûm edilmenin hemen öncesinde işsiz kalma, öz-denetim ve yeterlilik seviyesinin ve sosyal bağların zayıf olması gibi faktörlerin bulunduğunu ileri sürmektedirler.

Huebner ve Cobina (2007) yaptıkları çalışmada genç, şehirde yaşayan, gözetim ve denetim altındayken tekrardan tutuklanan kişilerin daha çabuk yeniden suç işlediklerini, evli olmanın yeni bir uyuşturucu madde suçunun işlenme sürecini geciktirdiğini, tedaviyi tamamlayanların % 73'ünün bir işte çalıştıkları ve bu grubun yarısından fazlasının evli olduğunu bildirmişlerdir. Aynı araştırma sonuçlarına göre, denetim altındaki siyah, düşük eğitim seviyesine sahip ve genç olanların tedavi başarısızlık oranları daha yüksek bulunmuştur.

Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalar da bezer sonuçlar elde etmişlerdir. Tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında yüksek eğitim seviyesi, daha fazla iş

imkanları, tedaviye başlarken yüksek motivasyona sahip olmak, tedavi sırasında sağlık uzmanları ile iyi ilişkiler geliştirmek, ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olması, yaşı büyük olması ve yüksek sosyoekonomik statü bulunmaktadır (Howard ve McCaughrin 1996; Vogt 2000).

Turan (2010), zorunlu tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolunan kişilerin tedavi başarısını öngören faktörleri irdelediği çalışmasında, 31 yaşından küçük, eğitim seviyesi yüksek, çalışan, maddeye 18 yaşından sonra başlayan, sadece bir madde kullanan, sabıka kaydı olmayan, arkadaş çevresinin olumlu desteğini alan, madde kullanımının yaygın olmadığı çevrede yaşayan, yasal yaptırım hakkında olumlu düşünüp, uygulamanın kurallarına uyan ve rehberleriyle uyumlu iletişim içinde olan, madde tedavisine hazır, motivasyonu yüksek ve maddeden uzak bir gelecek planlayanların tedavide başarılı olduklarını saptamıştır. Ayrıca tedavide başarılı olan olguların Birincil, İkincil ve Toplam Psikopati ortalama puanları, tedavide başarısız olan olgularınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Ülkemizde 20 adet Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi bulunmakta ve bu merkezlerde toplam 509 yatak vardır. Opiyat bağımlılığı tedavisi yapan merkez sayısı oldukça kısıtlıdır ve TC Sağlık Bakanlığı yeni merkezlerin açılması için çalışma yürütmektedir. Ülkemizde opiyat bağımlılığı tedavisinin sonuçlarıyla ilgili çalışma yok denecek kadar azdır. Bu araştırmada tedavi programına alınan opiyat bağımlılarının tedavi programlarını tamamlamalarında başarı ve başarısızlığa yol açabilecek etkenlerin belirlenmesi ve incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın amacı opiyat bağımlılığı tedavisine yanıtı etkileyen faktörleri saptayarak toplumumuza özgü tedavi protokollerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Opiyatlar

Dünyada kimyasal olarak birbirinden farklı 20’den fazla opiyat klinik kullanımdadır. Gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanıma ve bağımlılığa en sık eşlik eden opiyat madde eroin-dir-eroin Amerika Birleşik Devletlerinde terapötik amaçlarla kullanılmayan bir maddedir. Eroin dışındaki opiyatlara bağımlılık en sık olarak, tıbbi bir tedavinin seyri esnasında bağımlı hale gelen kişilerde bu tip ilaçlara kolaylıkla ulaşabilen sağlık profesyonellerinde ve kullandığı ilaçları tıbbi sağlayıcılardan ve tedavi programlarından elde eden kimselerde görülür. Klinik olarak karşılaşılan opiyat bağımlılığı ve kötüye kullanımının neredeyse tamamına prototipik μ -agonist opiyatlar eşlik eder ve bütün μ -agonistlerin benzer öznel etkileri vardır. Bununla birlikte, kullanım şekli ve opiyat toksisitesinin bazı yönleri özgün opiyatın uygulanma şekli ve metabolizmasının yanı sıra ücretini ve saflığını belirleyen sosyal koşullardan ve tıbbi olmayan kullanımına eşlik eden yaptırımlardan kuvvetle etkilenir (Jaffe ve Starin 2007). Bilindiği gibi daha önceleri tabii olarak elde edilen afyon-morfin gibi maddelere opiyat yarı sentetik olarak elde edilen eroin ile morfin benzeri etki eden Kodein, Hidromorfon, Metadon, Oksodon, Meperidin Fentanil gibi maddelere de opioid deniliyordu. DSM-IV TR’de bu değiştirilmiştir. İster tabii-doğal ister yarı sentetik veya sentetik olarak elde edilsin morfin ve benzeri etki eden bütün maddelere opioid denilmiştir. Bu konudaki karışıklıklarında önüne de geçilmiştir (Özden 2004).

2.1.1. Tarihçe

Opium (opiyat, opioid), insanlık tarihinin bilinen en eski ilaçlarından biri olup, psikolojik etkileri ve ağrıyı indirmedeki yararlılıkları konusundaki bilgiler Sümerler’e (MÖ 4000) ve eski Mısır’a (MÖ 2000) kadar uzanmaktadır. Opioidler, Lâtince adı “Papaver Somniferum Linee” olan afyon (haşhaş) bitkisinden elde edilirler (Yaluğ ve ark. 2008). Haşhaş bitkisinin ne şekilde elde edildiği meselesi henüz halledilmiş değildir. Bunların birincisi bu bütün bazı papaver türlerinin melezlemenin sonunda meydana geldiği, diğeri ise yabani bir papaver türünün kültüre alındığıdır. Haşhaş tarımının da ilk defa nerede yapıldığı konusu da henüz açıklığa kavuşmamıştır. Bazı yazarlara göre Akdeniz Bölgesi, Anadolu veya Mezopotamya’dır. Bazılarına göre ise Uzak Doğu veya Orta Asya’dır. Anadolu haşhaş tarımının hangi tarihlerde başladığına dair kesin bilgiler yoksa da arkeolojik kazılarda elde edilen Etilere ait bazı taş eserler üzerindeki resimler Eti’ler zamanında Anadolu’da haşhaş

tarımının yapıldığı fikrini kuvvetlendirmektedir. M.Ö. 5000 yıllarında Sümer medeniyetinin hakim olduğu özellikle aşağı Mezopotamya da haşhaş tarımının yapıldığı meydana gelen usareye zevk ve saadet manasına gelen Gil adı verildiği ve ilaç olarak özellikle öksürük kesme, karın ağrılarını durdurmak veya çocukları sakinleştirmek için kullanıldığı Sümer'lere ait tabletlerden anlaşılmıştır. Pek çok mezar kabartmalarında haşhaşın toplanması anlatılmıştır. En önemli bilgileri Dios Curides (M.S.İ) vermiş kapsüllerin lateksinin (opos) ve tüm bitkinin ekstresinin (meconion) birbirinden farklı olduğunu, haşhaş sütünün uyku verdiğini, nohut kadar afyonun yutulduğu zaman ağrıları dindirdiğini, hazmı kolaylaştırdığını, suda eridiğini, fazla alındığında insanı sersemleterek öldürdüğünü belirtmiştir (Özden 2004). Anadolu yabani haşhaş türleri bakımından çok zengindir. Fedde tarafından hazırlanan papaverace monografisinde Anadolu'da 40 kadar yabani haşhaş türünün bulunduğu kayıtlıdır. Anadolu haşhaşlarının çiçekleri genellikle beyaz ve violedir, kırmızı ve pembe renkli çiçeklere rastlanır. Çiçekler genellikle sabah saat 4 ile gün doğuşunu takiben saatlerde açılır. Çiçek yaprakları geniş ve külah şeklinde olup gövdede bir gün kaldıktan sonra düşerler. Çiçekler kokmaz ve bal özü taşımaz. Çiçek tabanında 9-10 sıra halinde sayıları 80 ile 280 arasında değişen ercikleri ve onbinlerce tomurcuklar bulunur. Dişi organ 8-18 gözlü bir kapsülden ibarettir. Bu kapsül zamanla olgunlaşarak meyveyi meydana getirir ve bu meyve çiçekten 2 hafta sonra çizime elverişli hale gelir. Haşhaş bitkisinin en önemli organı kapsüldür. Halkımız buna kelle, koza, baş ve kobalak ismi de vermektedir. Afyon ve tohum ürünü kapsülden elde edilir. Günümüzde çizme işlemi ile afyon alınması tamamen yasaklanmıştır. Çizme işleminin en önemli safhası kellenin gereken olgunluğa kavuşmuş olduğu anı tayin etmektedir. Çizme işinde geç kalınırsa kapsül kurumaya başlar ve süt ifrazı azalır. Bir haşhaş kapsülünün afyon verimi 0,02 gr civarındadır. Bitki başına ortalama verim 0,1-0,3 gr. Nadiren de 0,4 gr arasında değişir. Afyonun en önemli alkaloidi olan morfin opiumdan 1803 yılında Sertüner tarafından izole edilmiş ve uyuşturucu tesirinden dolayı mitolojideki uyku tanrıçası "Morpheus"un ismine izafeten isimlendirilmişlerdir. Morfin strüktürü 1924 yılında Gulland ve Robinson tarafından açıklanmıştır. 1952 senesine kadar sentezi yapılmayan morfin Gates ve Tscendi tarafından sentezi yapılarak Robinson'un teklif ettiği strüktür doğrulanmıştır (Özden 2004). Kodein 1832'de izole edilmiştir. İlk yarı sentetik opium türevi olan diasetilmorfin veya eroïn tıbbi ilk olarak 1898'de girmiştir. Morfin benzeri opiyatların ilk saf sentetik ilaçları olan meperidin (Demerol) ve metadon (Dolophine) tıbbi uygulamalara 1940'lı yıllarda dahil edilmiştir. Opiyat bağımlılığı veya en azından opiyat yoksunluğu ilk olarak 1700'de fark edilmiştir. Opiyat bağımlılığı 19. yüzyılın ortalarında yaygındı ancak önemli bir tıbbi problem olarak görülmeye başlaması 20. yüzyılın sonlarında

söz konusu oldu. Bununla birlikte, tedavi tekniğindeki pek çok yeni gelişmeler opiyat bağımlılığının tedavi edilemeyen bir bozukluk olarak algılanmasını kesin bir şekilde değiştirmiştir. Bununla birlikte psikososyal tedavilerin geliştirilmesi, sürdürüm tedavisinin etkinliğinin gösterilmesi ve uzun etkili opiyat antagonistlerinin geliştirilmesiyle beraber suçun ve eroir kullanımının azaldığı görülmüştür (Jaffe ve Strain 2007).

2.1.2. Opiyatların Etkileri

Opiyatlar karaciğerde metabolize olmakta ve metabolitler idrar ve safra ile atılmaktadır. Atılımın %90'ından fazlası ilk 24 saatte olmakta, ancak metabolitler idrarda 48 saat veya biraz daha fazla görülebilmektedir. Çok uzun etkili bir madde olan metadon bu kurala uymamaktadır. Opiyatlar gastrointestinal sistemden, nazal mukozadan ve akciğerden hızla emilirler. Parenteral uygulamada da kan düzeyi hızla yükselir, alınan doza bağı olarak intoksikasyon oluşabilir. En yüksek plazma düzeyine 30 dakikada ulaşır, ardından vücut dokularında yoğunlaşır. Bir bölümü ise kan beyin engelini aşar. Plazma düzeyi ile intoksikasyon derinliği doğrudan orantılıdır. Opiyatlar seçici olarak özgül nöronal reseptörlere bağlanır. Bu reseptörler beyinde ve bağırsaklarda bulunur. Bu opiyat reseptörleri doğal opioid peptidlerin (enkefalinler, dinorfin ve endorfin) etkisine aracılık ederler. Opioidler, insan vücudundaki etkilerini Mu (μ), Delta (d) ve Kappa (K) opioid reseptörleri denen üç ana reseptör sınıfı üzerinden gösterirler. Opioid reseptörleri beyinde, medulla spinaliste, otonom sinir sisteminin diğer kısımlarında, gastrointestinal sistemdeki sinir plexuslarında ve beyaz kan hücrelerinde bulunurlar. μ reseptörleri opioidlerin analjezik etkilerinin büyük kısmından ve solunum depresyonu, öfori, sedasyon, bağımlılık oluşumu ve konstipasyon gibi istenmeyen etkilerinden sorumludur. Opioid analjeziklerin çoğu μ reseptör agonistidir. Delta reseptörlerinin bağımlılıkla ilgisi yoktur. Periferdeki önemi daha fazla olmakla birlikte, analjezi ile de ilişkili oldukları düşünülmektedir. Enkefalinler periferdeki etkilerini d reseptörleri üzerinden gösterirler. Kappa reseptörleri hem spinal hem de periferik düzeyde analjeziye katkıda bulunurken, endokrin düzenlemeler, disfori, diürez ve sedasyon gibi etkileri de vardır. Ayrıca μ ve d reseptörlerinin duygudurumu etkileyen sistemlerle ilişkili oldukları düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock 2005; Knapp ve ark. 2005; Yalug ve ark. 2008).

Opioidlerin en göze çarpan etkileri MSS ve gastrointestinal sistem üzerine olan etkileridir. MSS'deki etkileri analjezi, öksürük refleksinin baskılanması, duygudurum üzerine olan etkileri, tolerans gelişimi, psikolojik ve fiziksel bağımlılıktır. Opioid ilâçların bu etkileri kronik ilâç kullanımını takiben gelişen ve narkotik bağımlılığı denilen istenmeyen yan

etkilerinin en büyüğünden sorumludur. Bunun yanında bulantı, kusma, solunum depresyonu, miyozis, ısı regülasyonu ve nöroendokrin sistemle ilgili bir takım değişikliklere de yol açarlar. Nöroendokrin sistemdeki istenmeyen ve önemli bir etkileri, gonadotropin salgılatıcı hormonun baskılanması ve buna bağlı olarak kadınlarda menstrüel düzensizliklere ve erkeklerde testosteron düzeylerinde azalmaya yol açmalarıdır. Diğer taraftan, kortikotropin salgılatıcı hormonu baskılayarak kortizol düzeylerinde azalmaya yol açarlar ve bu da opioidlerin stres ve anksiyete giderici etkilerine aracılık eder. Opioidler, vücuttaki bütün sfinkterleri kasarak konstipasyona ve idrar retansiyonuna da sebep olurlar. Özellikle μ reseptör agonistleri gastrointestinal pasajı yavaşlattıkları için, diarenin tedavisinde anahtar rol oynayan ilâçlardır (difenoksilat ve loperamid gibi). Ağrı ve ağrı duyusunun algılanması üzerine olan etkileri ise çok güçlüdür. Yeterince yüksek dozlarda majör bir cerrahi girişime izin verecek derecede ağrı duyusunu azaltırlar ancak bu dozlarda derin solunum depresyonu yaptıklarından mekanik solunum desteğine ihtiyaç vardır. Opioidlerin yaygın kullanım alanı olan analjezik etkileri için çok daha düşük dozları yeterlidir (örneğin 10 mg morfin). Böyle düşük dozlarda bilinç düzeyinde değişikliğe yol açmaksızın sâdece ağrıyı dindirici etkileri ortaya çıkar (Kaplan ve Sadock 2005). Opioidler analjezik dozlarda kullanıldıklarında duygudurum üzerine de etki gösterirler. Bu sebeple, hastanede yatan hastalardaki depresif semptomları ve anksiyeteyi azaltmak gibi tranklizan etkileri için de tercih edildikleri görülmektedir. Opioid bağımlılarında duygudurumda bir elevasyon ve özgüven artışı yaparken, ilk kez opioid alan bir kişide sersemlik ve bilinç bulanıklığı gibi hoşla gitmeyen etkileri olabilir. Bazı kişilerde öfkeyi ve paranoid fikirleri baskılayan bir etki yaparlar (Knapp ve ark. 2005; Yalug ve ark. 2008).

Opioidlerin noradrenerjik ve dopaminerjik sistem üzerine de etkileri vardır. μ opioid agonistler, beyinde noradrenerjik nöronların merkezi olan lokus seruleustaki aktiviteyi baskırlar ve muhtemelen anksiyete giderici etkilerini bu yoldan yaparlar.

2.1.3. Afyon Alkaloidleri

Afyonun çiçek kapsüllerinin öz sütüne “rohopium” denir ve başta morfin olmak üzere içinde 20’ye yakın opium alkaloidi barındırır. Doğal opioidler, fenantren grubu (morfin % 8-15, kodein % 0,5, tebain % 0,2) ve benzilizokinolin grubu (papaverin % 1, noskapin % 6, narsein) olmak üzere iki kimyasal sınıfta incelenirler. Morfin alkaloidi, şiddetli ve kronik ağrıda günümüzde hâlâ en etkili ve en sık kullanılan analjezik ilâçtır. Opium’da yaklaşık %5 oranında bulunan kodein alkaloidi insan vücudunda morfin’e dönüşür. Yarı sentetik opioidler olan eroïn ve hidromorfon doğal opioidlerden sentezlenirler. Başlıca sentetik opioidler

(narkotikler) meperidin, methadon, pentazosin ve propoksifen olup, güçlü bağımlılık oluşturdıkları için ülkemizde de kırmızı reçeteyle satılırlar (Özden 2004; Kaplan ve Sadock 2005; Simon 2005; Yaluğ ve ark. 2008).

2.1.3.1. Morfin

Morfin, intravenöz, oral ve cilt altı yollarla kullanılır. Morfinin intravenöz verilmesini takiben maksimum analjezi ancak 20 dakika sonra görülebilir. Bunun sebebi ilacın yavaş penatre olmasıdır. Yavaş absorbsiyon ve çabuk detoksifikasyon sebebi ile morfin oral olarak kullanılmaz. Çabuk tesir ettiği için genellikle cilt altı yol kullanılır. Cilt altına verilen morfinin enjeksiyonu takiben %60'ının ilk 30 dakika içinde absorbe olduğu tahmin edilmektedir. Cilt altına enjekte edildikten 30-60 dakikada beyin dokusundaki konsantrasyonu maksimuma ulaşır. Cilt altı enjeksiyondan sonra maksimum analjezi 1-1,5 saat sonra görülür. Etki süresi intravenöz yoldan verilmesinden daha uzundur. Vücutta morfin dalak, karaciğer ve böbrekler gibi parankimatöz dokularda toplanır. Kan beyin bariyerinden çok az penatre olur (Özden 2004). Morfinin büyük bir bölümü glukuronik aside bağlanır ve konjuge olarak bağırsaklardan itrah olunur. Pek az kısmı demetilasyon ile detoksike edilir. Morfin plasentadan çocuğa geçer, bu unutulmamalıdır. Morfinin merkezi sinir sistemine etkisi değişik hayvan türlerinde büyük farklılıklar gösterir. Morfin toksik dozlarda beyinin oksijen kullanımını inhibe eder. Fakat çizgili kasların oksidatif metabolizmasını artırır. 5-10 mg gibi terapötik dozlarda morfin baş dönmesi, zihinsel bulanıklık ve analjezi meydana getirir. Normal kişilerde morfinin tesiri keyif verici değildir. Normalde disfori, korku ve heyecana sebep olur. Bulantı ve kusma, yüzde kulaklarda ve burunda kaşıntılar görülür. Terapötik dozlarda verilen morfin iradi hareketleri azaltır, uyuşukluk ve uyku yapar. Dikkatini toparlayamaz, adeta sersemlemiş gibi gözükür. Morfinin analjezik, oforik, emetik ve diğer özelliklerinin çoğu serebral korteks, hipotalamus ve medüller merkezler üzerindeki depresyon etkisindendir. Yüksek dozlarda opiyatlar ve analogları da spinotalamik sistemlerindeki sinaptik iletiye inhibe eder. Termoregülatör merkezlere etki ederek vücut ısını düşürür. Supraoptik nükleusa tesir eden morfin hipofizin antidiüretik hormon sekresyonunu artırır. Morfin verilmesinden sonra oligüri görülmesi antidiüretik hormon sekresyonunun artmasındandır. Morfin myozis yapar, yani pupilları küçültür. Bu morfinin korteksin okulomotor merkez üzerine inhibitör etkisini kaldırması sonucu olduğu ileri sürülmektedir. Pupillalar üzerine tesiri toleransa tabi değildir. Morfin, ağrıyı kaldırıcı etkisinden başka, kendini iyi hissetme, kendinden emin olma duygusu(öfori) meydana getirir. Normal kişilerin % 10'unda öfori meydana getirirken, morfin bağımlılarının %80'inde öfori yapar. Morfin

solunum merkezini inhibe eder. Bu tesir küçük dozlarda bile görülür. Bunun sonucunda solunum hacmi azalır. Daha yüksek dozlarda Cheyn-Stokes solunum görülür. Morfin intoksikasyonunda O₂ inhalasyonu suni solunum yapılmadan hatalıdır. O₂ inhalasyonu PCO₂'yi düşürür, bu da esasen uyarılma eşiği yükselmiş olan solunum merkezini uyarmaya yetmez ve solunum durur. Morfin öksürük merkezini de inhibe eder. Morfinin kusturucu tesiri bulbusta “kemoreseptör” trigger zon’da meydana gelir. Morfin konstipasyona neden olur. Bu konstipasyon yapıcı etkisinden dolayı asırlar boyunca afyon diyare tedavisinde kullanılmıştır. Üreter ve mesanede spazmlar meydana getirir. Mesane sfinkterini kasmaı sebebiyle idrar retansiyonuna sebep olur. Vücuttaki bütün sfinkterler morfinin etkisi ile kasılırlar. (Özden 2004).

2.1.3.2. Eroin

Kimyaca diasetilmorfindir. Morfinden 2,5 defa daha güçlü analjezik etkiye sahiptir. Bağımlılık yapma potansiyeli morfinden daha güçlüdür. 1-2 defa kullanılmakla bağımlılık gelişir. Süratle tolerans meydana getirir. 24 saatlik dozu 0,02-0,5 gr dır. Eroin bağımlısı bunu 50 misline kadar çıkarabilir ve günde 2 gr veya daha fazla eroin kullanabilir. Bağımlıdaki ortalama günlük doz 1 gr kadardır. Asetik asid ile bir ölçü morfinin karıştırılıp ısıtılması sonucu elde edilen ve alkaloid bir madde olan diasetil morfin ilk defa 1898’de alman Bayer firmasınınca piyasaya sürülmüştür. Şiddetli bağımlılık yapan bir opium türevidir. Beyaz, kokusuz, acı tadı ve kristalize bir tozdur. Opiumun fenantren sınıfı türevlerindendir, morfin ve kodein ile aynı gruptandır. Fizyolojik tesirleri hemen hemen morfinle aynı olmakla beraber daha şiddetlidir. Asetik anhidrid ile baz morfini 85 derece ısıda, benmari içinde 6 saat kaynatılarak, saf olmayan eroin imal edilir. Elde edilen esmer madde birkaç defa yıkandıktan sonra asetonla eritilip süzülür. Daha sonra bu madde hidroklorik asitle karıştırılarak eroin elde edilir. Ülkemizde 1936 yılında bir Japon firması hükümetten izin alarak Taksim yakınlarındaki Mecidiye kışlasında eroin imal etmeye başlamıştır. Yaklaşık bir yıl çalışan fabrika geniş bir piyasa bulmuş ve imalatını gittikçe arttırmıştır. Fabrikada çalışan işçiler önceleri neşe, huzur ve mutluluk hissettiklerini ancak daha sonraları ise yorgunluk, halsizlik hissettiklerini bildirerek hekime müracaat etmişlerdir. Önceleri işçilerin eroin kullandıkları zannedilmiş daha sonra ise afyonun işlenmesi sırasında ortaya çıkan tozlardan etkilendikleri anlaşılmıştır (Özden 2004). Aynı Japon firması bir Fransız firması ile işbirliği yaparak Çengelköy’de ikinci, Eyüp yakınlarında, Bahariye’de ise üçüncü fabrikayı açtı. Harika bir ilaç olarak yoğun propaganda yapılmış ve bol miktarda imal edilerek piyasaya sürülmüş olan eroinin kötü sonuçları çok kısa süre içinde anlaşıldı. Bunun üzerine Atatürk başkanlığında

toplanan Bakanlar kurulu eroin satışını yasaklamış, fabrikaları kapatma kararı almış, mal ve alet varlıklarına el koymuştur. Asetik anhidrin imali de yasaklanmıştır (Özden 2004).

2.1.3.2.1. Eroini Kullanma Yolları

Sigaraya sarılarak (koreks adı verilir), buruna çekerek (snuff adı verilir), alüminyum folyo üstünde ısıtılıp buharı içeri çekilerek (kaydırma adı verilir) ve intravenöz yolla (shot adı verilir) kullanılabilir (Ögel 2002). Ülkemizde en sık buruna çekilmek suretiyle kullanılır. Bunun için başparmak ile işaret parmak gerilerek oluşan çukur içine eroin konulur ve derin derin soluyarak burun yolu ile çekilir. Bazen kâğıt bir huni vasıtasıyla buruna çekilerek içilir. Eroin damar içine veya deri altına enjeksiyon ile de kullanılır. ABD’de en çok bu yolla kullanılır. Bizde de bu şekilde kullanım son yıllarda artmıştır. Eroin bir çay kaşığı içine konulup su ile karıştırılarak enjektöre çekilir ve damar içine şırınga edilir. Eroin dumanının içine çekmek suretiyle de kullanılır. Bunun için alüminyum varak üzerine eroin tozu konulur, alttan ısıtılarak dumanı burun yolu ile çekilerek içirilir. Bu kullanım şekli daha çok Uzakdoğu’da kullanılan kullanma şeklidir (Özden 2004).

2.1.3.2.2. Eroinin Etkileri

Alındıktan kısa bir süre sonra etki göstermeye başlar. Etkisi 4-6 saat sürer. Bu nedenle günde en az iki üç kez kullanılması gerekir. Öfori, ağrı hissinin kaybı, kalp ve solunum hızında yavaşlama, yüz kızarması, kan basıncında artma görülür. Pupiller daralır. Kusma ve konstipasyon oluşur. Konuşma yavaşlar, beden ısısı düşer. Karında orgazm benzeri kramplar olur (Ögel 2002). Eroin başlangıçta endişe, sıkıntı ve ruhi gerginliği azaltır, öfori yapar. Geçici ferahlık verir, rüya alemine daldırır ve düşünceler zorluksuz akar. Sedatif olarak etki eder kişi sakin, endişesiz ve sıkıntısızdır. Esasen eroin verdiği yalancı zindelik ve neşe geçici bir reaksiyondur, çabuk geçer. Daha sonra kişinin uyuşuk bir hali vardır. Zihinsel bulanıklık olur. Düşünce sırasında fikir akımını sürdürmek zorlaşır. Dikkatini bir konu üzerinde toplayamaz. Hareketlerde azalma, harekete karşı bir isteksizlik ve çevreye karşı ilgisizlik gelişir. Etrafa boş gözler ile bakarlar, tam bir lakayt durum içerisindeyler. Estetik tarafları kaybolur, her çeşit sosyal ilgi ve sevgi kaybolur, meslek terk edilir (Özden 2004). Pnömoni, tüberküloz eroin kullananlarda sık görülür. Eroin burun septumunda delinmelere yol açabilir. Septisemi ve septik emboli oluşabilir. Enjeksiyon yerinde hiperpigmentasyon gözlenir. Apse, gangren, vaskülit, enfektif endokardit (fungual ya da bakteriyel) gelişebilir. Tolerans çok hızlı gelişir, bağımlılık potansiyeli yüksektir (Ögel 2002). Eroin libidoyu ve seksüel performansı deprese eder, cinsel istek yoktur, ereksiyon ve ejakülasyon olmaz. Zamanla karakter yıkılması olur. Doğru ile yanlış, faydalı ve faydasız ayırt edilemez. Eroin bulmak için her çareye

başvururlar. Bunun için her şeyi mubah sayarlar. Yalancılık, dolandırıcılık, hırsızlık, fahişelik, yaralama, adam öldürme ve intihara sık rastlanır. Eroinin balayı dönemi çok kısa sürer, birkaç gün ile bir hafta kadardır. Bu sırada şiddetli bağımlılık oluşur. Tolerans gelişir. Kişi artık eroini zevk almak için değil 3-4 saat aralarla krize girmemek için alır. Tolerans gelişmesi sonucu eroin bağımlısının kullandığı eroin miktarı da gittikçe çoğalır ve böylece günlük masrafı da artar. Bu arada fiziksel sağlığı da bozulur (Özden 2004).

2.2. Opiyat Bağımlılığı

Madde bağımlılığının başlıca iki yönü vardır; psişik ve fiziksel yönler. Psişik (psikolojik) yön; maddenin pozitif pekiştiri yapmasına bağlıdır. Kişide maddeyi almaya devam etme arzusu (craving) vardır. Madde alma özlemi kişiyi şiddetli bir madde arama davranışına iter. Madde alımının kontrolü ile ilişkili irade kaybolmuştur. Madde kişiyi kontrol eder hale gelmiştir. Psişik bağımlılığın derecesi kişiye ve maddeye bağlı olarak farklılık gösterir. Fiziksel (fizyolojik) yön de psişik yönden süre ve şiddet olarak bağımsız ama genellikle psişik yöne eşlik eden bir durumdur. Maddenin belirli bir süre vücutta bulunmasına bağlı olarak SSS'deki; nöronlar, reseptörler ve reseptör sonrası olaylarda meydana gelen adaptif değişiklikler sonucu oluşur. Fiziksel komponent aslında bir nöroadaptasyon durumudur. Madde kesilmediği sürece belirti vermez ve fark edilemez. Bu adaptasyon maddeye yanıt niteliğinde olduğu için kontradaptasyon olarak da adlandırılır. Bağımlılık yapıcı maddeler agonist niteliğindedir. Agonist etki ve kontra-adaptif değişiklikler birbirini dengeler ve yeni bir homeostaz oluşur (Sağlam ve ark. 2003).

Opiyat bağımlılığı, opiyat maddelerini uzun süre olarak, tıbbi bir neden olmadan ya da opiyat tedavisini gerektiren tıbbi bir neden olsa bile gereğinden çok daha yüksek ölçülerde kendi kendine almadan duramamaktır (kompulsif davranış). Opiyat bağımlılığı olan kişiler günlük etkinliklerini, bu maddeyi bulmaya ve kullanmaya göre ayarlarlar. Opiyatlar genellikle yasa dışı yollarla elde edilirler (Köroğlu 2009).

2.3. Epidemiyoloji

ABD'de yapılan Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında madde kullanımının yaşam boyu prevalansı %6,19 (erkeklerde %7,7, kadınlarda %4,7), aktif madde kullanıcılarının ve bağımlılarının oranı %2,67 (erkeklerde %4,0, kadınlarda %1,3) bulunmuştur. Dünyada 15,6 milyon kişinin yasadışı opioid kullandığı ve bunların 11 milyonunun eroin kullandığı bildirilmektedir. Opioid bağımlılığının yıllık perevelansı, ABD

de %0,14, Güney Doğu ve Kuzey Batı Asya'da %2 olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2009). ABD'nin beş bölgesinde yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında bipolar bozukluğu olanların %56'sında ve şizofrenlerin %47'sinde yaşam boyu öykülerinde madde kötüye kullanımı bulmuştur. Bu genel popülasyonda saptanan %18,6'lık orandan belirgin olarak daha yüksektir (Fioritti ve ark. 1997). Amerika'da yasal olmayan madde kullanım yaygınlığı; 12-17 yaş grubunda yaşam boyu %23,7; 18-25 yaş grubunda %48; 26-34 yaş grubunda %53,1 ve 35 yaş üstünde %29 olarak bulunmuştur (Jaffe ve ark. 2000). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) koordinesinde 2003 yılında, Türkiye'nin 6 ilinde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Samsun) uygulanan ankete göre, 15-64 yaşları arasındaki bireylerin afyon türevi madde kullanma oranı ortalama %0,05 olarak tespit edilmiştir (Türkiye uyuşturucu raporu 2010). Ülkemizde 2007 yılında 124 opiyat kullanımına bağlı madde bağlantılı ölüm rapor edilirken, bu sayı 2008 yılında 140 ve 2009 yılında 147 olmuştur 2009 yılında yatarak tedavi olan kişilerin kullandıkları madde türüne göre profillerine bakıldığında; %58,21'nin (1510) en çok opiat kullandığı; bunun da %56,67'sinin (1470) eroin kullanımı olduğu görülmektedir. Aynı yıl ülkemizde yalnızca opiyoidlerle doğrudan bağlantılı 72 ölüm bildirilmiş ve tedavi gören damar içi madde kullanıcılarında HIV, HBV, HCV prevalansının sırasıyla 0,3, 5,2 ve 28,9 olduğu saptanmıştır (Türkiye uyuşturucu raporu 2010). Türkiye'de 1995 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 7 ayrı ilde, liselerde yapılan bir çalışmada yaşam boyu alkol dışı psikoaktif madde kullanım oranının %3,5 civarında olduğu bildirilmiştir (Ögel 2002).

2.4. Bağımlılığın Nörobiyolojisi

2.4.1. Genetik Özellikler

Toplumdaki bazı bireylerin bağımlı olmaya genetik yatkınlığı vardır. Bağımlılık yapan maddenin farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini oluşturan enzim, reseptör ve diğer fonksiyonel proteinleri kodlayan genlerdeki polimorfizm kişinin madde bağımlılığına olan genetik yatkınlığını belirler. Farmakokinetik etkileşmeye örnek verecek olursak, etil alkolün metaboliti olan asetaldehiti yıkan aldehid dehidrojenaz enziminin düşük etkinlikli ALDH2 mutantını taşıyan kişilerde, alkol alındığında, kanda asetaldehit birikmesine bağlı olarak kişide rahatsız edici semptomlar oluşur. Bu kişilerin alkol kullanma oranları düşüktür. Yine pozitif pekiştirici oluşumunda önemli bir sinir yolağı olan mezokortikolimbik dopaminerjik yolakda, dopamin reseptör proteinini kodlayan genlerin polimorfizmi kişinin bağımlı olmasında rol oynayan farmakodinamik etkileşmeye örnek olarak verilebilir (Sağlam ve ark.

2003). Mu-Opioid reseptör aleli (+118A) ile madde kullanımı arasında ilişki bulunmuştur (Abay ve Ateş 2001). Mu-Opioid reseptörü ilaç etkisinden sorumludur. Bu reseptör geninin 118. Pozisyonundaki polimorfizm opiyat ligandlara bağlanma yeteneğinde değişikliklere neden olur. Bu değişiklik opiyat bağımlılığının oluşumunda ya da korunmasında önemli rol oynamaktadır. Ancak elde edilen bu sonucun yinelenmediği çalışmalar vardır (Yüncü ve Savaş 2007). Ağızdan alınan opiyatlar karaciğerde CYP2D6 enzimi ile metabolize edilmektedir. Bu enzimin işlev görmeyen 2 alleleline sahip olgular ağızdan alınan bu ürünleri yavaş metabolize ederler. Bu özelliği sahip olan olguların opiyat bağımlısı olma olasılıklarının daha düşüktür. Bu hatalı genotipik özelliğin koruyucu bir rol oynadığı bildirilmiştir (Yüncü ve Savaş 2007). Beyin ödül yollarında değişime neden olan bir genetik aberasyon da bulunmuştur. Bu aberasyon dopamin D2 reseptör geninin bir varyant formudur ve A1 aleli olarak adlandırılır (Abay ve Ateş 2001).

2.4.2. Dopaminerjik Sistem Ve Bağımlılık Davranışı

Limbik sistem, temel duyguları ve davranışları kontrol etmekte ve haz algısına temel oluşturmaktadır (Abay ve Ateş 2001). Bağımlılık yapan maddelerin etki mekanizmaları farklı olmasına rağmen beynin derinliklerindeki tek bir yolu doğrudan ya da dolaylı da olsa aynı şekilde etkiledikleri gösterilmiştir. Bu yolak mezolimbik ödül sistemidir (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006). Bu sistemdeki yollar, ventral tegmental bölgeden orijin alarak nukleus akumbense ulaşırlar ve dopaminerjik nöronlardan oluşurlar (Abay ve Ateş 2001). Limbik sisteme ve orbitofrontal kortekse bağlantıları vardır. Bu nöronların duyarlılıklarındaki artış bağımlıların maddeyi arama ve kullanmaya devam etmelerine neden olur (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006). Amfetamin ve kokain, presinaptik alandan salınımı artırarak ve dopamin geri alımını bloke ederek, ekstrasellüler dopamin konsantrasyonunu artırır. Opiyatlar, etanol ve nikotin ise, dopaminerjik nöronların ateşlenmesini artırarak ekstrasellüler dopamin konsantrasyonunu artırmaktadırlar. Bağımlılık sonucunda normal dopamin üretimi değişebilmekte ve madde kullanımının bırakılmasıyla yoksunluk belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmak amacıyla da madde kullanımı devam etmektedir (Abay ve Ateş 2001).

Ventral tegmental alan (VTA) dürtüleri taşır; insan ve hayvanları yiyecek, su, seks için uyarır. Ödül yanıtının beyinde n.Accumbens ve VTA ile ilgili olduğu, iki bölge arasındaki bağlantının opioid ve dopamin tarafından düzenlendiği bilinmektedir. Tüm bağımlılık yapan maddeler bu döngüyü benzer şekilde etkilemektedir. Kronik madde kullanımının moleküler, hücresel, yapısal ve fonksiyonel olmak üzere birçok seviyede etkisi söz konusudur.

Bağımlının beyni bağımlı olmayan kişinin beyninden farklıdır. Metabolik aktivite, reseptör etkinliği, genetik ekspresyon ve çevresel olaylara verilen yanıtlarda farklılıklar söz konusudur. Hasta madde kullanımını bıraksa bile beyindeki bu değişiklikler devam eder. Başlangıçta madde kullanımı istemli bir davranışken beyinde yapısal değişimler oluştuğunda kişi kompulsif olarak madde arayışına ve istemsiz olarak madde kullanmaya başlar (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006).

Dopaminin bağımlılık yapan maddenin etkisini güçlendirmesi üzerinde kritik bir rolü olduğu bilinmesine rağmen bu etkiyi nasıl oluşturduğu ve kişiyi madde aramaya yönelik davranışa nasıl ittiği bilinmemektedir. Bu konuyla ilgili son yıllarda yapılan birçok çalışma yayınlanmıştır: Bunun dopaminin yol açtığı keyif verici ve öforik etkiden kaynaklanabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Geliştirilmiş görüntüleme yöntemleri ile yapılan araştırmalar beyinde ödül mekanizmasının dopamin sistemi aracılığıyla gerçekleştiği görüşünü desteklemektedir. Bir çalışmada deneklere düşük kalorili bir diet uygulandıktan sonra sevdikleri yiyeceklerle ilgili uyaranlar verildiğinde fMRI ile hipokampus, insula ve kaudat alanda, bağımlılık yapan maddeleri kullanma arzusu sırasında görülene eş görüntüler elde edilmiştir. Bu sonuç yiyecek açlığı ve bağımlılık yapan maddeye duyulan arzunun aynı yolak tarafından gerçekleştiği görüşünü desteklemektedir (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006).

2.4.3. Maddenin Pozitif Pekiştirici Etkisi

Bir maddenin ruhsal durumda ve davranışta yaptığı farmakolojik etki, kişiyi onu tekrar tekrar kullanma ve onsuz yapamama davranışına yönlendiriyorsa o madde pekiştiricidir. Maddenin oluşturduğu keyif artması pozitif pekiştiri olarak adlandırılır. Pozitif pekiştiri ilaç arayışı davranışına katkıda bulunan en önemli ve karmaşık özelliktir. Bir maddenin pozitif pekiştirici özelliği olduğunun söylenebilmesi için en önemli koşul “madde arayışı davranışı” oluşturmastır. Pozitif pekiştiri madde arayışı davranışının ortaya çıkmasında önemli katkıya sahiptir. Keyif alma gibi pozitif ödüllendiriciler pekiştiri gelişmesine ve ilaç arayışı davranışına önemli katkı sağlarlar. Pozitif pekiştiri; davranışsal, nöronal mekanizmalar ve modüle edici sosyal ve genetik faktörlerin katkıları ile gerçekleşir. Öfori yapıcı etki, anksiyeteyi giderme, zihinsel ve fiziksel fonksiyonları arttırıcı etkiler maddenin daha çok keyif verici özellikleri ile ilişkilidir ve pozitif pekiştiriye katkıda bulunur. Daha önceleri bağımlılık oluşmasına önemli katkı sağladığına inanılan ve negatif pekiştiri oluşturduğu öne sürülen yoksunluk sendromu yeni görüşe göre pozitif pekiştiriye katkı sağlayan birçok davranışsal mekanizmadan sadece biri olarak ifade edilmektedir (Sağlam ve ark. 2003).

Bir maddenin deney hayvanlarında pozitif pekiştiri yaptığının gösterilmesi onun bağımlılık yapma potansiyeli hakkında fikir verebilmektedir. Bu özellik deney hayvanlarında en yaygın olarak kendine-verme (self-administration) deneyleri ile test edilebilir. Burada deney hayvanı bir pedala bastığında bağımlılık yapıcı maddeyi alabileceği, başka bir pedala bastığında ise serum fizyolojik alabileceği özel bir kafese konur. Deney hayvanının hangi pedalı tercih ettiği ve pedala basış sıklığı test edilen maddenin pozitif pekiştirici özelliği hakkında fikir verir (Sağlam ve ark. 2003).

Pozitif pekiştiri ile ilişki nöroanatomik bölge beyin mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemidir. Opiyatların pozitif pekiştirici etkileri dopaminerjik nöronlarının aktivasyonu ile gerçekleşir. Amfetaminler ve kokain gibi dopaminerjik etkinliği doğrudan doğruya arttıran ilaçlardan başka nikotin, alkol, hipnosedatifler ve opioidler gibi maddelerin yaptığı pozitif pekiştiriden de mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistem sorumludur. Stimulanlarda olduğu gibi, parenteral opiyat uygulaması da nükleus akkumbenste ekstrasellüler dopamin artışına yol açar. Bu artış in vivo mikrodializ yöntemiyle ölçülmüştür. Nöroanatomik yönden bakıldığında nükleus akkumbensteki dopamin nöronlarının pozitif pekiştiriye aracılık ettiği, amigdalanın da ilaç bağımlılığında ve ödüllendirme de önemli bir rol oynadığını söylenebilir (Sağlam ve ark. 2003).

2.4.4. Tolerans Gelişimi

Opiyat bağımlılığı olan çoğu kişi belirgin düzeyde tolerans geliştirmiştir (Köroğlu 2009). Bağımlılık yapıcı maddenin, başlangıçta alınan dozlarda alınmasına rağmen keyif arttırıcı etkinliğinin giderek azalmasına ve etki süresinin kısalmasına tolerans denir. Toleransı önlemek için kullanıcılar giderek artan dozlarda madde almaya başlarlar.

Tolerans doğuştan tolerans ve kazanılmış tolerans olarak iki kısma ayrılır

1-Doğuştan Tolerans: Genetik polimorfizm nedeni ile o maddenin oluşturması beklenen farmakokinetik ve farmakodinamik değişikliklerin kişide meydana gelmemesi halidir.

2-Kazanılmış Tolerans: Farmakodinamik, farmakokinetik ve öğrenilmiş tip kazanılmış tolerans olarak 3 kısma ayrılır

-Farmakokinetik Tolerans: Maddenin devamlı alınmasına sekonder olarak metabolizmasının hızlanması ve dağılım hacminin artmasına bağlıdır.

-Farmakodinamik Tolerans: Maddenin agonisti olduğu maddeye kronik maruz kalma sonucu reseptörlerin, sayısının, azalmasına, desensitize olmasına veya postreseptör olaylardaki değişikliklerine bağlıdır.

-*Öğrenilmiş tip tolerans*: Madde kullanımının yol açtığı, fiziksel bozuklukların kullanıcı tarafından öğrenilmesi sonucu kendi çabası ile bağımlılığın bastırılması ile oluşur. Kişi maddeyi almadan önce, maddenin yapacağı etkilere karşı, zıt refleks bir etki meydana getirir. Bu değişmiş bazal durumda, verilen maddenin etkisi daha az olur (Sağlam ve ark. 2003).

2.4.5. Bağımlılık Yapan Maddeyi Kullanmak İçin Duyulan Arzu (Craving)

Dürtüler organizmadan köken alan gerçekleşmek için sürekli baskı uygulayarak derhal tatmin isteyen gereksinimlerdir. Bağımlılık yapan maddeyi kullanmak için duyulan şiddetli arzu da bu tanıma eşdeğer özellikler taşır; dürtüler gibi, madde bağımlılığı olan kimseye hemen doyum sağlamak için sürekli baskı uygular. Parsiyel dopamin agonistlerinin dopaminerjik aktivasyonu suboptimal seviyede tutarak madde yoksunluğu sırasında bağımlılık yapan maddeye duyulan arzuyu azaltabileceği ve n. accumbenste yeterince dopamin salınımını sağlayarak öforiyi sağlayabileceği öne sürülmüştür (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006)

İsteklendirici Duyarlılaştırma (Incentive Sensitization) Teorisi: Madde bağımlıları neden bağımlılık yapan maddeyi şiddetle kullanmayı ister, bu arzunun psikolojik ve nörobiyolojik kökenleri nelerdir?

Uzun süre devam eden ayıklık döneminden sonra bile bağımlılık yapan maddeye duyulan istek ve arzu neden halen sürer?

Bağımlılılarda maddenin "arzulanması, istenmesi", onun yarattığı zevkten önce gelen bir duygu mudur? sorularına yanıt verebilmek için geliştirilmiş bir kuramdır.

Bu teorinin kurucularından Robinson ve Berridge farelerle yaptıkları deneyde neostriatum ve nucleus accumbenste dopamin miktarını azaltarak farelerin tat alma yanıtlarını değerlendirdiklerinde dopamin depresyonu sağlanan farelerde normal hedonik paternler saptadılar. Sonuç olarak dopamin sistemlerinin hedonik ödül ve öğrenme eylemlerine aracılık etmediği, daha çok ödül ile ilgili uyarana ani yanıt veren dürtüsel sinir yolları ile ilgili olduğunu belirttiler. Başka bir ifadeyle, dopamin ödül sistemlerinin hoşlanma ya da hoşlanıp hoşlanmayacağı şeyleri öğrenme ile ilgili olmadığını; arzu ve istek içeren dürtüleri yönlendirdiğini öne sürdüler. Bazı kişiler bağımlılık yapan bir maddeyi bir süre denedikten sonra önlenemez şekilde, kompulsif madde arayışına girerler ve durdurmakta güçlük çekerler. Madde arayışına yönelik davranışları diğer aktivitelerinin önüne geçer. Berridge ve Robinson kompulsif madde arayışına yönelik davranış paterninin gelişmesinde bağımlının negatif ve pozitif destek sistemlerinin ve maddenin hedonik yanlarının yeterli olmadığı görüşündedirler (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006). VTA' daki D1 reseptör- proteinkinaz-A sinyal yolağının AMPA reseptörleri üzerinden uzun süreli potansiyasyonu (LTP) aktive ettiği saptanmıştır. Bu

mekanizmanın ödüle bağımlı öğrenmeyi sağladığı düşünülmektedir. Psikostimülanlarla bu mekanizmanın uyarılmasının uygunsuz bir nöroplastisiteye yol açabileceği, bunun sonucunda kompulsif madde kullanımının ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006). Bir başka görüş de mezokortikal yolda dopamin ve glutamat arasındaki etkileşimlerin motivasyon ve ödül sistemi üzerinde etkili olduğu şeklindedir (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006). İsteklendirici duyarlılaşma teorisi dört kuralı içerir:

1. Potansiyel bağımlılık yapan maddeler nöronal sistemlerde uzun süreli etkili değişimlere yol açar.
2. Beyinde etkilenen kısımlar dürtü, motivasyon ve ödül sistemi ile ilgili bölümlerdir.
3. Bu sistemler bağımlılık yapan maddeye ve madde ile ilgili herhangi bir uyarana aşırı duyarlı hale gelirler.
4. Duyarlılığı artmış bu nöronal sistemler maddenin istenmesi, arzulanması ile ilgilidir. Maddenin yarattığı hedonik duygular, hoşlanma ile ilgili değildir (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006).

Madde kullanımının nasıl kompulsif bir davranışa dönüştüğü inceleyen Berridge ve Robinson bu dönüşümdeki etkenleri şu şekilde sıralarlar:

- Maddenin yarattığı zevk duygusu
- Güçlü bir uyarana baş edebilmek
- Yoksunluk belirtilerinden kaçınabilmek
- Maddenin MSS’nde ventral tegmental alandaki (VTA) reseptörlerin hassasiyetini artırarak yol açtığı dürtüsel duyarlılaşmanın gelişmesi, kompulsif motivasyon ve arzulama
- Uzun süreli madde kullanımına bağlı frontal kortekste disfonksiyon gelişmesi sonucunda karar verme, impulsif davranışları kontrol etme gibi kortikal fonksiyonlarda bozulma (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006).

Beynin m opioid reseptörleri, beyin ödüllendirme davranışında önemli bir rol oynarlar. Opioidlerin ödüllendirme üzerine etkilerinin, keyif verici etkinin beklendiği “teşvik edici (incentive) faz” ile keyif veren ve bağımlılık yapan maddenin denenmesi ile belirli olan “tamamlayıcı (consummatory) faz” olmak üzere iki fazı vardır. Opioid ödüllendirmesinin teşvik edici fazında başlıca rolü dopamin oynar. Opioidlerin bağımlılık yapıcı ödüllendirme sistemi, etkilerini ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronların aktivasyonu aracılığıyla göstermektedir. Opioidlerin yoksunluk semptomlarından ise primer olarak noradrenerjik nöronlar sorumludur (Doksat 2003; Kaplan ve Sadock 2005; Knapp ve ark. 2005, Uzbay 2005; Yalug ve ark. 2008). Opiatlar özellikle damar yolu ile uygulandıklarında, beyindeki opioid düzeyinin hızla artmasına bağlı olarak kişide hızlı ve yüksek düzeyde rahatlatıcı ve

öforizan bir etki ortaya çıkar ki buna koşu [rush, flash] adı verilir. Bâzı kullanıcılar bu duyguyu seksüel orgazmı eş tutmaktadırlar (bilhassa eroin’de “tüm vücut orgazmı” ifâdesi kullanılır). Koşu, psikolojik bağımlılığın ana sebebi olup, kişi bu hoş giden etkilerine bağlı olarak tekrar tekrar aynı maddeyi kullanım yoluna gider. Ancak öfori kısa sürer ve yerini bir gevşeme ve uyku hâline bırakır; bu apatik duruma ise onaylama [on the nod] denmektedir. Opioidlere karşı çok hızlı bir şekilde tolerans gelişimi söz konusudur. Opioid kullanan kişiler her seferinde aynı etkiyi sağlamak için giderek dozu arttırlırlar. Tolerans gelişip fiziksel bağımlılık da yerleştikten sonra, opiatlar artık hoş giden etkileri için değil, yoksunluk sendromuna bağlı semptomların oluşumunu önlemek için kullanılırlar (Kaplan ve Sadock 2005; Knapp ve ark. 2005; Yaluğ ve ark. 2008). Kronik olarak opioid kullanan bireylerin beyinlerinde “tersine bir adaptasyon” mekanizması oluşmakta ve bu da yoksunluk semptomlarına yol açmaktadır. Öyle ki, opioid kullanımı aniden sonlandırıldığında, bu tersine adaptasyon devreye girmekte ve öfori ve benzeri hoş giden etkiler yerine anhedoni ve sempatik sistem aktivasyonu ile ilişkili semptomlar ortaya çıkmaktadır. Opiatların yoksunluk sendromu esnasında mezolimbik dopamin salıverilmesi azalmakta, beynin opioid ödüllendirme sisteminin uyarılma eşiği yükselmekte ve kişide lokomotor aktivite baskılanmaktadır (Uzbay 2005; Yaluğ ve ark. 2008).

2.5. Prognoz

Opiyat kullanımına eşlik eden sorunlar, ilk kez ergenlik yıllarının sonlarında ya da 20’li yaşların başlarında görülür. Bir kez bağımlılık gelişirse, arada kısa yoksunluk dönemleri olsa da, bu yıllarca sürebilir. Relaps sık görülür. Ancak relapslar olsa da, ölüm oranlarının yılda %2 gibi yüksek oranlarda olduğu bilinse de, opiyat bağımlılığı olan kişilerin %20-30’u bu maddeleri uzun süreli olarak bırakmayı başlarır (Köroğlu 2009).

2.6. Opiyat Bağımlılığının Yol Açtığı Tıbbi ve Psikososyal Zararlar

Akut ve kronik opiyat kullanımı vücut salgılarında azalmaya neden olur. Bunun sonucu olarak ağız ve burun kuruluğu, gastrointestinal etkinlikte yavaşlama ve konstipasyon olur. Pupillerin daralması sonucu görme keskinliği bozulabilir. Opiyatları intravenöz kullananların üst ekstremitelerinin alt bölümlerindeki venlerde skleroz ve delik izleri görülür (Köroğlu 2009). İğne batma izleri, genel olarak özellikle antekübital bölge, el sırtı ve ön kolda venler üzerinde bulunur, ama boyun, dil ve penisin dorsal veni dahil, bir vene erişilir olan vücudun herhangi

bir yerinde bulunabilir (Özden 2004). Kimi zaman venler öyle skleroze olur ki, periferik ödem gelişir ve bu kişiler bacak, boyun ya da kasık venlerine yönelirler. Bu venlere ulaşamayınca ya da bu venler de artık kullanılabilir olmayınca, doğrudan subkutan dokuya enjekte ederler. Bunun sonucu olarak sellülit, apseler ve iyileşmiş deri lezyonlarının yuvarlak görünümlü skarları ortaya çıkar. (Köroğlu 2009) Hem enjeksiyonların steril olmamasından hem de madde ile birlikte kullanılan bazı katkı maddelerinin iritan niteliği yüzünden, bağımlı kişilerin kollarında ve bacaklarında tromboflebitler sık bulunur. (Özden 2004). Genel bir fizik muayene yapılmalıdır. Tüberküloz, HIV enfeksiyonu, hepatit A,B,C, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve cilt apseleri özel dikkat gerektiren noktalardır (Ögel 2002). İntravenöz kullananlarda hepatit, HIV enfeksiyonları ve tüberküloz önemli birer sorundur. Eroini ya da diğer opiyatları burundan çekerek kullananlarda, burun mukozasında tırmalanma ve kimi zaman buna eşlik eden nazal septumda delinme olur. Ayrıca cinsel işlev bozuklukları da görülebilir. Opiyat bağımlılığı olanlarda ölüm oranı yılda %1,5-2 arasında değişmektedir. Ölümler daha çok aşırı dozda almalarından, kazalardan, yaralanmalardan, AIDS'den ve diğer hastalıkların getirdiği sonuçlardan kaynaklanır. İntravenöz kullananların %80-90'ında hepatit A,B ve C için tarama incelemeleri “pozitif” çıkar. Opiyat bağımlılığı olan annelerden doğan çocukların yaklaşık yarısında fizyolojik bağımlılık gelişmiş olabilir. Bu durum da, tıbbi tedaviyi gerektiren ağır bir yoksunluk sendromuna neden olabilir (Köroğlu 2009). Opiyat bağımlılığı, çoğunlukla madde kullanımıyla ilgili suçlarla (madde bulundurma ya da alış verişine aracılık etme, dolandırıcılık, düzmecilik, hırsızlık, soygun gibi) ilinti gösterir. Bu kişilerde boşanma, işsizlik ya da işinde sürengenlik sağlayamama sık görülür. Bir opiyatı ilk kez kullanan birçok kişide, öforiden çok disfori görülür, bulantı ve kusma ortaya çıkabilir. Opiyat bağımlılığı olan kişilerde distimik bozukluğun ya da majör depresif bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler görülebilir. Özellikle yoksunluk döneminde olmak üzere, uykusuzluk sık görülür. Bu kişilerde, genel topluma göre antisosyal kişilik bozukluğuyla çok daha sık karşılaşılabilir. Çocuklukta ve ergenlikte davranım bozukluğu öyküsünün olması yatkınlaştırıcı bir etkidir. Artmış sıklıkta travma sonrası stres bozukluğu da görülür (Köroğlu 2009) Ülkemizde yapılan bir çalışmada, opiat bağımlılarında hayat boyu TSSB oranı %17 olarak belirlenmiştir (Evren ve ark. 2002). Bir çalışmaya göre, TSSB'lilerde en sık görülen madde kullanım bozukluğu alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı (%24,1) iken, TSSB'ye en sık opioid kötüye kullanımı/bağımlılığı olan kişilerde (%33,2) rastlanmıştır (Mills ve ark. 2006).

2.7. Opiyat Yoksunluğu

Maddenin kesilmesi ya da antagonistinin verilmesiyle yoksunluk sendromu ortaya çıkar. Buna kesilme sendromu (withdrawal) adı da verilir (Sağlam ve ark. 2003). Opiyat yoksunluğunun başlıca özelliği uzun bir süre aşırı ölçülerde opiyat kullanılmasından sonra bu maddenin bırakılmasının (ya da azaltılmasının) ardından özgül bir yoksunluk sendromunun ortaya çıkmasıdır. Opiyat yoksunluğu tanısının konabilmesi için aşağıdakilerden en az üçünün bulunması gerekir: disforik duygudurum, bulantı ya da kusma, kaslarda sızı, gözyaşı dökme ya da burun akıntısının olması, pupillerde genişleme, piloereksiyon ya da terleme, diyare, esneme, ateş, uykusuzluk. Piloereksiyon ve ateş, daha ağır yoksunluk durumlarında ortaya çıkar ve genelde klinik görülen bulgular değildir, çünkü opiyat bağımlılığı olan kişiler genellikle yoksunlukları bu düzeye gelmeden, bu maddeleri elde ederler (Köroğlu 2009). Yoksunluk sendromunu oluşturan psişik ve somatik tüm belirtiler, agonistin nöronal sistemde yaptığı tüm değişikliklerin tersi şeklinde kendini gösterir. Bu nedenle yoksunluk sendromu bir rebound tepki olarak da kabul edilebilir. Yoksunluk sendromu maddeyi tekrar vermekle düzeltilebilir. Eğer bu yapılamıyorsa yoksunluk sendromu, nöronlarda meydana gelmiş adaptif değişikliklerin başlangıçtaki duruma dönmesine kadar veya antagonistin elimine edilmesine kadar sürer. Madde bağımlılığında oluşan fiziksel bağımlılığın derecesi, madde kesildiğinde meydana gelen yoksunluk sendromunun şiddeti ile ölçülür. Madde kullanımının süresine ve dozuna bağlı olarak fiziksel bağımlılığa bağlı semptomların şiddeti artmakla beraber yoksunluk sendromunda bir tavan mevcuttur. Örneğin günde 500 mg morfin kullanan bir bağımlı ile günde 1-3 gr morfin kullanan başka bir bağımlının yoksunluk sendromlarının şiddeti aynı olabilir (Sağlam ve ark. 2003).

Tüm opiyatlar benzer yoksunluk sendromlarına yol açarlar. Ancak yoksunluğun ortaya çıkma zamanı, şiddeti ve süresi, bağımlılığın geliştiği μ opiyat agonistine göre değişkenlik göstermektedir. Yoksunluk bulguları eroïn gibi kısa etkili opiyatlarda 3-5 saatte başlar, 36-72 saatte en üst seviyeye çıkar, 7-10 gün gibi bir süre içinde de azalır. Metadon gibi uzun etkili olan ilaçlarda ise yoksunluk 5-7 günlerde en üst seviyeye çıkar, 20-30 günde azalır (Coşkunol 2008).

Opioid yoksunluklarında en sık görüleni, eroin yoksunluğudur. Ortaya çıkış zamanına göre opioid yoksunluk belirtileri şunlardır; (Ögel 2002)

Aksiyete	İştahsızlık	Uykusuzluk
Hızlı soluma	Pupillerde genişleme	Sinirlilik
Terleme	Bulantı ve kusma	Daire
Lakrimasyon	Güçsüzlük	Karın ağrısı
Esneleme	Kas spazmları	Taşikardi
Rinore	Kas ve kemik ağrıları	Hipertansiyon
Piloereksiyon	Yerinde duramama	

Opiyat yoksunluk belirtilerini şu şekilde özetleyebiliriz: birkaç saat içinde başlayıp 36-72 saat sonra en yüksek düzeye ulaşan: İlaç için dayanılmaz istek; 8-12 saat içinde başlayıp 48-72 saat sonra en yükseğe ulaşanlar; gözyaşı ve burun akıntısı, esneme, terleme; 12-14 saat içinde başlayıp 48-72 saat sonra en yükseğe ulaşanlar: huzursuz uyku, pupil dilatasyonu, iştah kaybı, kaz derisi görünümü, irritabilite, tremor (Ögel 2002).

Metadon kesildikten sonra tablo daha yavaş gelişir, daha hafif seyreder ve akut döneme ait semptomlar 3 hafta veya daha uzun sürer. Kodein de ise yoksunluk diğer ilaçlara göre daha hafiftir (Ögel 2002).

Hastada 12-14 saat sonra başlayan uyku huzursuzluğu 2 ve ya 3 gün sonra en yüksek düzeye ulaşır. Aynı süre içinde midriasis, iştahsızlık, deride kaz derisi görünümü, sırt ağrısı ve tremor gibi semptomlar ortaya çıkar. Bu tablo yerini uykusuzluk, tekrarlayan esnemeler, kas spazmı ve karın ağrısı gibi belirtilere bırakırken hasta aynı zamanda halsizlik, ani rahatsızlık, ürperme ve derinin kızarması (flashing) gibi belirtilerden oluşan grip benzeri tablo gelişir (Ögel 2002).

Akut dönemin sonunda sendromun şiddeti azalmaya başlar, beşinci güne gelindiğinde rahatsızlık çok az düzeydedir. 7-10 gün sonunda semptomlar tamamen kaybolur. Hastada irritabilite ve maddeye karşı dayanılmaz bir istek duyulur ve bunlar en az fiziki bulgular kadar dikkat çekicidir (Ögel 2002).

Laboratuvar tetkiklerinde hastada 14.000 dolayında lökositöz, solunum hızlanmasına bağlı düşük karbondioksit değerleri ve sıklıkla ketoza ait bulgular saptanabilir. Toksikolojik incelemede maddeye rastlanabilir. Tek doz morfin verilerek bu bulgular yatıştırabilir.

Uzamış (protracted) yoksunluk iki ayrı döneme ayrılır. Erken dönem, kesilmenin 4-10. haftalarını kapsar, kan basıncı ve vücut ısısının yüksek olduğu, solunumun hızlandığı ve pupillerin dilate olması. Geç dönem 30 hafta veya daha uzun süren dönemdir. Birinci dönem bulguları hafiflerken solunum merkezinin karbondioksit olan tepkisini azaltır. İlaç

kesildikten bir yıl sonra bile bazı otonom sinir sistemi belirtilerine rastlamak olasıdır. Aylarca süren bu sendromun, sürekli bir huzursuzluğa yol açtığı ve kişinin ilaca yeniden başlamasında önemli rolü olduğu düşünülmektedir (Ögel 2002).

Yakın dönemde kullanmaya başlamış olanlarda destekleyici tedavi yeterlidir. Deliryum görülme oranı alkol yoksunluğu ile karşılaştırıldığında düşüktür. Bağımlılar genelde bu dönemde sık ilaç talebinde bulunurlar.

2.8. Opiyat Bağımlılığında Tedavi

2.8.1. Opiyat Bağımlılığında Yoksunluk Tedavileri

Opioid bağımlıları birçok farklı nedenle detoksifikasyona ihtiyaç duyabilir. Bazıları madde kullanımıyla ilgili yaşam tarzlarına kısa bir ara vermek ister; kimi madde kullanımında yeniden kontrolü ele almak ister, böylece opioid kullanmaya daha düşük dozda ve daha az para harcayarak devam edecektir; bazıları yasal bir müdahale ile ilgili tedbir alır, mahkemeyi, değiştirmekte olduğu yönünde etkilemek ister; bazıları ise aile ve arkadaş baskısı ile başvurur. Birçoğu maddeden uzak kalma isteğini belirtir ama maddeler olmadan yaşamla basa çıkabilecekleri konusunda emin değildir. Detoksifikasyon için bu kadar çok neden olması ve maddeden uzak kalma konusundaki ambivalans göz önüne alındığında, detoksifikasyonu tamamlama oranlarının neden bu kadar düşük ve detoksifikasyon sonrası maddeye baslama oranlarının neden bu kadar yüksek olduğunu anlamak zor değildir. Bu veriler, tek basına detoksifikasyon uygulanmasının, opioid bağımlılığı tedavisi için yeterli olmadığı seklindeki görüşlere temel oluşturur (Gowing ve Ali 2006).

Buprenorfin, klonidin, lofeksidin ve azaltılan dozlarda Metadon yöntemlerinin tümü opioid kesilmesi için etkin olabilir. Bir yaklaşımla belirlenirken, kesilmenin nasıl bir ortamda gerçekleşeceği, kişinin motivasyonu, destekleri, madde kullanım öyküsü ve yoksunluk sonrası amaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yolla, detoksifikasyon dönemi farklı tedavi seçeneklerine açılan bir kapı olabilir ve opioid bağımlılığı için şart olan uzun dönem tedaviye katılmayı sağlayabilir (Gowing ve Ali 2006).

Opiyat yoksunluğu tedavisinde amaç rahatsızlık hissini azaltmak, ilaç yan etkilerinden kaçınmak ve sonraki tedavi aşamalarına hastayı hazırlamaktır. Yoksunluğun şiddeti öngörülmesi ve eşlik eden diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklar belirlenip tedavisi için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır. Tedavi gerek ayaktan gerekse hastanede yatırılarak yapılabilir. Yoksunluk şiddetli ve komplikasyonlarla birlikte ise eşlik eden başka fiziksel ve ruhsal sorunlar varsa ve tedavi istekliliği fazla değilse yatırılarak tedavi uygulanmalıdır. Rutin kan

ve idrar analizleri yanı sıra genel biyokimyasal analizler (Karaciğer enzimleri, açlık kan şekeri, kreatinin, elektrolitler), akciğer grafisi, elektrokardiyografi, tüberküloz, hepatit ve HIV testleri yapılmalıdır (Coşkunol 2008).

2.8.1.1. Yoksunluğun Opiyat Dışı Farmkolojik Tedavisi

2.8.1.1.1. Semptomatik Tedavi

Ağrı kesiciler, spazmolitikler, sedatifler, hipnotik, antidiyareik ve antiemetik ilaçlar olgunun yoksunluk bulgularını şiddetine göre ayarlanarak verilir. İlişkili bulguların ortadan kalktığı düşünüldüğünde ilaç dozları kısa süre içinde azaltılarak kesilir. Bu tedavi yöntemi ancak opiyat yoksunluğuna ilişkin başka alternatif tedavi olanakları olmadığında uygulanmalıdır (Coşkunol 2008).

Aşağıda semptomatolojik destekleyici tedavi için önerilmiş bazı ilaçlar yer almaktadır. Önerilen tedavilerin hepsi oral yoldan uygulanmalı, paranteral yolu seçmekten kaçınılmalıdır (Ögel 2002).

Baş ağrısı	Asetaminofen (5 saate bir 500 mg)
Kas, eklem ve kemik ağrıları	İbuprofen (Brufen) 6-8 saatte bir 600-800 mg/gün ya da naproksen 2 *500 mg (aprol forte 2*1)
Anksiyete ve uykusuzluk	Hidroksizin (Atarax, Vistaril 2*25 mg) ya da doksilamin süksinat (Unisom 8 saatte bir 10 mg) verilebilir. Eğer bu yetersiz olursa günde ortalama 40-60 mg diazepam uygulanabilir. Gerekli durumlarda klorpromazin (Largactil 100 mg tb) 50-200 mg kullanılabilir. Uykusuzluk yakınmaları için sedatif etkisi yüksek antidepressanlar verilebilir.
Karın ağrıları	Klidinyum (Klipax, Librax) 3*1 (bu preparatların klordiazepoksit, yani benzodiazepin de içerdiği unutulmamalıdır.)
Hazımsızlık	Antiasitler
Daire	Loperamid (Lorimid), her defekasyondan sonra bir adet, 48 saat süreyle.

2.8.1.1.2. Naltrekson

Naltrekson mu-reseptör antagonistidir. Aynı zamanda kapa-reseptörünü ve zayıf bir şekilde de delta-reseptörünü de antagonize eder. Antagonistler reseptörlere bağlanma yerleri nedeniyle agonistlerle rekabet ettiklerinden özellikle de yüksek düzeyde birleşme eğilimi nedeni ile eroin gibi opioidlerin alışılmış dozlarının bütün etkilerini gerçekte bloke edebilir. Naltreksonun varlığında, opioidin yol açtığı öfori, solunum depresyonu, pupiller daralma ve diğer hiçbir opiat etkisi oluşmaz (Kalyoncu ve ark. 2000). Kişi bu ilacı kullandığı sürece, kullandığı maddenin etkisini yaşamaz. Böylece yanlışlıkla kullanım sonucu başlayan bağımlılık süreci engellenmiş olur (Ögel 2007). Eroin bağımlılarının %10-15'inden fazlası "yükseklerde uçmalarına engel olan" bir ilaca ilgi göstermeyecektir. Büyük bir çoğunluk ülkemizde halen "yasak" olan metadon tedavisini tercih edecektir. Fakat uyuşturucudan arınmış (opioid-free) olmayı yeğleyen yüksek motivasyonlu hastalar için naltrekson mükemmel bir alternatiftir (Kalyoncu ve ark. 2000). Naltrekson, tam ayıklık konusunda isteklilik düzeyi yüksek olan bağımlılarda daha etkili olduğu bulunmuştur (Gold 1987). Özellikle başta sağlık personeli, orta sınıf bağımlılar, cezaevinden erken bir dönemde serbest bırakılan daha önceden bağımlı olan kişiler gibi hastalar için naltrekson tercih edilen tedavi biçimi olarak görülebilir (Kalyoncu ve ark. 2000). Naltreksonun opiyat bağımlılarının madde arama arzusunu (craving) azaltarak ya da ortadan kaldırarak etki gösterdiği düşünülmektedir (Özden 2004), fakat bunun farmakolojik bir etki olduğu belirgin değildir. Şiddetli istekteki bu azalma bağımlıların naltreksonun farmakolojik blokajı nedeni ile opioid etkilerine karşı korunduklarını bilmelerinin getirdiği bir güvenlik duygusu da olabilir (Kalyoncu ve ark. 2000). Naltrekson, ruhsal bir takım belirtiler ortaya çıkarmadan, opiyat reseptörlerine sıkıca bağlanarak, eroinin ve diğer opiyatların sokakta kullanılan dozlarının yarattığı "hoş" birtakım etkilerini engeller; dolayısıyla opiyat kullanma isteğini ve koşullanmış biçimde kişinin içinin geçmesini azaltır. Opioid agoniste bağımlı olmayan bir birey bir antagonist alırsa genellikle hiçbir belirgin etki olmayacaktır. Ancak antagonist, ruh hali, ağrı algısı, ve çeşitli nöroendokrin ve kardiyovasküler işlevleri düzenlemeye hizmet edebilecek birtakım endojen opioidleri (endorfinler) bloke eder; disforik tepkiler ve endokrin değişiklikler meydana getirebilir. Endojen opioidlerin naltreksonla bloke edilmesi bazı hastalarda disforik yakınmalara neden olabilir ve bu da erken bir dönemde tedaviden vazgeçilmesinin bir bölümünü açıklayabilir. Buna karşıt biçimde, normal denekler üzerine yapılmış başka bir çalışmada, ruh hali söz konusu olduğunda naltrekson ve placebo arasında hiçbir farklılık bulunmadığı gösterilmiştir. Bundan başka, iyileşmekte olan opioid bağımlısı

hastalara ilişkin büyük ölçekli çalışmaların çoğu, disfori ya da diğer ruh hali değişikliklerinin naltrekson'un klinik kullanımında önemli bir sorun oluşturmadığını bulmuşlardır. Aylarca ve hatta yıllarca naltrekson kullanmaya devam eden bireyler, ruh haline ilişkin uzun süreli dikkatli çalışmaların yapılmamış olmasına karşın, genellikle hiçbir ruh hali etkisi bildirmemişlerdir (Kalyoncu ve ark. 2000).

Naltrekson, opiyatlara o sırada etkin bağımlılık gösteren kişilere verilmez, çünkü hemen bir opiyat yoksunluk sendromunun ortaya çıkmasına neden olur. Naltreksona başlamadan önce hastalar, eroin gibi kısa etki süreli bir opiyattan en az beş gün, metadon gibi uzun etkili bir opiyattan en az yedi gün uzak kalmış olmalıdırlar. Naltrekson tedavisine başlamadan önce opiyat ilaçlar için bir idrar taraması gerekebilir. Opiyat yoksunluğu ile naltrekson tedavisinin başlanması arasındaki arada relaps olasılığı yüksektir; bu yüzden klonidin ve nalokson kullanılarak hızlı bir yoksunluk yaratılması, yoksunlukla naltrekson tedavisinin başlanması arasındaki arayı kısaltmayı sağlamaktadır. Opiyat yoksunluğu süresini kısaltmak için, klonidinle birlikte naloksonun yinelenen dozları da kullanılır. Naltrekson tedavisine başlamadan önce, kişinin artık yoksunluk yaşamayacağını belirlemek için, uygun bir yoksunluk döneminin ardından naloksonun 0.8mg İM olarak belirlenen dozu verilebilir. Naltrekson her gün 50mg olarak verilebileceği gibi, etki süresi uzun olduğu için, pazartesi ve çarşambaları 100mg, cumaları 150mg olarak, haftada üç kez de verilebilir. Naltreksonun yan etkiler arasında disfori, baş ağrısı, karın ağrısı, kan basıncındaki hafif artış, anksiyete ve gastrointestinal rahatsızlıklar vardır (Köroğlu 2009; Özden 2004). Naltreksonun ardından luteinizing hormonda ani bir artış ve testosteron oranında gecikmeli bir artış olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca bazı hastalar ve eşleri naltrekson kullanımının cinsel dürtülerini artırdığını bildirmektedirler (Kalyoncu ve ark. 2000). Karaciğer üstüne ciddi yan etkiler yaptığı bilinmektedir (Ögel 2007). Opiyat bağımlılığı tedavisi için uzun süreli naltrekson tedavisi uygulanması bırakıldıktan sonra opiyat reseptörlerine duyarlılık artar, dolayısıyla aşırı dozda bir opiyat alınmasının belirgin bir solunum depresyonu yapma olasılığı daha yüksek olur (Köroğlu 2009). Ancak normal gönüllüler kullanılarak gerçekleştirilen bir deneyde kişilere test amaçlı bir morfin dozu ile CO₂ uyarısına verilen normal solunum tepkisinin yavaşlama derecesini belirlediler. İki hafta boyunca günde 50 mg'lık naltrexone kullanımının ardından, denekler yeniden morfin duyarlılığı testinden geçirildi. Morfinin etkilerinde hiçbir değişiklik bulunamadı. Bu; sonuçta reseptör duyarlılığında fark edilebilir bir değişikliğin olmayışını göstermektedir (Kalyoncu ve ark. 2000). Kimi opiyat bağımlısı kişiler, metadon ya da buprenorfinle sürdürme tedavisine

girmek yerine, doğrudan opiyat yoksunluğuna girmek isteyebilirler. Özellikle oldukça kısa bir süredir opiyat kötüye kullanımı olan kişiler için böyle bir yaklaşım doğru olabilir. Metadon ya da buprenorfinle başarılı bir biçimde sürdürme tedavisi yapılan kişiler de tıbbi gözetim altında bu ilaçları bırakmak isteyebilirler. Buna onay verebilmenin önkoşulları şunlardır: madde kullanmadan yaşamını sürdürebileceği konusunda büyük bir ilerleme göstermiş olması, kişisel yaşamında ve iş yaşamında bir denge ve tutarlılık sağlamış olması, başka madde kullanım bozukluklarının olmaması ve eşzamanlı başka bir ruhsal bozukluk ortaya çıkmışsa, bunun başarıyla tedavi edilmiş olması. Tedaviye iyi yanıt vermiş olan hastalarda bile, metadon sürdürme tedavisinin sonlandırılması, relaps olasılığını artırır. Dolayısıyla bu aşamada ek birtakım tedavilerin uygulanması gerekir (Köroğlu 2009). Naltrekson ile tolerans gelişmez ve bağımlılık riski yoktur. Kesildiği zaman ise yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaz (Ögel 2007). Bağımlılıklar; tedavide önemli bir rol oynayan farmakolojik yaklaşımlarla birlikte psikososyal değişkenlere dikkat edilerek uygulanacak geniş kapsamlı bir tedavi ve rehabilitasyon programı gerektirir. Bu yüzden tek başına naltrekson tedavisi yeterli etki sağlayamayacaktır. Yani naltrekson, geniş kapsamlı bir tedavi programının bir parçası olmalıdır (Kalyoncu ve ark. 2000). Madde yoksunluk programlarında naltreksonunun başarısı eğitim seviyesi, motivasyon, aile desteği ve devam eden davranış tedavisi gibi pek çok psikososyal faktörlerle yakından ilgilidir (Özden 2004). Adsız Alkolikler (AA) ve Adsız Narkotikler (NA) gibi gruplarda yapılan toplantılarla birlikte kullanımının sürdürülmesinin, etkinliği arttırdığı saptamıştır. Ancak izlem sırasında tedaviyi bırakmanın yüksek oranda görüldüğünü bildiren bir çalışmanın sonuçları, Naltreksonun tedavi etkinliği konusunda soruların oluşmasına sebep olmuştur (Coşkunol 2008). Yapılan araştırmalar ağır eroin bağımlılarının naltrekson tedavisini pek tercih etmediklerini göstermektedir. Bunların ancak %10-15'i bu tedavi yöntemini kabul etmektedirler. 30 gün veya daha uzun süre Naltrekson ile tedavi olan hastaların 6 aylık izlemelerinde başarılı sonuçlar elde edilmiş olmakla beraber 6-12 aylık kullanma sonuçlarının daha da iyi olduğu bildirilmektedir. Naltrekson ile en iyi sonuçlar hekimler ve diğer tıp mensubu bağımlılarda alınmıştır. İyi bir iş ve eğitime sahip olan bağımlılarda da naltrekson tedavisine iyi cevap vermeleri sürpriz değildir. Böyle kişiler her gün kliniğe gidip metadon alma yerine naltreksonu tercih ederler. Çünkü naltrekson metadon gibi bağımlıyı kliniklere bağlamaz. Naltreksonu herhangi bir pratisyen hekimde verebilir. Oysa ABD'de metadon ruhsatlı kliniklerde ve devlet kontrolünde kullanılmaktadır (Özden 2004).

Farmakokinetik: Naltrekson bir mu-reseptör antagonistidir. Aynı zamanda kapa-reseptörünü ve zayıf bir şekilde de delta-reseptörünü de antagonize eder. Mu ve kapa reseptörleri analjezi,

sedasyon, solunum depresyonu, öfori ve bağımlılıktan sorumludur. Delta reseptöründeki uyarım ise analjezi ve olasılıkla psikomimetrik (psychomimetic) ve disforik etkilere neden olur (Nicholis ve ark. 2010). Ağız yoluyla alınan naltreksonun yaklaşık %96'sı mide-barsak kanalından süratle emilir. Bununla birlikte karaciğerden ilk geçişte önemli bir şekilde değişikliğe uğrar. Böylece %4-5'i sistemik sürkülasyona değişmeden ulaşır. Naltrekson ve majör metaboliti altı-beta-naltreksol konsantrasyonu alımı takiben bir saat içinde pik yapar. İlaç vücudun her yerine dağılır ve %21-28 'i proteine bağlanır. Anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor. Gebelerde mutlak endikasyon olmadıkça kullanılmamalıdır. Ana bileşik ve majör metabolitinin eliminasyonu süratle başlar. Yarılanma ömrü 1-3 saattir. Daha sonra yavaşlar, yarılanma ömrü 10-15 saate çıkar. Tek dozdan sonra naltrekson 96 saat sonra bile izlenebilir. Metabolizma başlıca hepatik glukoronidasyondan ibarettir. Daha sonra hepatik filtrasyon ile böbreklerden atılır (Özden 2004).

Farmakodinami: Naltrekson, intravenöz karşılığı olan nalokson gibi, merkezi sinir sisteminde başlıca rekabet halinde saf antagonist kapa ve delta gibi opioid reseptörlerine etki ederler. Günlük 50 mg naltrekson dozu, respiratuar depresyon, myozis öfori ve ilaç arama arzusu gibi opioidlerin objektif ve subjektif etkilerin çoğunu antogonize eder. 100 mg'lık doz bir saat içinde 44 ng/ml plazma seviyesi meydana getirir. Bu seviye 24 saat sonra 2,1 ng/ml iner. 1,7 ng/ml plazma seviyesi 25 mg intravenöz eroin dozunu antogonize eder. Rekabet halindeki blokaj yeterli yüksek doz opioid agonisti ile yenilebilir ve tehlikeli ve öngörülmeleyen reseptör aktivasyon seviyelerine yol açılabilir. Naltreksonun bazı hipotalamik ve pituiter hormonlar üzerine minör ve klinik olarak önemli etkileri vardır. Bunun dışında insanlar üzerine farmakolojik etkileri yoktur. Naltreksonun hastaların uyuşturucuya geri dönüş riskini azalttığına dair veri yoktur. Bununla birlikte davranış modelleri ile birlikte naltreksonun kullanımın yalnız başına naltrekson veya yalnız başına davranış programlarının uygulanmasından daha faydalı olduğu bilinmektedir (Özden 2004).

Naltreksonun daha yaygın kullanımı için oldukça önemli bir engel, erken bir aşamada tedaviden vazgeçme oranıdır. Hastalar çoğu uyuşturucusuz yaşam konusunda görüşe göre içten bir istek duyarlar. Fakat arındırmanın ardından ilk bir ay içinde aşırı derecede hassas dönem sırasında, bir randevuya gelmezler, dürtüsel hareket ederler ve eroin kullanırlar. Naltreksone bırakıldığında hiçbir geri çekilme belirtisi yaşanmaz (Kalyoncu ve ark. 2000).

2.8.1.1.3. Alfa2 Agonistler

Noradrenalin içeren nöronların büyük bir çoğunluğu SSS'de lokus seruleusda lokalize olmuştur. Noradrenalinin alkol ve morfin başta olmak üzere birçok maddeye bağlı yoksunluk

sendromu sırasında ortaya çıkan sempatik hiperaktiviteden sorumludur. Bağımlılık yapıcı maddelerin belli bir süre kullanımı sonucu lokus seruleus gibi önemli noradrenerjik yapılarda adaptasyon oluşur. Bağımlılık yapan maddenin ani olarak kesilmesi ile hiperaktivite ve ajitasyon gibi kesilme semptomlarının ortaya çıkmasında bu adaptasyonun rolünün olması kuvvetle muhtemeldir. Opiyatlar lokus seruleus aktivasyonunun baskılanmasına yol açar (Sağlam ve ark. 2003). Opiyat çekilmesi lokus serulus'da hiperaktiviteye yol açar ve bu da opiyat çekilme tedavisinde alfa2 agonist ilaçlarla tedaviyi denemeye yol gösterir (Jaffe ve Strain 2007). α_2 presinaptik reseptör agonistleri lokus seruleus aktivasyonunu baskılar ve opioid yoksunluk sendromu belirtilerini tedavi etmek için kullanılır (Sağlam ve ark. 2003). Klonidin ve Lofeksidin opiyat çekilme tedavisinde yaygın olarak kullanılan iki alfa2 agonist ilaçtır (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.1.1.3.1.Klonidin

Klonidin, opiyat yoksunluğu sırasında görülen noradrenerjik hiperaktiviteyi azaltabilen, merkezi etkili alfa2- adrenerjik, antihipertansif bir ilaçtır (Köroğlu 2009; Nicholis ve ark. 2010). Bulantı, kusma, diyare, kramplar ve terleme gibi yoksunluk belirtilerini azaltır; ancak metadondan değişik olarak kas sızıları, uykusuzluk, gerginlik ve madde için kişinin içinin gitmesi gibi diğer belirtiler üzerinde pek bir etkisi yoktur. Kalp ve böbrek hastalıklarında ya da metabolik hastalıklarda ve hipotansiyonda kullanılmaz. Klonidin yardımıyla yapılan detoksifikasyon sırasında, günde üç kez 0.1mg klonidin verilmesi, opiyat yoksunluğu belirtilerini baskılamaya yeterli olur. Yoksunluk belirtileri azalana dek dozu ayarlanır. Hastanın kan basıncı 90/60 mm Hg'nın altına düşerse, bir sonraki doz atlanır. Eroin gibi kısa etkili bir opiyat için kullanıldığında, klonidin yardımıyla sağlanan yoksunluk genelde 4-6 gün sürer (Köroğlu 2009). Düşük doz opiyat ile nispeten stabilize olmuş hastalarda –örneğin günde 30-40 mg oral metadon- opiyat kullanımının birden bire kesilip, çekilmeyi hafifletmek için klonidin kullanılabilir. Klonidin ile görülen başlıca yan etkiler çok ciddi olabilen hipotansiyon ile sedasyondur ve doz kişiye göre ayarlanmalıdır (Jaffe ve Strain 2007). Bu yan etkileri nedeniyle opiyat yoksunluğu tedavisinde kullanımı kısıtlanmıştır. Klonidin, opioid ilaçları gibi tolerans ya da bağımlılık geliştirmez ve naltrekson ile birlikte kolaylıkla verilebilir (Nicholis ve ark. 2010). Bazı araştırmalar klonidin ile ayaktan tedavinin hemen hemen metadonun giderek azaltılan dozları ile arındırması kadar başarılı olduğunu göstermiştir (Jaffe ve Strain 2007). Hipotansif etkilerinden dolayı klonidin ayaktan tedavilerde dikkatle kullanılmalıdır (Gowing ve Ali 2006). Arındırma tamamlandıktan sonra relapstan korunmada işe yaradığına dair kanıt yoktur (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.1.1.3.2. Lofeksidin

Lofeksidin'nin ABD'de kullanımına izin verilmemiştir (hem opiyat çekilmesi hem de hipertansiyon için), fakat İngiltere'de opiyat çekilme tedavisi için izin verilmiştir ve pazarlanmaktadır. Lofeksidin'in izin alındığından beri İngiltere'de satışında kararlı bir artış vardır ve daha az hipotansiyon yaptığına inanıldığından, klonidinden daha yaygın kullanılmaktadır. Bununla beraber klonidine karşı lofeksidin sonuçları genellikle eşit görünmektedir (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.1.2. Yoksunluktan Opiyat Agonistleri Kullanılarak Arındırma

Her ne kadar herhangi bir μ -agonist opiyat ile tedavi uygulanabilir ve opiyat yoksunluk semptomlarını azaltırsa da, opiyat yoksunluğunu tedavi etmek için kullanımına izin verilmiş pek çok ilacın mevcut olması nedeniyle çekilme tedavisinde onaylanamamış opiyatlar ile tedavi reddedilmelidir. Günümüzde ABD'de opiyat çekilmesinin tedavisi için kullanımına izin verilmiş üç ilaç vardır: Metadon, LAAM ve Buprenorfin (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.1.2.1. Metadon kullanımı

Opiyat agonistleri kullanılarak yapılan arındırmada temel prensip, bağımlı olunan opiyatın kesilerek yerine opiyat agonistinin konulması ve kademeli olarak kesilme uygulanmasıdır. Metadon bu grupta en yaygın kullanılan ilaçtır. Uzun etki süreli sentetik bir opiyat agonistidir (Sees 2000; Coşkunol 2008). Metadon, ağızdan verildiğinde etkin olan, günde tek doz verilebilen ve yeterli dozlarda verildiğinde opiyat yoksunluğunu baskılayan ve diğer opiyatların etkilerini durduran bir ilaçtır. Tedavide amaç; yoksunluğu baskılayan, opiyat almak için kişinin iştahını azaltan, yasadışı opiyatların etkisini durduran ve en sonunda, yasadışı opiyat kullanımının önüne geçen, dengeli bir sürdürme dozuna ulaşmak ve kişinin bireysel ve grup terapilerine katılmasını sağlamaktır. Metadon, CYP450 3A4 ile birlikte diğer P450 enzimleriyle karaciğerde metabolize olmaktadır. Yarı ömrü yaklaşık 24 saattir, dolayısıyla günde bir kez uygulanabilir. En sık karşılaşılan yan etkileri konstipasyon, terlemede artma ve cinsel güçlüklerdir. Aşırı dozda alınması, solunumun baskılanması ve ölüme neden olabilir (Koroğlu 2009). Metadon ayaktan veya yatan hastalarda kullanılabilir. Yatan hastalarda öncelikli amaç çekilmeyi baskılayacak yeterli metadon dozunun sağlanmasıdır. Opiyat çekilmesi tedavisinde metadon kullanımı ile ilgili büyük klinik deneyimler mevcuttur. Metadon opiyat çekilmesinin belirti ve bulgularını bastırmada etkili

olabilir ve çekilme sırasında klinik denetim altında kullanılırsa güvenilir bir tedavidir (Jaffe ve Strain 2007). Tedaviye 15-30 mg/ günlük dozlarla başlanır. Eğer bu doz yoksunluk bulgularının azaltılmasında yeterli değilse doz artırımına gidilir (Sees 2000; Coşkunol 2008). Genel bir kural olarak, başlangıçta dengeyi sağlamak için, ilk 24 saat içinde 40 mg'dan fazla metadon dozu gerekmez. Doktor bağımlılar ve saf madde kullanan diğerleri bu genel kuralın dışındadır ve yüksek doz gerekir. Günlük kullanılan opiyat dozu (eroin, meperidin, morfin) biliniyorsa çekilmeyi baskılayacak eşdeğer metadon dozu hesaplanabilir. Örneğin, çekilmeyi baskılamada metadon yaklaşık olarak morfinden 3 kat daha güçlüdür. Günümüzdeki eğilim, spontan çekilme bulgularını beklemek veya yoksunluğu naloksan ile hızlandırmaktan çok klinik hikayeye göre dozu ayarlamaktır. Doz ayarlandıktan 24-48 saat sonra hastanın metadon dozu giderek azaltılabilir (örneğin, hergün %10-20 azaltılabilir). Yakın takip ve destekleyici kaynaklar ile yatan hastada çekilme metadon ile 7-10 gün içinde tamamlanabilir (Jaffe ve Strain 2007). Kısa süreli arındırmaların yanı sıra, 180 günlük bir zamana kadar sürebilecek uzun süreli arındırmalarda yapılabilir. Metadon, idame tedavisinin uygun olmadığı düşünülen ya da buna istekli olmayan olgularda, alternatif bir tedavi yöntemi olarak uygulanabilir (Sees 2000; Coşkunol 2008). Ayaktan hastada metadon ile çekilmede sadece yoksunluğu hafifletmek değil aynı zamanda başlangıçta yasadışı opiyatların etkilerini yeterince bloke eden bir doz sağlamak gibi farklı amaç ve yol izlenir (örneğin maddeden uzak kalmanın başlangıç periyodunu başarmak) (Jaffe ve Strain 2007). Tedavinin sonraki günleri hatta ilk haftası, yasadışı opiyat madde kullanımına ara verene kadar doz yükseltilebilir (genellikle günlük 10 mg'lık artışı geçmez). Doz yükseltilmeye devam ediliyorsa, hasta çok yüksek doz veya hızlı doz artışını gösteren sedasyon ve diğer bulgular açısından yakından izlenmelidir. Çekilme semptomlarının ve yasadışı opiyat kullanımının olmadığı stabil döneme bir kez ulaşıldı mı doz azaltılmasına başlanabilir. Metadon ile ayaktan çekilme tedavisinde çalışmalar yavaş yavaş doz azaltılmasının (örneğin haftada %3) hızla azaltılmasından (örneğin haftada %10) daha başarılı olduğunu göstermektedir. Ayaktan hastalar metadon ile yoksunluk oranları hakkında bilgi verildiğinde daha başarılı sonuçlar alınmaktadır. Fakat hastalara metadon dozunu düşürme hızlarını kendilerinin ayarlamasına izin verildiğinde sonuçlar iyi değildir. Böylece ayaktan hastalarda metadon dozunun azaltılması birkaç ay alabilmektedir (Jaffe ve Strain 2007). Metadon ile çekilme tedavisi sonuçları genellikle oldukça kötüdür. Relaps sıklığı ve klinik deneyimler, metadon dozu 20-25 mg/gün den daha aşağıya düşürüldüğünde hastaların yasadışı opiyatları kullanmaya başlama konusunda özellikle zayıf olduklarını göstermektedir. Bir çalışmada devam eden metadon sürdürüm tedavisi ile zengin psikososyal servis destekli metadon tedavisinin 6 aylık sonuçları karşılaştırıldığında idame tedavisindeki

hastaların non farmakolojik tedavileri kullanan çekilme grubuna göre daha iyi olduğu görülmüştür (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.1.2.2. LAAM

Uzun etkili sentetik bir opiyat agonistidir. Opiyat yoksunluğunda yerine koyma tedavisinde uygulama bulmaktadır. Ancak EKG’de QT aralığında ciddi uzama ile birlikte ritim bozuklukları yapması nedeniyle, kardiyak sorunu olabilecek hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (Chang ve Kosten 2005; Coşkunol 2008). LAAM’nın dozu konusunda güçlükler olması nedeniyle, bir hasta LAAM tedavisi altında değilse ve bırakmak istemiyorsa bu kullanım opiyat yoksunluğu sendromu tedavisinde tercih edilecek tipik bir ajan olarak değerlendirilmemelidir (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.1.2.3. Buprenorfin

Morfin alkaloidi tebainden elde edilir ve kısmi opiyat agonistidir. Buprenorfin, karma bir opiyat agonist-antagonistidir ve özellikleri tam bir mü agonisti olan metadondan farklıdır. Buprenorfin, mü reseptöründe (opiyat bağımlılığının tedavisinde başlıca etki yeri) tam olmayan bir agonist etki, kappa reseptöründe antagonist etki gösterir. Buprenorfin, yıllardır dünyada parenteral bir analjezik olarak kullanılmaktadır. Oral biyoyararlanımı düşük, sublingual biyoyararlanımı oldukça iyi olduğu için, opiyat bağımlılığının tedavisi için sublingual buprenorfin geliştirilmiştir. Sublingual verildiğinde, parenteral verilmesine göre, kan dolaşımına daha yavaş girer; böylece kötüye kullanılma olasılığı daha düşük olur (Köroğlu 2009). Buprenorfin opiyat çekilme tedavisi için güvenilir ve etkili bir ilaçtır. Parenteral forumunun kullanımına yalnızca ağrı tedavisi için izin verilmiştir. Buprenorfin kısmi opiyat agonist olduğundan ilk doz, belli şartlarda orta derecede opiyat yoksunluk bulgularını hızlandırabilir. Hızlandırılmış çekilme riskini en aza indirmek için ilk dozun hasta spontan olarak orta derecede çekilmede iken verilmesi önerilmektedir (Jaffe ve Strain 2007). Ayrıca son opiyat kullanımından sonraki süre de 12-24 saat olmalıdır. Hızlı ve çok hızlı arındırmada kullanılır (McNichols ve Howell 2000; Coşkunol 2008). Buprenorfinin sublingual formunun opiyat bağımlılığı ve çekilme tedavisi için kullanımına izin verilmiştir ve iki formda pazarlanmaktadır: bir monoterapi ürünü (ticari ismi: Subutex) ve kombinasyon tedavisi için naloksan içeren ürün. Her formun iki farklı dozu mevcuttur: küçük tablet (2 mg) ve büyük tablet (8 mg). Kombine formunda buprenorfin\naloksan oranı 4\1 dir (örn. 2\0.5 ve 8\2 mg’lık tabletler) (Jaffe ve Strain 2007). Hastaya direkt olarak kombine preparat başlanabilir-sublingual naloksan ile hızlandırılmış çekilme riski son derece azdır, çünkü bu

yol ile uygulandığında naloksanın biyoyararlanımı kötüdür (Jaffe ve Strain 2007). Naloksonun sublingual biyoyararlanımı düşük, ancak parenteral biyoyararlanımı yüksek olduğu için, bileşim tabletinin, buprenorfinin başka kullanım alanlarında kullanımı olasılığını ve parenteral kötüye kullanım olasılığını daha da düşüreceği umut edilmektedir; çünkü parenteral kullanılan nalokson, opiyat bağımlısı olan kişilerde opiyat yoksunluğuna neden olur. Metadon gibi buprenorfin de opiyat yoksunluğunu baskılar ve diğer opiyatların etkilerine engel olur (Köroğlu 2009). İlk günlük doz en az 4 mg Buprenorfin olabilir, hasta yasadışı opiyatları kullanmaya ara verme ve çekilmesi yeterince baskılamak için günlük 8-32 mg doz aralığında stabilize olmaya ihtiyaç duyar. Metadon çekilmesinde olduğu gibi uzun etkili buprenorfinin çekilmesinde de sonuçlar kısa olanlardan daha iyidir. Buprenorfinin en az arttırılabilen dozu 2 mg'dır, tabletler çentikli değildir ve kolay bölünmez, birkaç haftalık bir dönemden sonra doz azaltılması 2 mg'lık azaltmalarla yapılmalıdır (Jaffe ve Strain 2007). Her gün verilen sublingual buprenorfini (her gün verilen 12-16mg tabletin eşdeğeri), her gün ortalama dozlarda verilen oral metadonla (50-60mg/gün) karşılaştıran klinik çalışmalarda, bu ilaçların, sözü edilen dozlarda, benzer bir tedavi etkinliği gösterdikleri ve yasadışı opiyat kullanımını azalttıkları bulunmuştur. Ancak daha yüksek dozlarda verilen metadon (80mg/gün ve üzerinde), her gün verilen buprenorfinden daha iyi sonuçlar veriyor gibi görünmektedir. Buprenorfinin dozu artırılarak benzer sonuçlar alınıp alınmayacağı bilinmemektedir. Bugün için, buprenorfinin, ağır olmayan bir fizik bağımlılığı olan hastalar için uygun olduğu düşünülmektedir. Buprenorfinin etki süresi uzundur ve günde tek doz olarak verilebilir. Doz aralıkları artırılacak olursa, daha yüksek dozların verilmesi gerekir. Sözgelimi, iki günlük bir doz aralığı olacaksa iki katı, üç günlük bir doz aralığı olacaksa üç katı verilmelidir. 2-3 günlük doz aralıklarına hastalar genellikle iyi dayanırlar; ancak kimi hastalar, dört gün gibi daha uzun doz aralıklarına da dayanabilmektedirler. Buprenorfinin günlük sublingual sürdürme dozu 8-32 mg arasındadır. Buprenorfin genelde güvenli bir ilaçtır, yan etkileri tam mü gonisti opiyatlarla görülenlere benzer. Ancak, opiyat kullanımının birden bırakıldığı durumlarda buprenorfin, bir ölçüde bir yoksunluk sendromuna neden olur. Metadondan diğer bir önemli ayrımı, buprenorfinin aşırı dozda alınmasının genelde solunum depresyonu yapmamasıdır. Bu durum, olasılıkla buprenorfinin tam olmayan bir mü agonsiti olduğunu göstermektedir (Köroğlu 2009). Buprenorfin ani olarak kesilirse yoksunluk sendromu hafiftir, bununla birlikte bazı hastalarda uzayabilir. Bu yoksunluğun tam süresi hakkında görüş birliği yoktur, 10 gün 8 mg ile idame olduktan sonra hiçbir yoksunluk belirtisi ortaya çıkmayan vakalar olduğu gibi 2. haftada pik yapan ve 2-3 günden sonra hafif semptomlar ile devam eden vakalar bildirilmiştir. Bazı vakalarda ise 3-5'inci günler pik yapan 5 gün içinde geçen vakalar

bildirilmiştir. Buprenorfinin kademeli olarak azaltılması ani kesilmesinden daha az başarılı görülmektedir ve tavsiye edilmemiştir. Buprenorfin yoksunluk belirtilerinin hafifliği henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Bir hipotez, parsiyel alfa-agonist olan buprenorfinin sadece kısmi tolerans ve bağımlılığı indüklemesidir. İkinci bir hipotez buprenorfinin uzun etki süresi ve reseptörlerden yavaş ayrılmasının kendini azaltan bir etki meydana getirmesidir (Özden 2004).

Buprenorfin ve klonidinin etkilerini karşılaştıran çalışmaları sistematik bir gözden geçirme ile inceleyen Gowing ve Ali'ye göre;

- 1) Buprenorfin, opioid yoksunluk belirtilerini yatıştırmada klonidinden daha etkilidir;
- 2) Buprenorfin ile tedavide kalma oranları daha yüksektir, bu sonuç ortalama tedavide kalma süresinin, özellikle ayaktan tedavide, daha uzun olması ile gösterilmiştir
- 3) Yan etkiler üzerindeki bilgi kısıtlıdır; ancak buprenorfin ile daha az yan etki ortaya çıktığı ve yan etkiler nedeniyle tedavinin yarıda kesilme oranının daha düşük olduğu görülmektedir.
- 4) Buprenorfin alan grupta yoksunluk tedavisinin tamamlanma oranı klonidin alan gruba göre anlamlı derecede daha yüksektir, bu hem yatan hastalar için (görece risk: 2.06; %95 GA: 1.03, 4.14; P= 0.04), hem ayaktan tedaviye gelen hastalar için (görece risk: 1.46; %95 GA: 1.07, 1.99; P = 0.02) geçerlidir

Gowing ve Ali aynı sistematik gözden geçirme çalışmalarında buprenorfini metadonla karşılaştıran yazıları incelemişler. Bu çalışma verilerine göre buprenorfin, yoksunluk bulgu ve belirtilerini baskılamada metadona benzer bir kapasiteye sahiptir ki bu bulgu, idame tedavisiyle ilgili verilerle uyumludur. Ancak buprenorfin ve metadon ile yoksunluk örüntüsünün farklı olması olasıdır. Tedricen azaltılan dozlarda buprenorfin kullanan bireylerde buprenorfin kesildikten sonra 'rebound' yoksunluk gözlenmezken, metadon dozu azaltılıp kesildikten 1-2 gün sonra yoksunluk belirtileri tepe yapar. Eldeki kısıtlı veri, yoksunluk belirtileri için buprenorfin kullanılırken metadona göre daha kısa bir tedavi süreci önermektedir ve bu da tedavinin daha hızlı tamamlanması ile sonuçlanacaktır. Görünen o ki, ne buprenorfin ne de metadon ciddi yan tesirlere yol açmaktadır ve her iki ilaç için yoksunluk sürecinin tamamlanması oranları benzerdir (Gowing ve Ali 2006).

Yatarak ya da diğer tedavi programlarına katılmadan önce hızla, tam detoksifikasyonu tercih eden hastalar için yoksunluk belirtilerinin giderilmesinde en etkili yöntem buprenorfindir (Gowing ve Ali 2006).

2.8.2. Opiyat Bağımlılığında Bağımlılık Tedavileri

Genel olarak opiyat bağımlılığının tedavisinin hedefi yasadışı opiyat kullanımının durdurulması olsa da bazı terapistler veya programlar kullanımdaki bir miktar azalmayı yeterli kabul etmektedirler (bunun kullanıcı açısından bir değeri olduğunu örn. Enfeksiyon kapma riskinin azaldığını düşünmektedirler). Diğer programlar yasadışı opiyat kullanımının tamamen bırakılmasını klinik olarak kabul edilebilir olarak görmektedirler. Opiyat bağımlılığında tedavi temiz kalma odaklı tedaviler ve yerine koyma tedavileri olmak üzere iki şekilde yapılır.

2.8.2.1. Temiz Kalma Odaklı Tedaviler

2.8.2.1.1. Psikososyal Tedaviler

APA, psikososyal tedavilerin kapsamlı bir tedavi programının temel bileşeni olduğunu vurgulamaktadır (Nicholis ve ark. 2010)

2.8.2.1.1.1. 12 basamak tedavileri

Adsız Narkotikler (AN) 12 basamaklı tedavi programlarını uygulayan madde kullanmamaya devam eden madde kullanıcılarından oluşan bir kendi kendine yardım grubudur (Jaffe ve Strain 2007). NA, uyuşturucu kendileri için önemli bir sorun haline gelmiş erkek ve kadınların oluşturduğu kar amacı gütmeyen bir arkadaşlık birliği olarak tanımlanabilir. NA düzenli olarak toplanır. Tüm uyuşturuculardan uzak durmak ana hedeftir. NA'ya üye olmak için koşul, kişinin kullandığı maddeyi bırakma isteğinin olmasıdır. Başka herhangi bir koşul başvuran kişilerden beklenmez. Üye olmak için ücret alınmaz. NA çalışmaları 1992 yılında başlatılmıştır. (Ögel 2002). Bu tip gruplar şimdilerde çoğu büyük şehirde vardır ve yararlı grup desteği sağlayabilirler. 12-basamak programlarda tedavi edilen hekimlerin tedavi sonuçları genelde iyidir fakat 12-basamak program modelinin özünü oluşturan anonimlik (adsızlık) bu modelin opiyat bağımlılığının tedavisindeki etkinliğinin detaylı değerlendirilmesini zorlaştırmıştır. Metadon idame tedavisi yapılan bazı hastalar, 12-basamak kendi kendine yardım programlarının metadon kullanımına negatif olarak etki ettiğini sanmaktadırlar ve Adsız Narkotiklerin (AN) bir türü olan Adsız Metadon (AM), özellikle metadon idame tedavisi alan hastalar için geliştirilmiş 12-basamak programıdır. Kişisel-yardım programları, grup unsuru olarak destek ve profesyonel tedavilerde her zaman mümkün

olmayan gerçek dünya görüşü sağladıklarından tedavinin önemli ve oldukça faydalı bir yönünü oluşturlar (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.2.1.1.2. Tedavi Toplulukları

Öncüleri diğer benzer tedavi şekillerinde bulunabileceği için Tedavi Toplulukları (TT) tedavi modelinin tam olarak ne zaman ortaya çıktığını söylemek zor olsa da, genelde TT'ler 1950'lerin sonunda ve 1960'ların başında Amerika'da ortaya çıkmıştır. O zamandan beri TT'ler, araştırmalar yapan ve madde kötüye kullanımı tedavisindeki rolleri hakkında delil sağlayıcı ve farklı TT'lerin çalışma şekilleri hakkında yazılar yazan çalışanları sayesinde geliştiler ve olgunlaştılar. Bir TT benzeri program olan Synanon, 1950'lerin sonunda Kaliforniya'da ortaya çıkmıştır. TT'lerin esas özelliği, sosyal çevrenin gerektirdiği prososyal beceriler ve davranış modeli kazandırmaya çalışmaktır. TT'ler madde kötüye kullanıcısının tedavisini eğitilmiş personelden hastalara tek yönlü bir süreç olarak görmezler, daha ziyade kişinin kuralları, yapısı ve kişiler arası ilişkileri olan ve terapötik katılımlardan oluşan bir süreç olarak görürler. Hedef, yaşam tarzının maddeden uzak kalacak şekilde tamamen değişmesini, kişisel güvenin ve faydalı sosyal becerilerin gelişmesini ve antisosyal tavırların ve suç davranışlarının elimine edilmesini sağlamaktır (Jaffe ve Strain 2007). Bu tedavi yöntemi kişinin yeni beceriler, alışkanlıklar kazanmasını, davranış biçimlerini topluluk içinde değiştirmesini ve kendisine yeni bir hayat kurmasını sağlamak amacını taşır. Genelde tedavi bir grup madde kullanıcısıyla birlikte kent dışında bir evde yapılır. Uzun süreli bir tedavi yöntemidir (Ögel 2002). Terapötik topluluklar programında başarılı tedavinin bağımlıların heyecan arama özelliğini azalttığı ileri sürülmektedir (Skolnick ve Zuckerman 1979).

Bu hedeflere ulaşmak için, bağımlının yaklaşık 12-18 ay TT'de yaşaması ve sıkça katılımcıların tutum ve hareketlerinin karşılıklı eleştirildiği grup oturumlarına katılması beklenmiştir. Topluluk aynı zamanda birçok bakımdan aileyi temsil eder. Topluluk içinde sorumluluk kazanılması, artmış kişisel özgürlükle, maddi yardımla ve eşlerin saygısıyla ödüllendirilir. Davranış veya tutum bakımından topluluğun beklentilerinden sapma sıklıkla personel tarafından sert eleştiriler yapılmasına neden olur. Şiddet ve maddenin herhangi bir formunun kullanımını tamamen yasaklamıştır ve en sonunda topluluktan atılmaya neden olabilir. Bazı tedavi toplulukları ilk çekilmeyi kolaylaştırmak için madde kullanımını önleseler de, bazıları ağır bağımlı yeni katılımcıların tedavilerinde daha esnek davranırlar. Yakın geçmişte bazı tedavi toplulukları bağımlıların büyük bir yüzdesinin madde bağımlılığına ilaveten psikopatolojilerinin olduğunu fark etmeleri antipsikotik veya antidepresan ilaçların reçetelenmesine izin vermiştir (Jaffe ve Strain 2007).

Günümüzde tedavi toplulukları profesyonellere karşı tutumları ve asıl hizmet modelleri bakımından değişkenlik gösterirler. Her toplulukta en azından birkaç eski bağımlıya anahtar personel görevi verilir, eski bağımlılar rol modelleri olarak hizmet ederler ve iyileşme ve kabul görme beklenir ve mümkündür. Phoenix House, Odyssey ve Second Genesis gibi bazı tedavi toplulukları psikiyatrist tarafından yönetilirler veya yönetilmişlerdir ve anahtar pozisyonlarda sağlık profesyonellerine görev verirler. Federal olarak desteklenen programlar bireysel tedavi planları geliştirmeye ve ilk değerlendirmeleri yapmaları için doktorlar, psikologlar, mastır yapmış danışmanlar veya sosyal işçiler gibi sağlık personellerini görevlendirmeye başlamışlardır (Jaffe ve Strain 2007).

Halen çoğu tedavi toplulukları tedavide kalan hastaların 12-18 ay sonra genel topluluğa dönmelerini bekleseler de, bazıları para kaynaklarının baskısıyla bazen daha kısa tedavide kalım süreleriyle denemeler yapmaktadırlar. Tedavi toplulukları, oldukça uzun tedavide kalım süresine ihtiyaç duydukları için kararlı ve kazançlı işleri ve başarılı kişisel ilişkileri olan opiyat bağımlılarına fazla cazip gelmezler. Günümüzde tedavi topluluklarına katılanların önemli bir kısmı suçla ilgili adalet sistemi tarafından gönderilmektedir (adli suçlulardır). Giriş ölçütleri bu yüzden değiştirilmiştir ve tedavide kalımı sağlamak için dış baskı arttırılmıştır. Dış baskıya rağmen tedaviden ayrılma oranları (ilk 90 günde %30-40 ve 6 ay içinde %50) hala çok yüksektir. Ayrıca ciddi psikopatolojisi olan yeni katılımcıların yüzdesi de yavaş yavaş artmaktadır. Görünürde benzer tedavi topluluklarında hasta özelliklerini ayarladıktan sonra bile tedaviden ayrılma oranları oldukça değişmektedir (Jaffe ve Strain 2007).

TT'lerde kalma madde kullanım sorunlarında önemli azalmaya yol açar; depresyon göstergeleri de önemli ölçüde azalır. Tedavi topluluklarından mezun olanların ve bu topluluklardan ayrılanların takip edildiği çalışmalar, 90 gün veya daha fazla tedavide kalan hastalarda antisosyal davranışların ve yasa dışı madde kullanımının (hastaların kendilerinin belirttiğine göre) ve kaydedilmiş tutuklanmaların azaldığını ve yasal işlerde çalışmanın oldukça arttığını göstermektedir. Antisosyal kişilik özellikleri DSM-III-R ölçütlerine uyan hastalarda bu ölçütlere uymayan hastalarla aynı ölçüde iyileşme gözlenmiştir. Genelde, ciddi psikopatolojisi olmayan hastalarda yaklaşık 12 ay kadar süren kararlı bir programda geçirilen sürenin etkisi vardır; daha uzun süre tedavide kalan hastalar 12. ayda ve 5 yıllık takiplerde her bakımdan daha iyi tedavi sonuçları sergilerler. Daha iyi sonuçlar yakalayan bazı hastaların TT'den ayrıldıktan sonra ek tedavi programları aldıkları saptanmıştır (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.2.1.1.3. Kısa Girişimler (Brief Intervention)

Birçok pratik neden tedavi programlarının kısa tutulması zorunluluğunu getirmektedir. Öte yandan madde kullanan bireylerin önemli bir kısmı genel sağlık hizmetlerinden yararlanmakta ve buradaki hekimlerin ise tedaviye ayıracak zamanlarının çok az olduğu da bilinmektedir.

Kısa girişim, alkol ya da madde kullandığı anlaşılan kişilere yönelik olarak geliştirilen bir dizi terapötik yaklaşımdır. Türe göre değişmekle birlikte uzunluğu ortalama 1-3 seans arasında değişmektedir. Kısa girişimlerin maliyeti düşük, uygulaması kolay, zamanla sınırlı, önleyici yaklaşımlardır. Hedef, bağımlı olmayan madde kullanıcılarında kullandıkları maddenin miktarını azaltmalarını ve/veya tedaviye başvurmalarını sağlamaktır. Temelde değişim için kişiye motivasyon kazandırmak amaçlanır. Bilişsel davranışçı tekniklerin öğretilmesini içermez. Kişinin sosyal çevresini değiştirmek gibi bir amacı da yoktur.

Bireylerin kendilerini denetlemelerini ve düzenlemelerini yönlendiren girişimlerdir. Kısa girişimlerin amaçlarını özetleyecek olursak;

1. Bireyin madde kullanımının sonuçları konusunda farkındalığını arttırmak
2. Değişime olan inancını arttırmak
3. Değişimi sağlamak için bireyin doğal kendine yardım sistemlerinden yararlanmak
4. Bireyi, değişim için kendi sorumluluğunu alması için yüreklendirmek

Hiçbir girişimde bulunmayan hastalar ile karşılaştırıldığında 8 araştırmadan yedisinde kısa girişim yararlı bulunmuştur. Uzun süreli tedavi programları ile karşılaştırıldığında 12 araştırmada eşit oranda etkili bulunurken, 12 araştırmada da uzun süreli tedavi programlarının daha etkin olduğu gösterilmiştir. Araştırmaların özetini şöyle bir denklemle verebiliriz:

Uzun süreli tedavi $\geq$ Kısa Girişim $>$ Kontrol Grubu

Kısa girişimin, erkeklerde, eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve komorbidite yoksa daha etkin olduğu bulunmuştur (Ögel 2002).

2.8.2.1.1.4. Motivasyon Kazandırıcı Tedaviler

Motivasyon kazandırma tedavinin ilk adımıdır. Tedaviyi düşünmeyen hastalarda da değişimi başlatmak için kullanılmaktadır. Motivasyon kazandırıcı tedavilerin başında motivasyonel görüşme gelmektedir. Motivasyonel görüşme madde kullanımı ve bağımlılık alanında özellikle son yıllarda giderek önem kazanan yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntem özellikle madde kullanan kişiyi bırakmaya zorlayan yöntemlerinin başarısız olmasıyla önem kazanmıştır. Motivasyonel görüşmenin en etkileyici yanlarından birisi kısa süreli olması ve kişide bırakma yönünde kalıcı etkiler yapmasıdır. Motivasyonel görüşme kişilerin sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini sağlamak için yapılan yardımın özel bir

yoludur. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Ambivalansın çözülmesi ve kişinin değişime yönlenmesine yardım etmek amacıyla kullanılır. Zaten bazı madde kullanıcılarının ihtiyaç duyduğu şeyde tümüyle budur. Bazıları içinse bu tedavinin başlangıcıdır. Bu yöntem daha ileri bir terapötik çalışmanın başlamasını sağlar. Değişim dairesel bir döngüyü içeren bir süreçtir ve çeşitli evrelerden oluşur.

Farkındalık öncesi (Precontemplation): Bu evrede kişi henüz değişmeye hazır olmamakla birlikte kişi bir sorunu olduğunun farkında bile değildir ya da değişme yapmaya gereksinim duymamaktadır. Kişiy e bilgi vermek, sorun ile ilişkili farkındalığını arttırmak ve değişme ihtimalini gündeme almak bu evrede yapılacak en uygun yaklaşımdır.

Farkındalık (Contemplation): Bu evrede kişi artık bir sorun olduğunun farkına varmıştır. Bu evrenin en önemli özelliği ambivalanstır. Kişi hem değişmeyi kabul eder hem de bunu reddetmektedir. Bu evredeki yaklaşım dengenin değişim lehine bozulmasını sağlamaktır. Bu evrede tedaviye başvuru siktir ve motivasyonel görüşme oldukça yararlı olmaktadır.

Karar verme: Bu süreç açık kalan pencereye benzetilebilir ya da fırsat olarak adlandırılabilir. Eğer bu zaman zarfında kişi eyleme geçerse değişim süreci devam eder. Eğer bu olmazsa farkındalık öncesi evresine geri döner.

Eylem: Bu evrede kişi kendini değişime götürecek belli eylemlere girişir. Örneğin maddeyi bırakır.

Sürdürüm (maintenance): Değişimi devam ettirmek ve relapsı önlemektir. Değişim yapmak değişimin devam edeceğini garantilemez. Değişimi sürdürmek gerekir.

Relaps: Kişinin tekrar eski durumuna dönmesidir. Örneğin tekrar madde kullanmaya başlar. Bu evrede çemberin tekrar çevrilmesi sağlanmalı kişinin burada çakılıp kalması önlenmeye çalışılmalıdır. Kayma ve relapsları doğal kabul etmek gerekir. Burada önemli olan kişinin cesaretini kaybetmemesinin sağlanmasıdır (Ögel 2002).

Motivasyonel görüşme yöntemleri, değişmek için sorumluluğun kişinin kendisinde olduğunu ve yeterliliğin kişinin kendisinde yattığını varsayar. Terapistin görevi, danışanın, değişmek üzere motive olması için birtakım koşullar yaratmaktadır. Motivasyonel görüşme yöntemleri şunlardır:

- Empatinin gösterilmesi: Terapist, eleştirmeden, suçlamadan, yargılamadan, etkin bir biçimde dinleyerek, danışanın durumunu ve bakış açısını anlamaya çalışır. Terapist, erken evrelerde danışanın, madde kullanmayı bırakmaya hazır ya da istekli olmayabileceğini bilir. Bu yüzden, önce tedavi işbirliği kurmaya çalışır ve sözel olarak değişmeyi önermektense, ona süreç içinde dayanak olacağını gösterir.

- Çelişkilerin ortaya çıkarılması: Motivasyonel görüşmenin amaçlarından biri, danışanın o sıradaki ve geçmişteki davranışlarıyla, gelecekteki amaçları arasındaki uyumsuzlukların ayrıntılı bir biçimde gösterilmesidir. Bu, madde kullanımının sürdürülmesinin sonuçlarını değerlendirilmesiyle yapılır. Diğer bir deyişle, değişmenin ve değişmemenin artılarının ve eksilerinin değerlendirilmesiyle yapılır. Burada amaçlanan, danışanın değişme gereği tartışmasına girmesi ve değişme gereği gerçeğini anlamaya başlamasıdır.
- Tartışmadan kaçınma: Motivasyonel görüşmede danışanların “alkolik” ya da “madde bağımlısı” olarak damgalanmalarından kaçınılır. Terapist bir dirençle karşılaşınca yaklaşım yöntemini değiştirme zamanı gelmiş demektir. Çoğu insan, çabalarına destek olunmadığını görürse ve eylemlerini savunmak durumunda kalırsa, değişmek için güdülenmez.
- Dirençle çalışma: Dirençle karşılaşılınca, buna karşı koymaya çalışmaktansa, bunun dışı vurulmasına izin verilmesi gerekir. Terapistin, danışanın sorularını ve kaygılarını yansıtması, böylece danışanın olası seçenekler üzerinden daha çok gitmesinin sağlanması yarar sağlar. Dolayısıyla danışan, olası yanıtları kendisi bulur, kaygılarını paylaşmış olmakla kendini bozguna uğramış olarak hissetmez ve duygularını dışı vurmaya göze alır.
- Kendine yeterliliği destekleme: Terapist, danışanın değişme yeterliğine değişiklik örneklerini ona göstermektir. Bir diğer yol, sorumluluk almanın önemini vurgulamaktır. Sonuç olarak danışanlar, terapistle sıcak bir ilişki kurduklarını ve güçlü bir dayanak sağladıklarını içlerinde hissederek, kendi başlarına etkili olabileceklerine ilişkin kendilerine duydukları güven artar. Motivasyonel görüşmenin amacı, insanların değişmeye zorlamak değil, değişmeye hazırlamak, bunu için motivasyon sağlamaktır. (Köroğlu 2009)

2.8.2.1.1.5. Davranışçı Tedavi

İstenmeyen davranışın, istenen davranışın gösterilmesi ve öğretilmesiyle düzelebileceği temeline dayanmaktadır. Tedavi kişinin üç tip kontrol kazanmasını hedeflemektedir (Ögel 2002).

1. Uyarıcı kontrolü. Hastanın maddeden uzak durması sağlanmaya çalışılır.
2. Dürtü kontrolü. Hastanın madde kullanımına yol açan düşünce, duygu ve planlarını tanıması ve değiştirmesi hedeflenmektedir.
3. Sosyal kontrol. Aile ve çevresinin kişiyi maddeden uzak tutmasına çalışılmaktadır.

2.8.2.1.1.6. Bilişsel Davranışçı Tedavi

Bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri özellikle son yıllarda madde kullanım bozukluklarında yaygın olarak kullanılmaya başlanan etkin tedavi yöntemidir. Bu tedavi sosyal öğrenme ve davranış teorilerinden kaynak almaktadır. Bilişsel terapi; kendine zarar verici davranışların ve aşırı duygusal tepkilerin altında yatan yanlış, hatalı düşünceyi ve inanışları değiştirerek azaltılmasını öngören bir psikoterapi sistemidir. BDT kısa süreli ve konuya odaklanmış bir yaklaşımdır. Temel varsayım, öğrenme sürecinin madde kullanımına başlamada ve tedavi ettirmede önemli bir etken olduğu biçimindedir. BDT kısaca hastanın tanınmasına, uzaklaşmasına ve başa çıkmasına yardımcı olur. Yaklaşım hastaya özel geliştirilir. Özgül vaka formülasyonu bilişsel model temel alınarak hazırlanır. Yaklaşım;

- İşbirlikçi (güven oluşturmaya yönelik)
- Aktif,
- Büyük oranda açık uçlu soruları temel alan,
- Yapılandırılmış
- Hedefe yöneliktir.

Beceri geliştirme eğitimleri istekle başa çıkma, değişim için motivasyonun sağlanması, madde ile ilgili düşüncelerin idaresi, sorun çözme yetilerinin geliştirilmesi, yüksek riskli durumların tanınması ve idaresi, uygunsuz kararların tanınması ve reddetme becerilerinin geliştirilmesini içerir.

Hastaya iki yolla yardımcı olunmaya çalışılır; biri altta yatan inançların temelini çürütmek, madde kullanma isteğinin sıklığını ve gücünü azaltmaktır. Diğeri ise maddeye duyulan aşırı isteğin ele alınması ve kontrol edilmesinde özgül teknikleri öğretmektir. Amaç baskıyı azaltmak ve kontrolü arttırmaktır.

Terapist hastanın gerçek problemler ve hoş olmayan duygularla başa çıkmak için madde kullanımından kaçınarak, yeterli yöntemler bulmasına yardımcı olur. Kişinin hayatındaki uygun diğer zevk kaynaklarını yapılandırmak için çalışılır. Birçoğunun engellenme eşiği düşük olduğundan, engel ya da gecikmelerle karşılaştıklarında ne kadar aşırı tepki verdikleri ve kendilerine zarar verici davranışlarda bulundukları gösterilir.

Bilişsel terapide hastaya yargısız bir ilgi gösterilir. Olumsuz algılamalarını ve değerlendirmelerini gösterirken edilgen davranılmaz, etkin olunur. Uygun bir terapötik ilişki oluşturulurken bir takım sınırlar koyulur. Hiçbir zaman iletişim eleştirel ya da kontrol eder özellikler içermez.

Neden BDT?

BDT'nin madde bağımlılığı tedavisinde önemli bir seçenek olmasının nedenleri şunlardır (Ögel 2002);

- Kısa süreli bir program olduğu için klinik gereksinimlere daha uygundur.
- Etkinlik araştırmaları yapılmış ve etkin bulunmuş bir yöntemdir.
- Yapılandırılmış, hedefe yönelik ve sorunlar üstünde duran bir yöntemdir
- Esnek, bireysel yaklaşıma açık, birçok tedavi ortamında ve biçiminde (grup, bireysel vb) uygulanabilir.
- Farmakoterapi gibi diğer tedavi yöntemleriyle birlikte de kullanılabilir.

2.8.2.1.1.7. Relaps Önleme (Relaps Prevention)

Relaps kişinin madde kullanımını bıraktıktan sonra tekrar kullanmaya başlaması demektir. Slip ya da laps terimi ise kişinin bırakma dönemini takiben birkaç kez madde denemesine verilen isimdir. Relaps önleme de bilişsel davranışçı tedavi temellerine dayanır. Bireyler bu tedavide sorunlu davranışlarını tanır ve düzeltmeye çalışırlar. Kişisel kontrolün kazanılması önemli bir adımdır. Kişisel başa çıkma yöntemlerini öğrenmesi amaçlardan birisidir. Araştırmalar relaps önleme tedavisi sonrasında öğrenilen davranışların kalıcı olduğunu göstermiştir. Relaps madde bağımlılarında %40-80 oranında görülür. Bu nedenle hastaları ayık tutmak için çeşitli programlar üretilmiştir. Relapsların üçte ikisinin genellikle ilk üç ay içinde ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bir kişinin tekrar madde kullanmaya başlamasında birçok etken vardır. Ancak bunları şu şekilde sınıflandırabiliriz.

Duygusal değişkenler ve duygudurum: Olumsuz duygudurumlar, öfke, anksiyete, sıkıntı, depresyon, boşluk hissi, suçluluk, yalnızlık gibi. Olumlu duygudurumlarda relapsa neden olabilir. Çocuğunun evlenmesi vb.

Davranışsal değişkenler: Başa çıkma yetileri ve kişisel becerileri önemli rol oynar. Sorun çözme yetilerinin düşük olması, boş zamanlarını değerlendirememesi, sosyal becerilerin eksikliği önemli etmenlerdir.

Bilişsel değişkenler: Relaps kişinin madde kullanımı, iyilik ve relaps hakkındaki bilgi, tutum ve beklentilerinden etkilenir.

Çevresel ve ilişkisel etkenler: Maddelere kolay erişilebilirlik, kullanma için sosyal baskıların ve ısrarın varlığı, sosyal desteklerin azlığı, önemli yaşamsal değişimler, evsizlik relapsla bağlantılı olabilir.

Fiziksel değişkenler: Bağımlılığın şiddeti, fiziksel bir hastalığın varlığı, ağrı ya da şiddetli istek relapsa yol açabilir. Yine uzamış yoksunluk bulgularının varlığı bu grup içinde değerlendirilebilir.

Psikolojik ve psikiyatrik değişkenler: Öğrenilmiş davranışlar, kişilik özellikleri, psikiyatrik hastalık, başka bağımlılıklar, geçmişte taciz öyküsü bunlar arasında sayılabilir (Ögel 2002).

Tedavi sırasında relaps ortaya çıktıysa terapist relapsa neden olan olayları, düşünceleri ve duyguları tanımlamaya ağırlık vermeli ve görüşme bu konuya ayrılmalıdır. Buna relaps analizi adı verilir. Terapist hastasına relapsın her şeyin bittiği ve tedavinin başarısızlığı anlamına gelmediğini anlatması gerekir. Çünkü hasta relaps sonrası bir umutsuzluğa kapılır. Terapist hastasını relaps konusunda bilgilendirmelidir. Relaps tedavide bir eksikliği göstermektedir ve bu eksiklik saptanarak üstüne gidilmeli ve tedaviye devam edilmelidir.

Relapsın belirtileri

Relapsın belirtilerinin tanınması ve önceden saptanması büyük önem taşır. Bu konuda hasta eğitilmelidir. Gorski ve Miller kişiyi relapsa götüren 11 basamağı tanımlamıştır.

Bu basamaklar şu biçimdedir:

1. Kişinin tedavi programına katılmanın gerekliliğine ilişkin tutumunun değişmesi
2. Yaşam olaylarına karşı abartılı bir tepki olarak artmış stres
3. İnkârın yeniden ortaya çıkışı. Genelde kişi inkârın ortaya çıkışını da kabul etmez ve bunu konuşmaktan kaçınır.
4. Özellikle stresli olaylardan sonra yeniden yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.
5. Davranış değişiklikleri. Stres karşısında farklı davranış biçimleri göstermeyle ya da günlük aktivitelerin değişmesiyle kendini gösterir.
6. Sosyal yıkım. Kişinin yeni baştan kurduğu sosyal yapı değişmektedir. Örneğin ayık arkadaşlarıyla görüşmemekte, inzivaya çekilmekte ya da ailesinden giderek uzaklaşmaktadır.
7. Yeniden yapılanmanın kaybı. Tedavi sürecinde kişinin oluşturduğu günlük program aksamaktadır. Örneğin geç yatmaya başlar, öğünlerini aksatır, traş olmaz vb.
8. Muhakemenin kaybı. Kişi karar vermekte zorlanmakta ya da uygunsuz kararlar almaktadır.
9. Kontrolün kaybı. Kişi akılcı olmayan seçimlerde bulunmaya başlamıştır.
10. Seçeneklerin yitirilmesi. Artık kişi zorluklarla karşılaştığı zaman tek seçeneğinin kaldığını düşünmektedir, o da madde kullanımıdır.
11. Relaps.

Relaps önlemede üç önemli strateji

Sosyal Destek Yaklaşımı

Aile tedavisi programları ve AA ya da NA'nın uyguladığı 12 basamak tedavisi sosyal destek yaklaşımlarına örnek verilebilir.

Yaşam Biçimi Değiştirme Yaklaşımı

Yaşam biçimi değiştirmenin iki önemli parçası vardır. Madde kullanan kişilerden uzak durmak ve koruyucu bir toplum içinde var olmak. Araştırmalar diğer madde kullanıcıları ile bağlantılarını kesen, yeni ilgiler ve sosyal ilişkiler geliştiren kişilerde relapsın daha güç olduğunu göstermektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapinin relaps önlemede etkin olduğu bilinmektedir. Burada amaç kişinin relaps etkenlerini öğrenerek bunlardan kaçması veya uzak durmasını sağlamaktır (Ögel 2002).

2.8.2.1.1.8. Bireysel Danışmanlık

Bireysel danışmanlık doğrudan hastanın madde kullanımını azaltmaya yönelik bir yöntemdir. Ancak aynı zamanda çalışma durumu, yasal olmayan etkinlikler, aile ve sosyal ilişkiler gibi bozulmuş işlevlerin düzeltilmesine yardımcı olunmaya çalışılır. Hastanın iyileşme programının yapılandırılması da bu tedavinin bir parçasıdır. Kısa dönemde davranışsal yöntemler kullanılarak başa çıkma ve temiz kalma yolları üstünde durulur. 12 basamak programlarına katılım özendirilir (Ögel 2002).

2.8.2.1.1.9. Matrix

Matrix programı daha çok uyarıcı madde kullananlar için oluşturulan bir tedavi programıdır. Hastalar, bağımlılık ve relaps konusunda önemli bilgileri yönlendirici ve destekleyici bir tavır üstlenen terapistten öğrenirler. Terapist öğretmen rolünü de üstlenir ve değişim için kişiyi yüreklendirir. Hasta terapist arasındaki ilişki realistik ve direktir. Ancak yüzleştirici ve koruyucu değildir. Terapist hastanın kendine olan güvenini ve değerliliğini arttırıcı girişimlerde bulunur. Program motivasyon kazandırma terapisi ve bilişsel davranışçı tedavisi esaslarına dayanmaktadır. Relaps önleme, aile ve grup terapileri, psikoeğitim de program içinde yer almaktadır. Tedavide kendine yardım gruplarına katılım özendirilir ve ailede tedavinin içine katılır (Ögel 2002).

2.8.2.1.1.10. Aile Tedavisi

Aile temelli bir tedavi programıdır. Madde kullanımı birey, aile, arkadaş ve toplum anlamında değerlendirilmektedir. Tedavi oturumları klinikte, evde, okulda yapılabilir. Ailede kendini madde kullanıcısı gibi incelemeye alır ve değişim sürecine girer (Ögel 2002).

2.8.2.1.1.11. Destekleyici-Ekspresif Tedavi (Supportive expressive therapy)

Destekleyici teknik hastanın kişisel sorunlarını tartışırken kendisini iyi hissetmesini sağlamak, ekspresif teknik ise hastanın kişilerarası ilişkilerini tanımlaması ve üstünde çalışmasına yardımcı olmak için kullanılmaktadır. Tedavide ana amaç sorunlar karşısında ortaya çıkan duygu ve davranışlarla, sorunların madde kullanmadan nasıl çözülebileceğini hastanın anlamasını sağlamaktır. Özellikle metadon kullanıcılarında yapılan araştırmalarda etkin bulunmuştur (Ögel 2002).

2.8.2.1.1.12. Grup Tedavisi

Grup tedavisi “cost effective” bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilebilir (ögel 2002). Ortalama bir grup 8-12 kişiden oluşmalıdır. Oturumlar, yaklaşık bir saatlik oturumlar olarak tasarlanır. Daha büyük gruplarda bu süre 1.5 saate dek çıkabilir. Oturumlar için, kişilerin kendilerini açabilecekleri ve açılacakları güvenli bir ortam sağlanmalı ve grupta konuşulanların grupta kalacağı özellikle vurgulanmalıdır. Her oturum başlamadan önce, bir önceki oturumla arasında bir bağ kurulmalıdır. Ayrıca grup üyelerinin “şimdi, burada” ilkesine uymaları sağlanmalıdır. Alkol ya da madde bağımlılığı olan kişiler, genellikle, o sırada, orada olmaya odaklanmak yerine, geçmişe dalıp gitme, geçmişle uğraşma eğilimi gösterirler. Grup oturumlarında, danışanların davranışlarının niteliğiyle ilgili olarak birbirlerine göstermeleri beklenenler şunlardır: bu, bugünkü davranışının nasıl olabileceğine ilişkin bir örnek. Bu, davranışının başkalarında ne gibi duygular uyandırdığını gösteriyor. Bu, davranışının çevredekileri nasıl etkilediğini gösteriyor. Davranışın, kendinle ilgili görüşünü nasıl etkiliyor? (Koroğlu 2009). Süresi belirli, yapılandırılmış eğitim gruplarının tedavinin ilk aylarında daha etkili olduğu, daha sonra sorun çözmeye yönelik grupların daha etkin olduğu gösterilmiştir. Bireysel tedavisine ek olarak bireyin grup tedavisine de alınması tedavinin başarısını arttırmaktadır. Özellikle sosyal anksiyetesi olan bazı bireyler grup tedavisinden ziyade bireysel tedaviyi tercih etmektedir (Ögel 2002).

2.8.2.1.2. Naltrekson

Naltrekson, tam ya da tam olmayan mü opiyat agonistleriyle sürdürme tedavisine bir seçenek olabilecek bir opiyat antagonistidir (Köroğlu 2009). Teorik olarak, antagonistlerle yapılan tedavi opiyatların öforik etkilerini bloke ederek edimsel pekiştirilmiş ilaç-arama davranışının tükenmesine ve aynı zamanda fiziksel bağımlılığın yeniden kurulmasını önleyerek yoksunluk fenomeninin tükenmesine yol açar. Naltrekson oral olarak etkilidir ve haftada üç kere verildiğinde (100 mg hafta içi ve 150 mg haftasonu) önemli dozda eroinin etkilerini tamamen bloke eder. Toksisitesi düşüktür. Yinede naltreksonun kullanımı hekimin hastada opiyat fiziksel bağımlılığının devam etmediğinden emin olmasını gerektirir çünkü naltreksonun tek dozu çabucak birkaç saat sürebilen (naltreksonun etkisinin uzun sürmesi nedeniyle) yoksunluk sendromu yaratabilir. Antagonistlerle son zamanlarda yapılan tedaviler, naltrekson alan hastaların opiyatla ilişkili belirtilerinin varlığında tahminen kognitif düzeyde opiyat etkilerini yaşamalarının mümkün olmayacağını bildikleri için daha az madde tutkusu yaşadıklarına dair ampirik ve deneysel gözlemlere dayanırlar (Jaffe ve Strain 2007). Naltrekson ile idame tedavisi altında olan hastalarda opiyatlara duyulan şiddetli istekte azalma olduğuna ilişkin kimi bildirimler yapılmıştır, fakat bunun farmakolojik bir etki olduğu belirgin değildir. Şiddetli istekteki bu azalma bağımlıların naltreksonun farmakolojik blokajı nedeni ile opioid etkilerine karşı korunduklarını bilmelerinin getirdiği bir güvenlik duygusu da olabilir (Kalyoncu ve ark. 2000). Tedaviyi yarım bırakma oranı yüksektir (Jaffe ve Strain 2007). Büyük ölçekli çalışmalarda, tedaviden vazgeçme oranı, eroin bağımlılığı konusunda ayaktan tedavi gören hastaların ilaçsız tedavisinde olduğu gibi, çok yüksektir. Naltrekson, yapılandırılmış bir rehabilitasyon programının yokluğunda sokaktaki eroin bağımlısı hastaların tedavisinde uygulandığında belirgin bir biçimde etkili değildir. Naltrekson, yapılandırılmış bir program dahilinde, özellikle de motive olmuş spesifik topluluklar arasında etkili gözükmemektedir (Kalyoncu ve ark. 2000). İşin tuhafı bu düşük uyum oranları naltreksonla tedavi edilen alkol kötüye kullanıcılarında gözlenmemiştir. Yinede naltrekson bir multi klinik, çift-kör çalışmada test edildiğinde ilk başta maddeye ilgi duyan hastalardan bir kaçı tek doz madde almıştır. 6 aylık takipte naltrekson grubunda tedavi esnasında daha az sayıda idrar örneğinde opiyat saptanmışsa da naltrekson grubuyla plasebo kontrol grubu arasında az sayıda fark kaydedilmiştir. Eski opiyat kullanıcıları, bazen, alkol kötüye kullanıcılarına naltrekson verildiğinde rapor edilmeyen bir ilaç yan etkisi olan disforiden şikayet ederler. Rapor edilen tek tutarlı yan etki biraz yüksek, mide bulantısı insidansdır (Jaffe ve Strain 2007).

Uzman hekimler çift-kör plasebo-kontrollü denemelerin uzun etkili antagonistlerin yararlılığını değerlendirmede en uygun yol olduğunu düşünmemektedirler. Onlar, arındırmadan hemen sonra 30-60 günlük naltrekson tedavisinin opiyat kullanımının nüks etme ihtimalini azalttığına inanmaktadırlar. Naltreksonu almaya gönüllü olan şartlı salıverilmiş opiyat bağımlılarında yapılan çalışmalarda, maddeyi aktif olarak kullananlarda tesadüfen plasebo verilenlere göre daha az şartlı salıverilmeye uymama ve yeniden hapsedilme gözlenmiştir. İsrail’de ve Portekiz’de yürütülen çalışmalarda, aile bireylerinin hastaların naltrekson tedavisine uyumunu desteklemeye katılmaları için özel çaba sarf edilmiştir ve sonuçta bir senelik bir takipte hastaların %30-40’ının maddeden uzak durmaya devam ettiği görülmüştür. Randomize kontrollü bir çalışmada, Naltrekson kullanmaları için tesadüfen hediye çeklerinin verildiği ayaktan takip edilen hastalarda tedaviye uyum çeklerin tesadüfen verilmediği veya hiç verilmediği kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde artmış bulunmuştur. Eroinden metadona veya naltreksona transferi kolaylaştıran teknikler (klonidin veya buprenorfin ve klonidin) naltrekson tedavisine başlamanın kolaylığını arttırabilir fakat düşük uyum oranları ve yüksek tedaviyi bırakma oranları henüz çözülmemiş problemlerdir. Diğer bir ilgi alanı da naltreksonun depo formlarıdır (Jaffe ve Strain 2007). İlaç alımı ile ilgili sorunları ortadan kaldıran yöntemlerden biri ve belki de çok önemlisi “cilt altı” implantansyondur. Burada hastanın ilacı almama gibi bir olasılığı yoktur (Kalyoncu ve ark. 2000). Az sayıda gönüllüde naltreksonun mikrokapsüller halde tek doz enjeksiyonunun sokak-kalitesindeki eroinin etkilerini yaklaşık 30 gün boyunca bloke etmeye yeterli kan konsantrasyonu oluşturduğu görülmüştür. Tedaviye uyumu arttırmak ve oral naltrekson tedavisinin klinik denemelerinde daha iyi sonuçlar elde etmek için depo naltrekson tedavisi teşvik edici hediye çeki vermek gibi davranışsal bir girişimle kombine edilebilir (Jaffe ve Strain 2007). Belirli süre etkili cilt altı yerleştirilen ilaçların koruyuculuğu çok yüksektir. Altı ay süreli izleme çalışmalarımızda cilt altı uygulanan bağımlılardaki nüks oranı oldukça düşüktür. Cilt altı implantasyon ilave istenmeyen bazı etkiler oluşturabilir. Lokal kızarıklık, kaşıntı, ağrı ve enfeksiyon oluşması gibi etkiler en belirgin yan etkileri oluşturmaktadır. Bu etkiler uygun önlemlerle kolayca çözümlenebilir (Kalyoncu ve ark. 2000).

Diğer Tedavi Yaklaşımlarıyla Karşılaştırma

Naltrokson ile methadon uygulaması arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Metadonun sokaktaki eroin bağımlılarının büyük bir çoğunluğu için mükemmel bir tedavi olduğu saptanmıştır. Çünkü metadon ilaca duyulan şiddetli isteği karşılar. Metadon aynı zamanda bu kişilerin suç işlemeyi bırakmalarını da sağlar, çünkü artık karşılamaları gereken pahalı bir

uyuşturucuyu kullanma gereksinimleri yoktur. Daha önceden eroin kullanan bireyler böylece yaşamlarını bir dengeye oturtabilir, ailelerine bakabilir ve yasal işler bulabilirler. Ne var ki metadon eroinin etkilerini "bloke" etmez. Yeterli dozda metadon düzeyinin koruduğu hasta eğer eroin alırsa aşırı doz etkisi altında kalacaktır. Metadon, opioide duyulan şiddetli isteği “tatmin etmenin” yanında, yararlı psikoaktif etkiler de doğurabilir (Kalyoncu ve ark. 2000).

Naltrekson, tüm opioidler metabolize olana ve vücuttan atılana kadar verilemez. Naltrekson opioid etkilere yol açmaz ya da herhangi bir psikoaktif yarar sağlamaz; bu nedenle hastalarda vücutlarında opioidlerin varlığına ilişkin bir duygu olmaz. İlk 24-72 saatlik sürede, naltrekson her tür opioid ilacın etkinliğini etkili bir biçimde bloke edecektir. Bu nedenle hasta tekrar eroin kullanmaya karar verirse, geçmişte olduğu gibi eroin kullanımı nedeniyle öfori ya da sakinlik, durgunluk yaşayamayacaktır. Metadon ve naltrekson arasındaki diğer bir önemli ayrım naltreksona bağımlılığın gelişmemesidir. Naltrekson geri çekilme semptomları konusunda kaygı duyulmaksızın herhangi bir zamanda birden bırakılabilir (Kalyoncu ve ark. 2000).

Psikoterapi seanslarının tedavinin erken bir evresinde başlatılması ve bu seansların aile üyelerini ve hastanın yaşamındaki diğer önemli bireyleri içermesi oldukça önemlidir. Naltreksonun yutulmasının hastanın iradesine bırakılmaktansa denetlenmesi önem taşır. Bu nedenle, naltreksonun yutulmasını gözlemlmeleri ve düzenli olarak terapistle bildirmeleri için bireyin yaşamında önemli bir yere sahip bireyleri tedavi sürecine katmak önemlidir. Tedavide ilerleme sağlamak için, hastanın psikoterapi sürecine bağlanması, içinde aile içinde ve sosyal yaşamındaki performansı ve kontrol amaçlı idrar testlerine göre uyuşturucu bağımlılığın takibi önemlidir. Hastanın, daha önceden haber verilmeksizin telefon edilerek ve o gün kliniğe gelmesi istenerek düzenlenen random idrar testlerinin yapılmasını kabul etmesi sağlanmalıdır (Kalyoncu ve ark. 2000).

2.8.2.2. Opiyat Bağımlılığında Yerine Koyma (Sürdürüm) Tedavileri

İdame mi detoksifikasyon mu? Detoksifikasyon döneminden sonra bağımlının maddeye karşı duyduğu yoğun arzu hala geçmemiştir, hastalık devam etmektedir. Bağımlılık yapan ilaçlar beyin hücrelerinde uzun süreli ya da kalıcı değişimlere yol açmakta, hasta maddeyi bırakmış olsa bile sürmektedirler. Bağımlılık yapan maddelerin kişinin beyinde yarattığı bu değişimler, diğer psikolojik ve sosyal sorunlar maddenin tekrar alınması açısından risk faktörüdürler. Bu nedenlerle madde bağımlılığı tedavisi hayat boyu devam edecek bir süreç olarak düşünülmelidir (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006). Ayıklığa ulasma ve bunu sürdürme

konusunda ambivalan olanlar, ayaktan izlemi tercih edenler ve detoksifikasyon sonrası tedavi istemeyenler için tedricen azalan buprenorfin veya metadon kullanmak; detoksifikasyonu bitiremeyeceğini fark eden hastalarda, yerine koyma tedavisine geçiş sağlaması açısından avantaj sağlar. Kisinin yasa dışı bir madde kullanımına tekrar başlamasındansa yerine koyma tedavisi; asırı doza karşı korumak, HIV yayılımını engellemek, suç davranışlarını önlemek ve sosyal yaşamda düzen sağlamak açısından çok daha tercih edilen bir durumdur. Buprenorfin ve metadon ile bir dönem detoksifikasyon tedavisi almak, hastaların, yasa dışı madde kullanımına kıyasla yerine koyma tedavisinin avantajlarını fark etmelerine yardımcı olabilir. Opioid kesilmesinde kullanılabilecek hiçbir yaklaşım bağımlılık için sihirli değnek değildir. Detoksifikasyon sırasında veya hemen sonrasında relaps sık görülmektedir. Tedavi ile tolerans azaldığından detoksifikasyonu takiben asırı doz riski tüm olgularda artacaktır ve depresyon ve diğer psikiyatrik durumların ayıklık sırasında açığa çıkması iyileşmeyi zorlaştırabilir. Ayıklığı sağlamak ve sürdürebilmekte yaşanan zorluklar ve relaps ile oluşabilecek önemli riskler, izlem tedavisinin önemini ve hemen ayıklığı sağlayamayan kişiler için idame tedavisinin bir seçenek olabilme gerekliliğini ortaya koyar. Buprenorfin ya da metadon ile idame tedavisinin opioid kullanıcılarını tedavide tutma, yasa dışı madde kullanımını azaltma, HIV yayılmasını önleme ve sosyal yaşamı düzene koyma yönünden etkinliği kanıtlanmıştır. İdame tedavisine geçiş, detoksifikasyon sonrasında iyi bir sonuçlanım olarak değerlendirilmelidir (Gowing ve Ali 2006).

2.8.2.2.1. Metadon

Birçok ülkede opioid bağımlılığı tedavisinde temel farmakolojik yaklaşım, opioid agonistlerinin kullanıldığı idame tedavisi şeklindedir. Bu amaçla ilk kullanılan ilaç ise opioid agonisti olan metadon'dur. Metadon idame modeli, yasadışı opioid kullanımında belirgin azalma, tedavide kalmayı artırma ve psikososyal işlevlerde düzelmeyi net bir şekilde ortaya koymuştur. Ayrıca opioid bağımlılığında metadon idame tedavisi, suça yönelik davranışlarda, ölüm oranında, HIV yayılımında dramatik bir azalmaya, bedensel sağlıklarında iyileşmeye ve iş edinme oranında yükselmeye neden olmuştur (Evren ve ark. 2000). Bu nedenle opiyat idamesi, dünyanın birçok yerinde opiyat bağımlılığını tedavi etmek için bir ana model oluşturmuştur. Günümüzde, Metadon idame tedavisi ABD' de, İngiltere'de, Avustralya'da, Hong Kong'da ve bazı Avrupa ülkelerinde kullanılmaktadır.

Bütün hastalar için tanımlanabilir tek bir doz olmadığı için, metadon sürdürme tedavisinde önemli bir konu, kişinin opiyat yoksunluğunu ve opiyat almak için içinin geçmesini baskılamaya yeter dozun belirlenmesidir. Kimi hastalar, 40mg/gün'ün altındaki sürdürme

dozlarından yarar görürlerken, kimi hastalarda 100mg/gün'ün üzerindeki dozlar ancak yeterli olmaktadır. Metadonun 40-60mg/gün'lük dozları, opiyat yoksunluğu belirtilerini durdurmak için genellikle yeterli oluyorsa da, opiyat ve birlikte kullanılan diğer maddeler için kişinin içinin geçmesini azaltmak için, daha yüksek sürdürme dozlarına gereksinim duyulur. Bir başka birinci eksen ruhsal bozukluğu olan eroïn bağımlısı kişilerde, genelde daha yüksek dozlara gereksinilir. Metadonla sürdürme tedavisi genellikle güvenli bir tedavi yöntemidir (Köroğlu 2009).

Genel Farmakolojik Etkileri: Metadone, mu-reseptör agonisti olmakla birlikte, aynı zamanda N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonistidir. S izomer (L-metadon) NMDA antagonisti ve toksisiteden sorumlu iken, R izomer (R-metadon)'in analjezik özelliklerden sorumlu olduğu düşünülüyor. NMDA antogonizmi, şiddetli nöropatik ve opioid dirençli ağrılarda yararlıdır. NMDA reseptörü opioid toleransına aracılık eder, böylece bu reseptördeki antagonizm opioid toleransını tersine çevirir. S izomeri aynı zamanda norepinefrin ve serotonin geri alımını da engeller. Metadonun oral uygulananının biyoyararlanımı yüksek oranda değişkendir ve %36 ile %100 arasında değişir ve 1 ila 7.5 saat arasında tepe noktasına ulaşır (Nicholis ve ark. 2010).

Metadon, akut olarak verildiğinde öfori, analjezi ve diğer tipik morfin benzeri etkiler oluşturan tipik bir μ reseptör agonistidir. Fakat metadon uzun sürede ağız yoluyla verildiğinde kendisini idame programlarında oldukça faydalı kılan bazı ilginç özelliklere sahiptir. Bu özellikler, metadonun oral yolla verildikten sonra güvenilir şekilde abzorbsiyonunu ve bioyararlılığını, vücuda alındıktan sonra zirve plazma değerlerinin 2-6 saate kadar sürmesini ve dokulara görünüşte nonspesifik bağlanarak vücutta büyük bir metadon rezervuarı yaratmasını içerir. Metadon rezervuarı aynı zamanda yoksunluğu tetikleyebilecek kesin azalmaları da en aza indirmeye meyillidir. Bu yüzden, hem metadonun günde bir defa şeklinde uygulanması mümkün olabilir hem de dozajındaki kısa süreli minör değişiklikler biyolojik etkilerde majör değişikliklere neden olmaz. Saf maddenin ortalama plazma yarılanma ömrü yaklaşık 15 saat olmasına rağmen metadon idame tedavisi yapılan hastalarda kullanılan ölçüm tekniğine göre bu yarılanma ömrü 22-56 saat arasında değişebilir. Çoğunlukla kullanılan bazı terapötik ajanlar karaciğer enzimlerini indükleyebilirler, bu yüzden metadonun çabuk metabolize edilmesine ve 22 saatten de az yarılanma ömürlerine neden olabilirler; bazı ajanlar da metabolizmayı inhibe edebilirler (Jaffe ve Strain 2007). Metadon ilk olarak CYP3A4 ile sonra CYP2D6 ile metabolize edilir. Aynı zamanda CYP2B6, CYP2C19, CYP2C9 tarafından da metabolize edilir. Böylece, fenobarbital, karbamazepin, nevirapin fenitoin, rifampin, sakonavir gibi enzim indükleyicileri metadon seviyelerini

düşürebilir, yoksunluk belirtilerinin potansiyelini arttırabilir. Bu enzimlerin, makrolid antibiyotikler (örneğin eritromisin), ketokonazol, fluvoksamin, klopidoğrel, itrakonazol, raloksifen, sertralin ve tiklopidin gibi inhibitörleri, kandaki metadon seviyesini yükselterek, etkisini ve toksisitesini arttırabilir. Özellikle tedavinin başlangıcında ve dozu titrelerken dikkatli olunmalıdır. Solunum depresyonu, QT uzatmaları ve kardiyak aritmi vakalarının çoğu (Torsades de Pointes dahil) metadonun yüksek dozunda meydana gelmiştir ancak bu olumsuz etkiler aynı zamanda opioid bağımlılığının idame dozajında da gözlemlenmiştir. Eş zamanlı olarak benzodiazepin ve diğer sedatifler ve diğer Santral Sinir Sisteminde depresan etki yapan ilaç kullanan hastalar, yüksek oranda solunum depresyonu, hipotansiyon, sedasyon ya da koma riski altındadır. Olası uzamış QT aralığı riskine bağlı olarak, QT uzaması ile bilinen diğer ajanlarla birlikte uygulanırken (bazı nöroleptikler, trisiklik antidepressanlar ve kalsiyum kanal blokerleri dahil) dikkat edilmelidir (Nicholis ve ark. 2010).

Metadon Dozu: Metadon idame programları, metadon dozuna, devam eden anti-sosyal davranışlara karşı tutumlara, sunulan tıbbi ve sosyal hizmetlere ve uzun-dönem hedeflere göre farklılıklar gösterirler. Vincent Dole ve Marie Nyswander'ın öncülük ettiği orijinal programlar, günlük 80-100 mg'lık metadon dozunun opiyat madde tutkusunu baskılamaya ve yasadışı opiyatların etkilerini bir çapraz-toleransla bloke etmeye yettiğini vurgulamışlardır. Arındırmadan sonra opiyat madde tutkusunun geri dönmesinin nükse ve tedavi esnasında elde edilen kazançların kaybına yol açacağı farz edilerek hastalar süresiz metadon tedavisine devam etmeye cesaretlendirilmelidirler (Jaffe ve Strain 2007).

Daha düşük doz metadon (<50 mg) kullanan programlar, çoğu zaman hastaları tedavide tutmada ve madde-arama davranışını kısmen baskılamada yeterli olmuşlardır fakat yüksek doz eroine karşı yeterli çapraz-tolerans oluşturamamışlardır. Böyle programlar, idamenin arındırmayla sonuçlanan bir geçiş süreci olduğunu düşünmüşlerdir. Hastalar bu tedavi programlarında süresiz olarak kalabilseler de ortam aşamalı yoksunluk çabalarını daha çok desteklemiştir. Ampirik olarak, daha düşük doz metadon idame tedavisi alan hastalar tedaviyi devam ettirmemeye yatkındırlar ve böyle davrananların opiyat maddeden uzak kalmayı devam ettirmeyi başarması da olası değildir. Metadon dozunun opiyat kullanımını azaltmada ve tedaviye devam edilmesini arttırmada önemli olduğunu saptayan yayınlar nedeniyle daha fazla program günlük 60 mg veya daha fazla dozda metadon kullanmaktadır. Fakat uygun doz, rastgele bir sayıya ulaşma meselesi değildir. Metadon metabolizmasının hızı oldukça değişiklik gösterir ve bazı uzmanlar günlük dozu belirleyebilmek için metadon plazma düzeylerinin laboratuvar ölçümlerinin kullanılmasına daha çok önem verilmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Veriler göstermektedirler ki, ortalama 400 ng/mL lik serum metadon düzeyi

yeterli gözükmetedir ve 150 ng\mL den az serum metadon düzeyleri bir derece yoksunluk veya madde tutkusuyla ilişkili olabilir (Jaffe ve Strain 2007).

Metadon tedavisine cevap vermeyen hastalar genelde yasadışı opiyatları ve diğer yasa dışı maddeleri kullanmaya devam ederler, aşırı alkol kullanırlar, programlara düzenli katılmazlar ve klinikte problemleri davranışlar sergileyebilirler. Böyle hastalar metadon idame tedavi programları için ikilem oluşturmurlar, çünkü tedaviden çıkarılırsa kendilerini daha kötü hissedeceklerdir. Fakat böyle hastaların tedavide kalmasına izin vermek personeli ve diğer hastaları demoralize eder ve diğer hastaları madde kullanımına teşvik edebilir (Jaffe ve Strain 2007).

Uzun Dönem Etkiler: Metadon idame tedavisinin organ toksisitesi bakımından göreceli güvenliği kesin olarak kanıtlanmıştır. Metadonun birçok opiyat agonisti etkilerine karşı tolerans tam değildir ve devam eden farmakolojik etkiler gözlenmiştir. Öfori, baş dönmesi ve somnolans gibi çoğu etkiler tedavinin ilk haftalarında belirgindir, doz düzeyi çok çabuk arttırılırsa, etkiler tedavinin sonraki evrelerinde daha da belirginleşir. Yine de bazı etkiler tedaviden aylar sonra bile devam edebilir. En sık uzun süren etkiler arasında konstipasyonu, aşırı terlemeyi, libido azalmasını ve ereksiyonu sürdürme zorluğu gibi cinsel disfonksiyonu sayabiliriz. Opiyatlar plazma testesteron düzeylerini ve plazma folikül uyarıcı hormon (FSH) düzeylerini azaltırlar (FSH düzeyini azaltmaya tolerans genelde tam değildir) fakat hormonların anormal düşük plazma düzeyleriyle cinsel disfonksiyon arasında belirgin bir ilişki yoktur (Jaffe ve Strain 2007).

Aktif olarak eroin kullanan ve yakın zamanda eroin arındırması yapılan hastalar için tipik olan bozulmuş fonksiyonlara zıt olarak uzun dönem metadon tedavisi alan hastalardaki HPA eksen fonksiyonu göstergeleri genelde normaldir. Metadon tedavisinin ilk aylarında uyku bozukluklarına (insomnia ve kabuslar) ve değişmiş EEG uyku patternlerine sıklıkla rastlanır; EEG uyku patternleri normale dönebilir fakat uyku bozuklukları devam edebilir (Jaffe ve Strain 2007).

Çoğu hastada metadonun keyif arttırıcı etkilerine karşı tolerans gelişmez. Çift-kör çalışmalarda hastalar günlük dozlarını aldıktan sonraki birkaç saat kendilerini oldukça iyi hissettiklerini söylemişlerdir; bu etki bazı hastalar için tedavide kalmada önemli olabilir (Jaffe ve Strain 2007).

Tedavi Sonuçları: Metadon programlarında tedavi edilen hastaların çoğunda opiyat ve opiyat olmayan madde kullanımı, suç davranışları, depresyon belirtileri azalmıştır ve kazançlı işlerde çalışma artmıştır. Tedavilerin etkinlikleri arasındaki önemli farklılıklar, bir ölçüde, tedavi edilen hastaların özelliklerine bağlıdır fakat belli program özellikleri bazı programları

diğerlerinden daha etkili yapar. 1980’de uluslar arası prospektif bir çalışmaya katılan bir grup metadon kliniklerindeki ortalama tedaviye katılım (tedaviyi sürdürme) oranı 1. ayda %81, 3. ayda %67 ve 6. ayda %52 idi. Daha yüksek tedavide kalım oranları, yüksek kalitede sosyal servislerin sağlanmasıyla (özellikle ilk aylarda), yüksek doz metadonla (60 mg veya daha fazla), hastaların dozlarını bilmelerine izin verilmesiyle, tedaviye kolay ulaşılmasıyla, tedavinin düşük ücretli veya bedava olmasıyla ve yüzleştirici tekniklerden ziyade destekleyici teknikler kullanılmasıyla ilişkilidir (Jaffe ve Strain 2007).

Sunulan ek hizmetlerin kalitesi, opiyat idame tedavisinin etkinliğini oldukça etkilemektedir. Etkili bireysel madde danışmanlığı (örneğin haftada bir seans), yasadışı opiyat ve kokain kullanımı, iğne paylaşımı, suç işleme, faydalı işlerde çalışma ve psikolojik olarak kendini iyi hissetme konularında daha iyi sonuçlar doğurabilir. Tedavi sonuçları psikiyatrik hizmetlerin sağlanmasıyla, iş danışmanlığı yapılmasıyla ve aile terapisiyle daha da iyileştirilebilir. Yüksek doz metadonun genelde düşük dozdan daha etkili olması gibi yüksek doz psikososyal hizmetler de düşük doz psikososyal hizmetlerden daha etkili olduğu gösterilmiştir (Jaffe ve Strain 2007).

Yasadışı madde kullanımı ve diğer suç davranışlarının azalmasını kapsayan pozitif davranışsal değişiklik, tipik olarak tedaviye başlar başlamaz değil ama birkaç ay sonra gelişir. 90 günden az süren tedaviler genelde çok az etkilidir ya da etkisizdir, bu yüzden tedavide kalım kritiktir. Bazı çalışmalar metadon dozuyla tedavide kalma ihtimali arasında direkt bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (Jaffe ve Strain 2007).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada, 80 mg veya daha fazla dozda metadon alan hastalar tedavide kalmaya 60-79 mg metadon alan hastalara göre 2 kat daha istekliydiler ve 60-79 mg metadon alan hastalar 60 mg’dan az metadon alan hastalara göre 2 kat daha istekliydiler. Dozun hastaların yasadışı eroin kullanmaya devam etmeleri üzerinde önemli bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (Jaffe ve Strain 2007).

Tedavinin erken dönemlerinde hastalara sunulan sosyal hizmetlerin kalitesi, arada sırada yasa dışı madde kullanımıyla ilgili programın esnek ya da yüzleştirici ve cezalandırıcı tavrı ve program liderinin veya danışmanların kalitesi, tedavi sonuçlarını ve tedavide kalımı etkileyen diğer program faktörleridir. Yaşlı, siyahi, evli ve çalışan hastalar metadon programlarında daha uzun kalmaya meyillidirler; yoğun suç geçmişleri olan hastalar ise tedaviyi bir an önce bırakmaya meyillidirler ve tedaviye katılımları zayıftır. Opiyat kullanımının süresi veya şiddeti tedavide kalımla veya tedavi performansı ile ilişkili değildir ve yasal zorunluluk olarak tedaviye katılan hastalar böyle dış baskı olmadan tedaviye katılan hastalardan daha fazla ilerleme gösterirler (Jaffe ve Strain 2007).

Arındırma ve Uzun-Dönem Sonuçlar: Genelde, kısa madde kullanım anamnezi olan ve daha uzun süre tedavide kalan fakat daha düşük dozların kullanıldığı hastalar daha başarılı detoksifiye edilirler. Ulusal bir multi-klinik takip çalışmasında sorgulanan hastaların %40'ı yasadışı opiyat kullanmıyordu ve ilk tedavinin tamamlanmasından 6 yıl sonra başka önemli madde problemlerine sahip değildi (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.2.2.2. Levometadil asetat (LAAM)

LAAM (levo-alpha-acetylmethadol) da metadon gibi oral yoldan alınan aktif bir μ -reseptör agonsitidir. Opiyat yoksunluğunu baskılar ve yasadışı opiyatların etkilerini bloke eder. Levometadil asetat, farmakolojik etkileri bakımından metadona benzerlik gösterse de, uzun biyolojik yarı ömürleri olan nor-asetil-metadol ve di-nor-asetilmetadol gibi aktif metabolitlere dönüştürülür (örneğin, di-nor-asetilmetadol 48-96 saatlik yarı ömre sahiptir). Bu nedenle, Levometadil asetat haftada üç kere gibi sık olmayan bir şekilde verilebilir ve böylece ilacı almak için her gün kliniğe başvurma sıkıntısını ve tedavi sırasında yasadışı ilaçlara sapma sorununu azaltır. LAAM yalnızca klinikte uygulanabilir (Metadon gibi) ve oldukça az sayıda hasta LAAM'la tedavi edilir. Bu muhtemelen kullanımındaki kısıtlamaya (yalnızca klinik koşullarda uygulanmasına) ve LAAM'ın güvenliğindeki sıkıntılara bağlıdır (Jaffe ve Strain 2007).

Levometadil asetatın yasadışı opiyat kullanımını baskılamada ve hastaların üreticiliğini ceserlendirmede metadonla eşdeğer olduğu gösterilmiştir. LAAM'ın etkinliği metadon gibi dozla ilişkilidi. LAAM' la tedavi edilen bazı hastalarda uzamış QT aralıkları olduğu ve potansiyel ölümcül aritmi (torsades de pointes) gelişebildiği saptanmıştır. Bu vaka bildirimleri LAAM'ı Avrupa pazarından çekme kararına neden olmuşlardır. Amerika'da FDA, LAAM'ın etiketini ilacın potansiyel QT aralığı uzaması yapabileceğini ve LAAM'ın opiyat bağımlılığı tedavisinde ikinci basamak ajan olarak kullanılmasının tavsiye edildiğini belirten siyah bir kutu uyarısı içerecek şekilde değiştirdi. Tedaviden önce ve tedavi esnasında elektrokardiyogram (EKG) monitörizasyonu yapmak LAAM kullanan hastalarda tedavi planının bir parçası olmalıdır (Jaffe ve Strain 2007).

2.8.2.2.3. Buprenorfin

Metadon ve LAAM gibi buprenorfin de başlıca terapötik etkisini μ opiyat reseptörü üzerinden gösterir. Fakat metadon ve LAAM tam μ agonisti opiyatlar iken buprenorfin kısmi μ agonisti bir opiyattır. Buprenorfinin opiyat bağımlılığı tedavisinde kullanılması Türkiye'de 2010'da onaylanmıştır.

Genel Farmakoloji: Buprenorfin mu reseptöründe kısmi agonist, kappa reseptöründe antagonist etki oluşturmaz. Buprenorfin mu reseptörü için yüksek afinite ancak düşük etkinlik gösterir, böylece opioid agonist aktivitesi sergiler ve doza bağlı yanıt üretir ancak bir noktadan sonra ek herhangi bir etki üretmez. Dozun artırılması ile ek bir yarar görülmezken olumsuz opioid etkilerinde artma görülür. Kappa reseptöründe oluşturulan aktivite analjezi oluşturur ve yasadışı opiyat kullanımından uzak durulmasında, idame ve detoksifikasyon tedavisinde yarar sağlar. Aynı zamanda mü reseptöründe kısmi aktivasyon nedeni ile buprenorfin kötüye kullanımı daha az olmaktadır. Mu reseptörüne karşı yüksek afinite ve reseptörden ayrışmanın yavaş olması nedeniyle, diğer opiyatları reseptörden ayırarak etkilerini bloke edebilir. Ancak, aynı nedenden dolayı opiyat kullanan hastalarda yoksunluk belirtilerine neden olabilir (Nicholis ve ark. 2010). Buprenorfin düşük dozlarda morfin benzeri etkiler oluşturur fakat doz arttırılsa bile buprenorfin etkisi 30-60 mg morfin tarafından oluşturulan etki yoğunluğuna ulaşamaz. Buprenorfin oral biyoyararlanımı zayıftır. Opiyat bağımlılığı tedavisi için dilaltı tablet formu önerilmektedir (Jaffe ve Strain 2007). Buprenorfinin birçok klinik avantajının var olduğu görülmektedir. Farmakolojik özelliğinden dolayı, opioid bağımlılığı tedavisinde güvenli ve etkin bir tedavi olarak görülmektedir. Parsiyel mü reseptör agonist etkisine bağlı olarak, diğer tam agonistik etkili ilaçlara göre sınırlı bir solunum depresyonu yaptığı gösterilmiştir (Evren ve ark. 2000a). Buprenorfinin subjektif etkileri solüsyon formunun 8-12 mg'lık dozlarında tavan yapar, 16-32 mg'lık dozlarda sadece etkide ılımlı artış gözlenir. Bu dozlardan yüksek dozlarda önemli solunum depresyonu gözlenmez. Bu belirgin tavan sayesinde doz aşımı riski sınırlandırılabilir. Buprenorfin, tekrarlanan uygulamalarından sonra paranteral olarak uygulanan μ -agonisti opiyatların (örneğin, morfin, heroin) subjektif etkilerini azaltır veya bloke eder. Kronik olarak uygulanan buprenorfin aniden kesildiğinde, başlaması birkaç gün geciken ılımlı bir opiyat yoksunluk sendromunun geliştiği bildirilmiştir (Jaffe ve Strain 2007). Uzun plazma yarılanma ömrü ve reseptörden yavaş ayrılmasına bağlı olarak, uzun süreli etkilidir. Böylece günde bir kez ya da alternatif günler şeklinde uygulanabilir. Her ne kadar buprenorfinin, analjezik olarak bulunduğu ülkelerde heroin bağımlıları tarafından damar yoluyla kullanımı olsa da, metadon ya da heroin gibi tam agonistlere göre kötüye kullanım potansiyeli daha düşük olarak görünmektedir (Evren ve ark. 2000a). Dilaltı buprenorfin tabletleri ağızda dağılabilmeleri için suda çözünür olmalıdır. Şahısların daha güçlü akut opiyat etkisi yaşayabilmek için bu tabletleri enjeksiyon için çözüldürmeleri muthtemeldir. Bu kötüye kullanım potansiyelini azaltmak için naloksan içeren buprenorfin tabletleri geliştirilmiştir. Naloksanın dilaltı biyoyararlanımı zayıf olduğundan buprenorfin-naloksan tableti terapötik yoldan (dilaltı) alındığında görülen etki

baskın olarak buprenorfin sayesinde. Naloksanın paranteral biyoyararlanımı iyidir. (Jaffe ve Strain 2007). Klinik çalışmalar buprenorfin tabletlerine 2:1 ve 4:1 oranında nalokson eklenmesiyle oluşturulan kombinasyonun, kontrollü koşullarda enjekte edilmesinin buprenorfinin etkisini azalttığını göstermiştir. Kişi tabletleri eriterek enjekte etmeyi denediğinde ya naloksana bağlı yoksunluk ya da azalmış buprenorfin etkisi yaşayacaktır. Böylece özellikle yasadışı ya da yasal opiat ürünleriyle kıyaslandığında, buprenorfinin naloksonla kombinasyonunun yasadışı kullanımı tercih edilmeyecektir (Evren ve ark. 2000a; Nicholis ve ark. 2010). Buprenorfinin naloksanla birleştirilmesi tam agonist opiyatlara (eroin veya metadon gibi) fiziksel bağımlılığı olan kişiler gibi toplulukların ilacı bozma ve kötüye kullanma riskini azaltsa da, opiyat bağımlısı olmayan ama opiyatları kötüye kullanan veya muhtemelen buprenorfin idame tedavisi alan şahıslar tarafından potansiyel kötüye kullanılmasını azaltmaz (Jaffe ve Strain 2007). Nalokson ve buprenorfinin karaciğerde metabolize edilmeleri nedeniyle, karaciğer fonksiyonlarında bozukluk olan hastalarda doz ayarlaması düşünülmelidir ve kan nalokson seviyesinde yükselme olasılığına bağlı opioid yoksunluk belirtilerine ve semptomlarına karşı hastalar izlenmelidir. Böbrek yetmezliği için doz ayarlaması gerekli değildir. Buprenorfinin CYP 3A4 enzimi yoluyla metabolize edilmesine bağlı olarak, CYP 3A4 inhibitörü ajan alan hastalar (azol antifungaller, makrolid antibiyotikler, HIV proteaz inhibitörleri) yakından izlenmeli ve bu hastalarda doz ayarlamaları gerekebilmektedir. Buna ek olarak, eşlik eden CYP 3A4 indükleyicisi alan hastalar da (fenobarbital, karbamazepin, fenitoin ve rifampin) izlenmeli ve doz ayarlamaları yapılmalıdır. Buprenorfin, karaciğer enzimlerini değiştirebileceğinden güncel ya da geçmiş hepatit semptomları açısından karaciğer fonksiyonları periodik olarak izlenmelidir (Nicholis ve ark. 2010).

Etkinlik ve Güvenlik: Opioid bağımlılığı tedavisinde buprenorfinin potansiyel değeri, Jasinski ve arkadaşlarının (1978) yaptığı buprenorfinle ilgili başlangıç çalışması sayılabilecek, günlük 8 mg dilaltı dozunun, sonradan alınan morfinin etkisini bloke ettiği ve belirgin bir fiziksel bağımlılık oluşturmadığını gözledikleri çalışmayla belirmiştir (Jasinski ve ark. 1978). Buprenorfin birkaç çift-kör ayaktan hasta çalışmasında plasebo ve metadonla karşılaştırılmıştır. Genelde, bu çalışmalarda opiyat bağımlılığı tedavisinde buprenorfinin plasebodan daha etkili olduğu ve eroin kullanımının baskılanmasına ve tedaviye devam eden hastaların sonuçlarına göre günlük 8 mg dilaltı buprenorfin solüsyonunun günlük 50-60 mg oral metadonla eşit etkinlikte olduğu gösterilmiştir. Bu dilaltı solüsyonu muhtemelen günlük 8-16 mg'lık buprenorfin tabletine eşdeğerdir (Jaffe ve Strain 2007). Buprenorfini plasebo, ya da buprenorfinin değişik dozlarıyla kıyaslayan geniş kapsamlı ve kontrollü çalışmalar

buprenorfinin güvenilirliğini ve özellikle 8 mg buprenorfin dozunun diğer düşük buprenorfin dozlarına ve plaseboya göre etkin olduğunu göstermektedir (Evren ve ark. 2000a). Bazı hastalar daha yüksek dozlarla (örneğin, 16-32 mg dilaltı) 48-72 saat boyunca yoksunluk yaşamazlar, bu da doz sıklığını azaltmaya izin veren bir bulgudur. Buprenorfin bu bakımdan LAAM'a benzer. Yine de LAAM'ın bir günden daha az sıklıkta verilmesi gerekmesine rağmen buprenorfin günlük veya bir günden daha az sıklıkta verilebilir. Buprenorfin denetlenerek verildiğinde aralıklı doz uygulamalarındaki bu esneklik klinik bir avantaj olabilir. Buprenorfin klinik farmakolojik profilinde cazip özelliklere sahipse de, etkilerindeki tavan buprenorfinin özellikle yüksek düzeyde fiziksel bağımlılığı olan hastalarda kullanımını sınırlayabilir. Bu hastalar metadon veya LAAM gibi tam agonist opiyatlara ihtiyaç duyabilirler. Opiyat bağımlılığında buprenorfin tedavisini test eden ilk ayaktan hasta klinik denemeleri bu ilacın güvenli olduğunu ve metadon gibi diğer opiyatlara benzer yan etki profiline sahip olduğunu saptamışlardır. Yine de klinik tecrübeler iki soruna dikkat çekmektedir. Fransa'dan buprenorfinle ilişkili birkaç ölüm vakası bildirilmiştir; bu vakaların neredeyse tamamı paranteral yoldan benzodiazepin (en sık olarak bir benzodiazepin olan flunitrozepam-Rohypnol-kötüye kullanılmıştır) kötüye kullanımıyla ilişkilidir. Bu vakalar, buprenorfinle tedavi edilen hastaların bu ilacın benzodiazepinlerle etkileşime girdiği konusunda uyarılmaları gerektiğini göstermektedir. Buprenorfin kullanımıyla ilgili ikinci sorun muhtemel karaciğer toksisitesidir. Altta yatan karaciğer hasarı olan hastaların buprenorfinle tedavi edildiklerinde karaciğer hastalıklarının kötüleşebileceğine dair karaciğer fonksiyon testlerinde artış olması gibi bazı deliller vardır (Jaffe ve Strain 2007). Bickel ve arkadaşlarının (1988) 45 eroin bağımlısının ayaktan detoksifikasyonunu kapsayan, rasgele, çift kör koşullardaki çalışmalarında, hastalara 3 hafta süreyle 2 mg buprenorfin veya 30 mg metadon uygulanmış, ardından 4 hafta boyunca doz azaltma dönemi sonrası 6 hafta boyunca plasebo uygulanmıştır. Tedavide kalma, madde kullanımı veya bildirilen semptomlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırmacılar bu çalışmanın sonuçlarının, eroin bağımlılarının detoksifikasyon tedavisinde buprenorfinin metadon kadar hastalar için kabul edilebilir ve etkin olduğunu gösterdiğini bildirmişlerdir. Johnson ve arkadaşları (1992), 17 haftalık idame ve bunu takiben 8 haftalık detoksifikasyon fazından oluşan rasgele, çift kör ve paralel grup çalışmalarında, 8 mg/gün buprenorfini, 20 mg ve 60 mg/gün metadonla karşılaştırmışlardır. 162 tedavi arayışı içindeki gönüllü opioid bağımlısı bu çalışmaya alınmış ve zorunlu olmamakla beraber, nüksden koruyucu modeldeki danışmanlık sağlanmıştır. İdame tedavisi boyunca tedavide kalma oranı buprenorfin alan grupta, 20 mg/gün metadon alan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İdrarda negatif

opioid örneği oranı ise buprenorfin ve 60 mg/gün metadon alan gruplarda 20 mg/gün metadon alan gruba göre anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. Detoksifikasyon süresinde opioid için negatif idrar örneği açısından gruplar arasında fark saptanmazken, tüm 25 hafta boyunca tedavide kalma oranları buprenorfin ve 60 mg/gün metadon alan gruplarda 20 mg/gün metadon alan gruba göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Bu çalışmada buprenorfinin 60 mg/gün metadon kadar etkili olduğu ve her ikisinin yasadışı opioid kullanımı açısından ve 25 hafta boyunca hastaları tedavide tutmada 20 mg/gün metadondan üstün olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer bir çalışmada 125 opioid bağımlısı hasta, 24 hafta süreyle 2 mg ve 6 mg/gün buprenorfin, 35 mg ve 65 mg/gün metadon tedavisine alınmıştır. Kosten ve arkadaşlarının (1993) bu çalışmalarında yasadışı opioid kullanımını engelleme açısından 6 mg buprenorfin 2mg'a göre üstünlük gösterirken, yüksek doz uygulama tedavide kalmayı arttırmamıştır. Tedavide kalma metadon kullanan hastalarda buprenorfin kullananlara göre anlamlı derecede daha iyiyken, idrar opioid testlerinde negatiflik oranı da anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçların buprenorfinin metadon kadar etkili olacağı hipotezini desteklemediği sonucuna varılmıştır. Hem kokain hem de opioid bağımlısı olan 120 hastanın çalışma kapsamına alındığı çalışmada Schottenfeld ve arkadaşları (1994), hastaları rasgele olarak 12mg/gün buprenorfin, 65mg/gün metadon, 4mg/gün buprenorfin ve 20mg/gün metadon şeklinde 4 gruba ayırmışlardır. 26 hafta süreyle tedavide kalma oranları 12mg/gün buprenorfin (%58) ve 65mg/gün metadon (%62) kullanan gruplarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Opioid negatif idrar örneklerinin oranı en yüksek 65mg/gün metadon (%59,6) alan grupta, daha sonra ise 12mg/gün buprenorfin (%42,6) alan grupta gözlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarından buprenorfin (12mg/gün) ve metadonun (65mg/gün) yüksek dozlarının, buprenorfin (4mg/gün) ve metadonun (20mg/gün) düşük dozlarına göre üstün olduğu bulunmuştur. Ling ve arkadaşlarının (1996) çift kör, rasgele çalışmalarında tedavi arayışındaki 46'sı kadın, 179'u erkek olmak üzere toplam 225 opioid bağımlısı 1 yıl süreyle 8 mg/gün buprenorfin, 30 mg/gün metadon ya da 80 mg/gün metadon idame tedavisine alınmıştır. Etkinlikle ilgili objektif ve subjektif ölçümler (idrara toksikolojisi, tedavide kalma, opioid kullanma arzusu ve yoksunluk bulguları) çalışmanın ortasında ve sonunda değerlendirilmiş, güvenlikle ilgili veriler tüm 52 haftalık çalışma süresince toplanmıştır. Yüksek doz metadonla idame tedavisindeki hastalar, tedavide kalma, opioid kullanımı ve opioid kullanma arzusu için 26'ncı ve 52'inci haftalarda buprenorfin ve düşük doz metadon alan gruplara göre anlamlı derecede daha iyi sonuç göstermişlerdir. Buprenorfinin ciddi bir yan etkisi gözlenmemiştir. Araştırmacılara göre bu sonuçlar 8 mg/günlük buprenorfin etkinliğinin ortalama etkinliğin altında olduğunu göstermektedir. 24

haftalık, rasgele, çift kör klinik çalışmalarında Schottenfeld ve arkadaşları (1997) toplam 116 olguyu yüksek veya düşük günlük dilaltı buprenorfin dozu (12 veya 4 mg) veya metadon (65 veya 20 mg) şeklinde 4 idame grubundan birine almışlardır. Ölçümler tedavide kalma ve yasal olmayan opioid veya kokain kullanımı idrar toksikoloji testleri ve kişinin kendi bildirimi ile yapılmıştır. Opioid pozitif toksikoloji testi oranları 65 mg metadonla en az (%45) daha sonra sırasıyla 12 mg buprenorfin (%58), 20 mg metadon (%72) ve 4 mg buprenorfin (%77) şeklinde bulunmuştur. Bu açıdan 65 mg metadon ve 12 mg buprenorfinle her iki düşük doz arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu sonuçlar yüksek günlük doz buprenorfin ve metadon dozunun düşük dozlara göre, yasal olmayan opioid kullanımını azaltmada üstün olduğunu desteklemiştir. Kokain kullanımını azaltmada ise buprenorfinin metadona göre üstün olduğunu kanıtlamamıştır. Schottenfeld ve arkadaşlarının (1998) bir önceki çalışmalarının devamı niteliğindeki diğer bir çalışmalarında, 80 erkek ve 36 kadın hasta rasgele olarak dilaltı buprenorfin (4 veya 12 mg) veya metadon (20 veya 65 mg) tedavisine alınmıştır. İdame tedavisi alkol veya benzodiazepin kullanımı açısından anlamlı farklılık göstermemiştir. 4 mg buprenorfin alan kadınlarda yasadışı opioid kullanmama oranı yüksek bulunmuştur. Kadınlarda tedavide kalma, düşük opioid pozitif idrar örneği ve yasadışı opioid kullanmama oranı yüksek olarak saptanmıştır. Yaşam boyu sedatif bağımlılığının daha iyi tedavide kalmayla anlamlı şekilde ilişkili olduğu gözlenmiştir. Metadon grubunda değil ama buprenorfin grubunda, azalmış kokain pozitif idrar örneği oranı ve artmış kokain kullanmama oranları, yasadışı opioid kullanmama oranının artmasıyla ilişkili bulunmuştur. 2003'de Mattick ve arkadaşları buprenorfin ve metadonun opiyat bağımlılığı tedavisinde etkili olduğunu belirtmişler. 405 opiyat bağımlısı hasta randomize bir şekilde iki tedavi grubuna alınmıştır. Bir grup dilaltı buprenorfin alırken diğer grup oral metadon almıştır. Esnek bir program kullanılmış, hastaların ihtiyaçlarına diğer tedavi koluna geçmesine izin verilmiştir. Terapinin minimum ve maksimum dozları; buprenorfin için 2mg/32 mg ve metadon için 20mg/150mg'dir. Çalışmada hastaların tedavide kalma, negatif idrar örnekleri ve yasadışı ilaç kullanımı ve risk davranışlarına bakılmış. Sosyal işlevsellik, fiziksel ve ruhsal durum da değerlendirilmiştir. 13 haftalık tedavi süresinde, hastaların %54.8'i tedaviyi tamamlamıştır. Tedaviyi tamamlayan hastalar için tedaviler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (metadon grubunda 59%, buprenorfin grubunda 50%; $P = 0.061$) (Nicholis ve ark. 2010). Buprenorfini metadonla karşılaştıran çalışmaların sonuçları, opioid bağımlılığında yüksek doz ve özellikle esnek doz uygulamasında buprenorfinin en az metadon kadar etkili olduğu şeklindedir. Ayrıca çalışmalar metadon tedavisinden buprenorfin tedavisine geçişin tolere edilebilir düzeyde yoksunluk semptomları ile sağlanabildiğini göstermektedir.

Buprenorfinin kısmi agonistik etkisi solunum depresyonu ve kötüye kullanım açısından metadona göre avantaj sağlamakla beraber, buprenorfinin belli doz aralığında tavan etkisi göstermesi ve daha sonra antagonistik etkisinin başlaması, tam agonist olan ve agonistik etkinin dozla orantılı olarak arttığı metadona göre dezavantaj olarak görülebilir. Ancak çalışmalarda olgular genellikle rastgele seçilmiştir. Hangi özel alt grupların buprenorfinden faydalanabileceğini göstermemektedir. Hangi tedavi alternatifinin hangi hastaya uygulanabileceğini belirlemeye yönelik ve metadonun etkili olmadığı olgularda buprenorfinin etkinliğini değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir (Evren ve ark. 2000a).

2.8.2.2.4. Eroin

Opiyat bağımlılığı tedavisinde eroin kullanımını test eden iki büyük çalışma vardır. İki çalışma da Avrupa'da (İsviçre ve Hollanda'da) yürütülmüştür ve iki çalışmanın da çeşitli zaafları ve güçlü yönleri vardır. Her iki çalışma da eroin sürdürüm tedavisinin göreceli faydaları hakkında yoğun tartışmaların yapıldığı odak nokta vazifesi görmüşlerdir. Bu çabalara rağmen, ne yazık ki, bu konu hakkında bilgi verecek veriler göreceli olarak azdır. İsviçre Hükümeti metadon tedavisi gibi geleneksel tedavilerin sonuçlarının başarısız olduğu eroin bağımlılarına verilen eroin kullanılabilirliğini test etmek için bir araştırma programı başlatmıştır. Başlangıçta plan, rastgele seçilmiş hastalarda eroin, morfin ve metadonu (her biri İ.V. olarak verildi) karşılaştırmaktı. Fakat çalışma dizaynı güçlü İ.V. eroin tercihi ve İ.V. metadonun ve İ.V. morfinin yan etkileri ve İ.V. eroin kullanan hastaların ezici çoğunluğu nedeniyle kullanılabilirlik testi konsepti çalışması olarak değiştirildi. Raporlar 385 hastalık bir alt grup üzerinde odaklansa da toplamda 1.100'den fazla kişi çalışmaya dâhil edildi. Hastalar İsviçre'nin bazı şehirlerindeki 18 tedavi merkezine başvurdular, günde birkaç kere uzmanlaşmış kliniklere geldiler ve istedikleri kadar eroin enjekte ettiler. Çoğu hastada eroin dozu hızla arttı fakat bazı hastalarda günlük 900 mg İ.V. kadar fazla olsa da birkaç hafta ya da birkaç ay sonunda sabitleşti (385 hasta için günlük 490 mgda). Çoğu hasta kliniğe günde birkaç kez geldi. Hastalara zengin çeşitlilikte (tıbbi ve psikiyatrik bakımı, iş desteğini ve sosyal desteği içeren) psikososyal hizmetler sunuldu. Araştırmacılar sonuçta hastaların fiziksel ve ruh sağlıklarının iyileştiğini bildirdiler. Kazançlar oldukça arttı ve polis kayıtlarına göre suç oranı %69'dan %10'a düştü. Madde kullanımı açısından idrar taraması her 8 haftada bir yapıldığından yasadışı madde kullanımının gerçekten azaldığı kesin değildir, fakat hastalar yasadışı eroin ve kokain kullanımında net bir azalma olduğunu bildirdiler. Kaydedilmiş benzodiazepin kullanımı yavaşça azalmıştır, alkol ve kannabis kullanımı az oranda azalmıştır.

Tedaviden ayrılma oranı oldukça azdı, 18 ayda hastaların %69'u tedavide kalmışlardı. Muhtemelen yasadışı kokain kullanımına bağlı 11 HIV veya hepatit vakası kaydedilmiştir. %1'lik yıllık ölüm oranı tedavi edilmemiş bağımlılarınkine ve diğer tedavi programlarınkine kıyasla oldukça düşüktür. Yoğun destek hizmetleri ve klinikte uzun vakit geçirilmesi nedeniyle bu klinikleri işletmenin toplam maliyeti (hasta başına günlük yaklaşık 23 \$) oral metadon sürdürüm programlarından birkaç kat daha yüksekti (Jaffe ve Strain 2007).

İkinci çalışma Hollanda'da yürütülmüştür ve bu çalışmada eroin günlük oral metadon sürdürümüne ek olarak denenmiştir (tek başına metadona devam etmeyle kıyaslanarak). Bu bir açık uçlu klinik denemeydi ve çalışmanın amacı madde kullanımını durdurmak değildi, fakat zararı azaltmak ve üyelerin diğer hizmetlerden faydalanma şansını en yükseğe çıkarmaktı. Çalışma sonuçları çeşitli ölçütlerle değerlendirildi ve önemli ilerleme görev yapan altı bölgeden birine dayandırıldı (yani altı alandan birindeki %40'lık ilerleme başarı olarak kabul edildi). Bu çalışmada metadon dozları oldukça düşüktü ve eroin tedavisinin maliyeti (yaklaşık günlük 40\$-70\$) oldukça yüksekti. Çalışmanın raporunda ilk sonuç diğerlerine dayanarak ek eroinin etkili olduğu belirtilmiştir. İlginç olarak, sadece metadonla tedavi edilen hastalarda da ilerleme kaydedilmiştir (Bazı sonuç değerlerinde ilerleme olmasa da). Bu çalışmanın şaşırtıcı bir özelliği de yasadışı eroin kullanımının ne bir primer sonuç değeri ne de kaydedilmiş bir değerlendirme olmamasıdır. Bu çalışmanın dizaynı her ne kadar hastalara eroin sağlamanın yasadışı eroin kullanımını azaltmadaki etkinliğini test etmek olmasa da bazı yasadışı eroin kullanım değerlerinin çalışmada yer almaması şaşırtıcıdır (Jaffe ve Strain 2007).

2.9. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Başarıyı Öngören Faktörler

2.9.1. Kişisel Faktörler

Kişilik Özellikleri: Tedavi sonucunu etkileyen bireysel özelliklerden biri olan özdeğerlilik madde kötüye kullanımı ile ilgili teörinin yapı taşıdır. Özdeğerlilik sosyalleşme süreci boyunca yavaş yavaş gelişir ve sosyal baskılardan etkilenir (Steffenhagen 1980).

Adler, insanı uyum yeteneği olan, insanlığın yücelmesi için yaratıcı ve yapıcı çabalar gösteren bir varlık olarak tanımlar. Öznel yaşantılar insanın bedeni içinde gelişir ve bunların belirleyicileri, kişinin değer yargıları, tutumları ilgi alanları ve düşünce biçimleridir. Davranışlar çevredeki gerçek olaylardan çok, bireyin onları görüş biçimi ve yorumlamasından etkilenir. Adler'e göre, insanın davranışları ancak toplumsal içeriği ile incelenebilir. Kişide bir bedensel kusur varsa, kişinin bunu nasıl karşıladığı, yaşamını nasıl etkilediği önemlidir

(Turan 2010). Adler'e göre, insanın varoluşunda yetersizlik duygusu vardır ve bu yetersizlik duygusu davranışları güdüleyen bir güçtür. Bu duygularla mücadele etmeyi öğrenmek, amaçlara ulaşmak için gereklidir (Adler 2000). Amaçlara ulaşmak için çaba sarf etmek ve algı (amaca erişmekle ilgili) kavramları özdeğerlilik açısından madde kötüye kullanımı teorisinin önemli parçalarıdır. Ayrıca bu iki kavram kültürel amaçlara ulaşmayı da içeren daha sosyal temelli teorilerle bağdaşmaktadır. Örneğin, alt-kültüre mensup bir birey bazı fırsatları baskın kültürün belirlemiş olduğu yasal yollardan değerlendiremeyeceğini algıladığında, ya söz konusu amaçlara bağlılığında ya da yasal yolların kullanılmasında (anomi) azalma meydana gelecektir (Merton, 1957). Buradaki bağlılığın azalması özdeğerliliğin korunmasına yönelik bir girişim olarak yorumlanabilmektedir. Bununla birlikte, yasal yolların kullanılmasına yönelik bağlılığın azalması özdeğerliliği yasadışı yollardan kazanmaya kalkışmakla sonuçlanabilmektedir (Turan 2010).

Yüksek özdeğerliliğin gelişimi aşağılık duygusu, sosyal ilgi, başkalarına karşı merak ve alaka gibi birçok psikolojik kavramla ilişkilidir (Steffenhagen 1980). Amacın algılanışı, aşağılık duygusu ve sosyal ilginin yanı sıra özdeğerlilik teorisinin üçüncü unsuru olarak gösterilmiştir (Steffenhagen 1980).

Keyif alma ve öfori bağımlılığı açıklayan faktörler arasında gösterilmektedir. Psikolojik temelli özdeğerlilik kavramından farklı olarak, Bejerot (1980) zevk alma kavramını biyolojik kökenli faktör olarak tanımlamakta ve zevk almaya karşı bağımlılık duygusunun kendini koruma içgüdüsünden daha kuvvetli olabileceğini ifade etmektedir. Yani madde kullanmaya başlayan bağımlı bir kişi başlamasına yol açan faktörleri ortadan kaldırsa bile bağımlılığı zevk almak amacıyla devam edebilecektir. Kaygı bağımlılıkta önemli bir etkidir ve uyuşturucu madde kullanımıyla kaygının azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Ausubel 1980; Wikler 1980). Sorunları unutmak için madde kullanmak oldukça sık ifade edilmektedir. Kaygının azalması özdeğerlilik kavramı ile yakından ilişkili olabilmekte ve bağımlılık durumunda özdeğerliliğin davranışsal bir göstergesi gibi algılanabilmektedir (Turan 2010).

İlk zamanlar psikodinamik formülasyon ile dürtü teorisi temel alınarak; doyum sağlayan, saldırgan dürtüler ve madde kullanımının bilinç dışı anlamı üzerine durulmuştur. Bu modelde madde kullanımına yatkın bireylerin heyecan arayan yapıları olduğu vurgulanmıştır. Son dönemdeki psikoanalitik formülasyonlarda ise adaptasyon, ego ve kendilik karışıklıkları ve ilişkili psikopatolojiler madde bağımlılığına sebep olan faktörler olarak incelenmektedir. Madde kullanımının anlamı, nedenleri ve sonuçları en iyi kişilik organizasyonu, ego psikolojiyi, kendilik yapıları, kişiye özgü stres durumları ile ilişkili çevresel etkiler ve maddelerin özgül özelliklerinin dikkate alınması ile anlaşılır (Güçlü Gönüllü ve ark. 2002).

Heyecan arayışı kişilik özelliği olarak, bağımlıların macera, heyecan ve değişmiş bilinç durumlarını yaşama eğilimlerini ifade etmek için kullanılmaktadır. Uyuşturucu madde bağımlılarının yüksek oranda heyecan arayışı özelliğine sahip oldukları ifade edilmiştir (Galigio ve Stein, 1983). Öğrencilerle yapılan çalışmada heyecan arayışı özelliği düşük olanlara kıyasla yüksek olanların her türlü maddeyi esrardan başlayarak daha kolay kullanabilecekleri bildirilmiştir (Zuckerman, 1979). Craig (1982) eroin bağımlılarının kişilik özelliklerini araştıran çalışmaları incelediğinde, bağımlıların düşük benlik algısına sahip oldukları bütün araştırmalar tarafından saptandığını belirtmektedir. Bağımlılar kendilerine bir yapı ve destek sağlamak için çevrelerine bağlanma eğilimi göstermektedirler. Bağımlıların maddeyi bırakmak için motivasyonlarının yüksek olduğunu ifade etmelerine karşın günlük hayatlarında davranışları bununla uyuşmamaktadır.

Birçok madde bağımlısı, madde kullanımlarını düşük kendine güven, depresyon gibi özgül semptomlar ya da psikopatolojik durumlar için kullandıklarını bildirmektedir (Güçlü Gönüllü ve ark. 2002). Bazı araştırmacılar depresyonun tedaviye uyumu etkilediğini belirtmektedirler (Kennedy ve Serin, 1997; VanVoorhis, 2000). Ancak depresyonun tedavi başarı veya başarısızlığını nasıl etkilediği hala bilinmemektedir. Hubbard (2007) tedavi başarısı açısından depresyonda olan ve olmayanların eşit şekilde performans gösterdiklerini bulmuştur.

Bağımlılarda nesne ilişkilerinde gözlenen özgül yetersizlik yanında gerçeği değerlendirme yetisinin problem oluşturmadığı belirtilmiştir (Rutherford 1996). Eğer içgüdülerimiz, dürtülerimiz gelişigüzel ifade edilirse, tehlikeli durumlarda karşıkarşıya kalırız. Kontrol eden ve uyaran yanıtlar egonun savunma mekanizmalarının parçasıdır. Bu bağlamda madde bağımlılarında kendini koruyucu ego kapasiteleri noksanıdır. Gelişimin erken dönemlerinde oluşturulan bu fonksiyonların uygun bir şekilde içselleştirilmemesi nedeni ile oluşan problemler, madde kullananların yaşam öykülerinde korunabilir tıbbi, kanuni, ekonomik zorluklar ve kazalar sıklıkla karşımıza çıkar. Önceden görmek, değerlendirmek, endişe etmek ile ilgili kalıcı bir yetersizlik durumu söz konusudur. Madde kullanımının kendisindeki tehlikeyi hiçe saymak bunun bir diğer kanıtıdır. Bu tür hassasiyetin karakteristik özelliği bu kişilerin hiperaktif, impulsif, agresif ve tehlikeyi inkar eden tutumlarında gözlenir. Duygudurum düzenlenmesi ve savunmaları ele alındığında; gerginlik yaratan durumları savuşturmak ve yatıştırmak, üzüntülü durumları hafifletmek için bireylerin kendini tedavi etme yöntemi olarak maddeyi kullandığı görülür. Genelde mevcut duygudurum ile bağlantılı madde seçilir. Örneğin; öfke ve saldırganlığa karşı opiat, anergi, çökkünlüğe yönelik uyarıcılar kullanılır. Alkolü de kapsayan depresanlar ise katı, aşırı değer yüklenen savunmalarla oluşan izolasyon ve boşluk hissini iyileştirmek için kullanılır. Çoğu madde kullanıcısının

duygularının farkına varmak ve tamamlamakla ilgili zorluk yaşadığı bilinmektedir. Acıyı hafifletmeye yönelik madde kullanılırken; kişilerin asıl hedefi tamamen ortadan kaldırmaktan çok kontrol sağlayabilmektir. Kişiler madde ile duygularını anlamlandırır tanır ve kontrol eder. Hatta sonuçlarının ve etkilerinin hoş olmadığı acı dolu olduğu zamanlarda kendi icat ettikleri üzüntüyü bunun yerine koyar ve hatırlanması, bulunması, yakalanması zor olanın yerine kontrol ederler. Bu adeta içteki mevcut ümitsizliği inkar etmek için bir dış etkiye başvurularak kullanılan bir savunmadır (Güçlü Gönüllü ve ark. 2002).

Komorbidite: Madde kullanım bozuklukları alkol kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları, kaygı ve kişilik bozuklukları ile birlikte görülebilmektedir (Degenhardt ve ark. 2001; Havassy ve ark. 2004). Birinci ve ikinci ekseninde yer alan bozukluklar ile birlikte görülen madde kullanım bozuklukları sağlık durumunun bozulması, AIDS, hepatit, nöropsikolojik bozukluk, şiddet, düşük iş verimi, yoksulluk, suç işleme, sosyal işlevsizlik, başarısızlık ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Trull ve ark. 2000). Madde kötüye kullananların % 30-% 60'ında başta kişilik bozuklukları, majör depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk olmak üzere psikiyatrik bozukluklar ile komorbidite göstermektedir. En sık rastlanan bozuklukların sırasıyla kişilik bozuklukları (özellikle antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu), anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğunu ileri sürmektedir. Bazı çalışmalar, madde bağımlılığı olan erkeklerde daha çok antisosyal kişilik bozukluğu, kadınlarda ise depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu birlikteliği olduğunu göstermektedir. Madde bağımlılarında şizofreni yaygın olarak görülmemesine rağmen, şizofreni tanısı olan hastaların büyük bir kısmı uyuşturucu madde kullanmaktadır (Regier ve ark. 1990). Komorbidite madde bağımlılığı tedavisini çeşitli şekillerde zorlaştırmaktadır. Çalışmalar depresyon tanısı olan madde bağımlılarının relapsa neden olabilecek çevresel etkenlere direnmekte zorlandıklarını göstermektedir. Dolayısıyla ek psikiyatrik hastalık tanısı olan hastaların tedavisinin kişiye özgü düzenlenmesi gerekmektedir. Örneğin, anksiyete bozukluğu ek tanısı olan opiyat bağımlılarına benzodiazepin verilmesi ikinci bir bağımlılık meydana getirebilmektedir (Goodwin ve Jamison 1990).

Motivasyon Faktörü: Güdü, istekleri, arzuları, gereksinimleri, dürtüleri ve ilgileri kapsayan genel bir kavramdır. Güdüler organizmayı (1) uyarır ve faaliyete geçirir, (2) organizmanın davranışını belirli bir amaca doğru yöneltir (Cüceloğlu 1996). Motivasyon konusun üzerindeki tartışmalar hastaların yardım almayı istemeleri ve tedavi başlamadan önce değişmek istemeleri gerektiği varsayımı üzerine odaklanmaktadır (Oxley 1966). Değişim için motivasyon, hastanın stres seviyesi, amaçları ve bu amaçlara verdiği değer ve sonuçlarla ilgili beklentileri (hastanın amaçlarının ulaşılabilir olduğuna ilişkin inançları), özyeterlilik algısı

(kişinin kurallara uygun davranabileceği ve tedavinin amaçlarına ulaşabileceğine inanması), sosyal destek sistemlerini kapsayan çevresel kaynaklar ve sınırlılıklar ve kişisel beceri repertuarı (madde kullanmaya ilişkin baskılara direnme kapasitesine sahip olmak) gibi faktörlerden etkilenmektedir (Hanson ve El-Bassel 2005; Turan 2010). Birçok araştırma tedaviye gönüllü başlayan kişilerin mahkeme kararıyla zorunlu olarak tedaviye başlayan hastalara göre içsel motivasyonlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Knight ve ark. 2000). Tedavi motivasyonu ile ilgili teoriler, madde bağımlılarının problemlerinin ciddiyeti ve tedavinin gerekli olduğunu algılamaları ile tedaviye devam etme ve olumlu sonuç alma arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Araştırmalar değişmeye karşı motivasyonu yüksek olan hastaların, düşük olanlara göre tedavide daha uzun süre kaldıkları, programı tamamladıkları ve tedavide elde edilen kazanımları zaman içinde daha fazla koruduklarını göstermektedir (Turan 2010). Tedaviye mecbur bırakılan hastaların tedaviden olumlu sonuçlar elde ettikleri görülmektedir. Dışsal motivasyon (hapis cezasından kaçınmak amacıyla ifade edilen motivasyon da dahil olmak üzere) hastaların tedaviyi başarıyla tamamlamalarını arttırmakla birlikte, özellikle tedaviye devam etme süresi, relaps ve tekrar suç işleme eğilimini gibi tedavi sonuçlarını belirleyici kuvvetli bir etkidir (Cosden ve ark. 2006). İçsel ve dışsal motivasyona sahip hastaların tedavide daha uzun süre kaldıkları, içsel motivasyonu düşük olan hastaların ise tedaviyi tamamlamadan ayrıldıklarını bildirilmiştir (Ryan ve ark. 1995).

2.9.2. Kişilerarası Faktörler

Akran Grubu: Uyuşturucu madde kullanmaya başlama ve bağımlılığın gelişmesi üzerinde akran grubuyla özdeşleşmenin önemli etkileri bulunmaktadır. . Uyuşturucu madde kullanan ve madde kullanımını kurallara uygun bir davranış olarak kabul eden bir grupla özdeşleşmiş bireylerin madde kullanması bu grup tarafından beklenmektedir (Johnston 1980). Yüksek relaps oranları, özellikle arkadaş grubu içinde görülen madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Goehl ve ark. 1993). Buna göre, antisosyal arkadaş çevresi olan hastaların iyileşme sürecinin negatif etkileneceğini söylemek mümkündür. Birçok hasta tedavi başlamadan önce antisosyal arkadaş grubu ile bağlantıyı keser fakat çoğu zaman yeni edindikleri arkadaşları da yine uyuşturucu madde kullanan veya kullanımı destekleyen insanlar olmaktadır (Hawkins ve Fraser 1987).

Aile İlişkileri: Ailesel faktörlerin madde kullanımı, madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığını etkilediği gösterilmiştir (Karkowski ve ark. 2000). Aile ilişkileri ile ilgili araştırmalar aynı zamanda madde kötüye kullanımının nasıl süreklilik kazandığı ve relaps

oranlarının neden yüksek olduğunu da irdelemektedir. Dengeli, duygusal ve toplumsal etkileşimin güçlü olduğu aile ortamında, yeterli güven, sevgi ve sevecenlik içinde büyüyen çocuklar, gelişimleri için gerekli deneyimleri elde edebilirler. Bu tür aile ortamlarında, aile üyelerinin kendilerine düşen sorumlulukların bilincinde olması ve çocuğa bağımsızlık yolunda yeterli olanakların hazırlanması, onun sağlam bir kişilik yapısına sahip olmasını sağlar (Yavuzer 1994). Uyuşturucu madde bağımlılığı, kapalı aile sistemindeki çocuğun kendini kısıtlanmış hissetmesi sonucu, başkaldırma ve cezalandırma veya yok edici ve kendi kendini cezalandırıcı yaşam stilini benimseme yoluyla aile ile kaynaşmaktan kaçınma girişimi biçiminde açıklanmaktadır. Ayrıca, uyuşturucu madde bağımlılığı bireyin kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü koruma ve bağımlı kişinin ailesi tarafından empoze edilen duygulardan çok kendi duygularını yaşamakta özgür olma çabası şeklinde açıklanmaktadır (Turan 2010). Uyuşturucu madde kullananların ailelerinde, aile içi ve dışında sınırsal problemler, sağlıksız ve yıkıcı roller, iletişimin yetersiz olması gibi sorunlar olduğu belirtilmektedir (Mackenson ve Cottone 1992). Uyuşturucu madde kullanan ergenlerin ailelerinin, düşünce ve duygularını ifade etmede daha sınırlı, kişisel sınırlara saygılarının daha az, diğerlerine karşı ilgi ve güvenlerinin yetersiz, duygusal yönden daha çok mesafeli olduklarını ve evde daha negatif bir atmosfer yarattıkları bildirilmiştir (Searight ve ark. 1991). Ebeveynlerin madde kullandığı durumlarda, çocuğun ebeveynin davranışlarını taklit etmesinin bağımlılıkta önemli rol oynadığını düşünülmektedir (Gorsuch 1980). Lavee ve Altus (2001), detoksifikasyon programından sonra altı ay boyunca madde kullanmayan 25 hasta ve programdan sonra tekrar maddeye başlayan 25 hasta ile yapmış oldukları araştırmada, maddeye tekrardan başlayanların, duyguların kısıtlı bir şekilde ifade edildiği, farklı görüşlerin kabul edilmediği, üyelerin sorumluluk almaktan kaçındığı, güvensizliğin yüksek ve kaynaşmanın az olduğu ve kişilerarası çelişkilerden doğan stres duygusunun yaygın olarak yaşandığı ailelerden geldiklerini bulmuşlardır (Turan 2010).

2.9.3.Çevresel Faktörler

Kullanılan Maddeye Erişebilme Kolaylığı: Erişebilirlik, maddeyi elde etme kolaylığı veya zorluğunu, özellikle maliyet ve ulaşmak için gereken fiziksel çabanın miktarına bağlı olarak belirlenen bir dizi fiziksel, sosyal ve ekonomik şartları ifade etmektedir. Eğer maddenin fiyatı yüksek ve ulaşmak için sarf edilmesi gereken eforun miktarı fazlaysa, madde kullanma eğilimi düşecektir. Erişebilirlik kavramı gerçek olabildiği gibi ayrıca algılanabilmektedir. Gerçek erişebilirlik, maddelerin fiyatını, yakın çevredeki satıcı ve satın alınacak yerlerin sayısını dikkate almaktadır. Algılanan erişebilirlik ise madde kullanan ve kullanmayan

kişilerin söz konusu erişilebilirlik hakkındaki tahminlerini içermektedir. Uygulamada, gerçek erişilebilirlik bilinmemekte ve sübjektif tahminlere dayanmaktadır (Turan 2010). Maddeye erişimi kolay olan meslek gruplarının (doktor, hemşire ve eczacıların) bağımlı olma riski diğer meslek gruplarındakilere oranla daha yüksektir (Goldstein ve Kalant 1990).

Sosyal Ortam: Sutherland'ın (1939) geliştirmiş olduğu aykırıların birleşmesi teorisine göre, üniversite ortamında, kişi uyuşturucu madde kullanan grupla ne kadar fazla zaman geçirirse, madde kullanması o kadar muhtemel olacaktır. Gerginlik, sıkıntı, sosyal boşalım ihtiyacı, sosyal stres ve akran grubunun madde kullanımını onaylaması, nörotik savunma mekanizmalarına gerek olmadan madde kötüye kullanımının gelişmesi için yeterli olabilmektedir. Bu da sosyalleşmenin oynadığı rolü göstermektedir (Becker ve Strauss 1956). Buna göre, yüksek özdeğere sahip bireylerin sosyal ortam sonucu uyuşturucu madde kullanmaları açıklık kazanmaktadır.

2.9.4. Sosyodemografik Faktörler

Cinsiyet: Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığını açıklayan teorilerin cinsiyet-spesifik veya cinsiyet-duyarlı olduğunu belirtmektedir. Depresyon, davranım bozukluğu, fiziksel ve cinsel istismar, doğum öncesinde uyuşturucu maddelere maruz kalma, ve aile işlevsizliği, kadın ve erkekler açısından, madde kötüye kullanımının öngörülmesinde söz konusu olan ayırt edici değişkenler arasında bulunmaktadır. Bazı durumlarda, öngörücü değişkenler erkekler ve kadınlar için kuvvetli olabilmektedir (cinsiyet-duyarlı). Başka durumlarda ise, madde kullanımını tahmin edici değişkenler ya sadece erkelere ya da sadece kadınlara uygulanabilmektedir (cinsiyet-spesifik). Önleme ve tedavi müdahaleleri ile ilgili risk faktörlerindeki cinsiyete dayalı farklılıklar geniş bir biçimde irdelenmemiştir. Oysa, cinsiyet-duyarlı ve cinsiyet-spesifik risk faktörlerini hedef alacak şekilde tasarlanan ve psikososyal ve zihinsel gelişimde cinsel farklılıkların tespit edildiği yönlendirmeleri gerçekleştiren müdahalelerle kadın ve erkekler için daha iyi tedavi sonuçlarının alınabileceği olasılığını göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Turan 2010). Kızlara kıyasla erkekler madde kullanmaya daha erken yaşta başlamakta, yasadışı maddeleri daha fazla ve daha uzun süre kullanmaktadır (Johnston; O'Malley ve Bachman 1996, 1997). Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı kadın tutuklularda erkeklere göre daha yaygın görülmektedir. Araştırmalar, uyuşturucu madde suçu işlemiş kadınların erkek suçlulara göre şiddet içermeyen (uyuşturucu madde bulundurma, fahişelik, ufak hırsızlık, vb.) suçları daha fazla işlediklerini, madde kötüye kullanımı ile ilgili testlerden daha çok pozitif sonuç aldıklarını ve suç geçmişlerinin olmadığını veya uyuşturucu ticaretine karışmadıklarını

göstermektedir. Kadın tutukluların çoğunun alkol ve esrar kullanımı ile ilgili geçmişleri bulunmaktadır (Turan 2010). Erkek ve kadınlarda madde kötüye kullanımına yol açan sürecin farklı olduğunu belirtilmektedir. Kadınların madde kullanmaya başlamaları erkeklerle olan ilişkilerine bağlanmaktadır (Rosenbaum 1980). Kadınlar daha çok ailevi nedenlerden dolayı madde kullanmayı bırakırlar. Kadınlar için cinsel ve fiziksel istismar uyuşturucu madde kullanma sürecinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca, kardeş veya diğer yakınlar için bakıcı sorumluluğu verilmesi, ev içinde ağır sorumluluk verilmesi ve erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların madde kullanmasına neden olan faktörler arasında bulunmaktadır (Anderson, 1998). Tedaviye başlama, tamamlama ve tedavide kalma süresi cinsiyete göre farklılık göstermemekte, ancak bu sonuçları öngören faktörler belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Erkeklerin evli veya çalışıyor olması, kadınların alkol teşhisi tedaviye başlama ile ilişkili görülmektedir. Erkeklerin eğitim seviyesinin düşük olması, kadınların psikiyatrik ek tanısı tedaviye başlamadaki başarısızlıkta belirleyicidir. Erkeklerde yaştan büyük olması tedaviyi tamamlamada önemli bulunurken, kadınlarda ise gelir seviyesinin yüksek olması ve yasal sevk önemli olmaktadır. Kadınlarda daha çok bağımlılık seviyesinin yüksek olması, erkeklerde ise tedaviye başlama motivasyonu, ilaç tedavisi görüyor olmak ve psikiyatrik durumun kötü olması ile tedaviyi tamamlamada başarısızlık ile ilişkili bulunmuştur. Kadınlar alkol veya opiyat bağımlılığı teşhisi ve yasal sevk süreci olduğunda, erkekler ise daha az psikiyatrik ek tanı, daha önce 12-adım programına katılım ve eğitim seviyesi yüksek olduğunda tedavide daha fazla kalmaktadırlar (Green ve ark. 2002)

Yaş: Yaş tedaviye yanıtı belirleyen faktörlerden biri olarak görülebilmektedir. Diğer taraftan, yaş tek başına tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde gerekli kesinliği sağlamamaktadır. Genç insanları tedaviye başlamaları yönünde cesaretlendirmek oldukça zordur (Beynon ve ark. 2001). Fakat, madde kullanmaya başlamayla tedaviye başlama arasındaki zamanı azaltmak özellikle ağır uyuşturucuları kullananlar için oldukça önemlidir. Diğer uyuşturucu madde kullananlarda kötüye kullanımdan bağımlılığa geçiş belirli bir sürede meydana gelirken opiyat kullananlarda kötüye kullanım ve bağımlılık aynı yıl içinde meydana gelme eğilimi göstermektedir. Birçok çalışma yaştan tedavi sonucunu öngören önemli bir faktör olduğunu ve gençlerin yetişkinlere göre daha sık tedaviyi bıraktıklarını göstermektedir (Ridenour ve ark. 2003).

Yasadışı Madde Kullanımı, Suç ve Tedavi: Birçok araştırma cezaevindeki mahkumların yarısından fazlasının madde tarama testlerinin pozitif çıktığını ve daha da fazlasının geçmişinde alkol ve madde problemi olduğunu bulmuştur (Peters 1993). Suç ve madde bağımlılığı arasındaki ilişki tedavi gören bağımlılardaki yasadışı faaliyet oranlarının yüksek

olmasıyla da ortaya konulmaktadır. Lehman ve Simpson (1990) yaptıkları çalışmada opiyat kullanan erkeklerin % 99'unun suça karıştığını ve % 60'ının en az bir sene hapis yattığını belirtmişlerdir. Tedavi sonrası tekrardan uyuşturucu madde kullanmaya başlayanlarda yeniden suç işleme oranı yüksek bulunmuştur (Joe ve ark. 1990b). Uyuşturucu madde ve suç arasındaki ilişki nedeniyle tedavide her iki konu üzerinde durulması gerekmektedir. Tedavide ilerleme kaydeden kişilerde suç oranları ve madde kullanımında azalma tespit edilmiştir. Birçok çalışma tedavi gören eroin bağımlılarından tedaviyi başarıyla tamamlayanların tutuklanma oranlarının azaldığı, daha az suç işlediklerini ve hapiste daha kısa süre kaldıklarını ortaya koymuştur (Platt ve ark. 1990-1991; Lehman ve Simpson 1990; Sinha ve ark. 2003). Bununla birlikte tedavi ve suç arasında ilişki kuramayan araştırmalar da bulunmaktadır. Hepburn ve Albonetti (1994) yaptıkları çalışmada tedavi ve denetimin, gözetim altındaki madde bağımlılarının tekrardan suç işleme olasılıklarını etkilemediğini bulmuşlardır.

Diğer Sosyodemografik Faktörler: Sosyal uyum seviyeleri yüksek olan, daha çok arkadaşları bulunan, psikiyatrik tedavi geçmişi az veya hiç olmayan, uyuşturucu ticaretine daha az karışan, daha az korunmasız cinsel ilişkiye giren ve daha az silahla veya bıçakla saldırıya maruz kalan suçluların tedavi programını tamamladıkları belirtilmektedir (Lang ve Belenko 2000). 2000 yılında Illinois'de 30 Kasım ve 30 Aralık 2000 tarihleri arasında gözetim ve denetim altında tutulan 3017 suçlu ile yapılan çalışmanın verilerini değerlendiren Huebner ve Cobina (2007), genç, şehirde yaşayan ve gözetim ve denetim altındayken tekrardan tutuklanan kişilerin daha çabuk yeniden suç işlediklerini, evli olmanın yeni bir uyuşturucu madde suçunun işlenme sürecini geciktirdiğini, daha önceden uyuşturucu suçundan tutuklanan kişilerin tedaviyi tamamlamada daha başarısız olduklarını, evli ve çalışıyor olmanın tedaviyi tamamlama ile pozitif ilişki içinde olduğunu, tedaviyi tamamlayanların % 73'ünün bir işte çalıştıklarını ve bu grubun yarısından fazlasının evli olduğunu bulmuşlardır. Yüksek motivasyonla tedaviye başlamak, eğitim seviyesinin yüksek olması, daha fazla iş imkanı olması, tedavi sırasında sağlık uzmanları ile iyi ilişkiler kurmak, ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olması, yaştan büyük olması ve sosyoekonomik statünün yüksek olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunmaktadır (Howard ve McCaughrin, 1996; Vogt 2000). Bazı araştırmalar cinsiyet ve tedavi sonucu arasında anlamlı ilişkinin olmadığını belirtmektedir (Prendergast ve ark. 2002).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırmanın amacı, opiyat bağımlılığı tedavisine yanıtı etkileyen faktörleri saptayarak toplumumuza özgü tedavi protokollerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır. Araştırmada ön test-son test, tekrarlayan ölçümlü deneysel model kullanılmıştır. Araştırma deseni Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.

Çalışma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek. 1).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yataklı Servisinde yatan ve taburcu edildikten sonra Bağımlılık Polikliniğinde ayaktan izlenen hastalarla gerçekleştirildi. Araştırmanın yapıldığı hastanenin belirlenmesinde mevcut hasta sayıları, ulaşılabilirlik durumu, ekibin işbirliği ve araştırmacının eğitim aldığı ve uygulama yaptığı yer olması göz önünde bulunduruldu.

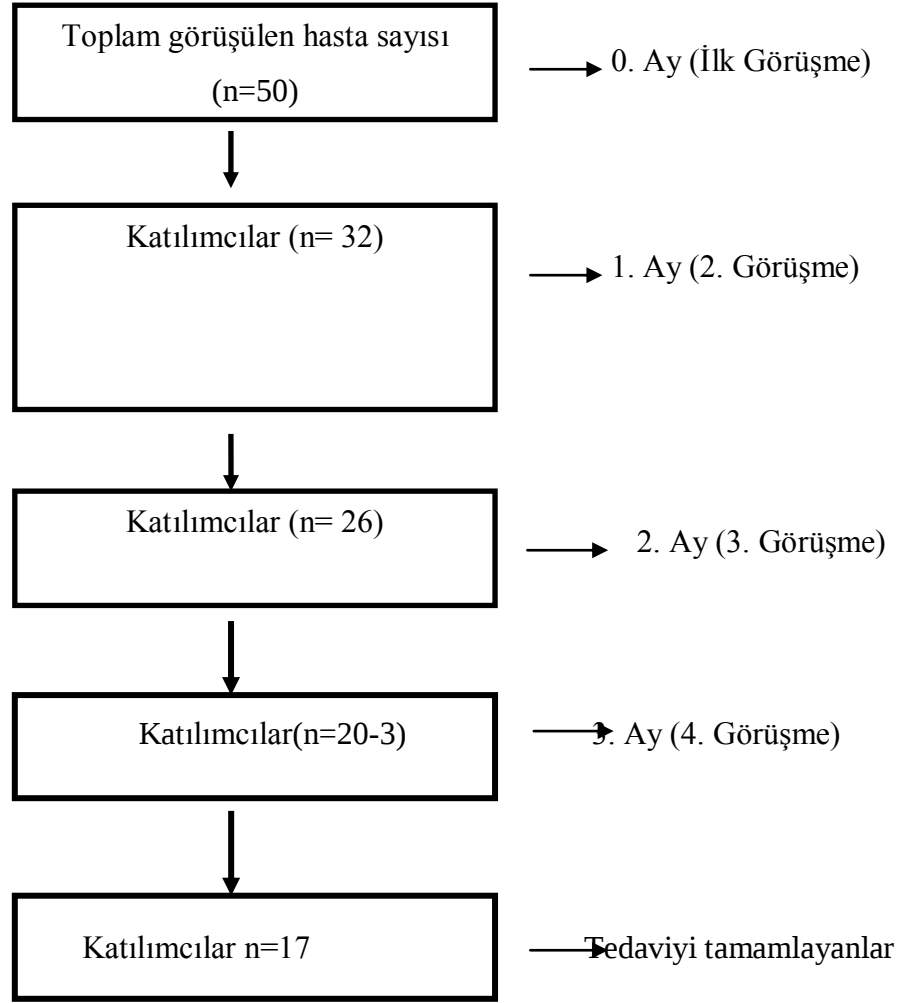
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ön test - son test ve tekrarlı ölçüm düzeninde gerçekleştirilen araştırmanın evrenini DSM-IV opiyat bağımlılığı tanısıyla Temmuz - Eylül 2011 tarihinde psikiyatri servisine yatırılan tüm hastalar oluşturdu.

Örneklem seçilmeksizin araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm hastalar çalışmaya dâhil edilmişlerdir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla ilk görüşme yataklı serviste, sonraki 3 görüşme poliklinikte yapıldı. Hastanın yanında bir başkasının olmamasına özen gösterildi. Araştırmanın yapıldığı tarihte opiyat bağımlılığı tanısı olan 50 hasta servise yatırıldı. Hastaların tamamı işleme kriterlerini karşılamaktaydılar ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ettiler.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-IV'e göre Opiyat bağımlılığı tanısı alan,
- 18-65 yaşları arasında olan,
- Bilgilendirilmiş onam formunu gönüllü olarak imzalamış olan



Şekil 3. 1. Araştırma Deseni

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

- Opiyat bağımlılığı tedavisinin başarısı hastayla ilgili kişisel etkenlere bağlıdır.
- Opiyat bağımlılığı tedavisinin başarısı hastanın kişiler arası ilişkileriyle ilgili etkenlere bağlıdır.
- Opiyat bağımlılığı tedavisinin başarısı hastanın çevresel etkenlerine bağlıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada stres değişkenine ilişkin ölçümler “Algılanan Stres Ölçeği”, tıbbi durum, iş-destek durumu, madde ve alkol kullanımı, yasal durum, aile-sosyal ilişkiler ve psikiyatrik durum değişkenlerine ilişkin ölçümler “Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği”, carving değişkeniyle ilişkili ölçümler “Görsel Analog Ölçeği”, kişilik özellikleri değişkenine ilişkin ölçümler “Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi”, psikopati değişkenine ilişkin ölçümler

“Levenson Psikopati Ölçeği”, sosyal, çevresel ve psikolojik değişkenlere ilişkin ölçümler “Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Bu ölçekler hipotezlerdeki etkenlerle ilgili verileri toplaması amacıyla seçilmiştir. Kullanılan ölçme araçları aşağıda ayrıntılı olarak tanıtılmıştır.

- * Algılanan Stres Ölçeği
- * Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği
- * Görsel Analog Ölçeği
- * Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi
- * Levenson Psikopati Ölçeği
- * Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği

3.6.1. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiş olan oldukça yaygın biçimde kullanılan bir ölçme aracıdır. ASÖ, yaşanan stresin düzeyini, yanıtlayıcının yaşamını ne ölçüde yordanamaz, kontrol edilemez ve aşırı yüklü değerlendirdiğine bağlı olarak ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sıkça kullanılan bu ölçekte bireylerden son bir ay içinde belirli duygu ya da düşünceleri ne sıklıkta yaşadıklarını, 0 (hiç) ile 5 (çok sık) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. Maddelerden alınan puanlar toplanarak yanıtlayıcının algıladığı stres düzeyi belirlenmekte ve yüksek puan algılanan stres düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık Cronbach alfa katsayısının 0,84, iki gün arayla gerçekleştirilen iki ölçüm sonucunda elde edilen test tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0,85 olduğu bildirilmiştir.

Algılanan Stres Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması Yerlikaya ve İnanç (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmada ölçeğin güvenirliğini sınamak üzere hesaplanan iç tutarlık alfa katsayısının 0,84 olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçları ASÖ Türkçe çevirisinin yeterli iç tutarlılığa ve ölçüt geçerliğine sahip olduğu yönündedir.

3.6.2. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (Addiction Severity Index-ASI)

Bağımlılık şiddetini belirlemek üzere McLellan ve arkadaşları tarafından 1979 da geliştirilen bu ölçme aracı 140 maddeden oluşan yapılandırılmış klinik ölçme aracıdır. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında, kullanılan alkol veya maddeden dolayı etkilenen tıbbi durum, iş, madde ve alkol kullanımı, yasal, aile ve psikiyatrik sorun alanlarını belirleyerek, bu alanlarda tedaviye veya danışmana olan gereksiniminin şiddetini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Bu ölçek; tıbbi durum 11 madde, iş destek durumu 24 madde, yasal durum 30 madde, alkol ve madde kullanımı 27 madde, aile-sosyal ilişkiler 26 madde ve psikiyatrik durum 22 maddeden oluşan 6 alt ölçekten meydana gelmiştir. Bu ölçekte her sorun alanının şiddeti, görüşmeci tarafından 10'lu (0-9) derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ölçek, görüşmeci tarafından bireyin yaşam boyu ve son 30 gündeki her bir sorun alanının önemini ve şiddetini subjektif olarak yansıtmaktadır. Puanların yükselmesi bireyin tedavi veya danışma gereksiniminin fazla olduğunu göstermektedir (Demirbaş ve ark. 2003).

Ancak ölçeği kullanabilmek için, ölçeğin maddeleri, maddelerin içeriği, görüşmede izlenecek yol, değerlendirme vb. için iyi bir eğitim almak gereklidir. Görüşme yaklaşık olarak 45 dakika ile bir saat arasında değişmektedir (Demirbaş ve ark. 2003).

Ölçekten iki tür puan elde edilmektedir: 1) Şiddet puanı; bireyin yaşam boyu ve şimdi ki problem şiddetini ve tedaviye olan gereksinimini 0-9 arasında değerlendiren subjektif puandır. Yüksek puanlar, problemin şiddetinin büyüklüğünü göstermektedir. Şiddet puanları, görüşmecinin, hastanın hangi alanlarda tedaviye/danışmaya ihtiyacı olduğunu değerlendirmesi ile oluşmaktadır. 0 ile 9 arasında puanlanmakta , 0 ; tedaviye ihtiyacı yok, 9; tedaviye ihtiyacı çok fazla anlamına gelmektedir. Her puan hastanın semptomlarının problem öyküsüne, o anki durumuna ve problem alanı ile ilgili tedavi/danışma ihtiyacını subjektif değerlendirmesine dayanmaktadır (Demirbaş ve ark. 2003). 2) Bileşik puan (composite); bireyin son 30 gündeki davranışlarını değerlendiren belirli soruların hesaplanmasıyla oluşan matematiksel bir puandır. Bu matematiksel puanı elde edebilmek için belirli formüllerden yararlanılmaktadır. 0 ile 1 arasında değer elde edilmekte ve yüksek değerler problem şiddetinin büyüklüğünü göstermektedir. Bu puan daha çok karşılaştırmalı araştırmalarda (ön test-son test, izleme çalışmaları vb.) bireydeki değişikliği ve tedavinin etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılmaktadır (Demirbaş ve ark. 2003).

Şiddet puanları subjektif olduğu için matematiksel bir puan olan bileşik puan elde edilmektedir. Sonuçları karşılaştırmalı çalışmalarda bu puan kullanılmaktadır. Bu puan şu şekilde elde edilmiş: Ölçeğin bazı maddeleri değişimi yansıtmadığından (ör; eğitim yılı) faktör analizine dayanan bir istatistik için uygun olmadığını düşünerek bu yöntemi kullanmanın sakıncalı olacağı belirtilmektedir. Ayrıca faktörlerini yorumlamanın da zor olduğu vurgulanmaktadır. Genel problem alanını belirlemede, herhangi bir madde diğer bir maddeden daha ağırlıklı olmadığı için ampirik bir metod olan değişimi gösterecek ve o problem alanını yansıtan maddelerden oluşan bir puan elde edilmesinin uygunluğuna karar verilmiş. Her problem alanını ve değişmeyi en iyi yansıtan maddeler belirlenmiş. Bunlar var ve yok iken iç tutarlılığa bakılarak bu yöntemin uygun olacağına karar verilmiş. Klinik

tartışma ve ampirik araştırmalar sonucu seçilen herhangi bir maddenin bileşik puanının diğer bir maddeden daha öncelikli ve farklı olduğuna karar verilmiş. Her maddeye eşit ağırlık düşmesini istedikleri için basit bir toplama işlemiyle bütün sorulardan oluşan eşit bir ağırlık mümkün olmayacağından iki basamaklı bir bölme işlemiyle yapılıyor. O maddeye verilecek en yüksek puan ele alınıyor ve hastanın cevabı bu puana bölünüyor. Elde edilen puan da o problem alanında kaç madde dahil edildi ise o madde sayısına bölünerek bileşik puan elde ediliyor (Demirbaş ve ark. 2003).

Süre, problem yoğunluğunu yansıtan maddelere bakıldı ve bileşik puan elde edildi. Şiddet puanı gibi yüksek puanlar yüksek problem şiddetini göstermektedir. ASI-İş durumu için yüksek puanlar daha az şiddeti gösterdiği için bunu düzeltmek, ASI bileşik puanlarının homojenliğini artırmak için elde edilen bileşik puan 1.000'dan çıkarılmaktadır. İş ve yasal durumlardan elde edilen bileşik puanlar geniş bir ranja yayıldığından ranjı daraltmak ve normal dağılım elde etmek için logaritmayı kullanıyoruz (Demirbaş ve ark. 2003).

Puanların elde edilmesi ile ilgili örnekler:

- A) Son 30 günde kaç gün tıbbi problemler yaşamasına vereceği en yüksek yanıt 30, bu durum altında 3 madde olduğu için $30 \times 3 = 90$ elde ediliyor.
- B) B) Ne kadar sıkıntı yaşadığına vereceği en yüksek yanıt 4, 3 madde olduğu için $4 \times 3 = 12$ elde ediliyor.

Yapılan çeviri çalışmaları sonucunda Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, yarı yapılandırılmış klinik ölçme aracı olarak oluşturulmuştur (Demirbaş ve ark. 2003).

BAĞIMLILIK ŞİDDETİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BİLEŞİK PUANLARI (COMPOSITE SCORE)

Tıbbi Durum

6. madde:A/90

7. madde:B/12

8.madde:C/12

İş ve Destek Durumu (Belirtilen dört maddenin toplamının 1.000'den çıkarılması ile elde ediliyor.

4. madde:A/4

5. madde:B/4

11.madde: C/120

12. madde: log D/36

Yasal Durum

22. madde A/5

25. madde:B/150

26. madde:C/20

27. madde:D/20

iş ve destek durumundaki 17. madde:log E/46

Alkol durumu

1.madde:A/180

2. madde:B/180

22. madde:C/120

23. madde :D/24

24. madde:E/24

20. madde: log F/44

madde durumu

3. madde:A/390

4. madde:B/390

5. madde: C/390

6. madde:D/390

7. madde:E/390

8. madde:F/390

9. madde:G/390

10. madde:H/390

11. madde:I/390

13. madde:J/390

22. madde:K/390

23. madde:L/390

24. madde:M/390

Aile ve sosyal ilişkiler durumu

3. madde:A/10

19 A madde:B/150

20. madde: C/20

22. madde :D/20

* ratio/5

*Ratio: 10-18 maderde son 30 gün içinde ciddi problem yaşadığı kişilerin sayısı (ör; 4 kişi ise , bu cevap verdiği kişilerin sayısına bölünüyor. Çünkü o listede ölen kişiler , 30

gün içinde ilişkiye girmediği kişiler olabilir. Bu nedenle o kişiler için herhangi birşey söyleyemeyecektir. Elde edilen puan ratio puanı, bu puanda 5'e bölünüyor)

psikiyatrik durum

3. madde: A/11

4. madde :B/11

5. madde:C/11

6. madde:D/11

7. madde:E/11

8. madde:F/11

9. madde: G/11

10. madde:H/11

11. madde I/330

12. madde: J/44

13. madde:K/44

3.6.3. Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale (VAS))

Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ağrı şiddetini belirlemede en sık kullanılan Vizüel Analog Skaladır (VAS) (Öztamer 2002; Türkoğlu 1993). Vizüel Analog Skala aynı zamanda sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Örneğin madde bağımlılığında arzu (craving) için bir uca hiç arzulamıyorum, diğer uca çok yoğun arzuluyorum yazılır ve hastadan o andaki duygusunu bu çizgi üzerinde göstermesi istenir. Arzu duygusunun hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın arzu şiddetini belirtir. Vizüel Analog Skalasının bir dili yoktur ve uygulaması kolay bir testtir. Testin uygulandığı çizginin vertikal veya horizontal hat üzerinde olmasından veya çizginin uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır. Testin değerlendirmesinde, hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır (Fredy 1923; Clarke 1964; Wewers ve Lowe 1990; Assadi ve ark. 2003; Chim 2009).

3.6.4. Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT) (Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire – ZKPQ)

Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire – ZKPQ) Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta ve Kraft (1993) tarafından geliştirilmiştir. ZKPQ kişiliğin beş boyutunu ölçen 89 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca sosyal kabul veya yanıltma hataları gösteren katılımcıları elimine etmek amacıyla oluşturulmuş 10 maddelik Seyreklik (Infrequency) ölçeği bulunmaktadır.

Nörotisizm-Anksiyete (Neuroticism-Anxiety) ölçeği 19 maddeden meydana gelmektedir. Bu ölçek sık sık duygusal çöküntü yaşama, gerginlik, endişe, kararsızlık, kendine güven eksikliği ve eleştiriye duyarlı olmayı tanımlamaktadır. Aktivite (Activity) ölçeği 17 maddeden ve iki alt-ölçekten oluşmaktadır. Genel Aktivite (General Activity) alt-ölçeği genel aktivite ihtiyacı, gevşeyememe ve gevşeme fırsatı doğduğunda değerlendirememeyi ifade etmektedir. İşe Harcanan Çaba (Work Effort) alt-ölçeği zor ve mücadele gerektiren işleri tercih etme, yoğun yaşam ve yüksek enerji seviyesini tanımlamaktadır. Sosyallik (Sociability) ölçeği 17 maddeden ve iki alt-ölçekten meydana gelmektedir. Partiler ve Arkadaşlar (Parties and Friends) alt-ölçeği bir kişinin sahip olduğu arkadaş sayısı, arkadaşlarıyla geçirdiği zamanın miktarı ve partilerde girişkenliği değerlendirmektedir. Yalnızlığa Tahammülsüzlük (Isolation Intolerance) alt-ölçeği yalnız olmak veya yalnız yapılan aktiviteler yerine başkalarıyla birlikte olma tercihinin ifade etmektedir. Dürtüsel Heyecan Arayışı (Impulsive Sensation Seeking) ölçeği 19 maddeden ve iki alt-ölçekten oluşmaktadır. Dürtüsellik (Impulsivity) alt-ölçeği plan yapma eksikliği ve düşünmeden aklına geleni yapma eğilimini tanımlamaktadır. İkinci alt-ölçek olan Heyecan Arayışı (Sensation Seeking) yeni deneyim ve heyecanlar peşinde koşmayı ve bu tür deneyimler uğruna risk alma isteğini değerlendirmektedir. Saldırganlık-Düşmanlık (Aggression-Hostility) ölçeği 17 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek sözlü saldırıda bulunmaya hazır olma, kabalık, düşüncesizlik veya antisosyal davranış, intikamcılık ve garazkarlık, çabuk sinirlenme ve başkalarına karşı tahammülsüzlüğü tanımlamaktadır.

Zuckerman – Kuhlman Kişilik Testinde yanıtların “Evet” ya da “Hayır” şeklinde verilmesi istenir (“Önemsiz şeyler hakkında kaygılanmam”, E= Evet, H= Hayır). Evet cevabı verilen maddenin değeri “1”, Hayır cevabı verilen maddenin değeri ise “0” olarak hesaplanır. ZKPQ’daki bazı maddeler ters puanlanmaktadır. Bir başka deyişle, bu maddeler için evet cevabı “0”, hayır cevabı “1” değerini almaktadır. Alt-ölçeklerin puanı evet veya ters puanlanan hayır cevaplarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır.

ZKPQ’nun total ve alt-ölçeklerinin kabul edilebilir bir iç tutarlılığı bulunmaktadır. Amerikan popülasyonunun (kadın ve erkek) total ve alt-ölçek skorları tatmin edici alfa değerleri (0,70 –

0,80) göstermektedir (Zuckerman, 2002). Yalnızca Aktivite (Activity - Act) ölçeğinin Genel Aktivite (General Activity) alt-ölçeği kadın grubu için orta derecede alfa değerine (0,56) sahiptir.

Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi puanlama

D=Doğru, Y=Yanlış

Dürtüsel Heyecan Arayışı (Impulsive Sensation Seeking) ölçeği 19 madde ve iki alt-ölçek.

Dürtüsellik (Impulsivity): 1D, 6Y, 14D, 19D, 29Y, 50D, 84D, 89D.

Heyecan Arayışı (Sensation Seeking): 24D, 34D, 39D, 45D, 55D, 60D, 65D, 70D, 75D, 79D, 95D.

Nörotisizm-Anksiyete (Neuroticism-Anxiety) ölçeği 19 madde.

2Y, 7D, 15D, 20D, 25D, 30D, 35D, 41D, 46D, 51D, 56D, 61D, 66D, 71D, 76D, 80D, 85Y, 90D, 96D.

Saldırganlık-Düşmanlık (Aggression-Hostility) ölçeği 17 madde.

3D, 8D, 11D, 16Y, 21Y, 31Y, 36D, 42D, 47D, 57Y, 62Y, 67D, 72D, 77D, 86Y, 91D, 97D.

Aktivite (Activity) ölçeği 17 madde ve iki alt-ölçek.

Genel Aktivite (General Activity): 5D, 13D, 33D, 38Y, 44Y, 54D, 74D, 83D, 99D.

İşe Harcanan Çaba (Work Effort): 18D, 23Y, 28D, 49Y, 59D, 64D, 88Y, 94D.

Sosyallik (Sociability) ölçeği 17 madde ve iki alt-ölçek

Partiler ve Arkadaşlar (Parties and Friends): 9D, 27D, 37Y, 43Y, 48D, 53D, 78D, 92D, 98D.

Yalnızlığa Tahammülsüzlük (Isolation Intolerance) : 12Y, 17Y, 22D, 58D, 63Y, 68Y, 82D, 87Y

Seyreklik (Infrequency) 10 madde.

4D, 10D, 26D, 32D, 40D, 52D, 69D, 73D, 81D, 93D.

3.6.5. Levenson Psikopati Ölçeği (Levenson Psychopathy Scale)

Levenson'un Psikopati Ölçeği (Levenson Self-Report Psychopathy – LSRP) iki alt-ölçekten ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Bu iki ölçeğin her biri, psikopatiyle ilgili varsayılan alanlardan birini işaret etmektedir. 16 soru Birincil Psikopatiyi, 10 soru ise İkincil Psikopatiyi ölçmektedir (Levenson, Kiehl, ve Fitzpatrick, 1995). Birincil psikopati, vurdumduymaz, manipülatif, duygusuz, güvenilmez, bencilce diğer kişileri kullanma, yaşananlardan ders almama ve empati yapmama eğilimine işaret ederken, ikincil psikopati veya nörotik psikopati aşırı dürtüsellik ve yetersiz davranış kontrolü ile karakterize sosyal sapkınlığa işaret etmektedir. İkincil psikopatlar duygusal bir bozukluğun etkisi altında antisosyal davranışlara girerler ve madde bağımlılığı olan ve klinik popülasyonlarda daha yaygın olması muhtemeldir. Birincil psikopatinin genetik,

ikincil psikopatiyle ilgili özelliklerin ise çevresel olduğu varsayılmaktadır (Skeem, Kerr, Johansson, Andershed ve Loudon, 2007). Birincil psikopatinin dışarıya dönük, kendine güvenen, dominant ve kaygı düzeyi düşük, ikincil psikopatinin ise içine kapanık, kendine güveni az, duygusal olarak değişken ve antisosyal hayat stilini benimseme gibi karakteristik özellikleri içerdiği düşünülmektedir. LSRP Likert tipi bir ölçektir (“Başkalarının duygularıyla oynamaktan hoşlanırım”, 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= genellikle katılmıyorum, 3= genellikle katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum). Bazı maddeler ters puanlanmaktadır (**Ters kodlanan Madde:** 3, 7, 10, 13, 15, 21, 26.). Toplam puan, birincil (**Birincil Psikopati:** 2, 4, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26) ve ikincil psikopati (**İkincil Psikopati:** 1, 3, 5, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20) alt-ölçeklerinden elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. LSRP ölçeğinden elde edilen yüksek puan fazla derecede psikopatiyi ifade etmektedir. Benzer şekilde, yüksek puan alınan her bir alt-ölçek yüksek derecede birincil veya ikincil psikopatiye işaret etmektedir.

Levenson ve diğer. (1995) her iki alt-ölçeğin tatmin edici bir iç tutarlılığı olduğunu bildirmektedirler. Birincil psikopatinin alfa değeri oldukça yüksektir (0,83). İkincil psikopatinin alfa değeri birincil psikopatininkinden daha düşük olmakla birlikte (0,63) 10 soruluk bir ölçek için kabul edilebilirdir. Lynam, Whiteside ve Jones (1999) birincil ve ikincil psikopati alt-ölçeklerinin iç tutarlılığı ile ilgili benzer alfa değerleri ortaya koymaktadırlar ($\alpha = 0,84$ birincil psikopati için, $\alpha = 0,68$ ikincil psikopati için). Lynam ve diğer. (1999) çalışmalarında, birincil ve ikincil psikopati arasında anlamlı ancak orta derecede korelasyon olduğunu göstermektedirler ($r = 0,43$). LSRP’yi kullanan başka araştırmacılar da ölçeğin güvenirliliği ile ilgili olarak kabul edilebilir değerler saptamışlardır (Ferrigan, Valentiner ve Berman, 2000; Brinkley, Schmitt, Smith ve Newman, 2001).

2005 yılında Engeler tarafından Türkçeye uyarlanan Levenson Psikopati Ölçeği orijinaline benzer ancak biraz daha düşük iç tutarlılık değerleri vermiştir. 212 katılımcıdan oluşan örneklemin birincil psikopati için alfa değeri 0,76, test-tekrar test korelasyonu 0,77 olarak bulunmuştur. İkincil psikopatinin güvenirliliği 0,51, test-tekrar test korelasyonu 0,68 olarak tespit edilmiştir (Engeler 2005; Turan ve Yargıç 2010).

3.6.6. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği

Bağımlılık tedavisinin başarısını öngören faktörler ölçeği Turan ve Yargıç tarafından (2010) geliştirilmiştir. Bu konuyla ilgili bir pilot çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda, denetim görevlisi ve uzman rehberler ile bağımlılık alanında çalışan uzman psikiyatristlerden elde edilen verilere göre tedavi ve takip programında başarı ve başarısızlığa yol açabilecek etkenleri

belirleyerek iki gruba ayırmışlardır. Bunlardan birincisi, arkadaş ve aile çevresi, sosyal ve mesleki yaşam ve yasal yaptırımla ilgili etkenlerin (arkadaş çevresinin olumsuz baskısı, aile ve arkadaş grubunun madde kullanımına karşı tutumu, aile üyeleri ve arkadaşların bırakma konusundaki desteği, arkadaş ve aileye karşı bırakma konusunda duyulan sorumluluk hissi, yaşanan sosyal çevrede madde kullanımının yaygınlığı ve maddeye erişim kolaylığı, madde kullanımının sosyal ve mesleki yaşamdaki etkileri, bireyin yasal yaptırıma karşı tutumu) bulunduğu gruptur. İkincisi ise bireyin madde kullanımı hakkındaki farkındalık durumu ve bırakma konusundaki istek ve motivasyonu gibi etkenlerin bulunduğu gruptur. Bu etkenlerin ölçülmesi amacıyla iki alt-ölçek oluşturmuşlardır. Sosyal ve Yasal Faktörler Alt-Ölçeği 17 maddeden (madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 19, 25, 26, 27, 28), Psikolojik Faktörler Alt-Ölçeği ise 11 maddeden (madde 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24) oluşturulmuştur. Likert tipi ölçek kullanılmıştır (“Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün”, 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= genellikle katılmıyorum, 3= genellikle katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum). Bazı maddeler ters puanlanmaktadır (madde 1, 3, 4, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 20). Toplam puan iki alt-ölçekten elde edilen puanların toplanmasıyla meydana gelmektedir.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin madde analizinde istatistiksel olarak anlamsız bulunan 5. ve 10. maddeleri ve bunlara ilaveten 24., 25., 26., 27. ve 28. maddeleri çıkarıldıktan sonra, ROC eğrisi altında kalan alan $\pm$ standart hata, 0.974 ± 0.012 olarak bulunmuştur. Kesim noktası 60.5 olarak seçildiğinde duyarlılık % 95.6, özgüllük % 89.4 olarak saptamışlardır. Buna göre minimum 21, maksimum 84 puan alınabilen 21 maddelik bu testte, 60.5 puandan düşük puan alanların tedavide başarısız olma olasılığı % 96 duyarlılık düzeyi ile daha fazladır (Turan ve Yargıç 2010).

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, Temmuz - Eylül 2011 tarihleri arasında yapıldı. Hastalarla serviste bir görüşme, hastalar taburcu olduktan sonraki birinci, ikinci ve üçüncü aylarda birer görüşme olmak üzere toplamda dört görüşme yapılmıştır. Hastalara serviste ve taburculuktan sonraki üçüncü aydaki görüşmelerde Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi, Levenson Psikopati Ölçeği, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği, Görsel Analog Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği uygulandı. Taburculuktan sonraki birinci, ikinci ve üçüncü aydaki görüşmelerde Görsel Analog Ölçeği uygulandı.

Poliklinik kontrollerine gelen hastalara idrarda madde tarama testleri uygulandı. İdrarda madde pozitif çıkan hastalar tedaviden çıkarıldı.

3.8. Verilerin değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Araştırma istatistik analizleri SPSS 19.0 istatistik paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Analizlerde araştırma örneklemini (n=50) sosyo-demografik bilgileri betimsel istatistikleri olarak aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde verilmiştir. Araştırmada gruplar arası fark analizleri ki-kare analizi, bağımsız gruplar t-testi ve bağımlı gruplar t-testi analizleri ile, değişkenler arası ilişki analizleri Pearson korelasyon analizi ile gerçekleştirilmiştir.

- Sosyo-demografik bilgilerin tedaviye devam eden ve etmeyen gruplara göre farkları ki-kare analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır.
- Tedaviye devam eden ve etmeyen grupların araştırma değişkenleri açısından farkları bağımsız gruplar t-testi analizi kullanılarak tespit edilmiştir.
- Tedaviye devam eden grupta araştırma değişkenlerinin birinci ve ikinci ölçümleri arasındaki farklar bağımlı gruplar t-testi analizi ile karşılaştırılmıştır.
- Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri tespit etmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.
- Tüm gruplar arası karşılaştırma analizlerinden istatistikî anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri temel alınmıştır.

4. BULGULAR

Opiyat bağımlılığı tedavisinin erken dönemdeki başarısını öngören faktörleri belirlemek amacı ile planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışmada, elde edilen bulgular beş bölüm altında incelendi.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulgular

4.2. İlk Görüşmeye Göre Tedaviye Devam Eden ve Tedaviye Devam Etmeyen Gruplar Arasındaki Farklar

4.3. Tedaviye Devam Eden Gruptaki Başlangıç ve 3.Ay Uygulanan Ölçeklere Göre Farklılıklar

4.4. Craving ile İlgili Bulgular

4.5. Birinci Ayda Tedaviye Devam Etmeyen Hastaların Değerlendirmeleri

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde örneklemini oluşturan hastaların sosyodemografik özellikleri ve sosyodemografik özelliklerin tedavi sonucuna etkileri yer almaktadır.

Tablo4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulgular (n=50)

Bireysel Özellikler	Tedaviye Devam Edenler (n=17)		Tedaviye Devam Etmeyenler (n=33)		Toplam		X ² ; sd; p
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet							
Kadın	3	17,6	6	18,2	9	18,0	X ² = 0,002 Sd: 1 p: 0,963
Erkek	14	82,4	27	81,8	41	82,0	
Medeni Durum							
Evli	6	35,3	15	45,5	21	42,0	X ² = 0,475 Sd: 1 p: 0,490
Evli olmayanlar	11	64,7	18	54,5	29	58,0	
Eğitim Durumu							
0-5 yıl	5	29,4	8	24,2	13	26,0	X ² = 0,506 Sd: 2 p: 0,777
8-10 yıl	4	23,5	6	18,2	10	20,0	
11 ve üstü yıl	8	47,1	19	57,6	27	54,0	
Madde kullanım şekli							
İğneyle	5	29,4	12	36,4	17	34,0	X ² =0,242 Sd: 1 p: 0,623
Diğer	12	70,6	21	63,6	33	66,0	
Yaş	N	X	Ss	N	X	Ss	t=0,28 Sd=48 P=0,782
	17	39.00	11.75	33	37.91	13.75	

Çalışmaya alınan %82'si (n=41) erkek, %18'i (n=9) kadın olan 50 opiyat bağımlısı hastanın yaşları 20 ile 69 arasında değişmektedir. Toplam yaş ortalaması 38,28 (SD±12,96), erkeklerin yaş ortalaması 39,83 (SD±13,66), kadınların yaş ortalaması 31,22 (SD±5,76) dir. Bu hastaların % 44'ü (n=22) hiç evlenmemiş, %42'si (n=21) evli, % 10'u (n=5) boşanmış, %4'ü (n=2) duldur. Hastaların %54'ü (n=27) 11 yıl ve üzeri, %26'sı (n=13) 5 yıl, %20'si (n=10) 8-10 yıl eğitim görmüştür.

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyenlerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve madde kullanım şekli açısından dağılımını karşılaştıran Ki-Kare (X^2) sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ayrıca grupları yaş açısından karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir

4.2. İlk Görüşmeye Göre Tedaviye Devam Eden ve Tedaviye Devam Etmeyen Gruplar Arasındaki Farklar

Bu bölümde hastaların ilk görüşmeye göre Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ), Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BTBÖF), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT) ve Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (ASI) karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.2. İlk Görüşme Levenson Psikopati Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

Ön-Test Değişkenleri Grup		N	X	Ss	T	sd	P
LPÖ – Birincil – 1	Devam Eden	17	33,06	9,22	0,57	48	0,570
	Devam Etmeyen	33	31,67	7,56			
LPÖ – İkincil – 1	Devam Eden	17	26,00	4,39	0,09	48	0,930
	Devam Etmeyen	33	25,88	4,73			
LPÖ – Toplam – 1	Devam Eden	17	59,06	11,12	0,49	48	0,629
	Devam Etmeyen	33	57,55	10,05			

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ – Birincil – 1, LPÖ – İkincil – 1 ve LPÖ – Toplam – 1) puanları açısından karşılaştıran

bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.3. İlk Görüşme Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

Ön-Test Değişkenleri Grup		N	X	Ss	T	sd	P
BTBÖFÖ –	Devam Eden	17	32,24	4,630	-0,64	48	0,528
Sosyal-Yasal – 1	Devam Etmeyen	33	33,00	3,700			
BTBÖFÖ –	Devam Eden	17	29,35	2,317	0,53	48	0,599
Psikolojik – 1	Devam Etmeyen	33	28,97	2,481			
BTBÖFÖ –	Devam Eden	17	61,59	5,512	-0,25	48	0,802
Toplam – 1	Devam Etmeyen	33	61,97	4,838			

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 1, BTBÖFÖ – Psikolojik – 1 ve BTBÖFÖ – Toplam – 1) puanları açısından karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.4. İlk Görüşme Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği Maddeleri için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

Ön-Test Değişkenleri	Grup	N	X	Ss	T	sd	P
Soru – 1 – 1	Devam eden	17	1,88	1,05	-0,72	48	0,477
	Devam etmeyen	33	2,15	1,35			
Soru – 2 – 1	Devam eden	17	2,00	1,06	-1,82	48	0,075
	Devam etmeyen	33	2,58	1,06			
Soru – 3 – 1	Devam eden	17	3,12	1,11	-0,31	48	0,761
	Devam etmeyen	33	3,21	0,99			
Soru – 4 – 1	Devam eden	17	3,41	0,94	0,25	48	0,801
	Devam etmeyen	33	3,33	1,08			
Soru – 6 – 1	Devam eden	17	3,47	1,01	-1,35	48	0,183
	Devam etmeyen	33	3,79	0,65			
Soru – 7 – 1	Devam eden	17	2,82	1,33	-0,84	48	0,406
	Devam etmeyen	33	3,12	1,11			
Soru – 8 – 1	Devam eden	17	2,41	1,28	1,37	48	0,177
	Devam etmeyen	33	1,94	1,09			
Soru – 9 – 1	Devam eden	17	2,53	1,23	1,92	48	0,061
	Devam etmeyen	33	1,88	1,08			
Soru – 11 – 1	Devam eden	17	2,82	1,24	-1,98	48	0,053
	Devam etmeyen	33	3,45	0,97			
Soru – 12 – 1	Devam eden	17	3,65	0,79	-1,03	48	0,307
	Devam etmeyen	33	3,82	0,39			
Soru – 13 – 1	Devam eden	17	3,59	0,87	1,23	48	0,226
	Devam etmeyen	33	3,18	1,21			
Soru – 14 – 1	Devam eden	17	3,82	0,39	0,75	48	0,458
	Devam etmeyen	33	3,70	0,64			
Soru – 15 – 1	Devam eden	17	3,82	0,39	1,58	48	0,120
	Devam etmeyen	33	3,55	0,67			
Soru – 16 – 1	Devam eden	17	1,94	1,03	-1,28	48	0,206
	Devam etmeyen	33	2,36	1,14			
Soru – 17 – 1	Devam eden	17	2,88	1,11	0,11	48	0,917
	Devam etmeyen	33	2,85	1,06			
Soru – 18 – 1	Devam eden	17	2,71	0,99	0,76	48	0,454
	Devam etmeyen	33	2,45	1,18			
Soru – 19 – 1	Devam eden	17	3,94	0,24	0,64	48	0,523
	Devam etmeyen	33	3,85	0,57			
Soru – 20 – 1	Devam eden	17	1,76	1,03	0,45	48	0,658
	Devam etmeyen	33	1,64	0,93			
Soru – 21 – 1	Devam eden	17	3,88	0,33	1,12	48	0,268
	Devam etmeyen	33	3,73	0,52			
Soru – 22 – 1	Devam eden	17	3,71	0,59	1,34	48	0,188
	Devam etmeyen	33	3,39	0,86			
Soru – 23 – 1	Devam eden	17	1,41	0,80	-2,10	48	0,041
	Devam etmeyen	33	2,00	1,00			

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği puanları açısından karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre, Soru 23 (Geleceğe ait hiçbir beklentim yok. Sadece günümü yaşıyorum) – 1 puanında ($t_{(48)} = -2.10$, $p < 0,05$) tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,041$). Buna göre tedaviye devam etmeyen grubu, tedaviye devam eden grubundan anlamlı derecede daha yüksek bir puan almıştır.

Tablo 4.5. İlk Görüşme Algılanan Stres Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

Ön-Test Değişkenleri	Grup	n	X	Ss	T	sd	P
ASÖ – Toplam – 1	Devam Eden	17	50,18	7,44	1,00	48	0,321
	Devam Etmeyen	33	47,91	7,65			

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Algılanan Stres Ölçeği puanı açısından karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.6. İlk Görüşme Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT) T-Testi için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

Değişken	Grup	N	X	Ss	T	sd	P
ZKKT – Seyreklik – 1	Devam eden	17	2,94	2,02	-1,03	48	0,308
	Devam etmeyen	33	3,52	1,79			
ZKKT – Nörötisizm – Anksiyete – 1	Devam eden	17	9,41	4,27	0,10	48	0,919
	Devam etmeyen	33	9,27	4,71			
ZKKT – Aktivite – 1	Devam eden	17	8,24	3,91	-0,39	48	0,701
	Devam etmeyen	33	8,64	3,23			
ZKKT – Genel Aktivite – 1	Devam eden	17	4,82	2,07	0,16	48	0,870
	Devam etmeyen	33	4,73	1,91			
ZKKT – İşe Harcanan Çaba – 1	Devam eden	17	3,41	2,03	-0,92	48	0,364
	Devam etmeyen	33	3,91	1,70			
ZKKT – Sosyallik – 1	Devam eden	17	6,06	2,54	-1,47	48	0,148
	Devam etmeyen	33	7,15	2,46			
ZKKT – Partiler Arkadaşlar – 1	Devam eden	17	3,24	2,28	-1,13	48	0,264
	Devam etmeyen	33	3,88	1,69			
ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük – 1	Devam eden	17	2,82	1,38	-1,11	48	0,275
	Devam etmeyen	33	3,27	1,35			
ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1	Devam eden	17	9,88	3,66	0,38	48	0,708
	Devam etmeyen	33	9,45	3,87			
ZKKT – Dürtüsellik – 1	Devam eden	17	3,82	1,81	-0,11	48	0,915
	Devam etmeyen	33	3,88	1,69			
ZKKT – Heyecan Arayışı – 1	Devam eden	17	6,06	3,05	0,53	48	0,601
	Devam etmeyen	33	5,58	3,08			
ZKKT – Saldırganlık – Düşmanlık – 1	Devam eden	17	7,88	3,20	0,17	47	0,864
	Devam etmeyen	32	7,72	3,14			

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT – Seyreklik – 1, ZKKT – Nörötisizm-Anksiyete – 1, ZKKT – Aktivite – 1, ZKKT – Genel Aktivite – 1, ZKKT – İşe Harcanan Çaba – 1, ZKKT – Sosyallik – 1, ZKKT – Partiler-Arkadaşlar – 1, ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük – 1, ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1, ZKKT – Dürtüsellik – 1, ZKKT – Heyecan Arayışı – 1, ZKKT – Saldırganlık-Düşmanlık – 1) puanları açısından karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.7. İlk Görüşme Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği –ASI için Tedavi Grupları T-Testi

Ön-Test Değişkenleri	Grup	N	X	Ss	T	sd	P
ASI – Tıbbi Durum – Şiddet – 1	Devam eden	17	2,88	2,93	0,82	48	0,418
	Devam etmeyen	33	2,21	2,66			
ASI – Tıbbi Durum – Composite – 1	Devam eden	17	0,19	0,33	0,31	48	0,757
	Devam etmeyen	33	0,16	0,30			
ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 1	Devam eden	17	6,29	2,34	-0,20	48	0,844
	Devam etmeyen	33	6,39	1,25			
ASI – İş ve Destek Durumu – Composite – 1	Devam eden	17	0,66	0,20	0,84	48	0,404
	Devam etmeyen	33	0,60	0,22			
ASI – Yasal Durum – Şiddet – 1	Devam eden	17	3,47	3,20	-0,27	48	0,792
	Devam etmeyen	33	3,73	3,27			
ASI – Yasal Durum – Composite – 1	Devam eden	17	0,17	0,23	-0,18	48	0,855
	Devam etmeyen	33	0,18	0,23			
ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 1	Devam eden	17	7,94	1,03	0,72	48	0,475
	Devam etmeyen	33	7,73	0,98			
ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 1	Devam eden	17	0,61	0,06	0,87	48	0,390
	Devam etmeyen	33	0,59	0,06			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet-1	Devam eden	17	7,24	1,39	0,85	48	0,399
	Devam etmeyen	33	6,88	1,41			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1	Devam eden	17	0,59	0,16	-0,09	48	0,929
	Devam etmeyen	33	0,60	0,15			
ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1	Devam eden	17	5,41	2,37	1,05	48	0,299
	Devam etmeyen	33	4,64	2,52			
ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1	Devam eden	17	0,61	0,18	1,78	48	0,082
	Devam etmeyen	33	0,50	0,21			

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği –ASI- (ASI – Tıbbi Durum – Şiddet – 1, ASI – Tıbbi Durum – Composite - 1, ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 1, ASI – İş ve Destek Durumu – Composite – 1, ASI – Yasal Durum – Şiddet – 1, ASI – Yasal Durum – Composite – 1, ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 1, ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 1 ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet-1, ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1, ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1, ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1) puanları açısından karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

4.3. Tedaviye Devam Eden Gruptaki Başlangıç ve Üçüncü Ay Uygulanan Ölçeklere Göre Farklılıklar

Bu bölümde tedaviye devam eden hastaların başlangıç ve üçüncü ay Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ), Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BTBÖF), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT) ve Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (ASI) karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.8. Tedaviye Devam Eden Grupta Levenson Psikopati Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Farkları Farklı Bağımlı Gruplar T-Testi

Ön-Test – Son-Test	n	X	Ss	T	Sd	P
Değişkenleri						
LPÖ – Birincil – 1	17	33,06	9,22	1,57	16	0,137
LPÖ – Birincil – 2	17	29,76	5,62			
LPÖ – İkincil – 1	17	26,00	4,39	3,17	16	0,006
LPÖ – İkincil – 2	17	22,65	3,72			
LPÖ – Toplam – 1	17	59,06	11,12	2,44	16	0,027
LPÖ – Toplam – 2	17	52,41	6,67			

Tedaviye devam eden grupta Levenson Psikopati Ölçeği için başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştıran bağımlı gruplar T-Testi sonuçlarına göre, LPÖ – İkincil – 1 ve LPÖ – İkincil – 2 arasında ($t_{(16)} = 3.17$, $p < 0.01$), LPÖ – Toplam – 1 ve LPÖ – Toplam – 2 arasında ($t_{(16)} = 2.44$, $p < 0.05$) istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, hem LPÖ – İkincil hem de LPÖ – Toplam puanlarında başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksektir. LPÖ – Birincil – 1 ve LPÖ – Birincil – 2 puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.9. Tedaviye Devam Eden Grupta Algılanan Stress Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi

Ön-Test – Son-Test	n	X	Ss	T	Sd	P
Değişkenleri						
ASÖ – Toplam – 1	17	50,18	7,44	7,17	16	0,000
ASÖ – Toplam – 2	17	35,12	7,11			

Tedaviye devam eden grupta Algılanan Stres Ölçeği için başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştıran bağımlı gruplar T-Testi sonuçlarına göre, ASÖ – Toplam – 1 ve ASÖ – Toplam – 2 arasında ($t_{(16)} = 7.17$, $p < 0.01$) istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, ASÖ – Toplam puanında başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.10. Tedaviye Devam Eden Grupta Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi

Ön-Test – Son-Test	n	X	Ss	t	Sd	P
Değişkenleri						
BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 1	17	32,24	4,63	-0,76	16	0,456
BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 2	17	33,29	3,74			
BTBÖFÖ – Psikolojik – 1	17	29,35	2,32	-2,13	16	0,049
BTBÖFÖ – Psikolojik – 2	17	30,82	2,40			
BTBÖFÖ – Toplam – 1	17	61,59	5,51	-1,57	16	0,136
BTBÖFÖ – Toplam – 2	17	64,12	4,74			

Tedaviye devam eden grupta Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği için başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştıran bağımlı gruplar T-Testi sonuçlarına göre, BTBÖFÖ – Psikolojik – 1 ve BTBÖFÖ – Psikolojik – 2 arasında ($t_{(16)} = -2.13$, $p < 0.05$) istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre BTBÖFÖ – Psikolojik puanında üçüncü ay puanı başlangıç puanından anlamlı derecede yüksektir. BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 1 ve BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 2 puanları arasında ve de BTBÖFÖ – Toplam – 1 ve BTBÖFÖ – Toplam – 2 puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.11. Tedaviye Devam Eden Grupta Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği Maddeleri için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi

Ön-Test – Son-Test Değişkenleri	n	X	Ss	t	Sd	P
Soru 1 – 1	17	1,88	1,05	-0,28	16	0,783
Soru 1 – 2	17	2,00	1,22			
Soru 2 – 1	17	2,00	1,06	-1,95	16	0,069
Soru 2 – 2	17	2,71	1,16			
Soru 3 – 1	17	3,12	1,11	-1,16	16	0,264
Soru 3 – 2	17	3,41	1,00			
Soru 4 – 1	17	3,41	0,94	-0,75	16	0,466
Soru 4 – 2	17	3,65	0,79			
Soru 6 – 1	17	3,47	1,01	-1,60	16	0,130
Soru 6 – 2	17	3,88	0,33			
Soru 7 – 1	17	2,82	1,33	-1,22	16	0,239
Soru 7 – 2	17	3,29	1,05			
Soru 8 – 1	17	2,41	1,28	2,46	16	0,026
Soru 8 – 2	17	1,59	1,00			
Soru 9 – 1	17	2,53	1,23	0,53	16	0,605
Soru 9 – 2	17	2,35	1,22			
Soru 11 – 1	17	2,82	1,24	-0,66	16	0,522
Soru 11 – 2	17	3,06	1,14			
Soru 12 – 1	17	3,65	0,79	-0,52	16	0,608
Soru 12 – 2	17	3,76	0,44			
Soru 13 – 1	17	3,59	0,87	1,69	16	0,110
Soru 13 – 2	17	3,18	1,01			
Soru 14 – 1	17	3,82	0,39	0,57	16	0,579
Soru 14 – 2	17	3,71	0,77			
Soru 15 – 1	17	3,82	0,39	0,00	16	1,000
Soru 15 – 2	17	3,82	0,39			
Soru 16 – 1	17	1,94	1,03	-3,92	16	0,001
Soru 16 – 2	17	3,18	0,95			
Soru 17 – 1	17	2,88	1,11	-0,89	16	0,387
Soru 17 – 2	17	3,12	0,93			
Soru 18 – 1	17	2,71	0,99	-1,00	16	0,332
Soru 18 – 2	17	3,00	0,79			
Soru 19 – 1	17	3,94	0,24	1,16	16	0,264
Soru 19 – 2	17	3,65	1,00			
Soru 20 – 1	17	1,76	1,03	0,62	16	0,543
Soru 20 – 2	17	1,65	0,86			
Soru 21 – 1	17	3,88	0,33	0,00	16	1,000
Soru 21 – 2	17	3,88	0,33			
Soru 22 – 1	17	3,71	0,59	-1,46	16	0,163
Soru 22 – 2	17	3,82	0,39			
Soru 23 – 1	17	1,41	0,80	0,00	16	1,000
Soru 23 – 2	17	1,41	0,62			

Tedaviye devam eden grupta Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği için başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştıran bağımlı gruplar T-Testi sonuçlarına göre, Soru 8 (Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek) – 1 ve Soru 8 (Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek) – 2 arasında ($t_{(16)} = 2.46$, $p < 0.05$), Soru 16 – 1 ve Soru 16 – 2 arasında ($t_{(16)} = - 3.92$, $p < 0.01$), istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, Soru 8 (Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek) puanında başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksek; Soru 16 (Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum) puanında üçüncü ay puanı başlangıç puanından anlamlı derecede yüksektir. Diğer sorularda ise 1. ve 2. uygulamalar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.12. Tedaviye Devam Eden Grupta Zuckerman-Kuhlman Kişilik (ZKKT) Testi için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi

Ön-Test – Son-Test Değişkenleri	n	X	Ss	t	Sd	P
ZKKT – Seyreklik – 1	17	2,94	2,02	-1,29	16	0,216
ZKKT – Seyreklik – 2	17	3,41	2,03			
ZKKT – Nörötisizm Anksiyete – 1	17	9,41	4,27	3,77	16	0,002
ZKKT – Norotisizm Anksiyete – 2	17	6,76	3,91			
ZKKT – Aktivite – 1	17	8,24	3,91	-2,04	16	0,058
ZKKT – Aktivite – 2	17	9,94	3,63			
ZKKT – Genel Aktivite – 1	17	4,82	2,07	-1,67	16	0,115
ZKKT – Genel Aktivite – 2	17	5,65	2,03			
ZKKT – İşe Harcanan Çaba – 1	17	3,41	2,03	-1,95	16	0,069
ZKKT – İşe Harcanan Çaba – 2	17	4,29	1,93			
ZKKT – Sosyallik – 1	17	6,06	2,54	1,32	16	0,205
ZKKT – Sosyallik – 2	17	5,06	2,36			
ZKKT – Partiler Arkadaşlar – 1	17	3,24	2,28	1,17	16	0,261
ZKKT – Partiler Arkadaşlar – 2	17	2,59	1,91			
ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük – 1	17	2,82	1,38	0,78	16	0,448
ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük – 2	17	2,47	1,18			
ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1	17	9,88	3,66	4,73	16	0,000
ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 2	17	6,41	3,68			
ZKKT – Dürtüsellik – 1	17	3,82	1,81	7,21	16	0,000
ZKKT – Dürtüsellik – 2	17	2,29	1,57			
ZKKT – Heyecan Arayışı – 1	17	6,06	3,05	2,99	16	0,009
ZKKT – Heyecan Arayışı – 2	17	4,12	3,02			
ZKKT – Saldırganlık Düşmanlık – 1	17	7,88	3,20	1,28	16	0,219
ZKKT – Saldırganlık Düşmanlık – 2	17	7,12	2,74			

Tedaviye devam eden grupta Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi için başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştıran bağımlı gruplar T-Testi sonuçlarına göre, ZKKT – Nörötisizm Anksiyete – 1 ve ZKKT – Nörötisizm Anksiyete – 2 arasında ($t_{(16)} = 3.77$, $p < 0.01$), ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1 ve ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1 arasında ($t_{(16)} = 4.73$, $p < 0.01$), ZKKT – Dürtüsellik – 1 ve ZKKT – Dürtüsellik – 2 arasında ($t_{(16)} = 7.21$, $p < 0.01$), ZKKT – Heyecan Arayışı – 1 ve ZKKT – Heyecan Arayışı – 2 arasında ($t_{(16)} = 2.99$, $p < 0.01$) istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, ZKKT – Nörötisizm Anksiyete, ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı, ZKKT – Dürtüsellik ve ZKKT – Heyecan Arayışı puanlarında başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksektir. ZKKT – Seyreklik, ZKKT – Aktivite, ZKKT – Genel Aktivite, ZKKT – İşe Harcanan Çaba, ZKKT –

Sosyallik, ZKKT – Partiler Arkadaşlar, ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük ve ZKKT – Saldırganlık Düşmanlık başlangıç ve üçüncü ay puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.13. Tedaviye Devam Eden Grupta Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği –ASI- için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi

Ön-Test – Son-Test Değişkenleri	n	X	Ss	t	Sd	P
ASI – Tıbbi Durum – Şiddet – 1	17	2,88	2,93	1,68	16	0,113
ASI – Tıbbi Durum – Şiddet – 2	17	1,59	1,54			
ASI – Tıbbi Durum – Composite – 1	17	0,19	0,33	1,30	16	0,213
ASI – Tıbbi Durum – Composite – 2	17	0,07	0,17			
ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 1	17	6,29	2,34	2,61	16	0,019
ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 2	17	3,82	3,09			
ASI – İş ve Destek Durumu – Composite – 1	17	0,66	0,20	0,13	16	0,901
ASI – İş ve Destek Durumu – Composite – 2	17	0,66	0,22			
ASI – Yasal Durum – Şiddet – 1	17	3,47	3,20	0,88	16	0,393
ASI – Yasal Durum – Şiddet – 2	17	2,76	2,91			
ASI – Yasal Durum – Composite – 1	17	0,17	0,23	0,30	16	0,765
ASI – Yasal Durum – Composite – 2	17	0,15	0,24			
ASI – Alkol-Madde Durumu Şiddet – 1	17	7,94	1,03	6,13	16	0,000
ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 2	17	5,47	1,51			
ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 1	17	0,61	0,06	6,66	16	0,000
ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 2	17	0,43	0,13			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet – 1	17	7,24	1,39	7,78	16	0,000
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet – 2	17	3,24	2,33			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1	17	0,59	0,16	6,41	16	0,000
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 2	17	0,29	0,14			
ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1	17	5,41	2,37	5,69	16	0,000
ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 2	17	1,71	1,99			
ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1	17	0,61	0,18	3,63	16	0,002
ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 2	17	0,33	0,19			

Tedaviye devam eden grupta Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği – ASI- için başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştıran bağımlı gruplar T-Testi sonuçlarına göre, ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 1 ve ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 2 arasında ($t_{(16)} = 2.61$, $p < 0.05$), ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 1 ve ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 2 arasında ($t_{(16)} = 6.13$, $p < 0.01$), ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 1 ve ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 2 arasında ($t_{(16)} = 6.66$, $p < 0.01$), ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet – 1 ve ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet – 2 arasında ($t_{(16)} = 7.78$, $p < 0.001$), ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1 ve ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 2 arasında ($t_{(16)} = 6.41$, $p < 0.001$), ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1 ve ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 2 arasında ($t_{(16)} = 5.69$, $p < 0.001$), ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1 ve ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 2 arasında ($t_{(16)} = 3.63$, $p < 0.01$) anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir.

$(16) = 7.78, p < 0.01$), ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1 ve ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 2 arasında ($t_{(16)} = 6.41, p < 0.01$), ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1 ve ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 2 arasında ($t_{(16)} = 5.69, p < 0.01$), ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1 ve ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 2 arasında ($t_{(16)} = 3.63, p < 0.01$) istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet, ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet, ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite, ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet, ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite, ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet, ASI – Psikiyatrik Durum – Composite puanlarında başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksektir. ASI – Tıbbi Durum – Şiddet, ASI – Tıbbi Durum – Composite, ASI – İş ve Destek Durumu – Composite, ASI – Yasal Durum – Şiddet, ASI – Yasal Durum – Composite başlangıç ve üçüncü ay puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

4.4. Craving ile İlgili Bulgular

Bu bölümde cravingle ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 4. 14. İlk Görüşme Görsel Analog Ölçeği için Tedavi Grupları Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

Değişken	Grup	N	X	Ss	T	Sd	P
Görsel Analog Ölçeği – 1	Devam Eden	17	63,24	34,68	1,00	48	0,322
	Devam Etmeyen	33	52,12	38,37			

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Görsel Analog Ölçeği puanları açısından karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.15. Tedaviye Devam Eden Grupta Görsel Analog Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü Ay Puanları Farkları Bağımlı Gruplar T-Testi

Ön-Test – Son-Test	n	X	Ss	T	Sd	P
Değişkenleri						
Görsel Analog Ölçeği – 1	17	63,24	34,68	3,32	16	0,004
Görsel Analog Ölçeği – 2	17	27,06	27,28			

Tedaviye devam eden grupta Görsel Analog Ölçeği için başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştıran bağımlı gruplar T-Testi sonuçlarına göre, Görsel Analog Ölçeği – 1 ve Görsel Analog Ölçeği – 2 puanları arasında ($t_{(16)} = 3.32$, $p < 0.01$) istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4. 16. Tedavi Grubunda Görsel Analog Ölçeği Ölçüm Farkları için Tekrarlı Ölçümler ANOVA Analizi

Değişkenler	n	X	Ss	F	Sd	P
Görsel Analog Ölçeği – 1	17	63,24	34,68	7,14	3-48	0,000
Görsel Analog Ölçeği – 2	17	27,06	27,28			
Görsel Analog Ölçeği – 3	17	26,94	31,89			
Görsel Analog Ölçeği – 4	17	22,65	29,95			

Tablo 4.17. Tedavi Grubunda Görsel Analog Ölçeği Ölçümleri Farkları için Bağımlı Gruplar T-Testi

Değişkenler	n	X	Ss	T	Sd	P
Görsel Analog Ölçeği-1	17	63,24	34,68	3,32	16	0,004
Görsel Analog Ölçeği-2	17	27,06	27,28			
Görsel Analog Ölçeği-1	17	63,24	34,68	2,91	16	0,010
Görsel Analog Ölçeği-3	17	26,94	31,89			
Görsel Analog Ölçeği-1	17	63,24	34,68	3,14	16	0,006
Görsel Analog Ölçeği-4	17	22,65	29,95			
Görsel Analog Ölçeği-2	17	27,06	27,28	0,02	16	0,985
Görsel Analog Ölçeği-3	17	26,94	31,89			
Görsel Analog Ölçeği-2	17	27,06	27,28	0,54	16	0,596
Görsel Analog Ölçeği-4	17	22,65	29,95			
Görsel Analog Ölçeği-3	17	26,94	31,89	0,57	16	0,576
Görsel Analog Ölçeği-4	17	22,65	29,95			

Tedaviye devam eden grupta Görsel Analog Ölçeği ile yapılan 4 ayrı ölçümü karşılaştıran Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA analizi sonuçlarına göre, 4 ölçüm arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F_{(3-48)} = 7.14$, $p < 0.01$). Bu farkın hangi ölçümler arasında bulunduğunu tespit etmeye yönelik bağımlı gruplar t-testi analizlerine göre, Görsel Analog Ölçeği – 1 ve Görsel Analog Ölçeği – 2 arasında ($t_{(16)} = 3.32$, $p < 0.01$), Görsel Analog Ölçeği – 1 ve Görsel Analog Ölçeği – 3 arasında ($t_{(16)} = 2.91$, $p < 0.05$), Görsel Analog Ölçeği – 1 ve Görsel Analog Ölçeği – 4 arasında ($t_{(16)} = 3.14$, $p < 0.01$) istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, birinci ölçüm puanı ikinci, üçüncü ve dördüncü ölçüm puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir. Görsel Analog Ölçeği – 2 ve Görsel Analog Ölçeği – 3 arasında, Görsel Analog Ölçeği – 2 ve Görsel Analog Ölçeği – 4 arasında, Görsel Analog Ölçeği – 3 ve Görsel Analog Ölçeği – 4 arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.18. Görsel Anolog Ölçeği-1 (VAS-1) ile LPÖ-1, ASÖ-1 ve BTÖFÖ-1 Arası Korelatif İlişkiler (n=50)

		LPO_1_Birincil	LPO_1_Ikincil	LPO_1_Toplam	ASO_1_Toplam	BTÖFÖ _1_SosyalYasal	BTÖFÖ_1_Psikolojik	BTÖFÖ_1_Toplam
VAS1	r	0,29	0,26	0,34	0,29	-0,05	-0,21	-0,13
	p	0,041	0,065	0,015	0,043	0,754	0,152	0,363

Görsel Analog Ölçeği (VAS)-1 puanı ile Levenson Psikopati Ölçeği arasındaki ilişkileri inceleyen Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, VAS – 1 ve LPÖ – Birincil – 1 arasında ($r = 0.29$, $p < 0.05$), VAS – 1 ve LPÖ – Toplam – 1 arasında ($r = 0.34$, $p < 0.05$) istatistiksel açıdan anlamlı pozitif bir korelasyon vardır. Buna göre, VAS - 1 puanı yükseldikçe/(azaldıkça) LPÖ – Birincil – 1 ve LPÖ – Toplam – 1 puanı da yükselmektedir/(azalmaktadır).

VAS – 1 puanı ile Algılanan Stress Ölçeği arasındaki ilişkileri inceleyen Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, VAS – 1 ve ASÖ – Toplam – 1 arasında ($r = 0.29$, $p < 0.05$) istatistiksel açıdan anlamlı pozitif bir korelasyon vardır. Buna göre, VAS - 1 puanı yükseldikçe/(azaldıkça) ASÖ – Toplam – 1 puanı da yükselmektedir/(azalmaktadır).

VAS – 1 puanı ile Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BTÖFÖ) – 1 arasındaki ilişkileri inceleyen Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, VAS – 1 ve BTÖFÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

Tablo 4.19. Görsel Analog Ölçeği-1 (VAS) ile ZKKT – 1 Arası Korelatif İlişkiler (n=50)

		Seyreklik_1	Norotizm Anksiyete_1	Aktivite_1	GenelAktivite_1	IseHarcananCaba_1	Sosyallik_1	PartilerArkadaslar_1	YalnizligaTahammulsuzluk_1	DurtuselHeyecanArayisi_1	Dürtüsellik_1	HeyecanArayisi_1	SaldirganlikDusmanlik_1
VAS-1	r	-0,21	0,23	-0,08	-0,01	-0,15	0,01	0,07	-0,07	0,15	0,03	0,17	-0,11
	P	0,149	0,104	0,576	0,962	0,311	0,922	0,648	0,646	0,302	0,858	0,239	0,474

Görsel Analog Ölçeği (VAS)-1 puanı ile Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT) – 1 arasındaki ilişkileri inceleyen Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, VAS – 1 ve ZKKT puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

Tablo 4.20. Görsel Analog Ölçeği-1 (VAS) ile ASI - 1 Arası Korelatif İlişkiler

		Tıbbi Durum_Sddt_1	Tıbbi Durum Cmpst_1	İş ve Destek_Sddt_1	İş ve Destek_Cmpst_1	Durum_Sddt_1	Durum_Cmpst_1	Alkol Madde_Sddt_1	Alkol Madde_Cmpst_1	Sosyal Durum_Sddt_1	Sosyal Durum_Cmpst_1	Psikiyatrik Durum_Sddt_1	Psikiyatrik Durum_Cmpst_1
VAS1	r	0,09	0,13	-0,01	0,14	-0,03	-0,05	0,02	0,10	-0,02	0,18	0,06	0,19
	p	0,538	0,383	0,962	0,337	0,861	0,712	0,866	0,511	0,871	0,221	0,703	0,193

Görsel Analog Ölçeği (VAS)-1 puanı ile Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği – ASI – 1 arasındaki ilişkileri inceleyen Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, VAS – 1 ve ASI puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

4.5. Birinci Ayda Tedaviye Devam Etmeyen Hastaların Değerlendirmeleri

Bu bölümde birinci ayda tedaviye devam etmeyen hastalar ile birinci ayda tedaviye devam eden hastalar, ikinci ve üçüncü ayda tedaviye devam etmeyen hastalar ve üç aylık tedaviyi başarıyla tamamlayan hastalar karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. 21. Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Eden (n=32) ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=18) Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

	D_32_18	N	X	Ss	t	sd	P
ASÖ – Toplam – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	49,31	7,81	0,78	48	0,437
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	47,56	7,23			
BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	32,16	4,24	-1,39	48	0,172
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	33,78	3,44			
BTBÖFÖ – Psikolojik – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	29,09	2,15	-0,02	48	0,981
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	29,11	2,89			
BTBÖFÖ – Toplam – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	61,25	5,18	-1,11	48	0,273
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	62,89	4,69			
ZKKT – Seyreklik – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	3,16	1,85	-0,82	48	0,414
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	3,61	1,91			
ZKKT – Nörotisizm Anksiyete – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	10,06	4,38	1,57	48	0,123
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	8,00	4,58			
ZKKT – Aktivite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	8,16	3,79	-0,94	48	0,352
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	9,11	2,70			
ZKKT – Genel Aktivite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	4,63	2,20	-0,65	48	0,518
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	5,00	1,41			
ZKKT – İşe Harcanan Çaba – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	3,53	1,92	-1,09	48	0,283
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	4,11	1,61			
ZKKT – Sosyallık – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	6,13	2,35	-2,59	48	0,013
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	7,94	2,44			
ZKKT – Partiler Arkadaşlar – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	3,41	2,09	-1,26	48	0,214
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	4,11	1,49			
ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	2,72	1,14	-2,99	48	0,004
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	3,83	1,47			
ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	9,56	3,81	-0,09	48	0,926
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	9,67	3,80			
ZKKT – Dürtüsellik – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	3,94	1,74	0,42	48	0,674
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	3,72	1,71			
ZKKT – Heyecan Arayışı – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	5,63	3,11	-0,35	48	0,726
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	5,94	3,02			
ZKKT – Saldırganlık Düşmanlık – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	7,63	3,29	-0,46	48	0,649
	1. Ay Devam etmeyen- 18	17	8,06	2,88			

Tablo 4.21. Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Eden (n=32) ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=18) Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi-Devamı

	D_32_18	N	X	Ss	t	sd	P
Görsel Analog Ölçeği – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	60,78	33,94	1,25	48	0,219
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	47,22	41,95			
LPÖ – Birincil – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	32,69	9,24	0,63	48	0,529
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	31,17	5,63			
LPÖ – İkincil – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	25,72	4,69	-0,41	48	0,682
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	26,28	4,46			
LPÖ – Toplam – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	58,41	11,66	0,31	48	0,756
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	57,44	7,71			
ASI – Tıbbi Durum – Şiddet – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	3,19	3,08	2,74	48	0,009
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	1,11	1,18			
ASI – Tıbbi Durum – Composite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	0,24	0,34	2,25	48	0,029
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	0,04	0,18			
ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	6,25	1,88	-0,62	48	0,541
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	6,56	1,25			
ASI – İş ve Destek Durumu – Composite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	0,62	0,21	-0,34	48	0,736
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	0,64	0,23			
ASI – Yasal Durum – Şiddet – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	3,38	3,23	-0,77	48	0,443
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	4,11	3,23			
ASI – Yasal Durum – Composite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	0,16	0,23	-0,55	48	0,586
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	0,20	0,22			
ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	7,94	1,01	1,32	48	0,193
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	7,56	0,92			
ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	0,61	0,06	1,67	48	0,101
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	0,58	0,06			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet-1	1. Ay Devam Eden - 32	32	7,06	1,19	0,42	48	0,678
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	6,89	1,75			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	0,60	0,14	-0,08	48	0,938
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	0,60	0,16			
ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	5,09	2,52	0,73	48	0,466
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	4,56	2,43			
ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1	1. Ay Devam Eden - 32	32	0,57	0,20	1,87	48	0,068
	1. Ay Devam etmeyen- 18	18	0,46	0,20			

Birinci ayın sonunda tedaviye devam eden (n=32) ve birinci ayın sonunda tedaviye devam etmeyen (n=18) grupların farklarını karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre, Sosyallik_1 ($t_{(48)} = -2.59$, $p < 0.05$), YalnizligaTahammulsuzluk_1 ($t_{(48)} = -2.99$, $p < 0.01$), Tıbbi Durum_Şiddeti_1 ($t_{(48)} = 2.74$, $p < 0.01$), Tıbbi Durum_Composite_1 ($t_{(48)} = 2.25$, $p < 0.05$) puanlarında tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklar tespit edilmiştir.

Tablo 4. 22. İkinci ve Üçüncü Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=15) ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=18) Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

	D_15_18	N	X	Ss	t	Sd	P
ASÖ – Toplam – 1	2 Ay devam etmeyen- 15*	15	48,33	8,37	0,29	31	0,776
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	47,56	7,23			
BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	32,07	3,90	-1,34	31	0,190
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	33,78	3,44			
BTBÖFÖ – Psikolojik – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	28,80	1,97	-0,35	31	0,726
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	29,11	2,89			
BTBÖFÖ – Toplam – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	60,87	4,94	-1,20	31	0,238
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	62,89	4,69			
ZKKT – Seyreklik – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	3,40	1,68	-0,33	31	0,741
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	3,61	1,91			
ZKKT – Nörötisizm Anksiyete – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	10,80	4,54	1,76	31	0,089
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	8,00	4,58			
ZKKT – Aktivite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	8,07	3,79	-0,92	31	0,363
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	9,11	2,70			
ZKKT – Genel Aktivite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	4,40	2,38	-0,90	31	0,377
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	5,00	1,41			
ZKKT – İşe Harcanan Çaba – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	3,67	1,84	-0,74	31	0,464
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	4,11	1,61			
ZKKT – Sosyallik – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	6,20	2,21	-2,14	31	0,041
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	7,94	2,44			
ZKKT – Partiler Arkadaşlar – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	3,60	1,92	-0,86	31	0,396
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	4,11	1,49			
ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	2,60	0,83	-2,89	31	0,007
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	3,83	1,47			
ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	9,20	4,07	-0,34	31	0,736
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	9,67	3,80			
ZKKT – Dürtüsellik – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	4,07	1,71	0,58	31	0,568
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	3,72	1,71			
ZKKT – Heyecan Arayışı – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	5,13	3,20	-0,75	31	0,460
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	5,94	3,02			
ZKKT – Saldırganlık Düşmanlık – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	7,33	3,48	-0,65	30	0,524
	1 Ay devam etmeyen- 18	17	8,06	2,88			

*2 Ay devam etmeyen- 15= İkinci ve Üçüncü Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=15)

Tablo 4. 22. İkinci ve Üçüncü Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=15) ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=18) Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi-Devamı

	D_15_18	N	X	Ss	t	sd	P
Görsel Analog Ölçeği – 1	2 Ay devam etmeyen- 15*	15	58,00	34,06	0,80	31	0,430
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	47,22	41,95			
LPÖ – Birincil – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	32,27	9,56	0,41	31	0,684
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	31,17	5,63			
LPÖ – İkincil – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	25,40	5,15	-0,53	31	0,603
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	26,28	4,46			
LPÖ – Toplam – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	57,67	12,60	0,06	31	0,951
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	57,44	7,71			
ASI – Tıbbi Durum – Şiddet – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	3,53	3,31	2,90	31	0,007
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	1,11	1,18			
ASI – Tıbbi Durum – Composite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	0,29	0,36	2,62	31	0,014
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	0,04	0,18			
ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	6,20	1,27	-0,81	31	0,424
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	6,56	1,25			
ASI – İş ve Destek Durumu – Composite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	0,57	0,22	-0,91	31	0,370
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	0,64	0,23			
ASI – Yasal Durum – Şiddet – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	3,27	3,37	-0,73	31	0,469
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	4,11	3,23			
ASI – Yasal Durum – Composite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	0,16	0,23	-0,52	31	0,604
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	0,20	0,22			
ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	7,93	1,03	1,11	31	0,276
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	7,56	0,92			
ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	0,61	0,06	1,39	31	0,175
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	0,58	0,06			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet-1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	6,87	0,92	-0,04	31	0,965
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	6,89	1,75			
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	0,60	0,14	-0,04	31	0,972
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	0,60	0,16			
ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	4,73	2,71	0,20	31	0,844
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	4,56	2,43			
ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1	2 Ay devam etmeyen- 15	15	0,54	0,23	1,03	31	0,312
	1 Ay devam etmeyen- 18	18	0,46	0,20			

*2 Ay devam etmeyen- 15= İkinci ve Üçüncü Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=15)

İki ay sonunda tedaviye devam etmeyenler(n=15) ve 1. Ay Sonunda Tedaviye Devam etmeyenler(n=18) grupları farklarını karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına

göre, Sosyallik_1 ($t_{(31)} = -2.14$, $p < 0.05$), YalnizligaTahammulsuzluk_1 ($t_{(31)} = -2.89$, $p < 0.01$), Tıbbi Durum_Şiddet_1 ($t_{(31)} = 2.90$, $p < 0.01$), T_Composite_1 ($t_{(31)} = 2.62$, $p < 0.05$) puanlarında Devam Etti ve Tedaviye devam etmeyenlergrupları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklar tespit edilmiştir.

Tablo 4.23. Tedaviye Devam Eden (n=17) ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=18) Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi

	D_15_18	N	X	Ss	t	sd	P
Görsel Analog Ölçeği – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	63,24 47,22	34,68 41,95	1,23	33	0,229
LPÖ – Birincil – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	33,06 31,17	9,22 5,63	0,74	33	0,466
LPÖ – İkincil – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	26,00 26,28	4,39 4,46	-0,19	33	0,854
LPÖ – Toplam – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	59,06 57,44	11,12 7,71	0,50	33	0,619
ASÖ – Toplam – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	50,18 47,56	7,44 7,23	1,06	33	0,298
BTBÖFÖ – Sosyal-Yasal – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	32,24 33,78	4,63 3,44	-1,12	33	0,269
BTBÖFÖ – Psikolojik – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	29,35 29,11	2,32 2,89	0,27	33	0,787
BTBÖFÖ – Toplam – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	61,59 62,89	5,51 4,69	-0,75	33	0,457
ZKKT – Seyreklik – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	2,94 3,61	2,02 1,91	-1,01	33	0,320
ZKKT – Nörötisizm – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	9,41 8,00	4,27 4,58	0,94	33	0,353
ZKKT – Aktivite – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	8,24 9,11	3,91 2,70	-0,78	33	0,444
ZKKT – Genel Aktivite – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	4,82 5,00	2,07 1,41	-0,30	33	0,769
ZKKT – İşe Harcanan Çaba – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	3,41 4,11	2,03 1,61	-1,13	33	0,265
ZKKT – Sosyallik – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	6,06 7,94	2,54 2,44	-2,24	33	0,032
ZKKT – Partiler Arkadaşlar – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	3,24 4,11	2,28 1,49	-1,35	33	0,185
ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	2,82 3,83	1,38 1,47	-2,10	33	0,044
ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	9,88 9,67	3,66 3,80	0,17	33	0,865
ZKKT – Dürtüsellik – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	3,82 3,72	1,81 1,71	0,17	33	0,866
ZKKT – Heyecan Arayışı – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	6,06 5,94	3,05 3,02	0,11	33	0,912
ZKKT – Saldırganlık Düşmanlık – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 17	7,88 8,06	3,20 2,88	-0,17	32	0,867

Tablo 4.23. Tedaviye Devam Eden (n=17) ve Birinci Ayın Sonunda Tedaviye Devam Etmeyen (n=18) Grup Farkları Bağımsız Gruplar T-Testi-Devamı-

	D_15_18	N	X	Ss	T	sd	P
ASI – Tıbbi Durum – Şiddet – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	2,88 1,11	2,93 1,18	2,37	33	0,024
ASI – Tıbbi Durum – Composite - 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	0,19 0,04	0,33 0,18	1,64	33	0,111
ASI – İş ve Destek Durumu – Şiddet – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	6,29 6,56	2,34 1,25	-0,42	33	0,680
ASI – İş ve Destek Durumu – Composite – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	0,66 0,64	0,20 0,23	0,30	33	0,766
ASI – Yasal Durum – Şiddet – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	3,47 4,11	3,20 3,23	-0,59	33	0,560
ASI – Yasal Durum – Composite – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	0,17 0,20	0,23 0,22	-0,41	33	0,681
ASI – Alkol-Madde Durumu – Şiddet – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	7,94 7,56	1,03 0,92	1,17	33	0,251
ASI – Alkol-Madde Durumu – Composite – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	0,61 0,58	0,06 0,06	1,42	33	0,164
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet-1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	7,24 6,89	1,39 1,75	0,65	33	0,522
ASI – Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Composite – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	0,59 0,60	0,16 0,16	-0,09	33	0,928
ASI – Psikiyatrik Durum – Şiddet – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	5,41 4,56	2,37 2,43	1,05	33	0,300
ASI – Psikiyatrik Durum – Composite – 1	Devam eden - 17 1. Ay Devam etmeyen- 18	17 18	0,61 0,46	0,18 0,20	2,21	33	0,034

Tedaviye devam eden (n=17) ve birinci ayın sonunda tedaviye devam etmeyen (n=18) grupları farklarını karşılaştıran bağımsız gruplar T-Testi sonuçlarına göre, Sosyallik_1 ($t_{(33)} = -2.24$, $p < 0.05$), Yalnızlığa Tahammülsüzlük_1 ($t_{(33)} = -2.10$, $p < 0.05$), Tıbbi Durum_Şiddet_1 ($t_{(33)} = 2.37$, $p < 0.05$), Psikiyatrik Durum_Composite_1 ($t_{(33)} = 2.21$, $p < 0.05$) puanlarında devam eden ve tedaviye devam etmeyen grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklar tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Opiyat bağımlılığı tedavisinin erken dönemdeki başarısını öngören faktörleri belirlemek amacı ile planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışmada, elde edilen bulgular beş bölüm altında tartışıldı.

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. İlk Görüşmeye Göre Tedaviye Devam Eden ve Tedaviye Devam Etmeyen Gruplar Arasındaki Farklarla İlgili Bulguların Tartışılması

5.3. Tedaviye Devam Eden Gruptaki Başlangıç ve 3.Ay Uygulanan Ölçeklere Göre Farklılıkların Tartışılması

5.4. Craving ile İlgili Bulguların Tartışılması

5.5. Birinci Ayda Tedaviye Devam Etmeyen Hastaların Değerlendirmeleri

Risk faktörlerini belirlemek üzere yapılan birçok literatür gözden geçirmeleri, araştırmayı özetlemek için sistematik ve niceliksel yöntemler kullanmamışlardır. Bu özellikle ilaç kötüye kullanımı tedavilerinden sonra devam eden ilaç kullanımı ya da nüks ile ilgili değişkenler için geçerlidir. Bunun sonucu olarak risk faktörlerinin belirlenmesi ve önemlerinin değerlendirilmesi formal, nesnel kriterlere dayandırılmamıştır. Opiyat bağımlılığı için tedavi edilen birçok hasta genellikle ilk 3 ay içinde nüksetmişlerdir (Hunt ve Belpalec 1974; Hubbard ve Marsden 1986). Özetlenen birçok araştırmanın sonucunda birçok hastanın opiyat tedavisi sırasında da ilaç kullanmaya devam ettiği kanıtlanmıştır. Bu klinisyenler için büyük bir mücadeledir. Bu mücadele ile en etkili şekilde savaşmak için risk faktörleri iyi belirlenmelidir. Hastanın değişkenleri ile ilgili kapsam ve içerik açısından değişik birçok araştırma söz konusudur (McClellan 1983; Hawkins ve Catalano, 1985; Platt 1986, 1995; Surgeon General 1988; Westermeyer 1989; Anglin ve Hser 1990; Catalano ve ark. 1990± 91; Alemi ve ark. 1995). Gözden geçirme araştırmaları genellikle değişik madde kötüye kullanıcılarını birbirinden ayıran (ilaç kullanıcıları ya da belirli madde kullanıcılarını) araştırmaları özetlerler. Farklı madde kullanıcılarını birbirinden ayırt etmek önemlidir çünkü bunlar kişisel özellikler bakımından çok çeşitli olabilir ve değişik maddelerin bağımlılık sürecini etkileyen değişik fizyolojik ve psikolojik etkileri vardır. Bu araştırmalar aynı zamanda ölçülen akıbet (devam eden ilaç kullanımı, tedavide kalma, suç davranışı), araştırma deseni (kesitsel ya da boylamsal) ve sonuç çeşidi (iki değişkenli yada çok değişkenli) açısından da çok çeşitli araştırmaları dahil ederler. Bu sebeple belirli maddelerin kötüye kullanıcılarının akıbetine odaklanan ve özetlenen araştırma deseni ve sonuç cinslerini dikkatlice göz önünde bulunduran yeni sentezlere ihtiyaç vardır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya 50 opiyat bağımlısı hasta alınmıştır. Bu hastaların 41'i erkek, 9'u kadın ve yaş ortalaması 38,28'dir. Bu hastaların büyük çoğunluğu (n=22) evlenmemiş, %54'ü 11 yıl ve üzeri eğitim görmüştür.

Araştırma sonuçlarına göre; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve madde kullanım şekli tedavi sonucunu etkilememektedir.

Çalışmamızda yaşın tedavi sonucunu etkilemediği bulunmuştur. Yaşın tedavi sonucu üzerine etkisini inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Birçok çalışma yaşın tedavi sonucunu belirleyen bir faktör olmadığı görüşündedirler (Rounsaville ve ark. 1987; Finney ve

Moos 1992; McLellan ve ark. 1994). Bazı çalışmalar ise yaşın tedavi sonucunu öngören önemli bir faktör olduğunu (Beynon ve ark. 2001) ve gençlerin yetişkinlere göre daha sık tedaviyi bıraktıklarını göstermektedir (Ridenour ve ark. 2003). Genellikle madde kullanımı nedeniyle zorunlu tedaviye hükmedilen kişiler için genç yaş uygulamayı başarmada bir risk faktörü olarak görölmektedir (Gendreau ve ark. 1996; Peters ve ark. 1999; Marlowe ve DeMatatteo 2003). Kendi isteğiyle tedavi için başvuran kişiler arasında yapılan çalışmalarda da genç yaşta olanların tedavide daha başarısız oldukları saptanmıştır (Copeland ve Hall 1992; Agosti ve Ocepeck-Welikso 1996; Anderson ve Berg 2001; Claus ve Kindleberger 2002; Martinez-Raga ve ark. 2002). Yaşın büyük olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunmuştur (Howard ve McCaughrin 1996; Vogt 2000). Ancak Turan'nın (2010) İstanbul il sınırları içinde madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükmolan 115 kişiyle yaptığı çalışmada genç yaş grubunun ileri yaş grubuna göre tedavide daha başarılı olduklarını bildirmiştir.

Pektaş ve arkadaşlarının (1997) madde kullanım bozukluğu olan yatan hastalarla yaptıkları çalışmada kadın erkek oranını yaklaşık 1/6 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran 9/41'dir ve cinsiyetin tedavi sonucunu etkilenmediği bulunmuştur. Bu sonuç literatürle uyumludur (Brewer ve ark. 1998; Prendergast ve ark. 2002; Turan 2010). Tedaviye başlama, tamamlama ve tedavide geçirilen süre cinsiyete göre değişmemekte, ancak bu sonuçları öngören faktörler belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Erkekler için tedaviye başlamak evli veya çalışıyor olmayla, tedaviye başlamadaki başarısızlık eğitim seviyesinin düşük olmasıyla, tedaviyi tamamlamak yaşın büyük olmasıyla, tedaviyi tamamlamada başarısızlık tedaviye başlama motivasyonu, ilaç tedavisi görüyor olmak, psikiyatrik durumun kötü olması ile, tedavide daha fazla kalmak daha az psikiyatrik ek tanı olmasıyla, daha önce 12-basamak programına katılım ve eğitim seviyesinin yüksek olması ile ilişkili iken, kadınlarda tedaviye başlamak alkol teşhisiyle, tedaviye başlamadaki başarısızlık psikiyatrik ek tanıyla, tedaviyi tamamlama gelir seviyesinin yüksek olması ve yasal sevk ile, tedaviyi tamamlamada başarısızlık bağımlılık seviyesinin yüksek olmasıyla, tedavide daha fazla kalma alkol veya opiyat bağımlılığı teşhisi ve yasal sevk süreci ile ilişkilidir (Gren ve ark. 2002).

Eğitim seviyesinin yüksek olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunmuştur (Howard ve McCaughrin, 1996; Vogt 2000). Düşük eğitim seviyesi ile tedavide başarısızlık ve tedaviyi tamamlamayama arasında bağlantı kuran birçok çalışma mevcuttur Knight ve ark. 2001; Butzin ve ark. 2002; Claus ve ark. 2002; Turan 2010). Means ve ark. (1994) yaptıkları araştırmada eğitim seviyesi yüksek kişilerin tedavi programını başarıyla tamamladıklarını bildirmişlerdir. Ancak yaptığımız çalışmada eğitim

seviyesi ile tedavi başarısı arasında ilişki saptanmamıştır. Brewer ve arkadaşlarının opiyat bağımlılarında tedavi sırasında ve tedavi sonrasında madde kullanmaya devam etmeyi etkileyen faktörleri inceledikleri (1998) meta analiz çalışmasında eğitim durumunun devam eden kullanımla bir ilişkisi olmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda medeni durumun tedavi başarısını etkilemediği saptandı. Bu bulguyla ilgili literatürde farklı sonuçlar bildirilmiştir. Turan (2010) yaptığı araştırmada medeni durumun tedavi başarısına etkisi olmadığını bildirmesine karşın bazı araştırmalar evli olmanın yeni bir uyuşturucu madde suçunun işleme sürecini geciktirdiğini, evli ve çalışıyor olmanın tedaviyi tamamlama ile pozitif ilişki içinde olduğunu, tedaviyi tamamlayanların % 73'ünün bir işte çalıştıklarını ve bu grubun yarısından fazlasının evli olduğunu, evli ve çalışan hastaların metadon programlarında daha uzun kalmaya meyilli olduklarını bulmuşlardır (Huebner ve Cobina 2007; Jaffe ve Strain 2007).

Çalışmamızdaki opiyat bağımlılarının %42'si (21) burundan, %34'ü (17) damar içi, %24'ü (12) içerek eroin kullanıyordu. Ülkemizde yapılan çalışmalarda eroin kullananlarda damar yolu ile kullanım oranı %36,5 ile %62 arasında değiştiği bildirilmiştir (Evren ve Çakmak 2002). Yalnız ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada damar yolundan eroin kullananların eroin kullananlara oranı %37,7 olarak saptanmıştır. 1991-1995 yılları arasında AMATEM'e yatarak tedavi gören eroin kullanıcılarının %57'sinin, 1998'de yatarak tedavi görenlerin %57,4'ünün damar yoluyla madde kullandığı, 2000'de ise bu oranın %69,9 olduğu saptanmıştır. Yaşam boyu en az bir kez enjeksiyon kullanma oranı, 1998 senesi için %73,4, 2000 senesi için %76,5 olarak bulunmuştur (Evren ve Çakmak 2002). Yaptığımız araştırma sonucuna göre madde kullanım şekli (burundan, içerek, damar içi) tedavi başarısını etkilememektedir. Bu bulguyla ilgili araştırmalar kısıtlıdır. Mullen ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmada damar içi eroin kullanmayanların tedavide daha başarılı olduklarını bildirmiş ve tedaviye damar içi eroin kullanmaya geçmeden önce başlanması gerektiğini vurgulamışlardır.

Sosyoekonomik statünün yüksek olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunmuştur (Howard ve McCaughrin, 1996; Vogt 2000). Brewer ve arkadaşlarının (1998) opiyat bağımlılarında tedavi sırasında ve tedavi sonrasında madde kullanmaya devam etmeyi etkileyen faktörleri inceledikleri meta analiz çalışmasında mesleki statü haricindeki tüm demografik değişkenlerin devam eden ilaç kullanımı ile zayıf ilişki gösterdikleri ya da neredeyse hiçbir ilişki göstermediklerini bildirmiştir. Aynı çalışmada genç, beyaz olmayan, bekar kişilerde; yaşlı, beyaz ve evli kişilere göre madde kullanmaya devam

etmenin daha olası olduğu; ancak cinsiyet ve eğitim durumunun devam eden kullanımla bir ilişkisi olmadığı bildirilmiştir.

5.2. İlk Görüşmeye Göre Tedaviye Devam Eden ve Tedaviye Devam Etmeyen Gruplar Arasındaki Farklarla İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (Nörotisizm-Anksiyete, Aktivite, Genel Aktivite, İşe Harcanan Çaba, Sosyallik, Partiler-Arkadaşlar, Yalnızlığa Tahammülsüzlük, Dürtüsel Heyecan Arayışı, Dürtüsellik, Heyecan Arayışı, Saldırganlık-Düşmanlık) puanları açısından gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgularla ilgili farklı literatür sonuçları vardır.

Turan (2010) yaptığı çalışmada tedavide başarılı olan olguların Nörotisizm-Anksiyete seviyelerinin tedavide başarısız olanlardan anlamlı olarak daha düşük, Aktivite ve Sosyallik seviyelerinin daha yüksek ve Dürtüsel Heyecan Arayışı ve Saldırganlık- Düşmanlık seviyelerinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Metadon tedavisi gören kişilerle yapılan araştırmada, madde bağımlılığının ciddiyeti ile nörotisizm arasında pozitif ilişki olduğunu bulunmuştur (Brooner ve ark. 1994). Araştırmalarda anksiyete bozukluklarının tedavi sonucuna etkisi incelenmiş ve anksiyete ve/veya duygudurum bozuklukları söz konusu olduğunda maddenin bırakılmasının zorlaştığı veya bırakıldıktan sonra relaps görüldüğü bulunmuştur (Driessen ve ark. 2001; Kushner ve ark. 2005).

Bir çalışmada tedaviyi tamamlayanlar ve tamamlamayanlar arasında Aktivite ölçeği ve Sosyallik açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ball 1995).

Genellikle bağımlılıkla ilgili davranışlarla ilişkili olduğundan dürtüsellik ve yenilik/heyecan arayışı, tedavi sonucunu etkileyen prediktörler olarak incelenmiştir. Birçok çalışmada, dürtüsellik ve heyecan (veya yenilik) arayışı kişilik özelliklerine madde kötüye kullananlarda daha sık rastlandığını bildirilmiştir (Limson ve ark. 1991; Bab-Milkic ve ark. 1995; Sher ve ark. 1995). İki araştırmada eroin bağımlısı kokain kullanan kişilerde yenilik arayışı ve tedaviyi başarıyla tamamlama arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunlardan birinde, yenilik arayışı puanı yüksek olanların tedaviyi tamamlamadan bıraktıkları saptanmıştır (Roll ve ark. 2004). Diğerinde ise, heyecan arayışı puanı yüksek olan kişilerin tedaviyi tamamlamadan bıraktıkları, ancak tedavinin erken dönemlerinde devam oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Helmus ve ark. 2001).

Psikiyatrik komorbiditenin tedavi sonuçlarına etkisini inceleyen Cacciola ve arkadaşları (2001) eksen I ve II komorbiditesinin en ağır problemlere neden olduğunu saptamışlardır.

Birçok çalışmada antisosyal kişilik özellikleri olan kişilerin tedaviyi tamamlamadan bıraktıkları bildirilmiştir (Alterman ve Cacciola 1991; Carroll ve ark. 1993; Kranzler ve ark. 1996). Antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarının eşzamanlı görülmesinin tedaviye devamı azalttığı ve relaps olasılığını yükselttiğini ileri sürülmektedir (Verheul 2005). Düşmanlık seviyeleri yüksek madde bağımlıları aynı zamanda saldırgan özelliklere sahip olma kta, genellikle tedavi sürecine etkin katılım gösterememekte ve tedaviyi tamamlamadan bırakmaktadırlar (Turan 2010). Metadon tedavisi gören 727 opiyat bağımlısının 1 yıl, 432 opiyat bağımlısının ise 5 yıl sonrası için tedavi sonuçları üzerinde depresyon ve düşmanlık özellikleri analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda iki grupta da yüksek düşmanlık seviyesi ile yoğun madde kullanımı ve suç işleme arasında ilişki bulunmuştur. Düşmanlık özellikleri yüksek kişilerin, tedavi sırasında danışmanlarla iletişim kuramadıkları ve tedaviden yarar sağlayamadıklarını ileri sürülmüştür (Rao ve ark.2004).

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen grupları arasında Levenson Psikopati Ölçeği (Birincil, İkincil ve Toplam) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Çalışmalarda bu konuyla ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir. Turan (2010) yaptığı çalışmada tedavide başarılı olan olguların Birincil Psikopati, İkincil Psikopati ve Toplam Psikopati puanlarının tedavide başarısız olan olgulardan anlamlı olarak daha düşük olduğunu bildirmiştir. Psikopati, benmerkezcilik, oyunculuk, manipüle etmeye yatkınlık, empati yapamama, suçluluk ve pişmanlık duygularından uzak olma ve sosyal normlara, özellikle yasalara karşı gelmeye yatkınlık gibi duygusal, kişilerarası ve davranışsal özellikleri içeren çok karmaşık bir kişilik yapısıdır. Psikopatinin görülme oranı genel popülasyonda düşük olmasına karşın suç işleyenler arasında anlamlı olarak yüksektir. Ayrıca madde kullanım bozuklukları ile birlikte görülme oranı da oldukça yüksektir. Araştırmalar psikopatinin genellikle tedaviye zayıf cevap verdiğini ve olumsuz tedavi sonucu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Başarılı tedaviye engel teşkil eden faktörler arasında, temel psikopatik kişilik yapısını oluşturan, aldatma, manipülasyon, ve pişmanlık duygusunun olmamasının yanı sıra, zayıf motivasyon, kurallara uymama ve terapötik ilişkiye bağlılık geliştirememesi gibi genel problemlerin bulunduğu ileri sürülmektedir (Turan 2010). Metadon tedavisi gören opiyat bağımlısı kişilerle yapılan araştırmada, psikopati seviyeleri yüksek olan hastaların tedavi sırasında kokain ve benzodiazepin kullandıkları ve tedavide başarısız oldukları bildirilmiştir (Alterman ve ark. 1998; Taylor ve Lang 2007). Tedavi gören ve opiyat kullanan 74 kişiyle yapılan araştırmada, borderline kişilik bozukluğunun en yaygın, antisosyal kişilik bozukluğunun ise madde kullanımını etkileyen tek kişilik bozukluğu olduğunu ve antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan olguların tedavilerinin daha başarısız olduğu

bildirilmiştir (Haro ve ark. 2004). Bunun yanında bazı araştırmalar antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış madde bağımlılarının tedavi başarısının antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almamış madde bağımlılarına benzer olduğunu bildirmişlerdir (Brooner ve ark. 1998; Longabaugh ve ark. 1994; Messina ve ark. 1999; Marlowe ve ark. 2003). Bu farklılıklar iki şekilde yorumlanabilir. Birincisi, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler tipik madde tedavisinde başarılı olamamakta, diğer taraftan yapılandırılmış ve yakından takip içeren müdahalelere daha olumlu cevap vermektedirler. İkincisi, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler arasında seviye açısından farklılıklar olmaktadır. Buna göre antisosyal kişilik bozukluğu seviyesi yüksek olan kişiler tedavide başarısız olmaktadır (Marlowe ve ark. 2003). Araştırma sonuçlarına göre tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen grupları karşılaştırıldığında Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (Sosyal, Psikolojik ve Toplam) puanları açısından istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Araştırmadan elde edilen aile ve arkadaş çevresine ilişkin bulgular bu konuda yapılmış çalışma sonuçlarıyla tutarlılık göstermemektedir.

Turan (2010) çalışmasında tedavide başarılı olan olgular arkadaşlarının veya arkadaşlarıyla yaptıkları aktivitelerin madde kullanmalarında etkisi olmadığını, maddeyi bırakma konusunda yeterli arkadaş desteğine sahip olduklarına inandıklarını, arkadaşlarından güç almadıklarını ve tek başınayken kendilerini zayıf hissetmediklerini, ailelerinin maddeyi bırakmakta destek olduğunu, aile ve arkadaş çevrelerinden bazı kişilerin madde kullandıklarını öğrendiklerinde mahcup olacaklarını, arkadaş çevrelerindeki herkesin madde kullanımını doğal karşıladığı ve bırakma konusunda baskı uygulamadıkları fikrine katılmadıklarını, maddeden uzak durduklarında aile ve iş hayatlarında olumlu gelişmeler olduğunu ve ailelerini kaybetmeyi asla göze almadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre Turan (2010), tedavide başarılı olan olguların tedavi süresince maddeyi bırakma konusunda aile ve arkadaş çevresinden olumlu destek aldıklarını, aile ve madde kullanmayan arkadaşları ile ilişkilerini önemsediklerini ve maddeden uzak kaldıklarında sosyal hayatlarında olumlu gelişmeler meydana geldiğini vurgulamıştır. Ayrıca tedavide başarılı olan olgular daha bağımsız ve kendi ayakları üstünde durabilen kişiler olduğu görülmüştür.

Aile üyeleri ve arkadaşlar madde kullanan kişinin tedaviye başlamasında veya tedavi programının kurallarına uymasında kritik rol oynamaktadır. Araştırmalar, tedavi sırasındaki aile ilişkilerinin kalitesi ile tedavi sonucu arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, aile hayatı ve ilişkileri ve relaps arasında güçlü ve belirgin bağlantı bulunmaktadır. Bu nedenle madde bağımlılığı tedavilerinde ailenin ele alınıp sürece dahil edilmesi önem kazanmaktadır (Turan 2010). Bir çalışmada tedavi altındaki 439 eroin bağımlısının aile ve

arkadaşlarıyla ilişkilerini incelenmiş ve aile üyeleri arasındaki çatışma ve arkadaş grubunun antisosyal davranışları ile tedavi sırasındaki madde kullanımı ve yasadışı aktiviteler arasında anlamlı ilişki olduğunu bulunmuştur (Knight ve Simpson 1996). Bir diğer çalışmada Broome ve ark. (1997) kötü aile ilişkileri ve antisosyal davranışlar gösteren arkadaş çevresinin tedaviye katılma, tedavide ilerleme ve tedavi sonucu üzerinde negatif etkiler yarattığını bildirmişlerdir. Tedavi sırasında hastaların aile ve arkadaşları ile yakın ilişki kurmaları, güvenlerini tekrardan kazanmaları ve olumlu iletişim yolları bulmaları için motive edilmelerinin pozitif sonuçlar doğurduğu belirtilmiştir (Deskovitz ve ark. 2004). İletişimin kötü olduğu ailelerde, aile ve bağımlı kişi arasında sorunlar oluşmakta ve bu da tedaviyi bırakmaya veya tekrardan madde kullanmaya neden olabilmektedir (Gideon 2007).

Çalışmalar, tedaviyi destekleyen ve madde kullanmayan arkadaş çevresinin tedavi motivasyonu ve tedavi sonucu üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir (Havassy ve ark. 1991; Goehl ve ark. 1993). Bir çalışmada maddeyi tekrar kullanmaya başlayan kişilerin kullanma sıklığının, madde bağımlılığı olan arkadaş çevresinin olması ile yakından ilişkili olduğunu, madde kullanan kişilerle ilişkileri kesmenin ve aile üyeleri ile daha yakın olmanın ise tedavi sonucunu olumlu etkilediğini ileri sürülmüştür (Ellis ve ark. 2004).

Madde kullanımının ve satışının yaygın olduğu yerleşim alanlarında yaşayan kişiler yasadışı maddelerle ve uyuşturucu satıcıları ile daha fazla muhatap olmakta ve buralardaki madde kullanan kişilerle (komşular, arkadaşlar ve aile) iletişim içine girmektedirler. Ayrıca, bu tip yerlerde yaşayanlar yasadışı madde kullanımını tolere edici norm ve değerleri benimsemek durumuna gelebilmektedirler (Turan 2010). Ergenlerle yapılan bir çalışmada erken yaşta madde kullanımının en önemli etkeninin suç ve madde kullanımının yoğun olduğu bölgelerde yaşamak olduğunu gösterilmiştir (Fiteve ark. 2009). Vaillant (1966) opiyat bağımlısı kişilerin madde kullanımının yaygın olduğu mühitinin değiştirilmesini belirtmiştir.

Çalışmalar maddeyi bırakmaya hazır ve motivasyonları yüksek olanlar tedavide daha başarılı olduklarını, bağımlılığının tedavisinde tedavi motivasyonunun önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Turan 2010). Motivasyonu düşük eroin bağımlılarının metadon tedavisini tamamlamadan bıraktıkları, terapötik topluluklarda motivasyonu düşük kişilerin tedavisinin daha başarısız olduğu saptanmıştır (Simpson ve Joe 1993; De Leon ve ark. 1994). Yüksek motivasyonla tedaviye başlamak tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunmuştur (Howard ve McCaughrin, 1996; Vogt 2000). Brewer ve arkadaşları (1998) yaptıkları meta analiz çalışmasında devam eden opiyat kullanımı ile özgüven ve sosyal destek arasında hafif bir negatif ilişki olduğunu, madde kötüye kullanan arkadaşların olması arasında ise orta derecede pozitif bir ilişkisi olduğunu saptamışlardır.

Bu araştırma sonuçlarına karşın bizim çalışmamızda aile ve arkadaş desteğinin, motivasyonun ve kişilerin yaşadığı muhitin tedavi başarısını etkilemediği saptanmıştır.

Araştırma sonucunda tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen grupları arasında Algılanan Stres Ölçeği puanı açısından istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgu konuyla ilgili yapılmış diğer çalışmalarla tutarlık göstermemektedir. Çalışmalarda stresle tedavi sırasında ve sonrasında opiyat kullanımı arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir (Brewer 1998).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlarda tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen grupları arasında Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği alt ölçekleri Tıbbi Durum (Şiddet, Composite), İş ve Destek Durumu (Şiddet, Composite), Yasal Durum (Şiddet, Composite), Alkol-Madde Durumu (Şiddet, Composite), Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu (Şiddet, Composite), Psikiyatrik Durum (Şiddet, Composite) puanları açısından istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar literatür sonuçlarıyla tutarlılık göstermemektedir.

Çalışan hastaların metadon programlarında daha uzun kalmaya, yoğun suç geçmişleri olan hastaların ise tedaviyi bir an önce bırakmaya meyilli oldukları ve tedaviye katılımlarının zayıf olduğu bildirilmiştir (Kaplan ve Sadoc's 2007). Sosyal uyum seviyeleri yüksek olan, daha çok arkadaşları bulunan, psikiyatrik tedavi geçmişi az veya hiç olmayan, uyuşturucu ticaretine daha az karışan kişilerin tedavi programını tamamladıkları belirtilmektedir (Lang ve Belenko 2000). Spooner ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında eroin kullanımı ve suç işleme davranışları arasında yakın ilişki olduğu bu durumun tedavi olma sürecini etkileyebileceği vurgulanmıştır. Daha önceden uyuşturucu suçundan tutuklanan kişilerin tedaviyi tamamlamada daha başarısız oldukları bildirilmiştir (Huebner ve Cobina 2007). Daha fazla iş imkanı olması ve ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunduğu bildirilmiştir (Howard ve McCaughrin 1996; Vogt 2000). Psikiyatrik bozuklukların (örneğin duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve paranoid düşünce) şiddetinin tedavinin sonucunu etkileyen prediktörlerden olduğu belirtilmiştir (Kaplan ve Sadoc's 2007). Yapılan bir çalışmada, eroin bağımlılarında rastlanan eş tanının sıklıkla depresyon olduğu ve depresyon seviyesi yüksek olguların tedavide başarısız olup madde kullanmaya devam ettikleri saptanmıştır (Teesson ve ark. 2008). Depresyonun tedavi başarı veya başarısızlığını nasıl etkilediği hala bilinmemekle birlikte bazı araştırmacılar depresyonun tedavi uyumunu etkilediğini belirtmektedirler (Kennedy ve Serin 1997; VanVoorhis 2000). Depresyon komorbiditesi olan kişilerin relapsa yol açan çevresel faktörlere karşı koymakta güçlük çektiklerini bu nedenle de diğer

psikiyatrik bozukluklarla komorbid seyreden madde kullanım bozukluklarının tedavisinin kişiye özgü düzenlenmesi gerektiği bildirilmektedir (Goodwin ve Jamison, 1990). Buna karşın Hubbard (2007) tedavi başarısı açısından depresyonda olan ve olmayanların eşit şekilde performans gösterdiklerini bulmuştur.

Çalışan ve sabıkası olmayan olguların tedavilerinin çalışmayan ve sabıkası olan olgulara göre daha başarılı olduğu bildirilmiştir (Turan 2010). Birçok araştırma meslek sahibi olmanın, çalışmanın tedavi başarısıyla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (Platt 1995; Wolkstein ve Spiller 1998). Ward ve arkadaşları (1998) suç geçmişleri az veya hiç olmayan kişilerin tedaviyi başarıyla tamamladıklarını ileri sürmektedirler.

Brewer ve arkadaşları yaptıkları (1998) meta analiz çalışmasında fiziksel ve ruhsal sağlık (psikososyal sıkıntı, psikopatoloji, negatif duygudurum) ile tedavi sırasında ve sonrasında madde kullanma arasında genel olarak zayıf bir ilişki olduğunu, depresyonun tedavi sırasında ve sonrasında devam eden kullanım ile hafif pozitif koralasyon gösterdiğini, ayrıca stresli hayat olaylarının da hafif derecede positif bir ilişki gösterdiğini vurgulamışlardır. Aynı çalışmada araştırmacılar yasal problemler, suç davranışı (tutuklanma, mahkumiyet, genel suç davranışı ya da belirli suçlara dahil olma) ve yasal durumun (şartlı tahliye ya da diğer yasal baskı, gözetim altında olup olmama) tedavi sırasında veya sonrasında opiyat kullanımına etkilerini araştırmışlar. Suç davranışı ve yasal problemler devam eden kullanım ile hafif düzeyde pozitif bir ilişki gösterirken, yasal durumun hafif düzeyde bir negatif ilişki gösterdiği belirtilmiştir. Buna göre yasal durum arttıkça tedavi sırasında veya sonrasında opiyat kullanımının azalmaktadır. Yine aynı çalışmada işsiz kişilerin tedavi sırasında veya sonrasında opiyat kullanımına devam etmeleri daha olası olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar homojen grupla çalışılmış olmasına bağlı olabilir. Servisimizde yatan opiyat bağımlılarının servis uyumu ve diğer hastalarla ilişkilerinde sorun olmamasına dikkat edilmektedir. Bu bağlamda servisimize pskopati düzeyi düşük ve major davranış problemi olmayan hastalar alınmaktadır. Bu hasta grubuyla çalışılmasının sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca yapılan araştırmaların madde spesifik ve ya tanı spesifik olmaması da sonuçları etkilediği düşünülmektedir. Örneğin Turan (2010) yaptığı çalışmada daha çok esrar kullanımı olan, maddeyi yeni kullanmaya başlayan ve daha çok kötüye kullanma düzeyinde olan hastalarla çalışmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada opiyat bağımlılığı tanısı olan hastalar örneklem grubunu oluşturmaktadır. Başta da belirttiğimiz gibi farklı madde kullanıcılarını birbirinden ayırt etmek önemlidir çünkü bunlar kişisel özellikler bakımından çok çeşitli olabilir ve değişik maddelerin bağımlılık sürecini etkileyen değişik fizyolojik ve psikolojik etkileri vardır.

Ayrıca hastalara tedavi süresince idrarda madde tarama testleri yapılmış ve idrarda herhangi madde pozitif çıkması halinde hastalar tedaviden çıkarılmıştır. Bunun avantajları olabileceği gibi dezavantajları da vardır. Yani bu durumda hastalar herhangi maddeyi kullanmadan temiz kalabilmekle birlikte esrar veya reçete dışı benzodiazepin kullandıklarında tedaviden çıkarılıyorlar. Bu durumda kar zarar oranının ön planda tutulması önemli olabilir. Çünkü esrar veya reçete dışı benzodiazepin kullandığı için tedaviden çıkarılan hasta tekrar eroin kullanmaya başlayabilir ve bu da istenmeyen bir durumdur.

5.3. Tedaviye Devam Eden Gruptaki Başlangıç ve 3.Ay Uygulanan Ölçeklere Göre Farklılıkların Tartışılması

Bu bölümde tedavide başarılı olan hastaların tedavi sonrası durumları incelenmiştir. Çalışmamıza 50 opiyat bağımlılığı tanısı olan hasta alınmış, bu hastaların 17'si 3 aylık tedaviyi başarıyla tamamlamıştır. Bu oran yapılan diğer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Opiyat bağımlılığı tedavisinde relapslar sık görülmektedir. Relapsların üçte ikisinin genellikle ilk üç ay içinde ortaya çıktığı gösterilmiştir (Ögel 2002). Opiyat agonist (yerine koyma) tedavisi alan çoğu hastanın (eroin bağımlısının) eroinden tamamen ya da kısmen uzak kalabildiği bilinmektedir. Bu tedavideki hastaların sadece %20-30'unun düzenli eroin kullanmaya devam ettiği bildirilmiştir. Ancak agonist sürdürüm tedavisini bıraktıktan sonra eroin kullanımına geri dönme sıktır ve bu tedaviyi kimde, ne zaman ve nasıl kesmek gerektiği ile ilgili yeterli araştırma verisi yoktur (WHO 2009). Hastaların %50'sinden fazlasının tedavinin ilk üç haftası içinde ya tedaviyi bıraktığı ya da tedaviden çıkarıldığı tahmin edilmektedirler (Petry 1999). Metadon detoksifikasyon tedavisine alınan 327 hastanın değerlendirmesinin yapıldığı çalışmada; 242 hastaya 3 aylık, 85 hastaya 3 aydan uzun süreli detoksifikasyon tedavisi uygulanmış ve 3 aylık detoksifikasyon uygulanan hastaların %25,6'sının (62) programı başarıyla tamamladığı, uzun süreli detoksifikasyon uygulamasında ise hastaların %31,8'inin (27) de drop olduğu, %31,8'nin (27) metadon sürdürüm tedavisine geçtiği, %36,5'inin (31) de programı başarıyla tamamladığı bildirilmiştir (Mullen 2010).

Tedaviye devam eden grupta Levenson Psikopati Ölçeği için Başlangıç ve Üçüncü ay puanlarını karşılaştırıldığında hem LPÖ – İkincil, hem de LPÖ – Toplam puanlarında başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. LPÖ – Birincil başlangıç puanı ile üçüncü ay puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Psikopati kelimesi psikiyatri ve klinik psikolojide, empati veya vicdan eksikliği ve düşük dürtü kontrol veya kendi çıkarları için bir kimseyi veya durumu sömürme eğilimi ile

karakterize davranışları belirtmede kullanılmaktadır. Psikopati kelimesinin yaygın olarak kullanılmasına karşın mental bozuklukları sınıflandırma sistemi olan ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-IV-TR ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ICD-10'da tam karşılığı bulunmamaktadır. DSM-IV-TR, psikopati ile kuvvetli bir ilişkisi olan antisosyal kişilik bozukluğunu tanımlarken, ICD-10 disosyal kişilik bozukluğunu tanımlamaktadır. Hare psikopatları, başkalarını kontrol etmek ve kendi bencil ihtiyaçlarını karşılamak için cazibelerini, sindirme yöntemini, gözdağı vermeyi ve şiddeti kullanan kişiler olarak tanımlamaktadır. Bu kişiler vicdan azabı hissetmeden ve başkalarını hor görerek istediklerini alabilmekte ve hoşuna gittiği gibi davranabilmekte, suçluluk ve pişmanlık duymadan sosyal norm ve beklentileri yerle bir edebilmektedirler (Turan 2010'dan naklen). Psikopati birincil ve ikincil olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Birincil psikopati kibir, vurdumduymazlık, manipülatif davranışlar ve yalancılık ile karakterize iken, ikincil psikopati daha çok dürtüsellik, iç sıkıntısı, sorumsuzluk ve uzun süreli amaçların eksikliği gibi özelliklerle karakterizedir (Patrick, 2007). Sellbom ve arkadaşları (2005), birincil psikopatide saldırgan davranışlar, kibir, kendini üstün görme, korkusuzluk ve başkalarını umursamama gibi özellikler görüldüğünü belirtmektedirler. Araştırmacılar, ikincil psikopatide dürtüsellik, kızgınlık, kaygı ve stresin ön plana çıktığını, olumsuz duygulanımlara tepki olarak da şiddet suçunun işlenebileceğini öne sürmektedirler. Çalışmamızda tedaviyle ikincil psikopati düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.

Tedaviye devam eden grupta Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği'nin İş ve Destek Durumu (Şiddet), Alkol-Madde Durumu (Şiddet, composite), Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu (Şiddet, Composite), Psikiyatrik Durum (Şiddet, Composite) alt ölçeklerinin başlangıç ve üçüncü ay puanlarını karşılaştırıldığında statistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre hastaların iş-destek durumunda, aile-sosyal ilişkiler durumunda, psikiyatrik durumunda, alkol-madde durumunda iyileşme saptanmıştır. Çalışmamızda aynı zamanda tedaviyle birlikte hastaların stres düzeylerinin azaldığı da saptanmıştır. Buna karşılık hastaların tıbbi ve yasal durumlarında değişiklik gösterilememiştir. Bu durum hastaların tıbbi ve yasal durumlarının kötü olmamasıyla ilişkili olabilir.

Uyuşturucu madde ve suç arasındaki ilişki nedeniyle tedavide her iki konu üzerinde durulması gerekmektedir. Madde kullanımının başarılı tedavisiyle birlikte suç oranları ve madde kullanımında azalma olduğu gözlenmektedir. Eroin bağımlılarından tedaviyi başarıyla tamamlayanların tutuklanma oranlarının azaldığı, daha az suç işlediklerini ve hapiste daha kısa süre kaldıkları belirtilmiştir (Platt ve ark. 1990-1991; Lehman ve Simpson, 1990; Sinha ve ark. 2003). Ancak tedavi ve suç arasında ilişki olmadığını belirten araştırmalar da vardır.

Bir çalışmada tedavi ve denetimin, gözetim altındaki madde bağımlılarının tekrardan suç işleme olasılıklarını etkilemediği bildirilmiştir (Hepburn ve Albonetti 1994). Opiyat sürdürüm tedavisinin mortaliteyi, uyuşturucu kullanımını, opiyat bağımlılığının kötü sonuçlarını, suç davranışını ve kan yoluyla bulaşan hastalıkları azalttığı, sosyal işlevsellik, fiziksel ve ruhsal sağlığı iyileştirdiği bildirilmiştir (Pinto ve ark. 2010). Başka bir çalışmada idame tedavisinin opioid kullanıcılarını tedavide tutma, yasa dışı madde kullanımını azaltma, HIV yayılmasını önleme ve sosyal yaşamı düzene koyma yönünden etkinliği kanıtlanmıştır (Gowing ve Ali 2006). Sürdürüm tedavisi yasadışı opioid kullanımında belirgin azalma, tedavide kalmayı artırma ve psikososyal işlevlerde düzelmeyi net bir şekilde ortaya koymuştur. Ayrıca opiyat bağımlılığında metadon idame tedavisi, suça yönelik davranışlarda, ölüm oranında, HIV yayılımında dramatik bir azalmaya, bedensel sağlıklarında iyileşmeye ve iş edinme oranında yükselmeye neden olmuştur (Evren ve ark. 2000).

Tedaviye devam eden grupta Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi Nörötisizm Anksiyete ve Dürtüsel Heyecan Arayışı (dürtüsellik ve heyecan arayışı) alt ölçeklerinin başlangıç ve üçüncü ay puanları karşılaştırıldığında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, hastaların Nörötisizm, Anksiyete, Dürtüsellik ve Heyecan Arayışı düzeyleri tedaviyle azalmıştır. Buna karşın Aktivite (Genel Aktivite, İşe Harcanan Çaba), Sosyallik (Partiler Arkadaşlar, Yalnızlığa Tahammülsüzlük) ve Saldırganlık Düşmanlık başlangıç ve üçüncü ay puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tedaviye devam eden grupta Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği Psikolojik Faktörler alt ölçeğinin, başlangıç ve üçüncü ay puanları karşılaştırıldığında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmesine karşın Sosyal Faktörler alt ölçeği ve BTBÖFÖ – Toplam puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Buna göre Psikolojik Faktörler üçüncü ay puanı başlangıç puanından anlamlı derecede yüksektir. Psikolojik Faktörler bireyin madde kullanımı hakkındaki farkındalık durumu ve bırakma konusundaki istek ve motivasyonu gibi etkenleri içermektedir. Bu sonuç tedavinin farkındalığı, maddeyi bırakmak için istek ve arzuyu artırdığını göstermektedir.

5.4. Craving ile İlgili Bulguların Tartışılması

Yaptığımız çalışmada hastaların aylık craving dereceleri ölçülmüştür.

Çalışmamızda tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen gruplarını Görsel Analog Ölçeği puanları açısından karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Buna göre, başlangıç craving şiddeti tedavi sonucunu etkilememektedir.

Tedaviye devam eden grupta Görsel Analog Ölçeği başlangıç ve üçüncü ay puanları karşılaştırıldığında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, başlangıç puanı üçüncü ay puanından anlamlı derecede yüksektir. Aynı zamanda araştırmamızda tedaviye devam eden grupta Görsel Analog Ölçeği ile yapılan 4 ayrı ölçümü karşılaştırılmış, 4 ölçüm arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Sonuçlara göre VAS – 1 ile VAS – 2 arasında, VAS – 1 ile VAS – 3 arasında, VAS – 1 ile VAS – 4 arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, birinci ölçüm puanı ikinci, üçüncü ve dördüncü ölçüm puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir. Diğer taraftan VAS – 2 ile VAS – 3 arasında, VAS – 2 ile VAS – 4 arasında ve VAS – 3 ile VAS – 4 arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu sonuç tedaviyle başlangıçtaki craving'in derecesinin azaldığını ancak daha sonrasında azalmadan devam ettiğini göstermektedir. yerine koyma veya sürdürüm tedavilerinin (buprenorfin, metadon, LAAM) craving'i azalttığı gösterilmiştir (Fareed ve ark. 2010).

Araştırmamızda craving'i belirleyen faktörler incelenmiştir. VAS-1 puanı ile Levenson Psikopati Ölçeği Birincil alt ölçek puanı ve toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Buna göre, VAS - 1 puanı yükseldikçe/(azaldıkça) LPÖ – Birincil – 1 ve LPÖ – Toplam – 1 puanı da yükselmektedir/(azalmaktadır). Bununla birlikte VAS 1 puanı ile Algılanan Stress Ölçeği arasındaki pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Buna göre, VAS-1 puanı yükseldikçe/(azaldıkça) ASÖ puanı da yükselmektedir/(azalmaktadır). Sonuçlar VAS – 1 puanı ile Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği, Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi ve Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Bu sonuçlara göre craving özellikle birincil psikopati (vurdumduymaz, manipülatif, duygusuz, güvenilmez, bencilce diğer kişileri kullanma, yaşananlardan ders almama ve empati yapmama eğilimine işaret eder) ve stres derecesiyle ilişkili görünmektedir.

Çalışmalarda craving biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Craving derecesinin farklı olmasında kişilik özelliklerinin önemli rol oynadığı bildirilmiştir (Zilberman ve ark. 2003). Opiyat bağımlılarında craving'in nörotizmle korole olduğu belirtilmiştir (McCusker CG and Brown 1991; Powell 1990-1992). Zilberman ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada kadınlardaki craving'i yüksek yenilik/heyecan arayışı, düşük inatçılık ve daha az vicdanlılık gibi kişilik özellikleriyle ilişkili olduğunu ancak nörotizmle ilişkili bulunmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da cravingle nörotizm ve heyecan arayışı arasında ilişki saptanmamıştır. Dürtüsellik ve depresyonun kadınlarda cravingi belirleyen faktörler olabileceği bildirilmiştir (Zilberman ve ark. 2003).

Ilgen ve ark. 2008 metadon sürdürüm tedavisindeki hastaların metadon dozunu almadan hemen önceki yüksek stres seviyelerinin craving üzerinde anlamlı etkisi olduğunu bildirmişler. Strese karşı koymadaki yetersizliğin relapsa yol açabileceği belirtilmektedir. Opiyat bağımlısı ratlarda sürdürüm tedavisinin opiyatla tetiklenen uyuşturucu aramayı azalttığı ancak stresle tetiklenen uyuşturucu aramayı azaltmadığı bildirilmiştir. Bu maddeyle karşılaşma ve stresin ortaya çıkardığı uyuşturucu arama mekanizmalarının farklı olduğunu belirtmesinin yanında sürdürüm tedavisinde olan bağımlıların stresle ortaya çıkan relaps için risk altında olduklarını da göstermektedir. Alfa 2 adrenerjik ilaçların stresi azalttığı ve bu ilaçları kullananlarda strese maruziyet sırasında cravingin çok az arttığı ileri sürülmüştür.

5.5. Birinci Ayda Tedaviye Devam Etmeyen Hastaların Değerlendirmeleri

Bu bölümde birinci ayda tedaviyi bırakan hastaların özellikleri tartışılmıştır. Bu hastalar tedaviye ikinci ayda devam eden 32 kişi, tedaviyi üçüncü aya kadar bırakan 15 kişi ve taedivide başarılı olan 17 kişiyle karşılaştırılmıştır. Bu bulgulara göre ilk ayda tedaviyi bırakan hastaların daha sosyal oldukları, yalnızlığa tahammülsüzlüklerinin daha düşük olduğu ve tıbbi durumlarının daha iyi olduğu görülmektedir. Sonuç olarak sosyal olan ancak yalnızlığa tahammülsüzlüğü olan hastaların tedaviyi erken dönemde terk ettiği, tıbbi durumu kötü olan hastaların tedavide daha uzun süre kaldıkları görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada opiyat bağımlılığı tedavisinin erken dönemdeki başarısını öngören faktörler irdelenmiştir.

Araştırmamızda yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet, madde kullanım şekli, stres, tıbbi durum, iş - destek durumu, madde ve alkol kullanımı, yasal durum, aile-sosyal ilişkiler, psikiyatrik durum, carving, kişilik özellikleri, psikopati, sosyal ve çevresel faktörlerin erken dönem tedavi başarısını öngöremediği saptanmıştır.

Tedaviye devam eden grupta tedaviyle birlikte hastaların yaşadıkları stres, dürtüsellik, heyecan arayışları, maddeyi arzulama (craving) ve anksiyetede azalma olduğu, aile ve sosyal ilişkilerinde düzelme, psikiyatrik durumlarında iyileşme saptanmıştır. Bu hastalar aynı zamanda tedavi süresince yasadışı uyuşturucu madde kullanmadıkları belirlenmiştir.

Maddeyi arzulama (craving) ile psikopati düzeyi ve stres şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani maddeyi arzulama (craving) arttıkça/azaldıkça psikopati veya stres düzeyi artmaktadır/azalmaktadır.

Tedaviden ayrılma en çok birinci ayda gözlenmiştir. Tıbbi durumu kötü olanlar, tedaviye devam ederken, sosyal olanlar ve yalnızlığa tahammülü düşük olanların birinci ayda tedaviden ayrıldıkları saptanmıştır.

Her ne kadar birçok çalışma bazı faktörlerin tedavi başarısını etkilediğini gösterse de bizim çalışmamızda böyle bir sonuca ulaşamadı. Bu sonuç çalışmanın sınırlılıkları/kısıtlılıkları nedeni ile ortaya çıkmış olsa bile her hastanın tedaviden fayda görebileceği (veya göremeyeceği) bulunmuştur. Bu nedenle tedavi için başvuran her hastanın tedaviden yararlanma olasılığı olduğu ve bu yönde önyargılarla hareket edilmemesi gerektiğini düşünmekteyiz. Çünkü hastalar tedaviden belirgin fayda görmektedirler.

7. KAYNAKLAR

- Abay, E., Ateş, İ. (2001). Bağımlılığın genetiği. *Bağımlılık Dergisi*; 2(2): 68-70.
- Adler, A. (2000). Sosyal Duygunun Gelişiminde Bireysel Psikoloji. (H. Özgü, Çev.).
- Agosti, V., Nunes, E., ve O'Connell, K. (1996). Patients factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 29-39.
- Alem, F., Stephens, R.C., Llorens, S. ve Orris, B. (1995) A review of factors affecting treatment outcomes: Expected Treatment Outcome Scale, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 483-509.
- Alterman, A.I., McDermott, P.A., Cook, T.G. ve ark. (1998): New scales to assess change in the addiction severity index for the opioid, cocaine and alcohol dependent. *Psych. Addict. Behav*, 12, 233-46.
- Anderson, S., ve Berg, J.E. (2001). The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research and Theory*, 9, 239-51.
- Anderson, T. (1998). Drug identity change processes, race and gender. *Substance Use and Misuse*, 33, 2469-83.
- Anglin, M.D. ve Hser, Y.I. (1990) Treatment of drug abuse, *Crime and Justice*, 13, 393-460.
- Assadi, S.M., Radgoodarzi, R. ve Ahmadi-Abhari, S.A. (2003). Baclofen for maintenance treatment of opioid dependence: A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*; 3(16):1-10. www.biomedcentral.com/1471-244X/3/16.
- Ausubel, D. P. (1980). An interactional approach to narcotic addiction. In D. J. Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: U.S. Government Printing Office 4-7.
- Ball, S. A. (1995). The validity of an alternative five-factor measure of personality in cocaine abusers. *Psychological Assessment*, 7(2), 148-154.
- Becker, H.S. ve Strauss, A. (1956). Careers, personality and adult socialization. *American Journal of Sociology*; 62: 253-63.
- Bejerot, N. (1980). Addiction to pleasure: A biological and social-psychological theory of addiction. In D.J. Lettieri, M. Sayers, & H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: U.S. Government Printing Office 246-255.

Beynon, C., Bellis, M. A., Millar, T., Meier, P., Thomson, R., & Mackway, J. K. (2001). Hidden need for drug treatment services: Measuring levels of problematic drug use in the North West of England. *Journal of Public Health Medicine*, 23(4), 286-291.

Bickel, WK., Stitzer, ML., Bigelow, GE. Liebson ,IA., Jasinski, DR., Johnson, RE. (1988). A clinical trial of buprenorphine: comparison with methadone in the detoxification of heroin addicts. *Clin Pharmacol Ther*; 43:72-8.

Brewer, DD., Catalano, R., Haggerty, K., Gainey, RR., ve Fleming, CB. (1998). A meta analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(1), 73-92.

Brinkley, CA., Schmitt, WA., Smith, SS. ve Newman, JP. (2001). Construct validity of a self-report psychopathy scale: Does Levenson's self-report psychopathy scale measure the same constructs as Hare's psychopathy checklist-revised? *Personality and Individual Differences*; 31: 1021-38.

Broome, KM., Simpson, DD., ve Joe, GW. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 127-135.

Brooner, RK., Kidorf, M., King, VL., ve Stoller, K. (1998). Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(3), 249-60.

Brooner, RK., Schmidt, CW., ve Herbst, JH. (1994). Personality characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. In PT. Costa, Jr. ve TA. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association, 149-74

Butzin, CA., Saum, CA., ve Scarpitti, FR. (2002). Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program. *Substance Use & Misuse*, 37, 1615-33.

Cacciola, JS., Alterman, AI., Rutherford, MJ., McKay, JR., ve Mulvaney, FD. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 271-280.

Carroll, KM., Ball, S. A., ve Rounsaville, BJ. (1993). A comparison of alternate systems for diagnosing antisocial personality disorder in cocaine abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(7), 436-43.

Catalano, RF., Wells, EA., Hawkins, JD., Miller, JL. ve Brewer, DD. (1990± 91) Evaluation of the effectiveness of drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention, *International Journal of the Addictions*, 25, 1085-140.

Chang, G. ve Kosten, TR. (2005). Detoxification. (Eds): In : Lowinson, JH., Ruiz, P., Millman, RB., Langrog, JG. Substance Abuse: A comprehensive Textbook. Lippincott Williams&Williams, 579-87.

Chim, D. (2009).Optimizing suboxone in opioid addicts. dchim@mednet.ucla.edu, www.uclaisap.org. Erişim Tarihi: 19 Temmuz 2011.

Clarke, MA. (1964). Reliability and sensibility in the self-assessment of well-being. *Bul Br Psy Soc*; 17: 18.

Claus, RE., ve Kindleberger, LR. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, **34**, 25-31.

Cohen, S. ve Williamson, G. M. (1988), "Perceived stress in a probability sample of the United States", (Ed: S. Spacapan ve S. Oskamp) *The Social Psychology of Health*, Newbury Park, CA: Sage. 19-28.

Copeland, J.,ve Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, **87**, 883-890.

Cosden, M., Nasch, JE., Campos, E., Greenwell, A., Barazani, S., ve Walker, S. (2006). Effects of motivation and problem severity on court-based drug treatment. *Crime & Delinquency*, 52(4), 599-618.

Coşkunol, H. (2008). Güncel Klinik Psikiyatri. İçinde: Alkol dışı madde kullanım bozuklukları. (Ed): Erdal Işık, Ender Taner, Umut Işık. Golden Print Matbaası, Ankara, 335-49.

Craig, R. J. (1982). Personality characteristics of heroin addicts: Review of empirical research 1976-1979. *International Journal of Addiction*; 15: 701-10.

Cüceloğlu, D. (1996). İnsan Ve Davranışı (9. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., ve Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, **20**, 495-515.

Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: Comparisons of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders and psychosis. *Addiction*; 96:1603-14.

Demirbaş H, İlhan İ, Doğan Y. B ve ark. (2003). Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeğinin Geçerlilik- Güvenilirlik Çalışması. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Doktora Tezi.

Doksat, MK. (2003). Ağrı ve Psikiyatri. Bursa: Psikiyatri ve Sanat Yayın Evi.

Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W., ve Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviors after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, **36**, 249-55.

Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., ve Herrell, JM. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27, 213-21.

Engeler, A. (2005). Psikopati ve antisosyal kişilik bozukluğu. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.

Epidemiological Catchment Area (ECA) (2009), World Helth Organization. www.worldhealth.org, Erişim Tarihi; 13 Haziran 2011.

Evren, C., Ögel, K., Tamar, D. ve ark. (2000b). Eroini damar yoluyla kullanan ve kullanmayanlar arasında özelliklerinin karşılaştırılması. *Türkiye’de Psikiyatri*; (2): 121-8.

Evren, E.C., Er, FO., Erkıran, M., Çakmak, D. (2002). Tedavi arayışında olan eroin bağımlılarında 1. eksen psikiyatrik komorbidite: Sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 5: 92–104.

Evren, EC. ve Çakmak, D. (2002). Damar yoluyla eroin kullananların genel özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 39(1): 20-6.

Evren, EC., Tamar, D., Babayağmur, B. ve Çakmak, D.(2000a). Opioid bağımlılığının tedavisinde buprenorfin: Metadonla karşılaştırma çalışmaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*;10:205-12.

Fareed, A., Vayalapalli, S., Casarella, J., Amar, R., ve Drexler, K., (2010). Heroin anticraving heroin addiction: A brief overview. *International Journal of the Addiction*, **25**, 1453-77.

Ferrigan, MM., Valentiner, DP. ve Berman, ME. (2000). Psychopathy dimensions and awareness of negative and positive consequences of aggressive behavior in a non-forensic sample. *Personality and Individual Differences*; 28: 527-38.

Finney, JW., ve Moos, RH. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, **53**, 142-53.

Fioritti, A., Ferri, S., Galassi, L. ve Warner, R. (1997). Substance use among thementally ill: A comparision of Italian and American samples. *Community Mental Health Journal*; 33(5):429-43.

Fiteve, PJ., Wynn, P., Lochman, JE., ve Wells, KC. (2009). The influence of neighborhood disadvantage and perceived disapproval on early substance use initiation. *Addictive Behaviors*, **34(9)**, 769-71.

Fredy, M. (1923). The graphic rating scale. *Journal of Educational Psychology*; 14:83-102.

Galigio, M. ve Stein, F. S. (1983). Sensation seeking and drug of choice. *International Journal of Addiction*; 18: 1039-48.

Gendreau, P., Little, T., ve Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What Works! *Criminology*, **34**, 575-96.

General, S. (1988). *The Health Consequences of Smoking: nicotine addiction* (Rockville, MD, US Department of Health and Human Services).

Gideon, L. (2007). Family role in the reintegration process of recovering drug addicts. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(2), 212-226.

Goehl, L., Nunes, E., Quitkin, F. ve Hilton, I. (1993). Social networks and methadone treatment outcome. The costs and benefits of social ties. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 251-262. 19 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.

Goehl, L., Nunes, E., Quitkin, F., ve Hilton, I. (1993). Social networks and methadone treatment outcome. The costs and benefits of social ties. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 251-62.

Gold, MS.(1987). Treatmant of opiate withdrawal with clonidine. *Atlas of Sience: Pharmacology*; 1741: 29-32.

Goldstein, A., ve Kalant, H. (1990). Drug policy: Striking the right balance. *Science*, 249, 1513-21.

Goodwin, FK., ve Jamison, KR. (1990). *Manic Depressive İllness*. New York: Oxford University Press.

Gorsuch, RL. (1980). Interactive models of non-medical drug use. In: D. J. Lettieri, M. Mayers ve H.V. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: Government Printing Office,18-23.

Gowing, LR. ve Ali, RL. (2006). Opioid bağımlılığı tedavisinde detoksifikasyonun yeri. *Current Opinion in Psychiatry Türkçe baskı*; 2:3:1-.10.

Green, CA., Polen, MR., Dickinson, DM., Lynch, FL., ve Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 285-95.

Güçlü Gönüllü, O., Hacıoğlu, M. ve Tarlacı, N. (2002). Egopsikolojisi ve madde bağımlılığı. *Düşünen Adam*; 15(2): 104-7.

Gürpınar, D. ve Tokuçoğlu, L.(2006). Bağımlılık yapan maddeleri kullanmak için duyulan arzu ve bu maddelerle ilgili rüyalar. *Journal of Dependence*; 7: 38-43.

Hanson, M., ve El-Basel, N. (2005). Motivating substance-abusing clients through the helping process. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pres: 39-64.

Haro, G., Mateu, C., Martinez-Raga, J., Valderrama, JC., Castellano, M., ve Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *European Psychiatry*, 19(4), 187-92.

Havassy, B. E., Alvidrov, J., ve Owen, K. K. (2004). Comparison of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: Implications for treatment and service delivery. *American Journal of Psychiatry*, 161, 139-45.

Havassy, BE., Hall, SM., ve Wasserman, DA. (1995). Social relationships, and abstinence from cocaine in an American treatment sample. *Addiction*, 90, 699-710.

Hawkins, JD. ve Catalano, RF. (1985) Aftercare in drug abuse treatment, *International Journal of the Addictions*, 20, 917-45.

Hawkins, JD.,ve Fraser, MW. (1987). The social networks of drug abusers before and after treatment. *International Journal of the Addictions*, 22, 343-55.

Helmus, TC., Downey, KK., Arfken, CL., Henderson, MJ., ve Schuster, CR. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(3), 287-95.

Hepburn, J., ve Albonetti, CA. (1997). Probation revocation: A probational hazards model of the conditioning effects of social disadvantage. *Social Problems*, 44(1), 120-38.

Hepburn, J.,ve Albonetti, CA. (1997). Probation revocation: A probational hazards model of the conditioning effects of social disadvantage. *Social Problems*, 44(1), 120-38.

Hiller, M. L., Knight, K., ve Simpson, D. D. (1999). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*; 79(4), 411-30.

Howard, DL. ve McCaughrin, WC. (1996). The treatment effectiveness of outpatient substance misuse organizations between court-mandated and voluntary clients. *Substance Use and Misuse*; 31: 895-926.

Howard, DL., ve McCaughrin, WC. (1996). The treatment effectiveness of outpatient substance misuse organizations between court-mandated and voluntary clients. *Substance Use and Misuse*, 31, 895-926.

Hubbard, D. J. (2006). Should we be targeting self-esteem in treatment for offenders: Do gender and race matter in whether self-esteem matters? *Journal of Offender Rehabilitation*, 44(1), 39-57.

Hubbard, DJ. (2006). Should we be targeting self-esteem in treatment for offenders: Do gender and race matter in whether self-esteem matters? *Journal of Offender Rehabilitation*, 44(1), 39-57.

Hubbard, RL. ve Marsden, ME. (1986). Relapse to use of heroin, cocaine, and other drugs in the firstyear after treatment, in: Tims, F. & Leukefeld, C. (Eds) *Relapse and Recovery in Drug Abuse*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 72, 157-166 (Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse).

Huebner, BM. ve Cobina, J. (2007). The effect of drug use, drug treatment participation, and treatment completion on probationer recidivism. *Journal of Drug Issues*; 37(3), 619-41. Aralık 2011, www.ibr.tcu.edu/pubs/rechpubs/CJ-YR.html.

Hunt, WA. ve Bspalec, DA. (1974). Relapse rates after treatment for heroin addiction, *Journal of Community Psychology*, 2, 85-7.

Ilgen, M., Jain, A., Kim, HM., ve Trafton, JA. (2008). The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1170-5.

İstanbul: Hayat Yayınları (Orijinal çalışma basım tarihi 1924).

Jaffe JH. (2000): Changing epidemiology of HIV. *Int J. Clin Pract Suppl.* Dec;(115):72-7.

Jaffe, JH. ve Strain, E.C. (2007). Opiyalara bağılı bozukluklar. İçinde: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (Ed): Kaplan ve Sadocks'. Ankara, Öncü Basımevi, 1265-90.

Jasinski, DR., Pevnick, JS. ve Griffith, JD. (1978). Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine: a potential agent for treating narcotic addiction. *Arch Gen Psychiatry*;35:501-16.

Joe, G. W., Chastain, R. L., Marsh, K. L., & Simpson, D. D. (1990b). Relapse. In D. Simpson & S. B. Sells (Eds.), *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up* Malabar, FL: Krieger Publishing, 121-36.

Johnson, RE., Jaffe, JH., Fundala, PJ. (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *JAMA*;267:2750-5.

Johnston, BD. (1980). Toward a theory of drug subcultures. In D. J. Lettieri, M. Sayers & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: Government Printing Office, 110-119.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M. ve Bachman, J. G. (1996). National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1995. Volume I: Secondary school students. (NIH Publication No. 96-4139). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Johnston, L. D., ve O'Malley, P. M. ve Bachman, J. G. (1997). National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1995. Volume II: College students and young adults. (NIH Publication No. 98-4140). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kalyoncu, A., Mırsal, H. ve Satır, T. (2000). Opiat bağımlılığında antagonist tedavi: Naltrexone. *Bağımlılık Dergisi*; 1(1): 43-9.

Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry (2005). Sadock BJ, Sadock VA, editors. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Karkowski, LM., Prescott, CA. ve Kendler, KS. (2000). Multivariate assessment of factors influencing illicit substance use in twins from female – female pairs. *Am J Med Genet*; 96: 665 – 70.

Kennedy, S., ve Serin, R. (1997). Treatment responsivity: Contributing to effective correctional programming. *The International Community Corrections Association (ICCA) Journal*, April, 46-52.

Knapp, CM., Ciraulo, DA. ve Jaffe, J. (2005). Opiates: Clinical Aspects. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance Abuse - A Comprehensive Textbook. 4. Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 180–195.

Knight, D. K., ve Simpson, D. D. (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 417-29.

Knight, DK., Logan, SM., ve Simpson, DD. (2001). Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 1-18.

Knight, K., Hiller, ML., Broome, KM. ve Simpson, DD. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation*; 31(1/2), 101-15.

Kosten, TR., Schottenfeld, R., Ziedonis, D., Falcioni, J. (1993). Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. *J Nerv Ment Dis*;181:358-64.

Köroğlu, E. (2009). Klinik Uygulamada Psikiyatri. Tanı ve Tedavi Klavuzları. Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 483-95.

Kushner, M., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, K., Brekke, M., ve Sletten, S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 1432-43.

Lang, MA., ve Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 145-160. 17 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.

Lavee, Y. ve Altus, D. (2001). Family relationships as a predictor of post-treatment drug abuse relapse: A follow-up study of drug addicts and their spouses. *Contemporary Family Therapy*; 23(4), 513-30.

Lehman, WEK. ve Simpson, DD. (1990). Criminal involvement. In: DD. Simpson &SB. Sells (Eds.), Opioid addiction and treatment. Malabar, FL: Krieger Publishing 157-76.

Levenson, M., Kiehl, K. ve Fitzpatrick, C. (1995). Assessing psychopathic attitudes in a non-institutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*; 68, 151-8.

Ling, W., Wesson, DR., Charuvastra, C., Klett, CJ. (1996). A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry*; 53:401-7.

Longabaugh, R., Beatties, M., Noel, N., Stout, R., ve Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(4), 465-78.

Lynam, D. R., Whiteside, S. ve Jones, S. (1999). Self-reported psychopathy: A validation study. *Journal of Personality Assessment*; 73: 110-32.

Mackenson, G. ve Cottone, RR. (1992). Family structural issues and chemical dependency: A review of the literature from 1985 to 1991. *American Journal of Family Therapy*; 20: 227-41.

Marlowe, DB., Patapis, N. S.ve DeMatteo, DS. (2003). Amenability to treatment of drug offenders. *Federal Probation*, 67, 40-46.

Martinez-Raga, J., Marshall, EJ., Keaney, F., Ball, D., ve Strang, J. (2002). Unplanned versus planned discharges from inpatient alcohol detoxification: Retrospective analysis of 470 first-episode admissions. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 277-81.

Mattick, RP., Ali R., White, JM., O'Brien, S., Wolk, S., Danz C. et al. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: A randomized double-blind trial with 405 opioid dependent patients. *Addiction (Abingdon, England)*; 98(4):441-52.

McLellan, AT. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 168(1):26-33.

McLellan, AT. (1983). Patient characteristics associated with outcome. In JR. Cooper, F. Altman, BS. Brown ve D. Czechowicz (Eds.), *Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art* (DHHS Publication No. ADM 87-1281). Washington, DC: United States Government Printing Office, 500-29.

McNichols, N. ve Howell, HF. (2000). Buprenorphine clinical practice guidelines. Field review draft. SAMSA, CSAT Office Pharmacologic and Alternative Therapies. Columbia, MD, November.

Means, LB., Small, M., Capone, DM., Capone, TJ., Condren, R., Peterson, M., ve Hayward, B. (1989). Client demographics and outcome in outpatient cocaine treatment. *International Journal of the Addictions*, 24(8), 765-83.

Merton, R. K. (1957). *Social Theory And Social Structure*. New York: Free Press.

Mills, KL., Teesson, M., Ross, J., Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry*; 163: 652-8.

Mullen, L., Eamon, K., Barry, J., Long, J., Mulholland, D., Grogan, L. ve Delargy, I. (2010). Factors predicting completion in a cohort of opiate users entering a detoxification programme. *Ir Med Sci*; 179:569-73.

Nicholls, L., Bragaw, L. ve Ruetsch, C. (2010). Opioid dependence treatment and guidelines. *JMCP*; 16: 14-21.

Oxley, GB. (1966). The caseworker's expectations and client motivation. *Social Casework*; 47: 432-7.

Ögel K. (2002). *Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

Ögel, K. (2007). Madde kullanım bozuklukları. İçinde: Temel Psikiyatri. (Ed) Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 173-83.

Özatamer, O. ve Alkış, N (2002). Anesteziye Güncel Konular. Nobel Tıp Kitapevi; 515-30.

Özden, SY. (1992). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Özden, SY. (2004). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., Yılmaz, S., Mırsal, H. ve Beyazyürek, M. (1997). Anatolia Bağımlılık Tedavi Kliniği'nde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Deskriptif Analizi. Antalya: 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 73.

Peters, RH. (1993). Drug treatment in jails and detention settings. In: J.A. Inciardi (Ed.), Drug treatment and criminal justice. Newbury Park, CA: Sage Publications, 44-80.

Peters, RH., Haas, AL., ve Murrin, MR. (1999). Predictors of retention and arrest in drug court. *National Drug Court Institute Review*, 2, 33-60.

Petry, N.M. ve Bickel, W.K. (1999). Therapeutic Alliance and Psychiatric Severity as Predictors of Completion of Treatment for Opioid Dependence. *Psychiatric Services*; 50 (2):219-27.

Pinto, H., Maskrey, V., Swift, L., Rumball, D., Wagle, A., ve Holland, R. (2010). The Summit Trial: A field comparison of buprenorphine versus methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 340-52.

Platt, JJ., Husband, ST. ve Taube, D. (1990-1991). Major psychotherapeutic modalities for heroin addiction: A brief overview. *International Journal of the Addiction*; 25:1453-77.

Platt, JJ., Husband, ST., ve Taube, D. (1990-1991). Major psychotherapeutic modalities for medications: a systematic review. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 36, 332-41.

Powell, J., Bradley, BP. ve Gray, JA. (1992). Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: an investigation of their relative contributions. *Brit J Addiction*, 87, 1133-44.

Powell, J., Gray, JA., Bradley, BP., Kasvikis, Y., Strang, J., Barratt, L., ve Marks, I. (1990). The effects of exposure to drug-related cues in detoxified opiate addicts: a theoretical perspective and some new data. *Addict Behav*, 15, 339-54.

Prendergast, ML, Podus, D., Chang, E., ve Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparative group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.

Prendergast, ML, Podus, D., ve Chang, E. (2000). Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: An examination using meta-analysis. *Substance Use & Misuse*; 35, 1931-65.

Price DD, McGrath PA, Rafii A ve ark. (1983) The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain J*; 17: 45-56.

Rao, SR., Broome, KM., ve Simpson, DD. (2004). Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users. *Addiction*, **99**, 579-89.

Ridenour, TA., Cottler, LB., Compton, WM., Spitznagel, EL. ve Cunningham-Williams, RM. (2003). Is there a progression from abuse disorders to dependence disorders? *Addiction*, **98**(5), 635-44.

Rosenbaum, M. (1980). *Women on Heroin*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Rounsaville, BJ., Dolinsky, ZS., Babor, TF., ve Meyer, RE. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 505-13.

Rutherford, MJ., Cacciola, JS., Alterman, AI., McKay, JR. (1996). Assessment of object relations and reality testing in methadone patients. *Am J Psychiatry*, **153**(9):1189-94.

Ryan, RM., Plant, RW., ve O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, **20**, 279-97.

Sağlam, E., Uzbay, Tİ. ve Beyazyürek, M. (2003). Madde bağımlılığının psikofarmakolojik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*; **4**: 2: 81-7.

Schottenfeld, RS., Kosten, TR., Pakes, J., Ziedonis, D., Oliveto, A. (1994). Buprenorphine vs. metadon maintenance for combined cocaine and opioid dependence. In: LS Harris (Ed). *Problems of Drug Dependence, 1993. NIDA Research Monograph Series*; **141**:142.

Schottenfeld, RS., Pakes, JR., Kosten, TR. (1998). Prognostic factors in Buprenorphine-versus methadone- maintained patients.. *J Nerv Ment Dis*; **186**:35-43.

Schottenfeld, RS., Pakes, JR., Oliveto, A., Ziedonis, D., Kosten, TR. (1997). Buprenorphine vs. methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Arch Gen Psychiatry*; **54**(8):713-20.

Searight, HR., Manley, CM., Binder, AF., Krohn, E., Rogers, BJ. ve Russo, JR. (1991). The families of origin of adolescent drug abusers: Perceived autonomy and intimacy. *Contemporary Family Therapy*, **13**: 71-81.

Sees, DL., Deluchi, KL., Masson, C. ve ark. (2000). Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence. A randomized controlled trial. *Jama*; **283**:1303-10.

Sellbom, M., Ben-Porath, YS., Lilienfeld, SO., Patrick, CJ., ve Graham, JR. (2005). Assessing psychopathic personality traits with the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, **85**(3), 334-43.

Simon, EJ. (2005) *Opiates: Neurobiology*. (Eds:)Lowinson, JH., Ruiz, P., Millman, RB., Langrod, JG. *Substance Abuse - A Comprehensive Textbook*. 4. Edition, New York: Lippincott Williams & Wilkins, 164-80.

Simpson, DD., ve Joe, GW. (1993). Motivation as predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 357-68.

Sinha, R., Easton, C., ve Kemp, K. (2003). Substance abuse treatment characteristics of probation-referred young adults in a community-based outpatient program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(3), 585-97.

Skeem, J., Kerr, M., Johansson, P. Andershed, H. ve Loudon, J. (2007). Two-types of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*; 116: 395-409.

Skolnick, N., & Zuckerman, M. (1979). Personality change in drug abuse: A comparison of therapeutic community and prison groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 768-70.

Spooner, C., Mattick, R.P. ve Noffs, WA. (2000). Study of the patterns and correlates of substance use among adolescents applying for drug treatment. *Aust NZJ Public Health*; 24: 492-503.

Steffenhagen, R. A. (1980). Self-esteem theory of drug abuse. In D. J. Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967, pp. 157-163). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Sutherland, E. (1939). *Principles of criminology*. Philadelphia: Lippincott.

Taylor, J., ve Lang, AR. (2007). Psychopathy and substance use disorders. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychotherapy*, New York, NY: Guilford Publications, 495-511.

Teesson, M., Millsi K., Ross, J., Darke, S., Williamson, A. ve Havard, A. (2008). The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: Findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Addiction*, 103, 80-8.

Tellioglu, T. (2010). Buprenorphine: A New Alternative in the treatment of opioid addiction. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 20: 3: 263-5.

Trull, TJ., Sher, KS., Minks-Brown, C., Durbin, J., Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-53.

Turan, R. (2010). Madde Kullanım Nedeniyle Denetimli Serbestlik Ve Tedavi Tedbirine Hükmolan Kişilerin Tedaviyi Başarıyla Tamamlamalarını Öngören Etkenlerin İrdelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü. Doktora Tezi. Danışman: Prof. Dr. İlhan Yargıç.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (2009). Bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık ile mücadele 2009 yılı ulusal raporu. Erişim Tarihi: 17.06.2011, www.tubim.gov.tr/Dosyalar/Raporlar/2009_tubim_rapor.pdf.

Türkoğlu M (1993). Ağrı Tedavisi. İçinde: Ağrının Tanımlanması ve Ölçümü. (Ed): Yegül İ.

Uzday, T. (2005). Madde bağımlılığı ve dopaminerjik sistem. Türkiye Klinikleri; 1: 65–72.

Vaillant, GE. (1966) A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: I. The relation of treatment to outcome, *American Journal of Public Health*, **122**, 727-37.

VanVoorhis, P. (2000). An overview of offender classification systems. In P. VanVoorhis, M. Braswell ve D. Lester (Eds.), *Correctional counseling and rehabilitation* (pp.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co, 81-110.

VanVoorhis, P. (2000). An overview of offender classification systems. In P. VanVoorhis, M. Braswell & D. Lester (Eds.), *Correctional counseling and rehabilitation*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co 81-110.

Verheul, R., van den Bosch, L.M.C. ve Ball, S. A. (2005). Substance abuse. In J. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 463-76.

Verheul, R., Van den Bosch, LMC., ve Ball, SA. (2005). Substance abuse. In J. Oldham, AE. Skodol ve DS. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 463-476.

Vogt, I. (2000). Gender differences in help-seeking behavior of heroin users in Germany. In A. Springer & A. Uhl (Eds.), *Illicit drugs*. Innsbruck: Studienverlag, 261-74.

Ward, J., Mattick, RP., ve Hall, W. (1998). How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, Amsterdam: Overseas Academic Publishers, 305-336.

Westermeyer, J. (1989) Nontreatment factors affecting treatment outcome in substance abuse, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, **15**, 13-29.

Wewers, ME. ve Lowe, NK. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*; 13: 227-36.

Wikler, A. (1980). A theory of opioid dependence. In D. J. Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967,. Washington, DC: U.S. Government Printing Office174-9.

Wolkstein, E., Bausch, R.,ve Weber, G. (2000). *Work as a critical component of recovery*. Paper presented at New York University.

World Health Organization (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Erişim: 20.08.2011.

Yalnız, Ö., Pektaş, Ö., Şahin, E., Kalyoncu, A., Mırsal, H. ve Beyazyürek, M. (2004). Almanya’da yaşayan Türk eroin bağımlılarının tedavi arama davranışını etkileyen faktörlerin araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*; 5:2: 23-7.

Yaluğ, İ., Özdemir, S. ve Aker, AT. (2008). Travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı birlikteliği zemininde opioid bağımlılığı. *New/Yeni Symposium Journal*;46: 4: 200-5.

Yavuzer, H. (1994). *Çocuk Psikolojisi* (11. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yerlikaya, EE. ve İnanc, B. (2007). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Psikometrik Özellikleri. İzmir: IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Kitabı.

Yüncü, Z. ve Savaş, HA. (2007). Madde kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi*; 8: 146-52.

Zilberman, LM., Tavares, H., ve El-Guebaly, N. (2003). Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders. *BMC Psychiatry*, 3, 141-9.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. In B. De Road & M. Perugini (Eds.), *Big five assessment*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Pub, 337-96.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P. ve Kraft, M. (1993). A momparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*: 65(4), 757-68.

8. EKLER

8.1. EK 1. Etik Kurul Onayi

	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Sayı : 1207 Konu : Prof. Dr. İlhan YARGIÇ hk,	Sayın Prof. Dr. İlhan YARGIÇ Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi İlgi :20.06.2011 tarihli 2424 sayılı yazınız	Tarih : 19.07.2011
Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Tıp. Uzm. Öğr. Dr. Cavid GULİYEV'in yürüteceği 2011/1129-613 dosya numaralı "Opiat bağımlılığı tedavisinin erken dönemdeki başarısını öngören faktörlerin belirlenmesi" başlıklı tez çalışması kurulumuzun 29.06.2011 tarihli 09 sayılı toplantısında etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.		
Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı		
Eki: Tutanak		

8.2. EK 2. Özgeçmiş

Adı : Cavid
 Soyadı : GULİYEV
 Doğum yeri ve tarihi : Azerbaycan 23.09.1981
 Medeni hali : Bekar
 Adres : Beşelsiz mahallesi G/3 sokak No:43 Daire:2
 Zeytinburnu/ İSTANBUL
 Tel : (ev) 212 4150191 – (cep) 543 2737527
 E-mail : cavid00@yahoo.com

EĞİTİM

1988-1993 : Nahçıvan 15 numaralı okul
 1993-1999 : Nahçıvan Özel Koleji
 1999-2006 : Konya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
 2006 Kasım- : İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
 Tıpta uzmanlık eğitimi

YABANCI DİLLER: İngilizce (orta)
 Rusça (orta)

Üyesi Olduğu Bilimsel Dernekler

- ISBD- International Society Bipolar Disorder

Eğitim, Seminer, Kongre ve Sertifikalar

- 1- Bipolar Bozukluklar Derneği Araştırmacı Yetiştirme Güz Okulu 1-5 Eylül 2009
- 2- 4.Psikiyatri Atölyeleri 3-4 Ekim 2009- Vaka Sunumu
- 3- Uluslar arası Psikolojik Travma Sempozyumu “Günlük Yaşamın Travmaları” 11-13 Aralık 2009
- Sözel Bildiri:” Adli Tıp Psikiyatri İşbirliği” Yasemin E. Dokudan – Zeynep Baran, Cavid Guliyev. 12 Aralık 2009*
- 4- 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi 5-9 Ekim 2010
- 5- 5. Psikiyatri Atölyeleri 23-24 Ekim 2010

8.3. EK 3. Gönüllü Bilgilendirme Ve Onay Formu

I-Araştırmayla İlgili Bilgiler:

1. *“Opiat bağımlılığı tedavisinin erken dönemdeki başarısını öngören faktörlerin belirlenmesi”* başlıklı çalışmaya katılacaksınız. Bu çalışmanın amacı, madde bağımlılığı nedeniyle tedavi görmekte olan kişilerin tedavi başarısını etkileyen unsurları saptamaktır .
2. Bu çalışma kapsamında durumunuz belli aralıklarla sistemli biçimde görüşme yapılarak izlenecektir. Ayrıca algılanan stres ölçeği, bağımlılık şiddetini belirleme ölçeği, bağımlılık tedavisinin başarısını öngören faktörler ölçeği, Zuckerman-Kuhlman kişilik testi, görsel analog ölçeği kullanılacaktır.
3. Bu doğal bir takip çalışmasıdır. Rutin tedavinizle ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayacak, sadece tedavinin gidişi takip edilecektir.
4. Çalışma sırasında çıkabilecek herhangi bir istenmeyen etki veya risk bulunmamaktadır.
5. Çalışmaya yaklaşık 50 hastanın alınması planlanmıştır.

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler:

1. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır.
2. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.
3. Araştırmaya katıldığınız için rutin tedavi masraflarınız dışında bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. .
4. Bilgileriniz yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır.
5. Dosyalarınızdan ya da sizden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan hekimler ve siz arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.
6. Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten **Dr Cavid GULİYEV’e 0212 414 20 00** no’lu telefondan ulaşabilirsiniz. Daha fazla bilgi almak isterseniz **Prof. Dr. İlhan YARGIÇ** ile **0212 414 20 00 / 32495** no’lu telefondan bağlantı kurabilirsiniz.

Dr. Cavid GULİYEV tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki

bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca her hangi bir zarar görmeden araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun hastamın tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkilerine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm sözlü açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım ve bu formu okudum. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no):

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı, İmzası, Görevi:

8.4. EK 4. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği

Şiddet puanları, görüşmecinin, hastanın hangi alanlarda tedaviye/danışmaya ihtiyacı olduğunu değerlendirmesi ile oluşmaktadır. 0 ile 9 arasında puanlanmakta, 0; tedaviye ihtiyacı yok, 9; tedaviye ihtiyacı çok fazla anlamına gelmektedir. Her puan hastanın semptomlarının problem öyküsüne, o anki durumuna ve problem alanı ile ilgili tedavi/danışma ihtiyacını subjektif değerlendirmesine dayanmaktadır.

0-1: Gerçek bir problemi yok, tedaviye ihtiyacı yok

2-3: Çok az problemi var, tedaviye ihtiyacı olmayabilir

4-5: Orta derecede problem, tedaviye ihtiyacı olduğunun göstergeleri var

6-7: Belirgin problemi var, tedavi gerekli

8-9: Çok fazla problemi var, tedavi mutlak gerekli.

Hasta Derecelendirme Ölçeği

0-Hiç

1-Çok az

2-Orta derecede

3-Çok

4-İleri derecede

TIBBİ DURUM

1. Tıbbi sorunlar nedeniyle yaşamınızda kaç kez hastaneye yattınız?

(Demans, deliryum tremens dahil, detoks tedavisi hariç.) (Çocukluk dahil değil.)

2. Fiziksel sorun nedeniyle en son hastaneye yatışınız ne kadar zaman önceydi?

3. Yaşamınızı zorlaştıran, süregen nitelikli kronik tıbbi bir sorunuz var mı?

0-Hayır 1-Evet Belirtiniz

4. Fiziksel hastalığınız için düzenli olarak doktor önerisiyle aldığınız bir ilaç var mı?

(Uyku problemleri, psikiyatrik veya bağımlılık hariç, detoks, üşütme sayılmıyor.) (Epilepsi, yüksek tansiyon, diyabet gibi.)

0-Hayır 1-Evet

5. Fiziksel bir engeliniz nedeni ile size maaş bağlandı mı? (Psikiyatrik çalışmazlık hali hariç.)

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

6. Son 30 gün içinde kaç gün tıbbi sorun yaşadınız? (Eğer kuru ise; uyku sorunu kusma gibi varsa dahil et. Grip dahil etme.)

(Alkol veya maddenin direk sebep olduğu problemler hariç.)

7. ve 8. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

7. Son 30 gün içindeki bu tıbbi sorunlar yaşamınızı nasıl zorladı veya sizi ne kadar uğraştırdı?

(Bu sorunların 6. soru ile ilgili olduğundan emin ol.)

Açıklayınız

8. Bu tıbbi sorunların tedavisi şu an sizin için ne kadar önemlidir?

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

9. Hastanın tedaviye olan ihtiyacını nasıl derecelendirirsiniz?

(Eğer doktorunun söylediklerine uyuyorsa derecelendirme düşük olur. Etkili tedavi yoksa ileri dereceyi puanla.)

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

10. hastanın yanlış yorumlamasına

0-Hayır 1-Evet

11. Hastanın anlama güçlüğüne

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

İŞ/DESTEK DURUMU

1. Tamamladığınız eğitim süresi

2. Tamamladığınız mesleki veya teknik eğitim süresi

3. Mesleğiniz veya mesleki bir beceriniz var mı?

0-Hayır 1-Evet Belirtiniz

4. Araba ehliyetiniz var mı?

0-Hayır 1-Evet

5. Kullandığınız bir otomobiliniz var mı?

(Ehliyeti yok ise “hayır”ı işaretleyiniz.)

0-Hayır 1-Evet

6. En uzun düzenli olarak kaç yıldır bir işte çalışıyor sunuz?

7. En son yaptığınız/yapmakta olduğunuz iş?

(Ayrıntılı belirtiniz.)

8. Bir kişi herhangi bir biçimde size destek oluyor mu?

0-Hayır 1-Evet

9. (8. madde evet olarak yanıtlandıysa.) Bu destek gelirinizin çoğunluğunu mu oluşturuyor?

(Kurum değil; aile üyesi, arkadaşlardan yitecek gibi ve ev, para gibi.)

0-Hayır 1-Evet

10. Son 3 yılda sürdürdüğünüz işin konumu

1-Tam gün(haftada 40 saat)

2-yarı zamanlı(düzenli saatlerde)

3-Yarı zamanlı(düzensiz, günlük iş)

4-Öğrenci

5-Hizmet sektörü(özel sektör)

6-Emekli/maluliyet

7-İşsiz

11. Son 30 gün içinde kaç gün size ücret ödendi?

(Kaynak bildirilmeyen kazançlar da dahil olmak üzere.)

(Hasta olduğu ve tatil günlerini de dahil et.)

Son 30 günde aşağıdaki kaynaklardan ne kadar ücret aldınız?

12. Net gelir(Kaynak bildirilmeyen işler dâhil.)

13. İşsizlik tazminatı

14. Sosyal yardım kurumlarından ödenek

15. Emeklilik, yaşlı aylığı, dul ve yetim aylığı, gazi veya şehit aylığı, ödenek veya sosyal sigorta

16. Eş, aile veya arkadaşlar

(Kişisel harcamalar için verilen para)

(Nakit verilen para, eşinin geliri hariç, hastaya verilen harcama; kumar, vergi gibi dahil, yiyecek dahil değil.)

17. Yasal olmayan gelir (Belirtiniz)

(Çalıntı mal, kanunsuz kumar, çalıntı eşyalardan.)

18. Yeme, içme, barınma vb. benzer gereksinimleri sizin karşıladığınız kaç kişi var?

(Kendisini ve çalışanları kapsamıyor.)

19. İş yerinde disiplin cezası aldınız mı?

20. Son 30 gün içinde kaç gün işe gidememe sorunu yaşadınız? (Hastanın iş arayıp iş bulamaması dahil, iş bulamama güçlüğü değil-alkolle ilişkili olmayan. Eğer, hasta hapiste veya kontrollü çevrede ise çalışamayacağından “N”yi puanla.)

21. ve 22. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

21.Son 30 gün içinde işle ilgili sorunlar, yaşamınızı ne kadar aksattı veya ne kadar can sıkıntısı verdi?(20. soru için.)

22. İş sorunları için verilecek danışmanlık/yardım (iş bulma veya işe hazırlamak için yardım) şu an sizin için ne kadar önemli?(Emeklilikteki fonksiyonları sorgula)

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

23. Hastanın iş konusunda danışmaya olan ihtiyacını nasıl derecelendirirsiniz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

24. Hastanın yanlış yorumlamasına.

0-Hayır 1-Evet

25. Hastanın anlama güçlüğüne.

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

YASAL DURUM

1.Bu başvuru mahkeme tarafından mı önerildi veya gerekli görüldü?(Hakim, şartlı/şartsız tahliye eden kurum vb.)

2.Gözetiminde yada gözetim altında mısınız? (süresini de not et)

Aşağıdaki sebeplerden dolayı kaç defa tutuklandınız veya cezaya çarptırıldınız?(Askerlik dahil, 18 yaş öncesi dahil değil)

3. Mağaza hırsızlığı/şiddet uygulayarak hırsızlık

4.Gözetim altında olmak/gözetim süresinin ihlal etmek

5.Uyuşturucu madde kullanımı/satıcılığı

6.Kalpazanlık(sahtekarlık)

7.Silahlı suç

8.Ev soygunu, hırsızlık

9.Adam soyma

10.Saldırı

11.Kundaklama

12.Tecavüz

13.Cinayet, kasten adam öldürme

14-A.Fahişelik

14-B.Mahkemeye saygısızlık

14-C.Diğer

15. Bu suçlamalardan kaç tanesi mahkumiyetle sonuçlandı?

Yaşamınız boyunca kaç kez aşağıdakilerden biri ile suçlandınız?(mahkumiyet, gözetim altında olma, tutuklanma)

16. Aleni sarhoşluk, serserilik, uygunsuz tavır(suçlanma olacak-nezater altında olma)

17.Alkollü iken araba kullanma(suçlanma olacak)

18.Diğer sürücü hataları(tedbirsizlik, aşırı hız, ehliyetsiz sürme vb)

19.Yaşamınız boyunca cezaevinde kaç ay kaldınız?

20.En son cezaevinde kaç ay kaldınız?

21.En son ne için tutuklandınız?

22.Şu anda suçlama, mahkeme yada mahkumiyet bekliyor musunuz?

23.Ne için suçlama, mahkeme yada mahkumiyet bekliyorsunuz? (eğer birden fazla ise en şiddetlisini işaretleyiniz)

24. Son 30 gün içinde kaç gün hapis yattınız veya gözaltına alındınız?

25. Son 30 gün içinde kendi yararınız yada çıkarınız için kaç gün yasal olmayan işlere katıldınız?(madde kullanım ve bulundurma dahil değil)

26. Şu andaki yasal sorunlarınızın ne ölçüde önemli olduğunu düşünüyorsunuz?(boşanma, nezaretde bulunma ve kavgayı dahil etme)

27. Şu andaki yasal sorunlarınız için danışmanlık almak veya tavsiye almak sizin için ne kadar önemli?

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

28. Hastanın yasal sorunları için tavsiye yada yol gösterilmeye olan gereksinimini nasıl derecelendirirdiniz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır

29.hastanın yanlış yorumlamasına

0-Hayır 1-Evet

30.Hastanın anlama güçlüğüne

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

AİLE ÖYKÜSÜ

Akrabalarınızdan yada yakınlarınızdan herhangi birinde alkol, madde kullanma yada ruhsal bir sorun var mı?(tıbbi bir teşhis gerekmiyor) Ve bu tedaviyi gerektirdi mi?

Anne Tarafı			Baba Tarafı		
Alkol	Madde	Psikiyatrik	Alkol	Madde	Psikiyatrik
Anneanne			Babanne		
Dede			Büyükbaba		
Anne			Baba		
Teyze			Hala		
Dayı			Amca		

Kardeşler

Alkol Madde Psikiyatrik

Erkek kardeş 1
Erkek kardeş 2
Kız Kardeş 1
Kız Kardeş 2

ALKOL VE MADDE KULLANIMI

1-12 maddeyi şimdiki problemle ilişki kurmadan bütün maddelerin geçmişini sor

Son 30 gün

Yaşam boyu kullanımı

- 1.Alkol (Her türlü kullanım-Haftada 3 veya daha fazla, problemli içme ise haftada 3'den de az olabilir)
2. Alkol (sarhoşluk derecesinde) (Eğer hasta inkar ederse, alkolün etkisini biz tahmin edeceğiz)
- 3.Eroin
- 4.Metadon
- 5.Diğer opiyatlar/analjezikler
- 6.Barbitüratlar
- 7.Diğer sedatifler/ hpinotikler/ sakinleştiriciler(trankilizanlar)
- 8.Kokain

9.Amfetamin

10.Esrar

11.Hallusinojenler

12.İnhilantlar(nefesle içine çekilenler)

13.Günde birden fazla (alkol dahil) madde kullanımı(6 ay ve daha yukarısı-Problemlili veya düzenli kullanmada bir yıl sayılıyor.-6 aydan az olan yıl olarak kabul edilmiyor, sadece not ediyoruz.)

Kullanım şekli;(En sık veya son zamanlarda en sık kullandığı-Birden fazla kullanım şekli varsa en şiddetli olanı işaretle)

1-Ağızdan

2-Burundan

3-İçerek

4-İğneyle olmayan

5-İğneyle

13.En önemli sorun hangi madde?(Yukarıdaki gibi aynı numaralarla kodlayın yada sorun yok için “00” yazın.

14.Bu (13. madde için) maddeyi kendi isteğinizle bırakıp kullanmadığınız en son süre ne kadardır?(En az 1 ay) (00-hiç bırakma-1 aydan az- olmadıysa) (Hastanede yatma, hapisanede kalma sayılmıyor)

15.Bu bırakma kaç ay önceydi

(00-Hala kuruyorsa)

(N-Hiç bırakma olmadıysa)

16.Kaç kez;(Gidip gelen bir bilinç, bilinç kaybı, görsel şeyler görme)

Alkol deliryumu geçirdiniz?

Aşırı dozda madde aldınız?

17.Yaşamınız boyunca kaç kez;(Detoksifikasyon tedavisi, yatarak, ayaktan, danışma, Adsız Alkolikler veya Adsız Narkotikler- 1 aylık sürede(3 veya daha fazla seans), polikliniğe başvurma

Alkol kötüye kullanımı

Maddeyi kötüye kullanımı nedeniyle tedavi gördünüz?

18.Bunlardan kaç tanesi sadece detoks müdahalesiy di?(Diazem tedavisi, serum)

Alkol

Madde

19.Son 30 gün içinde alkol, madde için ne kadar harcama yaptığınızı düşünüyorsunuz?(Yeterli bir açıklama yapamıyorsa “x” koyunuz.

Alkol

Madde

20.Son 30 gün içinde alkol, madde için kaç gün ayaktan tedavi gördünüz?(Adsız Alkolikleri ve Adsız Narkotikleri dahil edin)

21.Son 30 gün içinde kaç gün(Başağrısı, bulantı aşırme, çekilme belirtileri. Entoksikasyon, durduramama, kusma, uykusuzluk, tiksinti vb.)

Alkole bağı sorunlar

Maddeye bağı sorunlar yaşadınız?

22. ve 23. sorular için hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

22.Aşağıdaki sorunlara bağı olarak son 30 içinde ne kadar sıkıntı çektiniz?

Alkol sorunları

Madde sorunları

23.Bu sorunlar için tedavi görmek şu an sizin için ne kadar önemli?(Genel terapi değil, bağımlılık tedavisi önemli)

Alkol sorunları

Madde sorunları

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

24.Hastanın tedaviye olan gereksinimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Alkol kötüye kullanımı

Madde kötüye kullanımı

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağıdır?

25.Hastanın yanlış yorumlanmasına

0-Hayır

1-Evet

26.Hastanın anlama güçlüğüne

0-Hayır

1-Evet

AİLE-SOSYAL İLİŞKİLER

1. Medeni durumu

- 1-Evli
- 2-Tekrar evlenmiş
- 3-Dul
- 4-Ayrılmış
- 5-Boşanmış
- 6-Hiç evlenmemiş

2. Şimdiki medeni durumunuz kaç yıldır devam ediyor?(Eğer hiç evlenmediyseniz 18 yaşından itibaren)

3. Bu durumdan memnun musunuz?

4. Son 3 yıl içindeki yaşam düzeniniz?(Birden fazla düzen varsa, en uzun süreli olanı yazılmalı, eğer eşitse en son durumu yazılmalı)

- 1. Eş ve çocukla
- 2. Sadece eş ile
- 3. Sadece çocuklarla
- 4. Ebeveynlerle
- 5. Aile ile
- 6. Arkadaşlarla
- 7. Yalnız
- 8. Kontrollü bir çevrede
- 9. Düzenli bir ortamı yok

5. Bu yaşam koşullarında ne kadar süredir yaşıyor sunuz? (Aile ve ebeveynlerle ise 18 yaşından itibaren-4. sorudaki koşullar)

6. Bu yaşam düzeninden memnun musunuz?

6A-Şu anda alkol sorunu olan biri ile yaşıyor musunuz? (Aktif alkol problemi, komşular dahil değil)

6B-Şu anda yasal olmayan madde kullanan biri ile yaşıyor musunuz? (maddeyi kullananın madde probleminin olup olmaması önemli değil)

7. Boş zamanlarınızın çoğunu kiminle geçiriyor sunuz?

1-Aile 2-Arkadaşlar 3-Tek başına

8. Boş zamanlarınızı böyle geçirmekten memnun musunuz?

9. Kaç tane yakın arkadaşınız var? (Aile üyelerini veya aile üyesi olarak kabul edilecek kız veya erkek arkadaşları dahil etme)

Bu kişilerle ciddi (büyük) sorunlar yaşadığınız dönemleriniz oldu mu? Olduysa kiminle?
(Rutinin dışında anlaşmazlık, kavga, tartışma, bağırışma, küfürleşme)

Son 30 gün

Yaşamınız boyunca (geçmişte)

10. Anne

11. Baba

12. Erkek/kız kardeşler

13. Cinsel eş/eş

14. Çocuklar

15. Diğer aile üyeleri

16. Yakın arkadaşlar

17. Komşular

18. İş arkadaşları

Bu insanlardan herhangi biri sizi istismar etti mi?

18A- Duygusal olarak (kullandığı kötü/sert sözcüklerle) kötü hissetmenize neden oldu mu?

18B-Fiziksel olarak (fiziksel zarar verdi mi?)

18C-Cinsel olarak (cinsellikle ilgili zorlamalar veya cinsel eylemler)

19. Son 30 gün içinde kaç gün ciddi çatışma veya sorun yaşadınız?

A-Aile ile

B-Aile dışındaki diğer kişilerle

20. Son 30 gün içinde aşağıdakiler nedeniyle ne kadar zorlandınız veya sıkıntı yaşadınız?

21. Ailevi sorunlar

22. Sosyal sorunlar (yalnızlık, sosyal ilişkiye girememe, arkadaşlardan memnuniyetsizlik)

Aşağıdaki sorunlar için tedavi görmek veya danışma almak sizizn için ne kadar önemli?

23.Ailevi sorunlar

24. Sosyal sorunlar

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

25.Hastanın aile veya sosyal danışmanlık gereksinimini nasıl değerlendiriyor sunuz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

26. Hastanın yanlış yorumlamasına.

0-Hayır

1-Evet

27. Hastanın anlama güçlüğüne.

0-Hayır

1-Evet Belirtiniz

PSİKİYATRİK DURUM

Son 30 gün Hayatınız boyunca (Bunu ilk olarak sor, en az iki hafta)

- 1.Ciddi depresyon (üzüntü, çaresizlik, ümitsizlik, suçluluk, ilgi kaybı, günlük fonksiyonlarını yerine getirememesi)
 - 2.Ciddi bunaltı veya gerginlik (gerginlik, rahat edememe, sinirli, telaşlı, endişeli)
 - 3.Görme hayalleri (çekilme dahil değil, ilaç almadığında) (Ses işitme veya bir şeyler görme)
 - 4.Anlama, konsantre olma (çekilmenin dışında ve ilaçsız dönemde)
 - 5.Hatırlamada güçlük
 - 7.8.ve9. maddeler , direkt alkol veya madde çekilmesinin dışında
 - 7.Şiddet davranışlarını kontrolde zorluk
 - 8.Ciddi intihar düşünceleri (yaşamını planlayamadığı dönemler)
 - 9.İntihar girişimi (hareket veya girişim)
 - 10.Psikiyatrik veya duygusal sorunlar nedeniyle ilaç tedavisi (doktor tarafından, ilacını kullanmıyorsa bile “evet”i işaretle)
 - 11.Son 30 gün içinde bu psikolojik veya duygusal sorunları kaç gün yaşadınız? (3-9. sorular için)
 - 12.ve 13. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz,
 - 12.Son 30 gün içinde bu psikolojik veya ruhsal sorunlar sizi ne kadar rahatsız etti? (11. soru için)
 - 13.Bu psikolojik sorunlarla ilgili tedavi şu an sizin için ne kadar önemli?
- Aşağıdaki maddeler görüşmeci tarafından doldurulacaktır. (gözlemlere göre/görüşmedeki davranış ve cevaplardan)
- 14.Belirgin biçimde depresif/içe çekinik
 15. Belirgin biçimde hostile
 16. Belirgin biçimde anksiyeteli/sinirli
 - 17.Gerçeği değerlendirmede, düşüncelerde bozukluklar var, paranoid düşüncesiyle ilgili zorluklar yaşıyor.
 18. Anlama, konsantrasyon, hatırlamada güçlüğü var.
 19. İntihar düşünceleri mevcut.

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DEĞERLENDİRMESİ

20. Hastanın psikiyatrik/psikolojik tedaviye olan ihtiyacını nasıl derecelendiriyorsunuz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

21. Hastanın yanlış yorumlamasına.

0-Hayır 1-Evet

22. Hastanın anlama güçlüğüne.

0-Hayır 1-Evet Belirtiniz

8.5. EK 5. Zuckerman - Kuhlman Kişilik Testi

YÖNERGELER: Aşağıdaki sayfalarda insanların kendilerini tanımlamakta kullanabileceği bir dizi ifade göreceksiniz. Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi tanımlayıp tanımlamadığına karar veriniz. Daha sonra cevabınızı cevap kâğıdında işaretleyiniz.

Eğer bir ifade size uyuyor ise veya sizi tanımladığına karar verdiyseniz cümlemin başındaki boşluğa E seçeneğim işaretleyerek “DOĞRU” cevabını veriniz Eğer ifade size uymuyorsa veya sizi tanımlamıyorsa, boşluğa H seçeneğini işaretleyerek “HAYIR” cevabını veriniz.

E=EVET

H=HAYIR

Cevabınızdan emin olmasanız bile Doğru (E) veya Yanlış (H) seçeneklerinden birini seçerek her ifadeyi yanıtlayınız.

- ___ 1. Yeni bir işe, onu nasıl yapacağımı fazla planlamadan başlama eğilimindeyimdir.
- ___ 2. Önemsiz şeyler hakkında kaygılanmam,
- ___ 3. Önemsemediğim birinin başkalarının önünde aşağılandığını görmek hoşuma gider.
- ___ 4. Hoşlanmadığımı bir insanla hiç karşılaşmadım.
- ___ 5. Sadece oturarak ve dinlenerek zaman geçirmekten hoşlanmam.
- ___ 6. Bir şeyi yapmadan önce ne yapacağım hakkında genellikle düşünürüm.
- ___ 7. Kendim ve yeteneklerim hakkında çok emin değilimdir.
- ___ 8. Kafam bozulduğunda fena şeyler söylerim.
- ___ 9. Eğlencelerde ve partilerde konuşmaları genellikle ben başlatırım.
- ___ 10. Daima gerçeği söyledim.
- ___ 11. Tepem attığında küfretmek benim için doğaldır.
- ___ 12. Tek başıma gezmekten rahatsız olmam ve genellikle bunu büyük bir grupta olmaya tercih ederim.
- ___ 13. Çoğu insana göre daha meşgul bir hayat sürerim.
- ___ 14 Sıklıkla ani kararlarla içimden geldiği gibi hareket ederim
- ___ 15 Görünürde bir neden olmadığı halde çoğunlukla kendimi rahatsız hissederim
- ___ 16. Neredeyse hiçbir zaman sokaklara çer-çöp atmam.
- ___ 17. Hiçbir insanla temasım olmadan bir yerde, bir süre için yalnız kalmak beni rahatsız etmez.
- ___ 18. Çok çaba ve konsantrasyon (yoğunlaşma) gerektiren karmaşık işleri severim.
- ___ 19. İleriyi planlarken ayrıntılar üzerinde çok nadiren fazla zaman harcarım.
- ___ 20. Bazen kendimi huzursuz ve gergin hissederim.
- ___ 21. Birine vurma isteği neredeyse hiçbir zaman içimden geçmez.

- ___22. Arkadaşlarımla mümkün olduğunca çok zaman geçiririm.
- ___23. Hayatta mücadele gerektiren işler için fazla enerjim yoktur.
- ___24. Biraz korkutucu olsalar bile, yeni ve heyecan verici deneyimleri ve hisleri yaşamaktan hoşlanırım.
- ___25. Belli bir nedeni olmadan vücudumu çoğu kez fazla gergin hissederim
- ___26. Oyunlarda hep kazanırım.
- ___27. Kendimi sıklıkla eğlenceli toplantıların odağı olarak görürüm.
- ___28. Tekdüze işlere kıyasla mücadele gerektiren işleri severim
- ___29. Karmaşık bir işe başlamadan önce ayrıntılı planlar yaparım
- ___30. Çoğunlukla duygusal açıdan kendimi üzüntülü hissederim
- ___31. Biri beni incitirse onun üzerinde düşünmemeye çalışırım
- ___32. Hiç canım sıkılmadı.
- ___33. Her zaman bir şeyler yapıyor olmak hoşuma gider.
- ___34. Önceden plan yapmadan veya kesin bir güzergâhı ya da zamanlaması olmadan seyahate çıkmaktan hoşlanırım.
- ___35. Başkalarının düşüncesiz sözleri ve davranışlarından kolay incinmeye ve aşırı duyarlı olmaya yatkınyım.
- ___36. Birçok alışveriş merkezinde, ite kaka başka insanların önüne geçmezsen işim halledemezsin.
- ___37. Çok sayıda gelip geçici arkadaşla ihtiyaç duymam.
- ___38. Sadece uzanıp yatmaktan ve hareketli bir şey yapmamaktan hoşlanırım.
- ___39. Olayların nasıl gelişeceğinin belli olmadığı yeni durumlara girmekten hoşlanırım.
- ___40. Tanımadık yerlerde bile hiç kaybolmam.
- ___41. Çok kolay korkarım.
- ___42. İnsanlar beni kızdırırsa, bunu onlara söylemekte tereddüt etmem.
- ___43. Büyük eğlencelerde ve davetlerde rahatsız olabilirim.
- ___44. Her dakika bir şeyler yapma ihtiyacı hissetmem.
- ___45. Sırf heyecan olsun diye bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.
- ___46. Bazen paniklerim.
- ___47. İnsanlara öfkelendiğimde bunu onlardan saklamaya çalışmam.
- ___48. Eğlencelerde tanıdık olsun veya olmasın birçok insanla kaynaşmaktan hoşlanırım.
- ___49. Mümkün olduğunca boş zaman sağlayan bir işi tercih ederim.
- ___50. İlgi alanlarımı sıklıkla değiştirme eğilimindeyimdir.
- ___51. Çoğunlukla karşılaştığım insanların benden daha iyi olduklarını düşünürüm.

- ___52. Kuyrukta insanlar önüme geçtiğinde hiç kızmam.
- ___53. Sadece ‘hafta sonu değil hafta içinde de sosyal faaliyetlerden hoşlanırım.
- ___54 Genellikle acelem varmış gibi görünürüm
- ___55. Bazen biraz korkutucu şeyler yapmaktan hoşlanırım.
- ___56 Bazen duygusal açıdan kötü olduğumda aniden bacaklarım tutmuyormuş gibi hissedirim.
- ___57 Öfkeli olduğumda bile genellikle ağır küfürlü sözler söylemem
- ___58 Kendi başıma bir şey üzerinde çalışmak yerine arkadaşlarımla “takılmayı” tercih ederim
- ___59. Tatildeyken, yatıp uzanmaktansa aktif sporlarla uğraşmayı tercih ederim.
- ___60. Her şeyi bir kere denerim
- ___61. Çoğunlukla kendimden emin olamam.
- ___62. Bana hakaret eden veya duygularımı inciten insanları kolaylıkla affedebilirim.
- ___63. Belli bir zaman için, bir yerde sosyal açıdan yalıtılmış olmak beni rahatsız etmez.
- ___64 Ağır işler veya egzersizle kendimi yormaktan hoşlanırım
- ___65. Birçok değişikliğin veya heyecanın olduğu, hareketli ve çok seyahat edilen bir yaşam biçimini tercih ederim.
- ___66. Sıklıkla diğer insanların önemsiz gördüğü şeyler hakkında tasalanırım.
- ___67. insanlar benimle aynı görüşte olmadığı zaman onlarla tartışmaya girmekten kendimi alıkoyamam.
- ___68. Genellikle yalnız kalmaktan hoşlanırım; böylece dikkatimi dağıtacak sosyal aktiviteler olmadan istediğim şeyleri yapabilirim.
- ___69. İlk kez okuduğum bir şeyi anlamakta herhangi bir sorunum hiç olmadı.
- ___70. Bazen sadece eğlenmek için “cılıgınca” şeyler yaparım.
- ___71. Tercih yapmakta çoğu kez zorlanırım.
- ___72. Çok sinirliyimdir.
- ___73. Asla herhangi bir şey kaybetmedim.
- ___74. Sabah kalkar kalmaz faal olmaktan hoşlanırım.
- ___75 Kaybolacak dahi olsam bilmediğim bir şehri veya kentin bir bölümünü kendi başıma dolaşmaktan hoşlanırım.
- ___76. Kaslarım o kadar gergin ki, kendimi çoğu zaman yorgun hissediyorum. ___77. Sevmediğim insanlara karşı biraz kaba olmamı engelleyemem.
- ___78. Çok sosyal bir insanını.
- ___79. Sürpriz şekilde ne yapacağı belli olmayan arkadaşları tercih ederim.

- ___ 80. Bazen herhangi bir neden olmadığı halde içimden sık sık ağlamak gelir.
- ___ 81. Hava ne kadar sıcak veya soğuk olursa olsun her zaman rahatımdır
- ___ 82. Bir grubun önemli bir parçası olduğumu hissetmeye ihtiyaç duyarım.
- ___ 83. Her zaman bir şeylerle meşgul olmaktan hoşlanırım
- ___ 84. Sık sık yeni ve heyecan verici olaylar ve fikirlerin peşinden o kadar sürüklenirim ki muhtemel olumsuz sonuçları hiç düşünmem.
- ___ 85. Önemsiz şeylerin beni sinirlendirmesine izin vermem
- ___ 86. Sinirlendirici olsalar bile, diğerlerine karşı daima sabırlı davranırım
- ___ 87. Genellikle işlerimi yalnız görmeyi tercih ederim
- ___ 88. Çok konsantrasyon veya çaba gerektirmeyen rutin işlerden zevk alabilirim
- ___ 89. Dürtüleriyle (aklına estiği gibi) hareket eden biriyimdir.
- ___ 90. Gerçek bir neden olmadan sıklıkla kendimi rahatsız ve huzursuz hissederim
- ___ 91. Sıklıkla başkalarıyla münakaşa ederim
- ___ 92. Arkadaşlarımla birlikte olmaya belki de gerekenden daha fazla zaman harcıyorum.
- ___ 93. Biri benden faydalanırsa bu beni rahatsız etmez
- ___ 94. Bir şeyler yaparken onları çok enerjik bir tarzda yaparım
- ___ 95. “Çılgın” kuralsız partilerden eğlencelerden hoşlanırım.
- ___ 96. Bir şey satın aldıktan sonra sıklıkla yanlış tercih yaptığımı konusunda tasalanırım.
- ___ 97. İnsanlar bana bağırırsa ben de onlara bağırırım
- ___ 98. Çoğu insanın sahip olduğundan daha fazla arkadaşım var.
- ___ 99. Sıklıkla insanlar, işleri yavaş yavaş ve kendimi yormadan yapmam için uyarırlar.

8.6. EK 6. Levenson Psikopati Ölçeği

Aşağıda bir dizi ifade listelenmiştir. Her biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen siz bazılarıyla aynı fikirde olacaksınız ve bazılarıyla da aynı fikirde olmayacaksınız. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadeyle aynı fikirde olduğunuzun veya olmadığınızın derecesini en iyi tanımlayan ya da her bir ifadenin size ne kadar uyduğunun derecesini belirten rakamı daire içine alınız

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum
4 = Kesinlikle katılıyorum

1 Sık sık canım sıkılır.	1	2	3	4
2 Günümüzde, yakamı sıyırabildikten sonra, başarı için herhangi bir şeyi yapmanın doğru olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4
3 Bir şeyi yapmadan önce, ortaya çıkabilecek sonuçları ayrıntılı bir şekilde gözden geçiririm.	1	2	3	4
4. Hayattaki başlıca amacım, elde edebildiğim kadar çok sayıda lüks ve pahalı şeyler elde etmektir.	1	2	3	4
5. Başladığım işlere olan ilgimi çabucak kaybederim.	1	2	3	4
6. Başka kimselerle birçok ağız kavgası, yapmışımdır.	1	2	3	4
7. Bir şeyi beğendirmek için çok uğraşsam bile, onun hakkında yalan söylemezdim.	1	2	3	4
8. Zaman zaman kendimi aynı tür dertlerin içinde bulurum.	1	2	3	4
9. Başka kimselerin duygularıyla oynamaktan hoşlanırım.	1	2	3	4
10. Tek bir amacın peşine uzun süre düşebilirim.	1	2	3	4
11. Kendimi düşünmek benim başlıca önceliğimdir.	1	2	3	4
12. İstedğim şeyleri yapmaları için, başkalarına duymak istedikleri şeyleri söylerim.	1	2	3	4
13. Başkalarına haksızlık olacağı için hile yapmak doğru değildir	1	2	3	4
14. Aşk gereğinden fazla önemsenmektedir.	1	2	3	4
15. Benim başarımanın başka birinin zararı pahasına elde edilecek olursa rahatsız olurum.	1	2	3	4

16. Hayal kırıklığına uğradığımda, kendimi kaybedercesine öfkeyle patlarım.	1	2	3	4
17. Benim için, yakamı sıyrabildikten sonra herhangi bir şeyin yapılması uygundur.	1	2	3	4
18. Problemlerimin birçoğu, insanların beni tam olarak anlamamasından kaynaklanır.	1	2	3	4
19. Başarı en güçlü olanların hayatta kalması esasına dayanır; mağluplara aldırış etmem.	1	2	3	4
20. Başlangıçta, herhangi bir şeyin çok ilerisini planlamam.	1	2	3	4
21. Sözlerini veya davranışlarını başkasının duygusal olarak acı hissetmesine yol açarsa, kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4
22. Çok para kazanmak benim en önemli amacımdır.	1	2	3	4
23. Bırakın başkaları yüksek değerler üzerinde tasalansın; ben günlük çıkarıma bakarım.	1	2	3	4
24. Gerçekten akıllıca bir üç kağıda çoğu kez hayranlık duyarım.	1	2	3	4
25. Aldatılacak kadar aptal insanlar genellikle bunu hak ederler.	1	2	3	4
26. Amaçlarımı gerçekleştirirken başkalarına zarar vermemeye gayret ederim.	1	2	3	4

8.7. EK 7. Bağımlılık Tedavisinin Başarisini Öngören Faktörler Ölçeği

Aşağıda bir dizi ifade listelenmiştir. Her biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen siz bazılarıyla aynı fikirde olacak ve bazılarıyla da aynı fikirde olmayacaksınız. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadeyle aynı fikirde olduğunuzun veya olmadığınızın derecesini en iyi tanımlayan ya da her bir ifadenin size ne kadar uyduğunun derecesini belirten rakamı daire içine alınız.

1 = Kesinlikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum

2 = Genellikle katılmıyorum

4 = Kesinlikle katılıyorum

1) Arkadaşlarımın veya arkadaşlarım ile yaptığımız aktivitelerin madde kullanmamda etkisi olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4
2) Maddeden uzak durmam ve olumsuz davranışlarımı değiştirmem konusunda yeterli arkadaş desteğine sahibim.	1	2	3	4
3) Arkadaşlarımlayken kendime güvenim artıyor. Tek başımayken kendimi savunmasız ve güçsüz hissediyorum.	1	2	3	4
4) Madde kullanımı nedeniyle aile, sosyal ve mesleki yaşamda ciddi sorunlarla karşılaşmadım.	1	2	3	4
5) Düzenli olarak görüşmelere gitmem ve tahlil yaptırmam konusunda işyerimden kolayca izin alabiliyorum.	1	2	3	4
6) Ailem maddeyi bırakmam konusunda bana her zaman destek ve yardımcı olmaktadır.	1	2	3	4
7) Ailem ve arkadaş çevremden bazı kişiler madde kullandığını öğrenirse çok utanırım.	1	2	3	4
8) Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek	1	2	3	4
9) Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün.	1	2	3	4
10) Ailem madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır.	1	2	3	4
11) Arkadaş çevremdeki herkes madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır.	1	2	3	4
12) Manevi ve ahlaki değerler iç dünyamda önemli bir yere sahiptir.	1	2	3	4

1 = Kesinlikle katılmıyorum 3 = Genellikle katılıyorum
 2 = Genellikle katılmıyorum 4 = Kesinlikle katılıyorum

13) Madde kullanımıyla ilgili bir problemimin olduğuna inanmıyorum.	1	2	3	4
14) Maddeden uzak durduğumda aile ve iş hayatımda olumlu gelişmeler meydana geliyor.	1	2	3	4
15) Maddeyi bırakma ve yaşamıma bir düzen verme konusunda ileriye dönük planlar yapıyorum.	1	2	3	4
16) Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum.	1	2	3	4
17) Çevremdeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4
18) Boş zamanlarımı değerlendirecek faaliyetler bulmakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4
19) Ailemi kaybetmeyi asla göze almam.	1	2	3	4
20) Başarabileceğime ve kontrolün bende olduğuna dair inancım tam.	1	2	3	4
21) Hayatta başarılı olmak ve bir yerlere gelmeyi istiyorum.	1	2	3	4
22) Kaybetmeyi göze alamayacağım önemli şeylere sahibim.	1	2	3	4
23) Geleceğe ait hiçbir beklentim yok. Sadece günümü yaşıyorum.	1	2	3	4
24) Maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyacım olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4

8.8. EK 8. Görsel Analog Ölçeği

Eroin kullanmayla ilgili son bir ay içinde hissettiğiniz arzuyu (kraving, aşırma, kullanma dürtüsü) aşağıdaki çizgi üzerinde 0 ila 100 arasında bir yeri işaretleyerek gösteriniz.

Dikkat: Eroin kullanma niyetinizi değil siz istemeden kendiliğinden içinize gelen kullanma dürtüsünü belirtmeniz istenmektedir. Sıfır hiç gelmiyor, yüz ise bu dürtü hiç kesilmeden sürekli geliyor demektir.



8.9. EK 9. Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.

	HİÇ	NEREDEYSE HİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkeleniniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					