



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği



ERKEK EROİN BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK VE ERİŞKİNLİK DÖNEMİ DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI VE KLİNİK ETKİLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Halil İbrahim ÖZTÜRK

KONYA 2014



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği



ERKEK EROİN BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK VE ERİŞKİNLİK DÖNEMİ DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI VE KLİNİK ETKİLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Halil İbrahim ÖZTÜRK

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. İbrahim EREN

KONYA 2014

ÖNSÖZ

Psikiyatri bilimini bana sevdiren ve uzmanlık alanı olarak seçmeme vesile olan fakülte hocalarım Prof. Dr. İsmet Kırpınar ve Prof. Dr. Nazan Aydın'a,

Uzmanlık eğitimi için gerekli demokratik ve bilimsel ortamı bizlere sunan, sonsuz hoşgörüsü ve desteğini her zaman hissettiğim, ufuk açıcı bilgi ve birikimlerinden istifade etme şansı bulduğum, hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. İbrahim Eren'e,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve gözetimlerinde klinik deneyim kazanarak çok şeyler öğrendiğim; Yrd. Doç. Dr. Mine Şahingöz'e, Uzm. Dr. İkbâl İnanlı'ya, Uzm. Dr. Memduha Aydın'a, Uzm. Dr. Ali Metehan Çalışkan'a, Uzm. Dr. Başak Demirel'e, Uzm. Dr. Osman Kılıç'a ve Uzm. Dr. Bilge Çetin İlhan'a,

Rotasyon eğitimim süresince göstermiş oldukları misafirperverlikten dolayı Prof. Dr. Şerefınur Öztürk nezdinde Selçuklu Tıp Fakültesi Nöroloji A.B.D. öğretim üyeleri ve tüm çalışanlarına, Doç. Dr. Ayhan Bilgiç nezdinde Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi A.B.D. öğretim üyeleri ve tüm çalışanlarına,

Uzmanlık eğitimim boyunca güzel anılar biriktirdiğimiz tüm asistan, psikolog, hemşire ve hastane personeli arkadaşlarıma,

Haklarını asla ödeyemeyeceğim anne ve babama, küçük kardeşleri olmaktan kendimi şanslı saydığım ablalarım, hayatta verdiğim en doğru karar olan sevgili eşime ve elbette beni büyüten kızım Nisan'a teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Halil İbrahim ÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGE ve KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Madde Kullanım Bozuklukları ile İlgili Genel Bilgiler	2
2.1.1. Madde Kullanım Bozuklukları ile İlgili Tanımlar	2
2.1.2. Kötüye Kullanımı Olan, Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması	4
2.1.3. Opiyat Kullanım Bozuklukları ile İlgili Tanımlar	8
2.1.4. Opiyat Kullanım Bozuklukları Tarihçesi	8
2.1.5. Opiyat Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi	9
2.1.6. Opiyat Kullanım Bozuklukları Etiyolojisi	10
2.1.7. Opiyat Kullanım Bozuklukları Klinik Özellikleri	12
2.2. DEHB ile İlgili Genel Bilgiler	14
2.2.1. DEHB ile İlgili Tanımlar	14
2.2.2. DEHB Tarihçesi	16
2.2.3. DEHB Epidemiyolojisi	17
2.2.4. DEHB Etiyolojisi	18
2.2.5. DEHB Klinik Özellikleri ve Erişkin Dönemde DEHB	20
2.3. Madde Kullanım Bozuklukları ve DEHB	23
2.4. Madde Kullanım Bozuklukları ve Anksiyete Duyarlılığı	26

2.5. Madde Kullanım Bozuklukları ve Çocukluk Çağı Travmaları	27
2.6. Madde Kullanım Bozuklukları ve Dürtüsellik	28
2.7. Madde Kullanım Bozuklukları ve Agresyon	30
2.8. Madde Kullanım Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi	31
2.9. Bağımlılık Şiddeti	32
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	34
3.1. Araştırma Örnekleme	34
3.2. Araştırmanın Uygulanması	35
3.3. Veri Toplama Araçları	36
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	36
3.3.2. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği	36
3.3.3. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği	37
3.3.4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	37
3.3.5. Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme	38
3.3.6. Barrat Dürtüsellik Ölçeği	38
3.3.7. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği	39
3.3.8. Buss-Perry Agresyon Ölçeği	40
3.3.9. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi	40
3.3.10. Kısa Form-36	40
3.3.11. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	41
3.3.12. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği	41
3.4. İstatiksel Yöntem	41
4. BULGULAR	43
4.1. Örneklemin Tanıtılması: Demografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler	43
4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Veriler	43
4.1.2. Hastaların Madde Kullanımı ve Klinik Özellikleri ile İlgili Veriler	46

4.2. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB'ye İlişkin Değerlendirmeler	54
4.2.1. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve Çocukluk Çağı DEHB Olmayan Grupların Değerlendirilmesi	55
4.2.2. Erişkinlik Dönemi DEHB Olan ve Erişkinlik Dönemi DEHB Olmayan Grupların Değerlendirilmesi	66
4.2.3. Çocukluk Çağı ve Erişkinlik Dönemi DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Değerlendirilmesi	76
4.3. Bağımlılık Şiddetine İlişkin Değerlendirmeler	87
4.3.1. Korelasyon Analizleri	87
4.3.2. Regresyon Analizleri	93
5. TARTIŞMA	96
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	110
7. ÖZET	115
8. ABSTRACT	117
9. KAYNAKLAR	119
10. EKLER	139

SİMGE ve KISALTMALAR

A.B.D.	: Amerika Birleşik Devletleri
ADI-3	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3
AMATEM	: Alkol ve Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi
ASI	: Addiction Severity Index (Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği)
ASKB	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
ASRS	: Adult ADHD Self-Report Scale (Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği)
BAPİ	: Bağımlılık Profil İndeksi
BIS-11	: Barrat Impulsiveness Scale-11 (Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11)
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DIVA 2.0	: Diagnostisch Interview Voor ADHD-2.0 (Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme)
DMT	: Dimetiltriptamin
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin)
DTI	: Diffusion Tensor Imaging (Difüzyon Tensör Görüntüleme)
DOM	: 2,5-dimetoksi-4-metilamfetamin
EEG	: Elektroensefalografi
f MRI	: Functional Magnetic Resonance Imaging (Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme)
GABA	: Gama-aminobütirik asit
GİS	: Gastrointestinal Sistem

HAM-A	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatiksel Sınıflaması, Onuncu Revizyonu)
IV	: İntravenöz
KF-36	: Kısa Form-36
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LSD	: Lizerjik asit dietilamidi
MAST	: Michigan Alcohol Screening Test (Michigan Alkolizm Tarama Testi)
MDEA	: N-ethyl-3,4-metilendioksiamfetamin
MDMA	: 3,4-metilendioksimetamfetamin
MMDA	: 5-metoksi-3,4-metilendioksiamfetamin
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
NAc	: Nükleus Akkübens
NMDA	: N-metil-D-aspartat
NPY	: Nöropeptid Y
OFK	: Orbitofrontal Korteks
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PCP	: Fensiklidin
SK	: Sentetik Kannabinoid
SPECT	: Single-photon Emission Computed Tomography (Bilgisayarlı Tek Foton Emisyon Tomografisi)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı)
SSS	: Santral Sinir Sistemi

SVF	: Sosyodemografik Veri Formu
TL	: Türk Lirası
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi)
VTa	: Ventral Tegmental Alan
WUDÖ	: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği
5-HT	: 5-Hidroksitriptamin
Δ^9-THC	: 9-tetrahidrokannabinol
α	: Alfa
β	: Beta
δ	: Gama
σ	: Sigma
κ	: Kappa
μ	: Mü
χ^2	: Ki-kare testi
%	: Yüzde işareti
n	: Olgu Sayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
r_s	: Spearman Korelasyon Katsayısı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri: Medeni Durum

Şekil 4.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri: Çalışma Durumu

Şekil 4.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri: Aylık Gelir

Şekil 4.4. Hastaların Günlük Sigara Tüketimleri (adet/gün)

Şekil 4.5. Hastaların Madde Kullanım Özellikleri: İlk Kullanılan Yasadışı Madde

Şekil 4.6. Hastaların Buprenorfin/Nalokson Stabilizasyon Dozları (mg/gün)



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Lise Öğrencileri Arasında Yaşam Boyu Madde Kullanımı Yaygınlığı ile İlgili Yapılan Çalışmalarda, Yaşam Boyu Eroin Kullanım Yaygınlığı ile İlgili Verilerin Özeti

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Veriler

Tablo 4.2. Hastaların Eroin Dışı Ek Madde Kullanımları

Tablo 4.3. Hastaların Tedavi ve/veya Eroin Bırakma Girişimleri

Tablo 4.4. Hastaların Madde Kullanımı Dışındaki Adli Olay Öyküleri

Tablo 4.5. Hastaların Geçmişte Aldıkları Eksen I Tanıları

Tablo 4.6. Hastaların Madde Kullanım Özellikleri ile İlgili Veriler

Tablo 4.7. Hastaların Klinik Özellikler ile İlgili Veriler

Tablo 4.8. Hastaların WUDÖ ve ASRS Ölçek Puanları

Tablo 4.9. Hastaların DIVA 2.0 Kullanılarak Belirlenen Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanıları

Tablo 4.10. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların WUDÖ ve ASRS Ölçek Puanları

Tablo 4.11. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların WUDÖ ve ASRS Ölçek Puanları

Tablo 4.12. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.13. Çocukluk Çağı DEHB olan ve DEHB Olmayan Grupların Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4.14. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.15. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Günlük Ortalama Sigara Kullanım Miktarları

Tablo 4.16. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Günlük Ortalama Eroin Kullanım Miktarları

Tablo 4.17. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Klinik Özellikleri ile İlgili Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.18. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ADI-3 Puanları

Tablo 4.19. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

Tablo 4.20. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.21. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların BIS-11 Toplam Puanları

Tablo 4.22. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği Puanları

Tablo 4.23. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların HADÖ ve HDDÖ Puanları

Tablo 4.24. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların KF-36 Puanları

Tablo 4.25. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ASI Puanları

Tablo 4.26. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.27. Erişkin Dönem DEHB olan ve DEHB Olmayan Grupların Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4.28. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.29. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Günlük Ortalama Sigara Kullanım Miktarları

Tablo 4.30. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Günlük Ortalama Eroin Kullanım Miktarları

Tablo 4.31. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Klinik Özellikleri ile İlgili Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.32. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ADI-3 Puanları

Tablo 4.33. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Puanları

Tablo 4.34. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.35. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların BIS-11 Puanları

Tablo 4.36. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği Puanları

Tablo 4.37. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların HADÖ ve HDDÖ Puanları

Tablo 4.38. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların KF-36 Puanları

Tablo 4.39. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ASI Puanları

Tablo 4.40. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.41. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.42. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.43. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ADI-3 Puanları

Tablo 4.44. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ÇÇTÖ Puanları

Tablo 4.45. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ÇÇTÖ Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.46. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların BIS-11 Toplam Puanları

Tablo 4.47. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği Puanları

Tablo 4.48. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçek Puanlarının Post-Hoc Değerlendirilmesi

Tablo 4.49. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçek Puanlarının Post-Hoc Değerlendirilmesi

Tablo 4.50. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçek Puanlarının Post-Hoc Değerlendirilmesi

Tablo 4.51. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların HADÖ ve HDDÖ Puanları

Tablo 4.52. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların KF-36 Puanları

Tablo 4.53. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ASI Puanları

Tablo 4.54. ASI Alt Boyutlarının Sosyodemografik Verilerle İlişkisi

Tablo 4.55. ASI Alt Boyutlarının Madde Kullanım Özellikleri İlişkisi

Tablo 4.56. ASI Alt Boyutlarının Klinik Özelliklerle İlişkisi

Tablo 4.57. ASI Alt Boyutlarının WUDÖ ve ASRS Toplam Puanlarıyla İlişkisi

Tablo 4.58. ASI Alt Boyutlarının ADI-3 Toplam Puanıyla İlişkisi

Tablo 4.59. ASI Alt Boyutlarının ÇÇTÖ Toplam Puanıyla İlişkisi

Tablo 4.60. ASI Alt Boyutlarının BIS-11 Toplam Puanıyla İlişkisi

Tablo 4.61. ASI Alt Boyutlarının Buss-Perry Agresyon Ölçeği Toplam Puanıyla İlişkisi

Tablo 4.62. ASI Alt Boyutlarının HADÖ ve HDDÖ Toplam Puanlarıyla İlişkisi

4.63. ASI Alt Boyutlarının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Stepwise Çoklu Doğrusal Regresyon Modellerinde Belirleyici Değişkenler



1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri bağımlılık yapıcı maddelerin, keyif verici, ağrı giderici ve hastalıkları iyileştirici olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bağımlılık yapıcı maddelerin, konsantre yeni formlarının bulunması, farklı kullanım yollarının keşfedilmesi, madde kullanımı ile ilgili yeni ve çok daha ciddi problemlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu gelişmeler eşliğinde bağımlılık yapıcı maddelerin ve bağımlılığın aslen tıbbi bir sorun olduğu anlayışına ise 20. yüzyılın ikinci yarısında varılmıştır (1, 2). Alkol-madde kullanım bozukluklarının, tıbbi bir sorun olarak ele alınması bu konuda çok sayıda araştırma yapılmasına neden olmuştur. Bu araştırmaların önemli bir bölümü de alkol-madde kullanım bozukluklarının, gelişimine neden olan etkenleri aydınlatmaya yöneliktir.

Alkol-madde kullanım bozuklukları etiolojisinde tek bir risk faktöründen bahsetmek mümkün değildir. Alkol-madde kullanım bozuklukları, gelişiminde sosyokültürel etkenlerin, biyolojik, genetik ve psikolojik bireysel farklılıkların ayrıca bir dizi çeşitli risk faktörlerinin ortak rol oynadığı “*biyopsikososyal*” bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (1-3).

Alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylerin önemli bir bölümü, alkol ve madde kullanmaya 18 yaşından önce başlaması, etiolojide çocukluk çağı psikopatolojilerine olan ilgiyi arttırmıştır. Bu bağlamda çocukluklarda en sık görülen nörogelişimsel bozukluk olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve alkol-madde kullanım bozuklukları birlikteliği birçok çalışmaya konu olmuştur (4).

Bu alanda yapılan çalışmalar, alkol-madde kullanım bozuklukları olanlarda DEHB sıklığının, DEHB olanlarda da alkol-madde kullanım bozuklukları sıklığının genel toplum ve kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (4). Artmış birliktelik oranlarına ek olarak ergenler ve erişkinler üzerinde yapılan çalışmalar, DEHB hastalarında, alkol-madde kullanım bozukluklarının daha erken yaşlarda başladığı, daha şiddetli seyrettiği ve daha kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğuna işaret etmektedir (5-7).

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda, “*opiyat bağımlılığı*” tanısı konulan hastalarda DEHB sıklığının araştırılması ve DEHB belirtilerinin, bağımlılık kliniğine olan etkilerinin değerlendirmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmamızda, bağımlılık şiddetine etki edebilecek sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, impulsivite, agresyon, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon belirtileri araştırılarak, DEHB belirtileri ile birlikte kliniğe olan etkileri değerlendirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozuklukları ile İlgili Genel Bilgiler

2.1.1. Madde Kullanım Bozuklukları ile İlgili Tanımlar

Madde, kötüye kullanıma ve bağımlılığa yol açabilecek, çeşitli yollarla kullanılabilen duygudurum, algılama, bilişsel işlevler ve diğer beyin işlevlerinde değişiklik yaratan her türlü kimyasal madde olarak tanımlanmaktadır (8).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision; DSM-IV-TR) madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, iki ana başlıkta toplanmıştır (9).

1) Madde Kullanım Bozuklukları

- Madde Kötüye Kullanımı
- Madde Bağımlılığı

2) Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar

- Madde Kullanımının Yol Açtığı Entoksikasyon
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Yoksunluk
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Delirium
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Demans
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Amnestik Bozukluk
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Uyku Bozukluğu
- Hallüsinojene Bağlı Kalıcı Algı Bozukluğu

DSM-IV-TR'de bağımlılık ve kötüye kullanım tanı ölçütleri tüm maddeler için ortak olarak tanımlanmıştır. Madde bağımlılığı için önerilen tanı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir.

- Madde Bağımlılığı, 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak

belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsüdür.

- 1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması;
 - a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi.
 - b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.
 - 2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması;
 - a) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu.
 - b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde alınır.
 - 3) Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
 - 4) Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
 - 5) Maddeyi sağlamak, maddeyi kullanmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
 - 6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılır ya da azaltılır.
 - 7) Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür.
- **Fizyolojik bağımlılık gösteren:** Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı vardır.
 - **Fizyolojik bağımlılık göstermeyen:** Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

Madde kötüye kullanımı tanısı konulabilmesi için ise, madde bağımlılığı tanı ölçütleri karşılamıyor ve 12 aylık bir dönem içerisinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örüntüsü olması gereklidir.

- 1) İşte, okulda ya da evde olması beklenen başlıca sorumlulukları almama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanımı.
- 2) Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı.
- 3) Maddeyle ilişkili yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar.

4) Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlara karsın sürekli madde kullanımıdır (9).

2.1.2. Kötüye Kullanımı Olan ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması

A) Nikotin

Sigara dumanında kanserojen, iritan özelliklere sahip 4000'den fazla kimyasal madde vardır. Bu maddeler içinde bağımlılık yapıcı özelliğe sahip tek madde nikotindir (10). Nikotin, bir piridin ve bir prolidin halkasından oluşan tersiyer bir amindir. Nikotin ventral tegmental bölge ve nükleus akumbensteki dopamin hücreleri üzerindeki nikotinik reseptörlere bağlanarak dopamin ve glutamat salınımına aracılık eder. Nükleus akumbens'ten dopamin düzeylerini direk olarak yükseltmesi haz oluşumuna yol açmaktadır. Nikotin ayrıca norepinefrin, epinerin ve serotonin artışına da neden olmakta ve bu etki nikotinin pekiştirici etkilerine aracılık etmektedir (2).

B) Kannabis (Esrar) ve Sentetik Kannabinoidler:

Esrar, “*Cannabis Sativa*” isimli hint keneviri bitkisinin kahverengi/yeşil çiçeklerin karışımından, saplar, tohumlar ve yapraklarından oluşmaktadır. Esrar'ın psikoaktif ana etken maddesi 9-tetrahidrokanabinol'dür (Δ^9 -THC) ve bu madde insan vücudunda daha psikoaktif bir madde olan 11-hidroksitetrahidrokanabinol'e (11-OH-THC) dönüşür (1, 2). Beyinde CB1 ve CB2 adı verilen özel Δ^9 -THC reseptörleri tespit edilmiştir. Bu reseptörler kavrama, hafıza, ödül, acı algısı ve motor koordinasyon işlevlerinden sorumlu beyin bölgelerinde yerleşmiştir.

Sentetik kannabinoidlerin (SK), farklı takdim ve kullanım yolları bildirilse de sıklıkla sıvı halinde üretilen bu sentetik bileşenler, kurutulmuş bazı bitkilerin üzerine sprey şeklinde sıkıldıktan sonra pazarlanmakta ve yakılarak dumanı inhalasyon yoluyla kullanılmaktadır. SK'ler oldukça yeni olmaları nedeniyle metabolizma ve toksik etkileri konusunda bilinenler sınırlıdır. Δ^9 -THC gibi CB1 ve CB2 reseptörleri üzerinden etki gösterse de kimyasal ve farmakolojik özellikleri farklıdır. Bu reseptörler üzerinde parsiyel agonist etki gösteren Δ^9 -THC'den farklı olarak SK'ler, tam agonistlerdir ve bu nedenle de daha yüksek dozlar, plato etkisi yaratmadan daha büyük bir etkiye neden olurlar. Bunların yanında Δ^9 -THC'ye göre SK'ler, hipertansiyon, taşikardi, hallüsinasyonlar, ajitasyon, nöbetler ve panik ataklar gibi genelde acil tıbbi tedavi gerektiren ciddi yan etkilerle açıkça daha sıklıkla ilişkilidir (11-13).

C) Kokain

Kokain, koka (Erythroxylon Coca) yaprağının başlıca alkaloididir ve yapraklarından kimyasal işlemlerle elde edilir. En sık kullanım yolu, toz halinde buruna çekilmesidir. “*Crack (taş)*”, kokainin çok potent bir formudur ve kokainin hidroklorid formundan, sodyum bikarbonat ya da amonyum ve su kullanılarak edilir. Kokain ödüllendirici ve güçlendirici etkilerini mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik yolları uyararak oluşturur. SSS’de dopamin başta olmak üzere serotonin ve norepinefrin geri alınımını inhibe ederek uyanıklık oluşturur. Kokain kullanımı sonucu, kan damarlarında vazokonstriksiyon, midriyazis, ateş yüksekliği, kalp hızında artma ve hipertansiyon gelişir. Nazal kullanım sonucu müköz membranda ülserasyon görülmektedir. Yüksek doz kokain kullanımı kalp ve solunum durması sonucu ani ölümle sonuçlanabilir (1, 2, 14).

D) Amfetaminler:

Amfetaminler fenilizopropilaminlerin sentetik derivelileridir. Bu grubun ilk üyesi 1887 yılında sentezlenen amfetamin sülfat, 1937 yılında tıbbi uygulamaya girmiştir. Narkolepsi ve DEHB tedavisinde etkili bulunsalar da kötüye kullanım ve bağımlılık potansiyelleri nedeniyle kullanımları daha sonra sınırlandırılmıştır. Amfetaminler, Δ -amfetamin, L-amfetamin, efedrin, metamfetamin, metilfenidat ve pemolini içerir. Klasik amfetaminler (dextroamfetamin, metamfetamin ve metilfenidat gibi) presinaptik uçlardan katekolaminlerin, özellikle dopaminin salınımına yol açarak primer etkilerini gösterirler. Etkilerini özellikle ventral tegmental alandan serebral kortekse ve limbik bölgelere projekte olan dopaminerjik nöronlarda gösterir. Ödül yolağı olarak adlandırılan bu yolağın aktivasyonu amfetaminlerin bağımlılık yapıcı etkisinden sorumludur. Yaşamı tehdit eden sonuçları arasında miyokard infarktüsü, şiddetli hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, iskemik kolit sayılabilir. Artan yüksek doz amfetamin kullanımı seğirme, tetani, konvülsiyon, koma ve ölümle sonuçlanabilen nörolojik belirtilere neden olur (2, 10, 14,15).

E) Halüsinojenler:

Halüsinojenler, algı, düşünce ve duygudurumda değişikliklere neden olan psikoaktif maddelerdir. Oldukça heterojen bir grup olan bu bileşiklerin farklı kimyasal yapıları, etki mekanizmaları ve olumsuz etkileri vardır. Günümüz sınıflandırılmasında hallüsinojenler, esas olarak liserjik asit dietilamid (LSD-25) ve psilosin, psilosibin, dimetiltriptamin (DMT) gibi indolalkilaminler ile meskalin ve dimetoksimetilamfetamin gibi fenetilaminlerden oluşmaktadır. LSD, santral serotonin reseptörleri (5HT₂) üzerinde agonist etki gösterir. Özellikle de 5HT_{2A} yoluyla stimulan etkiye neden olur. Böylece

serebral kortekste, mizaç, bilişsel işlevler ve algılamaya etki eder. LSD ve muhtemelen diğer hallüsinojenlerin bazıları, ödül yolağı olarak adlandırılan mezolimbik ve mezokortikal yolları içeren dopaminerjik taşınmayı (muhtemelen dolaylı olarak) da uyarabilirler. Diğer kötüye kullanılan maddelerin aksine ödül mekanizmasındaki uyarılma nispeten daha hafiftir ve bu nedenle diğer maddelerde olan klasik güçlendirici etki ve bağımlılık ortaya çıkmaz. LSD periferik düzeyde ise serotonin antagonistidir (2, 10, 14).

F) Fensiklidin (PCP) :

Melek tozu olarak da bilinen fensiklidinin (PCP) hallüsinojenik etkileri olmasına rağmen ayrı bir sınıflandırılması bulunmaktadır. Genel anestezi amaçlı sentetik olarak üretilen PCP, anestezi sonrası hastalarda oryantasyon bozukluğu, halüsinasyonlar, ajitasyon, delirium ve rabdomiyoliz (yaklaşık %2) gibi yan etkilere yol açması nedeniyle tıbbi kullanımdan kaldırılmıştır. PCP, N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonistidir. SSS'deki NMDA reseptörlerine bağlanması yanında norepinefrin, serotonin ve dopaminerjik geri alımı engellemesiyle de etkilerini oluşturmaktadır. Sedasyon, inhibisyon kaybı, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, katatoni, ajitasyona neden olabilmektedir. Analjezi, aljezi, taşikardi, aritmi, hipertansiyon, miyozis, nistagmus, ataksi, flushing, kas hipotonisi, bronkospazm, diyaforez de doza bağlı olarak görülebilen diğer etkileri arasındadır (1, 2, 16).

G) İnhalanlar (Uçucu Maddeler) :

Günümüzde daha sık olarak çocuk ve ergenlerce kullanılan uçucu maddeler arasında boya tineri, çakmak gazı, yapıştırıcılar ve benzin sayılabilir. İnhalanlar, toluen, n-hekzan, metil butil keton, trikloretilen, trikloreten, butan gibi uçucu hidrokarbonlardır. Kimyasal açıdan farklılık göstermelerine karşın genellikle bu maddelerin ortak farmakolojik özellikleri olduğuna inanılır. Uçucuların hücresel etki mekanizmaları tam olarak açıklık kazanmamıştır. Hipotezler arasında, hücre membranı akışkanlığı, gama-aminobutirik asit (GABA) kapaklı klorür kanalları ve 5-hidroksitriptamin tip 3A (5-HT3A) reseptörlerinin agonizmi vardır, ancak bu konudaki veriler çok sınırlıdır. Hızlı zehirlenme belirtileri arasında öfori, heyecan, hafiflik hissi, inhibisyon kaybı, özgüven artışı ve sersemlik sayılabilir. Artan dozlarda depersonalizasyon, derealizasyon, halüsinasyonlar, motor güçsüzlük, ataksi, nistagmus, tremor, reflekslerde azalma, stupor ve koma görülebilmektedir. İnhalanların kronik kullanımı, akciğer, böbrek, kalp, karaciğer gibi önemli organ hasarlarına, nörolojik sorunlara ve demansa neden olabilmektedir (1, 2, 10).

H) Sedatif-Hipnotik ve Anksiyolitikler:

Kötüye kullanım ve bağımlılık yapıcı potansiyelleri bulunan bu grubun terminolojisi açık bir şekilde yapılamamıştır. Bu grupta benzodiazepinler, benzodiazepin reseptör agonistleri, barbituratlar ile meprobamat, kloralhidrat, glutetimid ve metakualon gibi çeşitli sedatif hipnotikler yer alır. Genel olarak, anksiyolitik, kas gevşetici, antikonvülzan, amnestik ve sedatif etkileri mevcuttur.

Benzodiazepinler ve bu grupta yer alan ilaçlar çok az öfori yapar, klasik ödül sistemini (mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik projeksiyonlar) aktive etmezler. GABA reseptörlerine etkiyle belli beyin bölgelerinde inhibisyon yaparlar. Kötüye kullanımı öforik etkisi nedeniyle değil, yatıştırıcı etkileri nedeniyle.

Bu grup ilaçların hipnotik etkilerine hızlıca tolerans gelişmektedir. Sedatif- hipnotik ve anksiyolitiklerin toksik dozlarında nistagmus, diplopi, strabismus, ataksik yürüyüş, hipotoni, konfüzyon ve vital bulguların baskılanması ortaya çıkar (2, 10, 17).

I) Opiyatlar:

Afyonun (Papaver somniferum), içerisinde 25'ten fazla opiyat içeren alkaloid bulunur. Doğal opiyatlar arasında; opiyum, kodein, morfin, yarı sentetik opiyatlar arasında; eroin, hidrokodon, hidromorfin, oksikodon, oksimorfin, sentetik opiyatlar arasında ise; alfaprodin, difenoksilat, meperidin, metadon ve propoksifen sayılabilir (14,15). Eroin dışındaki opiyatlarla bağımlılık en sık tıbbi bir tedavinin seyri sırasında, bu tip ilaçlara ulaşabilmesi kolay olan sağlık personellerinde ve opiyat bağımlılığı tedavi programındakilerde görülür. Bütün opiyatların metabolizmaları benzer şekildedir. Karaciğerde metabolizasyon sonrası opiyat metabolitleri idrar ve safra ile atılmaktadır. Çok uzun etkili bir opiyat türevi olan metadon dışında, opiyatların atılımının %90'ından fazlası ilk 24 saatte olmakta, ancak metabolitler idrarda 48 saat veya biraz daha fazla görülebilmektedir. Morfinin 3,6-diasetil türevi olan eroin (diasetilmorfin), damar içi enjeksiyon yoluyla, alüminyum folyo üzerinde ısıtılıp buharı solunum yoluyla çekilerek, sigaraya sarılarak ya da burundan çekilerek kullanılmaktadır. Opiyatlar gastrointestinal sistemden, nazal mukozadan ve akciğerden hızla emilirler. Parenteral uygulamada da kan düzeyi hızla yükselir ve en yüksek plazma düzeyine 30 dakikada ulaşır, ardından vücut dokularında yoğunlaşır (2, 18). Opiyatlar etkilerini, santral sinir sisteminde (SSS) ve gastrointestinal sistemde (GİS) yerleşmiş kendi özel reseptörleri aracılığıyla gösterirler. Opiyat reseptörleri doğal opiyat peptidlerin (enkefalinler, dinorfin ve endorfin) etkilerine aracılık ederler. Bu reseptörler, mü1 (μ_1), mü2 (μ_2), sigma (σ), gama (δ) ve kappa (κ)

olarak isimlendirilmektedir (15). μ reseptörleri, ağrı regülasyonu, solunum depresyonu, kabızlık ve bağımlılıktan, κ reseptörleri, analjezi, diürez ve sedasyondan, δ reseptörleri ise muhtemelen analjeziden sorumludur (10). Opiyatların SSS'ni baskılamaları sonucu zihinsel işlevlerde azalma ve solunum depresyonu ortaya çıkmaktadır. Aşırı dozdan ölümler genellikle solunumun baskılanmasına bağlıdır. Opiyatlara karşı fiziksel bağımlılık hızla gelişir. En şiddetli bağımlılık yapan opium türevi ise eroindir. Opiyat yoksunluğunda, anksiyete, göz yaşarması, burun akıntısı, esneme, terleme, uykusuzluk, kaslarda ağrı, pupilla genişlemesi (midriazis), piloereksiyon, tremor, bulantı, kusma ve ishal gibi klinik bulgu ve belirtiler görülmektedir (2, 3).

2.1.3. Opiyat Kullanım Bozuklukları ile İlgili Tanımlar

DSM-IV-TR'de bağımlılık ve kötüye kullanım tanı ölçütleri tüm maddeler için ortak olarak tanımlanmıştır. Opiyatlarla ilişkili bozukluklar, opiyat kullanım bozuklukları ve opiyatların yol açtığı bozukluklar olmak üzere iki ana başlıkta toplanmıştır (9).

1) Opiyat Kullanım Bozuklukları

- Opiyat Kötüye Kullanımı
- Opiyat Bağımlılığı

2) Opiyat Kullanımına Bağlı Bozukluklar

- Opiyat Entoksikasyonu
- Opiyat Yoksunluğu
- Opiyat Entoksikasyonu Deliriumu
- Opiyatın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden
- Opiyatın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden
- Opiyatın Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu
- Opiyatın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
- Opiyatın Yol Açtığı Uyku Bozukluğu
- Başka Türü Adlandırılmayan Opiyatla İlişkili Bozukluk

2.1.4. Opiyat Kullanım Bozuklukları Tarihçesi

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri uyuşturucu maddelerin keyif verici, ağrı giderici ve hastalıkları iyileştirici olarak kullanıldığı bilinmektedir. Milattan önce (M.Ö.) 4000 yıllarında Mezopotamya'da Sümerlilerin daha sonra da Asurların haşhaş bitkisini bildikleri ve ilaç olarak kullandıklarına dair bilgiler vardır. M.Ö. 2700 senesinde Çin hükümdarı Sheng Nung'un yazdığı bitkiler kitabında kenevirden söz edilmektedir (1).

Opiyum ise tıbbi olarak en az 3500 yıldır kullanılmaktadır (2). Bağımlılık yapıcı maddelerin, konsantre yeni formlarının bulunması, farklı kullanım yollarının keşfedilmesiyle madde kullanımı ile ilgili yeni ve çok daha ciddi problemler ortaya çıkmıştır. Bu gelişmeler eşliğinde bağımlılık yapıcı maddelerin ve bağımlılığın aslen tıbbi bir sorun olduğu anlayışına ise 20. yüzyılın ikinci yarısında varılmıştır (1, 2).

Eroin, ilk olarak 1874 yılında İngiliz kimyager C.R. Adler Wright tarafından daha saf bir madde bulmak için morfini, asit anhidritle kaynatması sonucu bulunmuştur. Sentez edildiği ilk dönemlerde bağımlılık yaptığı bilinen morfinin yerine bağımlılık yapmayan güçlü bir ağrı kesici ajan olarak düşünülen heroin, Almanya'da Bayern ilaç firması tarafından "*Heroin*" ticari ismiyle piyasaya sunulmuştur (1, 19). Bu dönemde heroin kullanan kişilerin neredeyse tamamında en az morfin kadar güçlü bağımlılık belirtileri geliştiği gözlenmesi üzerine heroin kullanımını kontrol altına almak amacıyla bir takım yasal düzenlemeler oluşturulmuştur. 1920 yılından itibaren, önce A.B.D.'de daha sonra da diğer ülkelerde heroin kullanımı tamamen yasaklanmıştır (2).

2.1.5. Opiyat Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi

Madde kullanımının, yasal olmaması nedeniyle kişilerin gizli kalma eğilimleri, anketlere doğru yanıt vermeme olasılıkları, bağımlıların sayısının düşük olmasından dolayı genel örneklemede bu gruba ulaşmadaki zorluk, madde kullanıcılarının belirli bazı bölgelerde toplanmaları, anket çalışmaları ile sadece kullanıcıların saptanabilmesi ve bağımlılık tanımı yapılmasının güç olması gibi etkenler, madde kullanım bozukluklarının yaygınlığına yönelik epidemiyolojik çalışmalar yapılmasını oldukça güçleştirmektedir (1, 3, 20).

2001 yılında A.B.D.'de yapılan madde kötüye kullanımıyla ilgili, ulusal ev içi anketi verileri A.B.D.'de 12 yaş ve üstü olan üç milyondan fazla gencin yaşamlarının herhangi bir anında heroin kullandığını bildirdiğini saptamıştır (2, 10).

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi'nin, 2009 yılında yayınladığı rapora göre, dünya genelinde 15-64 yaş arasında, 172-250 milyon kişinin en az bir defa yasadışı madde kullandığı tahmin edilmektedir. Aynı raporda, 15-64 yaş arası nüfusta yaşam boyu opiyat kullanım yaygınlığı, Afrika'da %0.2-0.5, Amerika'da %0.4, Asya'da %0.3-0.5, Avrupa'da %0.6-0.7, Okyanusya'da %0.4 ve tüm dünya genelinde ise %0.3-0.5 olduğu tahmin edilmiştir (21).

Türkiye’de madde kullanımına yönelik ülke çapında ilk genel toplum araştırması 2002 yılında yapılmıştır. Yüz yüze görüşmelerle yapılan bu çalışmada alkol ve sigara dışında bağımlılık yapan madde kullanımı %0.3, yaşam boyu en az bir kez madde kullanımı %1.3 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş grubunda ise 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur (22).

Ülkemizde Adana, Ankara, Diyarbakır, İzmir, İstanbul ve Samsun’da gerçekleştirilen Türkiye’de Madde Kullanımı Ulusal Değerlendirme Çalışması’nda edinilen bilgilerden 15-64 yaş arası erişkin nüfusta opiyat kullanımı yaygınlığı %0.05 ve uçuucu madde kullanımı yaygınlığı %0.06 olarak öngörülmüştür (23, 24).

Türkiye’de madde kullanım yaygınlığı ile ilgili çalışmaların büyük çoğunluğu öğrenciler arasında yapılan çalışmalardan oluşmaktadır. Özellikle bu çalışmalar İstanbul’da yoğunlaşmaktadır (25). Bu çalışmalardaki yaşam boyu eroin kullanım yaygınlığı ile ilgili veriler özetlenmiştir (23, 26-28) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Lise Öğrencileri Arasında Yaşam Boyu Madde Kullanımı Yaygınlığı ile İlgili Yapılan Çalışmalarda, Yaşam Boyu Eroin Kullanım Yaygınlığı ile İlgili Verilerin Özeti.

Çalışma	Yaşam Boyu Eroin Kullanım Yaygınlığı
Yazman, 1995, n:2845	%1.0
Ögel ve ark. 1996, n:5823	%0.7
Ögel ve ark. 1998, n:7849	%1.6
Ögel ve ark. 2001, n:2024	%1.1
UNODC, 2004, n:1637	%2.8
Ögel ve ark, 2004, n:3186	%1.6

15-64 yaş arası nüfusta bağımlılık yapıcı madde kullanımına bağlı olarak ölen kişi sayısı temel alınarak (2008 yılı için 159 kişi) yapılan bir hesaplama göre Türkiye’de yaklaşık 25.000 kişinin problemleri madde kullanımının olduğu bildirilmiştir (29).

2.1.6. Opiyat Kullanım Bozuklukları Etiyolojisi

Opiyat bağımlılığı günümüzde kullanıma başlanması, kullanmanın sürdürülmesi ve maddeden uzak kalma süreçleri sonrasında tekrarlanması açısından çoklu faktörlerin etkileşime girdiği biyopsikososyal bir bozukluk olarak görülmektedir. Bu faktörlerin (farmakolojik, sosyal, çevresel, kişilik, psikopatoloji, genetik ve ailevi) ne oranda

bağımlılık gelişimini etkilediği ise net olarak ortaya konamamıştır. Bağımlılık gelişiminde rol oynayan faktörler, opiyat ve diğer madde kategorilerinin kötüye kullanımı ve bağımlılığı değerlendirilirken de göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdir (1,3,10).

A) Farmakolojik Faktörler:

Opiyat kötüye kullanımına ve bağımlılığına eşlik eden çoğu opiyat madde tipik μ agonistlerdir. μ agonist opiyatların etkileri temel olarak merkezi sinir sistemi nöral dokularındaki, otonom sinir sistemindeki reseptörler ve bir dereceye kadar da beyaz kürelerdeki opiyat reseptörleri üzerinde söz konusudur. Bu etkiler arasında analjezi, solunumun baskılanması, duygu durum değişiklikleri (bazı kişilerde öfori), beklenen acıya karşı duyarsızlık, sersemlik, konsantrasyon becerisinde azalma, hipotalamusun düzenlediği endokrin ve diğer işlevlerde değişiklikler ve GİS düz kas tonusunda artış yer almaktadır. Opiyat verilen eski eroin bağımlıları anksiyetede azalma, kendine güven artışı, günlük problemlerle daha iyi başa çıkma becerileri ve sıkıntı hissetmede azalma bildirmişlerdir (2, 10).

B) Psikososyal Faktörler:

Yüksek sosyoekonomik sınıflara göre düşük sosyoekonomik sınıflarda, opiyat bağımlılığı insidansı daha yüksek olmasına rağmen opiyat bağımlılığı sadece düşük sosyoekonomik sınıflarla sınırlı değildir. Ebeveynlerinde alkol ve madde kullanımının olması sosyal öğrenme sistemi ile çocuklarda bir yatkınlık oluşturacaktır. Terk etme, ölüm, boşanma gibi çeşitli nedenlerle parçalanmış aile içinde olma alkol ve madde kullanım bozukluğuna yakalanma riskini arttırmaktadır. Parçalanmış aile ortamının okul başarısızlığına, madde bağımlılığına, suça eğilime ve psikiyatrik sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Bu tür sorunlarla büyüyen çocuklar özellikle okulda davranış problemleri ya da davranım bozukluğunun diğer bulgularına ait kanıt olanlar opiyat bağımlılığı için daha yüksek bir riske sahiptirler. Eroin'e ve diğer maddelere erişimin daha kolay olduğu ya da madde kullanımının sık görüldüğü toplumlarda bağımlılık sorunu daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Opiyat bağımlılığı olan kişilerde bazı kalıcı davranış paternleri vardır. Bu paternlere eroin davranış sendromu adı verilmektedir. Bu paternler, sıklıkla altta yatan ajite tip depresyon ve eşlik eden anksiyete belirtileri, pasif agresif biçimde ifade edilen dürtüsellik, başarısızlık korkusu, özgüven azalması, duygularını maskelemek için eroini anksiyete giderici ilaç olarak kullanma, umutsuzluk ve saldırganlık, sınırlı başa çıkma stratejileri ve frustrasyon toleransında azalma, madde alımı ile kendini iyi hissetme arasındaki ilişkinin farkındalığıyla ilaca bağlı duyarlılık, madde nedeniyle yaşamı üzerine

olan anlık kontrolle çelişen davranışsal yetersizlik, madde yaşantısı sonucunda akranlarla olan sosyal ve kişilerarası ilişkilerde bozukluktur (2, 10).

C) Biyolojik ve Genetik Faktörler

Madde bağımlılığının gelişmesi olasılığını artıran etmenlerin genetik geçişi olduğuna dair kanıtlar vardır. Dizigot ikizlere kıyasla monozigot ikizlerde opiyat bağımlılığı riski daha fazladır. Madde denemelerinin tekrarlaması önce madde kötüye kullanımına, ardından bağımlılığa neden olur. Genetik çalışmalarda bu görüşü desteklemektedir. Ergenlikten erişkinliğe geçişle beraber genetik faktörlerin etkisinde artış buna karşın çevresel faktörlerin etkisinde azalma bulunması ilginç bir bulgudur. Opiyat ile ilişkili bozuklukları olan kişinin opiyat sisteminde genetik olarak saptanmış bir hipoaktivite olabilir. Bu hipoaktivitenin çok az ya da az duyarlı opiyat reseptörler sonucu mu, çok az endojen opiyat salınması sonucu mu ya da varsayılan endojen opiyat antagonistinin yüksek konsantrasyonuna mı bağlı olduğu halen araştırılması gerekli bir konudur (2, 10).

D) Psikodinamik Kuram

Psikoanalitik literatürde madde bağımlılığı olan kişilerin davranışı, pregenital, oral veya psikoseksüel gelişmenin daha arkaik düzeylerine gerileme ile giden “*libidinal fiksasyon*” ile açıklanmaya çalışılmıştır. Madde kötüye kullanımı, savunma düzenekleri, dürtü kontrolü, duygulanım bozuklukları ve uyum düzeneklerinin ilişkisini açıklamaya gereksinimi psikoseksüel formülasyondan ego psikolojisini vurgulayan formülasyonlara doğru kayışa yol açmıştır. Ciddi benlik patolojisinin sıklıkla madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu düşünülmekte ve gelişimsel bozukluklara işaret ettiği üzerinde durulmaktadır. Benlik ve duygulanım arasındaki ilişkiye ait problemler, zorluğun kilit bölümünü oluşturmaktadır (2, 10).

2.1.7. Opiyat Kullanım Bozuklukları Klinik Özellikleri

Opiyat bağımlılığı herhangi bir yaşta başlayabilir ancak opiyat kullanımı ile ilgili sorunlar sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamaktadır. Opiyat bağımlısı olan kişiler günlük eylemlerini tipik olarak opiyat elde etmek ve kullanmak çerçevesinde planladığı için düzenli madde kullanım modelleri geliştirmeye eğilimlidirler (9).

Opiyat entoksikasyonunun temel özelliği, opiyat kullanımı sırasında ya da sonrasında gelişen uygunsuz davranışsal ve psikolojik değişikliklerin bulunmasıdır. Bu değişiklikler arasında, başlangıçtaki öforiden sonra apati, disfori, yargılamanın bozulması

psikomotor ajitasyon ya da retardasyon sayılabilir (9). Opiyat kullanımından kaynaklanan davranışsal ve fizyolojik değişikliklerin boyutu; tolerans, kronisitite, emilim hızı gibi bireyin özelliklerine bağlı olduğu kadar kullanılan doza da bağlıdır. Opiyat doz aşımının olduğu ağır olgularda, solunum depresyonu ve kan basıncında azalma ile birlikte koma ve ölüm görülebilmektedir (2, 9).

Opiyat bağımlısı birçok kişide, tolerans düzeyi oldukça yüksektir ve opiyatların ani olarak kesilmesiyle birlikte yoksunluk durumu ortaya çıkar (9). Morfin veya eroin gibi kısa etkili opiyatlarda, ilk yoksunluk belirti ve bulguları son madde dozundan sonraki 8-12 saat içinde ortaya çıkabilir. En hafif olgularda veya yoksunluğun erken dönemlerinde, birkaç objektif bulguyla birlikte sadece disfori, iritabilite, yerinde duramama ve madde aşırma ile sınırlı olabilir. Daha ağır olgularda veya yoksunluk sendromu ilerledikçe, rinore, lakrimasyon, diaforez, pupil dilatasyonu, piloereksiyon, karın ağrısı, kas seğirmeleri ve şiddetli kas-eklem ağrıları tabloya eklenir. Eroin ve morfinde görülen en şiddetli yoksunluk durumuna son dozdan yaklaşık olarak 48 saat sonra ulaşılır. Bu dönemde ekstremitelerde huzursuzluk, bulantı, ishal, kusma, taşikardi, takipne, hipertansiyon/hipotansiyon, hiperglisemi ve dehidratasyon gibi oldukça gürültülü bir klinik tablo hakim olur (3).

DSM-IV-TR’de opiyatların yol açtığı deliryum, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, uyku bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları, neden oldukları psikiyatrik bozuklukların başlığı altında yer verilmiştir (9).

Opiyat entoksikasyon deliryumu, en sık olarak opiyatlar yüksek dozlarda kullanıldığında, diğer psikoaktif maddelerle birlikte kullanıldığında veya öncesinde beyin hasarı olan bir kişi tarafından kullanıldığında ortaya çıkar. Meperidin gibi belli opiyatların, biriken, deliriyuma ve bazen nöbetlere neden olan toksik metabolitleri vardır (2, 3).

Opiyatların yol açtığı psikotik bozukluklar entoksikasyon ya da yoksunluk sırasında başlayabilir, hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar tabloya hakim olabilir ve DSM-IV-TR’de bu durumların kodlanması istenmektedir (2, 3).

Benzer şekilde opiyatların yol açtığı duygudurum bozuklukları da, entoksikasyon ya da yoksunluk sırasında başlayabilir, depresif, manik ya da mikst özellikler gösterebilir. Bir dereceye kadar baskılanmış duygudurum, tipik olarak opiyat yoksunluğu esnasında veya birkaç hafta sonrasında gelişir. Opiyatlara bağlı gelişen duygudurum bozuklukları tanısı, duygudurum bozukluğunun ağırlık derecesi normalde karşılanana aşmadığı ya da birkaç haftadan uzun sürmediği sürece veya bağımsız klinik ilgi gerektirecek yoğunlukta olmadığı sürece opiyat yoksunluğu sonrasında konmalıdır (2).

DSM-IV-TR’de opiyatların yol açtığı uyku bozuklukları, “*Madde Kullanımının Yol Açtığı Uyku Bozuklukları*” başlığında sınıflandırılmıştır. İnsomnia, hipersomnia, parasomnia ya da bunlardan hiçbirisinin daha belirgin olmadığı “*karişik tip*” uyku bozuklukları görülebilir (9).

Opiyatların yol açtığı en sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluğu muhtemelen empotanstır ancak metedadon idame tedavisindeki hastalar, empotanstan çok orgazm olamamaktan şikayet edebilirler (2). DSM-IV-TR’de opiyatların yol açtığı cinsel işlev bozuklukları, “*Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozuklukları*” başlığında yer almaktadır ve istek bozukluğu ile giden, uyarılma bozukluğu ile giden, orgazm bozukluğu ile giden ve cinsel ağrıyla giden şeklinde ayrı olarak tanımlanmıştır (9).

Opiyat kullanım bozuklukları, sıklıkla remisyon ve yinelemelerle giden kronik bir bozukluktur. Uzun süreli mortalite oranları yıllık %2 gibi yüksek oranlarda bildirilse de opiyat bağımlısı bireylerin %20-30’u uzun süre ayık kalmayı başarabilmektedir (9).

2.2. DEHB ile İlgili Genel Bilgiler

2.2.1 DEHB ile İlgili Tanımlar

DSM-IV-TR’de DEHB’nin tanı ölçütleri dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olarak iki grup belirtiden oluşmaktadır. Belirtilerin bu gruplardaki dağılımına göre bileşik tip, dikkatsizliğin önde geldiği tip ve hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tip olmak üzere 3 alt tip tanımlanmıştır. Ayrıca bu 3 alt tipe ek olarak DSM-IV-TR’de DEHB için tanı ölçütlerini karşılamayan, belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite/impulsivite semptomları olan bozukluklar için ise “*Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) DEHB*” tanımı yapılmıştır. DSM-IV-TR’e göre DEHB tanı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir (9).

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altı ya da daha fazlası en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.

c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.

f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).

h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.

i) Ancak günlük etkinliklerinde çoğu zaman untkandır.

2) Aşağıdaki hiperaktivite/impulsivite semptomlarından altısı ya da daha fazlası en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanlarını geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite

g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.

h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn: Başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar).

B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif/impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri yedi yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda, işte ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu).

Tipleri:

- **DEHB, Bileşik tip:** Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 tanı ölçütü karşılanmışsa
- **DEHB, Dikkatsizliğin önde geldiği tip:** Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamışsa
- **DEHB, Hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tip:** Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamışsa (2).

2.2.2. DEHB Tarihçesi

DEHB'nin psikiyatrik sınıflandırma sistemlerine girişi nispeten yeni olsa da aslında bu tablo uzun zamandır bilinmektedir. DEHB hakkında yapılmış ilk modern bildirim ise 1902 yılında İngiliz pediatrist Still, tarafından Lancet'te yayınlanan olgu serisi olduğu kabul edilmektedir. Still'in "*Moral Kontrol Defekti*" olarak adlandırdığı olgular, ileri derecede hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocuklar olarak tanımlamıştır (25, 30, 31).

Birinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan influenza pandemisi ve ensefalit salgınında, ensefalit geçiren bazı çocuklarda belirgin bir bilişsel bozukluk yokken ortaya çıkan antisosyal davranışlar, sinirlilik, dürtüsellik, duygusal dengesizlik, aşırı hareketlilik ve öğrenme güçlükleri gibi belirtiler tanımlanmış ve bu tabloya "*Ensefalit Sonrasında Gelişen Davranış Bozuklukları*" adı verilmişti. Bu salgının önemi beyindeki ciddi bir hasarın ciddi davranış sorunlarına neden olabileceğini göstermesi ve benzer bir ilişkinin hafif beyin hasarları ve daha hafif davranış sorunları arasında ilişki kurulmasına yol açmasıdır. 1947 yılında ise Strauss ve arkadaşları aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda beyin hasarı olduğunu belirtmişler ve bu durumu "*Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu*" olarak adlandırmışlardır (30, 32).

DEHB ile ilgili tanı ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması olan, Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası

İstatiksel Sınıflaması, Dokuzuncu Revizyonu'nda (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 9th revision; ICD-9) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-II'de bu bozukluğu, “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom” olarak belirlenmesiyle başlamıştır. DSM-III'de “*Dikkat Eksikliği Bozukluğu*” olarak adlandırılan bozukluk; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak iki gruba ayrılmış, temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. DSM-III-R'de ise “*Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*” olarak isimlendirilerek 14 belirti sıralanmış ve tanı için en az 8 belirtinin varlığı şartı koyulmuştur. DSM-IV'te yine “*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*” adı altında en son şeklini alarak belirtilerin dağılım özelliklerine göre üç alt tipe ayrılmıştır. Ayrıca bu 3 alt tipe ek olarak DSM-IV-TR'de DEHB için tanı ölçütlerini karşılamayan, belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite-impulsivite semptomları olan bozukluklar için ise “*Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) DEHB*” tanımı yapılmıştır (9, 25, 30, 33).

2.2.3. DEHB Epidemiyolojisi

DEHB'nin epidemiyolojisi konusunda tüm dünya genelinde oldukça fazla sayıda çalışma yapılmıştır (34). Bununla birlikte DEHB'nin yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda özellikle olguların farklı yöntem ve tanı ölçütleri kullanılarak tanımlanmaları sonucu %0.2-0.4 ile %23.4-27 gibi birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir (35). Güncel ve oldukça kapsamlı iki metaanaliz çalışmasında birbirlerine nispeten yakın sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalarda, DEHB'nin tüm dünya genelinde ortalama prevalansının %5.29 ve %5.9-7.1 olduğu bildirilmiştir (36, 37).

Hem klinik hem de toplum örneklemelerinde DEHB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Ancak klinik örneklemeler ile toplumsal örneklemeler arasında erkek/kız oranları açısından önemli farklılıklar saptanmıştır. Toplumda erkek: kız oranı 1:1 ile 3:1 arasında değişirken kliniğe başvuranlarda bu oran 9:1'e varabilmektedir. Bu farklılığa erkeklerde davranışsal semptomlara daha sık rastlanmasından ve bu nedenle tedavi başvuru sıklığının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (38, 39).

Genel toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda erişkin DEHB yaygınlığı oranları %1,0-6.6 arasında değişmektedir (40, 41). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10 ülkede yapılan ve 18-44 yaş arası çalışan kesimi kapsayan bir çalışmada, çocuklukta DEHB tanılı bireylerin en az %50'sinin yetişkinlikte de bu tanıyı aldığı, bu yaş grubunda yaygınlık

oranının ise %3.4 olduğu bildirilmiştir (42). Polanczyk ve arkadaşlarınca yapılan, erişkin DEHB yaygınlık çalışmalarının değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında, yaşam boyu erişkin DEHB yaygınlığını %4.4 olduğu bulunmuştur (39).

Yapılan birçok çalışmada, alkol-madde kullanım bozukluğu olanlarda, genel toplum ve kontrol gruplarına kıyasla DEHB'nin çok daha yaygın görüldüğü ortaya konmuştur. Bu alanda yapılan çalışmalarda birbirlerinden farklı sonuçlar bulunsa da yaşam boyu alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, DEHB yaygınlığının %15-25 gibi yüksek oranlarda görüldüğü tahmin edilmektedir (43).

2.2.4 DEHB Etiyolojisi

DEHB etiyolojisi halen yeterince aydınlatılmış bir alan değildir. DEHB etiyolojisi multifaktöryel olarak varsayılmakta, çevresel, genetik ve biyolojik faktörlerin hastalık riskini artıracak şekilde ortaklaşa rol aldıkları düşünülmektedir. Erken gelişim evrelerinde, bu faktörlerin etkileşimiyle, nörogelişimsel bir bozukluk olduğu öne sürülmektedir. Frajil X, fetal alkol sendromu, çok düşük doğum ağırlıklı çocuklar ve daha seyrek olarak da genetik kökenli tiroit bozuklukları gibi durumlar DEHB belirtileri gösterirler. Ancak böyle olgular tüm DEHB olan bireylerin çok küçük bir kısmını oluşturmaktadırlar. Genel olarak kabul edilen görüşe göre ise DEHB, farklı patolojilerin ortak klinik belirtileridir (44-46).

A) Genetik Etkenler:

Etiyolojik açıdan heterojen bir hastalık olan DEHB, güçlü genetik yükü olan ailesel bir hastalıktır. DEHB'li çocuklarla yapılan çalışmalarda hem ebeveynlerinde hem de kardeşlerinde DEHB riskinin, kontrol gruplarına göre 2-8 kat arttığı gösterilmiştir (47). Psikiyatrik hastalıklar içerisinde genetik geçiş oranı en yüksek olanlardan ve kalıtlılabirliği %76 olarak tahmin edilmektedir (44, 48). Yapılan ikiz çalışmalarında DEHB belirtileri için konkordans tek yumurta ikizlerinde %59-92 iken çift yumurta ikizlerinde ise bu oran %29-42'dir (47). DEHB için yüksek genetik risk olmasına karşın tek yumurta ikizlerinde bile konkordansın %100 olmaması genin ifadenmesinde çevresel faktörlerin etkisini ortaya koymaktadır (44).

DEHB ile ilişkili olan genlerin incelendiği çalışmalarda ortak olarak bulunan tek bölge “17p11” bölgesidir. DEHB tek gen hastalığından ziyade poligenik bir kalıtımla aktarıldığı düşünülmektedir (49). DEHB etiyolojisinde özellikle katekolaminerjik sistemle ilişkili genler başta olmak üzere bir takım aday genler DEHB ile ilişkilendirilmiştir. En çok üzerinde durulan aday genler, dopaminerjik; DRD4, DAT1, DRD5, COMT, noradranerjik;

DBH, ADRA2A, serotonerjik; 5-HTT, HTR1B, HTR2A, kolinerjik; CHRNA4 ve SSS gelişim yollarında; SNAP25, BDNF genleridir (50-54).

B) Nörokimyasal Etkenler:

DEHB nörobiyolojisi alanında yapılan çalışmalar, dopaminerjik ve noradrenerjik sistemdeki anormalliklerin hastalığın gelişiminde rolü olduğuna işaret etmektedir. Dikkat, konsantrasyon ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde, dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin önemli olduğu bilinmektedir. DEHB'deki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden sorumlu dopaminerjik ve noradrenerjik yollar ile dikkat sorunlarından sorumlu yollar farklı gibi görünmektedir (55, 56).

Dopaminerjik mezolimbik yolağın disfonksiyonel olması ödülü beklemede güçlük, yeni durumlarda hiperaktivite, dürtüsellik, tepki baskılanmasında bozukluk olarak kendini gösterirken, dopaminerjik mezokortikal yolağın disfonksiyonu söz konusu olduğunda, planlanmada güçlük ve dikkat ile ilgili problemler gözlenmektedir. Nigrostriatal yolağın disfonksiyonel olması ise motor fonksiyonların koordinasyonunda bozukluk ve davranış baskılanmasında güçlüğe neden olmaktadır (55-57).

Norepinefrin temel olarak uyarılma, uyanık kalma ile ilgili bir nörotransmitterdir ancak dikkat ve motivasyon süreçlerinde de rolü vardır. Noradrenerjik nöron projeksiyonları korteksteki arka dikkat merkezini uyararak uyarıların algılanmasını sağlar. Kısaca norepinefrin'in görevi postsinaptik alfa 2A (α 2A) reseptörleri üzerinden etki ederek prefrontal korteks işlevlerini iyileştirmektir. DEHB tedavisinde kullanılan α 2A agonistleri, olası tedavi edici etkilerini davranışın prefrontal korteks kontrolünü güçlendirerek göstermektedirler (55-57).

C) Beyin Görüntüleme Çalışmaları:

DEHB hastalarında gözlenen yapısal beyin anomalilerinin frontal korteks, serebellum ve subkortikal yapılarda hacim azalması, fonksiyonel olarak da inhibisyon kontrolü sırasında dorsal anterior singulat kortekste hipofonksiyon olduğu anlaşılmaktadır (58).

Bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi (Single Photon Emission Computed Tomography: SPECT) çalışmalarında, özellikle prefrontal kortekste, temporal kortekste ve striatumda hipoperfüzyon gösterilmiştir (59-61). Çocukluk çağında DEHB tanısı almış erişkin DEHB'li bireylerde yapılan pozitron emisyon tomografisi (Positron Emission Tomography: PET) çalışmasında, global serebral metabolizmanın azaldığı, en fazla azalmanın da prefrontal korteks ve premotor kortekste olduğu gösterilmiştir (50, 62). Son

dönemlerde kullanıma giren difüzyon tensör görüntüleme (Diffusion Tensor Imaging: DTI) ile yapılan çalışmalarda ise, DEHB patofizyolojisinde beyaz madde gelişim anormalliğinin, önemli bir faktör olabileceğine işaret etmektedir (63, 64).

Elektroensefalografi (EEG) çalışmalarında DEHB'ye özgü bir EEG bozukluğu gösterilememiştir. Ancak bu çalışmalarda bildirilen sonuçlar, santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeyi gösterebileceği düşündürmektedir (65).

D) Çevresel Etkenler:

DEHB'nin birçok genetik ve çevresel faktörün erken gelişim evrelerinde etkileşimiyle oluşan kompleks bir etiyolojisi vardır. Çocukluk çağı başlangıçlı bir hastalık olan DEHB, epigenetik araştırmalar için uygun bir bozukluktur. Bu nedenle prenatal stres ve anne bakımı gibi epigenetik faktörlerin etkisi araştırmalarda incelenmiştir. Ronald ve arkadaşları boşanma, taşınma gibi prenatal maternal strese maruz kalan çocuklarda daha fazla DEHB belirtileri tespit etmişlerdir. Yine prenatal dönemde nikotin ve alkol gibi stresörlere maruziyetin DEHB gelişim riskinde artışa neden olduğu saptanmıştır. Maruz kalınan stres faktörler, hücre çekirdeğinde metilasyon, asetilasyon ve fosforilasyon hızını değiştirmekte, bu durum ise gen ekspresyonunu değiştirerek, protein sentezi ve hücre fonksiyonunu etkilemektedir. Bu değişikliklerin de DEHB gelişiminde rol oynadığı öne sürülmektedir (66-68).

2.2.5. DEHB Klinik Özellikleri ve Erişkin Dönemde DEHB

DEHB, erken çocukluk döneminde başlayan ve önemli ölçüde ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam edebilen kalıcı ve sürekli aşırı hareketlilik (hiperaktivite), dikkat sorunları ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (9). DEHB, 1900'lü yılların başından beri bilinmesine rağmen erişkinlik döneminde de devam edebileceği düşüncesi 1970'li yılların sonlarına doğru bilimsel çevrelerde yaygınlaşmaya başladı. 1990'lı yılların başından itibaren erişkinlerde DEHB'nin önemi giderek artan bir şekilde anlaşılarak son derece kapsamlı araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Dünyanın en saygın genel tıp ve psikiyatri dergilerinde erişkin DEHB'yi, her yönüyle inceleyen araştırmalar yayınlanarak bu araştırma sonuçları temel tıp ve psikiyatri kitaplarındaki yerlerini almıştır (69).

Erişkinlerde çocukluk dönemine kıyasla DEHB belirtilerinin şekil değiştirdiği ve belirtilerin yarattığı sorun alanlarında farklılıklar olduğu görülür (70). Çocukluk ve ergenlik döneminde ailelerinin desteği ile hayatlarını organize etmeye alışmış bu sebeple

daha kısıtlı kayıplar yaşayan DEHB tanılı bireyler, yetişkinlikte artık kendi hayatlarını organize etme ve tüm sorumluluğu üstlenmek durumunda kalırlar (71). Bu geçiş aşamasına dair yapılan bir çalışmada, geçiş dönemindeki DEHB'li bireyler ebeveynlerinin desteğine ihtiyaçları olduğunu açıkça bildirmişlerdir (72).

DSM-IV-TR'e göre erişkinlerde DEHB tanısı konması için çocuk ve ergenler için kullanılan ölçütlerin kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte DSM-IV-TR yaşa göre bazı farklılıkların göz önünde tutulması gerektiğini bildirir. Örneğin “*çoğu zaman uygunsuz olan durumlara koşturup durur ya da tırmanır*” şeklindeki belirti, ergenlerde ya da erişkinlerde “*özel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir*” şeklinde açıklanmıştır (9, 69).

DSM-IV-TR'e göre erişkinlerde DEHB tanısı koyarken, çocukluk çağı başlangıcı, belirgin belirtilerin varlığı ve bu belirtilerin işlevselliği bozuyor olması ile karakterize üç kritik nokta bulunmaktadır (9).

Erişkin dönemde DEHB tanısı için tanımlanan bir diğer iyi bilinen ölçüt, Wender ve arkadaşlarının tanımlanmış “*Utah ölçütleridir*”. Erişkin DEHB için tanımlanmış “*Utah ölçütleri*” aşağıda sıralanmıştır.

I. Geriye dönük Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı

A. Dar ölçüt: Anne baba görüşmesinde DSM-IV tanı ölçütlerinin karşılanması*

B. Geniş ölçüt: Hasta tarafından hem (1) hem de (2)'nin ve (3)-(6) arası en az bir ölçütün belirtilmesi**

1. Çocukluk hiperaktivitesi
2. Çocukluk dikkat eksikliği
3. Okulda davranış sorunları
4. Dürtüsellik
5. Aşırı uyarılmışlık
6. Duygudurumda ani değişkenlikler

II. Erişkin DEHB Özellikleri:

Halen devam eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite güçlüklerini içeren ek 5 belirti;

- A) Dikkatsizlik
- B) Hiperaktivite
- C) Duygudurum labilitesi
- D) İrritabilite ve sinirlilik
- E) Düşük engellenme eşiği

F) Organize olamama

G) Dürtüsellik

III. Dışlama ölçütü:

Ağır depresyon, psikoz ya da ciddi kişilik bozukluğunda bu tanı konmaz.

* Anne baba bildirimi için 10 maddelik Anne Babanın Çocukluk Davranış Ölçeğinin yardımından yararlanılır.

** Hastanın çocukluk belirtilerine ilişkin geriye dönük bildirimi Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ile desteklenir (73).

Erişkin dönemde DEHB’li bireylerde, dikkatsizlik sebebiyle unutkanlık, dalgınlık, zaman kavramı yoksunluğu, etkin dinleyememe, yapması gereken işlere odaklanamama, geç kalma, her işi erteleme, zamanında gereken işleri bitiremememe, karar vermede güçlük gibi belirtiler görülmektedir. Hiperaktivite ise öznel huzursuzluk, gerginlik, çok konuşma, toplantılarda oturamama, aşırı spor yapma ve aşırı alkol kullanma gibi belirtilerle kendini belli etmektedir. Dürtüsellikleri ise düşünmeden eyleme geçme, sıra bekleyememe, sürekli ilgi arayışı, sık atıştırma, sık iş değiştirme, trafik kazaları, kuralları ihlal etme, sık partner değiştirme ve uygunsuz cinsel deneyimler şeklinde görülmektedir. Kısaca erişkin DEHB’li bireylerin, yetişkin dönemde önem taşıyan iş ve ailevi sorumlulukları taşımakta zorlandıkları, sosyal ilişkilerinde güçlükler yaşadıkları görülmektedir (71). DEHB’nin temel belirtileri dışında bu bireylerde sık rastlanan emosyonel labilite ve öfke patlamaları da insan ilişkilerini ciddi düzeyde etkilemektedir (74).

Çocuklarda DEHB ile diğer psikiyatrik bozuklukların eş tanı sıklığı %60-80 gibi yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (75). Çeşitli çalışmalar, erişkin DEHB’lilerde de yüksek oranda eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklardan söz etmektedir. Anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) başta olmak üzere kişilik bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları, en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır (73).

Erişkin DEHB’de eş tanı durumları hakkındaki veriler, çocukların uzunlamasına izlendiği çalışmalardan ve erişkin DEHB tanısı alan erişkinlerin geriye dönük değerlendirmesinden gelir. DEHB, erişkin dönemde başka bir psikiyatrik bozukluk olmaksızın tek başına %23-40 oranında görüldüğü bildirilmiştir (76, 77). Bir başka çalışmada ise erişkin DEHB olguların yalnızca %12’sinde başka bir eksen I tanısı saptanmamıştır (78).

DEHB olan ergen ve erişkinlerle yapılan araştırmalarda kontrollere göre alkol-madde kullanım bozukluğu eş tanı oranlarının 2 ila 6 kat arasında daha fazla olduğu bildirilmiştir (4, 79, 80). Alkol-madde kullanım bozukluklarında ise DEHB eş tanısının %15-25 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (43).

Erişkin DEHB’de tedavi yaklaşımı farmakoterapi, psikoeğitim ve psikoterapotik tedavilerdir. Farmakoterapide çocuk ve ergenlerde olduğu gibi erişkinlerde de hem psikostimülanlar hem de atomoksetinin etkinlik ve güvenilirliği plasebo kontrollü çalışmalarda bildirilmiştir (81). Psikoterapötik yaklaşımlar içerisinde son yıllarda bilişsel davranışçı terapilerle farmakoterapinin birlikte kullanıldığı takdirde etkin olduğu, bu program çerçevesinde yaşam koçluğu ve ev ödevlerinin de işlevselliği artırdığı bildirilmektedir (82).

2.3. Madde Kullanım Bozuklukları ve DEHB

DEHB, madde kullanım bozuklukları gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (83, 84). Yapılan takip çalışmalarının metaanaliz ve metaregresyon analizinde, DEHB tanısı alan çocuklarda herhangi bir madde kullanım bozukluğu geliştirme riskinin en az 1,5 kat arttığı gösterilmiştir (85). Bu artış davranım bozukluğu ve ASKB eş tanısından bağımsızdır ancak bu iki bozukluktan birisi varsa madde kullanım bozukluğu gelişim riski, daha da artmaktadır (86). Yaşam boyu madde kullanım bozukluğu olan bireylerde DEHB yaygınlığının %15 ile %25 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. DEHB olan erişkinlerin ise %9 ile %30’unda madde kullanım bozukluğu vardır (43). DEHB alt tipleri ile madde kullanım bozuklukları ilişkisini inceleyen çalışmalarda ise her üç alt tipte de artmış madde kullanım bozukluğu riski bulunmakla birlikte impulsivite/hiperaktivite belirtileri ile madde kullanımı arasında daha güçlü ilişki olduğu belirtilmiştir (87, 88).

Yüksek eş tanı oranına ek olarak, madde kullanım bozukluğu olanlarda DEHB varlığı, daha erken yaşlarda madde kullanım başlangıcı, daha şiddetli bağımlılık düzeyleri ve daha kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (5-7, 89).

Madde kullanım bozuklukları ve DEHB arasında yüksek eş tanı oranları göz önüne alındığında altta yatan ortak nörobiyolojik faktörlerin olabileceği düşünülmüştür. DEHB’li bireylerde beyin dopamin aktivitesinde bozulma olduğuna dair bulgulara rastlanması bu bireylerin neden madde kullanımı açısından daha yüksek risk altında olduklarını açıklayabilir. Psikoaktif maddeler akut ama geçici olarak beyindeki hücre dışı dopamin konsantrasyonunu artırır ve DEHB belirtilerinde geçici olarak düzelmeye yol açabilir.

Bunun aksine, kronik madde kullanımı ise beyinde dopaminerjik transmisyonu azaltır. DEHB belirtileriyle (örn: dikkat, yürütücü işlevler ve dürtüsellik) ilişkili beyin bölgelerindeki (prefrontal korteks, striatum, hipokampus ve amigdala) işlevler dopamin aracılığıyla düzenlenmektedir. Bu nedenle DEHB'li bireylerde kronik madde kullanımı, DEHB belirtilerinde kötüleşmeye yol açabilir (4, 5).

DEHB ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi adına DEHB ve sigara kullanımı iyi bir model olabilir. DEHB'de striatal dopaminerjik sistemdeki anormallikler kortikostriatal yollarda bozulmuş dopaminerjik transmisyonla yol açar ve bu durum DEHB olan bireylerde görülen bozulmuş yürütücü işlevlerle ilişkilidir. Sigara kullanımında nikotin uyarısıyla kortikostriatal yollarda dopaminerjik aktivitede artış meydana gelir, dikkat ve inhibisyon kontrolü işlevlerindeki bozukluklarda düzelme gelişebilir, böylece negatif bir şekilde sürekli sigara kullanılmasını teşvik eder. Sigara bırakıldığında ya da bırakılmaya çalışıldığında nikotin yoksunluğu dopamin işlevlerinde daha belirgin bozulmalara yol açabilir. DEHB'li bireyler daha şiddetli yoksunluk belirtileri ve inhibisyon kontrolünde daha fazla bozulma yaşarlar. Ayrıca dürtüsellik ve ödülle ilişkili uyarılara karşı daha duyarlı olunması, içmeme durumunun devam ettirilmesini zorlaştırabilir. Bu süreç DEHB olan bireylerin olmayanlara kıyasla sigarayı bırakmakta neden daha fazla zorlandığını açıklayabilir (90).

DEHB ve madde kullanımı ilişkisini araştıran PET ve SPECT çalışmalarında, striatumda D2/D3 reseptör uygunluğunda azalma hem DEHB için hem de yoksunluk belirtilerinin görüldüğü madde kullanım bozukluğu olanlar için ortak bulgu olup her iki hastalık için ortak bir patofizyolojiye işaret etmektedir. Bununla birlikte hem DEHB hem de madde kötüye kullanım bozukluğu olan olgularda metilfenidat ile uyarılma sonrası striatumda yetersiz dopamin salınımının gözlemlendiği ve bu durumun yoksunlukla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. DEHB'li bireylerde yapılan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (Functional Magnetic Resonance Imaging: fMRI) çalışmaları ile prefrontal korteks, anterior singulum ve striatum arasındaki nöral döngüde bozulma gösterilmiştir. DEHB tanılı bireylerde ödül beklentisi azalması, striatumdaki aktivasyon azalması ile ilişkilendirilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olanlarda da yoksunluk döneminde benzer şekilde frontostriatal döngüde değişiklikler saptanmıştır (50, 91).

Madde kullanım bozuklukları ve DEHB ilişkisini araştıran çalışmaların odaklandığı bir başka konu ise, çocukluk çağı ve ergenlik döneminde DEHB tedavisinin madde kullanım riski gelişimini nasıl etkileyeceği olmuştur. Bu konuda yapılan çalışmaların

incelendiği 2003 yılına ait bir metanaliz çalışmasında psikostimülan tedavinin alkol-madde kullanım riskini azalttığı belirtilmiştir (92). Daha yakın dönemde yapılan çalışma sonuçları ise yine DEHB belirtilerinin etkin tedavisinin, madde kullanım bozukluğu için koruyucu olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (93-95). Groenman ve arkadaşlarınca yapılan 4 yıllık bir izlem çalışmasında, tedavi edilmeyen adölesanlarda sigara dışı madde kullanım bozukluğu gelişim riski psikostimülan tedavi alanlardan 2 kat, DEHB olmayanlardan ise 2.6 kat fazla bulunmuştur (95). Bir başka çalışmada ise, psikostimülan tedavisine geç başlayanlarda (8-12 yaş) erken başlayanlara (6-8 yaş) kıyasla erişkinlik döneminde daha fazla madde kötüye kullanımı ve eşlik eden ASKB görüldüğünü, bu durumun ASKB öncülü olan davranım bozukluğu gelişimine karşı psikostimülan tedavinin koruyucu etkisinden kaynaklanmış olabileceği bildirilmiştir (96). Bu çalışmaların aksine psikostimülan tedavi ile madde kullanım bozukluğu gelişimi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. DEHB olan erişkinlerle yapılan retrospektif bir çalışmada tedavi geçmişine göre gruplandırılmalar yapılmış (tedavi almamış, tedavi almış, tedavi almış ve halen tedaviye devam eden) ve gruplar arasında madde kullanım bozukluğu oranları açısından fark gözlenmediği bildirilmiştir (97). Biederman ve arkadaşlarınca yapılan, 112 erkek çocuk ve adölesanın 10 yıl süreyle izlendiği bir başka çalışmada ise yine psikostimülan tedavi ile madde kullanım bozukluğu gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (98). Tüm bu çalışma sonuçlarına bakıldığında, çocukluk ve ergenlik döneminde etkin psikostimülan tedavinin ileriki dönemlerde madde kullanım bozukluğu gelişimi için koruyucu olabileceği, en azından psikostimülan tedavinin madde kullanım bozukluğu gelişimine anlamlı bir katkısı olmadığı söylenebilir.

Alkol-madde kullanım bozuklukları ve DEHB birlikteliği olan olgularda, tedavide öncelikle alkol-madde kullanım bozukluklarının ele alınması önerilmektedir (99). Kontrollü çalışmalarda, aktif alkol-madde kullanım bozukluğu ve DEHB'si olan hastalarda, DEHB tedavisinin DEHB belirtilerine ve alkol-madde kullanımı üzerine çok az etkisi olduğu gösterilmiştir (100). Psikostimülan ilaçlar aktif madde kullanıcılarında kontrendikedir. Madde kullanım bozukluğu olan erişkin DEHB'li olgularda psikostimülan tedavi gerekliyse madde kullanım bozukluğunun en az 3 ay süreyle remisyona girmesi beklenmelidir (101).

Madde kullanımı tedavi ile kontrol altına alındıktan sonra devam eden belirtilerin madde kullanımına mı yoksa komorbid DEHB ya da duygudurum bozukluğuna mı bağlı olduğunu anlamak için yeniden değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir (102, 103).

Tedavi kılavuzlarında, madde kullanım bozukluklarında DEHB tedavisinin önemini vurgulanmıştır (102, 103, 104). Etkin DEHB tedavisi ile madde kullanım tedavisine olan uyumun arttırdığı belirtilmiştir (105).

2.4. Madde Kullanım Bozuklukları ve Anksiyete Duyarlılığı

İlk kez 1985 yılında Reis ve arkadaşlarınca tanımlanan anksiyete duyarlılığı; anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak nitelendirilmiştir. Kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren “*temel bir korku*” biçiminde kavramsallaştırılmıştır. Reiss’e göre anksiyete duyarlılığı korkmaktan korkmak ya da anksiyeteden korkmak olarak tanımlanan bir bireysel farklılık değişkenidir. Bu korku, kişinin anksiyete ya da korku yaşantılarının utanmaya, hastalığa, ölüme neden olabileceği inancından kaynaklanmaktadır (106, 107). Anksiyete duyarlılığının genetik bir bileşeni olmakla birlikte çocukluk döneminde karşılaşılan düşmanca ve tehditkar ebeveyn davranışlarıyla da ilişkili olabileceği gözlemlenmiştir (108, 109).

Anksiyete duyarlılığı kavramı, beklenti anksiyetesiyle ilişkili gibi görünmekte ve klinik olarak kısmen örtüşmektedir. Ancak beklenti anksiyetesi, “*panik ataklardan sonra edinilmiş olan*” yeniden ve kaçınılmaz bir tehlike (panik atağı) oluşacağına dair bir anksiyetedir. Anksiyete duyarlılığı, sürekli anksiyeteden (trait anksiyete) de farklıdır. Sürekli anksiyete, anksiyete belirtilerinin sonuçlarından korkmak değil yaygın anksiyete belirtileri yaşamaya yapısal bir yatkınlık şeklinde tanımlanmaktadır (107).

Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler, aniden ortaya çıkan görece daha şiddetli olan ve açıklanamayan fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış bir şekilde, tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirler; görece daha düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlar anksiyete belirtilerini hoş olmayan ancak zararsız belirtiler olarak değerlendirmektedirler (110, 111).

Yapılan çalışmalarda anksiyete duyarlılığı düzeyinin, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, hipokondriasis, obsesif kompulsif bozukluk, majör depresyon gibi bir dizi psikiyatrik hastalıkta yüksek olabileceği bulunmuştur (112-115). Anksiyete duyarlılığının yüksek oluşu başta anksiyete bozuklukları olmak üzere psikiyatrik hastalıkların sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu konusu ise halen tartışmaya açıktır (107, 111).

Anksiyete duyarlılığı ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları sıklıkla birbirleriyle çelişmektedir. 2003 yılında Forsyth ve arkadaşlarınca farklı

madde kötüye kullanımı olan bir grupta yapılan çalışmada anksiyete duyarlılığı ile madde seçimi arasında özgül bir ilişki bulunamamıştır (116). Ancak bu çalışmanın aksine 2006 yılında Lejuez ve arkadaşlarınca yapılan, eroin, kokain ve her ikisini kullanan ve kullanmayan kişilerin dahil edildiği dört grubun karşılaştırıldığı çalışmada, düzenli eroin kullanıcılarının oluşturduğu grupta anksiyete duyarlılığı düzeylerinin diğer gruplardan farklı olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (117). Başka bir çalışmada ise, esrar ya da haşhaş kullanıcılarının kullanmayanlara göre oldukça düşük anksiyete duyarlılığı indeksi puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bulgu esrar kullanımıyla anksiyete duyarlılığı arasında olumsuz yönde bir ilişkinin varlığına işaret ettiği şeklinde yorumlanmıştır (118).

Özetle şu ana kadar yapılan çalışmalara bakıldığında anksiyete duyarlılığı ile madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı arasında bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Anksiyete duyarlılığı yüksekliğinin belli maddelere özgül bir yatkınlık yarattığı söylenememekle birlikte yüksek anksiyete duyarlılığının madde bağımlılığı hastalarının en azından bir kısmında, bazen nedensel bazen de sürdürücü etkenlerden biri olarak rol oynuyor gibi görünmektedir (111).

2.5. Madde Kullanım Bozuklukları ve Çocukluk Çağı Travmaları

Travma, bireyin ruhsal ve/veya bedensel varlığını sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Kişinin kendisinin ya da yakınlarının, bedensel veya ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak aniden gelen ağır, örseleyici durumlar ya da yaşantılar travmatik olaylar olarak kabul edilmektedir. Dinamik psikiyatri bakış açısından ise travmatik yaşantı; benliğin üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta uyarılar kümesi ile karşı karşıya gelmesidir (119).

Travmatik yaşantılar içerisinde ise kuşkusuz dayanılması en güç durumlardan birisi, travma ile baş edebilecek yeterli gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşılan travmatik olaylardır (120). Çocuk istismarı (kötüye kullanımı) ve ihmali; anne, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümü şeklinde tanımlanabilir (121).

Çocukların ve erişkinlerin ihmal ve istismar sorunları, DSM-IV-TR’de Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar bölümünde “*Kötüye Kullanım ya da İhmal Etme ile İlişkili Sorunlar*” başlığı altında;

- Çocuğun Fiziksel Kötüye Kullanımı
- Çocuğun Cinsel Kötüye Kullanımı
- Çocuğun İhmal Edilmesi
- Erişkinin Fiziksel Kötüye Kullanımı
- Erişkinin Cinsel Kötüye Kullanımı şeklinde sınıflandırılmıştır (9).

İstismar ve ihmal çocukta oluşabilecek fiziksel ve psikolojik zararların yanı sıra, erişkinlik döneminde de bazı olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Çocukluk çağı travmalarının, kısa ve uzun dönemde gelişebilecek birçok psikiyatrik hastalık ile ilişkilendirilmiş olup, hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, depresif bozukluklar, somatizasyon ve konversiyon bozuklukları gibi somatoform bozukluklar, psikotik bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk ve alkol-madde kullanım bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki ilişki gösterilmiştir (122-124).

Yapılan birçok araştırmada, yaygınlık oranları farklı bulunsa da alkol-madde kullanım bozukluğu olanlarda çocukluk çağı travmalarının genel popülasyona oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir (125-127). Çocukluk çağı travmaları sonrası alkol/madde kullanım bozukluğu genel olarak kötüye kullanım döneminde veya kısa bir süre sonra başlamaktadır. Bu durum hastaların travma ortamından kaçış ararlarken disosiyasyon, somatizasyon gibi yollardan daha sık “*kimyasal kaçış yolunu*” tercih ettiklerini göstermektedir (128, 129). Ek olarak çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış alkol-madde kullanım bozukluğu olanlarda, çocukluk çağı travma öyküsü bulunmayan alkol-madde kullanım bozukluğu olanlar kıyaslandığında, daha sık eksen I ve eksen II patolojilerinin eşlik ettiği saptanmıştır (129-131).

2.6. Madde Kullanım Bozuklukları ve Dürtüsellik

Dürtü, organizmanın uyarılmış bir durumudur. Bir eksiklik veya hoş olmayan bir uyarıcı altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için bir itme, bir canlanmadır (119). Hollander ve Evers dürtüsellüğün davranışın ölçülebilir bir özelliği olduğunu, sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan ve haz arama, yaşanan travmanın beklenenden az hissedilmesi ve dışa dönüklük gibi çeşitli şekillerde karşımıza çıkabileceğini vurgulamışlardır. Bir dereceye kadar sağlıklı davranışın bir parçası olarak

kabul edilen dürtüselliği patolojik yapan ise, o dürtüye ve onu gerçekleştirmeye engel olunamamasıdır (132-134).

Dürtüselliği düzenleyen 3 temel bilişsel bileşen vardır;

1. **Ödüllendirilmeyi erteleyememek:** Dürtüsel kişiler derhal ödüllendirmeye yönelik kararlar alırlar.
2. **Çelinebilirlik:** Belirli bir işe, konuya dikkatini uzun süreli verememe.
3. **Disinhibisyon:** Kültürel normlar ve kısıtlamalara uymayan davranışların baskılanamamasıdır (134).

Dürtüsellik, DSM-IV-TR’de “*Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Denetimi Bozuklukları*” başlığı altında yer alan; aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, piromani, patolojik kumar oynama, trikotillomani gibi bozuklukların yanı sıra dürtü denetim bozukluğu olarak sınıflandırılmayan bir dizi psikiyatrik hastalığın da tanımlayıcı bir özelliğidir. Bunlar arasında, ASKB ve borderline kişilik bozukluğu gibi “B” kümesi kişilik bozuklukları, disinhibe davranışlarla karakterize nörolojik hastalıklar, DEHB, alkol-madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, intihar davranışı, yıkıcı davranış bozuklukları ve parafililer sayılabilir (133).

Bağımlılık için özel bir kişiliğin varlığı reddedilse de, alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dürtüsellik ve yenilik arayışı gibi bazı kişilik özellikleri açısından kontrollerden farklılık gösterdiği belirlenmiştir (135). Bununla birlikte madde kullanım bozuklukları, bütünüyle dürtüsel bir davranış denilemeyecek kadar karmaşık öğeler içerir. Maddeyi elde etme ve kullanma planlı bir amaç gerektirir. Ancak stres ve çevresel faktörlere yanıt olarak madde kullanan kişi sonuçlarını düşünmeden hızlı bir şekilde maddeyi alır. Bir kere madde kullanınca da bu aşırma ve çekilmeyle devamlı kullanıma ve bağımlılığa yol açar (136). Farklı dürtüsellik bileşenleri, madde kullanımının ortaya çıkışı ve sürdürümünde ödül dürtüsü ve spontan dürtüsellik arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır. Ödül eksikliği sendromu madde kullanım bozukluğu gelişiminde olası faktör olarak görülmektedir. Bağımlılık ve kötüye kullanım eğilimi olan kişilerde, nöranal yollarda dopamin konsantrasyonlarının düşük seviyelerde olduğu bulunmuştur (134).

Yapılan birçok çalışmada sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında, dürtüsellik ve alkol-madde kullanım bozuklukları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır, bir çalışmada ise bu ilişki bulunamamıştır (130-141). Ek olarak farklı çalışmalarda, madde

kullanım bozuklukları olanların alkol kullanım bozukluğu olanlara göre, çoklu madde kullanımı olanların ise tek bir madde kullanımı olanlara göre daha yüksek dürtüsellik düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur (142-144). Benzer bir ilişkiyi araştıran ülkemizde yapılmış yakın tarihli bir çalışmada ise agresyon ve dürtüsellik açısından alkol bağımlıları, eroin bağımlıları ve sağlıklı kontroller karşılaştırılmıştır. Çalışmada, alkol ve eroin bağımlılarında dürtüsellik ve agresyon düzeyleri kontrol grubundan daha yüksek saptanmışken alkol bağımlılığı olan grup ve eroin bağımlılığı olan grup arasında fark bulunmamıştır (145).

Dürtüseliğin, hem aşırı alkol-madde kullanımının başlangıcında hem de bağımlılığın nüksetmesinde temel bir mekanizma olabileceği öne sürülmektedir (146, 147). Dürtüsellüğün, madde kullanım bozukluklarının sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu sorusu ise henüz yanıtlanamamıştır (141).

2.7. Madde Kullanım Bozuklukları ve Agresyon

İnsan davranış tarzının oldukça karmaşık süreçler barındırması nedeniyle insan saldırganlığı (agresyon) tanımı üzerinde uzlaşabilmek zor olsa da agresyon, bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar verme amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış şeklinde tanımlanabilir. Şiddet ise bir kişi ya da grubun başkalarına karşı fiziksel olarak zarar vermesidir. Patlayıcı olması ve yaralama, yok etme amacını gütmesi nedeniyle saldırganlık eyleminin uç noktasıdır (148).

Şiddet kavramı çok boyutlu bakış açısı ile açıklanmaktadır. Şiddetin ortaya çıkmasında tek faktör değil, özellikle bireysel ve çevresel; biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler bir arada ele alınarak şiddet kavramı açıklanabilir (149).

Dünya üzerinde farklı bölgelerde yapılmış çalışmalarda, ciddi derecede mental hastalığı olan kişilerde mental sağlığı yerinde olan kişilere göre daha fazla şiddet görülmektedir. Ağır mental hastalık, sıklıkla algıyı bozmakta, şüpheyi arttırmaktadır beraberinde ise aşırı duygusallık ve dürtü denetiminde yetersizlik ortaya çıkmaktadır. Şizofreni, majör depresyon ya da bipolar bozuklukta şiddet yaygınlığı benzerdir (yaklaşık %11-13). Alkolizmi ya da madde bağımlılığı olanlarda ise bu oran sırası ile %25 ve %35 olmak üzere daha yüksek oranlarda bulunmaktadır (150). Ek olarak DSM-IV-TR'de 'Klinik İlgi Odağı Olabilecek Ek Kodlar' başlığı altında bir mental bozukluğa bağlı olmayan 'Erişkin Antisosyal Davranışı' ve 'Çocuk ya da Ergen Antisosyal Davranışı' tanılarına yer verilmiştir (9).

Madde ve şiddet 3 değişik yolla ilişkide olabilir, bunlar; psikofarmakolojik şiddet, ekonomik nedenli şiddet ve sistemik şiddet olarak tanımlanmıştır.

1. Psikofarmakolojik Şiddet: Uyuşturucu ya da uyarıcı madde etkisi altında işlenen suçlar olarak tanımlanmıştır. Bu durum iritabilite, çekilme sendromu ya da bazen maddelerden kaynaklanan “crash” ile de ilişkili olabileceği gibi, madde nedeniyle bilişsel fonksiyonlarda bozulma ya da değişiklik sonucu da olabilir. Bazı insanlar da maddeyi gerginliklerini azaltması, cesaret vermesi için bilerek kullanabilir. En sık görülen maddeler alkol ve stimulanlar (kokain, amfetamin), PCP ve barbituratlardır. Esrar ve opiyatlar arasında psikofarmakolojik şiddetle ilişkide olduğunu gösteren çok az kanıt var.

2. Ekonomik Nedenli Şiddet: Bu şiddet türü doğrudan psikolojik etkilerden değil madde kullanan kişinin bu maddeyi temin etmek için ihtiyaç duyduğu parayı elde edebilmesi için işlediği suçlardır. Temelinde fiziksel ve psikolojik bağımlılık bulunmaktadır. Bütün maddeler olabileceği gibi özellikle eroin ve kokain bu tipte ilişkilidir.

3. Sistemik Şiddet: Yasadışı uyuşturucu ve uyarıcı madde ticareti kapsamında bu maddelerin temini, dağıtımı ve ticareti sırasında ortaya çıkan ve çoğunlukla şiddet içeren cinayet, yaralama gibi yasadışı maddenin ticaretinin yapılabilmesini kolaylaştırmak amacıyla işlenen suçları kapsamaktadır. Sadece kullanıcı olanlardan daha çok dağıtıcıların bu tür şiddete katılım risklerinin olduğuna işaret etmektedir (149-152).

Madde kullanımı ve suç arasında bir ilişki olduğu pek çok çalışma ile gösterilmesine rağmen, bu iki durum arasındaki neden sonuç ilişkisi tam olarak netleşmemiştir. Bazı çalışmalar madde kullanımının suç davranışına neden olduğunu göstermekte iken başka çalışmalar suç davranışında bulunan insanların zaman içerisinde madde kullanımına başladığını göstermektedir. Aralarındaki neden sonuç ilişkisi kesin olarak belirlenememiş olmasına rağmen tedaviye devam eden kişiler arasındaki suç oranlarının tedavi görmeyenlere göre daha düşük olması, madde kullanımı olan kişilerin tedavisinin önemini vurgulamaktadır (149).

2.8. Madde Kullanım Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü; sağlığı, yalnızca hastalık veya sakatlığın bulunmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlar (153). Tedavi anlayışının yaşamı sürdürmekten çok sağlığı iyileştirmeye yönelmesinden itibaren, hem fiziksel hem de ruhsal sağlığın iyileştirilmesinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önem kazanmıştır

(154). Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın bedensel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmektedir (155). Yaşam kalitesi en kısa biçimde algılanan sağlık olarak tanımlanabilir. Bu çerçevede yaşam kalitesi herhangi bir hastalığa özgü bir kavram değil, hastalığın hastanın yaşamında yaptığı etkiyi açıklamaya çalışan çok boyutlu bir kavramdır (156). Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise yaşam kalitesi, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları şeklinde tanımlanmıştır (157).

Farklı desenlerde tasarlanmış ve farklı ölçüm araçlarıyla yapılmış birçok çalışmada madde kullanım bozukluğu olanların yaşam kaliteleri incelenmiştir (185-163). Madde kullanımıyla ilişkili ruhsal, fiziksel ve sosyal sorunlar ile birlikte komorbid ruhsal ve fiziksel hastalıklar göz önüne alındığında bu çalışmalarda, madde kullanım bozukluğu olanlarda, genel popülasyona ve kontrol gruplarına kıyasla daha düşük yaşam kalitesi puanlarının bulunması şaşırtıcı değildir.

Yaşam kalitesi ile ilgili tedavi izlem çalışmalarında ise, madde kullanmayan remisyonadaki bağımlılarda yaşam kalitesinin, tedavi başlangıcına göre arttığı saptanmıştır. Eroin bağımlıları ile yapılan çalışmalarda hem metadon hem de buprenorfin idame tedavisi altındaki hastalarda yaşam kalitesinin tedavi ile anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiştir (164-167).

Güncel bir başka çalışmada, metadon idame tedavisi altındaki 193 opiyat bağımlısında, geçmişte davranım bozukluğu öyküsünün varlığı ve devam eden DEHB belirtileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada katılımcıların % 60.1' inde geçmişte davranım bozukluğu öyküsü olduğu, %24.9' unda ise devam eden DEHB belirtileri olduğu saptanmıştır. Davranım bozukluğu öyküsü olan ve/veya DEHB belirtileri devam eden katılımcılarda, daha yüksek bağımlılık şiddeti, daha fazla eşlik eden psikiyatrik bozukluk, daha ciddi düzeylerde işlevsellik kaybı ve daha düşük yaşam kalitesi puanları bulunmuştur (168).

2.9. Bağımlılık Şiddeti

Madde kullanım bozuklukları, bireyin kendisinde, ailesinde, yakın çevresinde ve yaşadığı toplumda tıbbi, ekonomik, yasal ve sosyal bir dizi sorunlara neden olarak önemli kayıplara yol açmaktadır. Günümüzde madde bağımlılığı ile ilgili araştırmalarda, tanı ölçütlerine göre bağımlılık “*var ya da yok*” şeklinde genel ve kategorik bir sınıflandırma

yapılmaktadır. Dolayısıyla madde kullanımına bağlı sorunlarla ilgili boyutsal bir değerlendirme eksik kalmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozuklukları olan hastalar çok farklı boyutta sorunları olan kişilerdir. Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluklarında tedavi bağımlılığın farklı boyutları göz önüne alınarak yapılmalıdır (169-173).

Bağımlılıkta şiddet kavramı farklı faktörlerden oluşabilir. Bağımlılık tanı ölçütlerini oluşturan belirtilerin sayısı, madde kullanımının kişinin yaşamına olan etkisi, madde kullanımına karşı duyduğu isteğin yüksekliği gibi değişkenlerin her biri bağımlılık şiddet göstergeleri olarak kabul edilebilir. Bu nedenlerle bağımlılık şiddetinin tanımlanması ve ölçülmesi önemlidir (170).



3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Bu çalışma temel olarak, opiyat bağımlılığı olan hastalarda DEHB sıklığının araştırılmasını ve DEHB belirtilerinin bağımlılık kliniğine olan etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca çalışmamızda eroin bağımlılarında, bağımlılık şiddetine etki edebilecek sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, impulsivite, agresyon, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon belirtileri araştırılarak, DEHB belirtileri ile birlikte kliniğe olan etkileri değerlendirilmiştir.

3.1. Araştırma Örneklemi

Araştırma, Ocak 2014-Mayıs 2014 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Alkol ve Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (AMATEM), DSM-IV-TR tanı ölçütlerince “*Opiyat Bağımlılığı*” tanısı konulan, yatarak takip edilen ve araştırmayı kabul eden ardışık 100 erkek hasta ile yürütüldü.

Aşağıdaki ölçütler uyarınca araştırmaya katılması uygun bulunan hastalar, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra yazılı onayları alınarak araştırma grubuna dahil edildi.

A) Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
2. DSM-IV-TR'ye göre “*Opiyat Bağımlılığı*” tanı ölçütlerinin karşılama
3. Buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi döneminde bulunma
4. Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okur-yazar olma
5. 18-45 yaş aralığında olma
6. Erkek hasta

B) Dışlama Ölçütleri

1. Ciddi bir bedensel, sistemik veya nörolojik hastalığa sahip olma
2. Zeka geriliğine sahip olma
3. Alkol-madde etkisinde, yoksunluk ya da deliryum döneminde bulunma
4. Bilişsel işlevleri etkileyebilecek veya araştırmaya uyumu bozabilecek psikopatolojiye sahip olma (Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluklar, remisyonunda olmayan bipolar bozukluk, dissosiyatif bozukluklar, nörokognitif bozukluklar gibi.)

3.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yürütülmesi için Selçuk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli etik onayı alınmıştır (Ek:1).

Katılımcılarla tüm görüşmeler, klinik olarak yoksunluk bulgularının tamamen kaybolduğu buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi dönemi içerisinde gerçekleştirildi. Araştırma süresince, araştırmayı kabul ederek yazılı onayları alınan katılımcılarla, toplamda en az üç görüşme yapıldı.

Birinci görüşmede katılımcılara, araştırmanın amacı ve uygulanması ile ilgili bilgiler sözel olarak anlatıldıktan sonra, araştırmaya dahil edilme ve dışlama ölçütleri uyarınca, araştırma katılması uygun bulunan ve araştırmayı kabul eden katılımcılara gönüllü olarak katılma belgesi imzalatıldı (Ek:2). Katılımcılara her türlü kişisel bilgilerinin saklı tutulacağı, araştırmaya katılmaktan herhangi bir zamanda vazgeçebilecekleri ve katılmamalarının tedavi programını etkilemeyeceği belirtildi. Bu ilk görüşmede, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından bu çalışma için hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu (SVF; Ek:3) doldurulduktan sonra bağımlılık şiddetini belirlemek amacıyla Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (Addiction Severity Index: ASI; Ek:4) uygulandı. SVF içerisinde yer alan “geçmiş eksen I psikiyatrik hastalık öyküsü” maddesinde, hasta beyanları doğrultusunda, hastaların bağımlılık dışı geçmiş psikiyatri poliklinik başvuruları değerlendirildi. Görüşmenin sonunda katılımcılara bir sonraki görüşmede toplanmak üzere doldurmaları için, Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ, Wender Utah Rating Scale: WURS; Ek:5), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale: ASRS; Ek:6) ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (Barrat Impulsiveness Scale, Version 11: BIS-11; Ek:7) verildi.

İkinci görüşmede, ilk görüşmede katılımcılara doldurmaları için verilmiş olan öz bildirim ölçekleri (WUDÖ, ASRS, BIS-11) toplandı. Katılımcıların çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB belirtilerini değerlendirmek amacıyla hem katılımcılarla hem de katılımcıların çocukluk ve erişkinlik dönemini bilen bir yakını ile Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (Diagnostisch Interview Voor ADHD-2.0: DIVA-2.0; Ek:8) aracı uygulandı. İkinci görüşmenin sonunda, katılımcılara bir sonraki görüşmede toplanmak üzere doldurmaları için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ: Childhood Trauma Questionnaire: CTQ; Ek:9), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (Buss-Perry Aggression Questionnaire; Ek:10), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3: Anxiety Sensitivity Index-

3; Ek:11) ve Kısa Form-36 (KF-36: Medical Outcomes Study Short Form-36: SF-36; Ek:12) öz bildirim ölçekleri verildi.

Üçüncü görüşmede bir önceki görüşmede katılımcıların doldurmaları için verilen öz bildirim ölçekleri (ÇÇTÖ, Buss-Perry Agresyon Ölçeği, ADI-3, KF-36) toplandı. Araştırmacı tarafından her bir katılımcıya Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ: Hamilton Depression Rating Scale: HDRS; Ek:13) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ: HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; Ek:14) uygulandı.

Ayrıca araştırma süresince katılımcıların her biriyle yapılan bu üç görüşme haricinde katılımcının talebi ya da araştırmacı tarafından gerekli görülen durumlarda ek görüşmeler yapıldı.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından bu araştırma için hazırlanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve diğer sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra eroin kullanım süresi, eroin kullanım miktarı, eroin kullanım yolu, tedavi arayışı ve diğer madde kullanım özelliklerinin sorgulandığı yarı yapılandırılmış bir formdur (Ek:3).

3.3.2. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği

Bağımlılık şiddetini belirlemek üzere 1979 yılında McLellan ve arkadaşlarınca geliştirilmiştir. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (Addiction Severity Index: ASI), 6 alt ölçekte toplam 140 maddeden oluşturulmuş, yapılandırılmış bir klinik ölçeği. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında etkilenen tıbbi durum, iş durumu, madde ve alkol kullanımı, yasal, aile ve psikiyatrik sorun alanlarını belirleyerek, toplam 6 alanda tedaviye veya danışmana olan gereksinimin şiddetini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. ASI; tıbbi durumun (11 madde), iş/destek durumunun (24 madde), yasal durumun (30 madde), alkol ve madde kullanımının (27 madde), aile/sosyal ilişkiler durumunun (26 madde) ve psikiyatrik durumun (22 madde) sorgulandığı toplam 6 alt ölçekten meydana gelmektedir. 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. Yüksek puanlar, bireyin tedavi veya danışma gereksiniminin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekten şiddet puanı ve bileşik puan olmak üzere iki tür puan elde

edilmektedir. 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. Bileşik puan; bireyin son 30 gündeki davranışlarını değerlendiren belirli maddelerin hesaplanmasıyla oluşan matematiksel bir puandır. ASI, Demirbaş ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak yarı yapılandırılmış klinik ölçme aracı olarak oluşturulmuştur (174, 175) (Ek:4).

3.3.3. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ: Wender Utah Rating Scale: WURS) çocukluk çağındaki DEHB belirtilerinin geriye dönük sorgulanması ve erişkinlerde DEHB tanısının konulmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. Erişkinlerde DEHB tanısı konulabilmesi için geliştirilen Wender ve arkadaşlarınca tanımlanmış olan Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. WUDÖ beşli likert tipi bir ölçektir ve erişkinlerden çocuklukta durumları hakkında yöneltilen sorulara “*Hayır ya da Çok Hafif*”, “*Hafif*”, “*Orta derecede*”, “*Fazla*” ya da “*Çok fazla*” şeklinde yanıtlamaları istenir, bu yanıtlara sırasıyla 0, 1, 2, 3 ve 4 puan verilir. Beşinci faktör altında yer alan “*Kararlı, sebatkâr ve inatçıydım, iradem güçlüydü*” maddesi eksi faktör yükü nedeniyle ters çevrilerek puanlanır. Tüm maddelerin toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilir. Ölçek geliştirme çalışması sırasında ilk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek, daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği saptanan 25 maddeden oluşan şekline kısaltılmıştır. Toplam 25 maddeden elde edilen 0 ile 100 arası puanlar WUDÖ puanını vermektedir. Ölçeğin 25 maddelik formunun Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öncü ve arkadaşları tarafından yapılmış olup kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8 olarak saptanmıştır. Ölçeğe göre kesme değeri 36 ve üzeri olan katılımcıların, çocuklukta DEHB belirtileri gösterdiği kabul edilmektedir (174, 176, 177) (Ek:5).

3.3.4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale: ASRS), özellikle erişkinlerde DEHB’nin taranması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. Klinik çalışmalar kadar epidemiyolojik çalışmalarda da kullanılması önerilmektedir. DSM-IV-TR’de DEHB tanısı için önerilen A grubu belirtilerin sorgulandığı 18 maddeden oluşur. Ölçeğin “*dikkat eksikliği*” ve “*hiperaktivite/dürtüsellik*” olmak üzere her biri 9 sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır.

Katılımcılardan ölçeği doldururken son altı ayı dikkate alarak her ifade için kendilerine en uygun gelen seçeneği işaretlemeleri istenir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3, çok sık yanıtı için 4 olmak üzere yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır. ASRS Türkçe formunun, geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan faktör analiziyle varyansın %41.6'sını açıklayan iki etken (hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği) elde edilmiştir. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa = 0.88). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de “*dikkat eksikliği*” için 0.82 ve “*hiperaktivite/dürtüsellik*” için 0.78 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (174, 178, 179) (Ek:6).

3.3.5. Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme

Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (Diagnostisch Interview Voor ADHD-2.0: DIVA-2.0), DSM-IV ölçütlerine dayanmaktadır ve yetişkinler için geliştirilmiş ilk yapılandırılmış Hollandaca tanı görüşmesidir. Kooij ve Francken tarafından geliştirilmiştir. Çocuklukta ve yetişkin dönemde DSM-IV-TR’de DEHB tanısı için önerilen A grubu 18 ölçütün her birinin değerlendirilmesini kolaylaştırmak için, görüşmede güncel ve geçmişe yönelik (çocukluk dönemi) davranışlarla ilgili somut ve gerçekçi örnekler sunulmaktadır. Ayrıca belirtilerin günlük hayatta yol açtığı işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla iş ve eğitim, ilişkiler ve aile hayatı, sosyal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri ve hobiler, özgüven ve benlik imgesi olmak üzere beş ana alanda da somut örnekler verilmektedir. Geçmişle ilgili bilgilerin başka kaynaklardan da alınması ve aynı zamanda doğrulanabilmesi için mümkünse kişinin eşi ve/veya aile bireylerinden birinin varlığında DIVA 2.0’nın tamamlanması önerilmektedir. Hollandaca’dan Türkçe’ye çevirisi Fred Jansen, Türkçeden Hollandaca’ya geri çevirisi Antoinette Verburg tarafından “*Janssen*” firması tarafından desteklenerek yapılmıştır. 2013 yılında Türkçe versiyonu kullanıma hazır hale gelen DIVA 2.0-Türkçe, Motavalli, Öncü, Bron, van Bussel ve Kooij tarafından gözden geçirilmiştir (180) (Ek:8).

3.3.6. Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Dürtüsellik değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş dörtlü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Hem klinik hem de klinik olmayan örneklemin dürtüsellik yönünden toplam ve boyutsal değerlendirmesini yapmak ve bu boyutların düzeyini ve şiddet değişimini ölçme imkanı vermektedir. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (Barrat. Impulsiveness

Scale, Version 11: BIS-11), Barrat ve arkadaşlarınca geliştirilmiş olup Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Güleç ve arkadaşlarınca yayınlanmıştır. Ölçeğin kesme puanı belirlenmemiştir bu nedenle karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır ve plan yapmama, dikkat dürtüsellığı ve motor dürtüsellik olmak üzere 3 alt faktör tanımlanmıştır. Toplam puan olarak da kullanılabilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, orijinal çalışmadaki plan yapmama, dikkat dürtüsellığı ve motor dürtüsellik faktörlerinin Türkiye örneklemini ile farklı düşmesi nedeniyle araştırmacılar tarafından isim verilmeden birinci, ikinci ve üçüncü faktör biçiminde tanımlanmıştır ve daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle çalışmamızda toplam BIS-11 puanı kullanılmıştır. Ölçeğin puanlaması yapılırken olumlu ifadelerle sahip maddeler (1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20, 29 ve 30) ters çevrilerek puanlanır. Ölçeğin toplam puanı maddelerin aritmetik toplamı ile elde edilir. Toplam BIS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir (174, 181, 182) (Ek:7).

3.3.7. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ: Childhood Trauma Questionnaire: CTQ), 20 yaş öncesi duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Toplam 28 sorudan oluşan beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Yanıt seçenekleri 1. hiçbir zaman, 2. nadiren, 3. zaman zaman, 4.sıklıkla, 5. çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Çocukluk çağı istismarıyla ilişkili olarak cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmali konu alan beş alt boyutu içermektedir. Ayrı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Bernstein ve arkadaşlarınca geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşlarınca yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe sürümü için kesme puanı hesaplanmamıştır ancak araştırmacılar çalışma bulgularından yola çıkarak bazı kestirimlerde bulunmuşlardır. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal

ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolaylarında olabileceği görülmektedir (174, 183, 184) (Ek:9).

3.3.8. Buss-Perry Agresyon Ölçeği

Buss-Perry Agresyon Ölçeği (Buss-Perry Aggression Questionnaire) kişide bulunan agresyonu, fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık alt boyutlarıyla değerlendirmektedir. Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş olan ölçek, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Evren ve arkadaşlarınca 2011 yılında yayınlanmıştır. Ölçeğin özgün formu 29 maddeden oluşmaktadır ancak 7. maddenin çalışmadığı görülerek çıkarılmıştır. Sonuçta ölçek toplam 28 maddeden oluşmuş beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Fiziksel agresyonu 1.- 6. ile 8.-9. maddeler, sözel agresyonu 10.-14. maddeler, öfkeyi 15.-21. maddeler ve düşmanlığı 22.-29. maddeler sorgulamaktadır. Ölçekte 18. madde dışındaki tüm maddeler 0 ile 4 arasında puanlanırken, 18. madde ters puanlanır. Alt ölçeklerin ve ölçeğin genel toplam puanı her bir madde puanının aritmetik toplamıyla elde edilir (174, 185, 186) (Ek:10).

3.3.9. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

Anksiyete duyarlılığını fiziksel, toplumsal ve bilişsel boyutlarıyla değerlendiren her alt boyut için 6 maddenin sorgulandığı ve toplamda 18 maddeden oluşan beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcılara herhangi bir maddedeki durumu hiç yaşamamış olsalar bile, böyle bir deneyimi yaşamaları halinde nasıl hissedeceklerini dikkate alarak ölçeği doldurmaları istenmektedir. Taylor S. ve arkadaşlarınca geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Mantar, Yemez ve Alkın tarafından 2010 yılında yayınlanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda kesme puanı hesaplanmamıştır ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Ölçek toplam puanı, her bir madde puanının aritmetik toplamı ile elde edilir. Yüksek puanlar artmış anksiyete duyarlılığını göstermektedir (174, 187, 188) (Ek:11).

3.3.10. Kısa Form-36

Kısa form-36 (KF-36: Medical Outcomes Study Short Form-36: SF-36) yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçeklerden biridir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Bununla birlikte sağlıklı katılımcılarda ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve

kullanıma sunulmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yayınlanmıştır. Kısa Form-36, fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın sekiz boyutunu 36 maddede değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönleri de değerlendirilmektedir. SF 36'nın puanlaması ayrıntılı bir yönerge ile yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı yoktur, sekiz alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmekte ve yüksek puanlar iyi sağlık durumunu işaret etmektedir (174, 189, 190) (Ek:12).

3.3.11. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Depresif belirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanan, depresyon düzeyini ölçen bir testtir. Depresyon tanısı koydurmaz. Hamilton ve onun gözetimine B.W.Williams tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Akdemir ve arkadaşlarınca 1996 yılında yayınlanmıştır. Toplam 17 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve iç görü ile ilgili maddeleri 0 ile 2, diğer maddeleri 0 ile 4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekte en yüksek 51 puan alınabilir (174, 191, 192) (Ek:13).

3.3.12. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Klinisyen tarafından uygulanan, son 72 saat içerisindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek amacıyla anksiyetenin psişik ve somatik belirtilerinin derecelendirildiği bir ölçektir. Toplamda 14 maddeden oluşur, her maddeye 0 ile 4 arasında puan verilerek, her maddenin toplamı ile toplam puan elde edilir. Ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değişmektedir. 1998 yılında Yazıcı ve arkadaşlarınca Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yayınlanmıştır. Türkçe versiyonunda kesme puanı hesaplanmamıştır. Bruss ve arkadaşları, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliğini arttırabilmek amacıyla yapılandırılmış bir görüşme kılavuzu geliştirmiştir (174, 193, 194) (Ek:14).

3.4. İstatiksel Yöntem

İstatiksel analizlerin uygulanmasında, Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı versiyon 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences: SPSS 20.0) kullanıldı.

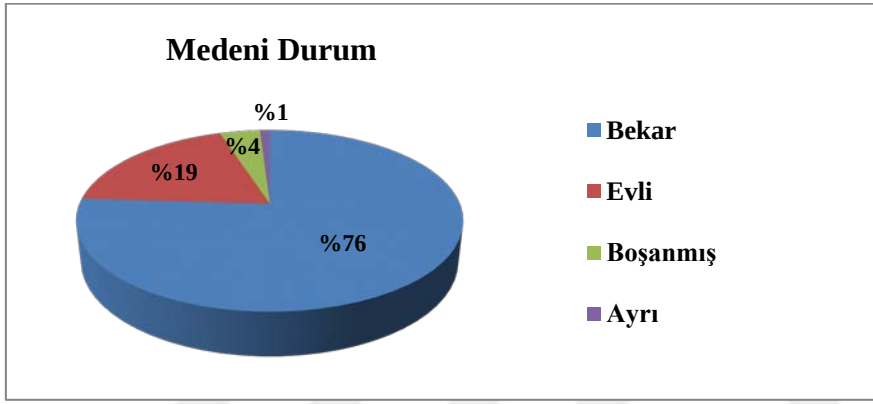
Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik verilerde frekans ve yüzdelere, sayısal verilerde ise ortalama, standart sapma (ss) ve değer aralıkları verildi. Sayısal verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları analitik (Kolmogorov-Smirnov testi) ve görsel (histogram ve olasılık grafikleri) yöntemler kullanılarak değerlendirildi. Gruplar arası kategorik veriler karşılaştırılırken Pearson Ki-kare testi kullanıldı, 2x2 tablolarda herhangi bir gözdeki beklenen frekans değerinin 5'in altında olduğu durumlarda Fisher'in kesin (Fischer exact test) testinden yararlanıldı. RxC tablolarda, Ki-kare testinin varsayımı sağlanmadığı durumlarda ise Fisher-Freeman-Halton testi uygulandı. Gruplar arası sayısal veriler incelenirken Student t testi kullanıldı, Student t testi'nin varsayımı sağlanmadığı durumlarda ise bu testin non-parametrik karşılığı olan Mann-Whitney U testinden yararlanıldı. İki den çok gruplarda ordinal ve sayısal veriler karşılaştırılırken Kruskal-Wallis testi kullanıldı ve gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc olarak gruplar ikiyeşerli şekilde Mann-Whitney U testi ile sınanarak Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirildi. Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirilen üçlü gruplarda anlamlılık düzeyi $p < 0.017$ olarak kabul edildi. ASI alt boyutları ile çalışmada araştırılan bağımsız değişkenler arası ilişkilerin yönü ve düzeyi incelenirken Spearman korelasyon analizi kullanıldı. ASI alt boyutlarının belirleyicilerinin saptanması amacıyla stepwise çok değişkenli lineer regresyon modeli kullanılarak farklı prediktörlerin ASI alt boyutları üzerindeki bağımsız etkileri araştırıldı. Regresyon model uyumu, gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelendi. Analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

4.1. Örneklemin Tanıtılması: Demografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler

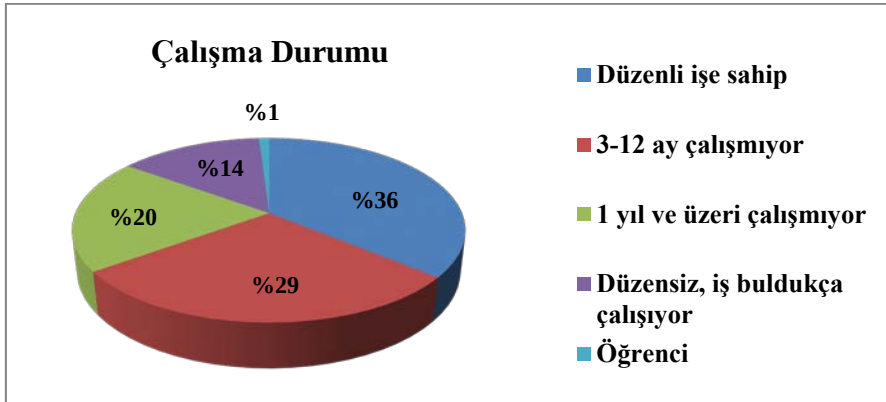
4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Veriler

Çalışmaya alınan hastaların yaşları 18-33 arasında, yaş ortalamasının ise 23.15 ± 3.86 olduğu bulundu. Ortalama eğitim süreleri 8.7 ± 2.19 (0-14) yıl olarak belirlendi. Medeni durumları incelendiğinde %76'sı bekar (n:76), %19'u evli (n:19), %4'ü boşanmış (n:4), bir katılımcı (n:1, %1) ise ayrı yaşıyordu (Şekil 4.1).



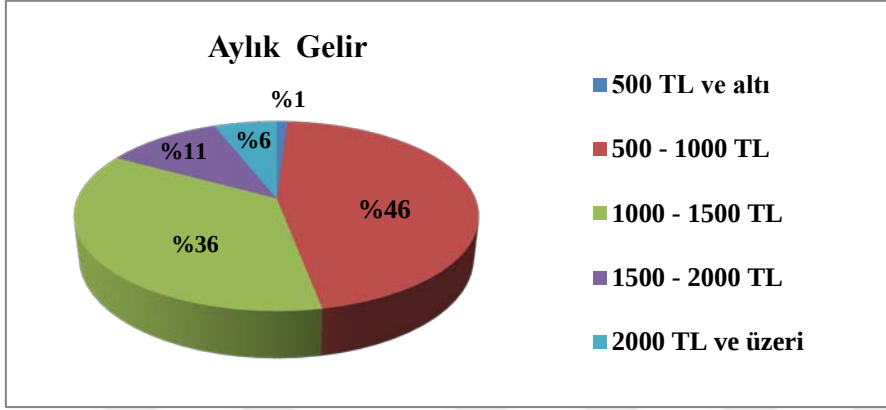
Şekil 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri: Medeni Durum

Katılımcıların %36'sı düzenli bir işe sahipti (n:36), %29'u son 3-12 ay arası herhangi bir işte çalışmamıştı (n:29), %20'si son bir yıl ve üzeri sürede çalışmıyordu (n:20), %14'ü ise düzensiz iş buldukça çalıştıklarını belirtmişlerdi (n:14). Bir katılımcı ise halen eğitimine öğrenci olarak devam ediyordu (%1) (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri: Çalışma Durumu

Çalışmaya katılanların aylık gelir ortalamalarına bakıldığında, bir katılımcı aylık gelirinin 500 TL'nin aşağısında (%1), 46 katılımcı 500-1000 TL arasında (%46), 36 katılımcı 1000-1500 TL arasında (%36), 11 katılımcı 1500-2000 TL arasında (%11), 6 katılımcı ise 2000 TL ve üzerinde (%6) olduğunu belirtmişti (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri: Aylık Gelir

Çalışmaya katılan hastaların, büyük çoğunluğu (n:83, %83) şehir merkezinde doğmuşlardı, 15 katılımcı (%15) ilçede, birer katılımcı ise köy ve kasabada doğmuştu. Şehir merkezinde yaşayanlar (n:98, %98) yine çoğunluğu oluşturmaktaydı, iki katılımcı (%2) ise ilçede yaşamaktaydı. Katılımcıların dördü yalnız (%4), altısı eş ve çocukları ile birlikte çekirdek aile yapısında (%6), 13'ü eş ve çocukları ile birlikte geniş aile yapısında (%13), 47'si anne ve babası ile birlikte çekirdek aile yapısında (%47), 11'i anne ve babası ile birlikte geniş aile yapısı içerisinde (%11) yaşıyorlardı. 10 katılımcı annesi ve kardeşleri ile birlikte (%10), dört katılımcı ise annesi ile birlikte (%4) yaşıyordu. Katılımcıların yaşadıkları evde birey sayısı ortalama 4.4 ± 1.82 (1-11) kişi olarak bulundu.

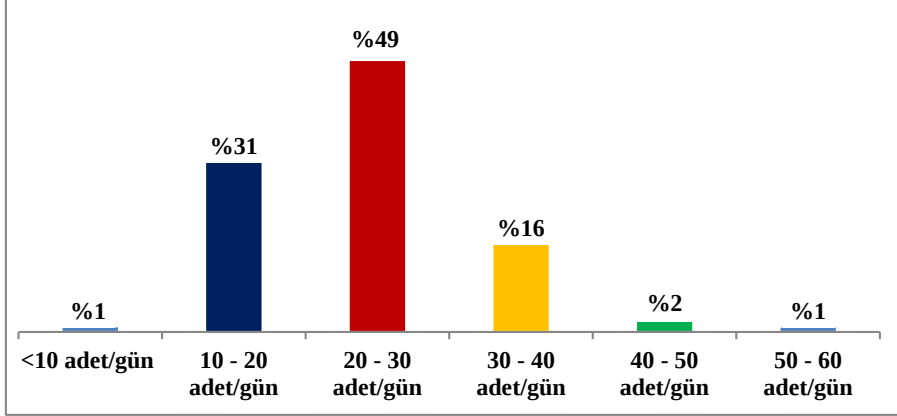
Katılımcıların ebeveyn eğitim süreleri incelendiğinde, anne eğitim süresinin ortalama 5.13 ± 2.59 (0-14) yıl, baba eğitim süresinin ise ortalama 5.91 ± 2.43 (0-11) yıl olduğu bulundu. 13 katılımcı (%13) ebeveyn kaybı yaşamıştı ve ebeveyn kaybı yaşadıkları yaş ortalaması 15.53 ± 7.43 (4-28) olarak belirlendi. 13 katılımcı (%13) ise ebeveyn ayrılığı yaşamıştı. 13 katılımcının ebeveyn ayrılığı yaşadıkları yaş ortalamasının 12.69 ± 6.49 (4-23) olduğu bulundu. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de özetlenmiştir

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Veriler

Demografik Özellik	n	%
Yaş (yıl)	23.15±3.86 (18-33)	
Eğitim Süresi (yıl)	8.7±2.19 (0-14)	
<u>Doğum Yeri</u>		
• Şehir Merkezi	8	8
• İlçe	15	15
• Kasaba	1	1
• Köy	1	1
<u>Yaşanılan Yer</u>		
• Şehir Merkezi	98	98
• İlçe	2	2
<u>Medeni Durum</u>		
• Evli	19	19
• Bekar	76	76
• Boşanmış	4	4
• Ayrı Yaşıyor	1	1
<u>Çalışma Durumu</u>		
• Düzenli Çalışıyor	36	36
• Düzensiz, İş buldukça	14	14
• 3-12 Aydır Çalışmıyor	29	29
• 1 yıl ve Üzeri Çalışmıyor	20	20
• Öğrenci	1	1
<u>Aylık Gelir (TL)</u>		
• 500 TL Altı	1	1
• 500- 1000 TL	46	46
• 1000- 1500 TL	36	36
• 1500- 2000 TL	11	11
• 2000 TL Üzeri	6	6
<u>Kimlerle Yaşıyor</u>		
• Yalnız	4	4
• Eş ve Çocuklarla Çekirdek Aile	6	6
• Eş ve Çocuklarla Geniş Aile	13	13
• Anne ve Baba ile Çekirdek Aile	47	47
• Anne ve Baba ile Geniş Aile	11	11
• Anne ve Kardeşlerle	14	14
• Diğer	5	5
<u>Ebeveyn Eğitim Süresi</u>		
• Anne (yıl)	5.13±2.59 (0-14)	
• Baba (yıl)	5.91±2.43 (0-11)	
Ebeveyn Kaybı	13	13
Ebeveyn Ayrılığı	13	13

4.1.2. Hastaların Madde Kullanımı ve Klinik Özellikleri ile İlgili Veriler

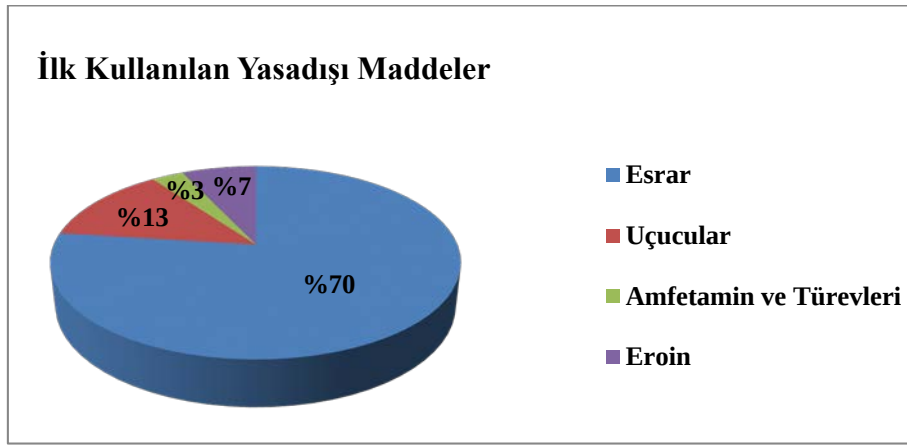
Katılımcıların tamamı (n:100, %100) sigara kullanıyordu ve sigaraya başlama yaşı ortalama 14.09 ± 2.38 (8-22) olarak bulundu. Sigara kullanım süresi ise 8.98 ± 3.65 (2-17) yıl olarak belirlendi. Günlük sigara tüketim oranları incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğu günlük 20-30 adet sigara tüketiyordu (n:49, %49) (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Hastaların Günlük Sigara Tüketimleri (adet/gün)

Çalışmaya katılan hastaların, ilk kullandıkları yasa dışı maddeler arasında esrar (kannabis) ilk sırada geliyordu (n:77, %77). İlk kullanılan yasa dışı maddeler arasında uçucular %13 (n:13), eroin %7 (n:7), amfetamin ve amfetamin türevleri ise %3 (n:3) oranında belirlendi (Şekil 4.5).

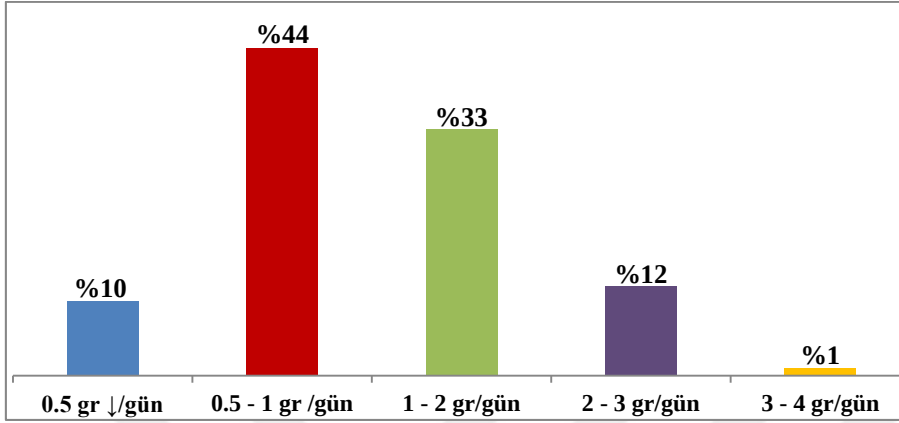
İlk kullanılan yasa dışı madde yaşı ise ortalama 16.31 ± 2.75 (10-25) olarak bulundu.



Şekil 4.5. Hastaların Madde Kullanım Özellikleri: İlk Kullanılan Yasadışı Madde

Katılımcıların eroin kullanım özellikleri incelendiğinde, ilk eroin kullanım yaşı 18.76 ± 3.64 (13-29), düzenli eroin kullanım yaşı 19.28 ± 3.74 (13-29), düzenli eroin

kullanım süresinin ise 3.78 ± 1.87 (1-9) yıl olduğu bulundu. Katılımcıların %81'i (n:81) yalnızca inhalasyon yoluyla, %10'u (n:10) yalnızca intravenöz (IV) yolla, %9'u (n:9) ise hem inhalasyon hem de IV yolla eroin kullanıyordu. Günlük ortalama eroin kullanım miktarları ise 0.5-4 gr/gün arasında değişiyordu (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Hastaların Günlük Ortalama Eroin Kullanım Miktarları (gr/gün)

Katılımcıların %51'inde (n:51), eroin dışı ek madde kullanımı bulunmazken %49'u (n:49), bir ya da birden fazla eroin dışı ek madde kullanıyordu (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların Eroin Dışı Ek Madde Kullanımları

Ek Madde Kullanımı	n	%
Yok	51	51
Kokain & Crack	15	15
Amfetamin & MDMA	1	1
Kokain & Crack + Amfetamin & MDMA	16	16
Kokain & Crack + Esrar (Kannabis)	6	6
Kokain & Crack + Benzodiazepin	1	1
Kokain & Crack + Amfetamin & MDMA + Esrar (Kannabis)	5	5
Esrar (Kannabis) + Amfetamin & MDMA	2	2
Kokain & Crack + Amfetamin & MDMA + Benzodiazepin	3	3

MDMA:3,4-metilendioksimetamfetamin

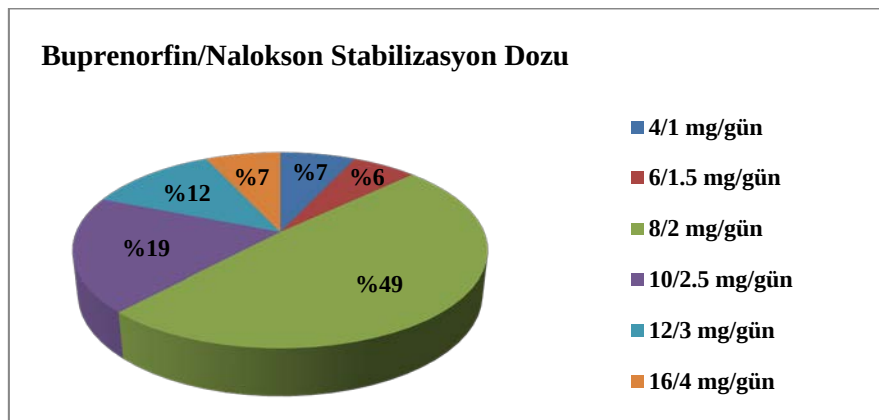
Katılımcıların %98'i (n:98) daha önce en az bir kez tedavi ve/veya eroin bırakma girişimi olduğunu belirtirken iki katılımcı (n:2, %2) daha önce herhangi bir yolla eroin bağımlılığı için tedavi veya eroini bırakma girişimi olmadığını belirtti (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Tedavi ve/veya Eroin Bırakma Girişimleri

Tedavi & Bırakma Girişimi	n	%
Yok	2	2
Kendi (Spontan)	6	6
Poliklinik (Ayaktan)	25	25
Klinik (Yatarak)	2	2
Kendi (Spontan) + Poliklinik (Ayaktan)	36	36
Kendi (Spontan) + Klinik (Yatarak)	1	1
Poliklinik (Ayaktan) + Klinik (Yatarak)	10	10
Kendi (Spontan) + Poliklinik (Ayaktan) + Klinik (Yatarak)	18	18

Katılımcıların eroin tedavi/bırakma girişim sayısının ortalama 3.16 ± 2.0 (0-10) olduğu bulundu. En uzun remisyon süresi ise ortalama 4.13 ± 4.79 (0-30) ay olarak belirlendi.

Klinik takipleri süresince aynı psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilen ve tedavileri düzenlenen katılımcıların, günlük buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozları 4/1-16/4 mg/gün arasında değişiyordu (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Hastaların Buprenorfin/Nalokson Stabilizasyon Dozları (mg/gün)

Çalışmaya katılan hastaların madde kullanımı dışındaki adli olay yaşantıları incelendiğinde, katılımcıların %35’inde (n:35) herhangi bir adli olay öyküsü bulunmazken, %65’inde (n:65) bir ya da birden fazla adli olay öyküsü vardı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların Madde Kullanımı Dışındaki Adli Olay Öyküleri

Adli Olay Öyküsü	n	%
Yok	35	35
Yaralama (Darp)	21	21
Hırsızlık	17	17
Gasp	1	1
Ruhsatsız Silah Taşıma	2	2
Askeri Suçlar	1	1
Trafik Kazası	1	1
Hırsızlık +	10	10
Yaralama (Darp)		
Hırsızlık +	2	2
Gasp		
Hırsızlık +	1	1
Madde Satıcılığı		
Yaralama (Darp) +	2	2
Gasp		
Hırsızlık +	4	4
Yaralama (Darp) +		
Gasp		
Hırsızlık +	1	1
Gasp +		
Madde Satıcılığı		
Hırsızlık +		
Yaralama (Darp) +	1	1
Gasp +		
Madde Satıcılığı		
Hırsızlık +		
Yaralama (Darp) +		
Gasp +	1	1
Mala Zarar Verme +		
Tehdit		

Katılımcıların %26'sında (n:26) yasal suçlar nedeniyle en az bir kez cezaevi yaşantısı olduğu bulundu. Cezaevi yaşantısı olan 26 katılımcının ortalama cezaevine girme sayısı 1.73 ± 1.53 (1-8) olarak belirlendi. 26 katılımcının cezaevi yaşantı süresi ise ortalama 6.26 ± 7.10 (1-30) aydı.

Çalışmaya katılanların intihar öykülerine bakıldığında 26 katılımcının (n:26, %26) geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Katılımcıların %31 ise (n:31) yaşamlarında en az bir kez intihar düşünceleri ya da planı olduğunu belirttiler. 43 katılımcıda ise (%43) geçmişte intihar düşüncesi, planı ya da girişimi bulunmuyordu.

Katılımcıların, intihar niyeti olmaksızın kendini kasıtlı yaralama davranışları incelendiğinde, %57'sinde (n:57) geçmişte veya halen devam eden kendini kasıtlı yaralama davranışı bulunuyordu. En sık görülen kendini kasıtlı yaralama davranışı ise “kendini kesme” şeklinde olduğu bulundu (n:54, %54). Tek başına kendini kesme davranışı katılımcıların %50'sinde (n:50), tek başına vücudunda sigara söndürme davranışı ise %3'ünde (n:3) tespit edildi. Kendini kesme ve vücudunda sigara söndürme davranışlarının her ikisinin birlikte görüldüğü katılımcı oranı ise %4 (n:4) oranında bulundu. Katılımcılar tarafından kendini kesme ve vücudunda sigara söndürme dışında farklı bir kendini yaralama yöntemi belirtilmedi.

Katılımcıların geçmişte bağımlılık dışı psikiyatrik hastalık öyküleri incelendiğinde, %84'ünün (n:84), geçmişte herhangi bir eksen I tanısı almadığı belirlendi. Katılımcıların %16'sında ise (n:16) geçmişte bir eksen I tanısı aldığı ve tedavi öyküsü olduğu saptandı. Aynı ya da farklı zaman dilimlerinde birden fazla eksen I tanısı alan ve tedavi görme öyküsü olan katılımcı ise bulunmuyordu. Geçmiş dönemde en sık alınan Eksen I tanısı ise “*Depresif Bozukluk*” (n:6, %6) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların Geçmişte Aldıkları Eksen I Tanıları

Eksen I Tanısı	n	%
Yok	84	84
Depresif Bozukluklar	6	6
Anksiyete Bozuklukları	3	3
Davranım Bozukluğu	3	3
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	1	1
Tik Bozuklukları	2	2
Konversiyon Bozukluğu	1	1

Katılımcıların tıbbi hastalık öyküleri incelendiğinde, 17 katılımcının (%17) geçmişte ya da halen devam eden ciddi bir tıbbi hastalığının olduğu belirlendi. En sık görülen tıbbi hastalığın Hepatit C virüs (HCV) enfeksiyonu olduğu (n:7, %7), ikinci sırada ise obstrüktif akciğer hastalıklarının (n:5, %5) olduğu bulundu.

Katılımcılardan %30'u (n:30) yetiştikleri ailelerde geçmişte ya da halen devam eden aile içi şiddetin olduğunu belirttiler. Katılımcıların %9'nun (n:9) sözel, %3'nün (n:3) fiziksel, %18'nin ise hem sözel hem de fiziksel aile içi şiddete maruz kaldıkları bulundu. Sözel ve fiziksel aile içi şiddet türleri dışında hiçbir bir katılımcı cinsel ya da farklı bir aile içi şiddet türü tanımlamadı.

Aile üyelerinin bağımlılık dışı psikiyatrik hastalık öyküleri incelendiğinde, katılımcıların %17'si (n:17) ailelerinin (anne, baba, kardeşler) en az bir üyesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğunu belirttiler. Katılımcıların aile üyelerinden en sık annelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunuyordu. Katılımcıların annelerinin %7'sinde (n:7) depresif bozukluk, %4'ünde (n:4) konversiyon bozukluğu, %2'sinde (n:2) anksiyete bozuklukları öyküsü olduğu tanımlandı. Katılımcılardan %2'si (n:2) babalarında depresif bozukluk öyküsü olduğunu, %1'i (n:1) kız kardeşinde anksiyete bozuklukları öyküsü olduğunu belirtti. Bir katılımcı ise (n:1, %1) hem babasının hem de erkek kardeşinin şizofreni tanısı aldığını belirtti.

Katılımcıların %36'sı (n:36) ailelerinin en az bir üyesinde alkol kullanımı olduğunu belirtti. 29 katılımcı (%29) babalarında, beş katılımcı (%5) erkek kardeşlerinde, iki katılımcı (%2) ise hem babalarında hem de erkek kardeşlerinde alkol kullanımı olduğunu belirtti. 20 katılımcı (%20) aile bireylerinin en az birinde sosyal alkol içiciliği olduğunu, 16 katılımcı (%16) ise aile bireylerinin en az birinde riskli alkol içiciliğinden, alkol bağımlılığına kadar değişen derecelerde alkol kullanımı olduğunu belirttiler. Hiçbir bir katılımcı, anne veya kız kardeşlerinde alkol kullanımı olduğunu belirtmedi.

Katılımcıların %10'unun aile bireylerinde madde kullanımı bulunuyordu. Altı katılımcı (%6) erkek kardeşlerinde eroin kullanımı olduğunu, bir katılımcı (%1) erkek kardeşinde MDMA kullanımı olduğunu, bir katılımcı (%1) erkek kardeşinde esrar kullanımı olduğunu, iki katılımcı (%2) ise babalarında esrar kullanımı olduğunu belirtti. Hiçbir bir katılımcı, anne veya kız kardeşlerinde madde kullanımı olduğunu belirtmedi.

Çalışmaya katılanların madde kullanım ve klinik özellikleri ile ilgili veriler Tablo 4.6 ve Tablo 4.7'de özetlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Madde Kullanım Özellikleri ile İlgili Veriler

Madde Kullanım Özellikleri	n	%
<u>Sigara</u>		
• Kullanım Oranı	100	100
• Başlangıç Yaşı	14.09±2.38 (8-22)	
• Kullanım Süresi (yıl)	8.98±3.65 (2-17)	
<u>İlk Kullanılan Madde</u>		
• İlk Kullanılan Madde Yaşı	16.31±2.75 (10-25)	
• Esrar	77	77
• Uçucular	13	13
• Eroin	7	7
• Amfetamin & MDMA	3	3
<u>Eroin Kullanımı</u>		
• İlk Kullanım Yaşı	18.76±3.64 (13-29)	
• Düzenli Kullanım Yaşı	19.28±3.74 (13-29)	
• Düzenli Kullanım Süresi (yıl)	3.78±1.87 (1-9)	
• Günlük Ortalama Kullanılan Miktar (gr)	1.18±0.68 (0.25-4)	
• İnhalasyon	81	81
• İntravenöz (IV)	10	10
• İnhalasyon+IV	9	9
<u>Ek Madde Kullanımı</u>		
• Yok	51	51
• Var (Bir veya birden fazla)	49	49
<u>Eroin tedavi/bırakma girişi</u>		
• Yok	2	2
• Var (Bir veya birden fazla)	98	98
• Sayısı	3.16±2.02 (0-10)	
• En Uzun Remisyon Dönemi (ay)	4.13±4.79 (0-30)	
<u>Buprenorfin-Nalokson</u>		
• Stabilizasyon Dozu (mg/gün)	9.02±2.74 (4-16)	

MDMA: 3,4-metilendioksimetamfetamin

Tablo 4.7. Hastaların Klinik Özellikler ile İlgili Veriler

Klinik Özellikler	n	%
<u>Adli Olay Öyküsü</u>		
• Yok	35	35
• Var	65	65
<u>Cezaevi Yaşantısı</u>		
• Yok	74	74
• Var	26	26
• Sayısı (n:26)	1.73±1.53 (1-8)	
• Süresi (n:26) (ay)	6.26±7.10 (1-30)	
<u>İntihar Öyküsü</u>		
• Yok	43	43
• İntihar Girişimi	26	26
• İntihar Düşüncesi & Planı	31	31
<u>Kendini Yaralama Davranışı</u>		
• Yok	43	43
• Var	57	57
<u>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü (Eksen I)</u>		
• Yok	84	84
• <u>Var</u>	26	26
• Depresif Bozukluk	6	6
• Anksiyete Bozuklukları	3	3
• Davranım Bozukluğu	3	3
• Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	1	1
• Tik Bozukluğu	2	2
• Konversiyon Bozukluğu	1	1
<u>Tıbbi Hastalık Öyküsü</u>		
• Yok	83	83
• Var	17	17
<u>Aile İçi Şiddet</u>		
• Yok	70	70
• Var	30	30
<u>Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</u>		
• Yok	83	83
• Var	17	17
<u>Ailede Alkol Kullanımı</u>		
• Yok	64	64
• Var	36	36
<u>Ailede Madde Kullanımı</u>		
• Yok	90	90
• Var	10	10

4.2. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB'ye İlişkin Değerlendirmeler

Katılımcıların WUDÖ ortalama puanı 31.94 ± 17.02 (5-82) olarak bulundu. Katılımcıların %35'inin (n:35) ölçeğin kesme puanı olan 36 ve üzerinde puan aldıkları belirlendi. ASRS ortalama toplam puanı ise 26.06 ± 10.75 (7-56) olarak belirlendi (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hastaların WUDÖ ve ASRS Ölçek Puanları

Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Değer Aralığı
WUDÖ	31.94 $\pm$ 17.02	5-82
ASRS A	12.84 $\pm$ 6.51	1-33
ASRS B	13.31 $\pm$ 5.82	1-33
ASRS Toplam	26.06 $\pm$ 10.75	7-56

WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Katılımcılarla ve katılımcıların çocukluk dönemini bilen bir yakını ile DIVA 2.0 kullanılarak yapılan yüz yüze görüşmeler sonucu, katılımcıların %30'unda (n:30) çocukluk çağı DEHB öyküsü olduğu, %14'ünde (n:14) ise halen devam eden erişkin dönem DEHB tanısı olduğu saptandı. DIVA 2.0 kullanılarak yapılan görüşmeler sonrası, WUDÖ kesme puanının üzerinde puan alan 7 katılımcının, çocukluk çağı DEHB öyküsü olmadığı belirlendi. WUDÖ kesme puanının altında puan alan 2 katılımcıda ise DIVA 2.0 ile yapılan görüşme sonrası çocukluk çağı DEHB öyküsü olduğu tespit edildi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hastaların DIVA 2.0 Kullanılarak Belirlenen Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanıları

DEHB Tanıları	Çocukluk Çağı DEHB		Erişkin Dönem DEHB	
	n	%	n	%
DEHB Var	30	30	14	14
• Dikkat Eksikliği	6	6	6	6
• Hiperaktivite/İmpulsivite	10	10	4	4
• Bileşik	14	14	4	4
DEHB Yok	70	70	86	86

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DIVA 2.0: Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme

DIVA 2.0 kullanılarak DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı almayan katılımcıların WUDÖ ve ASRS ölçek puanları Tablo 4.10 ve Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.10. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların WUDÖ ve ASRS Ölçek Puanları

Ölçekler	Çocukluk Çağı DEHB (+) (n:30) Ort.±SS (değer aralığı)	Çocukluk Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS (değer aralığı)	z	p
WUDÖ	51.90±12.96 (19-82)	23.39±9.87 (5-48)	-7.341	<0.0001*
ASRS A	17.33±6.12 (6-33)	10.91±5.70 (1-28)	-4.539	<0.0001*
ASRS B	16.43±6.22 (7-33)	11.97±5.13 (1-28)	-3.332	0.001*
ASRS Toplam	33.80±9.75 (14-56)	22.74±9.41 (7-56)	-4.769	<0.0001*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Tablo 4.11. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların WUDÖ ve ASRS Ölçek Puanları

Ölçekler	Erişkin Dönem DEHB (+) (n:14) Ort.±SS (değer aralığı)	Erişkin Dönem DEHB (-) (n:86) Ort.±SS (değer aralığı)	z	p
WUDÖ	53.35±17.89 (19-82)	28.41±14.18 (5-61)	-4.283	<0.0001*
ASRS A	21.14±6.24 (9-33)	11.44±5.55 (1-28)	-4.441	<0.0001*
ASRS B	20.21±6.87 (12-33)	12.25±4.82 (1-28)	-3.824	<0.0001*
ASRS Toplam	41.42±7.58 (36-56)	23.18±9.07 (7-56)	-5.294	<0.0001*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

4.2.1. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve Çocukluk Çağı DEHB Olmayan Grupların Değerlendirilmesi

Çocukluk çağı DEHB olan ve çocukluk çağı DEHB olmayan grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.12’de özetlenmiştir.

Tablo 4.12. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort±SS, n (%)	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort±SS, n (%)	z/χ ²	p
Yaş	23.17±4.27	23.14±3.71	-0.197	0.844
Eğitim Süresi (yıl)	8.50±2.71	8.79±1.94	-0.221	0.825
<u>Medeni Durum</u>			2.13	0.639
• Evli	8 (%26.7)	11 (%15.7)		
• Bekar	21 (%70)	55 (%78.6)		
• Boşanmış	1 (%3.3)	3 (%4.3)		
• Ayrı Yaşıyor	0 (%0)	1 (%1.4)		
Evlilik Yaşı (yıl)	21.66±3.0	21.06±3.21	-0.511	0.610
Evlilik Süresi (yıl)	4.11±2.14	5.60±4.27	-0.691	0.490
<u>Çalışma Durumu</u>			1.846	0.813
• Düzenli Çalışıyor	10 (%33.3)	24 (%35.3)		
• Düzensiz, İş buldukça	3 (%10)	11 (%16.2)		
• 3-12 Aydır Çalışmıyor	9 (%30)	20 (%29.4)		
• 1 yıl ve Üzeri Çalışmıyor	8 (%26.7)	12 (%17.6)		
• Öğrenci	0 (%0)	1 (%1.5)		
<u>Aylık Gelir</u>			5.127	0.238
• 500 TL Altı	1 (%3.3)	0 (%0)		
• 500- 1000 TL	16 (%53.3)	30 (%42.9)		
• 1000- 1500 TL	11 (%36.7)	25 (%35.7)		
• 1500- 2000 TL	1 (%3.3)	10 (%14.3)		
• 2000 TL Üzeri	1 (%3.3)	5 (%7.1)		
<u>Kimlerle Yaşıyor</u>			14.130	0.143
• Yalnız	0 (%0)	4 (%5.7)		
• Eş ve Çocuklarla Çek. Aile	1 (%3.3)	5 (%7.1)		
• Eş ve Çocuklarla Geniş Aile	7 (%23.3)	6 (%8.6)		
• Anne ve Baba ile Çek.Aile	13 (%43.3)	34 (%48.6)		
• Anne ve Baba ile Geniş Aile	2 (%6.7)	9 (%12.9)		
• Anne ve Kardeşlerle	4 (%13.4)	10 (%14.3)		
• Diğer	3 (%10)	2 (%2.8)		
Anne Eğitim (yıl)	5.37±2.14	5.03±2.77	-0.769	0.442
Baba Eğitim (yıl)	6.03±2.15	5.86±2.55	-0.95	0.925
<u>Ebeveyn Kaybı</u>			0.16	1.00
• Var	4 (%13.3)	10 (%14.3)		
• Yok	26 (%86.7)	60 (%85.7)		
<u>Ebeveyn Avrılığı</u>			1.857	0.201
• Var	6 (%20)	7 (%10)		
• Yok	24 (%80)	63 (%90)		

Çocukluk çağı DEHB olan grubun yaş ortalaması 23.17±4.27 (18-33), çocukluk çağı DEHB olmayan grubun yaş ortalaması ise 23.14±3.71 (18-32) olarak bulundu, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p= 0.844). İki grup, eğitim süresi (p= 0.825), medeni

durum ($p= 0.639$), evlilik yaşı ($p= 0.610$), evlilik süresi ($p= 0.490$), çalışma durumu ($p= 0.813$), aylık gelir ($p= 0.238$), kimlerle yaşadığı ($p= 0.143$), ebeveyn eğitim süresi (sırasıyla $p= 0.442, 0.925$), ebeveyn ayrılık durumu ($p= 0.201$) ve ebeveyn kaybı ($p= 1.00$) açısından karşılaştırıldıklarında da gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p> 0.05$).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar, çalışma durumu açısından, düzenli çalışanlar ve düzenli çalışmayanlar şeklinde yeniden sınıflandırılarak karşılaştırıldıklarında da gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2:0.08$, $p= 0.927$). Aylık geliri 1000 TL ve altında olanlar ile 1000 TL üzerinde olanlar şeklinde sınıflandırılarak yapılan karşılaştırmada yine gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2: 1.608$, $p= 0.205$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Çocukluk Çağı DEHB olan ve DEHB Olmayan Grupların Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması

	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) n (%)	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) n (%)	χ^2	p
<u>Çalışma Durumu</u>			0.08	0.927
• Düzenli Çalışıyor	10 (%33.3)	24 (%34.3)		
• Düzenli Çalışmıyor	20 (%66.7)	46 (%65.7)		
<u>Aylık Gelir</u>			1.608	0.205
• 1000 TL ve Altı	17 (%56.7)	30 (%42.9)		
• 1000 TL Üzeri	13 (%43.3)	40 (%57.1)		

Çocukluk çağı DEHB olan ve çocukluk çağı DEHB olmayan grupların madde kullanım özellikleri Tablo 4.14’de özetlenmiştir.

Tablo 4.14. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Madde Kullanım Özellikleri	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort±SS, n (%)	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort±SS, n (%)	z/t/χ ²	p
<u>Sigara</u>				
• Kullanım Oranı	30 (%100)	70 (%100)		
• Başlangıç Yaşı	13.27±2.55	14.44±2.23	-1.986	0.047*
• Kullanım Süresi (yıl)	9.38±4.00	8.61±3.46	1.539	0.127
• Kul. Miktarı (adet/gün)			4.325	0.513
<u>İlk Kullanılan Madde</u>				
• İlk Kul. Madde Yaşı	15.73±3.19	16.65±2.52	-0.149	0.149
<u>İlk Kul. Madde Türü</u>				
• Esrar	23 (%76.7)	54 (%77.1)	3.985	0.221
• Uçucular	6 (%20.0)	7 (%10)		
• Amfetamin & MDMA	1 (%3.3)	2 (%2.9)		
• Eroin	0 (%0)	10 (%7)		
<u>Eroin Kullanımı</u>				
• İlk Kul. Yaşı	18.93±4.41	18.69±3.29	-0.318	0.751
• Düzenli Kul. Yaşı	19.20±4.39	19.31±3.47	-0.670	0.503
• Düzenli Kul. Süresi (yıl)	3.87±1.79	3.74±1.91	-0.278	0.781
• Kul. Miktarı (gr/gün)			6.482	0.139
<u>Eroin Kullanım Yolu</u>				
• İnhalasyon	26 (%86.7)	55 (%78.6)	1.514	0.503
• IV	3 (%10)	7 (%10)		
• İnhalasyon + IV	1 (%3.3)	8 (%11.4)		
<u>Ek Madde Kullanımı</u>				
• Var (Bir veya birden fazla)	11 (%36.7)	38 (%54.3)	2.605	0.106
• Yok	19 (%63.3)	32 (%45.7)		
<u>Tedavi/bırakma girişimi</u>				
• Sayısı	3.6±2.26	2.97±1.90	-1.361	0.174
• En Uzun Remisyon Dönemi (ay)	3.47±3.20	4.41±5.33	-0.023	0.982
<u>Buprenorfin-Nalokson</u>				
• Stabilizasyon Dozu (mg/gün)	8.33±1.90	9.31±3.00	-1.445	0.148

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi
MDMA: 3,4-metilendioksimetamfetamin

Çocukluk çağı DEHB olanlarda sigara başlama yaşı 13.27±2.55 (8-19) iken, çocukluk çağı DEHB olmayanlarda sigara başlama yaşı 14.44±2.23 (10-22) olarak bulundu. Çocukluk çağı DEHB olanlarda, çocukluk çağı DEHB olmayanlara kıyasla ortalama sigaraya başlama yaşı daha düşüktü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı

($p= 0.047$). Diğer madde kullanım özellikleri açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p> 0.05$) (Tablo 4.14).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar, günlük sigara tüketim miktarları açısından, 1 paket/gün ve altı sigara kullananlar ile 1 paket/gün üstü sigara kullananlar şeklinde sınıflandırıldıktan sonra yeniden karşılaştırıldı. Çocukluk çağı DEHB olan grupta, daha yüksek oranda 1 paket üzerinde günlük sigara tüketimi saptanmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (χ^2 : 2.836, $p= 0.092$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Günlük Ortalama Sigara Kullanım Miktarları

Sigara Kullanım Miktarı	Çoc.Çağı DEHB (+) (n:30) n (%)	Çoc.Çağı DEHB (-) (n:70) n (%)	χ^2	p
<u>Ort. Sigara Kul. Miktar (Adet/gün)</u>			4.325	0.513
• 10 Adet ve Altı	0 (%0)	1 (%1.4)		
• 10- 20 Adet	6 (%20.0)	25 (%35.7)		
• 20-30 Adet	17 (%56.7)	3 (%4.5)		
• 30-40 Adet	6 (%20)	10 (%14.3)		
• 40-50 Adet	1 (%3.3)	1 (%1.4)		
• 50-60 Adet	0 (%0)	1 (%1.4)		
<u>Ort. Sigara Kul. Miktar (Paket/gün)</u>			2.836	0.092
• 1 Paket ve Altı	6 (%20.0)	26 (%37.1)		
• 1 Paket ve Üzeri	24 (%80.0)	44 (%62.9)		

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar günlük ortalama eroin kullanım miktarları açısından, günlük ortalama 1 gr ve altında eroin kullananlar ve günlük ortalama 1 gr üzerinde eroin kullananlar şeklinde yeniden sınıflandırıldıktan sonra yapılan karşılaştırmada gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yine bulunmadı (χ^2 : 0.08, $p= 0.930$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Günlük Ortalama Eroin Kullanım Miktarları

Eroin Kullanım Miktarı	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) n (%)	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) n (%)	χ^2	p
<u>Ort. Eroin Kul. Miktarı</u>			6.482	0.139
• 0.5 gr Altı/gün	1 (%3.3)	9 (%12.9)		
• 0.5-1 gr/gün	15 (%50.0)	29 (%41.4)		
• 1-2 gr/gün	13 (%43.3)	20 (%28.6)		
• 2-3 gr/gün	1 (%3.3)	11 (%15.7)		
• 3-4 gr/gün	0 (%0)	1 (%1.4)		
<u>Ort. Eroin Kul. Miktarı</u>			0.08	0.930
• 1 gr ve Altı/gün	16 (%53.3)	38 (%54.3)		
• 1 gr Üzeri/gün	14 (%46.7)	32 (%45.7)		

Çocukluk çağı DEHB olan ve çocukluk çağı DEHB olmayan grupların klinik özellikleri Tablo 4.17’de özetlenmiştir.

Tablo 4.17. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Klinik Özellikleri ile İlgili Verilerin Karşılaştırılması

Klinik Özellikler	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort±SS, n (%)	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort±SS, n (%)	z/χ ²	P
<u>Adli Olay Öyküsü</u>			1.308	0.253
• Var	22 (%73.3)	43 (%61.4)		
• Yok	8 (%26.7)	27 (%38.6)		
<u>Cezaevi Yaşantısı (var/yok)</u>			4.366	0.037*
• Var	12 (%40)	14 (%20)		
• Yok	18 (%60)	56 (%80)		
<u>Cezaevi Yaşantısı</u>				
• Sayısı	1.50±1.00	1.92±1.89	-0.536	0.592
• Süresi (ay)	5.833±5.52	6.64±8.41	0.000	1.000
<u>İntihar Öyküsü</u>			5.004	0.137
• İntihar Girişimi	11 (%36.7)	15 (%21.4)		
• İntihar Planı	1 (%3.3)	0 (%0)		
• İntihar Düşünceleri	8 (%26.7)	22 (%31.4)		
• Yok	10 (%33.3)	33 (%47.2)		
<u>Kendini Yaralama Dav.</u>			4.665	0.031*
• Var	22 (%73.3)	35 (%50)		
• Yok	8 (%26.7)	35 (%50)		
<u>Psik.Hast.Öyküsü (Eks:1)</u>			0.523	0.470
• Var	7 (%23.3)	12 (%17.1)		
• Yok	23 (%76.7)	58 (%82.9)		
<u>Tıbbi Hastalık Öyküsü</u>			0.408	0.523
• Var	4 (%13.3)	13 (%18.6)		
• Yok	26 (%86.7)	57 (%81.4)		
<u>Aile Psik. Hastalık Öykü</u>			8.103	0.004*
• Var	10 (%33.3)	7 (%10)		
• Yok	20 (%66.7)	63 (%90)		
<u>Aile İçi Şiddet</u>			0.907	0.341
• Var	11 (%36.7)	19 (%27.1)		
• Yok	19 (%63.3)	51(%72.9)		
<u>Ailede Alkol Kullanımı</u>			0.298	0.585
• Var	12 (%40)	24 (%34.3)		
• Yok	18 (%60)	46 (%65.7)		
<u>Ailede Madde Kullanımı</u>			0.000	1.000
• Var	3 (%10)	7 (%10)		
• Yok	27 (%90)	63 (%90)		

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Gruplar arası, madde kullanımı dışı adli olay (suça karışma) yaşantıları karşılaştırıldığında, çocukluk çağı DEHB olan grupta daha yüksek oranlarda adli olay varlığı belirlendi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p= 0.253). Bununla birlikte grupların cezaevine girme oranları karşılaştırıldığında, çocukluk çağı DEHB olan grupta daha yüksek oranlarda cezaevi yaşantısı bulunuyordu ve gruplar arası bu fark istatistiksel olarak da anlamlıydı (p= 0.037). Katılımcıların geçmiş dönemdeki intihar

girişimi, intihar düşüncesi ve intihar planı öyküleri karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p= 0.137$). İntihar niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışları incelendiğinde ise çocukluk çağı DEHB olan grupta daha yüksek oranlarda kendini yaralama davranışı saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= 0.031$). Çocukluk çağı DEHB olan grupta, istatistiksel olarak daha yüksek oranda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunuyordu ($p= 0.004$). Çocukluk çağı DEHB olan ve çocukluk çağı DEHB olmayan grupların karşılaştırıldıkları diğer klinik özelliklerde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan grupların ADI-3 toplam ve alt puanları Tablo 4.18.'de sunulmuştur.

Tablo 4.18. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ADI-3 Puanları

ADI-3	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort.±SS	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	t/z	p
Fiziksel	9.86±6.57	8.94±5.91	0.692	0.491
Toplumsal	11.23±5.66	9.77±5.74	1.171	0.224
Bilişsel	8.10±5.80	6.34±4.33	-1.361	0.173
Toplam	28.70±15.93	24.77±13.44	1.265	0.209

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

Çocukluk çağı DEHB olan grup, ADI-3 toplam ve alt ölçeklerinde genel olarak daha yüksek ortalama puanlara sahip olmakla birlikte ADI-3 toplam puan ve alt ölçek puanların hiçbirinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p> 0.05$) (Tablo 4.18).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan grupların ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanları Tablo 4.19'da özetlenmiştir. ÇÇTÖ toplam ve alt ölçeklerinin kesme puanı baz alınarak yapılan gruplar arası karşılaştırma ise Tablo 4.20'de sunulmuştur.

Tablo 4.19. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

ÇÇTÖ	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort.±SS	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	z	p
Cinsel İstismar	5.17±0.46	5.11±0.363	-0.705	0.481
Fiziksel İstismar	6.67±2.96	5.56±1.68	-2.200	0.028*
Fiziksel İhmal	7.20±3.08	6.59±1.83	-0.308	0.758
Duygusal İstismar	9.10±5.00	6.51±2.37	-2.588	0.010*
Duygusal İhmal	10.13±5.15	8.81±3.66	-4.279	<0.0001*
Toplam	37.93±13.37	32.59±7.54	-1.516	0.130
Minimizasyon	1.53±1.22	1.60±1.05	-0.195	0.846

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği

Tablo 4.20. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması

ÇÇTÖ	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) n (%)	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) n (%)	χ ²	p
Cinsel İstismar			0.238	0.729
• Var	4 (%13.3)	7 (%10.0)		
• Yok	26 (%86.7)	63 (%90.0)		
Fiziksel İstismar			3.770	0.052
• Var	11 (%36.7)	13 (%18.6)		
• Yok	19 (%63.3)	57 (%81.4)		
Fiziksel İhmal			0,630	0.801
• Var	8 (%26.7)	17 (%24.3)		
• Yok	22 (%73.3)	53 (%75.7)		
Duygusal İstismar			6.015	0.014*
• Var	12 (%40.0)	12 (%17.1)		
• Yok	18 (%60.0)	58 (%82.9)		
Duygusal İhmal			0.325	0.568
• Var	8 (%26.7)	15 (%21.4)		
• Yok	22 (%73.3)	55 (%78.6)		
Toplam			4.237	0.040*
• Var	14 (%46.7)	18 (%25.7)		
• Yok	16 (%53.3)	52 (%74.3)		

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği

Çocukluk çağı DEHB olanlar, genel olarak daha yüksek ortalama ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanlarına sahipti. Çocukluk çağı DEHB olanlarda olmayanlara kıyasla, fiziksel istismar (p= 0.028), duygusal istismar (p= 0.010) ve duygusal ihmal (p<0.0001) alt ölçeklerinde, istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha yüksek ortalama puanlar saptandı. Ölçeğin kesme puanlarına göre yapılan gruplar arası karşılaştırmada ise çocukluk çağı DEHB olan grupta daha yüksek oranlarda duygusal istismar varlığı bulundu ve bu fark

istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= 0.014$). ÇÇTÖ toplam kesme puanına göre gruplar araştırıldığında, çocukluk çağı DEHB olanların %46.7'si ($n:14$), çocukluk çağı DEHB olmayanların ise %25.7'si ($n:18$) toplam kesme puanının üzerinde puan aldıkları belirlendi ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p= 0.040$) (Tablo 4.19 ve Tablo 4.20).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan grupların BIS-11 toplam puanları Tablo 4.21'de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların BIS-11 Toplam Puanları

	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort.±SS	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	z	p
BIS-11 Toplam	76.24±11.74	63.65±10.96	-4.540	<0.0001*

* $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi
BIS-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Çocukluk çağı DEHB olanlarda BIS-11 ortalama toplam puanı 76.24±11.74 iken, çocukluk çağı DEHB olmayan katılımcıların BIS-11 ortalama toplam puanı 63.65±10.96 olarak bulundu, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.0001$) (Tablo 4.21).

Çocukluk çağı DEHB olan ve olmayan grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puanları Tablo 4.22'de sunulmuştur.

Tablo 4.22. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği Puanları

Buss-Perry Agresyon Ölç.	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort.±SS	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	z/t	p
Fiziksel Agresyon	18.27±6.90	12.60±7.26	-3.468	0.001*
Sözel Agresyon	10.67±3.61	8.46±4.30	2.463	0.016*
Öfke	17.30±5.45	11.51±6.30	4.371	<0.0001*
Düşmanlık	18.79±5.51	12.78±6.23	-4.279	<0.0001*
Toplam	64.53±17.44	45.20±19.42	4.698	<0.0001*

* $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

Çocukluk çağı DEHB olan grup, DEHB olmayan grupla karşılaştırıldığında daha yüksek ortalama Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanına sahipti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p< 0.0001$). Alt ölçeklere bakıldığında ise yine çocukluk çağı DEHB olan grubun DEHB olmayan gruba kıyasla tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek ortalama puanlara sahip oldukları belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.22).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan grupların, HADÖ ve HDDÖ puanları Tablo 4.23’de gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların HADÖ ve HDDÖ Puanları

	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort.±SS	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	z	p
HADÖ				
• Psişik	2.37±1.73	1.49±1.44	-2.554	0.011*
• Somatik	1.23±0.971	1.13±1.02	-0.570	0.569
• Toplam	3.60±2.38	2.61±2.19	-2.303	0.021*
HDDÖ	3.37±2.47	2.46±1.69	-2.114	0.035*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Çocukluk çağı DEHB olan grubun ortalama toplam HADÖ puanı 3.60±2.38 (1-9) iken, çocukluk çağı DEHB olmayan grubun ortalama toplam HADÖ puanı 2.46±1.69 (1-13) olarak bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p= 0.021). Psişik anksiyete alt ölçeğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p= 0.011), somatik anksiyete alt ölçeğinde ise gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu (p= 0.569) (Tablo 4.23).

Çocukluk çağı DEHB olan grubun ortalama toplam HDDÖ puanı 3.37±2.47 (1-12), çocukluk çağı DEHB olmayan grubun ortalama toplam HDDÖ puanı ise 2.46±1.69 (1-12) olarak belirlendi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p= 0.035) (Tablo 4.23).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan grupların yaşam kalitesi ölçeği KF-36 puanları Tablo 4.24’de gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların KF-36 Puanları

KF-36	Çoc.Çağı DEHB(+) (n:30) Ort.±SS	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	z/t	p
Fiz. Fonksiyon	70.83±19.83	74.36±21.55	-1.088	0.277
Fiz. Rol Güçlüğü	25.83±36.24	36.07±38.22	-1.432	0.152
Ağrı	40.83±15.36	46.11±18.70	-0.840	0.401
Genel Sağlık	40.86±13.61	50.11±18.01	-2.517	0.013*
Vitalite	37.83±21.07	49.92±23.59	-2.217	0.027*
Sosyal Fonksiyon	35.41±26.07	48.21±24.56	-2.328	0.020*
Emosyonel Rol Güçlüğü	21.89±29.39	38.57±34.82	-2.311	0.021*
Mental Sağlık	40.60±16.94	52.15±19.05	-2.574	0.010*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi
KF-36: Kısa Form-36

Çocukluk çağı DEHB olanların, DEHB olmayanlarla karşılaştırıldığında, tüm KF-36 alt ölçeklerinde daha düşük ortalama puanlara sahip oldukları saptandı. Bu fark, genel sağlık (p= 0.013), vitalite (p= 0.027), sosyal fonksiyon (p= 0.020), emosyonel rol güçlüğü (p= 0.021) ve mental sağlık (p= 0.010) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak da anlamlılık gösteriyordu (p<0.05) (Tablo 4.24).

Çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan grupların ASI puanları Tablo 4.25’de gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Çocukluk Çağı DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ASI Puanları

ASI	Çoc. Çağı DEHB (+) (n:30) Ort.±SS	Çoc. Çağı DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	z	p
Tıbbi Durum	1.67±1.51	1.87±1.66	-0.263	0.793
İş/Destek	5.07±1.42	4.99±1.44	-0.705	0.481
Yasal	5.32±1.98	4.69±1.75	-1.229	0.022*
Madde Kullanımı	6.60±0.72	6.71±0.93	-0.209	0.834
Aile/Sosyal İlişki	4.13±1.13	3.97±1.07	-0.705	0.481
Psikiyatrik Durum	4.36±0.96	3.11±1.16	-4.555	0.0001*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi
ASI: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği

Çocukluk çağı DEHB olmayan grupla kıyaslandığında, çocukluk çağı DEHB olan grubun, yasal durum (p= 0.022) ve psikiyatrik durum (p<0.0001) alt boyutlarında istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu bulundu. Diğ er alt boyutlarda ise gruplar arası istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.25).

4.2.2. Erişkin Dönem DEHB Olan ve Erişkin Dönem DEHB Olmayan Grupların Değerlendirilmesi

Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan grupların sosyodemografik  zellikleri Tablo 4.26’da sunulmuştur.



Tablo 4.26. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS, n (%)	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS, n (%)	z/χ ²	p
Yaş	24.38±4.42	23.96±3.77	-1.182	0.237
Eğitim Süresi (yıl)	8.50±3.50	8.73±1.93	-0.413	0.679
Medeni Durum			3.501	0.329
• Evli	5 (%35.7)	14 (%16.3)		
• Bekar	9 (%64.3)	67 (%77.9)		
• Boşanmış	0 (%0)	4 (%4.7)		
• Ayrı Yaşıyor	0 (%0)	1 (%1.2)		
Evlilik Yaşı (yıl)	21.60±1.67	21.21±3.39	-0.573	0.567
Evlilik Süresi (yıl)	4.0±2.64	5.31±3.87	-0.578	0.543
Çalışma Durumu			2.807	0.600
• Düzenli Çalışıyor	4 (%28.6)	30 (%35.7)		
• Düzensiz, İş Buldukça	1 (%7.1)	13 (%15.5)		
• 3-12 Aydır Çalışmıyor	4 (%28.6)	25 (%29.8)		
• 1 yıl ve Üzeri Çalışmıyor	5 (%35.7)	15 (%17.9)		
• Öğrenci	0 (%0)	1 (%1.2)		
Aylık Gelir			8.217	0.165
• 500 TL Altı	1 (%7.1)	0 (%0)		
• 500- 1000 TL	6 (%42.9)	40 (%46.5)		
• 1000- 1500 TL	6 (%42.9)	30 (%34.9)		
• 1500- 2000 TL	0 (%0)	11 (%12.8)		
• 2000 TL Üzeri	1 (%7.1)	5 (%5.8)		
Kimlerle Yaşıyor			19.679	0.094
• Yalnız	0 (%0)	4 (%5.7)		
• Eş ve Çocuklarla Çek. Aile	1 (%7.1)	5 (%7.1)		
• Eş ve Çocuklarla Geniş Aile	4 (%28.6)	9 (%8.6)		
• Anne ve Baba ile Çek.Aile	5 (%35.7)	42 (%48.6)		
• Anne ve Baba ile Geniş Aile	0 (%0)	11 (%12.9)		
• Anne ve Kardeşlerle	2 (%14.3)	12 (%14.3)		
• Diğer	2 (%14.3)	3 (%2.8)		
Anne Eğitim (yıl)	4.85±1.99	5.17±2.68	-0.602	0.919
Baba Eğitim (yıl)	5.92±2.23	5.90±2.47	-0.304	0.761
Ebeveyn Kaybı			0.001	1.00
• Var	2 (%14.3)	12 (%14.0)		
• Yok	12 (%85.7)	74 (%86.0)		
Ebeveyn Ayrılığı			1.023	0.386
• Var	3 (%21.4)	10 (%11.6)		
• Yok	11 (%78.6)	76 (%88.4)		

Erişkin dönem DEHB olan grubun yaş ortalaması 24.38±4.42 (19-33), erişkin dönem DEHB olmayan grubun yaş ortalaması ise 22.96±3.77 (18-32) olarak bulundu,

aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p= 0.237$). İki grup, eğitim süresi ($p= 0.679$), medeni durum ($p= 0.329$), evlilik yaşı ($p= 0.567$), evlilik süresi ($p= 0.567$), çalışma durumu ($p= 0.600$), aylık gelir ($p= 0.165$), kimlerle yaşadığı ($p= 0.094$), ebeveyn eğitim süreleri (sırasıyla $p= 0.919, 0.761$), ebeveyn ayrılık durumu ($p= 0.386$) ve ebeveyn kaybı ($p= 1.00$) açısından karşılaştırıldıklarında, araştırılan hiçbir sosyodemografik özellikte gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p> 0.05$) (Tablo 4.26).

Erişkin dönem DEHB olan ve olmayan gruplar çalışma durumu açısından, düzenli çalışanlar ve düzenli çalışmayanlar şeklinde yeniden sınıflandırılarak karşılaştırıldıklarında da gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2:0.214, p= 0.767$). Aylık geliri 1000 TL ve altında olanlar ile 1000 TL üzerinde olanlar şeklinde sınıflandırılarak yapılan karşılaştırmada yine gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($\chi^2: 0.590, p= 0.808$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Erişkin Dönem DEHB olan ve DEHB Olmayan Grupların Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması

	Erişkin DEHB (+) (n:14) n (%)	Erişkin DEHB (-) (n:86) n (%)	χ^2	p
<u>Çalışma Durumu</u>			0.214	0.767
• Düzenli Çalışıyor	4 (%28.6)	30 (%34.9)		
• Düzenli Çalışmıyor	10 (%71.4)	56 (%65.1)		
<u>Aylık Gelir</u>			0.590	0.808
• 1000 TL ve Altı	7 (%50.0)	40 (%46.5)		
• 1000 TL Üzeri	7 (%50.0)	46 (%53.5)		

Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan grupların madde kullanım özellikleri Tablo 4.28’de özetlenmiştir.

Tablo 4.28. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Madde Kullanım Özellikleri	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS, n (%)	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS, n (%)	z/χ ²	p
<u>Sigara</u>				
• Kullanım Oranı	14 (%100)	86 (%100)		
• Başlangıç Yaşı	13.21±2.45	14.23±2.35	-1.105	0.269
• Kullanım Süresi (yıl)	10.92±4.06	8.61±3.46	-1.851	0.064
• Kul. Miktarı (adet/gün)			4.345	0.527
<u>İlk Kullanılan Madde</u>				
• İlk Kul. Madde Yaşı	16.21±3.30	16.32±2.67	-0.141	0.888
<u>İlk Kul. Madde Türü</u>			2.249	0.464
• Esrar	12 (%85.7)	65 (%76.5)		
• Uçucular	1 (%7.1)	11 (%12.9)		
• Amfetamin & MDMA	1 (%7.1)	2 (%2.4)		
• Eroin	0 (%0)	7 (%8.2)		
<u>Eroin Kullanımı</u>				
• İlk Kul. Yaşı	19.71±4.06	18.60±3.57	-0.899	0.368
• Düzenli Kul. Yaşı	20.07±3.98	19.15±3.71	-0.735	0.462
• Düzenli Kul. Süresi (yıl)	4.00±2.00	3.74±1.86	-0.403	0.687
• Kul. Miktarı (gr/gün)			2.765	0.638
<u>Kullanım Yolu</u>			1.530	0.485
• İnhalasyon	12 (%85.7)	69 (%80.2)		
• IV	2 (%14.3)	8 (%9.3)		
• İnhalasyon+IV	0 (%0)	9 (%10.5)		
<u>Ek Madde Kullanımı</u>			4.952	0.041*
• Var (Bir veya birden fazla)	3 (%21.4)	46 (%53.5)		
• Yok	11 (%78.6)	40 (%46.5)		
<u>Eroin tedavi/bırakma girişimi</u>				
• Sayısı	3.6±2.26	2.97±1.90	-1.088	0.276
• En uzun remisyon dönemi (ay)	3.47±3.20	4.41±5.33	-0.551	0.982
<u>Buprenorfin-Nalokson</u>				
• Stabilizasyon Dozu (mg/gün)	8.33±1.90	9.31±3.00	-0.904	0.366

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Erişkin DEHB olan grubun ek madde kullanım oranı %21.4 (n:3), erişkin DEHB olmayan grubun ek madde kullanım oranı ise %53.5 (n:46) olarak belirlendi. Aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulundu (p= 0.041). Diğer madde kullanım özelliklerine bakıldığında ise gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p> 0.05) (Tablo 4.28.).

Erişkin dönem DEHB olan ve olmayan gruplar günlük sigara tüketim miktarları açısından, 1 paket/gün ve altı sigara kullananlar ve 1 paket/gün üstü sigara kullananlar şeklinde sınıflandırıldıktan sonra yeniden karşılaştırıldı. Erişkin dönem DEHB olan grupta,

daha yüksek oranlarda 1 paket üzerinde günlük sigara tüketimi belirlenmekle birlikte gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (χ^2 : 2.348, p = 0.215) (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Günlük Ortalama Sigara Kullanım Miktarları

Sigara Kullanım Miktarı	Erişkin DEHB (+) (n:14) n (%)	Erişkin DEHB (-) (n:86) n (%)	χ^2	p
<u>Ort. Sigara Kul. Miktar(adet/gün)</u>			4.345	0.527
• 10 Adet ve Altı	0 (%0)	1(%1.2)		
• 10- 20 Adet	2 (%14.3)	29 (%33.7)		
• 20-30 Adet	10 (%71.4)	39 (%45.3)		
• 30-40 Adet	2 (%14.3)	14 (%16.3)		
• 40-50 Adet	0 (%0)	2 (%2.3)		
• 50-60 Adet	0 (%0)	1 (%1.2)		
<u>Ort.Sigara Kul. Miktar(paket/gün)</u>			2.348	0.215
• 1 Paket ve Altı	2 (%14.3)	30 (%34.9)		
• 1 Paket ve Üzeri	12 (%85.7)	56 (%65.1)		

Erişkin dönem DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar, günlük ortalama eroin kullanım miktarları açısından, günlük ortalama 1 gr ve altında eroin kullananlar ve günlük ortalama 1 gr üzerinde eroin kullananlar şeklinde yeniden sınıflandırıldıktan sonra tekrar karşılaştırıldı. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yine bulunmadı (χ^2 : 1.991, p = 0.247) (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Erişkin Dönem DEHB Olan ve Olmayan Grupların Günlük Ortalama Eroin Kullanım Miktarları

Eroin Kullanım Miktarı	Erişkin DEHB (+) (n:14) n (%)	Erişkin DEHB (-) (n:86) n (%)	χ^2	p
<u>Ort. Eroin Kul. Miktar</u>			2.765	0.638
• 0.5 gr ↓/gün	1(%7.1)	9 (%10.5)		
• 0.5-1 gr/gün	9 (%64.3)	35 (%40.7)		
• 1-2 gr/gün	3 (%21.4)	30 (%34.9)		
• 2-3 gr/gün	1 (%7.1)	11 (%12.8)		
• 3-4 gr/gün	0 (%0)	1 (%1.2)		
<u>Ort. Eroin Kul. Miktar</u>			1.991	0.247
• 1 gr ve ↓/gün	10 (%71.4)	44 (%54.3)		
• 1 gr üzeri/gün	4 (%28.6)	42 (%45.7)		

Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan grupların klinik özellikleri Tablo 4.31’de sunulmuştur.

Tablo 4.31. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Klinik Özellikleri ile İlgili Verilerin Karşılaştırılması

Klinik Özellikler	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS, n (%)	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS, n (%)	z/χ ²	p
<u>Adli Olay Öyküsü</u>			0.296	0.581
• Var	10 (%71.4)	55 (%64)		
• Yok	4 (%28.6)	31 (%36)		
<u>Cezaevi Yaşantısı (var/vok)</u>			0.353	0.553
• Var	9 (%64.3)	48 (%55.8)		
• Yok	5 (%35.7)	38 (%44.2)		
<u>Cezaevi Yaşantısı</u>				
• Sayısı	1.40±0.89	1.80±1.66	-0.518	0.604
• Süresi (ay)	6.00±5.22	6.33±7.58	-0.100	0.921
<u>İntihar Öyküsü</u>			5.315	0.154
• İntihar Girişimi	5 (%35.7)	21 (%24.4)		
• İntihar Planı	1 (%7.1)	0 (%0)		
• İntihar Düşünceleri	3 (%21.4)	27 (%31.4)		
• Yok	5 (%35.7)	38 (%44.2)		
<u>Kendini Yaralama Davranışı</u>			3.901	0.090
• Var	11 (%78.6)	46 (%53.5)		
• Yok	3 (%21.4)	40 (%46.5)		
<u>Psik.Hastalık Öyküsü (Eks:I)</u>			0.969	0.460
• Var	4 (%28.6)	15 (%17.4)		
• Yok	10 (%71.4)	71 (%82.6)		
<u>Tıbbi Hastalık Öyküsü</u>			0.085	1.00
• Var	2 (%14.3)	15 (%17.4)		
• Yok	12 (%85.7)	71 (%82.6)		
<u>Aile Psik. Hastalık Öykü</u>			1.545	0.250
• Var	4 (%28.6)	13 (%15.1)		
• Yok	10 (%71.4)	73 (%84.9)		
<u>Aile İçi Şiddet</u>			0.016	1.00
• Var	4 (%28.6)	26 (%30.2)		
• Yok	10 (%71.4)	60 (%69.8)		
<u>Ailede Alkol Kullanımı</u>			0.332	0.564
• Var	6 (%42.9)	30 (%34.9)		
• Yok	8 (%57.1)	56 (%65.1)		
<u>Ailede Madde Kullanımı</u>			1.809	0.349
• Var	0 (%0)	10 (%11.6)		
• Yok	14 (%100)	76 (%88.4)		

Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan grupların klinik özellikleri incelendiğinde, iki grup arasında araştırılan klinik özelliklerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p > 0.05$) (Tablo 4.31).

Erişkin dönem DEHB olan ve olmayan grupların ADI-3 toplam ve alt ölçek puanları Tablo 4.32’de sunulmuştur.

Tablo 4.32. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ADI-3 Puanları

ADI-3	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS	z	p
Fiziksel	10.64±6.38	8.98±6.06	-0.976	0.329
Toplumsal	10.57±5.43	10.15±5.43	-0.314	0.754
Bilişsel	8.21±5.42	6.65±4.76	-1.130	0.258
Toplam	29.42±15.49	25.38±14.07	-0.974	0.330

ADI-3: Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3

Erişkin dönem DEHB olan grup ve DEHB olmayan gruplar arasında ADI-3 toplam ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Erişkin dönem DEHB olan ve DEHB olmayan grupların ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanları Tablo 4.33’de özetlenmiştir. ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek kesme puanlarına göre yapılan gruplar arası karşılaştırma ise Tablo 4.34’de sunulmuştur.

Tablo 4.33. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Puanları

ÇÇTÖ	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS	z	p
Cinsel İstismar	5.31±0.57	5.11±0.35	-3.160	0.002*
Fiziksel İstismar	6.07±1.85	5.86±2.25	-1.035	0.301
Fiziksel İhmal	6.87±2.17	6.14±2.90	-2.181	0.029*
Duygusal İstismar	9.64±5.58	6.90±2.99	-1.491	0.136
Duygusal İhmal	10.50±6.11	9.00±3.79	-0.396	0.692
Toplam	37.21±14.60	33.69±8.93	-0.259	0.796
Minimizasyon	1.64±1.27	1.56±1.07	-0.298	0.766

* $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği

Tablo 4.34. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ÇÇTÖ Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması

ÇÇTÖ	Erişkin DEHB (+) (n:14) n (%)	Erişkin DEHB (-) (n:86) n (%)	χ^2	p
Cinsel İstismar			0.180	0.650
• Var	2 (%14.3)	9 (%10.5)		
• Yok	12 (%85.7)	77 (%89.5)		
Fiziksel İstismar			1.225	0.314
• Var	5 (%35.7)	19 (%22.1)		
• Yok	9 (%64.3)	67 (%77.9)		
Fiziksel İhmal			2.769	0.179
• Var	1 (%7.1)	24 (%27.9)		
• Yok	13 (%92.9)	62 (%72.1)		
Duygusal İstismar			0.170	0.075
• Var	6 (%42.9)	18 (%20.1)		
• Yok	8 (%57.1)	68 (%79.1)		
Duygusal İhmal			0.023	1.00
• Var	3 (%21.4)	20 (%23.3)		
• Yok	11 (%78.6)	66 (%76.7)		
Toplam			2.424	0.119
• Var	7 (%50.0)	25 (%29.1)		
• Yok	7 (%50.0)	61 (%70.9)		

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği

Erişkin dönem DEHB olmayan gruba kıyasla DEHB olan grupta, cinsel istismar ($p= 0.002$) ve fiziksel ihmal ($p= 0.029$) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek ortalama puanlar saptandı. Ölçeğin kesme puanına göre yapılan gruplar arası karşılaştırmada ise, tüm alt ölçeklerde ve toplamda gruplar arası anlamlı istatistiksel fark saptanmadı ($p> 0.05$) (Tablo 4.33 ve Tablo 4.34).

Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan grupların, BIS-11 toplam puanları Tablo 4.35’de gösterilmiştir.

Tablo 4.35. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların BIS-11 Puanları

	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS	z	p
BIS-11 Toplam	82.42±12.86	64.86±10.65	-4.309	<0.0001*

* $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi
BIS-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Erişkin dönem DEHB olan grubun BIS-11 ortalama toplam puanı 82.42±12.86, erişkin dönem DEHB olmayan grubun BIS-11 ortalama toplam puanı ise 64.86±10.65 olarak belirlendi, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.0001$) (Tablo 4.35).

Erişkin dönem DEHB olan ve olmayan grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puanları Tablo 4.36’da sunulmuştur.

Tablo 4.36. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği Puanları

Buss-Perry Agresyon Ölçeği	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS	z	p
Fiziksel Agresyon	19.35±7.99	13.61±7.24	-2.511	0.012*
Sözel Agresyon	11.28±4.21	8.76±4.13	-1.764	0.078
Öfke	18.57±6.39	12.38±6.24	-3.110	0.002*
Düşmanlık	20.35±6.62	13.47±6.12	-3.328	0.001*
Toplam	68.85±21.75	48.09±19.20	-3.160	0.002*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Erişkin dönem DEHB olan grup, DEHB olmayan grupla karşılaştırıldığında daha yüksek ortalama Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanına sahipti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p= 0.002). Alt ölçeklere bakıldığında, erişkin dönem DEHB olan grubun DEHB olmayan gruba kıyasla sözel agresyon alt ölçeği hariç tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek ortalama puanlara sahip oldukları belirlendi (p<0.05). Sözel agresyon alt ölçeğinde ise, erişkin dönem DEHB olan grup, DEHB olmayan gruba kıyasla yine daha yüksek ortalama puana sahip olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermiyordu (p= 0.078) (Tablo 4.36).

Erişkin dönem DEHB olan ve DEHB olmayan grupların HADÖ ve HDDÖ puanları Tablo 4.37’de gösterilmiştir.

Tablo 4.37. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların HADÖ ve HDDÖ Puanları

	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS	z	p
HADÖ				
• Psişik	2.00±1.66	1.70±1.57	-0.684	0.494
• Somatik	1.28±1.06	1.13±0.99	-0.447	0.655
• Toplam	3.28±2.36	2.84±2.28	-0.819	0.413
HDDÖ	3.00±2.88	2.68±1.82	-0.117	0.907

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Erişkin dönem DEHB olan grup, DEHB olmayan gruba kıyasla daha yüksek ortalama HADÖ toplam ve alt ölçek puanlarına sahip olmakla birlikte aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05) (Tablo 4.37).

Erişkin dönem DEHB olan grubun ortalama toplam HDDÖ puanı 3.00 ± 2.88 (1-12), erişkin dönem DEHB olmayan grubun ortalama toplam HDDÖ puanı ise 2.68 ± 1.82 (1-12) olarak belirlendi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p = 0.907$) (Tablo 4.37).

Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan grupların yaşam kalitesi ölçeği; KF-36 puanları Tablo 4.38’de gösterilmiştir.

Tablo 4.38. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların KF-36 Puanları

KF-36	Erişkin DEHB(+) (n:14) Ort.±SS	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS	z	p
Fiz. Fonksiyon	71.78±19.83	73.54±21.59	-0.748	0.454
Fiz. Rol Güçlüğü	21.42±32.31	34.88±38.40	-1.247	0.212
Ağrı	37.42±17.49	45.68±17.74	-1.476	0.140
Genel Sağlık	41.71±16.72	48.25±17.29	-1.199	0.231
Vitalite	32.85±20.06	48.48±23.31	-1.972	0.049*
Sosyal Fonksiyon	29.46±25.29	46.80±24.94	-2.371	0.018*
Emosyonel Rol Güçlüğü	16.65±21.67	36.31±34.94	-1.912	0.056
Mental Sağlık	36.00±19.46	51.04±18.37	-2.305	0.021*

* $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi
KF-36: Kısa Form-36

Erişkin dönem DEHB olan grup, erişkin dönem DEHB olmayan gruba kıyasla, tüm KF-36 alt ölçeklerinde daha düşük ortalama puanlara sahipti. Bu fark vitalite ($p = 0.049$), sosyal fonksiyon ($p = 0.018$) ve mental sağlık ($p = 0.021$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteriyordu. KF-36’nın diğer alt boyutlarda ise gruplar arası istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.38).

Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan grupların Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (ASI) puanları Tablo 4.39’da gösterilmiştir.

Tablo 4.39. Erişkin Dönem DEHB Olan ve DEHB Olmayan Grupların ASI Puanları

ASI	Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Erişkin DEHB (-) (n:86) Ort.±SS	z	p
Tıbbi Durum	1.50±1.65	1.86±1.61	-1.061	0.289
İş/Destek	4.07±1.07	4.01±1.10	-1.172	0.864
Yasal	5.34±1.87	4.80±1.83	-0.686	0.034*
Alkol/Madde	6.64±0.74	6.68±0.89	-0.172	0.916
Aile/Sosyal İlişki	4.07±1.07	4.01±1.10	-0.105	0.864
Psikiyatrik Durum	4.42±1.22	3.33±1.18	-2.845	0.004*

* $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi
ASI: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği

Erişkin dönem DEHB olan grup, erişkin dönem DEHB olmayan gruba kıyasla yasal durum ($p= 0.034$) ve psikiyatrik durum ($p= 0.004$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ortalama puanlara sahipti. İki grup arasında, tıbbi durum, iş/destek durumu, alkol/madde kullanımı ve aile/sosyal ilişkiler durumu alt boyutlarında ise anlamlı istatistiksel farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.39).

4.2.3. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Değerlendirilmesi

Çocukluk çağı DEHB öyküsü olup erişkinlikte DEHB tanısı almayan grubun (n:16), erişkinlikte de DEHB tanısı devam eden grubun (n:14) ve çocukluk çağı DEHB öyküsü olmayan grubun (n:70) karşılaştırmalı çalışma verileri bu bölümde sunulmuştur. Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.40'da özetlenmiştir

Tablo 4.40. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS, n (%)	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS, n (%)	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) Ort.±SS, n (%)	p
Yaş	24.38±4.42	22.18±4.02	23.14±3.71	0.310
Eğitim Süresi (yıl)	8.50±3.50	8.50±1.89	8.79±1.94	0.390
Medeni Durum				0.589
• Evli	5 (%35.7)	3 (%18.8)	11 (%15.7)	
• Bekar	9 (%64.3)	12 (%75.0)	55 (%78.6)	
• Boşanmış	0 (%0)	1 (%6.2)	3 (%4.3)	
• Ayrı Yaşıyor	0 (%0)	0 (%0)	1 (%1.4)	
Evlilik Yaşı (yıl)	21.60±1.67	21.75±4.50	21.06±3.21	0.836
Evlilik Süresi (yıl)	4.0±2.64	4.25±1.70	5.60±4.27	0.779
Çalışma Durumu				0.920
• Düzenli Çalışıyor	4 (%28.6)	6 (%37.5)	24 (%35.3)	
• Düzensiz, İş Buldukça	1 (%7.1)	2 (%12.5)	11 (%16.2)	
• 3-12 Aydır Çalışmıyor	4 (%28.6)	5 (%31.2)	20 (%29.4)	
• 1 yıl ve Üzeri Çalışmıyor	5 (%35.7)	3 (%18.8)	12 (%17.6)	
• Öğrenci	0 (%0)	0 (%0)	1 (%1.5)	
Aylık Gelir				0.197
• 500 TL Altı	1 (%7.1)	0 (%0)	0 (%0)	
• 500- 1000 TL	6 (%42.9)	10 (%62.5)	30 (%42.9)	
• 1000- 1500 TL	6 (%42.9)	5 (%31.2)	25 (%35.7)	
• 1500- 2000 TL	0 (%0)	1 (%6.2)	10 (%14.3)	
• 2000 TL Üzeri	1 (%7.1)	0 (%0)	5 (%7.1)	
Kimlerle Yaşıyor				0.095
• Yalnız	0 (%0)	0 (%0)	4 (%5.7)	
• Eş, Çocuklarla Çek. Aile	1 (%7.1)	0 (%0)	5 (%7.1)	
• Eş, Çocuklarla Geniş Aile	4 (%28.6)	3 (%18.8)	6 (%8.6)	
• Anne, Baba ile Çek. Aile	5 (%35.7)	8 (%50.0)	34 (%48.6)	
• Anne, Baba ile Geniş Aile	0 (%0)	2 (%12.5)	9 (%12.9)	
• Anne ve Kardeşlerle	2 (%14.3)	2 (%12.5)	10 (%14.3)	
• Diğer	2 (%14.3)	1 (%6.2)	2 (%2.8)	
Anne Eğitim (yıl)	4.85±1.99	5.81±2.22	5.03±2.77	0.570
Baba Eğitim (yıl)	5.92±2.23	5.92±2.23	5.86±2.55	0.896
Ebeveyn Kaybı				0.983
• Var	2 (%14.3)	2 (%12.5)	10 (%14.3)	
• Yok	12 (%85.7)	14 (%87.5)	60 (%85.7)	
Ebeveyn Ayrılığı				0.390
• Var	3 (%21.4)	3 (%18.8)	7 (%10)	
• Yok	11 (%78.6)	13 (%81.2)	63 (%90)	

Çocukluk çağı DEHB öyküsü olup erişkin dönemde DEHB tanısı almayan grup, erişkinlik döneminde de DEHB tanısı devam eden grup ve çocukluk ve erişkinlik

döneminde DEHB tanısı almayan grup kendi aralarında karşılaştırıldıklarında, araştırılan sosyodemografik özelliklerin hiçbirinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.40).

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların madde kullanım özellikleri Tablo 4.41’de özetlemiştir.

Tablo 4.41. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Madde Kullanım Özellikleri	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS, n (%)	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS, n (%)	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) Ort.±SS, n (%)	p
<u>Sigara</u>				
• Kullanım Oranı	14 (%100)	16 (%100)	70 (%100)	
• Başlangıç Yaşı	13.21±2.45	13.31±2.72	14.44±2.23	0.138
• Kullanım Süresi (yıl)	10.92±4.06	8.87±3.81	8.61±3.46	0.180
• Kul. Miktarı (adet/gün)				0.290
<u>İlk Kullanılan Madde</u>				
• İlk Kul. Madde Yaşı	16.21±3.30	15.31±3.13	16.65±2.52	0.224
<u>İlk Kul. Madde Türü</u>				0.332
• Esrar	12 (%85.7)	12 (%75.0)	54 (%77.1)	
• Uçucular	1 (%7.1)	4 (%25.0)	7 (%10)	
• Amfetamin & MDMA	1 (%7.1)	0 (%0)	2 (%2.9)	
• Eroin	0 (%0)	0 (%0)	10 (%7)	
<u>Eroin Kullanımı</u>				
• İlk Kul. Yaşı	19.71±4.06	18.25±4.72	18.69±3.29	0.361
• Düzenli Kul. Yaşı	20.07±3.98	18.43±4.70	19.31±3.47	0.276
• Düzenli Kul. Süresi (yıl)	4.00±2.00	3.75±1.65	3.74±1.91	0.921
• Kul. Miktarı (gr/gün)				0.638
<u>Eroin Kullanım Yolu</u>				0.403
• İnhalasyon	12 (%85.7)	14 (%87.5)	55 (%78.6)	
• IV	2 (%14.3)	1 (%6.2)	7 (%10)	
• İnhalasyon+IV	0 (%0)	1 (%6.2)	8 (%11.4)	
<u>Ek Madde Kullanımı</u>				0.082
• Var (Bir veya birden fazla)	3 (%21.4)	8 (%50.0)	38 (%54.3)	
• Yok	11 (%78.6)	8 (%50.0)	32 (%45.7)	
<u>Tedavi/bırakma girişimi</u>				
• Sayısı	3.6±2.26	3.31±1.81	2.97±1.90	0.377
• En Uzun Remisyon Dönem(ay)	3.47±3.20	3.81±3.52	4.41±5.33	0.773
<u>Buprenorfin-Nalokson</u>				
• Stabilizasyon Dozu (mg/gün)	8.33±1.90	8.37±1.96	9.31±3.00	0.352

Çocukluk çağı DEHB olup erişkin dönemde DEHB tanısı almayan grup, erişkinlik döneminde de DEHB belirtileri devam eden grup ve çocukluk çağında DEHB tanısı

almayan grup kendi aralarında karşılaştırıldıklarında, araştırılan madde kullanım özelliklerinin hiçbirinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.41).

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların klinik özellikleri Tablo 4.42’de özetlenmiştir.

Tablo 4.42. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Klinik Özellikler	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS, n (%)	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS, n (%)	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) Ort.±SS, n (%)	p
<u>Adli Olay Öyküsü</u>				0.513
• Var	10 (%71.4)	12 (%75.0)	43 (%61.4)	
• Yok	4 (%28.6)	4 (%25.0)	27 (%38.6)	
<u>Cezaevi Yaşantısı (var/yok)</u>				0.102
• Var	5 (%34.7)	7 (%43.8)	14 (%20)	
• Yok	9 (%65.3)	9 (%56.2)	56 (%80)	
<u>Cezaevi Yaşantısı</u>				
• Sayısı	1.40±0.89	1.57±1.13	1.92±1.89	0.834
• Süresi (ay)	6.00±5.22	5.71±6.12	6.64±8.41	0.993
<u>İntihar Öyküsü</u>				0.260
• İntihar Girişimi	5 (%35.7)	6 (%37.5)	15 (%21.4)	
• İntihar Planı	1 (%7.1)	0 (%0)	0 (%0)	
• İntihar Düşünceleri	3 (%21.4)	5 (%31.2)	22 (%31.4)	
• Yok	5 (%35.7)	5 (%31.2)	33 (%47.2)	
<u>Kendini Yaralama Dav.</u>				0.072
• Var	11 (%78.6)	11 (%68.8)	35 (%50.0)	
• Yok	3 (%21.4)	5 (%31.2)	35 (%50.0)	
<u>Psik.Hast.Öyküsü (Eks:D)</u>				0.612
• Var	4 (%28.6)	3 (%18.8)	12 (%17.1)	
• Yok	10 (%71.4)	13 (%81.2)	58 (%82.9)	
<u>Tıbbi Hastalık Öyküsü</u>				0.810
• Var	2 (%14.3)	2 (%12.5)	13 (%18.6)	
• Yok	12 (%85.7)	14 (%87.5)	57 (%81.4)	
<u>AilePsik.Hastalık Öyküsü</u>				0.015*
• Var	4 (%28.6)	6 (%37.5)	7 (%10.0)	
• Yok	10 (%71.4)	10 (%62.5)	63 (%90.0)	
<u>Aile İçi Şiddet Öyküsü</u>				0.426
• Var	4 (%28.6)	7 (%43.8)	19 (%27.1)	
• Yok	10 (%71.4)	9 (%56.2)	51 (%72.9)	
<u>Ailede Alkol Kul. Öyküsü</u>				0.824
• Var	6 (%42.9)	6 (%37.5)	24 (%34.3)	
• Yok	8 (%57.1)	10 (%62.5)	46 (%65.7)	
<u>Ailede Madde Kul.Öyküsü</u>				0.236
• Var	0 (%0)	3 (%18.8)	7 (%10.0)	
• Yok	14 (%100)	13 (%81.2)	63 (%90.0)	

* $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan üç grubun klinik özellikleri karşılaştırıldığında, yalnızca ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ön görüldü ($p = 0.015$)

(Tablo 4.42). İstatiksel düzeyde ortaya çıkan farkın, hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla, post-hoc olarak gruplar ikişerli şekilde Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı ve Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirilerek anlamlılık düzeyi $p < 0.017$ olarak kabul edildi. İkili karşılaştırmalar sonucu farkın, çocukluk çağı DEHB öyküsü olup erişkin dönem DEHB tanısı olmayan grupla (n:16), çocukluk ve erişkinlik döneminde DEHB tanısı olmayan gruptan (n:70) kaynaklandığı tespit edildi. Çocukluk çağında DEHB öyküsü olup erişkin dönemde DEHB tanısı olmayan grup (n:16), çocukluk çağında DEHB olmayan gruba (n:70) kıyasla daha yüksek oranlarda ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğunu belirtmişlerdi ($p = 0.006$).

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların ADI-3 toplam ve alt ölçek puanları Tablo 4.43’de özetlenmiştir.

Tablo 4.43. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ADI-3 Puanları

ADI-3	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	p
Fiziksel	10.64±6.38	9.18±6.88	8.94±5.91	0.621
Toplumsal	10.57±5.43	11.81±5.98	9.77±5.74	0.374
Bilişsel	8.21±5.42	8.00±6.30	6.34±4.33	0.370
Toplam	29.42±15.49	28.06±16.79	24.77±13.44	0.492

ADI-3: Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan gruplar arasında ADI-3 toplam ve alt ölçek ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.43).

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların, ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanları Tablo 4.44’de sunulmuştur. ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek kesme puanlarına göre yapılan gruplar arası karşılaştırma ise Tablo 4.45’de sunulmuştur.

Tablo 4.44. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ÇÇTÖ Puanları

ÇÇTÖ	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	p
Cinsel İstismar	5.31±0.57	5.12±0.34	5.11±0.363	0.859
Fiziksel İstismar	6.07±1.85	7.18±3.65	5.56±1.68	0.082
Fiziksel İhmal	6.14±2.90	8.12±3.03	6.59±1.83	0.010*
Duygusal İstismar	9.64±5.58	8.62±4.57	6.51±2.37	0.035**
Duygusal İhmal	10.50±6.11	9.81±4.32	8.81±3.66	0.737
Toplam	37.21±14.60	38.56±12.64	32.59±7.54	0.220
Minimizasyon	1.64±1.27	1.43±1.20	1.60±1.05	0.852

* p<0.005 istatistiksel anlamlılık düzeyi

** Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirme sonrası istatistiksel anlamlılık kayboldu p>0.017

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların ÇÇTÖ puanları karşılaştırıldığında, fiziksel ihmal ve duygusal istismar alt ölçek ortalama puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Her iki alt ölçekte de farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla gruplar post-hoc olarak ikişerli şekilde Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı ve Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirilerek anlamlılık düzeyi, $p<0.017$ olarak kabul edildi. İkili karşılaştırmalar sonrası, çocukluk çağı DEHB olup erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grubun (n:16) her iki gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ortalama fiziksel ihmal puanına sahip olduğu saptandı ($p<0.017$). Duygusal istismar açısından yapılan post-hoc değerlendirmede ise gruplar arası istatistiksel anlamlılık kayboldu ($p>0.017$) (Tablo 4.44 ve Tablo 4.45).

Tablo 4.45. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ÇÇTÖ Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılması

ÇÇTÖ	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) n (%)	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) n (%)	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) n (%)	p
Cinsel İstismar				0.878
• Var	2 (%14.3)	2 (%12.5)	7 (%10.0)	
• Yok	12 (%85.7)	14 (%87.5)	63 (%90.0)	
Fiziksel İstismar				0.154
• Var	5 (%35.7)	6 (%37.5)	13 (%18.6)	
• Yok	9 (%64.3)	10 (%62.5)	57 (%81.4)	
Fiziksel İhmal				0.069
• Var	1 (%7.1)	7 (%43.8)	17 (%24.3)	
• Yok	13 (%92.9)	9 (%56.2)	53 (%75.7)	
Duygusal İstismar				0.048*
• Var	6 (%42.9)	6 (%37.5)	12 (%17.1)	
• Yok	8 (%57.1)	10 (%62.5)	58 (%82.9)	
Duygusal İhmal				0.696
• Var	3 (%21.4)	5 (%31.2)	15 (%21.4)	
• Yok	11 (%78.6)	11 (%68.8)	55 (%78.6)	
Toplam				0.115
• Var	7 (%50.0)	7 (%43.8)	18 (%25.7)	
• Yok	7 (%50.0)	9 (%56.2)	52 (%74.3)	

* Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirme sonrası istatistiksel anlamlılık kayboldu $p>0.017$

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği

Her üç grup ÇÇTÖ alt ölçek ve toplam kesme puanları baz alınarak karşılaştırıldığında, duygusal istismar alt ölçeğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ön görüldü ancak yapılan post-hoc değerlendirmede bu fark kayboldu ($p>0.017$) (Tablo 4.45).

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların BIS-11 ortalama toplam puanları Tablo 4.46’da gösterilmiştir.

Tablo 4.46. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların BIS-11 Toplam Puanları

	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	p
BIS-11 Toplam	82.42±12.86	70.46±6.94	63.65±10.96	0.0001*

* $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

BIS-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan üç grubun ortalama BIS-11 toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık ön görüldü ($p>0.05$) (Tablo 4.46). Gruplar ikiyeşerli olarak Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldığında, çocukluk çağı ve erişkin dönemde DEHB olmayan grup (n:70) her iki gruptan da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ortalama puana sahip olduğu bulundu (sırasıyla; $p<0.0001$, $p= 0.010$). Ayrıca çocukluk çağı DEHB tanısı alan erişkinlikte DEHB tanısı devam eden grup (n:14), erişkinlikte de DEHB tanısı kaybolan grupla (n:16) kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ortalama puana sahip olduğu tespit edildi ($p= 0.009$).

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların, Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları Tablo 4.47’de gösterilmiştir.

Tablo 4.47. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği Puanları

Buss-Perry Agresyon Ölçeği	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB(-) (n:16) Ort.±SS	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB(-) (n:70) Ort.±SS	p
Fiziksel Agresyon	19.35±7.99	17.68±5.86	12.60±7.26	0.002*
Sözel Agresyon	11.28±4.21	10.12±3.03	8.46±4.30	0.050
Öfke	18.57±6.39	16.18±4.38	11.51±6.30	<0.0001*
Düşmanlık	20.35±6.62	17.00±4.01	12.78±6.23	<0.0001*
Toplam	68.85±21.75	60.75±12.07	45.20±19.42	<0.0001*

* $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları, karşılaştırıldığında gruplar arası sözel agresyon alt ölçeği hariç ($p= 0.050$) tüm alt ölçeklerde ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (Tablo 4.47). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ikiyeşerli gruplara yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 4.48, 4.49 ve 4.50’de özetlenmiştir.

Tablo 4.48. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçek Puanlarının Post-Hoc Değerlendirilmesi

Buss-Perry Agresyon Ölçeği	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB(-) (n:16) Ort.±SS	p
Fiziksel Agresyon	19.35±7.99	17.68±5.86	0.371
Öfke	18.57±6.39	16.18±4.38	0.227
Düşmanlık	20.35±6.62	17.00±4.01	0.202
Toplam	68.85±21.75	60.75±12.07	0.176

Tablo 4.49. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçek Puanlarının Post-Hoc Değerlendirilmesi

Buss-Perry Agresyon Ölçeği	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB(-) (n:70) Ort.±SS	p
Fiziksel Agresyon	19.35±7.99	12.60±7.26	0.005*
Öfke	18.57±6.39	11.51±6.30	0.001*
Düşmanlık	20.35±6.62	12.78±6.23	<0.0001*
Toplam	68.85±21.75	45.20±19.42	0.001*

* p<0.017 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Tablo 4.50. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların Buss-Perry Agresyon Ölçek Puanlarının Post-Hoc Değerlendirilmesi

Buss-Perry Agresyon Ölçeği	Çoc. DEHB (+) Erişkin DEHB(-) (n:16) Ort.±SS	Çoc. DEHB (-) Erişkin DEHB(-) (n:70) Ort.±SS	p
Fiziksel Agresyon	17.68±5.86	12.60±7.26	0.011*
Öfke	16.18±4.38	11.51±6.30	0.005*
Düşmanlık	17.00±4.01	12.78±6.23	0.003*
Toplam	60.75±12.07	45.20±19.42	0.002*

* p<0.017 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Çocukluk çağında DEHB olmayan grup (n:70) diğer iki gruba kıyaslandığında Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ortalama puanlara sahip olduğu bulundu (p<0.017) (Tablo 4.48, Tablo 4.49 ve Tablo 4.50). Çocukluk çağı DEHB olup erişkinlik döneminde DEHB tanısı kaybolan ve erişkinlikte de DEHB tanısı devam eden iki grup karşılaştırıldıklarında ise Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam ve alt ölçek puanların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.017) (Tablo 4.48).

Çocukluk çağı DEHB olup erişkin dönemde DEHB tanısı almayan grubun, erişkinlik döneminde de DEHB belirtileri devam eden grubun ve çocukluk çağında DEHB tanısı almayan grubun HADÖ toplam ve alt ölçek puanları ile HDDÖ toplam puanları Tablo 4.51’de özetlenmiştir.

Tablo 4.51. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların HADÖ ve HDDÖ Puanları

	Çoc.DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc.DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS	Çoc.DEHB (-) Erişkin DEHB (-) (n:70) Ort.±SS	p
HADÖ				
• Psişik	2.00±1.66	2.68±1.77	1.49±1.44	0.020*
• Somatik	1.28±1.06	1.18±0.91	1.13±1.02	0.844
• Toplam	3.28±2.36	3.87±2.44	2.61±2.19	0.053
HDDÖ	3.00±2.88	3.68±2.08	2.46±1.69	0.021*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan üç grup arasında, HADÖ psişik anksiyete alt ölçeğinde ve HDDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ön görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.51). İstatistiksel farkın, hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc değerlendirme sonucu, çocukluk çağı DEHB tanısı olup erişkinlikte DEHB tanısı kaybolan gruba (n:16) çocukluk çağı DEHB olmayan grup (n:70) arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu saptandı (sırasıyla $p= 0.007$, $p= 0.005$). Çocukluk çağında DEHB öyküsü olan erişkinlik döneminde DEHB tanısı almayan grup (n:16), çocukluk döneminde DEHB olmayan gruba (n:70) kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek ortalama HADÖ psişik anksiyete ve HDDÖ toplam puanlarına sahipti.

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan üç grubun yaşam kalitesi ölçeği; KF-36 puanları Tablo 4.52’de gösterilmiştir.

Tablo 4.52. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların KF-36 Puanları

KF-36	Çoc.DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc.DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS	Çoc.DEHB (-) Erişkin DEHB(-) (n:70) Ort.±SS	p
Fiz. Fonksiyon	71.78±19.83	70.00±22.13	74.36±21.55	0.551
Fiz. Rol Güçlüğü	21.42±32.31	29.68±40.01	36.07±38.22	0.322
Ağrı	37.42±17.49	43.81±13.07	46.11±18.70	0.335
Genel Sağlık	41.71±16.72	40.12±10.71	50.11±18.01	0.048**
Vitalite	32.85±20.06	42.18±21.60	49.92±23.59	0.064
Sosyal Fonksiyon	29.46±25.29	40.62±26.41	48.21±24.56	0.033*
Emos. Rol Güçlüğü	16.65±21.67	26.47±34.86	38.57±34.82	0.057
Mental Sağlık	36.00±19.46	44.62±13.77	52.15±19.05	0.024*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

** Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirme sonrası istatistiksel anlamlılık kayboldu p>0.017

KF-36: Kısa Form-36

Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan grupların KF-36 ortalama alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt ölçeklerinde gruplar arası anlamlı düzeyde istatistiksel fark olduğu ön görüldü (Tablo 4.52). Gruplar ikiye ayrılarak Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılarak Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirildiğinde, gruplar arası genel sağlık alt ölçeğindeki istatistiksel anlamlı farkın kaybolduğu saptandı ($p>0.017$). Gruplar arası sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt ölçeklerinde ortaya çıkan farkın, erişkin dönemde de DEHB tanısı devam eden grupla (n:14) çocukluk dönemi DEHB öyküsü olmayan grup (n:70) arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi (sırasıyla $p= 0.011$, $p= 0.013$).

Çocukluk çağı DEHB olup erişkin dönemde DEHB tanısı almayan grubun, erişkinlik döneminde de DEHB belirtileri devam eden grubun ve çocukluk çağında DEHB tanısı almayan grubun ASI puanları Tablo 4.53’de sunulmuştur.

Tablo 4.53. Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem DEHB Tanı Değişimi Gözetilerek Oluşturulan Grupların ASI Puanları

ASI	Çoc.DEHB (+) Erişkin DEHB (+) (n:14) Ort.±SS	Çoc.DEHB (+) Erişkin DEHB (-) (n:16) Ort.±SS	Çoc.DEHB (-) Erişkin DEHB(-) (n:70) Ort.±SS	p
Tıbbi Durum	1.50±1.65	1.81±1.42	1.87±1.66	0.504
İş/Destek	4.07±1.07	4.18±1.22	4.99±1.44	0.738
Yasal	5.34±1.87	5.28±2.13	4.69±1.75	0.008*
Alkol/Madde	6.64±0.74	6.56±0.72	6.71±0.93	0.936
Aile/Sosyal İlişki	4.07±1.07	4.18±1.22	3.97±1.07	0.738
Psikiyatrik Durum	4.42±1.22	4.31±0.70	3.11±1.16	<0.0001*

* p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

ASI: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği

Çocukluk çağı ve erişkinlik döneminde DEHB tanı değişimi gözetilerek oluşturulan üç grubun ASI alt boyutları karşılaştırıldığında yasal durum ve psikiyatrik durum alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 4.53). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc olarak yapılan değerlendirmeler sonucu çocukluk çağı DEHB olmayan grubun (n:70), diğer iki gruba kıyasla hem yasal durum hem de psikiyatrik durum alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ortalama puanlara sahip olduğu belirlendi (sırasıyla, $p<0.0001$, $p= 0.001$). Erişkin dönem DEHB tanısı kaybolan ve DEHB tanısı devam eden gruplar arasında ise ASI ölçeğinin hiçbir alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı (Tablo 4.53).

4.3. Bağımlılık Şiddetine İlişkin Değerlendirmeler

4.3.1. Korelasyon Analizleri

Bu bölümde, ASI alt boyutlarıyla çalışmada araştırılan diğer değişkenlerin ilişkileri sunulmuştur.

ASI alt boyutlarıyla sosyodemografik değişkenlerin ilişkileri Tablo 4.54’de özetlenmiştir.

Tablo 4.54. ASI Alt Boyutlarının Sosyodemografik Verilerle İlişkisi

Demografik Özellik		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
Yaş	rs	0.14	0.18	0.11	0.15	0.18	0.20*
	p	0.143	0.064	0.912	0.117	0.064	0.047
Eğitim (yıl)	rs	0.12	-0.12	-0.08	0.05	-0.12	-0.07
	p	0.225	0.232	0.396	0.572	0.232	0.443
Medeni Durum	rs	-0.12	0.05	0.11	0.06	0.05	0.14
	p	0.241	0.616	0.260	0.576	0.616	0.173
Çalışma Durumu	rs	0.14	0.01	-0.15	0.25*	0.01	-0.02
	p	0.147	0.911	0.120	0.012	0.911	0.779
Aylık Gelir	rs	0.14	0.31**	-0.15	0.25*	0.01	-0.02
	p	0.147	0.001	0.120	0.012	0.911	0.779

* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

** 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

ASI alt boyutları ile sosyodemografik verilerin ilişkileri incelendiğinde, yaş ile psikiyatrik durum arasında (rs:0.20), düzenli işe sahip olanlar ile madde kullanımı arasında (rs:0.25) ve aylık gelir ile madde kullanımı arasında (rs:0.25) pozitif yönde düşük derecede bir ilişki olduğu belirlendi. Katılımcıların aylık gelirleri ile iş/destek durumu arasında ise pozitif yönde düşük-orta derecede ilişki olduğu saptandı.

ASI alt boyutları ile madde kullanım özellikleri arasındaki ilişkiler Tablo 4.55’de sunulmuştur.

Tablo 4.55. ASI Alt Boyutlarının Madde Kullanım Özellikleri ile İlişkisi

Madde Kullanım Özelliği		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
Sigara Başlangıç	rs	0.01	-0.16	0.16	-0.03	-0.11	-0.17
Yaşı	p	0.861	0.104	0.104	0.707	0.250	0.078
Sigara Kullanım	rs	0.13	0.14	0.17	0.05**	0.12	0.32**
Miktarı (adet/gün)	p	0.183	0.145	0.088	<0.0001	0.236	0.001
İlk Madde	rs	-0.05	-0.19	0.23*	-0.17	-0.09	-0.07
Kullanım Yaşı	p	0.623	0.056	0.020	0.082	0.375	0.484
İlk Eroin	rs	0.01	-0.06	0.04	-0.05	0.11	0.16
Kullanma Yaşı	p	0.901	0.504	0.670	0.964	0.249	0.105
Eroin Kullanım	rs	0.15	-0.03	0.18	0.67**	0.17	0.14
Miktarı (gr/gün)	p	0.132	0.703	0.063	<0.0001	0.080	0.152
Ek Madde	rs	0.25**	-0.03	0.21*	0.62**	0.27**	0.20*
Kullanımı	p	0.010	0.725	0.033	<0.0001	0.006	0.042
En Uzun Remisyon	rs	0.04	0.08	0.20*	0.06	0.07	0.05
Dönemi (ay)	p	0.658	0.417	0.05	0.535	0.473	0.600
Buprenorfin	rs	0.09	-0.20	0.20*	0.60**	0.31**	0.24*
Stabilizasyon Dozu	p	0.345	0.859	0.042	<0.0001	0.001	0.015

* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

** 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

ASI alt boyutlarının madde kullanım özellikleriyle ilişkisi incelendiğinde, günlük sigara kullanım miktarı ile madde kullanımı arasında pozitif yönde düşük derecede (rs:0.05), günlük sigara kullanım miktarı ile psikiyatrik durum arasında ise pozitif yönde düşük-orta derecede (rs:0.32) bir ilişki saptandı. İlk madde kullanım yaşı ve yasal durum arasında negatif yönde düşük derecede (rs:-0.23) bir ilişki olduğu belirlendi. Beklenir şekilde günlük eroin kullanım miktarı ile madde kullanımı arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki olduğu bulundu. Ek madde kullanım varlığı ile tıbbi durum (rs:0.25), yasal durum (rs:0.21), psikiyatrik durum (rs:0.20), aile ve sosyal ilişkiler (rs:0.27) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki bulunurken, ek madde kullanımı ve madde kullanımı arasında beklenir şekilde pozitif yönde iyi derecede (rs:0.62) bir ilişki olduğu saptandı. Katılımcıların en uzun remisyon dönemi süreleri ile yasal durum alt boyutu arasında pozitif yönde düşük derecede (rs:0.20) bir ilişki olduğu belirlendi. Buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozları ile yasal durum (rs:0.20) ve psikiyatrik durum (rs:0.24) arasında pozitif yönde düşük derecede, aile/sosyal ilişkiler alt boyutu ile pozitif

yönde düşük-orta derecede (rs:0.31), madde kullanımı alt boyutuyla ise pozitif yönde iyi derecede (rs:0.60) korelasyon varlığı saptandı (Tablo 4.55).

ASI alt boyutları ile araştırılan klinik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 4.56'da gösterilmiştir.

Tablo 4.56. ASI Alt Boyutlarının Klinik Özelliklerle İlişkisi

Klinik Özellikler		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
Adli Olay	rs	0.08	0.07	0.81**	0.22*	0.18	0.20*
Öyküsü	p	0.382	0.468	<0.0001	0.028	0.066	0.043
İntihar	rs	0.16	0.13	0.27**	0.20*	0.21*	0.44**
Girişimi	p	0.097	0.197	0.006	0.047	0.036	<0.0001
Kendini Yaralama Davranışı	rs	-0.10	-0.04	0.26**	0.12	0.15	0.32**
	p	0.904	0.710	0.009	0.209	0.127	0.001
Aile İçi Şiddet	rs	0.06	0.15	0.11	-0.03	0.22*	0.31*
	p	0.547	0.120	0.248	0.727	0.025	0.002

* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

** 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

ASI alt boyutlarının araştırılan klinik özelliklerle ilişkisi incelendiğinde, adli olay öyküsü varlığı ile madde kullanımı (rs:0.22) ve psikiyatrik durum (rs:0.20) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük derecede bir ilişki olduğu saptandı. Ek olarak beklenir şekilde adli olay öyküsü ve yasal durum alt boyutunun, pozitif yönde çok yüksek derecede (rs:0.81) ilişkili olduğu bulundu. Geçmiş dönemde intihar girişimi varlığı ile yasal durum (rs:0.27), madde kullanımı (rs:0.20) ve aile/sosyal ilişkiler (rs:0.21) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük derecede, psikiyatrik durum alt boyutu ile arasında ise pozitif yönde orta derecede (rs:0.44) bir ilişki olduğu tespit edildi. Kendini yaralama davranışı varlığı ile yasal durum arasında pozitif yönde düşük derecede (rs:0.27), psikiyatrik durum arasında ise düşük-orta derecede (rs: 0.32) ilişki olduğu bulundu. Katılımcıların belirttiği geçmiş dönemde ya da halen devam eden aile içi şiddet varlığı ile aile/sosyal ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde düşük derecede (rs:0.22), psikiyatrik durum alt boyutu ile arasında ise pozitif yönde düşük-orta derecede (rs: 0.31) ilişki varlığı tespit edildi (Tablo 4.56).

ASI alt boyutları ile WUDÖ ve ASRS toplam puan arasındaki ilişkiler Tablo 4.57'de gösterilmiştir.

Tablo 4.57. ASI Alt Boyutlarının WUDÖ ve ASRS Toplam Puanlarıyla İlişkisi

		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
WUDÖ	rs	-0.06	0.09	0.22*	-0.04	0.17	0.60**
	p	0.540	0.365	0.025	0.708	0.083	<0.0001
ASRS Toplam	rs	-0.04	0.11	0.20**	0.06	0.15	0.38**
	p	0.677	0.247	0.047	0.544	0.122	<0.0001

* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

** 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

ASRS: Yetişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği

ASI alt boyutları ile WUDÖ ve ASRS toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, WUDÖ toplam puanı ile ASI psikiyatrik durum alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek derecede (rs: 0.60), yasal durum alt boyutu arasında ise pozitif yönde düşük derecede (rs:0.22) korelasyon olduğu bulundu. ASRS toplam puan ile ASI alt boyutları arasında yine benzer şekilde yasal durum (rs:0.20) ve psikiyatrik durum (rs:0.38) alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.57).

ASI alt boyutları ile ADI-3 toplam puan arasındaki ilişkiler Tablo 4.58’de gösterilmiştir.

Tablo 4.58. ASI Alt Boyutlarının ADI-3 Toplam Puanıyla İlişkisi

		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
ADI-3	rs	-0.02	-0.07	0.05	-0.09	0.03	0.23*
Toplam	p	0.811	0.497	0.599	0.349	0.736	0.018

* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

ADI-3 toplam puanı ile ASI psikiyatrik durum alt boyutu arasında pozitif yönde düşük derecede bir ilişki (rs:0.23) olduğu bulundu (Tablo 4.58).

ASI alt boyutları ile ÇÇTÖ toplam puan arasındaki ilişkiler Tablo 4.59’da gösterilmiştir.

Tablo 4.59. ASI Alt Boyutlarının ÇÇTÖ Toplam Puanıyla İlişkisi

		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
ÇÇTÖ	rs	0.14	0.05	0.06	-0.03	0.25*	0.15
Toplam	p	0.167	0.625	0.521	0.747	0.011	0.119

* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği

ÇÇTÖ toplam puan ile ASI aile/sosyal ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde düşük derecede bir ilişki (rs:0.25) olduğu saptandı (Tablo 4.59).

ASI alt boyutları ile BIS-11 toplam puan arasındaki ilişkiler Tablo 4.60'da gösterilmiştir.

Tablo 4.60. ASI Alt Boyutlarının BIS-11 Toplam Puanıyla İlişkisi

		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
BIS-11	rs	-0.07	0.09	0.13	-0.03	0.13	0.30*
Toplam	p	0.496	0.394	0.213	0.753	0.211	0.004

* 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)
BIS-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

ASI alt boyutlarının BIS-11 toplam puanıyla ilişkisi incelendiğinde, BIS-11 toplam puanı ile ASI psikiyatrik durum alt boyutu arasında pozitif yönde düşük-orta derecede (rs: 0.30) bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.60).

ASI alt boyutları ile Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puan arasındaki ilişkiler Tablo 4.61'de gösterilmiştir.

Tablo 4.61. ASI Alt Boyutlarının Buss-Perry Agresyon Ölçeği Toplam Puanıyla İlişkisi

		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
Buss-Perry Agresyon Ölçeği Toplam	rs	0.05	0.11	0.31*	0.26*	0.07	0.49*
	p	0.616	0.264	0.001	0.008	0.456	<0.0001

* 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

ASI alt boyutlarının Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanıyla ilişkisi incelendiğinde, Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanı ile ASI madde kullanımı alt boyutu arasında pozitif yönde düşük derecede (rs:0.26), yasal durum alt boyutu ile pozitif yönde düşük-orta derecede (rs:0.31), psikiyatrik durum alt boyutu ile ise pozitif yönde orta derecede (rs:0.49) ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.61).

ASI alt boyutları ile HDDÖ ve HADÖ toplam puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4.62'de gösterilmiştir

Tablo 4.62. ASI Alt Boyutlarının HADÖ ve HDDÖ Toplam Puanlarıyla İlişkisi

		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
HADÖ Toplam	rs	0.22*	0.18	0.15	0.20*	0.24*	0.48**
	p	0.026	0.062	0.123	0.040	0.015	<0.0001
HDDÖ	rs	0.09	-0.01	0.12	0.04	0.16	0.31**
	p	0.354	0.956	0.234	0.675	0.101	0.001

* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

** 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HADÖ toplam puan ile ASI tıbbi durum (rs:0.22), madde kullanımı (rs:0.20), aile ve sosyal ilişkiler (rs:0.24) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki olduğu belirlendi. HDDÖ toplam puanı ile ASI psikiyatrik durum alt boyutu arasında ise pozitif yönde orta derecede (rs:0.48) ilişki varlığı tespit edildi (Tablo 4.62).

4.3.2. Regresyon Analizleri

Bu bölümde, bağımlılık şiddetini etkileyebilecek bazı değişkenlerin, ASI alt boyut puanlarına olası bağımsız etkileri değerlendirilmiştir. ASI alt boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı stepwise çoklu doğrusal regresyon analiz sonuçları Tablo 4.63’de sunulmuştur. Regresyon modeli kurulurken, BIS-11 toplam puanı ile ASRS toplam puanı arasında %50’nin üzerinde benzerlik belirlenmesi nedeniyle ASRS regresyon modeli dışında bırakıldı. Çoklu doğrusal regresyon modeline alınan diğer bağımsız değişkenler arasında böyle bir benzerlik sorunu saptanmadı.

4.63. ASI Alt Boyutlarının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Stepwise Çoklu Doğrusal Regresyon Modellerinde Belirleyici Değişkenler

		Tıbbi	İş/Destek	Yasal	Madde Kul.	Aile/Sosyal	Psikiyatrik
	F	3.512	9.432	10.987	6.091	4.913	26.355
ANOVA	SH	1.590	1.315	1.745	0.781	1.062	0.885
	p	0.034	<0.0001	0.001	<0.0001	0.029	<0.0001
Düzeltilmiş R ²		0.051	0.148	0.093	0.208	0.040	0.511
Yaş	β	0.213					0.152
	p	0.040					0.045
Medeni Durum	β	0.219					
	p	0.035					
Eğitim (yıl)	β		-0.376				
	p		<0.0001				
WUDÖ	β				-0.271		0.464
	p				0.012		<0.0001
ADI-3 Toplam	β				-0.213		
	p				0.030		
Buss-Perry	β		0.205	0.320	0.410		0.236
Agresyon Ölç. Top.	p		0.032	0.001	<0.0001		0.005
BIS-11 Toplam	β						
	p						
ÇÇTÖ Toplam	β						
	p						
HADÖ Toplam	β				0.414	0.221	0.226
	p				<0.0001	0.029	0.004
HDDÖ Toplam	β				0.228		
	p				0.046		

Sonuçlar düzeltilmiş regresyon katsayıları (β) olarak verilmiştir.

WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

BIS-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

ASI alt boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı stepwise çoklu doğrusal regresyon analiz tabloları incelendiğinde, yaş ve evli olmamanın tıbbi durum alt boyut puanlarında artışa neden oldukları saptandı. Düşük eğitim yılı ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanı ise iş/destek durumu alt boyut puanlarında artışa neden oldukları belirlendi. Regresyon modeline dahil edilen değişkenler arasında, yasal durum alt boyutuna etki eden tek değişkenin, Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanı olduğu tespit edildi.

Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının, ASI yasal durum alt boyut puanlarında artışa neden olduğu bulundu. Madde kullanımı alt boyut puanlarını negatif yönde etkileyen değişkenlerin, WUDÖ ve ADI-3 toplam puanları olduğu, pozitif yönde etkileyen değişkenlerin ise Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HADÖ ve HDDÖ toplam puanları olduğu belirlendi. Regresyon modeline dahil edilen değişkenler arasında ASI aile/sosyal ilişkiler alt boyutunu etkileyen tek değişken HADÖ toplam puanı olduğu bulundu. Psikiyatrik durum alt boyut puanlarında artışa neden olan değişkenlerin ise yaş, WUDÖ, Buss-Perry Agresyon Ölçeği ve HADÖ toplam puanları olduğu tespit edildi (Tablo 4.63).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma, yoksunluk bulgularının tamamen kaybolduğu buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi dönemi içerisindeki yatılı tedavilerine devam edilen ardışık 100 erkek “*opiyat bağımlısı*” hasta ile yürütülmüştür.

Çalışmamızda WUDÖ ve ASRS öz bildirim ölçekleri ile birlikte DIVA 2.0 tanınal görüşme aracı kullanılarak, katılımcılar DEHB tanısı alanlar ve DEHB tanısı almayanlar şeklinde gruplandırıldı. Gruplar sosyodemografik özellikler, klinik özellikler, anksiyete duyarlılığı, agresyon, dürtüsellik, çocukluk çağı ruhsal travmaları, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve bağımlılık şiddeti açılarından karşılaştırıldı. Ek olarak çalışmada yukarıda sayılan faktörlerin, bağımlılık şiddeti ile ilişkileri ve bağımlılık şiddetine olası bağımsız etkileri araştırıldı.

Çalışmamızda, opiyat bağımlısı hastaların %30’unda çocukluk çağı DEHB öyküsü, %14’ünde ise halen devam eden erişkin dönem DEHB tanısı saptandı. Yaşam boyu alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylerde DEHB yaygınlığının genel olarak %15 ile %25 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (43). Alkol-madde kullanım bozukluğu olanlarda DEHB sıklığını araştırılan çalışmalarda ise %2 ile %83 arasında oldukça geniş aralıkta değişen birliktelik oranları bildirilmiştir (86). Bu duruma, çalışmalara alınan farklı örneklem grupları (yaş, cinsiyet, kullanılan madde türü gibi) ve çalışmalarda kullanılan farklı tanı araçları gibi metodolojik farklılıklar neden olmuş gibi görünmektedir. 2012 yılında konu ile ilgili yapılmış 29 çalışmayı kapsayan bir metaanaliz ve metaregresyon analizinde madde kullanım bozukluğu olan hastalarda, DSM tanı ölçütlerince %23.1 (CI:%19.4-27.2) oranında DEHB birlikteliği bildirilmiştir (86). Literatürde opiyat bağımlılarında DEHB sıklığını konu alan çalışmalarda çocukluk çağı DEHB birlikteliği %5.22 ile %35.2 arasında, erişkin dönem DEHB birlikteliği ise %4.15 ile %24.9 arasında olduğu bildirilmiştir (195-200). Bilgilerimiz dahilinde, opiyat bağımlılarında DEHB sıklığının araştırıldığı bir metaanaliz çalışması ise henüz bulunmamaktadır. Çalışmamızda saptanan çocukluk çağı (%30) ve erişkin dönem (%14) DEHB eş tanı oranları mevcut literatürle uyumludur.

Çalışmamızda, çocukluk çağı DEHB öyküsü olan grupla DEHB öyküsü olmayan grup arasında yaş, eğitim süresi, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyleri bakımından anlamlı fark bulunmadı. Benzer şekilde yukarıda sayılan sosyodemografik

özellikler, erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan gruplar arasında da istatistiksel düzeyde farklılık göstermiyordu. Literatürde etkin tedavi edilmeyen DEHB'nin daha kötü akademik, mesleki, ekonomik ve sosyal gidişle ilişkili olduğu, daha sık evlilik ve aile sorunlarına yol açtığı birçok kesitsel ve uzunlamasına takip çalışmasında gösterilmiştir (44, 201-205). Bu açıdan bakıldığında bulgularımız önceki yapılan çalışmalarla çelişiyor gibi görünse de çalışmamızda genel toplum örneklemini değil “*opiyat bağımlılığı*” tanılı DEHB olan ve olmayan gruplar değerlendirilmiştir. Alkol-madde kullanımı olan gruplarda DEHB belirtilerinin ve etkilerinin araştırıldığı bazı çalışmalarda bulgularımıza benzer şekilde akademik, mesleki, sosyoekonomik ve medeni durum alanlarında gruplar arası istatistiksel fark bildirilmemiştir (195, 200, 206). Bu durum, DEHB olsun olmasın alkol-madde kullanım bozukluklarının da, yıkıcı akademik, mesleki, ekonomik, sosyal ve evlilik/aile sorunlarıyla ilişkili olmasından kaynaklanıyor gibi görünmektedir. DEHB olan alkol-madde bağımlılarında, akademik, mesleki ve sosyoekonomik alanlarda istatistiksel farklılık bildirilmese de daha fazla yalnız yaşama bildirilmiş iki çalışmada ise yaş ortalamaları (sırasıyla 37.2 ± 12.3 , 40.7 ± 11.3) çalışma örnekleminizin yaş ortalamasından (23.15 ± 3.86) belirgin olarak daha yüksekti (207, 208). Bu çalışmalarla kıyaslandığında çalışma örnekleminizin yaş ortalamasının (23.15 ± 3.86) belirgin düşük oluşu, çalışmamızda medeni durum açısından istatistiksel farkın bulunmayışını açıklayabilir.

Çeşitli çalışmalarda diğer değişkenlerden bağımsız olarak DEHB'nin sigaraya başlama yaşı, sigara kullanım miktarı ve başarısız bırakma girişimleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği belirtilerinin sayısı ve şiddeti ile günlük içilen sigara miktarı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (4). DEHB olanlarda sigara kullanımı da dahil olmak üzere madde kullanımının daha erken yaşlarda başladığı belirtilmektedir (99, 209, 210). Literatür ile uyumlu olarak çalışmamızda çocukluk çağı DEHB olan grupta, ortalama sigara başlangıç yaşı DEHB olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü. Ayrıca çocukluk çağı DEHB olan grupta, istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da daha yüksek günlük sigara tüketim miktarı ve daha erken yaşlarda yasadışı madde kullanımının başladığı saptandı. Benzer şekilde erişkin dönem DEHB olan grupta da istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da daha erken sigara başlangıç yaşı, daha yüksek günlük sigara tüketim miktarı ve daha erken yaşlarda yasadışı madde kullanımının başladığı bulundu. DEHB gruplarındaki yüksek sigara tüketim miktarlarının ve daha erken yaşlarda madde kullanımının başlamasının istatistiksel

olarak yansımaması, örneklem büyüklüğümüzün yetersizliğinden (çocukluk çağı DEHB n:30, erişkin dönem DEHB n:14) kaynaklanmış olabilir.

Örneklemin ilk eroin kullanma yaşı incelendiğinde ise çalışmamızda DEHB olan ve olmayan gruplar arasında benzerlik bulunuyordu. Bu bulgu 2010 yılında Carpentier ve arkadaşlarınca kronik metadon tedavisi altındaki 193 opiyat bağımlısı ile yürütülen çalışma ile örtüşmektedir (200). Beklenenin aksine çalışmamızda ortalama günlük eroin kullanım miktarı istatistiksel olarak anlamlılık göstermese de DEHB olmayan grupta daha yüksek olma eğilimindeydi. Ek madde kullanım oranları ise yine beklenenin aksine DEHB olmayan gruplarda daha yüksek oranlarda saptandı ve bu farklılık erişkin DEHB olmayan grupta daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak da anlamlılık gösteriyordu. Bu duruma, çalışmamızda çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB'lilerin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha düşük gelir düzeylerine sahip olmaları neden olmuş olabilir. Ekonomik durum ile günlük kullanılan eroin miktarı ve nispeten daha pahalı olan diğer ek maddelerin kullanımı arasında ilişki olması şaşırtıcı değildir. Diğer bir bakış açısıyla, DEHB'li bireyler eroin ve diğer madde kullanımlarında, primer olarak tek başına hedoniden ziyade ayırımında olmadan DEHB belirtilerini iyileştirmeyi de amaçlıyor olabilirler ve bu self medikasyon daha az miktarda eroin ya da daha az türde madde kullanımı ile sağlanıyor olabilir. Literatürde opiyat bağımlıları ve DEHB ilişkisini inceleyen az sayıdaki çalışma nedeniyle bu durum daha ayrıntılı değerlendirilememiştir.

Çalışmamızda DEHB gruplarında DEHB olmayan gruplara kıyasla daha fazla sayıda başarısız eroin bırakma girişimi ve nispeten daha kısa remisyon dönemleri saptandı ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. DEHB olan gruplarda daha sık cezaevi yaşantısı ve dolayısıyla nispeten uzun zorunlu remisyon dönemleri mevcuttu. Bu durum DEHB gruplarının lehine etki ederek aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı yansımaları önüyor olabilir. Konu ile ilgili yapılmış olan daha erken dönemdeki araştırmalar, DEHB'li bireylerde madde kullanım bozukluklarının daha kısa seyirli ve dolayısıyla daha uzun remisyon dönemlerine sahip olduğunu öne sürmüştür (43). Daha güncel çalışmalar ise bu konuda tam tersi bulgulara sahiptir (211, 212). Bu konuda karıştırıcı etkisi nedeniyle cezaevi yaşantısına bağlı oluşan zorunlu remisyon dönemlerinin dışlandığı, tedavi başarısını araştıran prospektif takip çalışmalarının yapılması yararlı olacaktır.

Çalışmamızda DEHB gruplarında DEHB olmayan gruplara kıyasla daha yüksek oranlarda adli olaya karışma öyküsü ve cezaevi yaşantısı olduğu tespit edildi. Aradaki fark

adli olay öyküsü oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, cezaevi yaşantı oranı çocukluk çağı DEHB olan grupta DEHB olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak da anlamlı bulundu. Erişkin dönemde DEHB olan ve olmayan gruplar arasında adli olay ve cezaevi yaşantı öyküsünün istatistiksel olarak yansımaması erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grubun karıştırıcı etkisine bağlı gibi görünmektedir. Ek olarak bu durum erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolduysa da eşik altı belirtilerin devam ettiğini destekler niteliktedir. Mahkumlar arasında yapılan çalışmalarda DEHB sıklığı genel toplum örnekleminde belirgin olarak daha yüksek oranlarda bulunmuştur (41). 2004 yılında Rösler ve arkadaşlarınca 129 erkek mahkum ile yapılan çalışmada, DSM-IV-TR kriterlerine göre katılımcıların %45’inde DEHB tanısı saptanmıştır (213). Bir başka çalışmada, uzun süreli ceza almış mahkumların %40’ında DEHB olduğu ayrıca hem çocukluk çağında hem de erişkin dönemde daha fazla DEHB belirtisi gösterdikleri bildirilmiştir (203). 2005 yılında Matsumoto ve arkadaşlarınca 796 erkek mahkum ile yapılan çalışmada ise madde kullanım bozukluğu olan mahkumlarda anlamlı düzeyde daha yüksek ortalama WUDÖ puanları saptanmıştır (214). Yapılan çalışmalarda DEHB’nin hem madde kullanımı hem de suça karışma açısından bağımsız risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Diğer taraftan DEHB olsun olmasın, madde kullanımı ile suç arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (205). Madde kullanımı ve suç arasındaki pozitif yöndeki bu ilişki çalışmamızda hem DEHB gruplarına hem de DEHB olmayan gruplara yansımıştır. Genel olarak çalışma bulgularımız ve konu ile ilgili literatür göz önüne alındığında, DEHB’nin madde kullanımı ve suç arasındaki mevcut ilişkiyi daha da arttırdığını düşündürmektedir.

Klinikte oldukça sık rastlanması ve birçok araştırmaya konu olmasına rağmen yaygın kullanılan tanı sistemlerindeki yerini hala almamış olması nedeniyle “*intihar niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışının*” sınırları konusundaki belirsizlik sürmektedir. Bu konuda çalışmamızda ele alınan davranış kalıbı, yaşamı tehdit edecek dereceye varmayan, intihar niyetinin güdülmediği, sıklıkla tekrarlanan, kasti ve doğrudan kendini fiziksel yaralama davranışdır. Bu tanım çerçevesinde çalışmamızda, kendini kesme, yakma, vücudunda sigara söndürme, kendine vurma, duvara yumruk atma ya da duvara kafa vurma gibi davranış kalıpları intihar niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışı olarak değerlendirildi. Çalışmamızda dövme, piercing gibi toplumca nispeten kabul gören ya da hastalık tanısına rağmen tedaviyi aksatma, alkol-madde etkisi altında araç kullanma gibi riskli davranışları içeren dolaylı kendine zarar verme davranışları ise bu tanım doğrultusunda değerlendirilmeye alınmadı. Çalışmamızda intihar niyeti olmaksızın kendini

yaralama davranışı çocukluk çağı DEHB olan grupta DEHB olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda saptandı. Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan gruplar arasında ise yine DEHB olan grupta daha yüksek oranlarda kendini yaralama davranışı bulunmasına rağmen istatistiksel anlamlılık kaybolmuştu. Kendini yaralama davranışı sıklıkla çocukluk ve ergenlik döneminde başlamaktadır. Bu nedenle erişkin dönem DEHB olan ve olmayan gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak yansımamasında çocukluk çağında DEHB olup erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan katılımcıların varlığı yadsınamaz. Tanı değişimi gözetilerek gruplar değerlendirildiğinde erişkin dönemde kendini yaralama davranışının istatistiksel olarak yansımamasına erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan katılımcılar neden olmuş gibi görünmektedir. Grupların geçmiş intihar öyküleri araştırıldığında ise DEHB gruplarında DEHB olmayan gruplara kıyasla daha yüksek oranlarda intihar girişim öyküsü bulunmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. Yapılan çalışmalarda hem DEHB olanlarda hem de alkol-madde kullanım bozuklukları olanlarda ayrı ayrı intihar ve intihar niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışının genel toplum örneklemine göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (216, 217). İntihar eden madde bağımlılarını inceleyen bir çalışmada, major depresyon gibi ek psikiyatrik tanıların daha fazla olduğu, bağımlılık şiddetlerinin daha yüksek olduğu, daha fazla farklı türde madde kötüye kullandıkları, alkol ve sedatif hipnotikleri daha yüksek oranda kötüye kullandıkları, nörotik ve borderline skorlarının yüksek olduğu görülmüştür (1). Benzer şekilde DEHB olanlarda da intihar oranlarının yüksek oluşunun nedenleri arasında depresyon gibi eş tanıların sık olması ve dürtü kontrolündeki zayıflık nedeniyle intihar fikrinin ve girişiminin engellenememesi olabileceği öne sürülmüştür (217). Arias ve arkadaşlarınca, 1761 kokain ve/veya opiyat bağımlısı ile yapılan çalışmada DEHB, daha yüksek oranda intihar ve kendini yaralama davranışı ile ilişkilendirilmiştir (195). Bu çalışma ile karşılaştırıldığında, çalışmamızda örneklem büyüklüğünün ve yaş ortalamasının belirgin şekilde düşük oluşu, gruplar arası intihar girişim öyküleri açısından istatistiksel farkın yansımamasını açıklayabilir.

Çalışmamızda DEHB gruplarıyla DEHB olmayan gruplar arasında, tıbbi hastalık ve eksen I psikiyatrik bozukluk tanı öyküsü açısından anlamlı düzeyde fark bulunmadı. Çeşitli çalışmalarda, madde kullanım bozukluğu olanlarda DEHB eş tanısı, daha yüksek oranlarda ek psikiyatrik bozukluk varlığıyla ilişkilendirilmiştir (195, 200, 206). Çalışmamızda DEHB gruplarında daha yüksek oranlarda ek psikiyatrik tanı varlığına rağmen beklenenin aksine bu durumun istatistiksel anlamlılık düzeyinde bulunmayışı, önceki çalışmalar ile

kıyaslandığında çalışmamızın nispeten daha küçük örneklem grubuna ve daha düşük yaş ortalamasına sahip olmasından kaynaklanabilir. Bununla beraber çalışmamızda eksen II psikopatolojilerinin değerlendirme dışı bırakılmış olması da istatistiksel farkın bulunmayışına katkı sağlıyor gibi görünmektedir.

ADI-3 alt boyutları ve toplam puanlarında çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB olan gruplarla, DEHB olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı. Lejuez ve arkadaşlarınca yapılan bir çalışmada, düzenli eroin kullanıcılarının oluşturduğu grupta anksiyete duyarlılığı düzeylerinin panik bozuklukta görülen anksiyete duyarlılığı düzeyleri ile kıyaslanabilecek derecede yüksek bulunmuştur (117). Başka bir çalışmada ise esrar ya da haşhaş kullanıcılarının kullanmayanlara göre oldukça düşük anksiyete duyarlılığı indeksi puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir (118). Çeşitli çalışmalarda DEHB'lilerde anksiyete bozuklukları eş tanı sıklığının %40 ile %60 gibi yüksek oranlarda olduğunu bildirilmiştir (218). DEHB ile anksiyete bozukluklarının yüksek birliktelik oranları DEHB'lilerde yüksek anksiyete duyarlılığı olabileceği ihtimalini akla getirmektedir ancak böylesine direk bir ilişkiden bahsetmek mümkün görünmemektedir (219). Reis'in tanımıyla “*korkmaktan korkmak*” şeklinde de ifade edilen anksiyete duyarlılığının, DEHB ve bağımlılık süreçlerindeki olası klinik etkileri hakkında kestrimde bulunmak için, bu konuda daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda hem çocukluk çağı hem de erişkin dönem DEHB olan gruplarda, DEHB olmayan gruplara kıyasla tüm ÇÇTÖ alt boyutlarında ve toplamda daha yüksek puanlar saptandı. Bu farklılık çocukluk çağı DEHB olan grupla DEHB olmayan grup arasında duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar alt boyutlarında istatistiksel olarak da anlamlı bulundu. Erişkin dönem DEHB olan grupla erişkin dönem DEHB olmayan grup arasında ise cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt boyutlarında anlamlı düzeyde istatistiksel fark saptandı. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının kısa ya da uzun vadede alkol-madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere bir dizi psikiyatrik bozukluk gelişimi için risk faktörü olduğu bilinmektedir (220, 221). Çocukluk çağı travmaları sonrası alkol-madde kullanım bozukluğu genel olarak kötüye kullanım döneminde veya kısa bir süre sonra başlamaktadır. Bu durum hastaların travma ortamından kaçış ararlarken disosiyasyon, somatizasyon gibi yollardan daha sık “*kimyasal kaçış yolunu*” tercih ettiklerini göstermektedir (128, 129). Benzer şekilde birçok çalışmada da DEHB olanların toplum genelinden daha yüksek sıklıkta çocukluk çağı ihmal ve istismarına maruz kaldıkları bildirilmiştir (222). Beklenen şekilde mevcut literatür ile

paralellik gösteren bulgularımız göz önüne alındığında, DEHB'nin çocukluk çağı ruhsal travmalarına maruziyet için risk faktörü olduğu, çocukluk çağı ruhsal travmalarının ise DEHB ile birlikte alkol-madde kullanım bozukluklarının gelişimi için risk faktörü olduğu söylenebilir.

BIS-11 toplam puanları, çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB olan gruplarda DEHB olmayan gruplara kıyasla istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık gösteren düzeylerde yüksekti. Erişkin dönem DEHB tanısı kaybolan grupla erişkin dönemde de DEHB belirtisi devam eden gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. DEHB'nin çekirdek belirtilerinden birisi olan dürtüselliğin BIS-11 toplam puanlarına yansımaları şaşırtıcı değildir. DEHB olsun olmasın alkol-madde kullanım bozuklukları olanlarda da engellenme eşiğinin düşük olduğu ve daha yüksek dürtüsellik düzeyleri olduğu bilinmektedir (138, 141, 145). Dürtüselliğin madde kullanım bozukluklarının, sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu sorusu ise henüz yanıtlanamamıştır (141). Çalışmamızda, DEHB olmayan gruplarda da yüksek BIS-11 toplam puanlarına rağmen DEHB gruplarında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanların saptanması, WUDÖ ve ASRS ölçeklerine ek olarak çalışmamızda katılımcıların gruplara başarılı bir şekilde dağıldığının göstergesi sayılabilir. Erişkin dönem DEHB tanısı kaybolan grupla erişkin dönemde de DEHB belirtileri devam eden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması ise literatürle uyumlu biçimde çocukluk çağı DEHB olanların erişkin dönemde DSM-IV-TR kriterlerince DEHB tanısı almasalar bile eşik altı belirtilerinin devam ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda Buss-Perry Agresyon Ölçeği'nin tüm alt boyutlarında ve toplam ölçek puanlarında, çocukluk çağı DEHB ve erişkin dönem DEHB gruplarının, DEHB olmayan gruplara kıyasla daha yüksek puanlar aldığı bulundu. Bu fark çocukluk çağı DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar arasında tüm ölçek alt boyutlarında ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlılık gösteriyordu. Erişkin dönem DEHB olan ve erişkin dönem DEHB olmayan gruplar arasında ise fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık alt boyutları ile toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcutken sadece sözel agresyon alt boyutunda istatistiksel anlamlılık yoktu. Erişkin dönem DEHB tanısı devam eden grupla DEHB tanısı kaybolan grup arasında ise hiçbir alt boyutta ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Erişkin dönemde DEHB olan ve olmayan gruplar arası sözel agresyon alt boyutundaki farkın, istatistiksel olarak yansımamasına erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan katılımcıların (n:16) karıştırıcı

etkisi sebep olmuş gibi görünmektedir. Çocukluk çağı davranım bozukluğunun, antisosyal kişilik gelişimine zemin hazırladığı birçok çalışmada gösterilmiştir (223). Çocukluk çağında DEHB olanlarda davranım bozukluğu görülme sıklığının %20 ile %50 arasında olduğu, erişkin dönemde ise DEHB olanların %25'nin ASKB eş tanısı aldıkları bildirilmiştir (223, 224). Literatürde davranım bozukluğu ve DEHB'nin alkol-madde kullanım bozukluklarının gelişimi için ayrı ayrı bağımsız risk faktörü olduğu her iki bozukluğun bir arada görülmesi durumunda ise bu riskin çok daha yüksek olduğu bildirilmektedir (50, 84, 99). Brook ve arkadaşlarının yapılan bir takip çalışmasında ise DEHB ve madde kullanım bozukluğu arasında ilişki olduğu ancak bu ilişkinin bağımsız değil davranım bozukluğu aracılığıyla indirek yolla olduğu belirtilmiştir (225). Çalışmamızda DEHB gruplarında daha yüksek olmak üzere tüm gruplarda yüksek agresyon skorlarının saptanması konu ile ilgili yapılmış mevcut çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Ek olarak erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grupla DEHB tanısı erişkinlikte de devam eden grup arasında Buss-Perry Agresyon Ölçeği skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolursa da eşik altı belirtilerin devam ettiğinin göstergesi olabilir.

HADÖ ve HDDÖ ölçeklerinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında kesme puanları hesaplanmaması nedeniyle çalışmamızda ölçek puanları gruplar arası karşılaştırmalı olarak kullanıldı. Çalışmamızda çocukluk çağı DEHB olan grupta, DEHB olmayan gruba kıyasla istatistiksel anlamlılık gösteren daha yüksek HADÖ ve HDDÖ toplam puanları saptandı. Erişkin dönemde DEHB olan grupla DEHB olmayan grup arasında ise bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde bulunmadı. Erişkin dönemde DEHB tanısı devam eden ve DEHB tanısı kaybolan gruplar arasında ise istatistiksel olarak fark bulunmamasına rağmen ilginç şekilde erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grup, DEHB tanısı devam eden gruba kıyasla daha yüksek HADÖ ve HDDÖ ortalama toplam puanlarına sahipti. Tanı değişimi gözetilerek oluşturulan gruplar değerlendirildiğinde, erişkin dönemde DEHB olan ve erişkin dönemde DEHB olmayan gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak yansımaması DEHB tanısı kaybolan grubun karıştırıcı etkisine bağlı gibi görünmektedir. Bununla birlikte erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grubun yüksek HADÖ ve HDDÖ toplam puanları, erişkinlik döneminde DEHB tanısı kaybolursa da çocukluk çağı DEHB'nin olumsuz etkilerinin devam ettiği şeklinde yorumlamak mümkündür. Major depresyon erişkin DEHB ile birlikte en sık görülen ruhsal bozukluklardan birisidir. Genel toplumda yapılan çalışmalarda yaşam boyu major depresyon görülme oranı %5 ile %12 arasındayken

erişkin DEHB tanısı alanlarda major depresyon sıklığının yaklaşık %16 ile %31 arasında olduğu belirtilmektedir (226). Benzer şekilde çalışmalarda DEHB ve anksiyete bozuklukları birlikteliği de genel topluma oranla belirgin derecede yüksek bulunmuştur (218). Madde kullanım bozuklukları ve DEHB birlikteliğini araştıran çalışmalarda, bulgularımıza paralellik gösterir şekilde DEHB gruplarında artmış depresif ve anksiyete semptomları bildirilmiştir (200, 207).

Çalışmamızda grupların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde DEHB olan grupların, DEHB olmayan gruplara kıyasla KF-36 alt boyutlarında genel olarak daha düşük ortalama puanlara sahip oldukları bulundu. Bu fark çocukluk çağı DEHB olan ve çocukluk çağı DEHB olmayan gruplar arasında genel sağlık algısı, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutlarında istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde bulundu. Erişkin dönem DEHB olan ve olmayan gruplar arasında ise vitalite, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alanlarında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grupla erişkin dönemde de DEHB tanısı devam eden gruplar arasında ise istatistiksel olarak hiçbir alt boyutta farklılık saptanmadı. Tanı değişimi gözetilerek oluşturulan gruplar değerlendirildiğinde, erişkin dönem DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar arasında genel sağlık algısı ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarındaki istatistiksel anlamlılığın kaybolması, erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grubun karıştırıcı etkisine bağlı gibi görünmektedir. Çalışmamızda DEHB olan ve olmayan gruplar arasında ağrı, fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü alanlarında ise istatistiksel anlamlılık bulunmuyordu. En yalın tanımıyla algılanan sağlık olarak ifade edilen yaşam kalitesi, hem madde kullanım bozukluğu olanlarda hem de DEHB olanlarda ayrı ayrı genel toplum örnekleminde belirgin derecede düşük olduğu ve bu alanda endikasyon almış tedavilerle önemli derecede arttığı birçok çalışmada bildirilmiştir (227-229). Carpentier ve arkadaşlarınca, opiyat bağımlılarında DEHB eş tanı etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde davranım bozukluğu öyküsü olan ve/veya DEHB belirtileri devam eden katılımcılarda daha düşük yaşam kalitesi seviyeleri bulunmuştur (200).

Gruplar bağımlılık şiddetleri açısından değerlendirildiğinde, çocukluk dönemi DEHB olan grubun, ASI psikiyatrik durum ve yasal durum alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı bulundu. Erişkin dönem DEHB olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında da benzer şekilde DEHB olan grupta, psikiyatrik durum ve yasal durum alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek puanlar mevcuttu. ASI tıbbi durum, iş/destek durumu, madde kullanımı ve aile/sosyal

ilişkiler alt ölçeklerinde ise DEHB olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Erişkin dönem DEHB tanısı devam eden ve kaybolan gruplar arasında ASI alt ölçeklerinin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Bağımlılık şiddeti açısından mevcut bulgularımız, opiyat bağımlılarında DEHB varlığının daha kötü yasal ve psikiyatrik durumla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Ek olarak erişkinlik döneminde DEHB tanısı kaybolursa da yasal ve psikiyatrik durum alt boyutlarında DEHB etkilerinin devam ettiği şeklinde yorumlanabilir. Literatürde madde kullanım bozuklukları ve DEHB birlikteliğini araştıran, ASI'nın kullanıldığı çalışmalara bakıldığında çeşitli ASI alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu bildirilmiştir (200, 206, 207). Moura ve arkadaşlarınca, farklı türlerde madde kullanım bozuklukları olan 285 katılımcı ile yapılan çalışmada DEHB olan grubun iş/destek durumu, yasal durum, psikiyatrik durum ve madde kullanımı alanlarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (207). Daigre ve arkadaşlarınca yapılan, kokain bağımlısı 200 katılımcının dahil edildiği çalışmada ise, DEHB olan grupta iş/destek durumu, psikiyatrik durum ve alkol kullanımı alanlarında daha yüksek puanlar tespit edilmiştir (206). Carpentier ve arkadaşlarınca yapılan, örneklemimize benzer şekilde opiyat bağımlılığı olan katılımcıların dahil edildiği çalışmada ise DEHB olan grubun yasal durum, aile/sosyal ilişkiler ve psikiyatrik durum alt boyutlarında daha yüksek ortalama puanlara sahip oldukları bildirilmiştir. Ek olarak bu çalışmada, davranım bozukluğu kontrol edildiğinde, yasal durum alt boyutundaki farklılığın kaybolduğu ancak psikiyatrik durum ve aile/sosyal ilişkiler alt boyutundaki istatistiksel farkın devam ettiği belirtilmiştir (200). Bilgilerimiz dahilindeki mevcut çalışmalar göz önüne alındığında, bulgularımıza benzer şekilde DEHB olan grupların çeşitli ASI alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Psikiyatrik durum alt boyutu dışında çalışmalarda farklı ASI alt boyutlarında yüksek puanların bildirilmesi ise çalışmalara alınan farklı örneklem gruplarına (yaş, cinsiyet, etnik ve kültürel yapı, örneklem büyüklüğü, kullanılan madde türü gibi) bağlı gibi görünmektedir.

Çalışmamızda opiyat bağımlılarında DEHB'nin sıklığı ve kliniğe olan etkileri dışında DEHB ile birlikte bağımlılık şiddeti ile ilişkili olabilecek, bağımlılık şiddetine etki edebilecek; sosyodemografik özellikler, klinik özellikler, anksiyete duyarlılığı, agresyon, dürtüsellik, çocukluk çağı ruhsal travmaları, anksiyete ve depresyon belirtilerinin araştırılması da amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmamızda, ASI alt boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı, korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizleri uygulandı.

Korelasyon analizlerinin sonuçları incelendiğinde, ASI tıbbi durum alt ölçek puanı ile pozitif yönde ilişkili olan değişkenlerin ek madde kullanımı ve HADÖ toplam puanının olduğu belirlendi. Beklenir şekilde iş/destek durumu alt boyut puanı ile aylık gelir arasında da pozitif yönde ilişki olduğu saptandı. Yasal durum alt boyut puanı ile pozitif yönde ilişkili değişkenlerin, ek madde kullanımı, remisyon süresi, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu, intihar girişim öyküsü, kendini yaralama davranışı öyküsü, adli olaya karışma öyküsü ile WUDÖ, ASRS ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanlarının olduğu bulundu. Yasal durum alt boyut puanı ile ilk madde kullanım yaşı arasında ise negatif yönde ilişki olduğu belirlendi. ASI madde kullanımı alt boyut puanı ile pozitif yönde ilişkili değişkenler, düzenli işe sahip olma, aylık gelir, günlük sigara tüketim miktarı, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu ile birlikte beklenir şekilde günlük eroin kullanım miktarı ve ek madde kullanımı olarak belirlendi. ASI aile/sosyal ilişkiler alt boyut puanı ile ek madde kullanımı, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu, intihar girişim öyküsü, aile içi şiddet, ÇÇTÖ ve HADÖ toplam puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulundu. Son olarak ASI psikiyatrik durum alt boyut puanı ile yaş, sigara tüketim miktarı, ek madde kullanımı, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu, adli olay öyküsü, intihar girişimi öyküsü, kendini yaralama davranışı öyküsü ve aile içi şiddet arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptandı. Ayrıca WUDÖ, ASRS, ADI-3, BIS-11, Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HDDÖ ve HADÖ toplam puanlarıyla psikiyatrik durum alt boyutu arasında da pozitif yönde ilişki olduğu saptandı.

Çalışmamızda uygulanan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında ise Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının, altı ASI alt boyutundan dördünü (yasal durum, iş/destek durumu, madde kullanımı, psikiyatrik durum) etkileyen önemli bir prediktör olduğu görüldü. Çalışmamızda regresyon modeline dahil edilen bağımsız değişkenler arasında yasal durum alt boyut puanına etki eden tek değişkenin Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanı olduğu bulundu. Ek olarak Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanı, iş/destek durumu, madde kullanımı ve psikiyatrik durum alt boyut puanlarında da artışa neden olduğu belirlendi. DEHB belirtilerinin bir şiddet göstergesi olarak regresyon modeline alınan WUDÖ toplam puanı ise madde kullanımı alt boyutu puanlarına negatif yönde, psikiyatrik durum alt boyut puanlarına ise pozitif yönde etki ettiği bulundu.

Çalışmamızda ASI tıbbi durum alt boyut puanlarında, yaş ve evli olmamanın artışa neden oldukları bulundu. Yaş ile birlikte tıbbi sorunların artışı doğal bir sonuçtur. Genel

toplum örnekleminde yapılan birçok çalışmada evli olmanın diğer medeni durumlara göre genel olarak daha iyi sağlık düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (230).

İş/destek durumu alt boyut puanlarını, eğitim yılının negatif yönde, Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının ise pozitif yönde etkilediği bulundu. Düşük eğitim süresi ile iş/destek durumu alanında daha yüksek yardıma ihtiyaç duyulması beklenir bir sonuçtur. Çocukluk çağı yüksek agresyon düzeylerinin, düşük okul uyumu ve sorunlu alkol tüketimi gibi direk ve indirek yollarla uzun dönemde işsizlikle ilişkili olduğu bildirilmiştir (231). Mevcut literatür bilgisine ek olarak çalışmamızda Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının yasal durum, madde kullanımı ve psikiyatrik durum alt boyutlarında da belirleyici olması iş/destek alanında daha kötü sonuçların doğmasına katkı sağlıyor gibi görünmektedir.

DEHB olan gruplarda, yasal durum ve psikiyatrik durum alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlar tespit edilmesine rağmen diğer faktörlerin kontrol edildiği regresyon analizinde, yasal durum alt boyutunda DEHB'nin bir şiddet göstergesi olan WUDÖ toplam puanının belirleyici olmadığı saptandı. Çalışmamızda bu alanda tek belirleyici faktörün Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanı olduğu bulundu. Buss-Perry agresyon ölçeği toplam puanının ASI yasal durum alt boyut puanlarında artışa neden olduğu saptandı. Bu durum DEHB'nin yasal durum alt boyutuna direk değil, yüksek agresyon seviyeleri aracılığıyla indirek yolla etki ettiğine işaret etmektedir. Bulgularımıza benzer şekilde Carpentier ve arkadaşlarınca opiyat bağımlılarında yapılan çalışmada, davranım bozukluğunun etkisi kontrol edildiğinde yasal durum alt boyutunda DEHB etkisinin kaybolduğu ve davranım bozukluğunun yasal durum alt boyutunu büyük oranda tek başına açıkladığı bildirilmiştir (200).

Çalışmamızda ASI madde kullanımı alt boyut puanlarına, WUDÖ ve ADI-3 toplam puanlarının negatif yönde, Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HADÖ ve HDDÖ toplam puanlarının ise pozitif yönde etki ettikleri saptandı. Moura ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada, madde kullanım bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan grubun, daha yüksek madde kullanımı alt boyut puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir. Ancak bu çalışmada istatistiksel yöntem olarak kovaryans (ANCOVA) analizi kullanılmıştır ve yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi gibi karıştırıcılar kontrol altına alınmışken DEHB ile birlikteliği sık görülen diğer psikopatolojiler göz ardı edilmiştir (207). Çalışmamızda DEHB'nin bir şiddet göstergesi olan WUDÖ toplam puanının, madde kullanımı alt boyutunda negatif yönde belirleyici olarak bulunmasına, istatistiksel olarak anlamlı olmasa

da DEHB gruplarının, daha düşük gelir düzeylerine bağı olarak daha az miktarlarda eroin kullanmaları ve nispeten daha pahalı diğ ek maddelerden kaçınmaları sebep olabilir. Ayrıca DEHB gruplarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek oranlarda cezaevi yaşantısına bağı olarak zorunlu remisyon süreleri de bu duruma katkı sağlamış gibi görünmektedir. Öte yandan DEHB'li bireyler, eroin ve diğ madde kullanımlarında primer olarak tek başına hedoniden ziyade ayırımında olmadan DEHB belirtilerini iyileştirmeyi de amaçlıyor olabilirler ve bu self medikasyon daha az miktarda eroin ya da daha az çeşit farklı madde kullanımı ile sağlanıyor olabilir. Bu konuda daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç olduğu gözükmektedir. Çalışmamızda madde kullanımı alt boyutunda diğ bir negatif prediktörün ADI-3 toplam puanı olduğu tespit edildi. Bilgiç ve arkadaşları tarafından yapılan DEHB'li çocuk ve ergenlerde, anksiyete semptomları, anksiyete duyarlılığı ve yıkıcı davranış bozuklukları arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmada, ADI-3 toplumsal alt boyut skorlarının davranım bozukluğu semptomlarında negatif yönde, davranım bozukluğu semptomlarının ise anksiyete semptomlarında pozitif yönde birer belirleyici oldukları tespit edilmiştir. Araştırmacılar tarafından bu durum DEHB'li çocuk ve ergenlerde toplumsal alandaki anksiyete duyarlılığının davranım bozukluğu gelişimine karşı koruyucu bir faktör olabileceği, davranım bozukluğu semptomlarının ise anksiyete semptomlarının gelişiminde kolaylaştırıcı bir etken olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (219). Bu bulgular çalışmamızda ADI-3 toplam skorunun madde kullanım alt boyutunun negatif yönde belirleyicisi olarak saptanması ile paralellik göstermektedir. Yüksek anksiyete duyarlılığı, madde kullanım şiddeti açısından da direk ya da indirek yolla koruyucu faktör olabilir. Literatürde erişkin dönem DEHB ve madde kullanım bozuklukları birlikteliğini konu alan çalışmalarda, bilgilerimiz dahilinde anksiyete duyarlılığı kavramı henüz incelenmemiştir. İlerki dönemlerde bu konunun çalışmalarda ele alınması yararlı olacaktır. Çalışmamızda ASI madde kullanımı alt boyutunda, Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının pozitif yöndeki belirleyicilerden birisi olduğu saptandı. Bu bulguya paralellik gösterir nitelikte ülkemizde Algül ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada, şiddet içeren suçları işleyen ASKB olgularında madde kullanım bozuklukları oranı, bu tür suçları işlemeyen ASKB olgularından anlamlı şekilde daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, madde kullanım bozukluğu olan ASKB olgularının agresyon (saldırganlık) düzeyinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (232). Çalışmamızda HADÖ ve HDDÖ toplam puanları, madde kullanım alt boyut puanlarına pozitif yönde etki eden diğ belirleyiciler olarak saptandı. Alkol-madde kullanım

bozukluğu olan hastalarda diğer psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Bu durum istisnai bir durumdan ziyade neredeyse bir kural olarak tanımlanmaktadır (3). Klinik ve genel toplum örneklemelerinde anksiyete bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları birlikteliğinin sık olduğu, her bir bozukluğun tek başına bulunmasına göre birliktelik durumlarının daha olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir (99). Benzer şekilde depresyon ve alkol-madde kullanım bozuklukları arasında da artmış birliktelik oranları bildirilmektedir. Birbirlerine eşlik ettikleri durumlarda hastalığın şiddeti ağırlaşmakta, gidiş ve sonlanış özellikleri kötüleşmekte ve daha ağır sağlık sorunları doğmaktadır (1).

Çalışmamızda ASI psikiyatrik durum alt boyut puanlarına etki eden değişkenlerin, yaş, HADÖ, WUDÖ ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanları olduğu bulundu. Yaş ile birlikte geçmiş dönemdeki ya da halen devam eden psikiyatrik şikayetlerin kümülatif biçimde artarak ASI psikiyatrik durum alt boyutuna yansımaları doğal bir sonuç olarak yorumlamak mümkündür. Benzer şekilde anksiyete ve agresyon semptomlarının göstergesi olan HADÖ ve Buss-Perry Agresyon ölçek puanlarının da psikiyatrik durum alt boyutuna yansımaları şaşırtıcı bir durum değildir aksine çalışmada katılımcılara ilk uygulanan ölçek olan ASI'nın çalışmada başarılı bir şekilde puanlanmış olmasını yansıttığı söylenebilir. Çalışmamızda DEHB belirtilerinin bir şiddet göstergesi olarak regresyon analizine alınan WUDÖ toplam puanı, ASI psikiyatrik durum alt boyut puanlarında artışa neden olan bir başka belirleyici olarak bulundu. DEHB'de görülen hem çekirdek hemde diğer psikiyatrik belirtilerin psikiyatrik durum alt boyut puanlarında artışa neden olması kaçınılmazdır. Bulgularımıza benzer şekilde çeşitli çalışmalarda, madde kullanım bozukluğu olanlarda DEHB birlikteliğinin daha yüksek ASI psikiyatrik durum alt boyut puanları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (200, 206, 207).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Erkek opiyat bağımlılarında, çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB sıklığının ve DEHB belirtilerinin kliniğe olan etkilerinin araştırıldığı ek olarak bağımlılık şiddetine etki edebilecek bazı faktörlerin incelendiği çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir;

1. Örneklem yaş ortalaması 23.15 ± 3.86 (18-33), ortalama eğitim süresi 8.7 ± 2.19 (0-14) yıl olduğu bulundu. Katılımcıların %76'sı bekar, %64'ü düzenli bir işte çalışmıyordu, %82'si aylık gelirinin 500-1500 TL arasında olduğunu belirtti.

2. Örneklem tamamı sigara kullanıyordu. Ortalama sigaraya başlama yaşı 14.09 ± 2.38 (8-22), ortalama sigara kullanım süresi 8.98 ± 3.65 (2-17) yıl olarak belirlendi. Katılımcıların %49'u günlük ortalama 20 ile 30 adet sigara tüketiyorlardı.

3. İlk kullanılan yasadışı maddeler arasında esrar %70 ile başta geliyordu. İlk yasadışı madde kullanım ortalama yaşının 16.31 ± 2.75 (10-25) olduğu bulundu.

4. Örneklem ilk eroin kullanım yaşı ortalama 18.76 ± 3.64 (13-29), düzenli eroin kullanım yaşı ortalama 19.28 ± 3.74 (13-29), düzenli eroin kullanım süresi ise ortalama 3.78 ± 1.87 (1-9) yıl olduğu saptandı. Eroini katılımcıların %81 inhalasyon yoluyla, %10'u IV yolla, %9'u ise hem inhalasyon hem de IV yolla kullanıyordu. Eroin tedavi/bırakma girişim sayısının ortalama 3.16 ± 2.02 (0-10) olduğu, en uzun remisyon süresinin ise ortalama 4.13 ± 4.79 (0-30) olduğu belirlendi.

5. Örneklem %51'inde ek madde kullanımı bulunmazken %49'unda en az bir ek madde kullanımı olduğu bulundu. Ek madde kullanan katılımcılar arasında tek başına ya da eroin dışı diğer ek maddelerle birlikte en sık kullanılan ek maddenin %93.8 oranı ile "*crack kokain*" olduğu saptandı.

6. Katılımcıların %65'inde en az bir adli olay öyküsü olduğu, %26'sında ise en az bir kez cezaevi yaşantısı olduğu belirlendi.

7. Geçmiş dönemde intihar girişim öyküsü %26 oranında, intihar planı ya da düşünceleri ise %31 oranında olduğu tespit edildi. Katılımcıların %57'sinde intihar niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışı öyküsü olduğu bulundu.

8. Örneklemin %16'sinin geçmiş dönemde bağımlılık dışı herhangi bir eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı, %17'sinin ise geçmişte ya da halen devam eden önemli bir tıbbi hastalık öyküsü olduğu belirlendi.

9. Örneklemin %30'u geçmiş dönemde ya da halen devam eden aile içi şiddete maruz kaldığını belirtti. Katılımcıların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü %17 oranında, alkol kullanımı %36 oranında, madde kullanımı ise %10 oranında olduğu saptandı.

10. Çalışmamızda katılımcıların %30'unda çocukluk çağı DEHB öyküsü olduğu, %14'ünde ise halen devam eden erişkin DEHB tanısı olduğu saptandı.

11. DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar arasında yaş, eğitim süresi, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

12. Çalışmamızda çocukluk çağı DEHB olan grubun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken yaşlarda sigaraya başladığı tespit edildi. Erişkin dönemde bu farkın istatistiksel olarak yansımamasına ise erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan katılımcılar neden olmuş gibi görünmektedir. Günlük sigara tüketim miktarı açısından ise gruplar arası istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmadı.

13. DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar arasında ilk yasadışı madde kullanım yaşı, ilk eroin kullanım yaşı, düzenli eroin kullanım süresi, günlük ortalama kullanılan eroin miktarı, eroin kullanım yolu ve ek madde kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

14. Çalışmamızda DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar arasında, eroin bırakma/terapi girişim sayısı ve en uzun ortalama remisyon süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

15. Çocukluk çağı DEHB olan grupta DEHB olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda cezaevi yaşantı öyküsü saptandı. Erişkinlik döneminde ise DEHB olan ve olmayan gruplar arasında cezaevi yaşantı öyküsü açısından istatistiksel farklılık bulunmadı. Bu duruma erişkinlikte DEHB tanısı kaybolan katılımcılar neden olmuş gibi görünmektedir. Adli olay yaşama öyküsü açısından ise hem çocukluk hem de erişkinlik döneminde gruplar arası istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmadı.

16. Çalışmamızda intihar niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışı'nın çocukluk çağı DEHB olan grupta, DEHB olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek oranlarda bulunduğu saptandı. Erişkin dönemde ise bu

farkın istatistiksel olarak yansımaması, erişkinlikte DEHB tanısı kaybolan katılımcıların karıştırıcı etkisine bağlı gibi görünmektedir. Hem çocukluk hem de erişkinlik döneminde DEHB olan ve olmayan gruplar arasında intihar öyküsü açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

17. Çalışmamızda hem çocukluk hem de erişkinlik döneminde DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar arasında geçmiş dönemde alınan psikiyatrik bozukluk tanı oranları bakımından istatistiksel farklılık saptanmadı.

18. Çalışmamızda DEHB olan ve olmayan gruplar arasında ADI-3 toplam ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

19. Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB gruplarında DEHB olmayan gruplara kıyasla birçok ÇÇTÖ alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar saptandı. Çalışmamızda duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi.

20. Çalışmamızda DEHB olan gruplarda, DEHB olmayan gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek BIS-11 toplam puanları belirlendi.

21. Çocukluk çağı DEHB olan grupta DEHB olmayan gruba kıyasla Buss-Perry Agresyon Ölçeği'nin tüm alt boyutlarında ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek puanlar tespit edildi. Erişkin dönemde ise fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık alt boyutları ile toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark devam ederken, sözel agresyon alt boyutunda bu fark istatistiksel olarak saptanmadı. Bu durum erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan katılımcıların karıştırıcı etkisine bağlı gibi görünmektedir.

22. Çalışmamızda HADÖ ve HDDÖ toplam puanlarında çocukluk çağı DEHB olan grupta istatistiksel olarak daha yüksek puanlar saptandı. Erişkinlik döneminde ise bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde bulunmadı. Bu durum yine benzer şekilde erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan katılımcıların karıştırıcı etkisine bağlı gibi görünmektedir.

23. Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB gruplarında DEHB olmayan gruplara kıyasla birçok KF-36 alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puanlar saptandı. Çalışmamızda genel sağlık algısı, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi.

24. Çalışmamızda katılımcıların yaşam boyu bağımlılık şiddetleri ASI ile değerlendirildi. DEHB olan gruplarda yasal durum ve psikiyatrik durum alt boyutlarında

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar saptandı. ASI tıbbi durum, iş/destek durumu, madde kullanımı ve aile/sosyal ilişkiler alt boyutlarında ise DEHB olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark tespit edilmedi.

25. ASI tıbbi durum alt ölçek puanları ile ek madde kullanımı ve HADÖ toplam puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptandı. Çalışmamızda yaş ve evli olmamanın, ASI tıbbi durum alt boyut puanlarında artışa neden oldukları tespit edildi.

26. Beklenir şekilde iş/destek durumu alt boyutu ile aylık gelir arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptandı. ASI iş/destek durumu alt boyut puanlarına, eğitim süresinin negatif yönde, Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının ise pozitif yönde etki ettikleri saptandı.

27. Çalışmamızda ASI yasal durum alt boyutu ile pozitif yönde ilişkili değişkenlerin, ek madde kullanımı, remisyon süresi, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu, intihar girişim öyküsü, kendini yaralama davranışı öyküsü, adli olaya karışma öyküsü ile WUDÖ, ASRS ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanlarının olduğu bulundu. Yasal durum alt boyutu ile ilk madde kullanım yaşı arasında ise negatif yönde ilişki olduğu ortaya çıktı. Regresyon modeline alınan değişkenler arasında ise ASI yasal durum alt boyut puanına etki eden tek belirleyicinin Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanı olduğu tespit edildi. Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının ASI yasal durum alt boyut puanlarında artışa neden olduğu bulundu. DEHB olan gruplarda, yasal durum alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlar tespit edilmesine rağmen diğer faktörlerin kontrol edildiği regresyon analizinde, yasal durum alt boyutunda DEHB'nin bir şiddet göstergesi olan WUDÖ toplam puanının etkilemediği saptandı.

28. ASI madde kullanımı alt boyutu ile pozitif yönde ilişkili değişkenler, düzenli işe sahip olma, aylık gelir, günlük sigara tüketim miktarı, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu ile birlikte beklenir şekilde günlük eroin kullanım miktarı ve ek madde kullanımı olarak belirlendi. ASI madde kullanımı alt boyut puanlarına negatif yönde etki eden belirleyicilerinin WUDÖ ve ADI-3 toplam puanları olduğu, pozitif yönde etki eden belirleyicilerinin ise Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HADÖ ve HDDÖ toplam puanları olduğu saptandı.

29. Çalışmamızda ASI aile/sosyal ilişkiler alt boyut puanları ile ek madde kullanımı, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu, intihar girişim öyküsü, aile içi şiddet, ÇÇTÖ ve HADÖ toplam puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu ortaya çıktı. ASI

aile/sosyal ilişkiler alt boyut puanlarına etki eden tek değişkenin ise aile/sosyal ilişkiler alt boyut puanlarında artışa neden olan HADÖ toplam puanı olduğu saptandı.

30. ASI psikiyatrik durum alt boyutu ile yaş, sigara tüketim miktarı, ek madde kullanımı, buprenorfin/nalokson stabilizasyon dozu, adli olay öyküsü, intihar girişimi öyküsü, kendini yaralama davranışı öyküsü ve aile içi şiddet arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptandı. Ayrıca çalışmamızda WUDÖ, ASRS, ADI-3, BIS-11, Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HDDÖ ve HADÖ toplam puanlarıyla psikiyatrik durum alt boyutu arasında da pozitif yönde ilişki olduğu bulundu. ASI psikiyatrik durum alt boyutuna etki eden belirleyici faktörlerin ise yaş, HADÖ, WUDÖ ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanların olduğu belirlendi

DEHB, çocukluk çağının en sık rastlanan nörogelişimsel psikiyatrik bozukluğudur. Erişkin dönemde ise DEHB tanısının en az %50 oranında devam ettiği, erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolursa bile eşik altı belirtilerin süre geldiği bilinmektedir. Ek olarak çocukluk çağında DEHB nedeniyle yaşanan olumsuz yaşam olaylarının, sosyal ve akademik kayıpların tüm yaşam boyunca DEHB'li bireyleri olumsuz yönde etkilemeleri kaçınılmazdır. Bu nedenle çocukluk çağında DEHB'nin tanınması, etkin takip ve tedavi edilmesi elzemdir. Erişkin dönemde DEHB'lilerin, sıklıkla anksiyete bozuklukları, depresyon, ASKB, alkol-madde kullanım bozuklukları gibi eş tanı sorunlarıyla erişkin psikiyatri polikliniklerine başvurmaları nedeniyle bu bozukluğa karşı farkındalığın artması, tedavi stratejilerinin belirlenmesi önemlidir. Geçmiş dönemde yapılan çalışma sonuçlarıyla paralellik gösteren bulgularımız, alkol-madde kullanım bozukluklarında sık görülen DEHB birlikteliğinin dikkatli bir biçimde irdelenmesi gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır. Alkol-madde kullanımı ve DEHB birlikteliğinin belirlendiği olgularda, alkol-madde kullanım bozukluğu tedavisi sonrası DEHB belirtilerinin yeniden değerlendirilmesi ve etkin biçimde tedavi edilmesi nükslerin önlenmesine yardımcı olabilir. Bu konuda, tedavi başarısının değerlendirildiği prospektif izlem çalışmalarının artması yararlı olacaktır. Ek olarak çalışmamızda agresyonun, bağımlılık şiddetinin birçok alanını etkileyen önemli bir prediktör faktör olarak bulunması, alkol-madde bağımlılarında etkin agresyon tedavisinin önemini yansıtmaktadır.

7. ÖZET

Erkek Eroin Bağımlılarında Çocukluk ve Erişkinlik Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması ve Klinik Etkileri

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde başlayan ve sıklıkla erişkin döneme uzanan, yaygın görülen, nörogelişimsel bir bozukluktur. Çeşitli çalışmalar, madde kullanım bozukluğu olanlarda yüksek DEHB sıklığı bildirmektedir. Bu çalışmada erkek eroin bağımlılarında, DEHB sıklığını ve klinik etkilerini belirlemeyi amaçladık. Ek olarak çalışmada agresyon, impulsivite, çocukluk çağı travmaları, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon gibi bağımlılık şiddetine etki edebilecek bazı klinik durumları inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2014-Mayıs 2014 tarihleri arasında, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alkol ve Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (AMATEM) yatarak tedavi gören, ardışık 100 erkek eroin bağımlısı hasta çalışmaya alındı. Çalışma süresince, buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi dönemi içerisindeki gönüllü 100 katılımcıyla toplam üç görüşme yapıldı. Farklı zamanlarda yapılan bu üç görüşmede, katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11, Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme Aracı-2.0, Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3), Kısa Form-36 (KF-36), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) uygulandı.

Bulgular: Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme aracı kullanılarak katılımcıların %14'ünde erişkin DEHB, %30'unda ise çocukluk çağı DEHB olduğu saptandı. Çocukluk çağı DEHB grubunda, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken sigara başlangıç yaşı, daha yüksek oranlarda cezaevine girme ve daha yüksek oranlarda intihar niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışı olduğu bulundu. Çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB grupları, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek HDDÖ, HADÖ, ÇÇTÖ, Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanlarına sahipti. Ayrıca çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB grupları, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği'nin iki alt boyutunda (yasal durum ve psikiyatrik durum) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek, KF-36 alt boyutlarında ise genel olarak daha düşük puanlara sahip oldukları

bulundu. Son olarak çalışmamızda yapılan stepwise çok değişkenli lineer regresyon analizi, agresyonun, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği altı alt boyutundan dördünü etkileyen (iş/destek durumu, yasal durum, madde kullanımı ve psikiyatrik durum) önemli bir klinik durum olduğunu ortaya çıkardı.

Sonuç: Bu bulgular, eroin bağımlılarında yaygın DEHB birlikteliğini göstermekte ve DEHB tedavisinin önemini vurgulamaktadır. Diğer taraftan agresyon, bağımlılık şiddetinin birçok boyutunu etkileyen ve bu nedenle madde kullanım bozuklukları tedavi yönetiminde özellikle ele alınması gereken önemli bir klinik durumdur.

Anahtar Kelimeler: DEHB, madde kullanım bozuklukları, eroin bağımlılığı, bağımlılık şiddeti



8. ABSTRACT

Determination of the Childhood and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Male Heroin Dependent Patients and Clinical Effects

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common, neurodevelopmental disorder that begins in childhood and often persists into adulthood. Several studies indicate a highly prevalence of ADHD in subjects with substance use disorders (SUDs). In this study, we aimed to determine the prevalence and clinical effects of ADHD in male heroin dependent patients. Additionally we examined some clinical conditions that may affect to addiction severity, such as aggression, impulsivity, childhood trauma, anxiety sensitivity, anxiety and depression.

Material and Methods: A total of 100 consecutive male heroin dependent patients were included in the study who were treated at Alcohol and Drug Research, Treatment and Training Center (AMATEM) of the Konya Research and Training Hospital in Konya, between January 2014 and May 2014. We performed total of three interviews with volunteer participants who were stabilized on sublingual buprenorphine/naloxone combination, throughout the study. In these three interviews that conducted at the different times, a sociodemographic form, the Addiction Severity Index (ASI), the Wender-Utah Rating Scale (WURS), the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), the Barrat Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11), the Diagnostic Interview for ADHD in Adults, second edition (DIVA 2.0), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3), the Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) Health Survey Questionnaire, the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) were administered.

Results: We have determined 14% of participants had adult ADHD and 30% of participants had childhood ADHD retrospectively, using the DIVA 2.0. Childhood ADHD group had a statistically significant an earlier age of onset of smoking, higher rates of imprisonment and higher rates of non-suicidal self injury behaviour. Childhood and adult ADHD groups had a statistically significant higher total scores on CTQ, BIS-11, BPAQ, HARS and HDRS than non-ADHD groups. Also childhood and adult ADHD groups had a statistically significant higher scores in two ASI domains (legal status, psychiatric status)

and overall lower scores were found in SF-36 domains. Finally stepwise multiple linear regression analysis revealed, the aggression is an important clinical condition that affecting four of the six ASI domain scores (employment/support status, legal status, drug use and psychiatric status).

Conclusions: These findings indicate that ADHD is a common comorbidity in heroin dependent patients and emphasize the importance of ADHD management. On the other hand, the aggression is an important clinical condition that affecting several ASI domains. Therefore, the aggression must be addressed in SUDs management particularly.

Keywords: ADHD, substance use disorders, heroin dependence, addiction severity



9. KAYNAKLAR

1. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları, İstanbul 2010.
2. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, (eds). Türkçe, 8. Baskı, Cilt 2. Aydın H, Bozkurt A (çeviri ed.), Güneş Kitapevi Ltd.Şti, 2007, Ankara.
3. Evren C, Ögel K, Uluğ B. (Editörler). Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı. Tuna Matbaacılık, 2012, Ankara.
4. Sönmez MB, Vardar ME. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları; Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(1):41-7.
5. Bukstein OG. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. Curr Top Behav Neurosci 2012;9:145-72.
6. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2:75-116.
7. Wilens TE, Biederman J, Abrantes AM, et.al (1997) Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:941-947.
8. Çakmak D, Evren CE, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Özgül matbaacılık, 2006.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
10. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası:879. Pozitif Matbaacılık 2011 Ankara.
11. Gunderson EW, Haughey HM, Ait-Daoud N, Joshi AS, Hart CL. "Spice" and "K2" herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. Am J Addict 2012; 21:320-326.

12. Evren C, Bozkurt M. Sentetik Kannabinoidler: Son Yılların Krizi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:1-11.
13. Understanding the “spice” phenomenon. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Ulaşılabileceği adres:
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index90917EN.html>
14. Ceylan ME, Türkcan A. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Genişletilmiş 2. Baskı. 2003, İstanbul.
15. Yüksel N (Editör), Soygür H, Tural Ü, Demet MM (Editör yardımcıları). Temel Psikofarmakoloji, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı. Tuna Matbaacılık, 2010, Ankara.
16. Bey T, P.A. (2007) Phencyclidine Intoxication and Adverse Effects: A Clinical and Pharmacological Review of an Illicit Drug. Western Journal of Emergency Medicine 8, 9-14.
17. Işık E, Uzbay T (ed). Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Golden Medya. Şubat 2009, Ankara.
18. 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.
19. Kalyoncu Ö A. Heroin Dependence. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005 1(47):79-87.
20. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005, 1(47):61-64.
21. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) World Drug Report 2009 United Nations, New York, 2009.
22. Isıklı S, Irak M. Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği 2002 Aralık; 55-65.
23. UNODC (2004) Health services, education and community action-preventing drug abuse in Turkey; National Assessment on Drug Abuse (Based on studies conducted in 6 major cities). Ankara.

24. Binay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimili C, Çam B, Deveci A, Gültekin BK, Şar Y, Taycan O, Ulaş U. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler, Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24.
25. Koroğlu E, Güleç C (ed.), Psikiyatri Temel Kitabı, 2’nci Baskı, Hekimler Yayın Birliği, 2007: 173-183.
26. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A ve ark.: Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanımı Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 15 (2):112-118, 204.
27. Ögel K, Tamar D, Evren C: Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1):47-52, 2001.
28. Ögel K, Tamar D: Uyuşturucu Maddeler ve Öğrenci Anketi Bulguları, AMATEM-Özel Okullar Derneği Yayını, Prive Ltd, İstanbul, s.12-23, 1996.
29. İçişleri Bakanlığı (2009) Türkiye Uyuşturucu Raporu. Ankara, Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.
30. Öncü B. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(1):1-7.
31. Still GF. The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children. Lancet 1902;159:1008-12.
32. Spetie L, Arnold EL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Ed: Lewis M, Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 4 th Edition, pp. 431-454, Lippincott, Williams&Wilkins, Baltimore, 2007.
33. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, (eds). Türkçe, 8. Baskı, Cilt 4. Aydın H, Bozkurt A (çeviri ed.), Güneş Kitapevi Ltd.Şti, 2007, Ankara.
34. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüşü Raporu Türkiye-2013.
35. Faraone SV, Sergeant J, Gilberg C, Biederman J: The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World Psychiatry 2003; 2: 104-113.
36. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Rohde LA: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry, 164:942-948.

37. Willcut E (2012) The prevalence of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Nurotherapeutics*, 9:490-499.
38. Skounti M, Philalithis, A, Galanakis E, 2007. Variations in prevalence of attetion deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*, 166, 117-123
39. Polanczyk G, Rohde LA (2207). Epidemiology of of attetion deficit hyperactivity disorder across life span. *Curr Opin Psychiatry*, 20:386-392. Review.
40. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord* 2005;9(2) 384-91.
41. Kavakçı Ö. Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special 8 Topics 2012;5(1).
42. Fayyad J, DeGraaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Crossnational prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007;190:402-9.
43. Wilens T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 283-301.
44. Türkbay T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, *Psikiyatride Güncel*, 2014; 4 (1): 27-38.
45. Ünal D, Uluğ B. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Nörobiyolojisi, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(1):20-8
46. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 978- 986, 1996.
47. Faraone SV, Biederman J. (2000) Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Rev* 20:568-581.
48. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005;57(11):1313-23.
49. Ogdie MN, Macphie IL, Minassian S L, et al. (2003) A genomewide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in an extended sample: suggestive linkage on 17p11. *Am J Hum Genet* 72:1268-1279.
50. Akay A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Etiyoloji, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüşü Raporu Türkiye-2013

51. Öncü B, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım, Klinik Psikiyatri, 2002;5:111-119.
52. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID (2009) Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. Hum Genet 126:51-90.
53. Tahir E, Yazgan Y, Cirakoglu B, Ozbay F, Waldman I, As her son PJ. Association and linkage of DRD4 and DRD5 with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a sample of Turkish children. Mol Psychiatry 2000;5(4):396-404.
54. Faraone SV, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatr Clin North Am 2010;33(1):159-80.
55. Pliszka SR. (2005) The neuropsychopharmacology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Biol Psychiatry 57:1385-1390.
56. Tripp G, Wickens JR. Neurobiology of ADHD. Neuropharmacology 2009; 57(7-8): 579-89.
57. Arnsten AF, Li BM. Neurobiology of executive functions: catecholamine influences on prefrontal cortical functions. Biol Psychiatry 2005;57:1377-84.
58. Spencer TJ, Biederman J, Mick E (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. J Pediatr Psychol 32(6):631-642.
59. Capa Kaya G, Pekcanlar A, Bekis R et al. (2002) Technetium- 99m HMPAO brain SPECT in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Annals of Nuclear Medicine 16:527-531.
60. Kim BN, Lee JS, Cho SC, Lee DS (2001) Methylphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with ADHD. Yonsei Med J 42:19-29.
61. Pekcanlar Akay A, Kaya GC, Emiroğlu NI (2006) Effects of long term chronic methylphenidate treatment: A follow-up clinical and SPECT study. Progress in Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry 30:1219-1224.
62. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M et al. (1990) Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. N Eng J med 323(20) 1361-6.
63. Asthari M, Kumra S, Bhaskar SL et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary diffusion tensor imaging study. Biol Psychiatry, 2005;57(5):448-455.
64. Hamilton LS, Levitt JG, O'Neill J, et al. Reduced White matter integrity in ADHD. Neuroreport 2008;19(17):1075-1078.

65. El-Sayed E, Larsson JO, Persson HE, Rydelius PA. Altered cortical activity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder during attentional load task. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(7):811-819.
66. Şengül C, Herken H. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisinde Çevresel ve Genetik Etmenler, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(1):14-9.
67. Ronald A, Pennell CE, White house AJ. Prenatal Maternal Stress Associated with ADHD and Autistic Traits in early Childhood. *Front Psychol* 2010;1:223
68. Archer T, Oscar-Berman M, Blum K. Epigenetics in Developmental Disorder: ADHD and Endophenotypes. *J Genet Syndr Gene Ther* 2011;2(104).
69. Ercan ES. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, İstanbul.
70. Doğan S. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Tanı Ölçütleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topic* 2012;5(1):29-34
71. Mukaddes NM. Yetişkinlik döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüşü Raporu Türkiye-2013.
72. Swift KD, Hall CL, Redstone L, Sayal K, Hollis C. (2013) Transition to adult mental health services for young people with ADHD : a qualitative analysis of their experiences. *BMC Psychiatry*. 2013 Mar 5;13:74.
73. Wender PH. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press, 1995: 122-143.
74. Surman CB, Biederman J, Spencer T, Miller CA, McDermott KM, Faraone SV.(2013) Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord* 2013 Feb 15.
75. Wilens T, Biederman J, Brown S, Tanguay S, Monuteaux MC, Blake C, Spencer TJ. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(3):262-8.
76. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA. Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition, and Psychosocial Functioning in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:1792-1798.

77. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zaucha K, Wheeler N. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*. 1990; 31: 416-25.
78. Horing M. Addressing Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59: 69-75.
79. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1652-8.
80. McGough JJ, Smalley SL, Mc Cracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry* 2005;162(9):1621-7.
81. Fredriksen M, Halmoy A, Faraone SV, Haavik J. (2012) Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: A review controlled and naturalistic studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012 Aug 20.
82. Mongia M, Hechtman L (2012) Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Oct; 14(5): 561-7.
83. Biederman Joseph, et al. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological psychiatry* 44.4 (1998): 269-273.
84. Wilens TE, et al. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50.6 (2011): 543-553.
85. Lee S, Humphreys K, Flory K, Liu R, Glass K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*,31, 328–341.
86. van Emmerik-van Oortmerssen, Katelijne, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and alcohol dependence* 122.1 (2012): 11-19.
87. De Alwis, Duneesha, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. *Addictive behaviors* 39.8 (2014): 1278-1285.

- 88.** Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. (2007). Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1145–1152.
- 89.** Goodman, David W. The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Psychiatric Practice*, 13.5 (2007): 318-327.
- 90.** Kollins SH, et al. Reinforcing and subjective effects of methylphenidate in adults with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychopharmacology* 204.1 (2009): 73-83.
- 91.** Frodl T. Comorbidity of ADHD and substance use disorder (SUD): a neuroimaging perspective. *Journal of attention disorders* 14.2 (2010):109-120.
- 92.** Wilens TE, et al. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 111.1 (2003): 179-185.
- 93.** Looby, Alison. Childhood attention deficit hyperactivity disorder and the development of substance use disorders: Valid concern or exaggeration? *Addictive behaviors* 33.3 (2008): 451-463.
- 94.** Wilens TE, et al. Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 162.10 (2008): 916-921.
- 95.** Groenman AP, et al. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *The British Journal of Psychiatry* 203.2 (2013): 112-119.
- 96.** Mannuzza S, et al. Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. *American Journal of Psychiatry* 165.5 (2008): 604-609.
- 97.** Faraone SV, et al. A naturalistic study of the effects of pharmacotherapy on substance use disorders among ADHD adults. *Psychological medicine* 37.12 (2007): 1743-1752.
- 98.** Biederman J, et al. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 165.5 (2008): 597-603.

- 99.** Yargıç İ, Vardar E. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında komorbidite. *Psikiyatride Güncel*; 2014, 4(2): 140-150.
- 100.** Wilens T, Morison NR. The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24:280-5
- 101.** Groenman AP, et al. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *The British Journal of Psychiatry* 203.2 (2013): 112-119.
- 102.** CADDRA, Canadian ADHD Practice Guidelines (CAP-Guidelines) Third Edition 2011, <http://www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>
- 103.** Kooij, Sandra JJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry* 10.1 (2010): 67.
- 104.** Kendall T, Taylor E, Perez A, Taylor C. Guideline Development Group. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008; 337:a1239.
- 105.** Riggs PD, Wilens TE, Fusillo S. When ADHD and substance use disorder intersect: relationship and treatment implications. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9:408-14.
- 106.** Reiss S, McNally RJ. Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, (eds). *Theoretical issues in behavior therapy*. San Diego, CA: Academic Press, 1985, 107–121.
- 107.** Tükel R, Alkın T (ed.), *Anksiyete Bozuklukları, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 1. Baskı, Pozitif Matbaacılık ve Amb. San. Ltd. Şti. Ankara, 2006.
- 108.** Scher CD, Stein MB. Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord* 2003; 17:253-69.
- 109.** Van Beek N, Griez E. Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2003; 41: 949-957.
- 110.** Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA, ve ark. Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20:1–22.
- 111.** Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22(3):187-93.
- 112.** Schmidt NB, Mitchell MA, Richey JA (2008) Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comp Psychiatry*, 49:407-412.

- 113.** Hinton DE, Chhean D, Pich V ve ark. (2005) A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a cross-over design. *J Trauma Stress*, 18: 617-629.
- 114.** Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA (1997) Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychol Assess*, 9: 277-284.
- 115.** Taylor S, Koch WJ, Woody S ve ark. (1996) Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *J Abnorm Psychol*, 105: 474-479.
- 116.** Forsyth JP, Parker JD, Finlay CG. Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviours* 2003; 28:851–870.
- 117.** Lejuez CW, Paulson A, Daughters SB, Bornovalova MA, ve ark. The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behav Res Ther* 2006; 44(5):667–77.
- 118.** Stewart SH, Karp J, Pihl RO, Peterson R. Anxiety sensitivity and selfreported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse* 1997;9:223-240.
- 119.** Öztürk O, Uluşahin A (Editörler). *Ruh Sağlıklı ve Bozuklukları cilt-1. Yenilenmiş 11.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 2008, Ankara.*
- 120.** Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Güleç C, Köroğlu E (ed.), *Temel Psikiyatri, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 1997, Ankara.*
- 121.** Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ateş N, Çetin G. ve ark. (2001). Child abuse in Turkey: An Experience in Overcome Denial and A Description of 50 Cases, *Child Abuse Neglect*, 25: 279-290.
- 122.** Terr L: Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of ‘Normal’ children. *American Academic Child Psychiatry* 1983; 22:221–230.
- 123.** Ellason JW, Ross CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep*, 80:447-450.
- 124.** Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12 (2009).*
- 125.** Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clin Psychol Rev* 2002;22:27-77.

- 126.** Dunn GE, Ryan JJ, Dunn CE: Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *J Psychoactive Drugs* 1994; 26:357-360.
- 127.** Schnieders M, Rassaerts I, Schäfer M, et al. Relevance of childhood trauma for later drug dependence. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006 Sep;74(9):511-21. Epub 2006 Feb 16.
- 128.** Roesler TA, Dafler CE. Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: alcohol and drug use in adult survivors. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:537-543.
- 129.** Kural S, Evren C, Çakmak D. Alkol/madde bağımlılarında kişilik bozukluğu ek tanısının diğer I. Eksen tanıları ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 1, 2005.
- 130.** Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P: Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict* 2001; 10:101-110 29 543.3.
- 131.** Banducci AN, et al. The Relationship between Child Abuse and Negative Outcomes among Substance Users: Psychopathology, Health, and Comorbidities. *Addictive Behaviors* (2014).
- 132.** Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001;358:949-950.
- 133.** Hollander E, Stein DJ. *Dürtü Kontrol Bozuklukları El Kitabı*, Türkçe, Karamustafalıoğlu O (çev ed.), Sigma Publishing Danışmanlık ve Organizasyon Dış Tic. Ltd. Şti.
- 134.** Tamam L (Editör). *Dürtü Kontrol Bozuklukları*, HYB Basım Yayın, Ankara, 2009.
- 135.** Conway KP, Kane RJ, Ball SA et al. Personality, substance of choice and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug Alcohol Depend* 2003; 20; 71:65-75.
- 136.** Jentsch JD, Taylor JR. Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology (Berl)* 1999; 146:373-390.
- 137.** Patton JH, Stanford MS, Barratt ES: Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768–774.
- 138.** Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR: Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50:137–145.

- 139.** Moss HB, Yao JK, Panzak GL: Serotonergic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biol Psychiatry* 1990; 28:325–338.
- 140.** Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J: Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. *Psychiatry Res* 1998; 81:149–155.
- 141.** Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001;158:1783- 93.
- 142.** McCown WG: Multi-impulsive personality disorder and multiple substance abuse: evidence from members of self-help groups. *Br J Addict* 1988; 83:431–432.
- 143.** O’Boyle M, Barratt ES: Impulsivity and DSM-III-R personality disorders. *Personality and Individual Differences* 1993; 14:609–611.
- 144.** Evren C, Evren B, Yancar C, et al. Temperament and character model of personality profile of alcohol and drug-dependent inpatients. *Compr Psychiatry* 2007;48:283-288.
- 145.** Bozkurt M, Evren C, Yılmaz A, Can Y, Çetingök S. Aggression and Impulsivity in Different Groups of Alcohol and Heroin Dependent Inpatient Men, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2013;23(4):335-44.
- 146.** Lane SD, Cherek DR, Rhoades HM, et al. Relationships among laboratory and psychometric measures of impulsivity: implications in substance abuse and dependence. *Addict Disord Treat* 2003;2:33-40.
- 147.** Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 1991;8:277-291.
- 148.** Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000;3: 21-26.
- 149.** Sevinç AT (2013). Alkol ve madde bağımlılarında şiddet sıklığı ve şiddet özelliklerinin kontrol grubu ile karşılaştırılması, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- 150.** Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, (eds). Türkçe, 8. Baskı, Cilt 3. Aydın H, Bozkurt A (çeviri ed.), Güneş Kitapevi Ltd.Şti, 2007, Ankara.

- 151.** Fagan, J. (1993a). Interactions among drugs, alcohol, and violence. *Health Affairs*, 12(4), 65–79.
- 152.** Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493–506.
- 153.** Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Bakanlık Yayın No: 814. Anıl matbaacılık, 1. Baskı Nisan 2011, Ankara.
- 154.** Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J, the ADHD European Guidelines Group (2008) Practitioner review: quality of life in child mental health—conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry* 50(5):544–561.
- 155.** Eser E (2006) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1: 1-5.
- 156.** Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma; *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3):205-212.
- 157.** World Health Organization: International Classification of Impairments, Activities, and Participation (A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning). Çeviren Üstün BT. Geneve, 1997.
- 158.** Ryan, C. F, White, J. M. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91(1), 39–45.
- 159.** Garg N, Yates W.R, Jones R. ve ark. (1999): Effect of gender, treatment site and psychiatric comorbidity on quality of life outcome substance dependence. *Am. J. Addict.* 8;44-54.
- 160.** Morgan TJ, Morgenstern J, Blanchard KA. ve ark. (2003):Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *Am. J. Addict.* 12,198-210.
- 161.** Stein MD, Mulvey KP, Plough A. Ve ark. (1998):The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *J. Subst. Abuse* 10;75-84.
- 162.** Rudolf, H, Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 190–197.
- 163.** De Mayer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature; *International Journal of Drug Policy* 21 (2010) 364–380.

- 164.** Feelemyer Jonathan P. et al. "Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review." *Drug and alcohol dependence* 134 (2014): 251-258.
- 165.** Dhawan, A. and A. Chopra. Does buprenorphine maintenance improve the quality of life of opioid users? *The Indian journal of medical research* 137.1 (2013): 130.
- 166.** Sittambalam, Charmian D. Radhika Vij, and Robert P. Ferguson. Buprenorphine Outpatient Outcomes Project: can Suboxone be a viable outpatient option for heroin addiction? *Journal of community hospital internal medicine perspectives* 4.2 (2014).
- 167.** Chou, Ying-Chun, et al. Improvement of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study. *BMC psychiatry* 13.1 (2013): 190.
- 168.** Carpentier, P. J. Addiction from a developmental perspective: the role of conduct disorder and ADHD in the development of problematic substance use disorders. *Tijdschrift voor psychiatrie* 56. 2 (2013): 95-105.
- 169.** Conway KP, Levy J, Vanyukov M ve ark. (2010) Measuring addiction propensity and severity: The need for a new instrument. *Review. Drug Alcohol Depend*,111:4–12.
- 170.** Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol T Defne. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* (2012). 23(4):264-273.
- 171.** Ögel K (2010) Bağımlılık tedavisine bakış. Bağımlılıkta Tıbbi ve Psikososyal Tedavi, 1. baskı, K Ögel (Ed), İstanbul. Karakter Color, s.133.
- 172.** NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2009) Principles of Drug Addiction Treatment A research-based guide. 2. Baskı. NIH Publication, No. 09-4180, s.7.
- 173.** Saxon AJ, Wells EA, Fleming C ve ark. (1996) Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome. *Addiction*, 91:1197-209.
- 174.** Aydemir Ö, Köroğlu E (Editörler). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 6. Baskı. HYB Basım Yayın, Ankara 2012.
- 175.** McLellan, A. Thomas, et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of nervous and mental disease* 168.1 (1980): 26-33.
- 176.** Ward, Mark F. The Wender Utah Rating Scale: An Aid in the Retrospective. *Am J Psychiatry* 150 (1993): 885.

- 177.** Öncü, Bedriye, Ş. Ölmez, and Vesile Şentürk. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 16.4 (2005): 252-259.
- 178.** Kessler, Ronald C., et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine* 35.02 (2005): 245-256.
- 179.** Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77.
- 180.** J.J.S. Kooij, MD, PhD, M.H. Francken, MSc. Diagnostisch Interview Voor ADHD-2.0: DIVA-2.0, 2010, DIVA Foundation, Holland. Türkçe Çeviri Sorumlusu: Nahit Motavallı Mukaddes, 2013. Ulaşılabileceği adres: http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Turks.pdf
- 181.** Patton, Jim H., and Matthew S. Stanford. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology* 51.6 (1995): 768-774.
- 182.** Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford M. S. (2008). Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(4), 251-8.
- 183.** Bernstein, David P. et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry* 1994;151:1132-1136.
- 184.** Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 32.4 (2012): 1054-1063.
- 185.** Buss AH, Perry M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452-459
- 186.** Evren C, Çınar Ö, Güleç H, Çelik S, Evren B. (2011). The validity and reliability of the Turkish version of the Buss-Perry's Aggression Questionnaire in male substance dependent inpatients. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 283-295.
- 187.** Mantar A, Yemez B, Alkın T. (2010). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 21(3), 225-234.

- 188.** Taylor, Steven, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment* 19.2 (2007): 176.
- 189.** Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical care* (1992): 473-483.
- 190.** Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. (1999). Kısa Form 36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- 191.** Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*, 45(8): 742-747.
- 192.** Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259.
- 193.** Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology* 32.1 (1959): 50-55.
- 194.** Yazıcı MK, Demir B, Tanriverdi N. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği; Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 9 (1998): 114-17.
- 195.** Arias A. J, Gelernter J, Chan G, Weiss R. D, Brady K. T, Farrer L, Kranzler, H. R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, 33(9), 1199-1207.
- 196.** King V. L, Brooner R. K, Kidorf M. S, Stoller K. B, Mirsky A. F. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(8), 487-495.
- 197.** Modestin J, Matutat B, & Würmle O. (2001). Antecedents of opioid dependence and personality disorder: attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(1), 42-47.
- 198.** Davids E, von Büna U, Specka M, Fischer B, Scherbaum N, Gastpar M. (2005). History of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and opioid dependence: a controlled study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(2), 291-296.

- 199.** Kolpe M, Carlson G. A. (2007). Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on methadone treatment outcome. *American Journal on Addictions*, 16(1), 46-48.
- 200.** Carpentier P. J, Van Gogh M. T, Knapen L. J. M, Buitelaar J. K, De Jong C. A. J. (2010). Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. *European addiction research*, 17(1), 10-20.
- 201.** Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.
- 202.** Klein R. G, Mannuzza S, Olazagasti M. A. R, Roizen E, Hutchison J. A, Lashua E. C, Castellanos F. X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of general psychiatry*, 69(12), 1295-1303.
- 203.** Saraçoğlu GV, Doğan S. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavi Edilmezse Ne Olur? *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2012;5(1):94-8.
- 204.** Kessler R. C, Adler L, Ames M, Barkley R. A, Birnbaum H, Greenberg P, Üstün T. B. (2005). The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 565-572.
- 205.** Biederman J, Faraone S. V, Spencer T. J, Mick E, Monuteaux M. C, Aleardi M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;67(4):524-40.
- 206.** Daigre C, Roncero C, Grau-López L, Martínez-Luna N, Prat G, Valero S, Casas M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in cocaine-dependent adults: A psychiatric comorbidity analysis. *The American Journal on Addictions*, 22(5), 466-473.
- 207.** Moura H. F, Faller S, Benzano D, Szobot C, von Diemen L, Stolf A. R, Kessler, F. H. P. (2013). The effects of ADHD in adult substance abusers. *Journal of addictive diseases*, 32(3), 252-262.

- 208.** Emmerik-van Oortmerssen K, Glind G, Koeter M. W, Allsop S, Auriacombe M, Barta C, Schoevers R. A. (2014). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction*, 109(2), 262-272.
- 209.** Monuteaux M. C, Spencer T. J, Faraone S. V, Wilson A. M, Biederman J. (2007). A randomized, placebo-controlled clinical trial of bupropion for the prevention of smoking in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(7), 1094-1101.
- 210.** Wilens T.E, Morrison N. R. (2012). Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry*, 2(4), 301-312.
- 211.** Wilens T. E, Biederman J, Mick E. (1998). Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *The American Journal on Addictions*, 7(2), 156-163.
- 212.** Wilens T. E, Upadhyaya H. P. (2007). Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(8), e20-e20.
- 213.** Retz W, Retz-Junginger P, Henges G, Schneider M, Thome J, Pajonk F. G, Rösler M. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 254(4), 201-208.
- 214.** Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T, Kamijo A, Iseki E, Hirayasu Y, Wada K. (2005). Drug preferences in illicit drug abusers with a childhood tendency of attention deficit/hyperactivity disorder: a study using the Wender Utah Rating Scale in a Japanese prison. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(3), 311-318.
- 215.** Ögel K, Tamar D, Evren C, Sır A. (1999). Madde Kullanımı ve Suç. *3 P Dergisi*, 7 (Ek-1).
- 216.** Hinshaw S. P, Owens E. B, Zalecki C, Huggins S. P, Montenegro-Nevado A. J, Schrodek E, Swanson E. N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1041.
- 217.** Duran Ş, Fıstıkçı N, Keyvan A, Bilici M, Çalışkan M. Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Yaygınlık ve Eştanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25(2):84-93.

- 218.** Semerci B. Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunda Anksiyete ve Tik Bozuklukları Birlikteliği; Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(1):54-9
- 219.** Bilgiç A, Türkoğlu S, Özcan Ö, Tufan A. E, Yılmaz S, Yüksel T. (2013). Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). European child & adolescent psychiatry, 22(9), 523-532.
- 220.** Buckingham E. T, Daniolos P. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse. Current psychiatry reports, 15(2), 1-7.
- 221.** Zoroğlu S. S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora M, Alyanak B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(2), 69-78.
- 222.** Rucklidge J. J, Brown D. L, Crawford S, Kaplan B. J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. Journal of attention disorders, 9(4), 631-641.
- 223.** Başoğlu C, Yılmaz O, Günay H. Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkide Dürtüselliğin Rolü. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(1):60-6
- 224.** Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu/Davranım Bozukluğu Komorbiditesi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüşü Raporu Türkiye-2013.
- 225.** Brook D. W, Brook J. S, Zhang C, Koppel J. (2010). Association between attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence and substance use disorders in adulthood. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 164(10), 930-934.
- 226.** Tamam L, Demirkol ME. Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları; Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(1):48-53.
- 227.** Feelemyer, Jonathan P., et al. "Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review." Drug and alcohol dependence 134 (2014): 251-258.
- 228.** Dhawan A. and A. Chopra. Does buprenorphine maintenance improve the quality of life of opioid users? The Indian journal of medical research 137.1 (2013): 130.

- 229.** Adler L. A, Sutton V. K, Moore R. J, Dietrich A. P, Reimherr F. W, Sangal R. B, Allen A. J. (2006). Quality of life assessment in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with atomoxetine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(6), 648-652.
- 230.** Schoenborn C. A. (2004). Marital status and health, United States 1999-2002. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- 231.** Kokko K, Pulkkinen L. (2000). Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: a cycle of maladaptation and some protective factors. *Developmental psychology*, 36(4), 463.
- 232.** Algül A, Semiz Ü. B, Ateş M. A, Başoğlu C, Doruk A, Ebrinç S, Çetin M. (2007). Relationship of Substance Use Disorder to Aggression in Male Subjects with Antisocial Personality Disorder. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 20(3), 141-150.

10. EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2013/16

Toplantı Tarihi : 19.11.2013

Karar Sayısı 2013/339 Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Eğitim Sorumlusu Doç.Dr. İbrahim EREN'in, "Erkek Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması ve Klinik Etkileri" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 05.11.2013 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Doç.Dr. İbrahim EREN'in, "Erkek Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı ve Erişkin Dönem Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması ve Klinik Etkileri" adlı araştırmanın kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GIBİDİR
19/11/2013
Mahmut KESİK
Sekreterya

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Erkek Eroin Bağımlılarında Çocukluk ve Erişkinlik Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması ve Klinik Yansımaları” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Araştırmanın öncelikli amacı, opiyat (eroin) kullanım bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı ve erişkin dönem dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin sıklığını araştırmak, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, opiyat (eroin) bağımlılığı gelişimine, tedavi ve bağımlılık şiddetine olan etkilerini incelemektir. Ek olarak araştırmanın diğer amaçları arasında opiyat (eroin) bağımlılığı gelişimine, tedavi ve bağımlılık şiddetine etki edebilecek diğer faktörlerin araştırılmasıdır.

Ülkemizde bu konuyla ilgili benzer çalışmalar henüz sınırlı sayıda bulunmaktadır. Araştırmanın yaklaşık 6 ay sürmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Bu çalışmada size mevcut tedaviniz dışında alternatif bir yöntem sunulmamaktadır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Bu çalışmada sizin hastalık belirtileriniz sorgulanacak ve ruhsal muayeneniz yapılacaktır. Araştırmacı tarafından uygulanacak test ve formlar; Sosyodemografik Veri Formu, Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeğidir. Ayrıca size, kişilik yapınızı, bilişsel özelliklerinizi ve yaşam kalitenizi değerlendirebilmek amacıyla doldurmanız için bazı testler (öz bildirim ölçekleri) verilecektir.

Sizden doldurmanızı isteyeceğimiz testler; Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, BUSS-PERRY Agresyon Ölçeği ve yaşam kalitenizi değerlendirebilmek amacıyla Kısa Form 36'dır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak?

Bu çalışmanın herhangi bir riski ve size zararı yoktur.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Çalışmamız daha çok araştırma amaçlıdır. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar, hastalığın sıklığı ve önemini daha iyi anlamamıza yarayacak dolayısıyla başka hastaların yararına kullanılabilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı: Dr. Halil İbrahim ÖZTÜRK

Görevi: Asistan Doktor

Çalıştığı Kurum: Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği

İrtibat Telefonu: 0332 263 14 50

Gönüllünün/Hastanın Beyanı

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği AMATEM biriminde, Dr.Halil İbrahim Öztürk tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

*Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, **gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.***

- a) Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.*
- b) Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).*
- c) Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirmediği ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.*

*Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda **kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.***

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

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

KATILIMCI

Adı Soyadı :

Adres :

Telefon :

Tarih :

İmza :

GÖRÜŞME TANIĞI

Adı Soyadı :

Ünvanı :

Adres :

Telefon :

Tarih :

İmza :

KATILIMCI İLE GÖRÜŞEN

Adı Soyadı :

Ünvanı :

Adres :

Telefon :

Tarih :

İmza :

EK 3. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ERKEK EROİN BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK ve ERİŞKİNLİK DÖNEMİ DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI ve KLİNİK ETKİLERİ

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

ADI SOYADI:

CİNSİYETİNİZ :

Erkek(1) Kadın(2)

YAŞINIZ :

DOĞUM YERİNİZ:

Köy(1) Kasaba(2) İlçe(3) Küçük şehir(4) Büyük şehir(5)

YAŞADIĞINIZ YER:

Köy(1) Kasaba(2) İlçe(3) Küçük şehir(4) Büyük şehir(5)

MEDENİ DURUMUZ:

Evli(1) Bekar(2) Boşanmış(3) Dul(4) Ayrı yaşıyor(5) Diğer(6)

EVLİYSENİZ,EVLİLİK YAŞINIZ:

EVLİYSENİZ,EVLİLİK SÜRENİZ:

EVLİYSENİZ,NASIL EVLENDİNİZ:

Görücü usulü & Aile isteği(1) Ailece tanıştırılıp&İsteyerek(2) Flört Ederek & Kendi İsteği(3)

BOŞANMIŞ YA DA AYRI İSENİZ:

Kendi kararı(1) Eş kararı (2) Ortak karar(3)

EŞİNİZİN YA DA ESKİ EŞİNİZİN EĞİTİM SÜRESİ:

ÇOCUĞUNUZ VAR MI :

Var(1):.....Yok(2)

Sayısı:

EĞİTİM SÜRENİZ :

ÇALIŞMA DURUMUNUZ:

Düzenli çalışıyor(1) Düzensiz,iş buldukça çalışıyor(2) Son3-12 aydır çalışmıyor(3) Son 1 yıl ve üzeri çalışmıyor(4) Öğrenci(5)
Emekli(6)

AYLIK GELİRİNİZ:

500 TL'den az(1) 500-1000 TL arası(2) 1000 -1500TL(3) 1500-2000TL(4) 2000 TL ÜZERİ(5)

KİMİNLE YAŞIYORSUNUZ:

Yalnız(1) Eş ve Çocuklar ile Çek.Aile Yapısı(2) Eş ve Çocuklar ile Geniş Aile Yapısı(3) Anne&Baba ile Çek.Aile Yapısı (4)
Anne&Baba ile Geniş Aile yapısı(5) Yakını ile (Arkadaş ya da Akraba)(6) Diğer (7)

EVDE KAÇ KİŞİ YAŞIYOR:**ANNENİZİN EĞİTİM SÜRESİ:****BABANIZIN EĞİTİM SÜRESİ:****EBEVEYN KAYBI,VARSA BELİRTİNİZ:**

Var(1) Yok(2)

Anne kaybı (1a)

Baba kaybı (1b)

Anne&Baba kaybı (1c)

EBEVEYN KAYBI VARSA,KAÇ YAŞINDAYDINIZ:**EBEVEYN BOŞANMA&AYRILIK DURUMU:**

Boşanmış(1) Ayrı yaşıyorlar(2) Dul(3)

EBEVEYN BOŞANMA&AYRILIK VARSA KAÇ YAŞINDAYDINIZ:**MADDE KULLANIM ve KLİNİK ÖZELLİKLERİ:****MADDE KULLANIMI DIŞINDA ADLİ OLAY (SUÇA KARIŞMA),VARSA BELİRTİNİZ:**

Var(1) Yok(2)
Hırsızlık(1a) Dolandırıcılık(Sahtekarlık)(1b) Gasp(1c) Yaralama(Darp)(1d) Cinayet(1e) Mala Zarar verme(1f)
Madde Satıcılığı(1g) Tecavüz&Cinsel Saldırı(1h) Tehdit(1i) Hakaret(1j) Ruhsatsız Silah Taşıma&Bulundurma(1k)
Askeri Suçlar(1l) Diğer(1m)

CEZAEVİ YAŞANTISI, VARSA SAYISI, TOPLAM SÜRESİ :

Var(1):Yok(2)

Sayısı:

Toplam süresi:

GEÇMİŞTE İNTİHARDÜŞÜNCELERİ, PLANI, GİRİŞİMİ, VARSA BELİRTİNİZ:

İntihar düşüncesi(1) İntihar Planı(2) İntihar Girişimi(3) Yok(4)

KENDİNE ZARAR VERME, VARSA BELİRTİNİZ:

Var(1):Yok(2)

Kendini kesme(1a) Sigara Söndürme(1b) Diğer(1c):

AİLE İÇİ ŞİDDET, VARSA BELİRTİNİZ:

Var(1):Yok(2)

Sözel şiddet (1a) Fiziksel Şiddet (1b) Cinsel Şiddet (1c)

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK, VARSA BELİRTİNİZ:

Var(1):Yok(2)

AİLEDE ALKOL KULLANIMI, VARSA BELİRTİNİZ:

Var(1):Yok(2)

Sosyal içicilik(1a) Riskli İçicilik(1b) Sorunlu İçme(1c) Alkol Bağımlılığı(1d)

AİLEDE MADDE KULLANIMI, VARSA BELİRTİNİZ:

Var(1):Yok(2)

Esrar(1a) Kokain&Crack(1b) Uçucu(Bally&Tiner)(1c) Amfetamin&MDMA (Captagon,XTC) (1d) Eroin(1e) BZO(1f)
Hallüsinojen (LSD,PCP)(1g) Diğer (1h)

GEÇMİŞTE YA DA HALEN BAĞIMLILIK DIŞI PSİKİYATRİK BİR RAHATSIZLIĞINIZ OLDU MU:

Var(1):Yok(2)

GEÇMİŞTE YA DA HALEN ÖNEMLİ BİR TIBBİ RAHATSIZLIĞIZ OLDU MU:

Var(1):Yok(2)

SİĞARA KULLANIMINIZ:

Var (1) Yok (2)

VARSA GÜNLÜK SİĞARA TÜKETİM MİKTARI:

10 adet ve altı/gün(1) 10-20 adet/gün(2) 20 -30 adet/gün(3) 30-40 adet/gün(4) 40-50 adet/gün(5) 50-60 adet/gün
(6) 60 adet ve üzeri/gün (7)

VARSA SİĞARA BAŞLAMA YAŞINIZ:

VARSA SİĞARA KULLANIM SÜRESİNİZ:

İLK KULLANILAN MADDE :

Esrar(1) Kokain&Crack(2) Uçucu(Bally&Tiner)(3) Amfetamin&MDMA (Captagon,XTC)(4) Eroin(5) BZO(6)
Hallüsinojen (LSD,PCP)(7) Diğer (8)

İLK MADDE KULLANIM YAŞI:

İLK EROİN KULLANIM YAŞI:

DÜZENLİ EROİN KULLANIM YAŞI:

DÜZENLİ EROİN KULLANMA SÜRESİ:

EROİN KULLANMA YOLU :

İnhalasyon(1) IV(2) Diğer(3)

EROİN KULLANIM MİKTARI/GÜN:

0-0.5 Gr/gün (1) 0.5-1 Gr/gün(2) 1-2Gr/gün(3) 2-3 Gr/gün(4) 3-4 Gr/gün(5) 4 Gr üzeri(6)

ÇOKLU MADDE KULLANIMI:

Var(1) Yok(2)

EK MADDE:

Esrar(1) Kokain&Crack(2) Uçucu(Bally&Tiner)(3) Amfetamin&MDMA(Captagon,XTC)(4) Eroin(5) BZO(6)
Hallüsinojen (LSD,PCP)(7) Diğer (8)

TEDAVİ GİRİŞİMİ :

Yok(1) Kendi&Spontan(2) Poliklinik&Ayaktan(3) Klinik&Yatarak (4)

MADDE BIRAKMA GİRİŞİM SAYISI:

EN UZUN REMİSYON SÜRESİ(AY):

Buprenorfin&Nalokson Stabilizasyon Dozu:



EK 4. BAĞIMLILIK ŞİDDETİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ

BAĞIMLILIK ŞİDDETİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ

TIBBİ DURUM

1.Tıbbi sorunlar nedeniyle yaşamınızda kaç kez hastaneye yattınız?

(Demans, deliryum tremens dahil, detoks tedavisi, doğum yapma hariç, ancak doğum sonrası komplikasyonlar varsa dahil ediliyor.)

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

3.Yaşamınızı zorlaştıran, süregelen nitelikli kronik tıbbi bir sorununuz var mı? (Hastanın kendi yaşamını sürdürmesini engelleyen veya düzenini bozan hipertansiyon, diabet, epilepsi, gastrointestinal sistemde bozulmalar gibi.)

0- Hayır 1- Evet

Belirtiniz

4.Fiziksel hastalığınız için düzenli olarak doktor önerisiyle aldığınız bir ilaç var mı? (Epilepsi, yüksek tansiyon, diyabet gibi.)

(Mutlaka bir doktor tarafından önerilmeli. Psikiyatrik veya bağımlılık dahil edilmiyor, ayrıca detoks, üşütme gibi kısa süreli olanlar da dahil edilmiyor. Uyku problemleri psikiyatri kısmında ele alınıyor.)

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 başka hastalıklardan dolayı olabileceğinden dahil edilmeli. Grip dahil değil.)

(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 başka bir ek tedaviye gerek olmadığından 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 (Yasal eğitim programları; operasyon eğitimi gibi)

3.Mesleğiniz veya mesleki bir beceriniz var mı? (Eğitim veya öğretimle kazanılmış beceri)

0- Hayır 1- Evet

Belirtiniz

4.Araba ehliyetiniz var mı? (çoğu işler sürücülüğü gerektirdiğinden iş sahibi olmada bir fırsat)

0- Hayır 1- Evet

5.Kullandığınız bir otomobiliniz var mı? Kendisine ait olası gerekli değil, önemli olan düzenli ulaşım olanağı sağladığı için)

(Ehliyeti yok ise "hayır"ı işaretleyiniz.)

0- Hayır 1- Evet

6.En uzun düzenli olarak kaç yıldır bir işte çalışıyor sunuz? (Tam gün iş)

7. En son yaptığınız/yapmakta olduğunuz iş? (İşveren, yönetici, satıcı, beceri gerektiren, yarıbeceri gerektiren, beceri gerektirmeyen işler gibi ayrıntılı belirtiniz)

8. Bir kişi herhangi bir biçimde size destek oluyor mu? (Düzenli bir destek; ev, yiyecek yardımı, para yardımı gibi arkadaştan, aile üyelerinden, herhangi bir kurumdan değil, eşin yardımı dahil edilmelidir)

0- Hayır 1- Evet

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

0- Hayır 1- Evet

10. Son 3 yılda sürdürdüğünüz işin konumu (Çoğunlukla sürdürülen işin konumu) (Eğer aynı anda bir kaç seçeneğe uyarsa en uygunu seçilmelidir)

1. Tam gün (düzenli ve haftada 35 saatten fazla)
2. Yarı zamanlı (haftada 35 saatten az-düzenli bir iş)
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 dahil.)

13. İşsizlik tazminatı

14. Sosyal yardım kurumlarından ödenek (yiyecek, ulaşım yardımı dahil)

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 harcamaları için verilen nakit para; kumar, vergi gibi dahil, yiyecek yardımı 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?

(Finansal destek-Kendisini ve çalışanları kapsamıyor.)

19. Son 30 gün içinde kaç gün işe gidememe sorunu yaşadınız? (İşteki kişisel problemler-Alkol/madde kullanımına bağlı kesilme belirtilerinden kaynaklanan problemlerden dolayı iş bulamama dahil edilmiyor, onlar alkol bölümü ile ilgili. Eğer hastanın iş arama girişim varsa veya işle ilgili sorunlar yaşıyorsa dahil ediyoruz, alkolle ilişkili olmayan iş bulamama güçlüğü. Hastanın iş doyumundaki düşüklük veya beklediği ücreti bulamama buna dahil edilmiyor. Eğer, hasta hapiste veya kontrollü çevrede ise çalışamayacağından “N”yi puanla.)

20. ve 21. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasının isteyiniz.

20. Son 30 gün içinde işle ilgili sorunlar, yaşamınızı ne kadar aksattı veya ne kadar can sıkıntısı verdi? (19 soru için.)

21. 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

22. Hastanın iş konusunda danışmaya olan ihtiyacını nasıl derecelendirirsiniz? GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

23. Hastanın yanlış yorumlamasına.

0- Hayır 1- Evet

24. 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.Gözetim altında ya da gözetim altında mısınız? (süresini de not et)

Aşağıdaki sebeplerden dolayı kaç defa tutuklandınız veya cezaya çarptırıldınız? (18 yaş öncesi dahil değil, çünkü yasa 18 yaşı yetişkin bir birey olarak görmektedir. Askerlik yaşamında olanlarda dahil)

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-16-18 maddeler için suçlama buraya dahil değil)

16. Aleni sarhoşluk, serserilik, uygunsuz tavır (suçlanma olacak-nezarette tutulma)

17. Alkollü iken araba kullanma (suçlanma olacak)

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

19. Yaşamınız boyunca cezaevinde kaç ay kaldınız?

20. En son cezaevinde kaç ay kaldınız?

21.En son ne için tutuklandınız? (3-14 ile 16-18 maddelerle ilgili, eğer hasta birkaçından dolayı tutuklandı ise en ciddi olanı ya da onun için en ciddi olanı)

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

23. Ne için suçlama, mahkeme yada mahkumiyet bekliyorsunuz? (21. madde gibi puanlıyoruz)

24. Son 30 gün içinde kaç gün hapis yattınız veya gözaltına alındınız? (aynı gün içinde tutuklanıp salıverilme gibi)

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

26. ve 27. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

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

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 ya da 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

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-entoksikasyon araştırılıyor, alkolün etkisini yoğun hissettiği zaman) (Eğer hasta alkolün etkilerini veya tolerans artışını inkar ederse, alkolün

etkisini biz tahmin edeceğiz: Bir oturuşta 3 veya daha fazla içki veya 1-2 saat gibi kısa bir sürede alkol entoksikasyonu)

3.Eroin

4.Metadon

5.Diğer opiyatlar/analjezikler

6.Barbitüratlar

7.Diğer sedatifler/hpnotikler/sakinleştiriciler(trankilizanlar)

8.Kokain

9.Amfetaminler

10.Esrar

11.Hallusinojenler

12.İnhilantlar (nefesle içine çekilenler)

13.Günde birden fazla (alkol dahil) madde kullanımı (6 ay ve daha yukarısı-Problemli 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

14.En önemli sorun hangi madde? (Aşağıdaki gibi aynı numaralarla kodlayın ya da sorun yok için “0” yazın.

Görüşmeci belirleyecek ancak elde ettiğimiz bilgi bunu ayırtmamızı zorlaştırıyorsa hastaya sorulabilir)

1. Alkol

2. Eroin

3. Metadon

4. Diğer opiyatlar/analjezikler

6. Barbitüratlar
 7. Diğer sedatifler/hypnotikler/sakinleştiriciler(trankilizanlar)
 8. Kokain
 9. Amfetaminler
 10. Esrar
 11. Hallusinojenler
 12. İnhalantlar(nefesle içine çekilenler)
 13. Alkol ve (bir yada birkaç) madde birlikte
 14. Çoklu madde
 15. Bu (14. madde için) maddeyi kendi isteğinizle bırakıp kullanmadığınız en son süre ne kadardır? (En az 1 ay) (0- 1 aydan az bırakma olmadıysa) (Hastanede yatma, hapishanede kalma sayılmıyor)
 16. Bu bırakma kaç ay önceydi? (Şu anki bırakma bırakma (0-Hala kuruyorsa, N-Hiç bırakma olmadıysa)
 17. Kaç kez; (Gidip gelen bir bilinç, bilinç kaybı, görsel şeyler görme)
- Alkol deliryumu geçirdiniz?

Aşırı dozda madde aldınız?

(Delirium, alkol kesimine bağlı ilk 24-48 saat içinde çıktığından konfüzyon, bilinç dalgalanmaları, uyku-uyanıklık döngüsünde yönelimin bozulması, şiddetli anksiyete ve ajitasyon, sürekli huzursuzluk, hiperaktivite-ateş, taşikardi-, varsanılar-görsel işitsel halüsinasyonlar. DT ciddi bir tablodur ve tıbbi bir müdahaleyi gerektirir)

18.Yaşamınız boyunca kaç kez; (Detoksifikasyon tedavisi, yatarak, ayakta, danışma, Adsız Alkolikler veya Adsız Narkotikler- 1 aylık sürede 3 veya daha fazla seans-, polikliniğe başvurma. Hasta hem alkol hem de madde tedavisi gördü ise ikisinde işaretlenmelidir.)

Alkol kötüye kullanımı

Maddeyi kötüye kullanımı nedeniyle tedavi gördünüz?

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

Alkol

Madde

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

Alkol

Madde

21.Son 30 gün içinde alkol, madde için kaç gün ayaktan tedavi gördünüz? (Adsız Alkolikleri ve Adsız Narkotikleri, antabus tedavisini dahil edin) (Grup tedavisi veya psikolojik danışma değil. Ayaktan serum tedavisi)

22.Son 30 gün içinde kaç gün(Baş ağrısı, bulantı aşırma, çekilme belirtileri. entoksikasyonun etkileri, durduramama, kusma, uykusuzluk, tiksinti vb.)

Alkole bağlı sorunlar

Maddeye bağlı sorunlar yaşadınız? (alkolün/maddenin direk sebep olduğu problemler günlerin sayısı.)

23. ve 24. sorular için hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

23. Aşağıdaki sorunlara bağlı olarak son 30 içinde ne kadar sıkıntı çektiniz?

Alkol sorunları

Madde sorunları

24. Bu sorunlar için tedavi görmek şu an sizin için ne kadar önemli?

(Genel terapi değil, bağımlılık tedavisi önemli; şu anki madde kullanımı veya alkolü ile ilgili tedavi görmek, daha çok çekilme belirtilerini yoketmeye yönelik tedavi)

Alkol sorunları

Madde sorunları

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

25. Hastanın tedaviye olan gereksinimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Alkol kötüye kullanımı

Madde kötüye kullanımı

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

26. Hastanın yanlış yorumlanmasına

0- Hayır 1- Evet

27. Hastanın anlama güçlüğüne

0- Hayır 1- Evet

Sorulara bakıldığında 1-11 maddeler, kötüye kullanım öyküsü

15-16 maddeler, abstinence

17. Madde delirium veya overdose

18. Madde yaşam boyu tedavi ile ilgili maddeler. Bu maddeler alkol bölümünü değerlendirebilen kritik objektif maddelerdir.

AİLE ÖYKÜSÜ

Akrabalarınızdan ya da 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

(İkiden fazla kardeş için en ciddi olanları kaydedilir)

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. sorudakikoşullar)

6.Bu yaşam düzeninden memnun musunuz? (Destek sistemlerine bakmak ve tedavi sonrası döneceği ortam amaçlanmaktadır)

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, hastaya göre problem olması yeterli)

7.Boş zamanlarınızın çoğunu kiminle geçiriyor sunuz?

1- Aile (Uzun süreli kız-erkek ilişkileri varsa buraya dahil edilir)

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 et)

9A.Yaşamınızda aşağıdaki kişilerle yakın ve uzun süreli bir ilişkiniz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Anne

Baba

Erkek/Kız kardeş

Eş/cinsel eş

Çocuklar

Arkadaşlar

9A- İçin yönerge:

0- Tabloda yer alan akrabaların hepsi için cevabınız “hayır” ise. Tabloda yer alan herhangi bir akraba için cevabınız “evet”ise. X- Cevabınız “bilmiyorum” veya “kesin değil” ise N- Tabloda yer alan akraba yok ise.

Bu kişilerle ciddi (büyük) sorunlar yaşadığınız dönemleriniz oldu mu? Olduysa kiminle?

(Rutinin dışında anlaşmazlık -yoğunluk ve süre açısından-, kavga, tartışma, bağırma, küfürleşme, ciddi iletişim eksikliği, güvenin tamamen kaybolması gibi) (İlişkilerde sorun alkolün etkisiyle mi yoksa başka nedenlerden dolayı mı bunu ayırtırmak zordur. Alkol olmadığı zamanlarda bile ilişki sorunu var mı sorulmalıdır. Alkolün bozduğu ilişkiler yerine ilişki kurma biçimlerinden kaynaklanan sorunlar ele alınmaktadır. Eğer bu kişilerden ölenler varsa son 30 güne “N” işaretlenmelidir. Hatırlayamadığı olursa puanlamayarak “X” işaretlenmelidir)

Son 30 gün

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

Yaşamınız boyunca (geçmişte)

(Bu insanlardan herhangi biri sizi istismar etti mi? Hastaların önceki ev durumlarını araştırarak şu anki tehlikeleri ve olası gelecekteki çevreyi değerlendirmek önemlidir.)

18A- Duygusal olarak (kullandığı kırıcı/sert sözcüklerle) kötü hissetmenize neden oldu mu? (Hastaların kendi yargılarını not edeceğiz)

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 (Çatışmalar gibi)

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

1.Duygusal veya psikolojik sorunlardan dolayı kaç kez tedavi gördünüz? (Maddeyi kötüye kullanım, iş veya aile danışmanlığı hariç)

Hastanede

Ayaktan veya özel doktorda

2.Psikiyatrik maluliyet nedeniyle maaş bağlandı mı?

0- Hayır 1- Evet

Yaşamınızda alkol ve madde kullanımına bağlı olmayan ancak tedavi gerektiren bir döneminiz var mı? Hastaya “yaşamınız boyunca hiç en az iki hafta veya daha fazla süre ile ciddi depresyon geçirdiniz mi?”, “Peki son dönemler için ne söyleyebilirsiniz?”, Son 30 günde ciddi depresyon yaşantınız oldu mu?” gibi sorulabilir.

0- Hayır 1- Evet

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

(Bunlardan 3,4,6 bozukluk olarak, 5,7,8,9, semptomlar olarak)

3.Ciddi depresyon (üzüntü, çaresizlik, ümitsizlik, suçluluk, ilgi kaybı, günlük fonksiyonlarını yerine getirememe)

4.Ciddi bunaltı veya gerginlik (gerginlik, rahat edememe, sinirli, telaşlı, endişeli)

5.Görme hayalleri (çekilme dahil değil, ilaç almadığında) (Ses işitme veya bir şeyler görme)

6.Anlama, konsantre olma, hatırlamada güçlük (çekilmenin dışında ve ilaçsız dönemde)

7. 8. ve 9. 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 va 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

EK 5. WENDER-UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

WENDER-UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (25 MADDELİK KISA FORM)

Aşağıdaki davranış özellikleri bütün çocuklarda belli sıklıklarda görülür. Siz kendi çocukluğunuzda nasıldınız? Size uyan şıkları işaretleyiniz.

Hayır ya da çok hafif	0
Hafif	1
Orta derecede	2
Fazla	3
Çok fazla	4

ÇOCUKKEN

1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.
4. Dikkatsizdim, hayallere daldım.
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.
11. Kendimi küçük görürdüm.
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.
15. Düşünmeden hareket ederdim.
16. Çocuksu davranırdım.
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdum.
18. Kontrolümü kaybederdim.
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.

BEN ÇOCUKKEN OKULDA:

23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.
25. Potansiyelime ulaşamadım.

EK 6. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

ERİŞKİN DEHB KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS)

Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıdaki soruları yanıtlarken sağındaki ölçeği kullanarak, ölçütlerden her biriyle ilgili kendinizi derecelendirin. Her soruya 6 aydaki duygu ve davranışlarınızı göz önünde bulundurarak cevap verin.

A BÖLÜMÜ	Hiçbir Zaman	Nadiren Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık	
1. Sıkıcı ya da zor bir iş yapmak zorunda kaldığınızda ne sıklıkta dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0	1	2	3	4
2. Sıkıcı ya da tekrarlanan bir iş yaparken ne sıklıkta dikkatinizi sürdürmekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
3. İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
4. Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
5. Düzenleme gerektiren bir iş yapmak zorunda kaldığınızda, ne sıklıkta işleri sıraya koymakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
6. Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı gerektiriyor ya da kenara atıyorsunuz?	0	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta evde ya da iş yerinde eşyaları yanlış yere koyar ya da bulmakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
8. Ne sıklıkta etrafınızdaki hareketler ya da sesler dikkatinizi dağıtır?	0	1	2	3	4
9. Ne sıklıkta randevularınızı ya da sorumluluklarınızı hatırlamakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
A BÖLÜMÜ TOPLAM					

B BÖLÜMÜ	Hiçbir Zaman	Nadiren Zaman	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
10. Uzun süre oturmanız gerektiğinde ne sıklıkta sıkıntılı hareketler yapar, ellerinizle oynar ya da ayaklarınızı hareket ettirirsiniz?	0	1	2	3	4
11. Toplantılarda ya da oturmanız gereken durumlarda ne sıklıkta koltuğunuzu terk edersiniz?	0	1	2	3	4
12. Ne sıklıkta huzursuz ya da kıpır kıpır (yerinde duramaz) hissedersiniz?	0	1	2	3	4
13. Kendinize zaman ayırdığınızda bile ne sıklıkta rahatlamak ve gevşemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
14. Ne sıklıkta kendinizi aşırı aktif ve bir motor takılmış gibi birçok şeyi yapmak zorunda hissedersiniz?	0	1	2	3	4
15. Sosyal ortamlarda ne sıklıkta çok konuştuğunuzu fark dersiniz?	0	1	2	3	4
16. Sohbet sırasında ne sıklıkta karşınızdaki kişi sözünü bitiremeden onun cümlesini tamamladığınızı hissedersiniz?	0	1	2	3	4
17. Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
18. Meşgul oldukları sırada ne sıklıkta başkalarının işini bölersiniz?	0	1	2	3	4
B BÖLÜMÜ TOPLAM					

EK 7. BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

EK 8. YETİŞKİNLERDE DEHB İÇİN TANISAL GÖRÜŞME

Hasta Adı	
Doğum tarihi	
Cinsiyet	☐ E / ☐ K
Test uygulama tarihi	
Araştırmacı Adı	
Hasta numarası	

Bölüm 1: Dikkat eksikliği belirtileri (DSM-IV A1 ölçütleri)

Yönerge: Yetişkinlerde belirtiler en az 6 aydır bulunuyor olmalıdır. Çocukluk dönemindeki belirtiler 5 – 12 yaşları ile ilgilidir. Herhangi bir belirtinin DEHB'ye bağlanabilmesi için kronik ve süreklilik arz eden bir seyir göstermeli ve epizodik olmamalıdır.

D1

Ayrıntılara yeterince dikkat etmek konusunda sık sık sorun yaşıyor veya işinizde ya da diğer etkinliklerde sık sık dikkatsizce hatalar yapıyor musunuz? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Dikkatsizce hatalar yapmak
- ☐ Hata yapmayı engellemek için yavaş çalışmak
- ☐ Talimatları dikkatlice okumamak
- ☐ Ayrıntılı çalışmalar yaparken zorlanmak
- ☐ Ayrıntılı görevleri tamamlamak için çok fazla zamana ihtiyaç duymak
- ☐ Ayrıntılarda tıkanmak
- ☐ Çok hızlı biçimde çalışmak ve bu nedenle hatalar yapmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Okul ödevlerinde dikkatsizce hatalar yapmak
- ☐ Soruları iyi okumamaktan dolayı hatalar yapmak
- ☐ İyi okumamaktan dolayı soruları yanıtsız bırakmak
- ☐ Sınav kâğıdının arka kısmını yanıtsız bırakmak
- ☐ Dikkatsiz çalıştığı için başkaları tarafından eleştirilmek
- ☐ Ödevlerin yanıtlarını kontrol etmemek
- ☐ Ayrıntılı görevleri tamamlamak için çok fazla zamana ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D2

Verilen görevlerde dikkatinizi sürdürmekte sık sık zorlanıyor musunuz? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Görevlere uzun süre dikkati verememek *
- ☐ Kendi düşünceleri veya çağrışımları nedeniyle dikkatin çok çabuk dağılması
- ☐ Bir filmi sonuna kadar izlemekte veya kitap okumakta zorlanmak*
- ☐ Herhangi bir şeyden çabuk sıkılmak*
- ☐ Konuşulmuş olan konular hakkında sorular sormak
- ☐ Diğer:

* Konuyu gerçekten ilgi çekici bulmadıkça (örneğin bilgisayar veya hobi)

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi örnekleri**

- ☐ Dikkati okul ödevlerine vermekte güçlük çekmek
- ☐ Dikkati oyunlara vermekte güçlük çekmek*
- ☐ Dikkatin çabuk dağılması
- ☐ Konsantrasyon zorluğu*
- ☐ Dikkatin dağılmasını önlemek için yapılandırmaya gereksinim duymak
- ☐ Etkinliklerden çabuk sıkılmak*
- ☐ Diğer:

* Konuyu gerçekten ilgi çekici bulmadıkça (örneğin bilgisayar veya hobi)

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**D3**

Sizinle doğrudan konuşulurken sık sık sanki dinlemiyormuşsunuz gibi görülüyor mu? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Rüya aleminde olmak veya dalgın olmak
- ☐ Karşılıklı konuşurken konsantre olmakta zorluk
- ☐ Sonradan, bir konuşmanın ne hakkında olduğunu hatırlamamak
- ☐ Konuşma sırasında konuyu sık sık değiştirmek
- ☐ İnsanların size aklınızın başka yerde olduğunu söylemesi
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi örnekleri**

- ☐ Anababa/öğretmenlerinin ne söylediğini bilmemek
- ☐ Rüya aleminde olmak veya dalgın olmak
- ☐ Sadece göz teması kurulduğunda ya da ses yükseltildiğinde dinlemek
- ☐ Sık sık yeniden hitap etmek gerekmesi
- ☐ Soruların tekrar edilmesinin gerekmesi
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D4

Yönergelere (talimatlara) uymakta ve işleri bitirmekte sık sık başarısız olur musunuz veya işyerinde sorumluluklarınızı yerine getirmek konusunda başarısız mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ İşleri tamamlayamadan karman çorman etmek
- ☐ Yapılan iş yeni olma özelliğini yitirdiğinde bitirmekte güçlük çekmek
- ☐ Görevleri tamamlamak için bir görev teslim tarihine ihtiyaç duymak
- ☐ İdari işleri bitirme güçlüğü
- ☐ Kullanma talimatlarını takip etme güçlüğü
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Yönergelere uyma güçlüğü
- ☐ Birden çok adımdan oluşan görevlerde güçlük çekmek
- ☐ İşleri bitirememek
- ☐ Ev ödevini bitirmemek ya da teslim etmemek
- ☐ Verilen görevleri bitirmek için çok fazla yapılandırmaya gereksinim duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D5

Görev ve etkinlikleri düzenlemekte sık sık güçlük çekiyor musunuz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Günlük işleri planlamakta güçlük çekmek
- ☐ Ev ve/veya çalışma alanının dağınık olması
- ☐ Çok sayıda iş için plan yapmak ya da verimli plan yapamamak
- ☐ Sıklıkla aynı saatte farklı işler için ya da farklı kişilere randevu vermek (çifte randevu)
- ☐ Geç kalmak
- ☐ Ajanda veya günlük kullanırken süreklilik gösterememek
- ☐ Programlara sabit kalma gereksinimi nedeniyle esnek olamamak
- ☐ Zaman kavramının yetersiz olması
- ☐ Zaman programları yapmak ama bunları kullanmamak
- ☐ Konuları düzenlemek için başkalarına ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Zamanında hazırlanmakta güçlük çekmek
- ☐ Odanın ya da masanın dağınık olması
- ☐ Kendi başına oynamakta güçlük çekmek
- ☐ İş ya da ev ödevlerinin planlanmasında güçlük çekmek
- ☐ İşleri karışık yapmak
- ☐ Geç kalmak
- ☐ Kötü zaman kavramı, zamanı ayarlayamamak
- ☐ Kendi kendine vakit geçirmekte güçlük çekmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D6

Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden sıklıkla kaçır (ya da sevmez veya yapmak istemez) mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Öncelikle kolay ya da eğlenceli olan şeyleri yapmak
- ☐ Sıkıcı ya da güç görevleri sıkça ertelemek
- ☐ Teslim tarihini kaçırarak şekilde görevleri ertelemek
- ☐ İdari işler gibi monoton işlerden kaçmak
- ☐ Zihinsel çaba gerektirdiği için okumayı sevmemek
- ☐ Çok konsantrasyon gerektiren işlerden kaçınmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Okul ödevlerinden kaçınmak ya da sevmemek
- ☐ Zihinsel çaba gerektirdiği için az kitap okumak ya da okumak istememek
- ☐ Çok konsantrasyon gerektiren görevlerden kaçınmak
- ☐ Okulda çok konsantrasyon gerektiren konuları sevmemek
- ☐ Sıkıcı ya da zor görevleri sıkça ertelemek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D7

Görev ya da etkinlikler için gerekli olan araçları sıkça kaybeder misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Cüzdan, anahtar veya ajanda kaybetmek
- ☐ Sık sık eşyaları olduğu yerde bırakıp, unutmak
- ☐ İş için gerekli evrakları kaybetmek
- ☐ Eşya aramaya çok zaman harcamak
- ☐ Diğer insanlar eşyalarının yerini değiştirdiğinde paniğe kapılmak
- ☐ Eşyalarını kaldırırken yanlış yerlere koymak
- ☐ Listeler, telefon numaraları veya notları kaybetmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Ajanda, kalem, beden eğitimi eşyaları veya başka eşyaları kaybetmek
- ☐ Kıyafet, oyuncak veya ev ödevlerini kaybetmek
- ☐ Eşya aramaya çok zaman harcamak
- ☐ Diğer insanlar eşyalarının yerini değiştirdiğinde paniğe kapılmak
- ☐ Anababa/öğretmenin kaybolan eşyalarla ilgili eleştiride bulunması
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D8Sık sık dış uyaranlar tarafından dikkatiniz kolayca dağılır mı? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?***Erişkinlik dönemi örnekleri**

- ☐ Dış uyaranlara kendini kapatmakta güçlük çekmek
- ☐ Dikkat dağıldıktan sonra yeniden işe odaklanmakta güçlük çekmek
- ☐ Sesler veya olaylardan dolayı dikkatin kolayca dağılması
- ☐ Başka insanların kendi aralarında konuşmalarını dinleme eğilimi
- ☐ Bilgiyi filtreleme ve/veya seçmekte güçlük çekmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi örnekleri**

- ☐ Sınıftayken sık sık dışarıya bakmak
- ☐ Sesler veya olaylardan dolayı dikkatin kolayca dağılması
- ☐ Dikkat dağıldıktan sonra tekrar işe dönmekte güçlük çekmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**D9**Günlük etkinliklerinizde sık sık unutkanlık yaşar mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?***Erişkinlik dönemi örnekleri**

- ☐ Randevuları ya da başka sorumlulukları unutmak
- ☐ Anahtarları, ajandayı vb. unutmak
- ☐ Randevuların sıkça hatırlatılmasının gerekmesi
- ☐ Unutulan eşyaları almak için eve geri dönmek zorunda kalmak
- ☐ İşleri unutmadığından emin olmak için katı biçimde listeler kullanılması
- ☐ Günlük ajandaya not almayı ya da bakmayı unutmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi örnekleri**

- ☐ Randevuları veya yönergeleri unutmak
- ☐ Sıkça hatırlatma yapılmasının gerekmesi
- ☐ Bir görevin yarısında ne yapılması gerektiğini unutmak
- ☐ Okul eşyalarını beraberinde götürmeyi unutmak
- ☐ Eşyaları okulda ya da arkadaşların evinde unutmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Ek Ölçüt A****Erişkinlik dönemi:**

Yukarıdaki dikkat eksikliği belirtileri sizde diğer insanlara göre daha fazla mıdır ya da onlara kıyasla daha sık yaşar mısınız?

☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi:**

Yukarıdaki dikkat eksikliği belirtileri sizde akranınız olan çocuklara kıyasla daha fazla mıydı ya da bunları yaşıtlarınıza kıyasla daha sık yaşadınız mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Bölüm 2: Hiperaktivite –dürtüsellik belirtileri (DSM-IV A2 ölçütleri)

Yönerge: Yetişkinlerde belirtiler en az 6 aydır bulunuyor olmalıdır. Çocukluk dönemindeki belirtiler 5 – 12 yaşları ile ilgilidir. Herhangi bir belirtinin DEHB'ye bağlanabilmesi için kronik ve süreklilik arz eden bir seyir göstermeli ve epizodik olmamalıdır.

H/D 1

Ellerinizi ya da ayaklarınızı sık sık huzursuzca oynatır mısınız veya sandalyenizde sık sık kıpırdanır mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Sabit oturmakta güçlük çekmek
- ☐ Bacakların kıpır kıpır olması
- ☐ Kalem tıkırdatmak veya başka bir şeyle oynamak
- ☐ Tırnak yemek veya saçla oynamak
- ☐ Huzursuzluğu kontrol edebilmek ancak bunun sonucunda strese girmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Anababanın sık sık "sessiz otur" ve benzeri söylemleri
- ☐ Bacakların kıpır kıpır olması
- ☐ Kalem tıkırdatmak veya başka bir şeyle oynamak
- ☐ Tırnak yemek veya saçla oynamak
- ☐ Sandalyede sakince oturamamak
- ☐ Huzursuzluğu kontrol edebilmek ancak bunun sonucunda strese girmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 2

Oturmanızın beklendiği durumlarda genellikle ayağa kalkar mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Konferans, toplantı, cami vb. yerlere gitmekten kaçınmak
- ☐ Oturmak yerine gezinmeyi tercih etmek
- ☐ Asla uzun süre sakince oturamamak, sürekli hareket halinde olmak
- ☐ Sakince oturma güçlüğünden dolayı gergin olmak
- ☐ Yürümek için bahaneler uydurmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Yemek yerken veya sınıfta sık sık ayağa kalkmak
- ☐ Okulda ya da yemeklerde yerinde oturmakta çok güçlük çekmek
- ☐ Oturması gerektiği konusunda uyarı almak
- ☐ Biraz yürüyebilmek için bahaneler uydurmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 3

Kendinizi sıkça huzursuz hisseder misiniz? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ İçsel huzursuzluk ya da ajitasyon hissi
- ☐ Sürekli bir şeylerle meşgul olmak zorunda olduğu hissine sahip olmak
- ☐ Rahatlayıp gevşemek konusunda zorlanmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Sürekli koşturmak
- ☐ Mobilyalara tırmanmak veya koltuklarda zıplamak
- ☐ Ağaçlara tırmanmak
- ☐ İçsel huzursuzluk hissi
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 4

Boş zamanlarda yaptığınız rahatlatıcı etkinliklerinizle sakin bir şekilde uğraşmakta zorlanır mısınız? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Yürütülen faaliyetler sırasında konuşulması uygun olmayan yerlerde konuşmak
- ☐ Toplum içinde hep dikkatleri üzerine çekmeyi istemek
- ☐ Her türlü durumda sesli olmak
- ☐ Yürütülen faaliyetleri sessiz bir şekilde yapmakta zorlanmak
- ☐ Alçak sesle konuşmakta zorlanmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Oyun oynarken veya sınıfta yüksek sesle konuşmak
- ☐ Televizyon ya da filmleri sessizce izleyememek
- ☐ Daha sessiz ya da sakin olması gerektiği yönünde eleştiri almak
- ☐ Toplum içinde hep dikkatleri üzerine çekmeyi istemek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 5

Genellikle hareket halinde misiniz ya da sanki bir "motor takılmış gibi" mi davranırsınız? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Sürekli bir şeylerle meşgul olmak
- ☐ Çok enerjik olmak, sürekli hareket halinde olmak
- ☐ Kendi sınırlarını aşmak
- ☐ İşleri kendi haline bırakmakta zorlanmak, duramamak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Sürekli meşgul olmak
- ☐ Okulda ve evde dikkat çekici bir şekilde aktif olmak
- ☐ Çok enerjik olmak
- ☐ Sürekli hareket halinde olmak, duramamak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 6

Genellikle aşırı mı konuşursunuz? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ İnsanları yoracak şekilde konuşmayla meşgul olmak
- ☐ Durmaksızın konuşan biri olarak tanınmak
- ☐ Konuşmayı kesmekte zorlanmak
- ☐ Çok konuşma eğilimi
- ☐ Konuşmalar sırasında başkalarına fırsat vermemek
- ☐ Bir şeyi anlatmak için çok sayıda sözcüğe ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Geveze olarak bilinmek
- ☐ Öğretmen ve anababaların sık sık sizden sessiz olmanızı istemeleri
- ☐ Karnelerde çok konuşmaya dair yorumlar bulunması
- ☐ Çok konuştuğu için ceza almak
- ☐ Okulda çok konuşarak başkalarını dersten alıkoymak
- ☐ Konuşmalarda başkalarına fırsat vermemek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 7

Genellikle sorulan soru tamamlanmadan mı yanıt verirsiniz? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Geveze olmak, aklından geçeni söylemek
- ☐ Konuştuğu şeyleri öncesinde düşünmemek
- ☐ İnsanlar sözlerini bitirmeden cevap vermek
- ☐ Başkalarının cümlelerini tamamlamak
- ☐ Patavatsız olmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Geveze olmak, düşünmeden konuşmak
- ☐ Okulda sorulara ilk yanıt veren kişi olmayı istemek
- ☐ Yanlış olsa dahi ilk önce cevap vermek
- ☐ Başkaları cümlelerini bitirmeden söze girmek
- ☐ Patavatsızca konuştuğu için kırıncı olmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 8

Genellikle sıra beklemekte zorluk çeker misiniz? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Kuyrukta beklemekte güçlük çekmek, öne geçmek
- ☐ Trafikte/trafik sıkıştığında sabırla beklemekte güçlük çekmek
- ☐ Konuşmalarda sırasını beklemekte zorluk çekmek
- ☐ Sabırsız olmak
- ☐ İlişkilere/işlere hızlı başlamak ya da sabırsızlıktan bunları çabuk bırakmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Grup etkinlikleri/oyunlarda sıra bekleyememek
- ☐ Sınıfta sırasını bekleyememek
- ☐ Hep ilk konuşan ya da harekete geçen olmak
- ☐ Kolayca sabrının taşması
- ☐ Sağa sola bakmadan yola atlayıp karşıdan karşıya geçmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 9

Genellikle başkalarının işlerini böler ya da onları rahatsız eder misiniz? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Başkalarının işine karışmakta acele etmek
- ☐ Başkalarını bölmek
- ☐ İstenmediği halde başkalarını uğraşları sırasında rahatsız etmek
- ☐ Başkalarının işlerine karıştığı yönünde eleştirilme
- ☐ Başkalarının sınırlarına saygı duymakta güçlük
- ☐ Her konu hakkında bir fikir sahibi olmak ve bunu hemen ifade etmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Başkalarının oyununu bölmek
- ☐ Başkalarının konuşmalarını bölmek
- ☐ Her şeye tepki vermek
- ☐ Bekleyememek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Ek ölçüt A

Erişkinlik dönemi:

Yukarıdaki hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde diğer insanlara göre daha fazla mıdır, ya da onlara kıyasla daha sık yaşar mısınız?

☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi:

Yukarıdaki hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde akranınız olan çocuklara kıyasla daha fazla mıydı, ya da bunları yaşıtlarınıza kıyasla daha sık yaşadınız mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Bölüm 3: Belirtiler sonucu yaşanan Bozulma (DSM-IV B, C ve D ölçütleri)

Ölçüt B

Yukarıda bahsedilen dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde her zaman var mıydı?

- ☐ Evet (bazı belirtiler yedi yaşından önce de vardı)
- ☐ Hayır

Hayırsa, başlangıç yaşı

Ölçüt C

Yukarıda bahsedilen belirtilerle ilgili olarak hangi alanlarda sorunlar yaşadınız veya yaşamaktasınız?

Erişkinlik dönemi

İş/Eğitim

- ☐ İş için gerekli eğitimlerin tamamlanmaması
- ☐ İşin eğitim düzeyinin altında olması
- ☐ Bir işyerinden çabuk sıkılmak
- ☐ Çok sayıda kısa süreli işlerde çalışma, sık iş değiştirmeyi alışkanlık haline getirmek
- ☐ İdari işlerde/plan yaparken güçlük çekmek
- ☐ Bir işte terfi edememek
- ☐ İşyerinde yeterli performans gösterememek
- ☐ Kavga ederek ayrılmak ya da işten çıkarılmak
- ☐ Belirtiler sonucu hastalık yardımı/ maluliyet maaşı almak
- ☐ Zeka düzeyinin yüksek olması nedeniyle bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Yapılandırılmış dış ortam sonucu bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Diğer:

İlişkiler ve/veya aile

- ☐ İlişkilerde çabuk sıkılmak
- ☐ Ani ve dürtüsel biçimde ilişkilere başlamak/bitirmek
- ☐ Belirtiler nedeniyle ilişkideki dengenin bozuk olması
- ☐ İlişki sorunları, çok tartışmak, samimiyet eksikliği
- ☐ Belirtilerden dolayı boşanma
- ☐ Belirtilerden dolayı cinsellik sorunları
- ☐ Belirtilerden dolayı çocuk yetiştirme sorunları
- ☐ Ev işleri ve/veya ev idaresinde güçlük çekmek
- ☐ Ekonomik sorunlar veya kumar
- ☐ İlişki başlatma korkusu
- ☐ Diğer:

Çocukluk ve ergenlik dönemi

Eğitim

- ☐ Eğitim seviyesinin zeka ya göre beklenenin altında kalması
- ☐ Konsantrasyon sorunları nedeniyle sınıfta kalmak
- ☐ Eğitimi yarım bırakmak/okuldan atılmak
- ☐ Eğitimin tamamlanması için geçen sürenin normalden çok daha uzun olması
- ☐ Zeka düzeyine uygun eğitim almak için çok fazla emek harcamak
- ☐ Ödev yapmakta zorlanmak
- ☐ Belirtiler nedeniyle özel eğitim alınması
- ☐ Davranışlar/konsantrasyon hakkında öğretmenlerin uyarıda bulunması
- ☐ Zeka düzeyinin yüksek olması nedeniyle bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Yapılandırılmış dış ortam sonucu bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Diğer:

Aile

- ☐ Kardeşlerle sık sık kavga etmek
- ☐ Sık sık ceza almak veya dayak yemek
- ☐ Çatışmalardan dolayı aile ile az temas kurmak
- ☐ Anababaların yapılandırmasına/kurallarına normalde olduğundan daha uzun süre ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Erişkinlik dönemi (devam)

Sosyal ilişkiler

- ☐ Sosyal ilişkilerden çabuk sıkılmak
- ☐ Sosyal ilişkileri devam ettirmekte güçlük çekmek
- ☐ İletişim sorunlarından dolayı çatışmalar
- ☐ Sosyal temaslar başlatmakta güçlük çekmek
- ☐ Olumsuz deneyimlerden dolayı iddiasız olmak, kendini ortaya koyamamak
- ☐ Özenli ve nazik olmamak (örn. kart göndermeyi/kutlama-hastalık- taziye vb. konularda empati yapmayı/telefon etmeyi unutmak vs.)
- ☐ Diğer:

Boş zaman/hobi

- ☐ Boş zamanlarda yeterince rahatlayamamak
- ☐ Rahatlayabilmek için çok fazla spor yapmak zorunda olmak
- ☐ Aşırı spor yapmaktan dolayı yaralanmalar
- ☐ Bir kitabı ya da filmi bitirememek
- ☐ Sürekli meşgul olduğu için aşırı yorgun düşmek
- ☐ Hobilerden çabuk sıkılmak
- ☐ Dikkatsizce araba kullanmaktan dolayı kazalara hliyetin alınması
- ☐ Heyecan aramak ve veya çok fazla risk almak
- ☐ Karakola/adliye ye düşmek
- ☐ Yeme krizleri
- ☐ Diğer:

Özgüven/Kendilik algısı

- ☐ Başkalarının olumsuz söylemlerinden dolayı kendinden emin olamamak
- ☐ Yaşadığı başarısızlıklar nedeniyle kendi hakkında olumsuz düşünmek
- ☐ Yeni işlere başlarken başarısız olmaktan korkmak
- ☐ Eleştiriye aşırı derecede tepki vermek
- ☐ Mükemmeliyetçilik
- ☐ DEHB belirtilerinden dolayı endişeli olmak
- ☐ Diğer:

Çocukluk ve ergenlik dönemi (devam)

Sosyal Temaslar

- ☐ Sosyal ilişkileri devam ettirmekte güçlük çekmek
- ☐ İletişim sorunlarından dolayı çatışmalar
- ☐ Sosyal ilişkilere girmekte güçlük çekmek
- ☐ Olumsuz tecrübelerden dolayı iddialı olmamak
- ☐ Az sayıda arkadaş a sahip olmak
- ☐ Dalga geçilmesi
- ☐ Dışlanmak/gruba dahil edilmemek
- ☐ Kabadayılık yapmak
- ☐ Diğer:

Boş zaman/hobi

- ☐ Boş zamanda yeterince rahatlayamamak
- ☐ Rahatlayabilmek için çok fazla spor yapmak zorunda olmak
- ☐ Birçok spordan dolayı yaralanmalar
- ☐ Bir kitabı ya da filmi bitirememek
- ☐ Sürekli meşgul olduğu için aşırı yorgun düşmek
- ☐ Hobilerden çabuk sıkılmak
- ☐ Sansasyon aramak ve/veya çok fazla risk almak
- ☐ Karakola/adliye ye düşmek
- ☐ Başından çok sayıda kaza geçmesi
- ☐ Diğer:

Özgüven/Kendilik algısı

- ☐ Başkalarının olumsuz söylemlerinden dolayı kendinden emin olamamak
- ☐ Başarısızlık tecrübeleri nedeniyle kendi hakkında olumsuz düşünmek
- ☐ Yeni işlere başlarken başarısız olmaktan korkmak
- ☐ Eleştiriye aşırı derecede tepki vermek
- ☐ Mükemmeliyetçilik
- ☐ Diğer:

Erişkinlik dneml: İki yada daha fazla (2≥) alanda bozulma var mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk ve ergenlik dneml: İki yada daha fazla (2≥) alanda bozulma var mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Görüşmenin sonu. Şimdi lütfen özetle devam ediniz.

Olası özellikler:



D ve HD belirtilerinin özeti

Bölüm 1 ve 2’de hangi ölçütlerin puanlandığını belirtin ve toplayın

Ölçüt DSM-IV TR	Belirti	Erişkinlik döneminde var	Çocukluk döneminde var
A1a	D1. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar		
A1b	D2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık		
A1c	D3. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür		
A1d	D4. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlamamaya bağlı değildir)		
A1e	D5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri, etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker		
A1f	D6. Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir		
A1g	D7. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli şeyleri kaybeder (örn; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç ve gereçler)		
A1h	D8. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık		
A1i	D9. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkan		
Dikkat Eksikliği Toplam ölçüt sayısı		/ 9	/ 9
A2a	H/D 1. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpırkırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur		
A2b	H/D 2. Çoğu zaman Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar		
A2c	H/D 3. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da sağa sola tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde, öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)		
A2d	H/D 4. Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır		
A2e	H/D 5. Çoğu zaman hareket halindedir yada sanki bir motor takılıymış gibi davranır		
A2f	H/D 6. Çoğu zaman çok konuşur		
A2g	H/D 7. Çoğu zaman sorulan sorular tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır		
A2h	H/D 8. Çoğu zaman sırasını bekleme gücü vardır		
A2i	H/D 9. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn; başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)		
Hiperaktivite/Dürtüsellik toplam Ölçüt sayısı		/ 9	/ 9

Puanlama Formu

DSM-IV Ölçüt A	Çocukluk dönemi D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı? H/D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı? Erişkinlik dönemi* D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı? H/D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı?	☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır
DSM-IV Ölçüt B	Belirtiler ve kısıtlanmalarla seyreden yaşam boyu süren bir örüntüye işaret ediyor mu?	☐ Evet / ☐ Hayır
DSM-IV Ölçüt C ve D	Belirti ve kısıtlanmalar kendisini en az 2 yaşam alanında göstermektedir Erişkinlik dönemi Çocukluk dönemi	☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır
DSM-IV Ölçüt E	Belirtiler başka bir ruhsal bozuklukla (daha iyi) açıklanamaz	☐ Hayır ☐ Evet
	Tanı tamamlayıcı bilgi kaynakları tarafından destekleniyor mu? Anababa/erkek kardeş/kız kardeş/diğer ** Partner/ iyi bir arkadaş /diğer ** Okul karneleri 0 = hiç/az destek 1 = biraz destek 2 = belirgin bir destek	☐ UD ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ UD ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ UD ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 Açıklama:
	DEHB Tanısı***	☐ Hayır Evet, alt tipi ☐ 314.01 Bileşik tip ☐ 314.00 Dikkatsizlik önde ☐ 314.01 Hiperaktivite-dürtüsellik önde

EK 9. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALAR ÖLÇEĞİ

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0

Ad Soyad:

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık



KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ.	HİÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN BENİM ÖZELLİĞİM
1 . Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2 . Yeterince kızdırılırsam başka bir insana vurabilirim.					
3 . Eğer biri bana vurursa, ben de ona vururum.					
4 . Birçok insana göre biraz daha fazla kavgalara katılırım.					
5 . Haklarımı korumam için şiddete başvurmam gerekirse, başvururum.					
6 . Beni o kadar zorlayan insanlar olmuştur ki, kavgaya tutuştuk.					
7 . Bir insana vurmak için iyi bir sebep düşünmüyorum.*					
8 . Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9 . O kadar kızdım ki, bir şeyleri kurdum.					
10. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımında onlara açıkça söylerim.					
11. Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12. İnsanlar sınırları bozduklarında onlara haklarında ne düşündüğümü söyleyebilirim.					
13. İnsanlar benimle fikir ayrılığına düştüğünde münakaşaya girmekten kendimi alıkoyamam.					
14. Arkadaşlarım münakaşayı seven biri olduğumu söylerler.					
15. Çabuk parlar fakat çabuk sakinleşirim.					
16. Engellendiğimde kızgınlığımı gösteririm.					
17. Bazen kendimi patlamaya hazır barut fıçısı gibi hissederim.					
18. Ben sakin bir insanım.*					
19. Bazı arkadaşlarım asabi olduğumu düşünüyor.					
20. Bazen hiçbir sebep yokken tepem atar.					
21. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
22. Bazen kaskanklık beni yitip bitirir.					
23. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24. Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibidir.					
25. Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26. "Arkadaşlarım", arkamdan hakkımda konuştuğunu biliyorum.					
27. Fazla dostça davranan yabancıları şüphelenirim.					
28. Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29. İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

EK 11. ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADİ-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içerisine alınız.

Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn.: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamaz halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız.

Her madde için sadece bir sayıyı daire içerisine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok az	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Sınırlı görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklıma kaçınıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklıma kaçınıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK 12. KISA FORM-36

Kısa Form-36 (SF-36)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

SF 36

- Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
- Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşın etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Çoğunlukla	Kesinlikle
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tandığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. DEPRESE DUYGUDURUM

(Keder, umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik)

- & Son 7 gün içerisinde moraliniz nasıldı?
- & Kendinizi çöküntüde veya kötü hissediyor muydunuz?
- & Kederlilik, umutsuzluğunuz var mıydı?
- & Son 7 gün içinde ne kadar süreyle kendinizi böyle hissettiniz? Her gün? Bütün gün?
- & Hiç ağlıyor muydunuz?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastanın her zamankinden daha çökkün olduğuna tam olarak emin olunamıyor.

2= HAFİF

Hasta bu duygularını sözel olarak kendiliğinden ifade ediyor. Ağlama eğilimleri var.

3= ORTA

Hastanın bu hali yüz mimikleri, duruşu ve sesinden açıkça anlaşılıyor. Görüşmede ağlayabilir.

4= AĞIR

Hastanın bu duygularını sözlü veya sözsüz olarak ifade edişi görüşmeye hakim. Hastanın dikkati başka yöne çekilemiyor.

2. İŞ VE ETKİNLİKLER

(Hasta ilk görüşmede hastanede yatmaktaysa 4 puan işaretlenir. Takip görüşmelerinde hastanede olsa bile bulgularında düzelme varsa diğerleri gibi değerlendirilir)

- & Son 7 gün içerisinde zamanınızı nasıl geçiriyordunuz (iş dışı zamanlarda)?
 - & Bunları ilgi duyarak mı, yapmak zorunda olduğunuz için mi yaptınız?
 - & Eskiden yapıp da şu anda yapmayı bıraktığınız şeyler var mı?
 - & Hevesle beklediğiniz herhangi bir şey var mı?
- (TAKİPTE: İlginiz eski normal haline döndü mü?)

0= Normal iş etkinlikleri.

1= Hasta işi ve/veya iş dışı ilgi alanlarıyla ilgili yetersizlik duygularını ifade eder, motivasyon eksikliğini belli eder. Bütün bunlara karşın işini belirgin bir aksama görülmeden yapabilmektedir.

2= İşine ve iş dışı alanlara karşı belirgin motivasyon eksikliği vardır. Çalışma kapasitesi azalmıştır. Eski çalışma hızına ulaşamaz. Bazı günler işe gitmez veya işten erken ayrılmaya çalışır. İş yerinde veya evde yapılması gereken işlerle veya başka işlere karşı kayıtsızlığı, aile ve iş arkadaşları tarafından belirtilir veya bunları kendisi ifade eder. Yatan hastalarda: Tüm gün hastası ise gündüz hastası konumuna geçebilir durumdadır. Evde veya hastanede günlük etkinliklere 3-4 saat katılmaktadır.

3= Hastanın işine ayırdığı zaman ileri derecede azalmış, verimi belirgin derecede düşmüştür. Çalışamayacağı için rapor verilmesi gerekmektedir. Yatan hastalar servis etkinliklerine 3. saatten az katılmaktadır.

4= Hastalığından dolayı kesinlikle çalışamaz durumdadır. Hastanede yatan hastalar servis işlerini yardımsız yapamaz ya da yapsa bile bunlar dışında etkinliği yoktur.

3. GENİTAL BELİRTİLER (CİNSEL İLGİ)

(Bu konuda bilgi alınamazsa 0 işaretlenmelidir. Adet düzensizlikleri burada belirtilmelidir ve 2 işaretlenir.)

(Örneğin libido kaybı, menstruel bozukluk gibi)

& Son 7 gün içerisinde cinsel isteğiniz nasıldı?

(Cinsel ilişkide bulunup bulunmadığınızı değil, cinsel isteğinizi soruyorum, bu konuyu ne kadar düşünüyorsunuz?)

& Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?

(Çökkün olmadığınız döneme göre)

& Cinsellik sıkça düşündüğünüz bir konu mu?

Hayır ise: Bu sizin için farklı bir durum mu?

0= Cinsel ilgi her zamanki gibi.

1= Şüpheli veya hafif azalmış cinsel ilgi ve zevk.

2= Cinsel ilgide açık azalma

Erkeklerde sıklıkla fonksiyonel impotans, kadınlarda uyarılma eksikliği veya açık iğrenme duyguları, adet düzensizlikleri.

4. SOMATİK BELİRTİLER (GASTROİNTESİNAL)

Anksiyetenin GIS belirtileri, örneğin midesinde kelekler pır pır etmektedir vb. Hipokondriyaklık başlığı altında ele alınması gereken nihilistik sanrılardan, örn. barsaklarında haftalardır hareket yok - ayırt edilmelidir. Aşırı yemek yemek anksiyete bulgusudur.

& Son 7 gün içerisinde iştahınız nasıldı? (Her zamanki iştahınızla karşılaştığınızda nasıl?)

& Yemek için kendini zorlamak zorunda kaldınız mı?

& Çevrenizdeki insanlar yemeniz için ısrar etmek zorunda kaldı mı?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

İştahsız, kendi kendine yemek yiyor, ama yediklerinde tat yok, bazen kabız.

2= VAR

Yemek alımı azalmış. Hastanın yemek yemesi için teşvik edilmesi gerekiyor. Kural olarak kabız. Laksatif gereksinimi duyuyor, ancak bundan fayda görmüyor.

5. ERKEN UYKUSUZLUK (UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ)

& Geçtiğimiz hafta boyunca uykunuz nasıldı?

& Geceleri uykuya dalmakta zorluk çektiniz mi?

(Yatağa yattıktan sonra, uykuya dalmanız ne kadar süre alıyordu?)

& Son 7 gün içinde kaç gece uykuya dalmakta güçlük çektiniz.

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta, son üç gecedan en az birinde uykuya dalmadan önceki yarım saat, yatakta uyanık kalmıştır.

2= VAR

Hasta son üç gece yatakta yarım saatten fazla uyanık kalmıştır.

6. ORTA UYKUSUZLUK (UYKUYU SÜRDÜRME GÜÇLÜĞÜ)

(Hasta gece yarısı ile saat 05:00 arasında bir veya birden fazla uyanıyor mu? Eğer idrar yapmak içinse ve ardından hemen uykuya dalıyorsa 0 işaretlenir.)

& Son 7 gün boyunca gece yarısı uyanıyor muydunuz?

EVET ise: Yataktan kalkıyor musunuz?

& Kalkınca ne yaparsınız? (Sadece banyoya, tuvalete mi gidersiniz?)

& Peki yatağa döndüğünüzde hemen uyuyabiliyor musunuz?

& Bazı geceler uykunuzun rahatsız ve huzursuz olduğunu hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta son 3 gecede 1 veya 2 kere gece boy uykusuzluktan, huzursuzluktan yakınıyor.

2= VAR

Her gece en az bir kere uyanırsa veya son 3 geceden herhangi birinde tuvalet gereksinir dışında yataktan kalkarsa.

7. GECE UYKUSUZLUK (ERKEN UYANMA)

(Hasta planladığından ya da koşullarının gerektirdiğinden 1 saat önce veya daha erken uyanıyor.)

& Son 7 gün içerisinde sabahları en geç olarak ne zaman uyanıyordunuz?

ERKEN ise: Saatin alarmıyla mı, yoksa kendi kendinize mi uyanıyordunuz?

& Genellikle ne zaman uyanırsınız (yani, bu çökkün durumunuz ortaya çıkmadan önce)?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Uyanı ama tekrar uykuya dalar.

2= VAR

Sürekli erken uyanır ve bir daha uyuyamaz.

8. GENEL BEDENSEL BELİRTİLER

(Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı gibi duygular. Genel kas ağrıları)

& Son 7 gün içerisinde gücünüz-kuvvetiniz nasıldı?

& Her zaman yorgun muydunuz?

& Bu hafta hiç sırt ağrınız, baş ağrısı ya da adale ağrınız oldu mu?

& Bu hafta kol ve bacaklarınızda, sırtınızda veya başınızda herhangi bir ağırlık hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Çok hafif kas yorgunluğu ve diğer bedensel rahatsızlıklar.

2= VAR

Açıkça veya sürekli yorgunluk, bitkinlik, herhangi bir kesin yakınma.

9. SUÇLULUK DUYGULARI

& Son 7 gün içerisinde, özellikle, bazı şeyleri yanlış yaptığınız veya insanları hayal kırıklığına uğrattığınızı hissederek kendinizi eleştiriyor muydunuz?

EVET ise: Bu düşünceleriniz nelerdi?

& Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey için suçluluk hissediyor muydunuz?

& Bu rahatsızlığı (çöküntüyü) bir şekilde kendi başınıza kendinizin getirdiğini düşündünüz mü?

& Hasta olmakla cezalandırılıyormuş gibi hissediyor muydunuz?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastalığı sırasında ailesine yük olduğunu, ailesini ve arkadaşlarını hayal kırıklığına uğrattığını ve/veya onları ihmal ettiğini düşünüyor.

2= HAFİF

Hastalığı öncesinde olay ve durumlarla ilgili suçluluk duyguları var. Örneğin geçmişteki küçük ihmalkarlıkları veya hataları, görevini yapmamış olma duygusu, başkalarına zarar verdiği düşüncesi.

3=ORTA

Hastalığı yüzünden çektikleri kendisine verilmiş bir cezadır. Hasta bu duygusunun temelsiz olduğunu farkedebileceği sürece 3 işaretlenmelidir.

4= AĞIR

Suçlulukla ilgili varsanılar. Suçluluk duyguları yerleşmiştir ve her türlü karşı görüşe direnir. Hatta suçlayan, tehdit eden sesler işitebilir veya benzeri temalarda görsel varsanılar tanımlayabilir.

10. İNTİHAR

(İlk puanlamada herhangi bir intihar girişimi 4 puan olarak değerlendirilmelidir. İzleme değerlendirmelerinde bu dikkate alınmaz.)

& Geçen hafta içerisinde hiç hayatın yaşamaya değer olmadığı şeklinde düşünceleriniz oldu mu?

& Geçen hafta içerisinde ölsem daha iyi diye düşündüğünüz oldu mu?

& Peki ya kendinize zarar verme veya hatta kendinizi öldürmeyle ilgili bir planınız oldu mu?

EVET ise: Neler düşündünüz?

& Gerçekten kendinize zarar verecek bir şey yaptınız mı?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hayatın yaşamaya değmediğini düşünür ama ölsem isteğiyle ilgili bir düşüncesi yoktur.

2= HAFİF

Ölüm isteğinden söz eder, ancak kendisini öldürmekle ilgili planları yoktur.

3= ORTA

İntihar düşünceleri, planları, intihara yönelik hareketler. Hastanın intihar etme olasılığı vardır.

4= AĞIR

Hasta önceki günlerde intihar girişiminde bulunmuştur. Herhangi bir intihar girişimi, ani bir kararı takip etse de 4 işaretlenmelidir.

11. RUHSAL ANKSİYETE

(Gerginlik, tedirginlik, güvensizlik duyguları, nedensiz korku, kaygı, tasalanma, irritabilite)

& Son 7 gün içerisinde kendinizi özellikle gergin veya sinirli hissediyor muydunuz?

& Normalde kaygılanmayacağınız önemsiz küçük şeyler için çok fazla kaygılandınız mı? Bunlar günlük hayatınızı etkiledi mi?

EVET ise: Örneğin ne gibi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastanın her zamanki halinden daha gergin, güvensiz olduğu şüpheli.

2= HAFİF

Hasta anksiyetesini açık bir şekilde anlatıyor ve bunu kontrol etmekteki güçlüğü ifade ediyor. Ancak kaygıları önemsiz konulardadır ve günlük hayatı etkilemez.

3= ORTA

Hasta önemli konularda olabilecek kötü olaylar konusunda kaygı duymaktadır. Zaman zaman anksiyetesini kontrol edemez ve paniğe kapılır. Günlük hayatı etkilemektedir. Yüz ifadesinden endişesi gözlenir.

4= AĞIR

Hasta daha sorulmadan korkularını anlatır. Bunlar sık sık gelmekte ve hastanın günlük hayatını belirgin biçimde etkilemektedir.

12. BEDENSEL ANKSİYETE

Anksiyetelerin fizyolojik eşlik edenleri, örneğin:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme.

Kardiyovasküler: Kalp çarpıntısı, baş ağrıları.

Solunum: Aşırı nefes alma, iç çekme, sık sık idrara çıkma, terleme.

Son 7 gün içerisinde aşağıdaki bedensel belirtilerden herhangi biri var mıydı? (Listeyi oku, her birinden sonra cevap için durakla.)

& Geçen hafta bu şeyler sizi ne kadar rahatsız ediyordu? (Ne kadar kötüydü, ne kadar zaman ve ne sıklıkta bunlar vardı?)

NOT: Açık bir şekilde ilaca bağlı ise -örneğin, imipramine bağlı ağız kuruluğu- derecelendirmeyiniz.

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta ara ara sindirim sistemi ile ilgili yandaki belirtiler, terleme ve titreme gibi hafif belirtileri farketmektedir. Ancak bunları çok açık şekilde tanımlanmaz.

2= HAFİF

Belirtiler hasta tarafından açık bir şekilde tanımlanmaktadır. Zaman zaman olmaktadır. Günlük yaşamı engellemez.

3= ORTA

Belirgin ve hastada ciddi endişe yaratır. Zaman zaman günlük yaşamı etkiler.

4= AĞIR

Anksiyetenin birçok fizyolojik belirtisini birarada tarif eder. Bunlar kalıcıdır ve hastanın günlük yaşamını belirgin biçimde etkilemektedir.

13. HIPOKONDRIYAZİS

(Bedensel hastalık yokluğunda vücut belirtileriyle kuruntulanma. Hipokondriyak kişilik eğilimleri ayrı tutulmalıdır.)

& Son 7 gün içerisinde, düşünceleriniz ne kadar vücut sağlığınıza veya vücudunuzun nasıl çalıştığı üzerinde toplanmıştı? (Normal düşüncenize kıyasla)

& Bedensel olarak kendinizi nasıl hissettiğiniz konusunda çok şikayet eder miydiniz?

& Aslında kendi başınıza yapabileceğiniz şeyler için başkalarından yardım istediniz mi?

EVET ise: Örneğin ne gibi? Bu ne sıklıkta oldu?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Vücut belirtileri ve işlevleri ile normalden biraz daha fazla ilgili.

2= HAFİF

Fizik sağlığı konusunda açık kaygıları var. Sürekli sağlığı ile ilgileniyor.

3= ORTA

Hasta bütün belirtilerini açıklayacak bir hastalığı olduğuna inanmaktadır (beyin tümörü, kanser vb.) Hasta böyle bir hastalığı olmadığına kısa bir süre için ikna edilebilir.

4= AĞIR

Kuruntulanması paranoid boyutlara ulaşmıştır. Hipokondriyak sanrıları nihilistik bir karakter taşır (içi çürümektedir, barsakları tıkanmıştır vb.). Hasta ikna edilemez.

14. İÇGÖRÜ (İÇGÖRÜ KAYBI)

GÖZLEM ESASTIR

& Hastalığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

& Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?

0= Hasta depresif belirtilerinin varlığını veya bir sinir hastalığı olduğunu kabul eder.

1= Hasta olduğunu kabul eder ancak bunu ilgisiz şeylere (kötü hava, iklim, aşırı çalışma gibi) bağlar.

2= Hasta olduğunu kabul etmez. Sanrıları olan hastalar, tanım olarak içgörülerini kaybetmişlerdir.

15. RETARDASYON

(Düşünce ve konuşmada yavaşlama, hareketlerde azalma, dikkatini toplayamama, mimiklerinde konuşmaya eşlik eden el-kol hareketlerinde azalma.)

GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME
DAYANARAK DERECELENDİRİN

& Konuşmanız her zamanki hızında mı?

0= Normal konuşma ve motor etkinlik. Buna eşlik eden yüz mimikleri.

1= Konuşma hızı hafif veya şüpheli olarak yavaşlamış. Hareketleri yavaşlamış olabilir.

2= Konuşma hızı belirgin olarak yavaşlamıştır. Duraklamalar vardır. Yüz mimikleri azalmıştır.

3= Görüşme kısa yanıtlar, uzun duraksamalar nedeniyle açık bir şekilde uzamakta, zor tamamlanmaktadır. Bütün hareketler ileri derecede yavaşlamıştır.

4= Görüşme tamamlanamaz. Stupor.

16. AJİTASYON (HUZURSUZLUK)

GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME
DAYANARAK DERECELENDİRİN

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Belli belirsiz bir huzursuzluk vardır. Konuşurken oturuş şeklini değiştirmek, başını kaşımak gibi

2= HAFİF

Elleriyle oynar, otururken sürekli pozisyon değişir. Yatan hastalarda huzursuzluk gözlenir, a ara koridorda tur atarlar.

3= ORTA

Hasta görüşme süresince oturamaz. Yatan hastalar sürekli koridorda dolaşır.

4= AĞIR

Sürekli hareket halinde, elbisesini çekiştiriyor saçlarını yoluyor vb. Görüşmeyi sürdürmek zor.

17. KİLO KAYBI (ZAYIFLAMA)

(Mümkün olduğunca nesnel bilgi almaya çalışmalı, bu yapılamazsa tahminde tutucu davranarak mümkün olan en düşük puan işaretlenmelidir. Hastanın giysilerinin bollaşması sorulabilir. Hasta zayıflama diyeti yapıyorsa, daha önce yaptığı diyetlerin sonuçları araştırılmalıdır. Bazı hastalar aşırı yemek yedikleri için kilo alırlar; 0 işaretlenmeli ve sonraki değerlendirmeler için not edilmelidir.)

& Bu çöküntü başladığından beri kilo kaybettiniz mi?

EVET ise: Ne kadar?

EMİN DEĞİL ise: & Giyeceklerinizin size bol gelmeye başladığını düşündünüz mü?

TAKİPTE: Hiç geri kilo aldınız mı?

0= Kilo kaybı yok

1= İlk değerlendirmede 1-2.5 kg kayıp. Takip değerlendirmelerinde haftada 0.5 kg kayıp.

2= İlk değerlendirmede 3 kg'dan fazla kayıp. Takip değerlendirmesinde haftada 1 kg ve daha fazla kayıp.

EK 14. HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

Birini İşaretleyin

1. ANKSİYETELİ MIZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MIZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titreşim konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
9. KARDİYOYASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kınışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzofthalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:

(1,2,3,5,6)

SOMATİK

(4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr: