



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

BİR PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Dr. Sevilay KUNT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018



T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ

BİR PSİKİYATRİ KLİNİğİNDE MADDE KULLANIM BOZUKLUğU SIKLIğI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Dr. Sevilay KUNT

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamı ve eğitimime olan katkılarından dolayı hastanemizin Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a;

Asistanlık ve tez sürecim boyunca, bilgi birikimi ve tecrübelerinden her daim yararlandığım, bu süreçte her konuda desteğini ve emeğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN'a;

Özlemle ve saygıyla andığım eski klinik şefim rahmetli Uz. Dr. Nezih ERADAMLAR'a;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Uz. Dr. Nihat ALPAY, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Güliz ÖZGEN, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Doç. Dr. Hayrunisa Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e;

Birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım 12. Psikiyatri birimi asistan hekimleri, hemşireleri ve personellerine;

Kendilerinden çok şey öğrendiğim, öğrenmeye de devam edeceğim bu tezin ortaya çıkmasını sağlayan hastalarımıza;

Berber çalışmaktan mutluluk duyduğum, herbirinden çok şey öğrendiğim ve paylaştığım, isimlerini saymakla bitiremeyeceğim tüm uzman ve asistan hekim arkadaşlarıma;

Sevgisi ve desteği ile yanımda olduğunu her zaman hissettiğim Yunus'a;

Varlıklarından güç aldığım hayattaki en büyük şanslarımdan olan ablam Selma ve kardeşlerim Seray ve Selin'e;

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, haklarını ödeyemeyeceğim, sevgi ve destekleri ile büyüdüğüm, örnek aldığım canım annem ve babama;

Sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Sevilay KUNT

İstanbul, 2018

II. İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	v
V. KISALTMALAR	vi
VI. TABLO LİSTESİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. HİPOTEZ	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Madde Kullanım Bozuklukları	3
2.1.1.Epidemiyoloji.....	3
2.1.2.Sınıflandırma Sistemindeki Yeri.....	5
2.1.3.DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri	6
2.2. Psikoaktif Maddeler	7
2.2.1.Esrar.....	7
2.2.2.Halüsinojenler	8
2.2.3.Uçucu Maddeler	8
2.2.4.Opiyatlar	9
2.2.5.Sedatif,Hipnoik ve Anksiyolitikler.....	9
2.2.6.Uyarıcılar	10
2.2.6.1. Amfetamin.....	10
2.2.6.2. Kokain.....	10
2.2.7.Sentetik Kannabinoidler	11
2.3. Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olan Hastalarda Madde Kullanım Bozukluğu...	12
2.4. Dürtüsellik	14
2.4.1.Tanımı.....	14
2.4.2.Dürtüsellik Ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi.....	14
2.5. Agresyon	15
2.5.1.Tanımı.....	15
2.5.2.Agresyon Ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17

3.1. Çalışma Evreni.....	17
3.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler.....	18
3.2.1.Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	18
3.2.2.Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BDÖ-11-KF)	18
3.2.3.Buss-Perry agresyon Ölçeği (BPAÖ).....	18
3.2.4.Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİÖ).....	19
3.2.5.Huber-Gross Sanrı Sınıflandırma Sistemi:	19
3.3. İstatistiksel Analiz.....	19
4. BULGULAR	21
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	21
4.2. Hastaların Madde Kullanım özellikleri.....	24
4.3. Psikiyatrik Ek Tanısı Olan ve Olmayan Hasta Grubunun Klinik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması	27
4.4. Psikiyatrik Ek Tanısı Olan ve Olmayan Hasta Grubunun Ölçekler Açısından Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması	28
4.5. Dürtüsellik ve Agresyon Şiddetlerine Göre Hasta Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	30
4.6. Kullanılan maddeye göre Hasta Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	34
4.7. Hastaların Bazı Laboratuvar Bulgularına Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	44
4.8. Klinik Tıbbi İdare Güçlüğü Yaşanmasını Öngören Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	47
5. TARTIŞMA	50
6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	65
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	66
8. KAYNAKLAR.....	68
9. ÖZGEÇMİŞ	75
10.EKLER.....	77
EK 1 - Etik Kurul Onayı.....	77
EK 2 - Sosyodemografik Veri ve Klinik Takip Formu	78
EK 3 - Barratt- Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu.....	82
EK 4 - Buss-perry Agresyon Ölçeği.....	83
EK 5 - Klinik Global İzlem Ölçeği.....	84
EK 6 - Huber- Gross Sanrı Sınıflandırma Sistemi.....	85

III. ÖZET

BİR PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Dr. Sevilay KUNT

AMAÇ: Madde kullanım bozukluğu (MKB) olan hastalarda psikiyatri kapalı kliniğine yatırılarak tedavi gerektiren klinik tabloların tanımlanması, madde kullanım bozukluklarının sıklığının, klinik özelliklerinin belirlenmesi; dürtüsellik ve agresyon şiddetlerinin, vital parametreler ve laboratuvar bulgularının klinik gidişle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Hastanemiz 12. Psikiyatri Kliniği'ne Temmuz 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında yatışı yapılan DSM-5'e göre MKB tanısını alan, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastaların yatışlarının ilk gününde idrarda madde değerlendirmesi için idrar örneği, belirlenen parametrelerin değerlendirilmesi için kan örneği alınmış, hastaların vital bulguları kaydedilmiştir. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu(BDÖ-11-KF), Buss Perry agresyon ölçeği(BPAÖ), klinik global izlem ölçeği(KGIÖ) uygulanmıştır. Psikotik bulguları olan hastaların sanrıları Huber-Gross sanrı sınıflama sistemine göre sınıflandırılmıştır.

BULGULAR: MKB tanılı hastalar tüm hastaların %27,2'sini oluşturmaktadır. En yüksek oranda tercih edilen madde sentetik kannabinoid (SK)'dir. Ek psikiyatrik bozukluk varlığında dürtüsellik ve agresyon ölçeklerinde daha yüksek puanlar saptanmıştır. Hem dürtüsellik hem de agresyonu şiddetli olan gruplarda madde kullanım süresi daha uzun, yatarak tedavi sayısı daha fazla, KGIÖ puanları daha yüksek ve hastanede yatış süresi daha uzun olarak bulunmuştur. Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu (SKKB) olan hastalarda kardiyak enzimlerden CK-MB ve LDH değerleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Hastaların klinik tıbbi idaresinde günlük yaşanması parenteral ek tedavi gereksinimi, fiziksel tespit uygulaması ve konsültasyon istemi değişkenlerinden iki ya da üçünün varlığı olarak belirlenmiştir. SK+diğer MKB tanısı ve dürtüsellik şiddetli olması klinik tıbbi idare güçlüğü yaşanmasını öngören özellikler olarak saptanmıştır. Sanrı içerikleri açısından hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

SONUÇ: MKB tanılı hastalar, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların önemli bir kısmını oluşturmaktadırlar. SK başlangıç ve tercih maddesi olarak öne çıkmaktadır. Ek psikiyatrik tanı varlığı, dürtüsellik ve agresyonunun şiddetli oluşu hastalığın gidişini kötüleştirmektedir. SK+diğer MKB tanısı ve dürtüsellik şiddetli olması klinik tıbbi idare güçlüğü yaşanmasını öngörmektedir.

Anahtar Sözcükler: Madde Kullanım Bozukluğu, Sentetik Kannabinoid, Dürtüsellik, Agresyon

İletişim Adresi: kuntsevilay@gmail.com

IV. ABSTRACT

FREQUENCY AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SUBSTANCE USE DISORDER IN A PSYCHIATRY CLINIC

Dr. Sevilay KUNT

OBJECTIVE: The aim of the study is to determine the frequency and clinical characteristics of substance use disorder (SUD) that receive inpatient treatment in a psychiatry clinic, to define clinical tables requiring treatment. In addition it is aimed to determine the relation of clinical progress of patients with the levels of impulsivity and aggression, the vital parameters and laboratory findings.

METHODS: Among patients that were hospitalized in 12. Psychiatry Unit between July 2017- January 2018 with SUD diagnosis according to DSM-5, urine samples were collected for substance evaluation, blood samples were collected for evaluation of determined parameters and vital signs of patients were recorded on the first day of hospitalization. Patients were evaluated with sociodemographic and clinical characteristics form, short form of Barratt impulsiveness scale (BIS-11-SF), Buss Perry aggression questionnaire (BPAQ), clinical global impression scale (CGI). Patients with psychotic symptoms were classified according to Huber-Gross delusion classification system.

RESULTS: Patients diagnosed with SUD compose %27,2 of all patients. The most commonly preferred substance is synthetic cannabinoid (SC). Higher scores were recorded in impulsiveness and aggression scales on patients with additional psychiatric disorders. Groups that demonstrate intensive impulsiveness as well as intensive aggression were found to use substance for longer durations, have higher score on CGI scale with higher inpatient treatment rates and longer hospitalization periods. In terms of delusion content, no significant difference was determined between patient groups. The difficulty in clinic medical management has been determined with the existence of two or three of the following variables: requirement of parenteral addition treatment, physical restraint application, consultation request. Diagnosis of SC+other SUD and severe impulsiveness were determined as indicators of difficulty in clinic medical management.

CONCLUSION: Patients diagnosed with SUD forms a significant part of patients that receive inpatient treatment. SC is the prominent substance in terms of first-time use and preference. Existence of additional psychiatric diagnosis, excessive impulsiveness and aggression are factors that negatively effect the prognosis. SC+other SUD diagnosis and severe impulsiveness are indicators of difficulty in clinical medical management.

Key Words: Substance Use Disorder, Synthetic Cannabinoid, Impulsivity, Aggression

Contact Address: kuntsevilay@gmail.com

V. KISALTMALAR

SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
LSD	: Liserjik Asit Dietilamidin
MDMA	: 3,4 metilendioksiamfetamin
SK	: Sentetik Kannabinoid
CB	: Kannabis Reseptörü(CB)
KGİÖ	: Klinik Global İzlem Ölçeği
BDÖ-11	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu
BPAÖ	: Buss Perry Agresyon Ölçeği
CK-MB	: Kreatin Kinaz-Miyokard izoenzimi
LDH	: Laktat Dehidrogenaz Enzimi
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
QTc	: Düzeltilmiş QT Aralığı
UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç İle Mücadele Dairesi
ICD-10	: Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması 10. Revizyonu
DSM-III	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-III
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-IV
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5
Δ9-THC	: Δ9-tetrahidro- kannabinoid
İMM	: İdrarda Madde Metaboliti

VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	22
Tablo 2: Hastaların Klinik Özellikleri.....	23
Tablo 3: Hastaların Madde Kullanım Bozukluklarına Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4: Hastaların Madde Kullanım Özellikleri-1	25
Tablo 5: Hastaların Madde Kullanım Özellikleri-2	26
Tablo 6: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1	27
Tablo 7: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-2	28
Tablo 8: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Barratt Dürtüsellik Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 9: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Buss Perry Agresyon Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 10: Dürtüsellik Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1	31
Tablo 11: Dürtüsellik Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-2	32
Tablo 12: Agresyon Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1	33
Tablo 13: Agresyon Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-2	34
Tablo 14: Kullanılan Maddeye Göre Hasta Gruplarının Dağılımı	35
Tablo 15: Hasta Gruplarının Vital Bulgulara Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 16: VKİ'e Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 17: QTc 'e Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 18: Laboratuvar Bulgularına Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması	37
Tablo 19: Sanrı Varlığına Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması	38
Tablo 20: Sanrı İçeriklerinin Gruplandırılması	38
Tablo 21: Sanrı Türlerine Göre Tanı Gruplarının Karşılaştırılması	39

Tablo 22: Perseküsyon Sanrısı Alt Türlerine Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması	40
Tablo 23: Persekütöre Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 24: Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-1	42
Tablo 25: Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-2	43
Tablo 26: LDH Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi-1	44
Tablo 27: LDH Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi-2.....	45
Tablo 28: Troponin Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik İdare Özelliklerinin Değerlendirilmesi-1	46
Tablo 29: Troponin Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi-2.....	46
Tablo 30: Klinik Tıbbi İdarede Güçlük Yaşanmasını Öngören Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	49

1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Madde kullanımı”, toplumda giderek yaygınlaşan ve multidisipliner bir yaklaşım gerektiren önemli bir sorundur (1). Birbirinden farklı oranlar bildiren birçok çalışma olmasına rağmen genel popülasyonda en sık kötüye kullanılan maddeler nikotin ve alkol olarak öne çıkmaktadır (1,2). Alkol ve nikotin dışında en sık kötüye kullanılan madde kannabistir(1). Bunun dışında kötüye kullanılan madde grupları amfetamin ya da benzer etkili sempatomimetikler, kokain, halüsinojenler, inhalanlar, opioidler, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, çoğul madde kullanımları ve diğer bilinmeyen madde kullanımları olarak sayılabilir (3). Madde kullanımı ve madde ile ilişkili yasal sorunlar ve sağlık sorunları son yıllarda artış göstermektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç İle Mücadele Dairesi (UNODC)’nin 2016 yılının Haziran ayında yayınlanan raporuna göre; 15-64 yaşları arasındaki yetişkin nüfusun yaklaşık %5’inin 2014 yılında en az bir uyuşturucu madde kullandığı, madde kullanım bozukluğu (MKB) olan kişilerin altı yıldan beri ilk defa artarak 27 milyondan 29 milyona çıktığı bilgisi yer almaktadır (1). Sıklık olarak ilk sırada kannabis ve türevleri yer almakta, ikinci sırada ise amfetamin ve benzer etkili sempatomimetikler vardır (1). Raporda özellikle üzerinde durulan konu 2004 yılı itibariyle piyasaya sürülen ve yeni psikoaktif maddeler olarak sınıflanan sentetik kannabinoidlerin (SK) çok büyük bir kısmını oluşturduğu bir grup özellikle dikkat çekmektedir. Yurtdışı verilerindekine benzer bir biçimde son dönemde ülkemizde de üzerinde durulan madde SKler olmuştur (2,4).

Madde kullanım bozukluğu (MKB) başlı başına psikiyatri kliniğine yatışı gerektiren bir tanı olmakla beraber, madde kullanımına ilişkin problemler psikiyatrik bozukluğu olan hasta grubunda da psikiyatrik ek tanı olarak karşımıza çıkmaktadır (5). Madde kullanımı olan psikiyatrik bozukluğu olan hastaların olmayanlara göre hastane yatışlarının daha sık, tedavi uyumlarının daha kötü, intihar risklerinin daha yüksek olduğu, ayrıca dürtüsel ve şiddet içeren davranışları daha sık sergiledikleri,

daha sık evsiz ve işsiz oldukları, daha sık yasal sorunlar ve sağlık sorunları yaşadıkları bilinmektedir (5,6).

Bu çalışmada MKB olan hastalarda psikiyatri kapalı kliniğine yatırılarak tedavi gerektiren klinik tabloların tanımlanması, farklı madde kullanım bozukluklarının sıklığının, klinik özelliklerinin belirlenmesi; dürtüsellik ve agresyon şiddetlerinin, vital parametreler ve laboratuvar bulgularının klinik gidişle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

1.1. HİPOTEZ

- 1) Örneklem grubumuzda SK en yüksek oranda kullanılan tercih maddesidir.
- 2) Madde kullanım bozuklukları arasında klinik özellikler (psikotik bulgular, vital-laboratuvar bulgular) farklılık göstermektedir.
- 3) Psikiyatrik ek tanısı olan MKB hastalarının agresyon ve dürtüsellikleri daha şiddetlidir.
- 4) Dürtüsellik ve agresyon şiddetleri ağır olan hastaların, vital-laboratuvar parametrelerinde bozulma olan hastaların yatış süreleri daha uzun ve klinikte tıbbi idareleri daha güç olur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

2.1.1. Epidemiyoloji

Psikoaktif madde kullanım yaygınlığı, araştırmaların yapıldığı ülkeye, araştırmaya katılan popülasyona, yapıldığı zaman dilimine bağlı olarak oldukça farklılık göstermektedir (7,8). Kullanıcıların bu araştırmalara katılma konusunda gönülsüz olmaları ve sıklıkla adli kaygılar taşımaları nedeni ile madde kullanımını gizleme eğilimi toplumdaki madde kullanımının gerçek yaygınlığını saptamayı güçleştirmektedir (7). Dünyada en yaygın olarak tüketilen psikoaktif maddeler alkol ve nikotindir (1,9,10). Amerika'daki 12 yaş ve üstü bireylerin verilerinin değerlendirildiği 2016 İlaç Kullanımı ve Sağlıkta Ulusal Araştırmalar Raporuna göre 7.4 milyon kişinin yasadışı madde kullanım bozukluğu olduğu ve bunların büyük çoğunluğunu 4 milyon kişi ile kannabis kullanım bozukluğu olan kişiler oluşturmaktadır (11). Aynı araştırmada 12 yaş üzeri kişilerde kannabis kullanım bozukluğu %1,5 olarak saptanmıştır (11). Yaş gruplarına göre incelendiğinde en yüksek oran 18-25 yaş arasındaki erişkinlerdedir (%5,0) (11). Amfetamin ve amfetamin benzeri semptomimetik ilaçlar yaygın olarak kullanılan yasadışı maddelerdendir (1,12). Amerika'da 12 yaş ve üstü popülasyonun %0,4 ü kokain kullanım bozukluğu için tanı kriterlerini karşılamaktadır (11).

Opiyum ve türevleri tedavi başvuru oranı en yüksek olan madde grubudur (11,13). Opiyum türevlerinden en yaygın olarak kullanılanı yarı sentetik opiat türevi olan eroindir ve opiat kullanım bozukluğu sıklığı Amerika'da 12 yaş ve üstü popülasyonda %0,8dir (11).

Halüsinojenler grubunda bu grubun en bilineni liserjik asit dietilamidin (LSD) Albert Hoffman tarafından 1943'de sentezlenmiştir (10). 100'den fazla sayıda

olan doğal halüsinojenlere örnek olarak ise bazı mantarlarda bulunan psilisobin ve peyote kaktüsünde bulunan meskalin gösterilebilir (12).

Farmakolojik yapısı amfetamine benzetilerek geliştirilmiş olan 3,4 metilendioksiamfetamin (MDMA, Ekstazi)' nin hem halüsinojen hem de uyarıcı özelliği vardır (12). Bu yüzden bazı farklı araştırmacılar tarafından halüsinojen ya da uyarıcılar grubuna dahil edilmektedir. MDMA'nın 1990'lı yıllarda özellikle genç popülasyon arasında kullanımı hızlı bir artış göstermiştir (12). Bunun önemli sebeplerinden bir tanesi özellikle haftasonları gerçekleştirilen, alkol kullanımının olmadığı ancak ekstazi kullanımının partinin değişmez ritüellerinden biri olduğu özellikle İngiltere ve Avustralya'da düzenlenen tüm gece süren dans partileri (raves) olduğu üzerinde durulmaktadır (12). Bu partilerde alkol satışının olmaması yaş sınırını da ortadan kaldırmış ve 15-25 yaşındaki gençlerin ekstaziyle tanışmasına yol açmıştır (12). 1950'lerde geliştirilen ve melek tozu olarak bilinen fensiklidin de DSM-5 ile halüsinojenler başlığı altına alınmış ve bu grup fensiklidin ve diğer halüsinojenler olarak ayrılmıştır (14,15). Amerika'da son bir ay içinde halüsinojen kullanımı %0,5 olarak bulunmuş, halüsinojen kullanım bozukluğunun ise toplumda %0,1 oranında bulunduğu saptanmıştır (11).

Ülkemizdeki madde kullanımına yönelik yapılan araştırmalarda yurtdışındaki yaygınlık saptanmasına yönelik araştırmalardakine benzer kısıtlılıklarla karşılaşılmaktadır (7). Yaygınlık hakkındaki bilgilerin çoğu okullarda yapılan anket çalışmaları, hastane ve adli kayıtların incelenmesi madde kullanımına bağlı ölümler ile elde edilmektedir (3,7)

Ülkemizde de en yaygın olarak kullanılan maddeler nikotin ve alkoldür (9). 2001 yılında 15-17 yaş grubundaki 11.989 öğrencinin dahil edildiği araştırmada, son bir ay içinde tütün kullanımı %27; son bir ay içinde alkol kullanımı %15,9 olarak bulunmuştur (16).

İstanbul'da 1995'te 2800 öğrenci ile yürütülen bir çalışmada esrar kullanım oranı %4, uçucu madde kullanım oranı %4, ekstazi %1, sedatif-hipnotik kullanımı %7, eroin kullanımı %1 oranında saptanmıştır (3). Herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı ise %7 bulunmuştur (3,7).

2003 yılında UNODC tarafından 6 büyük ildeki lise öğrencileriyle yapılan araştırmada madde kullanımının artış gösterdiği görülmektedir (7). Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı %5.1, ekstazi %3.2, uçucu madde %5.2, sedatif hipnotik ilaçlar %5.4, eroin %2.8, flunitrazepam %3.1 olarak bulunmuştur (7).

2013 yılında, 81 yeni psikoaktif madde ‘Avrupa Birliği Erken Uyarı Sistemi’ yoluyla üye devletler tarafından ilk kez bildirilmiştir. Bu maddelerin 29’u SKdir (17). 2004 yılı itibariyle piyasaya sürülmüş olan ve yeni psikoaktif maddeler olarak sınıflanan SKlerin henüz toplumdaki yaygınlığını saptayan bir çalışma olmamakla beraber kullanımının artışı dikkat çekmektedir (1,4,17).

Ülkemizde de 2014 yılında tedaviye başvuran MKB olan kişilerde tedaviye başvuru yoğunluğuna göre ikinci sırada tercih maddesi SK olanlar vardır(18). Tercih maddesi SK olanlar, tedaviye başvuran kişilerin %15,81’ini (1.681) oluşturmaktadır ve sayıları bir önceki yıla (391) göre 3,30 kat artmıştır (18).

2.1.2. Sınıflandırma Sistemindeki Yeri

DSM’nin ilk ve ikinci baskısında sosyopatik kişilik bozukluğu altında ele alınan madde kullanımına oldukça az yer verilmiştir (14). DSM-III’te ilk olarak madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı yapılmıştır (19). Psikoaktif terimi bağımlılık yapıcı ve kötüye kullanılan maddeleri sadece beyni etkileyen maddelerle sınırladığı ve beyni etkileme özelliği olan kimi maddeleri kapsamadığı için eleştirilere maruz kalmıştır (14). Bütün bu görüşler doğrultusunda DSM-III’te kullanılan psikoaktif maddeler (psychoactive substances) isimlendirilmesinden vazgeçilmiş ve DSM-IV’te sadece madde (substance) terimi kullanılmıştır (19,20). ICD-10’da ise hala psikoaktif maddeler terimi kullanılmaya devam edilmektedir (21). Yine DSM-IV’te ilişkili bozukluklara ‘madde ile ilişkili bozukluklar’ (substance-related disorders) adı verilmiş ve DSM-IV-TR’de terminolojide herhangi bir değişiklik yapılmamıştır (14). DSM-5’te ise birtakım önemli değişiklikler yapılmış ve bu bozukluk grubu ‘Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları’ ana başlığı altında sınıflandırılmıştır (14). ‘Madde kullanım bozuklukları’ ve ‘Maddenin yol açtığı bozukluklar’ şeklinde iki kümeye ayrılmıştır (14,15). Madde kullanım bozuklukları başlığı altında madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı birleştirilmiştir. DSM-5’te belirleyiciler erken remisyon, kalıcı

remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon olarak tanımlanmıştır ve yeni bir belirleyici olarak şiddet eklenmiştir (15). MKB tanı ölçütlerinden 2-3 tanesinin karşılanması durumunda hafif, 4-5 tanesinin karşılanması durumunda orta, 6 ve daha fazlasının karşılanması durumunda şiddetli belirleyicisi kullanılmaktadır. DSM-IV'te tanımlanmamış olan kafein yoksunluğu, esrar yoksunluğu ve madde kullanımına bağlı obsesif-kompulsif bozukluk ilk kez tanımlanmıştır (14). DSM-IV-TR'de en az 3 gruptan madde kullanımını tanımlayan çoğul madde kullanımı ile ilişkili bozukluk DSM-5'te yer almamaktadır (14,15). DSM-IV'te 11 başlık altında değerlendirilen maddeler fensiklidinin halüsinojenler grubuna dahil edilmesi ile 10 başlık altında toplanmıştır. DSM-5'teki 10 maddenin sınıflandırılması: alkol, kafein, kenevir (kannabis), halüsinojenler, uçucular (inhalanlar), opiyatlar, dindinleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler olarak yapılmıştır (15).

2.1.3. DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri

Madde kullanım bozukluğunun DSM-5 tanı kriterleri şunlardır.

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendisi gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.

2. Maddeyi kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Maddeyi elde etmek, maddeyi kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Maddeyi kullanmaya içinin gitmesi ya da maddeyi kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici bir madde kullanımı.

6.Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın, madde kullanımını sürdürme.

7.Madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda maddeyi kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımını sürdürülür.

10.Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Yoksunluğu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır.

2.2. PSİKOAKTİF MADDELER

2.2.1. Esrar

Esrarın psikoaktif etkilerinden birinci derece sorumlu olan $\Delta 9$ -tetrahidro-kannabinoid($\Delta 9$ -THC) dahil yaklaşık 60'dan fazla kannabis türevi içeren Cannabis sativa (Hint Keneviri) bitkisinden elde edilir (12). Alkol ve tütünden sonra tüm dünyada en sık kullanılan keyif verici maddedir (7,8,9). Genellikle sigara şeklinde

olmak üzere kova veya bong adı verilen bir yöntem ile buharını içe çekmek yoluyla ya da kek gibi yiyeceklerin içinde oral yolla alınabilir (12).

Vücuttaki etkilerini iki tür kannabis reseptörü(CB) üzerinden gösterir (22). CB1 reseptörleri santral sinir sisteminde yoğun olarak yerleşmişlerdir (22). CB1 reseptör aktivasyonu presinaptik GABA salınımını azaltarak nöron uyarılabilirliğini artırır (22). Bu nedenle CB1 reseptörleri kannabislerin öfori, anksiyete ve panik gibi duyguların tetiklenmesi, görsel ve işitsel algılamada değişiklik, motor fonksiyonda azalma, zaman algısında bozulma gibi etkilerinden de sorumlu tutulmaktadır (22). CB2 reseptörleri ise sitokinlerin salınımında görev aldıkları çoğunlukla dalakta ve bağışıklık sistemi hücrelerinde bulunurlar (22).

2.2.2. Halüsinojenler

Psikedelik veya psikotomimetik olarak da adlandırılan doğal veya sentetik maddelerdir (23). Varsanıyla indüklemelerine ek olarak gerçekte olan bağlantının kaybına neden olurlar (23). Oldukça heterojen bir grup olan bu bileşiklerin farklı kimyasal yapıları, etki mekanizmaları ve olumsuz etkileri vardır (23). Özel etkileri kişiden kişiye ve aynı kişide bir kullanımdan diğerine büyük değişiklik gösterir (23). Doğal halüsinojenlerin en iyi bilinenleri psilisobin (bazı mantarlarda) ve meskalin (peyote kaktüsünde)'dir (12). Klasik sentetik hallüsinojen 1938'de sentezlenen Liserjik asit dietilamidin (LSD)'dir (24). 1950'lerin sonunda anestezik olarak geliştirilen ve Melek tozu olarak bilinen fensiklidin ve fensiklidin ile yakın ilişkili olan ketamin bileşimi dissosiyatif anestezikler olarak tanımlanmıştır (10).

2.2.3. Uçucu Maddeler

İnhalan ya da çözücü maddeler olarak da adlandırılırlar (10). Bu kimyasal maddeler ticari olarak dört değişik formda satılmaktadır: 1) Yapıştırıcı ve zamklarda kullanılan uçucular; 2) Sprey boyalar, saç spreyleri, kızartma tavası spreyleri ve tıraş kremi aerosollerinde itici olarak kullanılanlar; 3) İncelticiler (tinerler) (örn. boyalarda ve daktilo düzeltme sıvılarında kullanılanlar); ve 4) Sıvı yakıtlar (10). Oda sıcaklığında, bu bileşikler gaz haline geçerler ve ağızdan çekilerek veya burundan solunarak kan dolaşımına transpulmoner yoldan girerler (10).

Uçucu maddeler etkilerini daha çok içerdikleri toluen maddesinin etkilerinden alırlar (25). Ancak farklı uçucularda farklı katkı maddelerinin olduğu göz önüne alınmalıdır (25). Uçucu maddeler hızla başlayan ve hızla geçen bir iyilik haline neden olurlar. Genel olarak merkezi sinir sistemini etkilerler (25). Alkol, barbitürat ve trankilizan ilaçlara benzer fizyolojik ve psikolojik etkileri vardır (10). Birkaç dakika içinde ortaya çıkan ve yaklaşık 15-45 dakika süren etkileri vardır (25).

2.2.4. Opiyatlar

Bu grupta; opium, morfin, kodein gibi papaver samniferum (afyon haşhaşı) bitkisinden ayrıştırılan doğal maddeler; eroin, hidromorfin, oksikodon gibi küçük kimyasal değişikliklerle elde edilen yarı sentetik maddeler ve propoksifen, meperidin, metadon gibi sentetik analjezikler yer almaktadır (12,26).

Opiyatlar ağız yoluyla, burun yoluyla ve damar içine veya damar içine enjeksiyon yoluyla alınabilirler (12,26).

Opiyatların birincil etkisi opioid reseptörleri aracılığı ile olur. Şimdiye kadar belirlenmiş olan reseptör alt tipleri ise Mü, Kappa, Sigma, Delta reseptörleridir(27). Başlıca analjezi, duygudurumda değişiklik, sedasyon ve yüksek dozlarda santral sinir sistemini baskılamasına yol açarlar (10,26). Vücutta ısınma ve sıcaklık hissini, öfori ve canlı rüya benzeri yaşantılar izler (10). Bağırsak hareketlerini azaltarak kabızlığa ve pupillerde küçülmeye yol açar. Aşırı dozdan ölümler genellikle solunumun baskılanmasına bağlıdır (26). Opiyat yoksunluğunun klinik belirtileri anksiyete, göz yaşarması, burun akıntısı, esneme, terleme, uykusuzluk, kaslarda ağrı, pupilla genişlemesi , piloereksiyon, tremor, bulantı, kusma ve ishaldir (26).

2.2.5. Sedatif,Hipnoik ve Anksiyolitikler

Benzodiyazepinler ve barbitüratlar bu grupta yer alan ana maddelerdir (10). Bromidler, 1826'da ilk tanışılan sedatif-hipnotik ilaçlardır (28). Bunları barbitüratların sentezlenmesi takip etmiştir (10). Üretilen ilk benzodiazepin klordiazopoksiddir (10). Benzodiyazepinler ABD'de piyasaya sürüldükleri 1960'lı yıllarda daha az solunum depresyonu yapmaları, anksiyeteyi azaltmaları ve daha az sedasyon yapmaları nedeniyle barbitüratların yerini almıştır (10). Günümüzde de

anksiyolitik, hipnotik, antiepileptik, anestezi olarak ve alkol yoksunluğu tedavisinde kullanılmaktadırlar (28).

2.2.6. Uyarıcılar

2.2.6.1. Amfetamin

Rasemik amfetamin sülfat (benzedrin) 1887'de sentezlenmiş ve izleyen yıllarda dextroamfetamin, metamfetamin ve metilfenidat piyasaya sürülmüştür (10). 1930-1950'li yıllarda tıpta kullanım için çeşitli şekillerde denenmiştir ancak günümüzde FDA onaylı olarak sadece narkolepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kullanılmaktadırlar (10,29).

Amfetaminler oral, intravenöz ya da inhalasyonla kullanılırlar (29). Performansı arttırıcı ve öfori yapıcı etkileri kullanımlarına yol açan önemli etkileridir (10,29).

2.2.6.1.1. Ekstazi

MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin) adı verilen bir amfetamin türevidir (12). Diğer amfetaminlerin ortaya çıkardığı etkilere yol açmakla beraber halüsinojen maddelere benzer etkileri vardır (30). Genellikle tablet biçiminde satılır ve kullanılır ancak son zamanlarda tablet dışında kapsül, toz veya sıvı şekilde de üretildiği görülmektedir (31). Böylece oral kullanım dışında enjeksiyon veya burundan çekme gibi yollarla da kullanılmaktadır (10).

2.2.6.2. Kokain

1860 yılında erythroxyton coca bitkisinden izole edilen kokain 1880'de lokal anestezi olarak kullanılmaya başlanmıştır (32).

Kokainin intravenöz (IV), intranazal (IN), sigara gibi tütünle sarılıp içilen şekilleri vardır (12). Bağımlılık yapıcı etkisi oldukça yüksektir (12). Psikolojik bağımlılık bir kez kullanıldıktan sonra bile gelişebilir (12).

2.2.7. Sentetik Kannabinoidler

1964'de esrarın psikoaktif etkilerinden sorumlu olan Δ 9-THC'nin sentezlenmesi sonrası beyindeki etkilerinden faydalanmak amacı ile çok sayıda kannabinoid reseptör agonisti sentezlenmeye başlanmıştır (4). 1970'lerde Pfizer "CP" yani sikloheksilfenoller olarak bilinen Δ 9-THC analoglarını analjezik amaçlı sentezlemiştir (33). 1990'larda John W. Huffman ve arkadaşları tarafından "JWH maddeleri" olarak bilinen naftoilindoller, naftoilpirolleri ve kannabinoid reseptör aktivitesi olan bileşikler sentezlenmiştir (4). Naftoilindoller, siklo- heksilfenoller, trisiklik terpenoidler, fenilasetilindoller, benzoilindoller, naftoilpiroller, naftoilnaftelenler, adamantilindoller, kinonlar ve siklopropilindoller olarak adlandırılan farklı kimyasal gruplar zamanla sentetik kannabinoid (SK) içeren yeni maddelerin ana bileşeni haline gelmiştir (4). Hebrew Üniversitesi tarafından sentezlenenler HU serisi, John W. Huffman tarafından bulunanlar JWH bileşikler, Alexandros Markiyannis tarafından bulunanlar AM bileşikler, Carl Pfizer tarafından geliştirilenler CP bileşikler olarak adlandırılmıştır (34). Bu maddeler yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle tıbbi kullanıma girememişlerdir ancak 2004 yılında "Spice" adı verilen bitki karışımları içinde Avrupa'nın birçok ülkesinde piyasaya sürüldüklerinde esrardan daha güvenli olduklarına dair bir algı oluşturulması, internet yolu ile satış yapıldığından ulaşılabilirliğin kolay, fiyatlarının düşük olması, yasal esrar şeklinde tanıtılması ve madde tarama testlerinde her zaman saptanmamaları SK kullanımının yaygınlaşmasını hızlandırmıştır (4,35,36). Tüm bu sebepler ile Avrupa'da "Spice", Amerika'da "K2", Avustralya'da "Kronic" olarak hızla tanınmaya başlamış ve kullanımı yaygınlaşmıştır (4). Piyasadaki SK içeren kimyasal karışımların miktar ve içerik açısından oldukça değişkenlik göstermekte ve üreticileri tarafından içeriğindeki bileşenlerin sürekli olarak değiştirilmesi nedeniyle piyasada satılan maddelerin farmakolojik profilleri saptanamamaktadır (4). JWH-018, JWH-073, JWH-398, JWH-250, HU-210, CP-47,497 en sıklıkla saptanan SK türevleri olarak öne çıkmaktadır (36).

Δ 9-THC ve SK temel olarak CB1 ve CB2 reseptörleri üzerinde etkinlik gösterirler ancak Δ 9-THC plato etkisi gösteren bir parsiyel agonisttir buna karşın SK'ler tam agonistlerdir (4). SK'lerin akut kullanımda psikoaktif etkileri öforiden anksiyete, ajitasyon, irritabiliteye kadar değişen duygudurum değişiklikleri, algılama

ve bellek gibi bilişsel becerilerde değişikliklere eşlik eden psikotik bulgular gibi psikoaktif etkileri, terleme, bulantı, kusma, iştah değişiklikleri, hipertansiyon/hipotansiyon, göğüs ağrısı, taşikardi/bradikardi, solunum depresyonu, konfüzyon, psikomotor ajitasyon, sommolans ve sedasyon arasında değişkenlik gösteren fiziksel etkileri bildirilmiştir (37,38). Klinik görünümde karşılaşılan bu geniş yelpazedeki değişkenliğin nedeninin kullanılan SKin içeriği, kullanılan doz, kişilerin madde etkilerine olan yatkınlığı gibi birçok faktör etkilidir (39). İçinde buldukları bitki karışımlarının (harmonil, saliva, kratom, harmin) da psikoaktif özelliği olabilecek maddeleri içermesi oluşları klinik değişkenliğin sebeplerinden bir tanesidir (39).

2.3. PSİKİYATRİK HASTALIK TANISI OLAN HASTALARDA MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

Psikiyatrik hastalık tanısı olan kişilerde madde kullanımının yaygın olduğu uzun zamandır bilinmektedir (40). Madde kullanımının, psikiyatrik hastalığın gidişini ve hastalığın bulgularının ortaya çıkışını nasıl etkilediği üzerinde durulmuş, ek tanı oranları birçok araştırmaya konu olmuştur (41).

Madde kullanımı olan psikiyatri hastalarının olmayanlara göre hastane yatışlarının daha sık, tedavi uyumlarının daha kötü, intihar risklerinin daha yüksek olduğu, ayrıca dürtüsel ve şiddet içeren davranışları daha sık sergiledikleri, daha sık evsiz ve işsiz oldukları, daha sık yasal sorunlar ve sağlık sorunları yaşadıkları bilinmektedir (40,41). Psikotik bozukluklar içinde en sık madde kullanımının görüldüğü grup şizofrenidir (9). %90 gibi bir oran ile en sık kötüye kullanılan madde olan nikotin, hem bazı antipsikotiklerin kan düzeyini etkilemesi açısından hem de sigara kullanımına bağlı artmış mortaliteyi beraberinde getirmesi nedeniyle oldukça önemlidir (42). Nikotin dışındaki madde kullanımının yaşam boyu prevalansının % 50'den fazla olduğu bildirilmektedir (7). Şizofreni hastaları genellikle daha kolay elde edilen maddeleri kullanmaktadırlar, bu doğrultuda nikotin ve alkolden sonra en sık kullanılan madde esrardır (5,40). Esrar ve şizofreni arasındaki ilişki esrarın yatkın kişilerde şizofreninin ortaya çıkışını hızlandırması açısından da önemli ve üzerinde durulan konulardan birisidir (43).

Anksiyete bozukluklarında alkol madde kullanım sıklığını araştıran araştırmaların çoğunda alkol kullanımı ön plana çıkmakla beraber MKB ek tanısı da sıktır (44,45). Primer tanı hangisi olursa olsun anksiyete bozukluğu ve alkol ve madde kullanım bozukluğu birlikteliğinde hastalık gidişinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (45).

Duygudurum bozukluğu olan bireylerde ek tanı sıktır (41,46). Bipolar bozukluk tip 1 hastalarında yaşam boyu madde kullanım bozukluğu %61 gibi yüksek bir orandadır (46). Unipolar majör depresyonu olan hastalarda bu oran %27'dir (46). Eşlik eden madde kullanımı duygudurum bozuklukları ve depresif bozukluğu olan hastalarda intihar riskini belirgin olarak artırır ve diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi hastalığın gidişatını kötüleştirir ve ilaç uyumunun bozulmasına sebep olur (41,47).

Bağımlılık tarihsel süreçte kişilik bozukluğunun bir semptomu olarak düşünölmüştür. DSM'nin gelişmesi ile birlikte kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ayrı klinik tablolar olarak tanımlanmış ancak kişilik bozuklukları ile madde kullanımının yüksek birlikteliği dikkat çekicidir (48). Özellikle antisosyal kişilik bozukluğu madde kullanım oranlarının yüksekliği ile ön plana çıkmaktadır (48). Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alanlardan %84'ü en az bir alkol ve/veya madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı tanısı da almaktadır (48). Kişilik bozukluklarından borderline kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğunu izlemektedir (41). Madde kullanımına kişilik bozukluğunun eşlik ettiği grupta tedavi uyumu daha kötü, kullanılan maddenin miktarı daha fazla olmaktadır (48).

Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda da madde kullanımı sıklıkla karşımıza çıkmaktadır, bu grup hastada hem de madde kullanımı toplum örneklemlerindeki oranlara göre oldukça yüksek olarak saptanmaktadır (6,49). Özellikle akut psikoz servislerinde madde kullanım bozuklukları, şizofreni ve duygudurum bozukluğu tanıları başta olmak üzere pek çok tanıya eşlik etmektedir (41,46,49). Psikotik bozukluk ve duygudurum bozuklukları grubunu anksiyete bozuklukları izlemektedir (9). Eşlik eden madde kullanımı olan hastalarda birinci ve

ikinci sırayı nikotin ve alkol kullanımı alırken, yasadışı maddelerden en sık olarak görüleni farklılık gösterebilmektedir (46).

2.4. DÜRTÜSELLİK

2.4.1. Tanımı

Dürtüsellik kişilik boyutu olan, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren çok yönlü bir kavramdır (50). Tek bir dürtüsellik tanımı olmamakla beraber davranış örüntüsünün bir parçası, bir yatkınlık olarak tanımlanmaktadır (46,51). Klinik olarak, bir kişinin kendisi veya çevresindekiler için olumsuz sonuçlar doğurabileceğine aldırmandan içsel ve dış uyaranlara karşı hızlı ve planlanmamış davranışları ortaya koyma yatkınlığını tanımlar (46,50). Riskli karar verme, zayıf tepkisel inhibisyon, hızlı karar vermeyi de içerir (52).

Yazındaki tanımları birleştirerek kapsamlı bir tanımlama yapan Moeller dürtüsellik; davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma, bğinin işlemlenmesi tamamlanmadan önce uyarana hızlı, plansız tepki, uzun dönem sonuçlara önem verme eksikliği olarak tanımlamıştır (53).

Piromani, kleptomani, aralıklı patlayıcı bozukluk gibi dürtü kontrol ve davranım bozuklukları, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu, kişilik bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik bozuklukta rol oynadığı gibi, dürtüsellik madde kullanım bozukluklarının da önde gelen özelliklerinden biridir (50,54).

2.4.2. Dürtüsellik ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ve dürtüsellik ilişkisini inceleyen çok sayıda araştırma vardır (50,54,55). Bu araştırmalarda madde kullanımı olan bireylerin kullanmayanlara göre dürtüselliklerinin daha şiddetli olduğu ortaya konulmakla beraber neden sonuç ilişkisi tam olarak ortaya konulamamış ve 3 temel hipotez ileri sürülmüştür (50,56). Birincisi dürtüsellik düzeyinin yüksek olmasının madde kullanım bozukluğuna yol açtığı; ikincisi madde kullanımının dürtüsellik arttırdığı; üçüncüsü ise dürtüsellik ve madde bağımlılığının her iki duruma zemin hazırlayan üçüncü bir faktörle ilişkili olduğudur (54,56). Dürtüsellik ve madde

kullanımına başlama yaşını, kullanım miktarını ve tarzını etkilediğini gösteren çalışmalar vardır (50,54,56).

2.5. AGRESYON

2.5.1. Tanımı

Bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar verme amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış agresyon olarak tanımlanmaktadır (70,71). Saldırganlık, yaygın olarak kullanılan bir sınıflandırmada planlı ve dürtüsel olarak ikiye ayrılmıştır (58).

Planlı saldırganlık, engellenme veya o anki acil bir tehdite karşı tepki olarak ortaya çıkmayan tasarlanmış bir davranış olarak tanımlanır, zihinde tasarlanmış açık hedeflere yöneliktir (58). Dürtüsel saldırganlık ise; tahrik edici durumlara karşı artmış otonomik uyarılma ile karakterizedir ve genellikle algılanan strese karşı bir tepki olarak karşımıza çıkar (58). Olumsuz duygular, kötü yaşam deneyimleri, öfke ve anksiyete ile tetiklenebilir (58).

Buss ve Perry ise agresyonu 4 boyutta incelemiştir. “Fiziksel agresyon” ve “sözel agresyon” motor davranışı yansıtır (59). Başkalarını yaralama ve başkalarına zarar vermeyi içerir (59). “Öfke” fizyolojik yanıtı ve agresyona hazırlanmayı içerir ve davranışın emosyonel ya da afektif yönüyle ilişkilidir (59). “Düşmanlık” davranışın kognitif yönüyle ilişkilidir (59). Kötü niyet ve adaletsizlik duygularını içerir (59).

2.5.2. Agresyon ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Birçok çalışmada normal popülasyonla kıyaslandığında madde kullanımı olanlarda agresyon düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur (60-64). Madde kullanımı ile agresyon arasında, agresyonun madde kullanımına eğilim yaratması veya madde kullanımının agresyona yol açması şeklinde tek yönlü bir ilişkiden öte her ikisinin birbirinin etkisini artırdığı çift yönlü bir ilişki olabileceği öne sürülmektedir (54). Agresyon şiddeti yüksek olup bunu kontrol etmekte zorlanan

kişilerin rahatlama sağlamak amacıyla madde kullanımına başladıkları ancak intoksikasyon ve yoksunluk dönemlerinde saldırgan davranışlar sergiledikleri gözlenmiştir (54). Madde kullanımı olan kişilerde agresyonun ortaya çıkmasına ve sürmesine yol açan etkenlerden birinin maddelerin hem akut dönemdeki hem de uzun dönemdeki psikofarmakolojik etkileriyle inhibitör kontrol mekanizmalarının bozulmasına yol açmasının neden olduğunu belirten çalışmalar vardır (60,64).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ

Çalışmamız için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 06.06.2017 tarihinde 31karar no ile onay alınmıştır.

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Kliniği'nde Temmuz 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi edilen DSM-5'e göre MKB tanısını alan, aşağıda tanımlanmış içerme ve dışlama kriterleri gözetilerek belirlenmiş hastalar bu klinik araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Hastalardan 5 tanesinin klinikte yatışı bir günden kısa sürdüğü ve 4 tanesi onam vermedikleri için çalışma dışı bırakılmıştır.

Belirtilen zaman aralığı içinde, kliniğe yatışı yapılan DSM - 5 tanı ölçütlerini karşılayan MKB tanılı hastalar ile görüşülmüş, çalışmanın amacı ve uygulaması hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılabilmeleri için hastaların yazılı onamları alınmıştır. Hastaların yatışlarının ilk gününde idrarda madde metaboliti değerlendirmesi için idrar örneği, belirlenen parametrelerin değerlendirilmesi amacı ile kan örneği alınmış, hastaların vital bulguları kaydedilmiştir. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu, Buss Perry agresyon ölçeği, klinik global izlem ölçeği uygulanmıştır. Psikotik bulgulara sahip olan hastaların sanrıları Huber-Gross sanrı sınıflama sistemine göre sınıflandırılmıştır.

Dahil Edilme Kriterleri

DSM 5'e göre MKB tanısı alması

18-65 yaş arasında olması

En az ilkokul mezunu olması

Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmesi

- Dışlama Kriterleri
- Major nörobilişsel bozukluk tanısı olması
- Zeka geriliği olması
- Genel tıbbi duruma bağlı bir psikiyatrik bozukluğun olması

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek için çalışmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur. Hastanın yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, çalışma yaşantısı, genel tıbbi durum, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, madde kullanımına başlangıç yaşı, madde kullanımının süresi, vital ve laboratuvar bulgular ve tedavi özellikleri gibi bilgileri içermektedir.

3.2.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BDÖ-11-KF)

Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan, hastanın doldurduğu bir ölçektir. Onbeş maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır: dikkat (dikkatsizlik, bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BDÖ-11-KF değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir: Toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik puanları. Toplam BDÖ-11-KF puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ-11'in ilk versiyonu anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi araştıran Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir (65).2007 yılında bizim kullanacağımız kısa formu geliştirilmiştir (66). BDÖ-11'in kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tamam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (67).

3.2.3. Buss-Perry agresyon Ölçeği (BPAÖ)

Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş olan ölçek, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir (59). Agresyon ölçeği, "fiziksel agresyon", "sözel agresyon", "öfke" ve "düşmanlık" olmak üzere 4 farklı alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam 29 maddeden oluşan soruların her biri 5 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Türkçe'ye uyarlanan BPAÖ'nün

geçerlik ve güvenilirlik çalışması alkol ve madde bağımlılığı olan hastalar ile yapılmıştır (68).

3.2.4. Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİÖ)

Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİÖ), her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (69). Hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 bölümden oluşur. Yarı yapılandırılmış bir ölçek olup görüşme sırasında doldurulur. İlk iki madde (hastalığın şiddeti ve genel düzelme) yedili, son madde (etkinlik endeksi) ise dördümlük tipindedir. Görüşmeci, hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddetini ya da düzelmenin derecesini 0 (hasta değil) ile 7 (en ağır hastalardan) arasında derecelendirir.

3.2.5. Huber-Gross Sanrı Sınıflandırma Sistemi:

Bu sınıflandırma sistemine göre hastada birden fazla sanrı içeriği belirlendiğinde sanrı içerikleri sınıflandırma sistemi doğrultusunda ayrılarak, ayrı ayrı sayılmıştır. Yine bu sınıflandırma sistemine uygun olmayan ve hastalarda belirlenen sanrı içerik ve tipleri tabloya dahil edilmemiştir. Diğer kategorisinde belirtilmiştir. 21 çeşit sanrı tipi her hastada sorgulanmıştır. Perseküsyon sanrıları belirlenen hastalarda perseküsyon sanrılarının alt tipleri ve persekütörler yine Huber ve Gross sanrı Sınıflandırma Sistemine göre sınıflandırılmıştır (70).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük-en büyük, frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Posthoc analiz Tukey ve Bonferroni düzeltmeli Mann

Whitney U testi ile yapıldı. Klinik tıbbi idarenin daha güç olduğunu gösteren klinik özellikleri belirlemeyi öngören bağımsız değişkenleri saptamak için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde p değeri $<0,20$ bulunan değişkenler aday değişkenler olarak çok değişkenli lojistik regresyon analizine alındı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde geriye doğru eleme (backward elimination) yöntemi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ değeri kabul edildi.



4. BULGULAR

Bu çalışma için Temmuz 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında akut psikiyatri erkek servisinde yatarak tedavi gören 122 MKB tanılı erkek hasta değerlendirilmiş, ancak bunların 9'u klinikte yatış süreleri bir günden kısa olduğu ya da onam vermedikleri için çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışmaya toplam 113 hasta alınmıştır. Çalışmamızın yapıldığı süre boyunca kliniğe toplam 447 hasta yatmıştır. MKB tanılı 122 hasta tüm hastaların %27,2'sini oluşturmaktadır. Bu süre içerisinde MKB tanılı 1, şizofreni tanılı 6, bipolar bozukluk tanılı 9 hasta 2 defa; şizofreni tanılı bir hasta ise 3 defa aynı kliniğe yatarak tedavi görmüştür.

4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $29,5\pm 8,4$ olarak belirlenmiştir. Medeni duruma göre değerlendirildiklerinde 85'i (%75,2) bekar, 19'u evli (%16,8), 9'u (%8,0) boşanmış ya da duldur. Çalışmaya katılanların öğrenim süreleri ortalama $7,5\pm 2,4$ yıl olarak belirlenmiştir. %72,6'sı işsizdir. Diğer sosyodemografik değişkenlerin dağılımı Tablo 1'de gösterildiği gibidir.

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	Ortalama±Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	29.5±8.4	18	58
		n	%
Medeni Durum	Bekar Evli Boşanmış/dul	85 19 9	75,2 16,8 8,0
Çocuk	Yok Var	90 23	79,6 20,4
Kiminle Yaşadığı	İlk ailesi İkinci ailesi Yalnız Arkadaş	84 17 10 2	74,3 15,0 8,8 1,8
Eğitim Durumu	0 – 5 yıl 6 – 8 yıl 9 – 12 yıl 12+ yıl	36 49 25 3	31,9 43,4 22,1 2,7
Çalışma Durumu	İşsiz Çalışıyor Öğrenci Malülen emekli Emekli	82 26 2 2 1	72,6 23,0 1,8 1,8 0,9
Askerlik Durumu	Yapmış Yapmamış Hastalık nedeniyle muaf Halen asker Bedelli yapmış	73 24 12 3 1	64,6 21,3 10,6 2,7 0,9
Askerlikte Sorun	Yok	80	70,8
Yaşama Durumu	Hava izni Hastane yatışı Cezaevi Firar Madde kullanımı	12 9 6 5 1	10,6 8,0 5,3 4,4 0,9

Hastalardan 74'ünün (%65,5) psikiyatri kliniğine yatarak tedavi öyküsü vardır. Hastalardan sadece 9'unun (%8,0) yatış öncesi ilaç kullanımı vardır. Birinci

derece yakınında psikiyatrik bozukluk olanların oranı %24,8 olarak bulunmuş ve en sık saptanan psikiyatrik bozukluk şizofreni olarak belirlenmiştir. Hastaların %7,1'inin birinci derece yakınlarında psikoaktif madde kullanımı olduğu belirlenmiştir. Ek bedensel hastalığı olanlar tüm hastaların %4,4'ünü oluşturmaktadır. 49 (%43,4) hastanın adli öyküsü vardır. Hastaneye yatış şekli değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%73,5) aile isteği ile olduğu belirlenmiştir. Hastaların klinik özelliklerine ait verilerin detayları Tablo 2'de gösterildiği gibidir.

Tablo 2: Hastaların Klinik Özellikleri

Klinik Özellikler	n	%	
Ek Bedensel Hastalık	Yok	107	94,7
	Diabetes Mellitus	2	1,8
	Ailevi Akdeniz Ateşi	1	0,9
	Menenjiom	1	0,9
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	1	0,9
	Hepatit B	1	0,9
Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü	Yok	85	75,2
	Şizofreni	13	11,5
	Madde Kullanım Bozukluğu	8	7,1
	Duygudurum Bozukluğu	6	5,3
	Anksiyete Bozukluğu	1	0,9
Suisid Girişimi	Yok	94	83,2
	Var	19	16,8
Yatarak Tedavi Öyküsü	Var	74	65,5
	Yok	39	34,5
Yatış Öncesi İlaç Kullanımı	Yok	104	92,0
	Var	9	8,0
Hastaneye Yatış Şekli	Aile İsteği	83	73,5
	Kendi İsteği	11	9,7
	TMK 432	8	7,1
	Adli	8	7,1
	Polis	3	2,7

4.2. HASTALARIN MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİ

Hastaların tamamının nikotin kullanımının olduğu saptanmıştır. Sigaraya başlama yaş ortalaması $15,1 \pm 2,5$ 'dir. Hastaların %15'inin psikoaktif madde kullanımına eşlik eden alkol kullanımı vardır. Örneklem grubumuzda en yüksek oranda tercih edilen madde SK'dır. Hastaların madde kullanım bozukluklarına göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Hastaların Madde Kullanım Bozukluklarına Göre Dağılımı

	n	%
Sk Kullanım Bozukluğu	56	49,6
SK+ Başka Bir Madde Kullanım Bozukluğu	28	24,8
Esrar Kullanım Bozukluğu	8	7,1
Uçucu Kullanım Bozukluğu	3	2,7
Opiyat Kullanım Bozukluğu	5	4,4
Ekstazi Kullanım Bozukluğu	3	2,7
Esrar +Ekstazi Kullanım Bozukluğu	3	2,7
Ekstazi+Benzodiyazepin Kullanım Bozukluğu	2	1,8
Esrar+Ucucu Kullanım Bozukluğu	2	1,8
Opiat+Amfetamin Kullanım Bozukluğu	1	0,9
Pregabalin Kullanım Bozukluğu	1	1,8
Ekstazi+Opiat Kullanım Bozukluğu	1	0,9

Madde kullanımına başlama yaşı ortalaması $19,6 \pm 6,5$ yıl olarak saptanmıştır. Kannabis %61,9 oranı ile en sık kullanılan ilk maddedir. Hastaların ilk kullandıkları maddelerin sıklığı, madde kullanımına başlama yaşları ve ortalama madde kullanım süreleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Yatış öncesi kullanılan son madde olarak SK kullanımını kannabis kullanımı izlemektedir (Tablo 5). Maddelerin en sık kullanım şekli sigara yoluyla olmaktadır. Hastaların %69'u (78 kişi) tek bir madde kullanmaktayken %31'inin (35 kişi) çoğul madde kullanımı olduğu saptanmıştır. İdrarda madde metaboliti değerlendirmesinde 56 hastada herhangi bir madde metaboliti pozitif olarak saptanmıştır ve en sık saptanan metabolit kannabinoiddir (Tablo 5).

Tablo 4: Hastaların Madde Kullanım Özellikleri-1

İlk Kullanılan Madde	n	%
Kannabis	70	61,9
Sentetik Kannabinoid	15	13,3
Uçucu Maddeler	15	13,3
Ekstazi	9	8,0
Eroin	2	1,8
Çeşitli Haplar (Biperiden, Alprozolam)	1	0,9
Amfetamin Türevleri	1	0,9
	(Min-maks)	Ortalama±Standart Sapma
Madde Kullanımına Başlama Yaşı	10-52	19,6 ± 6,5
Madde Kullanım Süresi (Yıl)	1-31	9,7 ± 6,6

Tablo 5: Hastaların Madde Kullanım Özellikleri-2

		n	%
Madde Kullanım Şekli	Sigara	95	84,1
	Oral	10	8,8
	Nazal	6	5,3
	Enjeksiyon	1	0,9
	Folyo	1	0,9
Yatış Öncesi Kullanılan Son Madde	Sentetik Kannabinoid	73	64,6
	Kannabis	22	19,5
	Ekstazi	6	5,3
	Eroin	5	4,4
	Uçucu	3	2,7
	Çeşitli Haplar (Biperiden, Alprozolam)	2	1,8
	Amfetamin Türevleri	2	1,8
İdrarda Saptanan Madde Metaboliti	Yok	54	47,8
	Kannabis	20	17,7
	Sentetik Kannabinoid	13	11,5
	Amfetamin	5	4,4
	Ekstazi	5	4,4
	Etilglukronid	6	5,3
	Opiat	5	4,4
	Benzodiazepin	5	4,4

4.3. PSİKİYATRİK EK TANISI OLAN VE OLMAYAN HASTA GRUPLARININ KLİNİK ÖZELİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ek psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan MKB hastalarının hastaneye yatış şekilleri karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,011$). Bu fark ek psikiyatrik bozukluğu olan hasta grubunda aile isteği ile yatış ortalamasının daha yüksek oranda olmasından kaynaklanmaktadır. Adli öykü açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,292$). Ek psikiyatrik bozukluğu olmayan hastaların hiçbirinin yatış öncesi ilaç kullanımı olmadığı belirlenmiştir. Ek psikiyatrik bozukluğu olan 84 hastadan 9'unun yatış öncesi ilaç kullanımı olduğu saptanmıştır. Ancak yatış öncesi ilaç kullanımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1

	Ek Psikiyatrik Tanı		P değeri
	Yok n (%)	Var n (%)	
Adli Öykü			
Yok	14 (48,3)	50 (59,5)	0,292*
Var	15 (51,7)	34 (40,5)	
Yatış Öncesi İlaç Kullanımı			
Yok	29 (100,0)	75 (89,3)	0,109**
Var	0 (0,0)	9 (10,7)	
Yatış Şekli			
Aile İsteği	16 (55,2)	67 (79,8)	0,011*
Kendi İsteği	3 (10,3)	8 (9,5)	
Diğer	10 (34,5)	9 (10,7)	

*Ki kare testi **Fisher'in kesin testi

Madde kullanımına başlama yaş ortalaması ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta $20,0\pm 7,3$ olarak, ek psikiyatrik bozukluğu olmayan grupta $17,8\pm 2,6$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında madde kullanımına başlama yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,508$). Ek psikiyatrik bozukluğu

olan grupta geçmişte yatarak tedavi sayısının ortalaması ($4,7\pm 7,3$), ek psikiyatrik bozukluğu olmayan gruba ($0,9\pm 1,1$) göre daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 7).

Tablo 7: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-2

	Ek Psikiyatrik Tanı	N	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca (En Küçük-En Büyük)	P değeri*
Madde Kullanımına Başlama Yaşı	Yok	29	17,8±2,6	17 (14-24)	0,508
	Var	84	20,0±7,3	17 (10-52)	
Yatarak Tedavi Sayısı	Yok	29	0,9±1,1	1 (0-4)	0,002
	Var	84	4,7±7,3	2 (0-30)	

* Mann Whitney U testi

4.4. PSİKİYATRİK EK TANISI OLAN ve OLMAYAN HASTA GRUPLARININ AGRESYON VE DÜRTÜSELLİK ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların dürtüsellik şiddetleri BDÖ-11'in dikkat, motor, plan alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ve toplam BDÖ-11 puanları ile değerlendirilmiştir. Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta tüm alt ölçeklerde daha yüksek puanlar saptanmıştır. Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta BDÖ-11'in dikkat dürtüsellik alt ölçeği puan ortalaması $13,8\pm 2,5$; ek psikiyatrik bozukluğu olmayan MKB hastalarının olduğu grupta puan ortalaması $12,1\pm 2,8$ olarak belirlenmiştir. Dikkat dürtüsellik açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0,003$) Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta BDÖ-11'in motor dürtüsellik alt ölçeği puan ortalaması $14,3\pm 2,7$; ek psikiyatrik bozukluğu olmayan MKB hastalarının olduğu grupta puan ortalaması $12,3\pm 2,7$ olarak belirlenmiştir. Motor dürtüsellik açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0,001$). Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta BDÖ-11'in plan dürtüsellik alt ölçeği puan ortalaması $14,3\pm 2,6$; ek psikiyatrik bozukluğu olmayan MKB hastalarının olduğu grupta puan ortalaması $13,2\pm 2,9$ olarak belirlenmiştir. Plan

dürtüsellığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,065$). Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta BDÖ-11'den alınan toplam puan ortalaması $42,4\pm6,3$; ek psikiyatrik bozukluğu olmayan MKB hastalarının olduğu grupta toplam BDÖ-11 puan ortalaması $37,7\pm7,1$ olarak belirlenmiştir. BDÖ-11 toplam puan ortalamalı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$).

Tablo 8: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Barratt Dürtüsellik Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Barratt Dürtüsellik Alt Ölçek/Ölçek	Ek Psikiyatrik Tanı	N	Ortalama± Standart Sapma	P değeri*
Dikkat	Yok	29	12,1±2,8	0,003
	Var	84	13,8±2,5	
Motor	Yok	29	12,3±2,7	0,001
	Var	84	14,3±2,7	
Plan	Yok	29	13,2±2,9	0,065
	Var	84	14,3±2,6	
Toplam	Yok	29	37,7±7,1	0,001
	Var	84	42,4±6,3	

*Bağımsız gruplarda t testi

Hastaların agresyon şiddetleri BPAÖ'nün fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık olmak üzere 4 farklı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ve toplam BPAÖ puanları ile değerlendirilmiştir. Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta BPAÖ'nün fiziksel saldırganlık alt ölçeği puan ortalaması $27,1\pm5,0$; ek psikiyatrik bozukluğu olmayan MKB hastalarının olduğu grupta puan ortalaması $25,3\pm5,4$ olarak belirlenmiştir. Fiziksel saldırganlık açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,105$). Ek psikiyatrik hastalığı olan grupta BPAÖ'nün sözel saldırganlık alt ölçeği puan ortalaması $18,7\pm3,3$; ek psikiyatrik hastalığı olmayan MKB hastalarının olduğu grupta puan ortalaması $16,8\pm4,9$ olarak belirlenmiştir. Sözel dürtüsellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017$). Ek psikiyatrik hastalığı olan grupta BPAÖ'nün düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $28,5\pm4,9$; ek psikiyatrik hastalığı olmayan

MKB hastalarının olduğu grupta düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $26,1\pm 5,2$ olarak belirlenmiştir. Sözel dürtüsellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,026$). Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta BPAÖ'nün öfke alt ölçeği puan ortalaması $26,9\pm 4,5$; ek psikiyatrik bozukluğu olmayan MKB hastalarının olduğu grupta puan ortalaması $24,1\pm 4,8$ olarak belirlenmiştir. Öfke alt ölçeği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,006$). Ek psikiyatrik bozukluğu olan grupta BPAÖ'nün toplam puan ortalaması $101,2\pm 13,7$; ek psikiyatrik bozukluğu olmayan MKB hastalarının olduğu grupta puan ortalaması $92,3\pm 14,3$ olarak belirlenmiştir. BPAÖ toplam puan açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,003$). (Tablo 9).

Tablo 9: Ek Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Buss Perry Agresyon Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Buss Perry Agresyon Alt Ölçek/ Toplam Ölçek	Ek Psikiyatrik Tanı	N	Ortalama \pm SS	P değeri*
Fiziksel	Yok	29	$25,3\pm 5,4$	0,105
	Var	84	$27,1\pm 5,0$	
Sözel	Yok	29	$16,8\pm 4,9$	0,017
	Var	84	$18,7\pm 3,3$	
Düşmanlık	Yok	29	$26,1\pm 5,2$	0,026
	Var	84	$28,5\pm 4,9$	
Öfke	Yok	29	$24,1\pm 4,8$	0,006
	Var	84	$26,9\pm 4,5$	
Buss Perry Toplam Puanı	Yok	29	$92,3\pm 14,3$	0,003
	Var	84	$101,2\pm 13,7$	

*Bağımsız gruplarda t testi SS=Standart Sapma

4.5. DÜRTÜSELLİK VE AGRESYON ŞİDDETLERİNE GÖRE HASTA GRUPLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların BDÖ'den aldıkları toplam puanlar ortalama değeri, ortanca değeri minimum ve maksimum değerler göz önünde tutularak değerlendirilmiştir. Bulunan ortanca değeri kesim noktası olarak alınmış ve hastalar 42 puan altı alanlar dürtüsellik düzeyi düşük ve 43 puan üstü alanlar dürtüsellik düzeyi yüksek olarak iki

gruba ayrılmıştır. Dürtüsellik düzeyi düşük 58 hasta ve yüksek olan 55 hasta klinik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Tablo 10'da grupların fiziksel tespit uygulaması, parenteral ek tedavi ve konsültasyon gereksinimi açısından karşılaştırılması ile elde edilen veriler sunulmuştur. Fiziksel tespit uygulaması ve konsültasyon gereksinimi BDÖ puanı yüksek olan grupta istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (sırası ile $p=0,040$ ve $p=0,004$).

Tablo 10: Dürtüsellik Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1

Klinik İdare Değişkeni	Dürtüsellik Düzeyi Düşük n (%)	Dürtüsellik Düzeyi Yüksek n (%)	P değeri
Fiziksel Tespit Uygulaması Yok Var	54 (93,1) 4 (6,9)	44 (80,0) 11 (20,0)	0,040
Parenteral Ek Tedavi Yok Var	31 (53,4) 27 (46,6)	27 (49,1) 28 (50,9)	0,643
Konsültasyon İhtiyacı Yok Var	52 (89,7) 6 (10,3)	37 (67,3) 18 (32,7)	0,004

*Ki kare testi

Dürtüsellik düzeyi yüksek ve düşük olan gruplar madde kullanım süresi, yatarak tedavi sayısı, klinik global izlem ölçeği puanları, parenteral ek tedavi sayısı, fiziksel tespit sayısı ve hastanede yatış süresi açısından karşılaştırılmıştır. Dürtüsellik düzeyi yüksek olan grupta yatarak tedavi sayısı daha fazla, klinik global izlem ölçeği puanları daha yüksek ve hastanede yatış süresi daha uzun olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırası ile $p=0,002$; $p=0,035$; $p<0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11: Dürtüsellik Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması-2

Klinik Özellik	Grup	N	Ortanca (En Küçük- En Büyük)	P değeri*
Madde Kullanım Süresi	Dürtüsellik Düzeyi Düşük	58	7,5 (0-25)	0,308
	Dürtüsellik Düzeyi Yüksek	55	9 (1-31)	
Yatarak Tedavi Sayısı	Dürtüsellik Düzeyi Düşük	58	1 (0-27)	0,002
	Dürtüsellik Düzeyi Yüksek	55	3 (0-30)	
KGİÖ Puanları	Dürtüsellik Düzeyi Düşük	58	4 (3-6)	0,035
	Dürtüsellik Düzeyi Yüksek	55	5 (3-6)	
Parenteral Ek Tedavi Sayısı	Dürtüsellik Düzeyi Düşük	58	0 (0-4)	0,229
	Dürtüsellik Düzeyi Yüksek	55	1 (0-5)	
Fiziksel Tespit Sayısı	Dürtüsellik Düzeyi Düşük	58	0 (0-4)	0,051
	Dürtüsellik Düzeyi Yüksek	55	0 (0-3)	
Hastanede Yatış Süresi	Dürtüsellik Düzeyi Düşük	58	9 (2-32)	<0,001
	Dürtüsellik Düzeyi Yüksek	55	15 (2-116)	

* Mann Whitney U testi

Hastaların BPAÖ'den aldıkları toplam puan ortalama değerleri, ortanca değeri minimum ve maksimum değerler göz önünde tutularak değerlendirilmiştir. Bulunan ortanca değeri kesim noktası olarak alınmış ve hastalar 100 puan altı alanlar agresyon düzeyi düşük, 101 puan üstü alanlar agresyon düzeyi yüksek olarak iki gruba ayrılmıştır. Agresyon düzeyi düşük 58 ve yüksek olan 55 hasta klinik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Tablo 12'de grupların fiziksel tespit uygulaması, parenteral ek tedavi ve konsültasyon gereksinimi açısından karşılaştırılması ile elde edilen veriler sunulmuştur. Fiziksel tespit uygulaması ve parenteral ek tedavi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Konsültasyon istemi agresyon düzeyi yüksek olan grupta daha fazladır ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,047).

Tablo 12: Agresyon Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1

Klinik Özellik	Agresyon Düzeyi Düşük N (%)	Agresyon Düzeyi Yüksek N (%)	P değeri*
Fiziksel Tespit Uygulaması			
Yok	52 (89,7)	46 (83,6)	0,346
Var	6 (10,3)	9 (16,4)	
Parenteral Ek Tedavi			
Yok	33 (56,9)	25 (45,5)	0,224
Var	25 (43,1)	30 (54,5)	
Konsültasyon İstemi			
Yok	50 (86,2)	39 (70,9)	0,047
Var	8 (13,8)	16 (29,1)	

*Ki kare testi

Agresyon düzeyi yüksek ve düşük olan gruplar madde kullanım süresi, yatarak tedavi sayısı, klinik global izlem ölçeği puanları, parenteral ek tedavi sayısı, fiziksel tespit sayısı ve hastanede yatış süresi açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 13). Agresyon şiddeti yüksek olan grupta madde kullanım süresi daha uzun, yatarak tedavi sayısı daha fazla, klinik global izlem ölçeği puanları daha yüksek ve hastanede yatış süresi daha uzun olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırası ile $p=0,007$; $p=0,021$; $p=0,027$; $p=0,004$).

Tablo 13: Agresyon Düzeyine Göre Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması-2

Klinik Özellik	Grup	N	Ortanca (En Küçük- En Büyük)	P değeri*
Madde Kullanım Süresi	Agresyon düzeyi düşük	58	7 (0-21)	0,007
	Agresyon düzeyi yüksek	55	10 (0-31)	
Yatarak Tedavi Sayısı	Agresyon düzeyi düşük	58	1 (0-27)	0,021
	Agresyon düzeyi yüksek	55	2 (0-30)	
KGİÖ Puanları	Agresyon düzeyi düşük	58	4 (3-6)	0,027
	Agresyon düzeyi yüksek	55	5 (3-6)	
Parenteral Ek Tedavi Sayısı	Agresyon düzeyi düşük	58	0 (0-4)	0,067
	Agresyon düzeyi yüksek	55	1 (0-5)	
Fiziksel Tespit Sayısı	Agresyon düzeyi düşük	58	0 (0-4)	0,388
	Agresyon düzeyi yüksek	55	0 (0-3)	
Hastanede Yatış Süresi	Agresyon düzeyi düşük	58	8,5 (2-32)	0,004
	Agresyon düzeyi yüksek	55	15 (2-116)	

* Mann Whitney U testi

4.6. KULLANILAN MADDEYE GÖRE HASTA GRUPLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların büyük bir kısmını sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu olanlar oluşturmaktadır (%74,4). Hasta grubunun %49,6'sının sadece SK kullanımı varken, %24,8'inin SKye eşlik eden başka bir madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Hastalar bu doğrultuda sadece sentetik kannabinoid kullanımı olanlar (SKKB), sentetik kannabinoid kullanımına eşlik eden başka bir madde kullanımı olanlar (SK+Diğer MKB) ve sentetik kannabinoid kullanımı olmayan diğer madde kullanıcıları (Diğer MKB) olarak üç gruba ayrılmıştır (Tablo 14).

Tablo 14: Kullanılan Maddeye Göre Hasta Gruplarının Dağılımı

	n	%
SK KB	56	49,6
SK+Diğer MKB	28	24,8
Diğer MKB	29	25,6

Gruplara ayrılan hastaların vital bulguları karşılaştırılmıştır. Ateş, nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine göre karşılaştırılan hasta grupları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Hasta Gruplarının Vital Bulgulara Göre Karşılaştırılması

Vital Bulgu	Grup	n	Ortalama \pm Standart Sapma	P değeri*
Ateş	SKKB	56	36,6 \pm 0,3	0,538
	SK+Diğer MKB	28	36,6 \pm 0,2	
	Diğer MKB	29	36,5 \pm 0,2	
Nabız	SKKB	56	81,7 \pm 9,8	0,100
	SK+Diğer MKB	28	77,5 \pm 8,0	
	Diğer MKB	29	81,4 \pm 6,9	
Sistolik KB	SKKB	56	115,0 \pm 7,1	0,468
	SK+Diğer MKB	28	112,5 \pm 10,0	
	Diğer MKB	29	113,8 \pm 10,5	
Diastolik KB	SKKB	56	71,3 \pm 6,3	0,422
	SK+Diğer MKB	28	73,2 \pm 6,7	
	Diğer MKB	29	72,8 \pm 8,8	

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Hastaların VKİ ortalamaları karşılaştırılmıştır. VKİ'e göre yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,296) (Tablo 16). QTc değerlerine göre hasta grupları karşılaştırılmıştır ve gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 16: VKİ'e Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ortalama ± Standart Sapma	P değeri*
VKİ	SKKB	56	25,0±2,5	0,296
	SK+Diğer MKB	28	24,0±3,0	
	Diğer MKB	29	25,0±3,0	

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 17: QTc 'e Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

	Grup	n	Ortalama ± Standart Sapma	P değeri*
QTc	SKKB	56	389,9±16,0	0,372
	SK+Diğer MKB	28	386,9±18,5	
	Diğer MKB	29	384,6±16,1	

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Laboratuvar bulgularına göre yapılan hasta grupları karşılaştırmasında K, CK-MB, LDH değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (sırası ile p=0,024; p=0,025; p=0,032) Diğer laboratuvar bulguları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Laboratuvar bulgularına ait verilerin detayları Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18: Laboratuvar Bulgularına Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

Laboratuvar Bulgusu	Grup	n	Ortalama \pm Standart Sapma Ortanca (En Küçük-En Büyük)	P değeri
Na	SKKB	56	141,2 \pm 3,2	0,786*
	SK+Diğer MKB	28	141,4 \pm 2,6	
	Diğer MKB	29	141,7 \pm 3,3	
K	SKKB	56	4,4 \pm 0,5	0,024*
	SK+Diğer MKB	28	4,3 \pm 0,4	
	Diğer MKB	29	4,7 \pm 0,6	
Cl	SKKB	56	101,7 \pm 2,9	0,518*
	SK+Diğer MKB	28	100,9 \pm 2,8	
	Diğer MKB	29	101,3 \pm 3,4	
CK	SKKB	56	238 (57-2000)	0,343**
	SK+Diğer MKB	28	355 (58-2000)	
	Diğer MKB	29	241 (10-1386)	
ALT	SKKB	56	17 (6-69)	0,915**
	SK+Diğer MKB	28	18 (6-83)	
	Diğer MKB	29	17 (6-97)	
AST	SKKB	56	20 (10-87)	0,587**
	SK+Diğer MKB	28	20 (10-72)	
	Diğer MKB	29	19 (9-57)	
Troponin	SKKB	56	5,1 (3,0-32,7)	0,054**
	SK+Diğer MKB	28	6,9 (3,0-25,1)	
	Diğer MKB	29	4,2 (3,0-20,1)	
CKMB	SKKB	56	24 (9-109)	0,025**
	SK+Diğer MKB	28	27 (13-108)	
	Diğer MKB	29	20 (11-60)	
LDH	SKKB	56	240 (127-538)	0,032**
	SK+Diğer MKB	28	221 (122-684)	
	Diğer MKB	29	194 (150-361)	
Üre	SKKB	56	23 (9-48)	0,939**
	SK+Diğer MKB	28	23 (12-56)	
	Diğer MKB	29	24 (11-48)	
Kreatinin	SKKB	56	0,9 \pm 0,1	0,622*
	SK+Diğer MKB	28	0,8 \pm 0,1	
	Diğer MKB	29	0,8 \pm 0,1	
Ürik Asit	SKKB	56	5,5 \pm 1,4	0,449*
	SK+Diğer MKB	28	5,4 \pm 1,3	
	Diğer MKB	29	5,1 \pm 1,3	

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) **Kruskal Wallis testi

Gruplara ayrılan hastalar sanrı varlığına göre karşılaştırılmıştır. Hastaların 40'ında (%35,4) en az bir sanrı saptanmıştır. Sadece SKKB olan grupta %39,3 (22 kişi); SK+diğer MKB olan grupta %32,1 (9 kişi); diğer MKB olan grupta %31,0 (9 kişi) oranında sanrı saptanmıştır. Gruplar arasında sanrı varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,690$) (Tablo 19).

Tablo 19: Sanrı Varlığına Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

Sanrı	Tanı			P değeri*
	SKKB n (%)	SK+Diğer MKB n (%)	Diğer MKB n (%)	
Yok	34 (60,7)	19 (67,9)	20 (69,0)	0,690
Var	22 (39,3)	9 (32,1)	9 (31,0)	

*Ki kare testi

Hastalarda saptanan sanrıların içeriği Huber Gross sanrı sınıflama sistemi kullanılarak sınıflandırılmıştır. SKKB, SK+diğer MKB ve diğer MKB olan grupların hiçbirinde 'erotomani', 'düşünce yayını', 'soyluluk', 'eşcinsellik', 'parazitöz', 'dünya felaketi', 'yakın ölümü' ve 'diğer' sanrı türleri saptanmamıştır. Tüm gruplarda en fazla saptanan sanrı türü perseküsyon olarak saptanmıştır. Hastalarda saptanan sanrıların içerikleri göz önüne alınarak Tablo 20'de gösterildiği şekilde 4 ayrı grup oluşturuldu. Tanı gruplarına göre sanrı türleri karşılaştırıldı. Sanrı içerikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 20: Sanrı İçeriklerinin Gruplandırılması

GRUP-1	GRUP-2	GRUP-3	GRUP-4
Perseküsyon	Düşünce Okuma	Nihilistik	Grandiyöz
Referans	Kontrol Edilme	Hipokondri	Kıskançlık
Zehirlenme	Düşünce Sokulması	Ölmüş Olma	Dinsel
	Düşünce Çekilmesi		Suçluluk/Günah

Tablo 21: Sanrı Türlerine Göre Tanı Gruplarının Karşılaştırılması

Sanrı Türü Grubu	Tanı			P değeri*
	SKKB n (%)	SK+ Diğer MKB n (%)	Diğer MKB n (%)	
Grup 1				
Yok	37 (66,1)	23 (82,1)	22 (75,9)	0,268
Var	19 (33,9)	5 (17,9)	7 (24,1)	
Grup 2				
Yok	51 (91,1)	25 (89,3)	29 (100,0)	0,216
Var	5 (8,9)	3 (10,7)	0 (0,0)	
Grup 3				
Yok	53 (94,6)	26 (92,9)	28 (96,6)	0,824
Var	3 (5,4)	2 (7,1)	1 (3,4)	
Grup 4				
Yok	48 (85,7)	22 (78,6)	25 (86,2)	0,656
Var	8 (14,3)	6 (21,4)	4 (13,8)	

*Ki kare testi

Perseküsyon sanrısı olan hastalar perseküsyon sanrılarının detaylı içeriğine göre karşılaştırılmıştır. Huber Gross sanrı sınıflama sisteminde tanımlanan 12 perseküsyon sanrısı içeriğinden ‘‘Fotoğrafın Çekilmesi’’ alt türü hasta gruplarının hiçbirinde saptanmamıştır. SKKB olan grupta en sık ‘öldürülme’ (%33,3), ikinci sıklıkta ise ‘takip edilme’ (%19,4) alt türü saptanırken; SK+diğer MKB olan grupta ilk sırada fiziksel/ruhsal yaralanma (%28,6) alt türü saptanmıştır. İkinci sırada ise takip edilme ve öldürülme alt türleri (%21,4) eşit oranda saptanmıştır. Diğer MKB olan grupta en sık perseküsyon içeriği alt türü takip edilme ve öldürülme (%26,7) olarak saptanmıştır. Perseküsyon sanrısı alt tiplerine göre yapılan karşılaştırmada hasta grupları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22: Perseküsyon Sanrısı Alt Türlerine Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

Perseküsyon Sanrısı Alt Türü	Tanı			P değeri*
	SKKB n (%)	SK+ Diğer MKB n (%)	Diğer MKB n (%)	
Fiziksel /Ruhsal Yaralanma Yok Var	52 (92,9) 4(7,1)	24 (85,7) 4 (14,3)	28 (96,6) 1(3,4)	0,303
Takip Edilme Yok Var	49 (87,5) 7 (12,5)	25 (89,3) 3 (10,7)	25 (86,2) 4 (13,8)	0,939
Öldürülme Yok Var	44 (78,6) 12 (21,4)	25 (89,3) 3 (10,7)	25 (86,2) 4 (13,8)	0,409
İzlenme Yok Var	53 (94,6) 3 (5,4)	27 (96,4) 1 (3,6)	27 (93,1) 2 (6,9)	0,855
Büyü Yapılması Yok Var	53 (94,6) 3(5,4)	26 (92,9) 2 (7,1)	27 (93,1) 2 (6,9)	0,934
Telefonun Dinlenmesi Yok Var	55 (98,2) 1 (1,8)	28 (100,0) 0(0,0)	29 (100,0) 0 (0,0)	0,598
Saldırıya Uğrama Yok Var	53 (94,6) 3 (5,4)	28 (100,0) 0(0,0)	29 (100,0) 0 (0,0)	0,208
İftira Atılması Yok Var	56 (100,0) 0 (0,0)	28 (100,0) 0 (0,0)	27 (93,1) 2 (6,9)	0,052
Cinler Tarafından Ele geçirilme Yok Var	55 (98,2) 1 (1,8)	28 (100,0) 0 (0,0)	29 (100,0) 0 (0,0)	0,598
Şeytan Tarafından Ele geçirilme Yok Var	54 (96,4) 2 (3,6)	28 (100,0) 0 (0,0)	29 (100,0) 0 (0,0)	0,355
Diğer Yok Var	56 (100,0) 0 (0,0)	27 (96,4) 1 (3,6)	29 (100,0) 0 (0,0)	0,216

*Ki kare testi

SKKB, SK+diğer MKB ve diğer MKB olan grupların hiçbirinde persekütör olarak ‘partnerin annesi’, ‘casus’, ‘erkekler’, ‘kadınlar’, ‘tv sunucusu’, ‘ölüler’, ‘hayali sevgili’, ‘AİDSliler’ ve ‘diğer’ saptanmamıştır. Tanı gruplarının persekütör tipi açısından yapılan karşılaştırmada asker/polis persekütöründe SK+diğer MKB grubu

lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,048). Diğer persekütör tiplerinin hiçbirinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 23).

Tablo 23: Persekütöre Göre Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

Persekütör Kişi	Tanı			P değeri*
	SKKB n (%)	SK+ Diğer MKB n (%)	Diğer MKB n (%)	
Aile Üyeleri				
Yok	50 (89,3)	28 (100,0)	24 (82,8)	0,085
Var	6 (10,7)	0 (0,0)	5 (17,2)	
Komşular				
Yok	48 (85,7)	26 (92,9)	24 (82,8)	0,506
Var	8 (14,3)	2 (7,1)	5 (17,2)	
Belirsiz				
Yok	51 (91,1)	25 (89,3)	29 (100,0)	0,216
Var	5 (8,9)	3 (10,7)	0 (0,0)	
Asker/Polis				
Yok	55 (98,2)	24 (85,7)	28 (96,6)	0,048
Var	1 (1,8)	4 (14,3)	1 (3,4)	
Arkadaş				
Yok	53 (94,6)	26 (92,9)	27 (93,1)	0,400
Var	3 (5,4)	2 (7,1)	2 (6,9)	
Cinler				
Yok	52 (92,9)	27 (96,4)	29 (100,0)	0,306
Var	4 (7,1)	1 (3,6)	0 (0,0)	
Tıbbi Personel				
Yok	55 (98,2)	27 (96,4)	29 (100,0)	0,593
Var	1 (1,8)	1 (3,6)	0 (0,0)	
Şeytan				
Yok	54 (96,4)	28 (100,0)	29 (100,0)	0,355
Var	2 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Siyasi Otorite				
Yok	56 (100,0)	28 (100,0)	28 (96,6)	0,232
Var	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	
Dini Lider				
Yok	56 (100,0)	27 (96,4)	29 (100,0)	0,216
Var	0 (0,0)	1 (3,6)	0 (0,0)	

*Ki kare testi

Hasta grupları bazı klinik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Tablo 24’te grupların fiziksel tespit uygulaması, parenteral ek tedavi ve konsültasyon istemi açısından karşılaştırılması ile elde edilen veriler sunulmuştur. Parenteral ek tedavi gereksinimi diğer MKB grubunda diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,031). Fiziksel tespit uygulaması ve konsültasyon istemi açısından yapılan karşılaştırmada gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 24).

Tablo 24: Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-1

Klinik Özellik	Tanı			P değeri*
	SKKB n (%)	SK+ Diğer MKB n (%)	Diğer MKB n (%)	
Fiziksel Tespit Uygulaması				
Yok	49 (87,5)	23 (82,1)	26 (89,7)	0,685
Var	7 (12,5)	5 (17,9)	3 (10,3)	
Parenteral Ek Tedavi				
Yok	25 (44,6)	12 (42,9)	21 (72,4)	0,031
Var	31 (55,4)	16 (57,1)	8 (27,6)	
Konsültasyon İstemi				
Yok	42 (75,0)	23 (82,1)	24 (82,8)	0,624
Var	14 (25,0)	5 (17,9)	5 (17,2)	

*Ki kare testi

Hasta grupları madde kullanım süresi, yatarak tedavi sayısı, klinik global izlem ölçeği puanları, parenteral ek tedavi sayısı, fiziksel tespit sayısı ve hastanede yatış süresi açısından karşılaştırılmıştır. Diğer MKB grubu diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük KGIÖ puanlarına sahiptir (p<0,001). Parenteral ek tedavi sayısı da diğer MKB grubunda diğer iki gruptan daha düşük bulunmuştur. Bu düşüklük istatistiksel anlamlılığa çok yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,051) (Tablo 25).

Tablo 25: Hasta Gruplarının Bazı Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-2

Klinik Özellik	Grup	n	Ortanca (En küçük- En büyük)	P değeri*
Madde Kullanım Süresi	SKKB	56	8 (1-31)	0,898
	SK+Diğer MKB	28	8 (1-27)	
	Diğer MKB	29	7 (0-30)	
Yatarak Tedavi Sayısı	SKKB	56	2 (0-29)	0,196
	SK+Diğer MKB	28	1 (0-26)	
	Diğer MKB	29	1 (0-30)	
KGIÖ Puanları	SKKB	56	5 (3-6)	<0,001
	SK+Diğer MKB	28	5 (3-5)	
	Diğer MKB	29	4 (3-6)	
Parenteral Ek Tedavi Sayısı	SKKB	56	1 (0-5)	0,051
	SK+Diğer MKB	28	1 (0-4)	
	Diğer MKB	29	0 (0-5)	
Fiziksel Tespit Sayısı	SKKB	56	0 (0-4)	0,673
	SK+Diğer MKB	28	0 (0-3)	
	Diğer MKB	29	0 (0-1)	
Hastanede Yatış Süresi	SKKB	56	14 (2-116)	0,633
	SK+Diğer MKB	28	14 (2-33)	
	Diğer MKB	29	11 (2-29)	

* Kruskal Wallis testi

4.7. HASTALARIN BAZI LABORATUVAR BULGULARINA GÖRE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların klinik özellikleri K, LDH, CK-MB, Troponin değerlerine göre karşılaştırılmıştır. Klinik tıbbi idareyi yansıtan klinik özellikleri fiziksel tespit uygulaması, fiziksel tespit sayısı, klinik global izlem ölçęi puanları, parenteral ek tedavi varlığı, parenteral ek tedavi sayısı, konsültasyon gereksinimi, yatarak tedavi sayısı, madde kullanım süresi, hastanede yatış süresi değişkenleri ile tanımlanmıştır.

Hastalar K değerleri 3,5-5,1 arasında olanlar ve 5,11 ve üstü olarak iki ayrı gruba ayrılmıştır. K değerine göre yapılan karşılaştırmada hiçbir klinik özellik açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar LDH değerleri 248 ve altında olanlar ve 249 ve üstü olarak iki ayrı gruba ayrılmıştır. LDH düzeyine göre gruplar arasında fiziksel tespit ve konsültasyon yönünden istatistiksel anlamlı fark vardır. LDH düzeyi yüksek olan grupta fiziksel tespit varlığı ve konsültasyon varlığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (sırası ile $p=0,018$ ve $p=0,008$) (Tablo 26). Fiziksel tespit sayısı, KGIÖ puanı ve yatarak tedavi sayısı LDH düzeyi 249 ve üstü olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (sırası ile $p=0,012$, $p=0,004$ ve $p=0,031$) (Tablo 27).

Tablo 26: LDH Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi-1

	LDH 248 ve altı n (%)	LDH 249 ve üstü n (%)	P değeri*
Fiziksel tespit Uygulaması			
Yok	64 (92,8)	34 (77,3)	0,018
Var	5 (7,2)	10 (22,7)	
Parenteral Ek Tedavi			
Yok	39 (56,5)	19 (43,2)	0,167
Var	30 (43,5)	25 (56,8)	
Konsültasyon İstemi			
Yok	60 (87,0)	29 (65,9)	0,008
Var	9 (13,0)	15 (34,1)	

* Ki kare testi

Tablo 27: LDH Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi-2

Klinik Özellik	Grup	n	Ortanca (En küçük- En büyük)	P değeri*
Madde Kullanım Süresi	LDH 248 ve altı	69	8 (0-31)	0,311
	LDH 249 ve üstü	44	7 (0-30)	
Yatarak Tedavi Sayısı	LDH 248 ve altı	69	1 (0-28)	0,031
	LDH 249 ve üstü	44	2 (0-30)	
KGIÖ Puanları	LDH 248 ve altı	69	4 (3-6)	0,004
	LDH 249 ve üstü	44	5 (4-6)	
Parenteral Ek Tedavi Sayısı	LDH 248 ve altı	69	0 (0-5)	0,115
	LDH 249 ve üstü	44	1 (0-5)	
Fiziksel Tespit Sayısı	LDH 248 ve altı	69	0 (0-1)	0,012
	LDH 249 ve üstü	44	0 (0-4)	
Hastanede Yatış Süresi	LDH 248 ve altı	69	11 (2-33)	0,339
	LDH 249 ve üstü	44	14 (2-116)	

* Mann Whitney U testi

Hastalar CK-MB değerleri 0-10 arasında olanlar ile 11 ve üstü olarak iki ayrı gruba ayrılmıştır. CK-MB değerine göre yapılan karşılaştırmada hiçbir klinik özellik açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar troponin değerleri 0-17,5 arasında olanlar ve 17,51 ve üstü olarak iki ayrı gruba ayrılmıştır. Troponin düzeyine göre gruplar arasında konsültasyon istemi varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır. Troponin düzeyi yüksek grupta konsültasyon istemi varlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,037$) (Tablo 28). Troponin düzeyine göre gruplar arasında diğer klinik özellikler açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 28: Troponin Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi-1

	Troponin 0-17,5 n (%)	Troponin 17,51 ve üstü n (%)	P değeri*
Fiziksel Tespit Uygulaması			
Yok	91 (86,7)	6 (85,7)	1,000
Var	14 (13,3)	1 (14,3)	
Parenteral Ek Tedavi			
Yok	54 (51,4)	3 (42,9)	0,714
Var	51 (48,6)	4 (57,1)	
Konsültasyon			
Yok	85 (81,0)	3 (42,9)	0,037
Var	20(19,0)	4 (57,1)	

* Ki kare testi

Tablo 29: Troponin Düzeyine Göre Hastaların Bazı Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi-2

Klinik Özellik	Grup	n	Ortanca (En küçük- En büyük)	P değeri*
Madde Kullanım Süresi	Troponin 0-17,5	105	8 (0-31)	0,372
	Troponin 17,51 ve üstü	7	6 (2-20)	
Yatarak Tedavi Sayısı	Troponin 0-17,5	105	1 (0-30)	0,591
	Troponin 17,51 ve üstü	7	1 (0-5)	
KGİÖ Puanları	Troponin 0-17,5	105	5 (3-6)	0,968
	Troponin 17,51 ve üstü	7	5 (4-5)	
Parenteral Ek Tedavi Sayısı	Troponin 0-17,5	105	0 (0-5)	0,953
	Troponin 17,51 ve üstü	7	1 (0-3)	
Fiziksel Tespit Sayısı	Troponin 0-17,5	105	0 (0-4)	1,000
	Troponin 17,51 ve üstü	7	0 (0-1)	
Hastanede Yatış Süresi	Troponin 0-17,5	105	13 (2-116)	0,609
	Troponin 17,51 ve üstü	7	15 (4-24)	

* Mann Whitney U testi

4.8. KLİNİK TIBBİ İDARE GÜÇLÜĞÜ YAŞANMASINI ÖNGÖREN ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların klinik tıbbi idaresinde günlük parenteral ek tedavi gereksinimi, fiziksel tespit uygulaması ve konsültasyon istemi yönünden değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olan klinik tıbbi idarede güçlük bu üç klinik özellikten iki ya da üç tanesinin pozitif olması olarak belirlenmiştir. Hastaların klinik tıbbi idare güçlüğüne öngörebileceği düşünülen klinik değişkenler tek değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde p değeri <0.20 bulunan değişkenler çok değişkenli regresyon analizine aday değişkenler olarak alınmıştır. Tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizine ait sonuçlar Tablo 30'da sunulmuştur. Tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile hastaların tanılarına göre yapılan incelemede; klinik tıbbi idare güçlüğüne daha düşük oranda olduğu 'diğer MKB' grubu referans kabul edildiğinde, klinik idarede güçlük yaşanması olasılığı, tanısı 'SKKB+diğer MKB' olan grupta 'diğer MKB' tanısı olan gruba göre 5,40 kat daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır (OR=5,40, $p=0,046$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise modele alınan diğer bağımsız aday değişkenlerin etkisinden arındırıldıktan sonra klinik tıbbi idare güçlüğü yaşanma olasılığı, tanısı 'SK+diğer MKB' olan grupta 'diğer MKB' tanısı olan gruba göre 6,02 kat daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır (OR=6,02, $p=0,043$).

Tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile hastaların BDÖ-11-KF puanına göre yapılan incelemede; BDÖ-11 puanı 42 ve altı olan grup referans kabul edildiğinde, klinik tıbbi idarede güçlük yaşanma olasılığı BDÖ-11-KF puanı 43 ve üstü olan grupta BDÖ-11-KF puanı 42 ve altı olan gruba göre 3,98 kat daha yüksek saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (OR=3,98, $p=0,013$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise modele alınan diğer bağımsız aday değişkenlerin etkisinden arındırıldıktan sonra klinik tıbbi idarede güçlük yaşanma olasılığı, BDÖ-11-KF puanı 43 ve üstü olan grupta BDÖ-11-KF puanı 42 ve altı olan gruba göre 4,44 kat yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (OR=4,44, $p=0,012$).

Tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile hastaların LDH düzeyine göre yapılan incelemede; LDH düzeyi 248 ve altı olan grup referans kabul edildiğinde,

linik tıbbi idarede güçlük yaşanma olasılığı, LDH düzeyi 249 ve üstü olan grupta LDH düzeyi 248 ve altı olan gruba göre 2,86 kat daha yüksek yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır (OR=2,86, p=0,038). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise modele alınan diğer bağımsız aday değişkenlerin etkisinden arındırıldıktan sonra klinik tıbbi idare güçlüğünün pozitif olma olasılığı, LDH düzeyi 249 ve üstü olan grupta LDH düzeyi 248 ve altı olan gruba göre 2,19 kat daha yüksektir fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (OR=2,19, p=0,169).

Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde p değerleri <0,20 bulunduğu için çok değişkenli lojistik regresyon analizine aday değişkenler olarak alınan BPAÖ puanı ve troponin değişkenleri çok değişkenli modelde de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışlardır (p>0,05).

Tablo 30: Klinik Tıbbi İdarede Güçlük Yaşanmasını Öngören Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi			Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		
	Düzeltilmemiş OR	%95 Güven Aralığı	P değeri	Düzeltilmiş OR	%95 Güven Aralığı	P değeri
BKİ 18,5-24,9 25 ve üstü	Referans 0,99	0,38-2,62	0,990			
Tanı SK SK+diğer Diğer madde boz.	2,94 5,40 Referans	0,60-14,40 1,03-28,23	0,185 0,046	3,55 6,02	0,67-18,84 1,05-34,32	0,136 0,043
Yaş	1,02	0,96-1,08	0,545			
GTD	1,17	0,12-11,07	0,890			
Yatış öyküsü	0,97	0,35-2,68	0,960			
BDÖ puanı 42 ve altı 43 ve üstü	Referans 3,98	1,33-11,85	0,013	4,44	1,39-14,14	0,012
BPA Puanı 100 ve altı 101 ve üstü	Referans 2,26	0,83-6,16	0,113	1,92	0,53-6,92	0,320
K 3,5-5,1 5,11 ve üstü	Referans 1,69	0,48-5,90	0,413			
LDH 248 ve altı 249 ve üstü	Referans 2,86	1,06-7,71	0,038	2,19	0,72-6,66	0,169
Troponin 0-17,5 17,51 ve üstü	Referans 3,88	0,80-18,93	0,093	5,72	0,89-36,84	0,066
Madde Kullanım Süresi (yıl) 8 ve altı 9 ve üstü	Referans 1,21	0,46-3,19	0,694			
Son Madde Kullanım Süresi(gün) 1 ve altı 2 ve üstü	0,99 Referans	0,37-2,66	0,986			

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada altı aylık süre boyunca Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi akut psikiyatri erkek servisine yatan ve DSM-5'e göre MKB tanısı alan hastaların sıklığı, psikiyatri kapalı kliniğine yatırılarak tedavi gerektiren madde ile ilişkili klinik tabloların tanımlanması, farklı madde kullanım bozuklukları sıklığının, klinik özelliklerinin belirlenmesi; hastaların dürtüsellik ve agresyon şiddetlerine, vital parametreler ve laboratuvar bulgularına göre klinik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın yapıldığı altı aylık süre boyunca kliniğe toplam 465 hasta yatışı olmuştur. Yatışı olan toplam 447 hastanın 17sinin yatışları yinelemiştir. MKB tanılı bir, şizofreni tanılı altı, bipolar bozukluk tanılı dokuz hasta 2 defa; şizofreni tanılı bir hasta ise 3 defa yatarak tedavi görmüştür. MKB tanılı 122 erkek hasta değerlendirilmiş, ancak bunların 9'u klinikte yatış süreleri bir günden kısa olduğu ya da onam vermedikleri için çalışmaya dahil edilmemişlerdir. MKB tanısı alanlar tüm hastaların %27,2 sini oluşturmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde MKB tanılı hastaların tüm hastalar içindeki oranlarına bakıldığında yurtdışı verileri %15-18'in üzerindedir (71,72,73). Ülkemizde bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri kliniğine 2002-2004 yılları arasında yatan hastaların değerlendirildiği bir çalışmada MKB oranı %4,2 olarak saptanmıştır (74). 2005 yılında bir üniversite kliniğinde bir yıl boyunca yatan hastaların %18,1'i MKB tanılı hastalardan oluşmaktadır (49). Her iki çalışmada örneklem kadın ve erkek hastalardan oluşmaktadır (49,74). 2014 tarihinde yapılmış sadece erkek hastaların dahil edildiği bir çalışmada ise hastaların %31,1'i MKB tanısı almıştır (75). Bu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da sadece erkek hastaların alınması, yüksek oranların bir kısmını açıklasa da psikiyatri kliniklerinde MKB sıklığının arttığını göstermektedir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $29,5\pm 8,4$ yıl ve çoğunluğunun (%75,2) bekar olduğu belirlenmiştir. Eğitim süreleri ortalama $7,5\pm 2,4$ yıl ve büyük çoğunluğunun (%72,6) işsiz olduğu saptanmıştır. Araştırmamızdaki MKB hastalarının genç, bekar, eğitim seviyelerinin düşük olması yazındaki veriler ile uyumludur. Amerika'da yatarak tedavi gören madde bağımlılarının %47'sinin 18-25 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (1,10,11) Ülkemizde psikiyatri kliniğine yatarak tedavi gören MKB tanılı hastaların incelendiği bir çalışmada yaş ortalamasının $28,9\pm 7,4$ olduğu, %58,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %87,2'sinin çalışmadığı bulunmuştur (75). Çalışmamızda saptadığımız işsizlik oranı (%87,2) psikiyatri kliniğine yatırılarak tedavi gören hastalardaki oran ile uyumlu olmakla beraber ayaktan tedavi ünitelerine başvuran hastalara göre oldukça yüksektir. Ege Üniversitesi Bağımlılık Birimi'ne başvuran hastalarda işsizlik oranı %38; Gaziantep Üniversitesi alkol madde bağımlılık birimine başvuran hastalarda %19,8 olarak bulunmuştur (13,76). Yatış şekline bakıldığında sadece %9,7'sinin kendilerinin de yatarak tedavi konusunda istekli oldukları saptanmıştır. %7,1'inin TMK 432 kapsamında, %9,7'sinin kolluk kuvvetleri aracılığı ile veya bir adli olay kapsamında olmak üzere %90,3'ünün yatışının istemsiz olarak yapıldığı saptanmıştır. Çalışmamızda saptadığımız işsizlik oranının ayaktan tedavi gören hastalara göre oldukça yüksek oluşunun; ek tanı varlığının yüksek oranda oluşuna ve yatış şekli göz önünde tutulduğunda ayaktan tedavi gören hastaların aksine zorunlu/istemsiz yatışın gerektiği bir hasta grubu olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların madde kullanımına başlama yaşı ortalaması $19,6\pm 6,5$ yıl; madde kullanma süresi $9,7\pm 6,6$ yıl ve en sık ilk kullanılan madde kannabistir (%61,9). Kullanılan ilk madde olarak kannabisi eşit kullanılma oranına sahip olan SK ve uçucu maddeler izlemektedir (%13,3). Yazına baktığımızda ilk kullanılan maddenin çalışmamızdaki ile uyumlu biçimde en yüksek oranda kannabis olduğu görülmektedir (12). Kolay bulunması ve ucuz oluşu, yoksunluğunun fizyolojik belirtilerinin diğer maddelere göre daha hafif olmasının zararsız olduğuna dair inanişe sebep olması nedeniyle esrar, en sık ilk kullanılan yasadışı maddedir (7). Diğer maddelere geçişte önemli rolü olduğu bilinmektedir (38,77). Yazında ilk kullanılan madde olarak kannabisi farklı çalışmalarda oranları değişmek ile beraber

uçucu maddeler, ekstazi ve sedatif hipnotik ilaç kullanımı izlemektedir (13,78). Çalışmamıza baktığımızda son dönemde kullanımı oldukça artan ve diğer madde kullanımlarının yerini aldığı gözlenen SKnin başlangıç maddesi olarak da karşımıza çıkması oldukça önemlidir. İlk kullanılan maddeye yönelik veriler çoğunlukla okullarda yapılan araştırmalar ile elde edilmiştir.1995 yılında İstanbul'daki 15 okulda 2800 öğrenci ile yapılan bir çalışmada herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin kullandıkları maddeler %4 esrar, %4 uçucu madde, ekstazi %1 ve bir grup olarak sedatif hipnotikler %7 oranında saptanmıştır (7). 2003 yılında lise ikinci sınıf öğrencileriyle yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı %5.1, sedatif hipnotik ilaçlar %5.4, uçucu madde %5.2, ekstazi %3.2 olarak bulunmuştur (7). 2011 yılında yapılmış bir araştırmada katılımcıların ilk kullandıkları madde %80 oranında esrar, %15 oranında ekstazi ve %5 oranında uçucu olarak saptanmıştır (78). 2012 yılında yurtdışında yayınlanan geniş çaplı bir araştırmada 2011 yılı itibariyle madde tercihlerinde SKlerin yer almaya başladığı belirtilmiştir (79). SKlerin ortaöğretimde 8. Sınıf öğrencilerinde esrar ve uçucu madde kullanımından sonra üçüncü en sık; 10. Sınıf öğrencilerinde esrardan sonra en sık kullanılan madde olduğu saptanmıştır (77,78) Ülkemizde 2014'te yapılan SK kullanımı olduğunu bildiren 158 hastanın dahil edildiği bir çalışmada; hastaların %86'sı SK kullanımından önce esrar kullandığını belirtirken %12.1'i ilk kullanmaya başladıkları maddenin SK olduğunu belirtmiştir (38). Yazındaki bu veriler çalışmamızdaki verileri desteklemektedir. SKlerin piyasaya sürüldükleri 2010 yılından sonra yapılan araştırmalarda başlangıç maddesi olarak karşımıza çıkmaya başladığı, ekstazi ve sedatif hipnotik ilaçların yerini aldığını söylenebilir.

Örneklem grubumuzda en yüksek oranda tercih edilen madde SK olarak bulunmuştur. Hasta grubunun %49,6'sının sadece SK kullanımı varken, %24,8'inin SKye eşlik eden başka bir madde kullanımı olduğu saptanmıştır. SK kullanımına en sık eşlik eden madde esrar (%35,7) ve ekstazi (%32,1) olarak saptanmıştır. Araştırmamızdaki sonuçlar yazında son dönemde üzerinde durulan SK kullanımının hızla artışı konusundaki verileri destekleyici niteliktedir. 2010 yılında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerine yatırılarak tedavi görmüş 5524 hastanın dosyalarının geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada SK saptanmamış ve sırasıyla kannabis (%87), ekstazi (%31.3), halusinojen

(%23.9), karışık madde (%18.2), kokain (%10.8), eroin (%7.9) ve uçucu madde (%4.9) kullanımı saptanmıştır (6). Hastanemizde 2014 yılında yatarak tedavi gören bipolar bozukluk tanılı hastaların alındığı bir çalışmada en sık üçüncü kötüye kullanılan madde olarak sentetik kannabinoid (%22) saptanmıştır ve çoğul madde kullanımı olan hasta grubunda uyarıcı madde kullanımından çok SK kullanımının olduğuna dikkat çekilmiştir (46). Bu sonuçlar değerlendirilince SKlerin ülkemizde ilk olarak saptandığı 2010 yılından bu yana hem başlangıç maddesi olarak hem de tercih maddesi olarak diğer maddelerin yerini aldığı görülmektedir. Avrupa'nın birçok ülkesinde piyasaya sürüldüklerinde esrardan daha güvenli olduklarına dair bir algı oluşturulması, internet yolu ile satış yapıldığından ulaşılabilirliğin kolay, fiyatlarının düşük olması, yasal esrar şeklinde tanıtılması ve madde tarama testlerinde her zaman saptanmamaları SK kullanımının yaygınlaşmasını hızlandırmıştır (4,18,36,37).

Çalışmamızda SK kullanımı olmayan grubun (%25,6) büyük çoğunluğunu çoğul madde kullanımı olan hastalar ve esrar kullanımı olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklemimizin tümü göz önüne alındığında %31'inin (35 kişi) çoğul madde kullanımı vardır. Çoğul madde kullanım oranı, yazın ile uyumludur (80).

Bu araştırmanın örneklem grubuna dahil olmamakla beraber araştırmanın yapıldığı altı aylık süre boyunca sadece alkol kullanımı bozukluğu olan iki hasta yatarak tedavi görmüştür. Örneklem grubumuzdaki hastalardan %15'inin psikoaktif madde kullanımına eşlik eden alkol kullanımı saptanmıştır. Hastaların tamamının nikotin kullanımı vardır ve sigaraya başlama yaş ortalaması $15,1 \pm 2,5$ 'dir. ABD'de sigara bağımlılığı prevalansı %19,1 olarak saptanmıştır (11). Yurtdışı verilerinde oranlar ülkeden ülkeye göre değişmekle beraber erkeklerdeki sigara bağımlılığı kadınlara göre yaklaşık 2-3 kat yüksektir (81,82). Ülkemizde ise 1988–2010 yılları arasında yapılmış olan 31 çalışmada sigara içme sıklığı erkeklerde %27.5–63.8, kadınlarda %8.4–27.8 arasında değişmektedir (81). Psikiyatrik bozukluğu olan hasta grubunda da cinsiyetler arasındaki farkın erkekler lehine arttığı görülmektedir (82). Yatarak tedavi gören şizofreni tanılı kadın ve erkek hastalarda yapılan bir çalışmada sigara bağımlılığı erkek/kadın oranı ortalama 4/1 olarak bulunmuştur (82). Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören erkek hastalardan oluşan

popülasyonda yapılan bir araştırmada psikoaktif madde kullanan hastalarda sigara kullanım oranı %96,3, psikoaktif madde kullanmayanlarda ise %66,1 olarak bulunmuştur (75). Saptadığımız %100 nikotin kullanma oranının örneklemimizin, yazın ile uyumlu olarak, sadece erkek hastalardan oluşmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Yatış öncesi son kullanılan maddelere bakıldığında tercih maddesi ile uyumlu olarak %64,6 oranında SK ve %19,5 oranında kannabis kullanımı saptanmıştır. idrarda madde metaboliti (İMM) değerlendirmesinde 56 hastada herhangi bir madde metaboliti pozitif olarak saptanmıştır ve en sık saptanan metabolit kannabis'tir. Son kullanılan maddesi kannabis olan 22 kişinin 20'sinde İMM'inde kannabis metaboliti saptanmış ancak SK kullanımı olan 73 hastanın sadece 13'ünde İMM'de SK metaboliti saptanmıştır. Çalışmamızdaki SKKB olan sadece iki hastanın son madde kullanım süreleri, maddenin idrarda saptanma süresinden daha uzundur(>4gün). Ülkemizde yapılan ilk çalışmalardan biri olan 2014 yılında yapılmış AMATEM polikliniğine başvuran SKKB hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada idrar örneği alınan 120 hastanın 104'ünde (%86.7) SK için kullanılan tarama testinin pozitif olduğu belirtilmiştir (38). Bu çalışmada tarama testi olarak JWH-018, JWH-073 ve AM-2201'i ve metabolitlerini saptayabilen bir yöntem kullanılmıştır (38). Ocak 2014-Haziran 2016 tarihleri arasındaki 19763 idrar numunesinin geriye dönük olarak incelendiği başka bir çalışmada kişilerin SK kullanımları olduğuna ilişkin beyanları olduğu halde idrarda hiç SK metaboliti saptanmamıştır (83). Bizim çalışmamızda da JWH-018, JWH-073 ve AM-2201 gibi SKlerden sıklıkla izole edilebilen metabolitleri saptayan bir yöntem kullanılmasına rağmen madde metaboliti saptama oranının düşük olması; bu süre zarfında piyasaya sürülen yeni SK türevlerinin olması ve hastaların maddeyi son kullanım zamanları konusunda doğru bilgi verememiş olmaları ile açıklanabilir.

Çoğu SKKB tanısı olan hastalardan oluşan örneklem, sadece SKKB, SKKB'e eşlik eden başka bir MKB olanlar (SK+diğer MKB) ve SK dışında diğer MKB (Diğer MKB) olarak 3 gruba ayrılmıştır. Gruplara ayrılan hastaların vital bulguları karşılaştırılmıştır. Ateş, nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hasta grupları

madde kullanımı sonucunda etkilenmesi olası olan serum elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri (Na, K, Cl, CK, ALT, AST, Üre, Kreatinin, Ürik asit) değerleri (84-88) açısından karşılaştırılmış ve hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yazında SKlerin hipertansiyon/hipotansiyon, taşikardi/bradikardi, solunum sayısında artma veya azalma gibi aynı organ sistemi üzerinden dahi birbirinin zıttı fiziksel etkileri olduğunu bildiren olgu bildirimleri bulunmaktadır (38,87). Üre ve kreatinin yüksekliği ile seyreden akut böbrek yetmezliği olguları, özellikle hipopotaseminin ön planda olduğu elektrolit bozuklukları ve karaciğer fonksiyon testleri değerlerinde yüksekliğin saptandığı olgular bildirilmiştir (86,87,88). Çalışmamızda ise SKKB hastaları ile diğer MKB olan hastalar arasında bu bulgular açısından fark saptanmamıştır. Örneklemimizdeki hastaların yatış öncesi madde son kullanım zamanları ve kullanılan madde miktarları farklılık göstermektedir. Bu heterojenlik optimal karşılaştırma yapmayı; vital bulgular, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile elektrolit değerlerindeki olası farkların ortaya çıkmasını engellemiş olabilir. Bunun yanında yazında SK kullanımı ile ilişkili, olağan sınırlar dışında laboratuvar bulguları saptanan olgulara dair veriler psikiyatri dışı kliniklere aittir. Bunlar göğüs ağrısı, çarpıntı, baş dönmesi, bulantı ve kusma gibi çeşitli bedensel şikayetler ile acil servislere başvuran, yoğun bakım ünitelerinde ya da kardiyoloji kliniklerinde izlenen hastalara ait verilerdir (88-90). Örneklemimiz psikiyatri acil ünitesine ya da psikiyatri polikliniklerine başvuruları sonrası yatışı yapılan hastalardan oluşmaktadır. Laboratuvar olarak olağan sınırların dışında değerler saptanan hastaların kliniğe yatışları yapılmadan önce ilgili branşlara yönlendirilmesi, kliniğe yatışlarında yapılan değerlendirmelerle gerekli tıbbi önlemlerin alınması ve destek tedavilerinin sağlanması, psikiyatri dışı kliniklerden bildirilen vakaların laboratuvar değerlerinden farklılık göstermelerini açıklayabilir.

Hasta grupları kardiyak enzim (Troponin, CK-MB, LDH) değerlerine göre karşılaştırılmıştır. CK-MB ve LDH değerleri, SKKB ve SK+diğer MKB olan iki grupta Diğer MKB olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Troponin değerleri de SKKB olanlarda istatistiksel anlamlılığa çok yakın bir değerle yüksek saptanmıştır ($p=0,054$). Yazında SK kullanımı ile ilişkili kardiyak yan etkiler yaygın olarak yer almaktadır (86,89,90). Çalışmamızdakine

benzer biçimde çok sayıda MKB tanılı hastanın kardiyak enzim değerlerinin incelendiği başka çalışma olmamakla beraber SK kullanımı sonrası kardiyak enzim yüksekliği saptanan çok sayıda vaka bildirimi vardır (89,90). Bunlardan biri olan 2011 yılında yayınlanan 16 yaşındaki üç olguda SK kullanımı sonrası kardiyak enzim yüksekliği saptanmış ve 2-72 saat sonra miyokard enfarktüsü geliştiğini bildirilmiştir (89). Yoğun bakım ünitesinde izlenen SK kullanımı olan hastaların dahil edildiği bir araştırmada kardiyovasküler sisteme ait patolojik bulgular taşikardi (%25), bradikardi (%16,6), hipertansiyon (%16,6), hipotansiyon (%8,3) ve aritmi (%16,6) şeklinde saptanmıştır (86). Çalışmamızdaki SKKB tanısı olan hastaların kardiyak enzim değerlerinin, yazında acil servis, kardiyoloji ya da yoğun bakım kliniklerinden bildirilen vakalarınki kadar şiddetli olmasa da diğer MKB'lerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum SKKB olan hastalardaki kardiyak enzim takibinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda hastalar MKB'ye eşlik eden psikiyatrik bir tanının varlığına göre iki ayrı gruba ayrıldı. Örneklemimizde ek psikiyatrik tanılarının %58,3'ünü maddenin yol açtığı bozukluklar oluşturmaktadır ve ilk sırada maddenin yol açtığı psikotik bozukluk (%34,5) ve ikinci sırada madde entoksikasyonu (%21,4) saptanmıştır. Maddenin yol açtığı duygudurum bozukluğunun oranı ise %2,4 olarak saptanmıştır. Maddenin yol açtığı bozuklukları bipolar bozukluk (%10,8) ve şizofreni (%8,3) tanılı hastalar izlemektedir. Yazında psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören MKB hastalarının ek tanılarına bakıldığında duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar ilk sıralarda yer almaktadır (6,49,75). Ocak 2007-Şubat 2009 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş 5524 hastanın geriye dönük olarak dosyalarının incelendiği bir çalışmada MKB olan hastaların %23,6'sının bipolar bozukluk, %21,7'nin şizofreni tanısı olduğu saptanmıştır (6). Önceki çalışmalarda MKB'ye eşlik eden ek tanılarının yerini çalışmamızda maddenin yol açtığı bozuklukların almış olması çarpıcıdır. Bu durum dikkatleri son dönemde kullanımı artan SKlere ve örneklemimizin büyük bir kısmını oluşturan SKKB hastalarına çekmektedir. Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda uzun yıllar en sık karşılaşılan madde olan kannabis ile son dönemde kullanımı oldukça artan SKlerin yol açtığı ruhsal bozuklukları karşılaştıran çalışmalar son dönemde yazında yer almaya başlamıştır. Kannabis kullanımının başlaması ile psikotik bulguların

ortaya çıkışı arasında geçen süre, yayınlarda farklılık göstermekle beraber 1-32 yıl arasında değiştiği bildirilmektedir (91-93). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada bu süre 7,9 yıl olarak saptanmıştır (93). SK kullanımının başlaması ile psikotik bulguların ortaya çıkışı arasında geçen sürenin, kannabis ile karşılaştırıldığında çok daha kısa olduğu, SK ilişkili psikotik bozukluk vakaları bildirilmiştir (94,95,96,97). 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada psikotik bozukluklara ek olarak SKnin yol açtığı depresyon ve anksiyete bozuklukları nedeniyle tekrarlayan yatışların gerektiği vakalar tanımlanmıştır (87). Bizim çalışmamızda da SK kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk ek tanılarının %25'ini oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki veriler yazında üzerinde durulan SKlerin yatış gerektiren şiddette bir psikiyatrik bozukluk ortaya çıkarma riskini artırdığını destekler niteliktedir.

Yatış şekline bakıldığı zaman ek tanısı olan hasta grubunda aile isteği ile yatışın ön planda olduğu, sadece MKB tanısı olan grupta ise aile isteğinin yanında kolluk kuvvetleri aracılığı ile ya da adli yatışların da önemli yer tuttuğu görülmektedir. Ek tanısı olmayan bu hasta grubunun %34,5'i TMK 432, TCK 32 ve/veya 57 gibi zorunlu yatış kararları ile yatışı yapılan hastalardan oluşmaktadır. Daha detaylı incelendiğinde ek tanısı olmayan bu hasta grubunun %20,6'sı madde kullanımına yönelik tedavi amacıyla ailelerinin talebi üzerine TMK 432 kararı çıkarılan ve zorunlu yatışları yapılan hastalardan oluşmaktadır. Bağımlılıkta etkili tedavi ilkelerinden birinin maddeyi bırakmaya yönelik motivasyon olduğu bilinmektedir (98,99). Motivasyonun olmaması hastaların tedaviyi yarım bırakarak tamamlayamaması, depresme ve diğer olumsuz gidiş için bildirilen en sık nedendir (98,99). Yatarak tedavi MKB tedavisinin sadece bir ayağı olup taburculuk sonrası uygun bir merkezde hem psikofarmakolojik hem de terapötik yaklaşımların beraber uygulanması remisyon halinin devamı için esastır (98,99). Tedavi motivasyonu olmaksızın psikiyatri kapalı kliniğine yatırılarak tedavi gören bu hastaların tedavilerinin etkililiği şüphelidir. Etkili tedavilerin uygulanabilmesi için bu konuda uzmanlaşmış ruh sağlığı hekimlerinin ve kurumların dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların da MKB' nin erken tanısında, danışmanlıkta, acil hizmetlerde ve özellikle koruyucu çalışmalarda rol alması önemlidir (98). Hem MKB tanılı hastalara hem de yakınlarına yönelik yapılacak bilgilendirmeler ve hastaların uygun tedavi birimlerine yönlendirilmesi MKB tedavisine erken başlanmasını

sağlayabilir. Uygun yönlendirmeler ile AMATEM gibi MKB'ye yönelik sağlık hizmeti sunan kurumlara başvuran hastalara yönelik, motivasyonu arttırıcı tekniklerin kullanıldığı programların arttırılması, hastaların bireysel özelliklerine göre seçilebilecek tedavi yöntemleri ile motivasyonu yeterli olmayan hastaların da tedaviye dahil edilebilmesi önemlidir. Böylece MKB'ye komplike klinik tablolar eşlik etmeden tedaviye başlamayı; hasta ile tedavi konusunda daha etkili işbirliği yapmayı sağlayabilir.

Çalışmamızda ek psikiyatrik tanı varlığına göre dürtüsellik ve agresyon şiddetleri değerlendirilmiştir. MKB'ye eşlik eden psikiyatrik ek tanısı olan hasta grubunda BDÖ'nin her üç alt ölçek (motor, dikkat ve plan dürtüselligi) ve toplam puanları ek psikiyatrik tanısı olmayan hasta grubuna göre daha yüksek ve plan dürtüselligi dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Agresyon şiddetlerini saptamak için BPAÖ kullanılmıştır ve ek psikiyatrik tanısı olan grupta tüm alt ölçek puanları (fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke, düşmanlık) ve toplam puan daha yüksek saptanmış ve fiziksel agresyon dışında tüm ölçek puanlarındaki yükseklik istatistiksel olarak da anlamlı olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu bulgular yazındaki çalışmalarını destekler niteliktedir. Yazına bakıldığında ek tanılı olanlarda sadece bir psikiyatrik bozukluğa sahip olan bireylere göre şiddet davranışı prevalansının yaklaşık 3 kat fazla olduğu saptanmıştır (100). Bu ek tanılı durum alkol ve madde kullanım bozukluğu olduğu zaman şiddet davranışının 16 kat arttığı belirtilmiştir (100). Bizim çalışmamızda MKB'ye eşlik eden bu ek tanının %58,3 oranında maddenin yol açtığı bir bozukluk olması da önemlidir. Çalışmamızın bu sonuçları ile psikiyatri kliniklerine ön planda MKB tanısıyla yatışı yapılan hastaların ek psikiyatrik tanıları gözden kaçırmamanın önemine dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda hastalar dürtüsellik şiddetine ve agresyon şiddetine göre bazı klinik özellikler (yatarak tedavi sayısı, yatış süresi, madde kullanım süresi) açısından karşılaştırılmıştır. Hem dürtüselligi hem de agresyonu şiddetli olan hasta gruplarında yatarak tedavi sayısının fazla, hastanede yatış süresinin uzun olduğu saptanmıştır. Yazında yatış süresini ve sayısını etkileyen faktörler olarak yatış tanısı, cinsiyet, yaş, geçmişte yatarak tedavi öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ek psikiyatrik bozukluk varlığı ele alınmıştır (101,102,103). Dürtüselligin

ve agresyonun yatış sayısı ve süresi üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışma bilginiz dahilinde yoktur. Alkol ve eroin bağımlılığı olan hastaların yatarak tedavileri sonrası 12 ay boyunca izlendiği bir çalışmada depresme olan grupta remisyonunda olan gruba göre BIS-11 ve BPAÖ ile değerlendirilen dürtüsellik ve agresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (54). Örneklem ve çalışmanın yöntemi farklılık göstermekle beraber dürtüsellik ve agresyonun depresme ile ilişkili olduğunu gösteren bu veri, çalışmamızdaki dürtüselligi ve agresyonu şiddetli olan grupta yatış sayısının fazla olmasını desteklemektedir. Başka bir açıdan bakıldığında ek psikiyatrik tanı varlığının yatış süresini ve yatış sayısını arttırdığı bilinmektedir (104). Çalışmamızda ek psikiyatrik bozukluğu olan hasta grubunda dürtüsellik şiddeti ve agresyon şiddeti puanları yüksek olarak bulunmuştur. Psikiyatrik ek tanısı olan grupta geçmişte yatarak tedavi sayısının ortalaması (4,7±7,3), psikiyatrik ek tanısı olmayan gruba (0,9±1,1) göre oldukça yüksek bulunmuştur. Yazında MKB ek tanısının hastaların prognozunu kötüleştirdiği ve yatış sayısını arttırdığını bildiren çok sayıda araştırma vardır (40,41). Dürtüselligi ve agresyonu şiddetli olan grupta yatış süresi ve sayısının fazla olması ek psikiyatrik bozukluğun varlığı ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda dürtüsellik ve agresyon şiddetine göre madde kullanım süreleri değerlendirilmiştir. Dürtüselligi şiddetli olan bireylerin madde kullanımına daha küçük yaşlarda başladıkları bilinmektedir (50,64). Çalışmamızda da yazın ile uyumlu biçimde madde kullanım süresi dürtüsellik şiddeti yüksek olan grupta daha uzun olmakla beraber aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Madde kullanım süresi ve agresyon ile ilgili yazında agresyonun erken yaşlarda gelişen alkol bağımlılığı için bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (60). Psikoaktif maddeler ile ilişkisine süre açısından değinilmemekle beraber agresyon ile madde kullanımı ilişkisini ortaya koyan çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda agresyonun madde bağımlılığına eğilim yaratması veya madde kullanımının agresyona yol açması şeklinde tek yönlü bir ilişki olabileceği gibi her ikisinin birbirinin etkisini artırdığı çift yönlü bir ilişki olabileceği de öne sürülmektedir (54,61,64). Çalışmamızda agresyonu şiddetli olan grubun madde kullanım süreleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Bu veriler ışığında çalışmamızda saptadığımız

agresyonu şiddetli olan hastaların madde kullanım sürelerinin uzun olması, yazındaki veriler ile uyumludur.

Psikiyatri kapalı kliniklerinde tedavi gören hastalarda kendisine ya da çevresine zarar verme riski taşıyan ve tedavi ortamının düzenini ve güvenliğini tehlikeye atan davranışlar, agresyon-şiddet, kuralları bozma, firar etme ve tedaviyi reddetme şeklinde çatışma davranışlarının sık görüldüğü bilinmektedir (105,106). Bu çatışma davranışlarından hastaların ve çalışanların zarar görmesini önlemek amacıyla kullanılan ‘kontrol yöntemleri’ arasında; mekanik ve fiziksel kısıtlama, izolasyon, istem dışı intramuskuler sedasyon, yakın gözlem, lüzum hali ek tedavi uygulamaları yer almaktadır (105,106). Tüm psikiyatrik bozukluklarda kontrol yöntemleri kullanılmasını gerektiren bu çatışma davranışları, MKB olan hasta grubunda daha yüksek oranda görülmektedir (107,108). Dolayısıyla bu hasta grubunda klinik tıbbi idare güçleşmektedir. Klinik tıbbi idarenin güçlüğüne işaret eden fiziksel tespit ve parenteral ek tedavi uygulamalarını etkileyebileceği düşünülen bazı değişkenler değerlendirilmiştir. Dürtüsellik şiddeti, agresyon şiddeti ve kullandıkları psikoaktif maddeye göre gruplara ayrılan hastalar, fiziksel tespit ve parenteral ek tedavi uygulamalarının varlığına göre karşılaştırılmıştır. Fiziksel tespit uygulaması dürtüsellik şiddetli olan grupta anlamlı olarak yüksek oranda saptanmıştır. Agresyon şiddetine ve kullanılan maddeye göre ise fiziksel tespit uygulamasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yazında fiziksel tespit uygulamasının çeşitli sosyodemografik özellikler, psikoaktif madde ve alkol kullanım öyküleri, tanı ve hastalık şiddetleri ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu araştırmalarda riskli gruplar; erkek cinsiyet, genç yaş, psikoaktif madde kullananlar, şiddet ve/veya suç öyküsü olanlar, pozitif belirtilerin ağırlıklı olduğu psikotik bozukluk tanılı hastalar olarak tanımlanmıştır (108,109,110). Çalışmamızda fiziksel tespit uygulaması sosyodemografik verilere göre karşılaştırılmamıştır. Bu nedenle yazındaki veriler ile bu yönden karşılaştırma yapmak mümkün değildir. MKB olan hastalarda fiziksel tespit uygulamasının yüksek oranlarda olduğu birçok çalışmada gösterilmekle beraber yazında dürtüsellik şiddeti ile fiziksel tespit uygulamasının arasındaki ilişkiyi saptayan çalışma bilginiz dahilinde yoktur. Çalışmamızda saptadığımız dürtüsellik şiddetli olan hastalardaki fiziksel tespit uygulamasının yüksek oranları, yatışı yapılan hastalardaki dürtüsellik şiddetini tanımlamanın önemini ortaya koyması açısından değerlidir.

Çalışmamızda dürtüselliği şiddetli olan grubun aksine agresyon şiddeti ile fiziksel tespit uygulaması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Agresyon şiddeti açısından değerlendirildiğinde yazında agresyon şiddetini bir değişken olarak alan çalışmalar olmamakla beraber tespit uygulamalarını önlemede, saldırganlığı ve saldırganlık potansiyelini önceden fark etmenin önemi üzerinde durulmuştur (107). Saldırgan davranışın fiziksel tespit nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturduğuna dikkat çekilmiştir (109,110). Sercan ve Bilici'nin (2009) çalışmasında en sık görülen fiziksel tespit nedeninin etkin saldırgan davranış olduğu bildirilmiş ve tespit nedenlerine bir grup olarak bakıldığında insana dönük etkin şiddet (%37.1), servis ortamıyla ilgili nedenler (%34.1) ikinci sırayı, insana dönük şiddet olasılığı (%28.8) sıralamanın ilk üçünü oluşturmaktadır (109). Çalışmamızda fiziksel tespit nedenleri incelenmemekle beraber; MKB tanıları olan örneklemimizde, fiziksel tespit uygulamasına aşerme ile ilişkisi olduğu bildirilen dürtüselliğin sebep olduğu düşünülebilir. Kokain bağımlılığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada dürtüselliği şiddetli olan hastaların agresyon ve aşermelerinin de daha şiddetli olduğu saptanmıştır (111). Bizim örneklemimizde kokain gibi aşermeye daha yoğun sebep olabilecek maddeler kullanılmaması fiziksel tespit uygulamalarının agresyon şiddetinden bağımsız olmasını açıklayabilir (112). Dürtüselliği şiddetli olan grupta fiziksel tespit oranlarının yüksek olmasının, aşermenin yol açtığı dürtüsellekle açıklanabileceği akla yakın gelmektedir.

Çalışmamızda SKKB, SK+diğer MKB ve Diğer MKB olarak sınıflandırdığımız hasta grupları ile fiziksel tespit uygulaması arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yazında kullanılan maddeler ile fiziksel tespit uygulamaları arasındaki ilişkiyi saptayan araştırma yoktur. Örneklemimizin önemli bir kısmını (%49,6'sı SKKB ve %24,8'i SK'ye eşlik eden başka bir madde kullanım bozukluğu) SK kullanım bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. SK dışında 'diğer MKB' tanısı olan hastaların az sayıda olması aradaki olası farkın ortaya çıkmasını engellemiş olabilir.

Parenteral ek tedavi gereksiniminin dürtüsellik ve agresyon şiddeti düşük ve yüksek hasta grupları arasında farklılık göstermediği ancak tanı grupları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. SK kullanımı olmayan ve çalışmamızda 'diğer

MKB' olan grupta parenteral ek tedavi gereksinimi SK kullanımı olan diğer iki gruba göre (SKKB ve SK+Diğer MKB) anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bu veri SKKB olan hastalar ile yaşanan klinik tıbbi idare güçlüğüne ortaya koyması açısından da önemlidir. SK kullanımı olan hastaların kullandıkları SK'nin içerdiği farklı bileşikler nedeniyle çoğu zaman öngörülemeyen farklı klinik tablolara yol açtığı yazında sıklıkla ele alınmıştır (4,35,88,113). Bizim çalışmamızın bu konudaki verileri, SKKB olan kişilerde ortaya çıkan klinik tabloların çeşitlilik göstermesi, yatış sonrası düzenlenen tedavide diğer psikiyatrik tanılara kıyasla daha çok değişiklik ve eklemelere gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

Bu veriler ışığında hastaların klinik tıbbi idaresinde yaşanan güçlükleri yordayabilecek değişkenleri saptamak için bu güçlüğü öngörebileceği düşünülen klinik ve sosyodemografik veriler tek değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde p değeri <0.20 bulunan değişkenler çok değişkenli regresyon analizine aday değişkenler olarak alınmıştır. Parenteral ek tedavi gereksinimi, fiziksel tespit uygulaması ve konsültasyon gereksinimi değişkenlerinden iki ya da üçünün pozitif olması 'klinik tıbbi idare güçlüğü yaşanması' olarak belirlenmiştir. Bu analizlerde klinik tıbbi idare güçlüğüne yordayan değişkenler olarak tanı ve dürtüsellik şiddeti ön plana çıkmıştır. Lojistik regresyon analizi ile hastaların tanılarına göre yapılan incelemede klinik tıbbi idaresinde en az güçlük yaşanan 'Diğer MKB' grubu referans kabul edildiğinde, tanısı 'SK+diğer MKB' olan grupta klinik tıbbi idare güçlüğü yaşanma olasılığı, 6,02 kat daha yüksek saptanmıştır. Bu veri yazındaki çoğul madde kullanımı sonucu ortaya çıkan klinik tabloların daha ağır olduğu bilgisini doğrular nitelikte olmakla beraber; SK ile ilgili yapılmış, bilginiz dahilinde ilk çalışma olması açısından da önemlidir. Lojistik regresyon analizi ile bir diğer anlamlı veri, dürtüsellik şiddeti değişkeninde elde edilmiştir. Dürtüsellik şiddeti yüksek olan grupta klinik tıbbi idare güçlüğü yaşanma olasılığının düşük olan gruba göre 4,44 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hem dürtüsellik, madde kullanımının etiyolojisinde rolünün olduğu, hem de madde kullanımının sonucu olarak görülebileceği birçok çalışmada bildirilmiştir (50). Çalışmamızda klinik idarede güçlük yaşanmasını yordayıcı olarak karşımıza çıkması yazın ile uyumlu olarak dürtüsellik sadece sebep ya da sonuç

olmaktan öte hastaların tedavilerinde de oldukça önemli bir yeri olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Hastaların 40'ında (%35,4) en az bir sanrı saptanmıştır. SKKB, SK+diğer MKB ve diğer MKB grupları Huber Gross sanrı sınıflama sistemi kullanılarak sınıflandırılan sanrı içerikleri açısından karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında sanrı içerikleri açısından fark saptanmamıştır. Tüm tanı gruplarında en sık saptanan sanrı perseküsyon sanrısıdır. Perseküsyon sanrısı olan hastalar perseküsyon sanrılarının detaylı içeriğine göre karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamakla beraber SKKB olan grupta en sık 'öldürülme', SK+diğer MKB olan grupta ilk sırada 'fiziksel/ruhsal yaralanma', diğer MKB grubunda en sık perseküsyon içeriği alt türü eşit oranda 'takip edilme' ve 'öldürülme' olarak saptanmıştır. Persekütör çoğunlukla komşular ve aile üyeleri olarak saptanmıştır. Persekütör tipi açısından yapılan karşılaştırmada sadece asker/polis persekütöründe SK+diğer madde kullanım bozukluğu grubu lehine istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Yazına baktığımızda sanrı tipleri ve tedavi yanıtına etkilerini araştıran çok az sayıda araştırma olmakla beraber olan çalışmalar psikotik bozukluk hastalarında yapılmıştır. Psikotik bozukluk hastalarında en sık saptanan sanrının perseküsyon sanrısı olduğu ve persekütör kişilerin çoğunlukla aile bireyleri gibi yakın çevreden kişiler oldukları bilinmektedir (114,115). Madde kullanımı olan hastalarda sanrı içeriklerine ilişkin bilginiz dahilinde bir araştırma olmamakla beraber bu konuda vaka bildirimleri ön plandadır. Yazında kannabisin akut kullanımda psikotik tablolara da yol açmakla beraber psikotik bulgulara daha çok kronik kullanım sonucu yol açtığı bilinmekte ancak SK kullanımı sonrası akut dönemde psikotik bulguların ön planda görülebildiği belirtilmiştir (95). Buna ek olarak uzun yıllar kannabis kullanımı olup psikotik bulgusu olmayan bireylerde de kısa süreli SK kullanımı sonrası psikotik bulgular ortaya çıktığı saptanmıştır (95). SK kullanımıyla ilişkilendirilen psikotik bulgular olarak sıklıkla görsel ve işitsel varsanılar, paranoid ve grandiyöz sanrılar, dezorganize ve bizar davranışlar tanımlanmıştır (96,97). Ülkemizde 10 günlük SK kullanımı sonrası Capgras Sendromu gelişen bir vaka bildirilmiştir (94). Bizim çalışmamızda da yazındaki vakalar ile uyumlu biçimde en sık perseküsyon sanrısı saptanmış; sanrı varlığı ve sanrı türleri açısından farklı hasta grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bugüne kadar yazında bu konuda az sayıda vaka bildirimini dışında çalışma olmaması, psikoaktif maddelerin yol açtığı düşünce bozuklukları hakkında genelleme yapmayı güçleştirmektedir. Bizim çalışmamızda madde kullanım sıklığı, süresi gibi madde kullanım özelliklerinin gruplar arasında farklılık göstermesi, anlamlı sonuç elde edilmesini engellemiş olabilir.



6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

1. Çalışmada farklı psikoaktif madde kullanımlarının yol açtığı klinik özellikleri tanımlamak amaçlanmış olsa da bazı maddelerin kullanım oranlarının düşük olması kısıtlılıklardan biridir.
2. Hastaların değerlendirmeye alınan laboratuvar tetkikleri, kliniğe yatışlarının ilk gününde yapılmıştır. Hastaların yatış öncesi son madde kullanımları ile yatış arasında geçen sürenin değişken olması, farklı MKB olan hasta grupları arasında anlamlı fark saptanan laboratuvar parametreleri dışında bazı laboratuvar değerlerindeki farkların saptanmasını önlemiş olabilir.
3. Psikotik bulgusu olan hastalar sanrı içeriklerine göre değerlendirilmiş ancak varsanılarının olup olmaması veya varsanıların içeriği değerlendirilmeye dahil edilmemiştir.
4. Agresyon ve dürtüsellik şiddetlerinin değerlendirildiği ölçeklerin öz bildirim ölçeği olması nedeniyle bu ölçeklerden elde edilen veriler hastaların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır.
5. Hastaların psikoaktif madde kullanım özellikleri, hastanın kendisinin ve yakınlarının sözel beyanlarına ve tıbbi dosya kayıtlarına göre değerlendirilmiştir. Hastaların madde kullanımına başlama yaşı, kullanılan madde miktarı, geçmişte kullanılan ancak şimdi kullanımı devam etmeyen maddelere ilişkin kullanımlarını gizleme olasılığı ve hasta yakınlarının da psikoaktif madde kullanım öyküsü ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olabilmeleri, geçmiş madde kullanım özelliklerine dair yeterli ve güvenilir bilgi edinilmesini kısıtlayan bir durum olarak değerlendirilebilir.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızın yapıldığı altı aylık süre boyunca kliniğe toplam 465 hasta yatışı olmuştur. Yatışı olan toplam 447 hastanın 17sinin yatışları yinelemiştir. MKB tanıli hastalar tüm hastaların %27,2'sini oluşturmaktadırlar.

SK'lerin kullanımı son yıllarda hızla artmıştır ve piyasadaki kullanılan psikoaktif maddelerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Buna paralel olarak örneklem grubumuzda en yüksek oranda tercih edilen madde SK olarak saptanmıştır.

Madde kullanımı sonucunda etkilenmesi olası vital ve laboratuvar değerlerine göre yapılan karşılaştırmada SKKB olan hastalarda kardiyak enzimlerden CK-MB ve LDH değerleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. SKKB olan 73 hastanın sadece 13'ünde idrarda madde metaboliti saptanmıştır. SK'lerin bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere sık değişen madde içerikleri nedeniyle madde metabolitinin saptanma oranı oldukça düşüktür.

Ek tanıli hastalarda dürtüsellik ve agresyon ölçeklerinde daha yüksek puanlar saptanmıştır. Dürtüselligi ve agresyonu şiddetli olan hasta gruplarında madde kullanım süresi daha uzun, yatarak tedavi sayısı daha fazla, klinik global izlem ölçeği puanları daha yüksek ve hastanede yatış süresi daha uzun olarak bulunmuştur. Bu veri dürtüsellik ve agresyon şiddetinin tedavi ve hastalığın gidişi üzerindeki önemini ortaya koymaktadır.

Hastaların klinik tıbbi idaresinde günlük yaşanması, parenteral ek tedavi gereksinimi, fiziksel tespit uygulaması ve konsültasyon istemi özelliklerinden iki ya da üç tanesinin varlığı olarak belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizi ile SK+diğer MKB tanısı ve dürtüsellığın şiddetli olması klinik tıbbi idare güçlüğü yaşanmasını öngören özellikler olarak saptanmıştır. Farklı MKB olan hastalar ile yapılacak daha geniş örneklemli çalışmalar, MKB tanıli hastaları tedavi ederken klinik tıbbi idarede güçlük yaratan durumları, daha detaylı tanımlamaya yardımcı olacaktır.

Hastaların sanrı içeriklerine göre yapılan karşılaştırmada hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. MKB tanılı hastalarda sanrı içeriklerine ilişkin farklılıkları saptamak için farklı MKB olan hastalardan oluşan geniş örneklemlemler ile çalışmalar yapılması önerilebilir.



8. KAYNAKLAR

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2016. United Nation Publications. [Internet]. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.
2. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) 2014 Raporu. Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Ankara, 2014 .
3. Ögel K, Taner S, Eke CY. Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örneklemi Bağımlılık Dergisi. 2006;7(1):18–23.
4. Evren C, Bozkurt M. Sentetik Kannabinoidler: Son Yılların Krizi. Dusunen Adam. 2013;26(1):1–11.
5. Kerner B. Comorbid substance use disorders in schizophrenia: A latent class approach. Psychiatry Res. 2015;225(3):395–401.
6. Güleç MY, Elbay RY, Şayakçı S, Meteris H, Hariri AG, Tezcan AE. Yatan Psikiyatri Hastalarında Madde Kullanımı ve Hastalıklara Göre Dağılımı: Retrospektif Bir Çalışma. 2010;23(3):166–73.
7. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klin J Int Med Sci. 2005;1(47):61–4.
8. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. Human Genetics. 2012;131: 779-89.
9. Öztürk MO, Uluşahin O, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 13. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, Ankara, 2015.
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri / Klinik Psikiyatri. 11. Baskı. Bozkurt A (Çeviri Ed.) Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2016, 420.
11. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51). [Internet]. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/> .
12. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010.
13. Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. Eütf Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelemesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi; 2004;5(3):115-120.
14. Güleç G, Köşger F, Eşsizoğlu A. DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(4):448–60.
15. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM - 5). Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.

16. Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş, Doğan O, ve ark. Dokuz İilde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatr Derg. 2004;15(2):112–8.
17. European Drug Report 2016: Trends and Developments. European Monitoring of Drugs and Drugs Addiction. [Internet]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2016>.
18. Sentetik Kannainoidler. Uyuşturucu ile mücadele daire başkanlığı, EGM Yayınları. Ankara,2016 .
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). American Psychiatric Association. Washington, DC,1980.
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 34th edition (DSM-IV). American Psychiatric Association. Washington, DC,1994.
21. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması (Çev. ed.: MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
22. Pertwee RG. Pharmacology of cannabinoid CB1 and CB2 receptors. Pharmacol Ther. 1997;74(2):129–180.
23. Hardaway R, Schweitzer J, Suzuki J. Hallucinogen Use Disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2016;25: 489–496.
24. Hofmann A. The Discovery of LSD and Subsequent Investigations on Naturally Occurring Hallucinogens. Discov Biol Psychiatry.1970;91–106.
25. Boztaş MH, Arısoy Ö. Uçucu Madde Bağımlılığı ve Tıbbi Sonuçları. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(4):516–31.
26. Mj K. Opiates, opioids and addiction. Mol Psychiatry. 1996;1(3):232–254.
27. Wood PL. Multiple opiate receptors: Support for unique mu, delta and kappa sites. Neuropharmacology. 1982;21(6):487–497.
28. Barends C, Absalom A. Anxiolytics, sedatives and hypnotics. Anaesthesia and Intensive Care Medicine. 2016;17: 411–417.
29. Heal DJ, Smith SL, Gosden J, Nutt DJ. Amphetamine, past and present--a pharmacological and clinical perspective. J Psychopharmacol. 2013;27(6):479–496.
30. Parrott AC. Is ecstasy MDMA? A review of the proportion of ecstasy tablets containing MDMA, their dosage levels, and the changing perceptions of purity. Vol. 173, Psychopharmacology. 2004;173: 234–241.
31. Yıldız M. Bipolar Bozukluk Olgularında Alkol-Madde Kullanımının Saldırganlık ve Şiddet Davranışı ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış tez çalışması, 2014 .
32. Kılıç FS. Bağımlılık ve Uyarıcı Maddeler. Osmangazi Tıp Derg. 2016;38(1):55–60.
33. Köksal C, Nazikoğlu C, Kuplay YY, Ar AY, Buluç H, Turan G ve ark. Sosyal ve Medikal Aciliyet: Sentetik Kannainoidlere Genel Bakış ve Retrospektif Bir Çalışma. Boğaziçi Tıp Dergisi. 2015;2(2):8–12.

34. Davidson C. New psychoactive substances. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2012;39(2):219–20.
35. Mutlu E, Alniak İ, Aksoy UM, Erkıran M. Denetimli Serbestlik Popülasyonunda Sentetik Kannabinoid Kullanım. *Adli Tıp Dergisi*.2015; 29(3): 169-178
36. Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: A review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacology and Biol Psychiatry*. 2012;39(2):234–43.
37. Özkanlı F. Sentetik kannabinoidler. *FABAD J. Pharm. Sci*. 2017;42: 67-80.
38. Bozkurt M, Umut G, Evren C, Karabulut V. Sentetik Kannabinoid Kullanımı Nedeniyle Polikliniğe Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri ve Laboratuvar Sonuçları Müge. *Dusunen Adam*. 2014;27(4):328–34.
39. Kalaycı ÇÇ.Sentetik Kannabinoid Kullanım Bozukluğu Olan Olguların Difüzyon Tensör Görüntüleme Yöntemi İle Beyaz Cevher Bütünlüğü Açısından Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması.Yayımlanmamış tez çalışması,2015.
40. Dilbaz N, Darçın AE. Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu eş tanili hastalarda tedavi. Vol. 21, *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2011;21: 80–92.
41. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA J Am Med Assoc*. 1990;264(19):2511–25118.
42. Demir Ç, Ceylan ME, Önal O, Özgün F. Şizofrenili Hastalarda Sigara İçiminin Antipsikotik Tedavi Etkinliği ve İlaç Yan Etkileri Üzerine Etkisi. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2002;12(2).
43. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: Examination of the evidence. Vol. 184, *British Journal of Psychiatry*. 2004;184: 110–117.
44. Evren C, Ögel K. Alkol madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması , depresyon , anksiyete ve alkol / madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2003;(4):30–7.
45. Pacek LR, Storr CL, Mojtabai R, Green KM, La Flair LN, Alvanzo AAH, et al. Comorbid alcohol dependence and anxiety disorders: A national survey. *J Dual Diagn*. 2013;9(4):271–280.
46. Alniak İ. Bipolar Bozukluk Olgularında Alkol-Madde Kullanımının Saldırganlık ve Şiddet Davranışı ile İlişkinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış tez çalışması, 2014.
47. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C, Miles KM, Hill D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophr Bull*.2000;26(1):179–192.
48. Evren C. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanisi: Bir Gözden Geçirme. *Klin Psikiyatr Derg*. 2004;7: 111–119.
49. Karakuş G,Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 37(1): 37-48.

50. Grant JE, Chamberlain SR. Impulsive action and impulsive choice across substance and behavioral addictions: Cause or consequence? *Addictive Behaviors*. 2014;39:1632–1639.
51. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet*. 2001;358: 949–950.
52. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158: 1783–1793.
53. Moeller TG. Youth aggression and violence: A psychological approach. 2001. Mahwah, NJ: Erlbaum.
54. Yılmaz A. Erkek Alkol Ve Eroin Bağımlılarında Dürtüsellik Ve Agresyonun Depreşme Üzerine Etkisi. *Yayınlanmamış Tez Çalışması*, 2013.
55. Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2004;28: 343–351.
56. Perry JL, Carroll ME. The role of impulsive behavior in drug abuse. Vol. 200, *Psychopharmacology*. 2008;200: 1–26.
57. Anderson CA, Bushman BJ. Human Aggression. *Annu Rev Psychol*. 2002;53(1):27–51.
58. Pavlov KA, Chistiakov DA, Chekhonin VP. Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans. *Journal of Applied Genetics*. 2012;53: 61–82.
59. Becker G. The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Some unfinished business. *J Res Pers*. 2007;41(2):434–452.
60. Mann K, Ackermann K, Jung M, Morlock P, Mundle G. Aggressiveness, onset of dependence, and treatment outcome in socially well-adapted alcoholics. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(1):16–9.
61. Bácskai E, Czobor P, Gerevich J. Gender differences in trait aggression in young adults with drug and alcohol dependence compared to the general population. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2011;35(5):1333–40.
62. Doran N, Luczak SE, Bekman N, Koutsenok I, Brown SA. Adolescent Substance Use and Aggression: A Review. *Criminal Justice and Behavior*. 2012;39: 748–769.
63. Bozkurt M, Evren C, Yılmaz A, Can Y, Cetingok S. Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol ve Eroin Bağımlısı İki Grupta Agresyon ve Dürtüsellik. *Klin Psikofarmakol Bülteni*. 2013;23(4):335–344.
64. Muntaner C, Walter D, Nagoshi C, Fishbein D, Haertzen CA, Jaffe JH. Self-report vs. laboratory measures of aggression as predictors of substance abuse. *Drug Alcohol Depend*. 1990;25(1):1–11.
65. Barratt ES. Anxiety and Impulsiveness Related to Psychomotor Efficiency. *Percept Mot Skills*. 1959;9(3):191–198.
66. Spinella M. Normative data and a short form of the Barratt Impulsiveness Scale. *Int J Neurosci*. 2007;117(3):359–368.
67. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması. *Noropsikiyatri Ars*. 2013;50(2):130–4.

68. Evren C, Çinar Ö, Güleç H, Çelik S, Evren B. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması . *Dusunen Adam*. 2011;24(4):283-95.
69. Guy W. Clinical global impression scale. *ECDEU Assess Man Psychopharmacol*. 1976;338:218-22.
70. Huber G, Gross G, Schüttler R. A Long - Term Follow - Up Study Of Schizophrenia: Psychiatric Course Of Illness And Prognosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1975;52(1):49-57.
71. Alterman AI, Erdlen DL, Laporte DJ, Erdlen FR. Effects of illicit drug use in an inpatient psychiatric population. *Addict Behav*. 1982;7(3):231-42.
72. Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assessment and Classification of Patients With Psychiatric and Substance Abuse Syndromes. *Psychiatr Serv*. 1989;40(10):1019-25.
73. Bergman HC, Harris M. Substance abuse among young adult chronic patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1985;9: 49-54.
74. Soygür H, Özalp E, Cankurtaran EŞ, Turhal L, IŞIK U, Çekiç T ve ark. Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beş yüz günü: Bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(3):170-176.
75. Sancak B, Özgen G, Özer Ü, Uzun U. Bir Akut Psikoz Kliniğinde Yatan Erkek Hastalarda Psikoaktif Madde Kullanımı ve Klinik Değişkenler Üzerine Etkisi. *Journal of Dependence*. 2014;15(4):167-172.
76. Bulut M, Savaş H A, Cansel N. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006;7:65-70.
77. Yüncü Z, Saatçioğlu H, Aydın C, Özbaran NB, Altıntoprak E, Köse S. Bir Şehir Efsanesi □: Madde Kullanmaya Başlama Yaşı Düşüyor Mu? *Lit Sempozyum*. 2014;1(4):43-50.
78. Kırçelli EF. Davranım Bozukluğu Tanısı Alan Ergenlerde Tanının Sürekliliği, Klinik Gidişi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *Yayınlanmamış Tez Çalışması*.2010.
79. Johnston LD, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring The Future National Results On Drug Use, 1975-2011. *Second Sch Students 2010*. 2012;I:24-5.
80. Türkcan A. Türkiye'de Madde Kullananlar ın Profili: Hastane verilerinin incelenmesi. 1998;3(11):56-64.
81. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye ' de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Derg*. 2012;10(2):93-115.
82. Karşıdağ Ç, Alpay N, Kocabiyik A. Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı. *Düşünen Adam*. 2005;18(1):13-20.
83. Karakükcü Ç, Zahit Çiraci M, Koçer D, Ertürk Zararsız G, Reyhancan M, Altıntop İ. Laboratuvar verilerine dayalı idrarda yasa dışı madde analiz sonuçlarına göre bölgesel madde kullanım yaygınlığının belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2018;19(2):169-76.
84. Ergul DF, Ekemen S, Yelken BB. Sentetik Kannabinoid 'Bonzai' İntoksikasyonu: Altı Olgu Serisi. *Turk J Anaesth Reanim* 2015; 43: 347-51.
85. Hopkins CY, Gilchrist BL. A case of cannabinoid hyperemesis syndrome caused by synthetic cannabinoids. *J Emerg Med*. 2013;45(4):544-6.

86. Altınışık U, Altınışık HB, Şimşek T, Doğu T, Şimşek E, Aydın H. Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Sentetik Kannabinoid (Bonzai) zehirlenmesi Olgularının Klinik Özellikleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Derg* . 2015;13(3):117–21.
87. Glue P, Al-Shaqsi S, Hancock D, Gale C, Strong B, Schep L. Hospitalisation associated with use of the synthetic cannabinoid K2. *N Z Med J*. 2013;126(1377):18-23.
88. Harris CR, Brown A. Synthetic Cannabinoid Intoxication: A Case Series and Review. *J Emerg Med*. 2013;44(2):360–6.
89. Mir A, Obafemi A, Young A, Kane C, US Department of Justice DEA, University C, et al. Myocardial infarction associated with use of the synthetic cannabinoid K2. *Pediatrics* . 2011;128(6):1622-7.
90. Atik SU, Dedeoğlu R, Varol F, Çam H, Eroğlu AG, Saltık L. Bonzai kullanımına bağlı kalp ve damar sistemi yan etkileri: İki olgu sunumu. *Turk Pediatr Ars*. 2015;50(1):61–4.
91. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325(7374):1212–3.
92. Fergusson DM, Poulton R, Smith PF, Boden JM. Cannabis and psychosis. Vol. 332, *British Medical Journal*. 2006;332:172–5.
93. Saygılı S, Özden SY: Esrar kullanımı ve psikiyatrik bozukluklar. 1991;3:3–6.
94. Özer Ü, Çeri V, Evren C. Sentetik Kannabinoid Kullanımı Sonrası Gelişen Capgras Sendromu: Bir Ergen Olgu. *Dusunen Adam*. 2016;29:374–8.
95. Sonmez I, Kosger F. Synthetic cannabinoid receptor agonist- associated psychotic disorder: A case report. *Turkish J Psychiatry*. 2016;27(1):63–6.
96. Oluwabusi OO, Lobach L, Akhtar U, Youngman B, Ambrosini PJ. Synthetic Cannabinoid-Induced Psychosis: Two Adolescent Cases. *J Child Adolesc Psychopharmacol* . 2012;22(5):393–5.
97. Hurst D, Loeffler G, McLay R. Psychosis associated with synthetic cannabinoid agonists: A case series. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168: 1119.
98. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010.
99. Evren C, Duran Ç. Alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80(1):15–22.
100. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(7):761–70.
101. Yıldız A, Onur E, Turgut K, Tunca Z. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde hasta yatış sürelerini etkileyen faktörler. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2003;13(3):122–8.
102. Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Gülücü A, Ergelen M. Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri*. 2013;225–31.
103. Harris M, Bergman HC BL. Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population. *Hosp Community Psychiatry*. 1986;37:630–1.

104. Darçin AE, Nurmedov S, Noyan CO, Yılmaz O, Dilbaz N. Özel bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastalarda psikiyatrik eş tanının bağımlılık seyri ile ilişkisi. *Dusunen Adam*. 2015;28(3):196–203.
105. Tekkaş K, Bilgin H. Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar. *Türk Psikiyatr Derg*. 2010;21(3):1–8.
106. Bowers L, Douzenis A, Galeazzi GM, Forghieri M, Tsopelas C, Simpson A, et al. Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(10):822–8.
107. Coşkun S, Avlamaz F, Genç H. Akut Psikoz Kliniklerinde Mekanik Tespit Uygulamasında Cinsiyete Özgü Farklılıklar. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2010;1(3):108–14.
108. Uzun U, Sancak B, Özer Ü, Özen Ş. Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği. *Yeni Symp*. 2015;53(4):16–21.
109. Sercan M, Bilici R. Türkiye’de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatr Derg*. 2009;20(1):37–48.
110. Coşkun S, Avlamaz F. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Uygulanan Mekanik Tespit Sayı ve Süresinin Bir Yıl İçinde Gösterdiği Değişimin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2010;1(2):51–5.
111. Roozen HG, Kroft PVD, Marle HJV, Franken IHA. The impact of craving and impulsivity on aggression in detoxified cocaine-dependent patients. *J Subst Abuse Treat*. 2011;40(4):414–8.
112. Şatır T.T, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Kokain Kullanım Bozukluğunda Birbirini Takip İki Sürecin Değerlendirilmesi, *Bağımlılık Dergisi*, 1: 1, 2000.
113. Vardakou I, Pistos C, Spiliopoulou C. Spice drugs as a new trend: Mode of action, identification and legislation. *Toxicology Letters*. 2010;197:157–62.
114. Gecici O, Kuloglu M, Guler O, Ozbulut O, Kurt E, Onen S, et al. Phenomenology of delusions and hallucinations in patients with schizophrenia. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2010;20(3):204–12.
115. Kimhy D, Goetz R, Yale S, Corcoran C, Malaspina D. Delusions in individuals with schizophrenia: Factor structure, clinical correlates, and putative neurobiology. *Psychopathology*. 2005;38(6):338–44.

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sevilay Kunt

Doğum yeri ve tarihi: Hatay, Samandağ / 02.03.1988

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: Zuhuratbaba Mah. Demirkapı Cad. Çiğdem Apt.
No:24/9 Bakırköy/İstanbul / 05366718618

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2005-2012

Gaziantep Vehbi Dinçerler Fen Lisesi 2002-2005

Hatay-Samandağ İlköğretim Okulu 1999-2002

Hatay-Sıdıka Bedia Kara İlkokulu 1996-1999

Hatay-Necatibey İlkokulu 1994-1996

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru): Asistan Hekim 2013-2018

IV- Mesleki Deneyimi: 2012 Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türkiye Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Poster Bildirileri

Aripiprazol ile düzelen bir geç diskinezi olgusu-Olgusu-Olgusu sunumu-Kunt S, Gürel B, Tunçtürk M, Karşıdağ Ç – Poster Bildiri, Türkiye Psikiyatri Derneği 19. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

Fregoli Sendromu; Bir Olgusu Sunumu-Uygun E, Sözer B, Kunt S, Fıstıkçı N - Poster Bildiri, TPD 19. Klinik Eğitim Sempozyumu

Akromegali ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Birlikteliği: Bir Olgusu Sunumu-Kunt S, Çetinay PA, Dağistan E, Öztürk N, Aydın N – Poster Bildiri, TPD 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi52. Ulusal Psikiyatri Kongresi

Brshh Amatem Polikliniği'ne Başvuran Suriyeli Hastaların Verileri-Sözel Bildiri-
Uygun E, Kunt S, Evren C-11. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

50. Ulusal Psikiyatri Kongresi

52. Ulusal Psikiyatri Kongresi

Türkiye Psikiyatri Derneği 19. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim
Sempozyumu

11. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi



10. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SAUM



06.06.2017/31

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi :Asist. Dr. Sevilay KUNT'un 26.05.2017 tarih ve 19619-00045961352 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Eğitim Koordinatörü Doç. Dr. Bekir TUĞCU ve üyeler Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 06.06.2017 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği 12. Ünitesinde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Sevilay KUNT'un, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN'ın eşliğinde yürütülecek olan "Bir Psikiyatri Kliniğinde Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı ve Klinik Özellikleri" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan
Doç. Dr. Murat ERKIRAN

Üye
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Üye
Doç. Dr. Bekir TUĞCU

Üye
Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI

Üye
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN

EK 2 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ ve KLİNİK TAKİP FORMU

- i. Dosya No:
ii. Yatış Tarihi:

1. Adı- Soyadı:
2. Yaş:
3. Medeni Durum:
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
 - 3) Boşanmış / Dul
 - 4) Evli ancak ayrı yaşıyor
 - 5) Diğer
4. Çocuk:
 - 1) Var (sayısı.....)
 - 2) Yok
5. Birlikte Yaşadığı Kişiler:
 - 1) İlk ailesi
 - 2) İkinci ailesi
 - 3) Arkadaş
 - 4) Partner
 - 5) Yalnız
6. Eğitim Durumu (verileri girerken yıl olarak gireceğiz)
 - 1) İlkokul
 - 2) Ortaokul
 - 3) Lise
 - 4) Üniversite
7. Çalışma Durumu
 - 1) Öğrenci
 - 2) Çalışıyor
 - 3) Emekli
 - 4) Malulen emekli
 - 5) İşsiz
8. Genel tıbbi durumda özellik: 1) Yok 2) Var : Belirtiniz:.....
9. Bilinen psikiyatrik bozukluk : 1) Yok 2) Var: Belirtiniz:.....
10. Aşağıda kodlanmış hastalıkların 1.derece akrabalarında varlık durumu:
 - 1) Şizofreni
 - 2) Bipolar Duygulanım Bozukluğu
 - 3) Major Depresyon
 - 4) Anksiyete Bozukluğu
 - 5) Alkol Kullanımı
 - 6) PAM Kullanımı
 - 7) Diğer.....
11. Suisid Girişimi: 1) Yok 2) Varsa Sayısı:
12. Adli Öykü: 1) Yok 2) Var:
13. Yatarak Tedavi Öyküsü: 1) Yok 2) Varsa

a) Sayısı:

b) Tanısı:

14. Yatışı Sırasında Düzenli İlaç Kullanımı: 1) Yok) Var: Belirtiniz:

15. Hastaneye Yatış Şekli: 1) Aile İsteği İle 2) TMK 432 İle 3) Kendi İsteği İle
4) Adli

16. Sigara Kullanımı: 1) Yok 2) Varsa

a) Başlama yaşı:

b) Kullanılan sigara miktarı: (adet sigara/gün)

c) Kaç yıldır (paket/yıl)

17. Alkol Kullanımı : 1) Yok 2) Varsa

a) Başlama yaşı:

b) Kaç yıldır (haftada 3 veya daha fazla)

c) Kullanılan alkol miktarı: (birim içki/hafta)

c) Son alkol kullanımı:

d) Deliryum tremens öyküsü 1) Yok 2) Var

18. İlk Kullanılan Madde:

1 Kannabinoid (marihuana, joint, gubar vb)

2 Sentetik kannabinoid (bonzai)

3 Ekstazi

4 Eroin

5 Kokain

6 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar

7 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)

8 Çeşitli haplar (akineton, xanax vb)

9 Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)

10 Diğer

19. Madde Kullanımının Başlama Yaşı:

20. Madde kullanma süresi: yıl:

21. Son 1 Yıl İçinde Kullanılan maddeler :

	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-3 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
Kannabis (marihuana, joint, gubar vb)					
Sentetik kannabinoid (bonzai)					
Ekstazi					
Eroin					
Kokain					
Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar					
Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)					
Çeşitli haplar (akineton, xanax vb)					
Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)					
Diğer					

22. Hastaneye Yatış Öncesi Kullanılan Son Madde:

23. Hastaneye Yatış Öncesi Son Madde Kullanma Zamanı:

24. Hastaneye Yatış Öncesi Kullanılan Son Maddenin Kullanım Şekli:

25. İdrarda Madde Metaboliti: 1) Yok

- 2) Vara) Kannabis
b) Sentetik kannabinoid
c) Amfetamin
d) Extazi
e) Etil Glukronid
f) Kokain
g) Opiat
h) Benzodiazepin
ı) Barbiturat
i) Buprenorfin

j) Numune saflık paketi

26. Ateş:	CK:	Üre:
Nabız:	ALT:	Kretinin:
Kan basıncı:	AST:	Ürik Asit:
Na:	Troponin:	QTc:
K:	CK-MB:	BMI:
Cl:	LDH:	

27. Yatışı sırasında fiziksel tespit ihtiyacı: 1) Yok 2) Varsa Sayısı:

28. Parenteral Ek Tedavi İhtiyacı: 1) Yok 2) Varsa Sayısı

29. Hastanede yatış süresi:gün

30. Diğer branşlara konsültasyon ihtiyacı:

1) yok

2) var a) Dahiliye

b) Nöroloji

c) Kardiyoloji

d) Genel Cerrahi

e) Dermatoloji

f) Ortopedi

EK 3 - BARRATT- DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmeme gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				
12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				

EK 4 - BUSS-PERRY AGRESYON ÖLÇEĞİ

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ.	HİÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	BENİM İM
1 . Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2 . Yeterince kızdırtılırsam 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 düşünemiyorum.*					
8 . Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9 . O kadar kızdım ki, bir şeyleri kırdım.					
10. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda onlara açıkça söylerim.					
11. Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12. İnsanlar sınırimi 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 kıskançlık beni yiyip bitirir.					
23. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24. Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibi.					
25. Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26. "Arkadaşların", arkamdan hakkımda konuştuklarını biliyorum.					
27. Fazla dostça davranan yabancıardan şüphelenirim.					
28. Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29. İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

EK 5 - KLİNİK GLOBAL İZLEM ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

EK 6 - HUBER- GROSS SANRI SINIFLANDIRMA SİSTEMİ

Huber Gros Sanrı Sınıflandırma Sistemine Göre Sanrılar

	yok	var
1-Perseküsyon		
2-Referans		
3-Zehirleme		
4-Dinsel		
5-Grandiyöz		
6-Düşünce Okuma		
7-Kontrol Edilme		
8-Kıskançlık		
9-Suçluluk/Günahkarlık		
10-Hipokondri		
11-Erotomani		
12-Düşünce Yayını		
13-Düşünce Sokulması		
14-Düşünce çekilmesi		
15-Nihilistik		
16-Soyluluk		
17-Eşcinsellik		
18-Parazitöz		
19-Dünya Felaketi		
20-Yakın ölümü		
21-Ölmüş olma		
22-Diğer		

Kötülük Görme Sanrılarının Detaylı İçeriği

1-Fiziksel/ruhsal yaralanma		
2-Takip edilme		
3-Öldürülme		
4-İzlenme		
5-Büyü yapılması		
6-Telefonunun dinlenmesi		
7-Saldırıya uğrama		
8-İftira atılması		
9-Cinler tarafından ele geçirilme		
10-Fotoğrafın çekilmesi		
11-Şeytan tarafından ele geçirilme		
12-Diğer		

Kötülük Görme Sanrılarında Persekütör Tipleri

1-Aile üyeleri		
2-Komşular		
3-Belirsiz		
4-Asker/polis		

5-Partnerinin annesi		
6-Arkadaş		
7-Cinler		
8-Tıbbi personel		
9-Casus		
10-şeytan		
11-Erkekler		
12-Kadınlar		
13-Tv sunucusu		
14-Ölüler		
15-Hayali sevgili		
16-Siyasi otorite		
17-Dini lider		
18-AIDS liler		
19-Diğer		