

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
5. PSİKIYATRİ BİRİMİ
Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi : Doç. Dr. Duran ÇAKMAK

ERKEK ALKOL/MADDE BAĞIMLILARINDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ÖFKE,
AGRESYON VE DÜRTÜSELLİKLE İLİŞKİSİ

Dr. Özgül GÜLÖMÜR ÇINAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cüneyt EVREN

İSTANBUL- 2010

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
5. PSİKİYATRİ BİRİMİ
Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi : Doç. Dr. Duran ÇAKMAK**

**ERKEK ALKOL/MADDE BAĞIMLILARINDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ÖFKE,
AGRESYON VE DÜRTÜSELLİKLE İLİŞKİSİ**

Dr. Özgül GÜLÖMÜR ÇINAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cüneyt EVREN**

İSTANBUL- 2010

ÖNSÖZ

Psikiyatri eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı saydığım, her konuda yardım ve desteğini hissettiğim klinik şefim Doç. Dr. Duran Çakmak'a,

Başhekimimiz Doç. Dr. Erhan Kurt'a, tez jürim Doç. Dr. M. Emin Ceylan ve Dr. Ahmet Türkcan'a, rotasyon dönemlerimde birlikte çalışma fırsatı bulduğum Dr. Kirkor Kamberyan, Doç. Dr. Medaim Yanık, Dr. Tarık Kutlar, Dr. Münevver Hacıoğlu Yıldırım, Dr. Niyazi Uygur, Doç. Dr. Sevim Baybaş, Prof. Dr. Hayrettin Kara, Doç. Dr. Defne Tamar Gürol, Dr. Ejder Akgün Yıldırım, Dr. Semra Yalçinkaya, Dr. Ceyda Güvenç, Dr. Ayla Yazıcı, Doç. Dr. Özlem Harmankaya'ya,

Dr. Evrim Erten, Dr. Cem Tüz'e ,tezime yaptığı katkılarının yanında dostluğunu ve desteğini hep hissettiğim Dr. Selime Çelik ve Dr. Mine Durkaya'ya, polikliniği birlikte yürütmekten büyük keyif aldığım Dr. H. Nilay Alpman'a, iyi veya kötü günümde her zaman yanımda olan dostum Dr. Sezgin Erdiman'a,

Her konuda klinik bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, klinikte ve tez sürecinde varlığıyla kendimi güvende hissettiğim Doç. Dr. Cüneyt Evren'e,

5. Psikiyatri ve AMATEM kliniği başta, çalışan tüm uzman ve asistan arkadaşlarım, hemşire, personel, güvenlik personeline ve hastalarımıza,

Beni her zaman destekleyen canım ailem, canım eşim ve yaşama sevincim kızıma sonsuz teşekkürler...

Dr. Özgül Gülömür Çınar

İÇİNDEKİLER

I	ÖNSÖZ.....	I
II	ÖZET.....	III
III.	ABSTRACT.....	VII
IV	KISALTMALAR.....	XI
V	TABLO LİSTESİ.....	XII
1.	GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.	GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.	ALKOL BAĞIMLILIĞI.....	3
2.1.1.	Tarihçe	3
2.1.2.	Tanım.....	4
2.1.3.	Etiyoloji ve Epidemiyoloji	7
2.2.	MADDE BAĞIMLILIĞI.....	8
2.2.1.	Tarihçe.....	8
2.2.2.	Tanım.....	9
2.2.3.	Etiyoloji ve Epidemiyoloji.....	10
2.3.	TRAVMA.....	11
2.4.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	15
2.4.1	Tanım.....	15
2.4.2	Etiyoloji Ve Epidemiyoloji.....	18
2.5.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ NEDEN OLDUĞU PSİKİYATRİK SORUNLAR.....	21
2.6.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞIMLILIK.....	23
2.7.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞIMLILIK VE AGRESYON.....	24
2.8.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞIMLILIK VE DÜRTÜSELLİK.....	26
3.	YÖNTEM ve GEREÇLER.....	29
4.	BULGULAR.....	35
5.	TARTIŞMA.....	55
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
7.	KAYNAKLAR.....	72

ÖZET

Erkek Alkol/Madde Bağımlılarında, Çocukluk Çağı Travmasının Öfke, Agresyon ve Dürtüsellikle İlişkisi

Dr. Özgül GÜLÖMÜR ÇINAR

Amaç: Çocukluk çağında travmalar, kazalar, doğal felaketler yanında kötüye kullanım ve ihmal şeklinde olabilir. Çocukluk çağında kötüye kullanım ve ihmal özellikle tekrarlayıcı olduğunda alkol ya da alkol dışı madde bağımlılığı da dahil erişkinlik dönemindeki birçok psikiyatrik bozukluk ile ilişkilendirilmektedir. Çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü alkol/madde bağımlılarında sıktır. Ayrıca agresyon ve dürtüsellik gibi kişilik özellikleri alkol/madde kullanım bozuklukları ile ilişkilidir. Çocukluk çağı travmaları, erişkin dönemdeki dürtüsellik, öfke ve agresyon ile bağlantılıdır. Bu çalışmanın amacı detoksifikasyonunu tamamlamış alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı olan hastalarda, çocukluk çağı travmasının araştırılması ve çocukluk çağı travmasının, dürtüsellik öfke ve agresyonu içeren kişilik özellikleri ile ilişkisini saptamaktır. Ayrıca çocukluk çağı travması ve bu kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin, anksiyete, depresyon ve alkol/madde kullanımına bağlı sorunların şiddeti üzerine etkisinin araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya alkol/madde kullanımı nedeniyle Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) kliniğinde yatarak tedavi gören, DSM-IV ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı alan, detoksifikasyonunu tamamlamış ardışık 100 hasta ve DSM-IV ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanısı alan ardışık 100 hasta olmak üzere toplam 200 hasta alınmıştır. Araştırmaya alınan hastalara bu çalışma için hazırlanmış yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu (SVF) ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı Soru Listesi (ÇÇKKLS), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

(Childhood Trauma Questionnaire; ÇÇTÖ-28), Michigan Alkolizm Tarama Testi (Michigan Alcoholism Screening Test; MATT), Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory; BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (The State-Trait Anxiety Inventory; DKE, SKE), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barrat Impulsiveness Scale; BDÖ-11), Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği, (The State-Trait Anger Scale; SÖÖTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (Buss-Perry Aggression Questionnaire; BPAÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun (%53), diğer gruba (%34) göre daha yüksek oranda çalışmadığı saptandı. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Benzer şekilde çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun eğitim seviyesi daha düşüktü, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Eğitim süreleri karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun eğitim süresinin, diğer grubun eğitim süresine göre daha kısa olduğu saptandı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, ilk madde kullanım yaşı ve düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı daha düşüktü. Tedavi girişimi açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, ailede madde kullanımının daha yüksek oranda olduğu görüldü. Alkol bağımlılarında ailede alkol kullanım öyküsü, madde bağımlılarında ailede madde kullanım öyküsünün yüksek olduğu görüldü. Çalışmaya katılan hastaların 118'inde (%59) çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali vardı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan 118 hastanın 50'si alkol, 68'i madde bağımlısı idi. Çalışmaya katılan hastaların %22.5'inde bir tip kötüye kullanım ya da ihmal, %18'inde iki tip kötüye kullanım ya da ihmal, %13 'ünde üç tip kötüye kullanım ya da ihmal ve %5.5'inde dört tip kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü vardı. Madde bağımlılarında fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım ve ihmal oranı alkol bağımlılarına göre daha yüksekti. Alkol veya madde bağımlıları cinsel kötüye kullanım açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Özkıyım girişiminin, madde bağımlılarında (%43), alkol bağımlılarına (%23) göre daha yüksek oranda olduğu görüldü. Kendini yaralama davranışı madde bağımlılarında (%75), alkol bağımlılarına (%49) göre daha yüksek oranda saptandı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta kavgaya karışma ve karakolluk olma oranının daha yüksek olarak saptandı. Cezaevi yaşantılarına bakıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı

görüldü. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla olduğu görüldü. Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali öyküsü olanlarda Beck Depresyon Envanteri ve Sürekli Kaygı Envanteri ortalama puanları ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Benzer şekilde kötüye kullanım öyküsü olanlarda Durumluk Kaygı Envanteri ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Michigan Alkolizm Tarama Testi ortalama puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Kötüye kullanım öyküsü olanlarda Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeğinin “sürekli öfke”, “öfke içte” ve “öfke dışı” alt boyut ortalama puanları daha yüksek; “öfke kontrol” alt boyut ortalama puanı daha düşük saptandı. Benzer şekilde, kötüye kullanım öyküsü olan grupta, Buss-Perry Agresyon Ölçeğinin “fiziksel agresyon”, “sözel agresyon”, “öfke” ve “düşmanlık” alt boyut ortalamaları daha yüksekti. Kötüye kullanım ve ihmal öyküsü olan grupta, Barrat Dürtüsellik Ölçeğinin “dikkatsel dürtüsellik”, “motor dürtüsellik”, “plansızlık dürtüselligi” ve “toplam dürtüsellik” ortalama puanları yüksek saptandı. Forward Lojistik Regresyon incelemesinde, Buss-Perry Agresyon Ölçeği’nin “Fiziksel Agresyon” ve “Düşmanlık” alt boyutu ile Barrat Dürtüsellik Ölçeği’nin “Motor Dürtüsellik” alt boyutunun alkol/madde bağımlılarında çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali ile ilişkili olduğu saptandı. Benzer şekilde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28)’in bağımlı değişken olduğu Stepwise doğrusal regresyon incelemesi sonucunda, Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği’nin “Öfke Dışa” alt boyutu, Barrat Dürtüsellik Ölçeği’nin “Motor Dürtüsellik” alt boyutu ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği’nin “Düşmanlık” alt boyutunun alkol/ madde bağımlılarında çocukluk çağı travması ile ilişkili olduğu saptandı.

Sonuç: Alkol/ madde bağımlılarında çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar ile, yüksek öfke, düşük öfke kontrolü, agresyon ve dürtüsellik gibi kişilik özellikleri ilişkilidir. Bağımlılarda öfke, agresyon ve dürtüsellik ile ilişkili olabilecek; yaş, bağımlılık şiddeti (MATT ile ölçülen), depresyon (BDE ile ölçülen), durumsal ve sürekli anksiyete (DKE-SKE ile ölçülen) gibi değişkenler kontrol edildiğinde öfke, agresyon ve dürtüsellik alt boyutları arasından; “Motor Dürtüsellik” ve “Düşmanlık” hem çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmal varlığı ile, hem de çocukluk çağı travma şiddeti ile (ÇÇTÖ-28 ile ölçülen) ilişkilidir. Ayrıca “Fiziksel Agresyon” çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmal varlığı ile, “Öfke Dışa” ise çocukluk çağı

travma şiddeti ile (ÇÇTÖ-28 ile ölçülen) ilişkilidir. Yani bağımlılar arasında çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda üzerinde çalışılması gereken boyutlar bunlardır.

Anahtar Kelimeler: bağımlılık, çocukluk çağı travması, agresyon, dürtüsellik

İletişim Adresi: ozgulcinar35@hotmail.com

ABSTRACT

The Relationship of Childhood Trauma with Anger, Aggression and Impulsiveness in Male Alcohol/Substance Dependents

Dr. Özgül GÜLÖMÜR ÇINAR

Aim: Childhood trauma can be in the form of abuse and/or negligence, besides accidents and natural disasters. Abuse and negligence in childhood, especially when repetitive, is associated with many psychiatric disorders including alcoholic or non-alcoholic substance use disorders, in adulthood. Abuse history in childhood is often seen in alcohol/substance dependents. Personality traits like aggression and impulsiveness are related with alcohol/substance use disorders as well. Childhood traumas are associated with impulsiveness, anger and aggression in adulthood. The goal of this study is, to explore childhood trauma in patients with alcoholic and non-alcoholic substance abuse and to determine the relationship between childhood trauma and personality traits including impulsiveness, anger and aggression. Moreover, it was planned to investigate the effect of the relationship between childhood trauma and personality characteristics on the intensity of the problems regarding anxiety, depression, and alcohol/drug usage.

Method: A total of 200 patients, who had been admitted to Bakirkoy State Hospital for Psychiatric and Neurological Disorders, AMATEM (Alcohol and Substance Addiction Treatment and Research Center) Clinic with alcohol/substance use disorders were included in our study. 100 of these patients were consecutive patients who had been diagnosed with alcohol addiction according to DSM-IV-TR criteria and they had completed their detoxification. The other 100 had been diagnosed with substance addiction according to DSM-IV-TR criteria. Sociodemographical Data Form (SVF) which had been prepared and partially structured for this study and Childhood

Abuse Questionnaire List (ÇÇKLS), Childhood Trauma Questionnaire (ÇÇTÖ-28), Michigan Alcoholism Screening Test (MATT), Beck Depression Inventory (BDE), The State-Trait Anxiety Inventory (DKE, SKE), Barratt Impulsiveness Scale (BDÖ-11), The State-Trait Anger Scale (SÖÖTÖ), Buss-Perry Aggression Questionnaire were used to evaluate the subjects.

Findings: We found that, the group with childhood abuse or negligence has a higher rate of unemployment (53%) compared to the other group (34%). Yet, the difference was not statistically significant. Similarly, the level of education of the group with childhood abuse or negligence was lower, but the difference was not statistically significant. When levels of education were compared, duration of education of the group with childhood abuse or negligence was shorter compared to the other group. In the group with childhood abuse or negligence, age at initial substance use and age at the beginning of regular substance use was younger. When compared in terms of treatment attempts, no statistically meaningful difference was determined between the two groups. Substance use rate in the families of the group with childhood abuse or negligence was higher. We found that alcohol abuse history in the families of alcohol dependents; substance abuse history in the families of substance dependents are higher. There was a history of childhood abuse or negligence in 118 (59%) of the patients who have participated in the study. Of the 118 patients who had a history of childhood abuse or negligence, 50 were alcohol dependents, 68 were substance dependents. There was one type of abuse or negligence history in 22.5%, two types of abuse or negligence history in 18%, three types of abuse or negligence history in 13% and four types of abuse or negligence history in 5.5% of the patients who have participated in the study. Among substance dependents, physical abuse, emotional abuse and negligence rate was higher than the same rate in alcohol dependents. There was no statistically significant difference between alcohol and substance dependents when compared in terms of sexual abuse. We found that suicide attempts were higher in substance dependents (43%) compared to alcohol dependents (23%). Self mutilative behavior was found to be higher in substance dependents (75%) than in alcohol dependents (49%). Subjects of the group with childhood abuse or negligence, more frequently got involved in fights and spent more time in custody. In terms of time served in prison, there was no statistically significant difference between the two groups. Number of attempted suicide and self mutilative behavior was higher in the group with childhood abuse or negligence with a

statistically significant trait. The average scores in Beck Depression Inventory and The Trait Anxiety Inventory were significantly higher in the group with childhood trauma and abuse. Similarly, in patients with abuse history, the average score for State-Trait Anxiety Inventory was significantly higher. Average scores of Michigan Alcoholism Screening Test, were not different to a significant degree between the two groups. In patients with abuse history, the “trait anger”, “anger in” and “anger out” subdimensional average scores were higher and average score for “anger control” subdimension was lower of The State-Trait Anger Scale. Similarly, in the group with abuse history, the average scores of “physical aggression”, “verbal aggression”, “anger” and “hostility” sub dimensions of Buss-Perry Aggression Questionnaire were higher. In the group with abuse history, the average scores for “attentional impulsiveness”, “motor impulsiveness”, “planlessness impulsiveness” and “total impulsiveness” of Barrat Impulsiveness Scale were high. In Forward Logistical Regression inspection, the “Physical Aggression” and “Hostility” subdimensions of Buss-Perry Aggression Questionnaire and “Motor Impulsiveness” subdimension of Barrat Impulsiveness Scale with to be associated of childhood abuse or negligence in alcohol/substance dependents. Similarly, it was determined that the Childhood Trauma Questionnaire-28 (ÇÇTÖ-28) is a dependant variable, as a result of stepwise linear regression inspection, the “anger out” subscale of Continuous Anger-Anger Type Questionnaire, the “Motor Impulsiveness” subscale of Barrat Impulsiveness Inventory and the “Hostility” subscale of Buss-Perry Aggression Inventory with to be associated of childhood trauma.

Conclusion: In alcohol/drug dependent individuals, the childhood traumatic experiences were related with certain personality characteristics such as high-level of anger, low-level of anger control, aggression, and impulsivity. In dependent individuals; when the variables; which can be related with anger, aggression and impulsivity; such as age, intensity of dependence (measured by MATT), depression (measured by BDE), state and trait anxiety (measured by DSE-SKE); were controlled; certain sub-dimensions of anger, aggression and impulsivity such as “motor impulsiveness” and “hostility” were found related with the existence of childhood abuse, neglect and the intensity of childhood trauma (measured by ÇÇTÖ-28). In addition, while “physical aggression” was related with the existence of childhood abuse and neglect; “anger-out” was related with the intensity of childhood trauma (measured by ÇÇTÖ-28). So, these

dimensions need to be investigated among dependent individuals with childhood trauma history.

Keywords: addiction, childhood trauma, aggression, impulsiveness

Contact Address: ozgulcinar35@hotmail.com

KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotropin Hormon

BGHA: Brown-Goodwin Hayat Boyu Agresyon

BGLHA: Brown-Goodwin Yaşam Boyu Süren Agresyonu Belirleme Görüşmesi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11

BPAÖ: Buss-Perry Agresyon Ölçeği

CRF: Kortikotropin-Releasing Hormon)

ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DKE: Durumluk Kaygı Envanteri

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

HPA: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal

LC: Lokus sereleus

MATT: Michigan Alkolizm Tarama Testi

NA: Noradrenalin

SKE: Sürekli Kaygı Envanteri

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımının ya da İhmalinin Varlığı

Tablo 2. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmalinin Dağılım Oranları

Tablo 3a. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 3b. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında İlk Madde Kullanım Yaşı, Düzenli Madde Kullanım Yaşı, Tedavi Girişimi

Tablo 5. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Ailede Madde Kullanımı ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Tablo 6. Alkol veya Madde Bağımlılarında Ailede Madde Kullanımı ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Tablo 7. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı, İhmali, Özkıym Girişimi ve Kendini Yaralama Davranışının Karşılaştırılması

Tablo 8. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Suç ve Saldırganlığın Karşılaştırılması

Tablo 9. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Özkıyım Girişimi ve Kendini Yaralama Davranışının Karşılaştırılması

Tablo 10. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Michigan Alkolizm Tarama Testi, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeğinin Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Buss-Perry Agresyon Ölçeğinin Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarında Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11'in (BDÖ-11) Alt Boyut Ortalamaları ve Toplam Puanın Karşılaştırılması

Tablo 14. Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Alt Boyutlarının, Sürekli Öfke - Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) Alt Boyut Ortalamaları İle İlişkisi

Tablo 15. Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Alt Boyutlarının, Buss Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) Alt Boyut Ortalamaları İle İlişkisi

Tablo 16. Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Alt Boyutlarının, Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) Alt Boyut Ortalamaları İle İlişkisi

Tablo 17. Alkol / Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmalini İle İlişkili Değişkenler (Forward Lojistik Regresyon Analizi)

Tablo 18. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Toplam Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Stepwise Doğrusal Regresyon Analizi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Travma, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Travma kavramı, kişinin kendisinin ya da yakınlarının yaşadığı bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak, birden gelen ağır örseleyici olayları içermektedir (1). Travmalar, olağan savunma düzenekleri ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve stres boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılardır. Bu yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakır (2). Travma, çocukluk çağında ve yineleyici olduğunda erişkinliğe dek uzanan psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (3).

Çocukluk çağında travmalar, kazalar, doğal felaketler yanında kötüye kullanım ve ihmal şeklinde olabilir. Çocukluk çağı kötüye kullanımı, çocukların başta anne babaları olmak üzere, bakımla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişimlerini engelleyen ya da kısıtlayan, beden ya da ruh sağlığına zarar veren, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen eylem veya eylemsizliklerin tümüdür (4, 5). İhmal ise on sekiz yaşından küçük bireyin farklı alanlardaki gereksinimlerinin karşılanmaması olarak tanımlanır (6).

Çocukluk çağında kötüye kullanım ve ihmal özellikle tekrarlayıcı olduğunda alkol ya da alkol dışı madde bağımlılığı da dahil erişkinlik dönemindeki birçok psikiyatrik bozukluk ile ilişkilendirilmektedir (3, 7). Çalışmalar, çocukluk çağında kötüye kullanılmanın alkol/madde bağımlılarında sık olduğunu göstermektedir (8).

Agresyon, bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar verme amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış olarak tanımlanabilir (9). Çalışmalar agresyonda, çocukluk çağı travmalarının etken olabileceğini göstermektedir (10, 11). Ayrıca agresyon alkol/madde kullanım bozuklukları ile sıklıkla ilişkilendirilmiştir (10).

Cloninger, kişiliği araştırmak üzere boyutsal yaklaşım önermiştir. Kişilik; yapısal açıdan mizaç, karakter ve zekayı kapsar. Zararda kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etme şeklinde dört ana mizaç özelliği tanımlanmıştır (12). Dürtüsellik, önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanabilir (13). Yüksek düzeyde yenilik arayışı dürtüsellikle ilişkilidir ve her iki özellik de bağımlılık davranışının başlamasında, devamında ve depresyonlarla ilişkili özellikler olarak değerlendirilmektedir (14). Yapılan çalışmalar çocukluk çağı travmalarının, erişkin dönemdeki dürtüsellikte etkin olabileceğini ortaya koymaktadır (10).

Alkol ve alkol dışı madde bağımlılarında çocukluk çağı kötüye kullanımı veya ihmalinin, dürtüsellik ve agresyon gibi kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmalinin bağımlılık üzerine olan etkisinin, oluşan bu kişilik özellikleri üzerinden dolaylı olabileceğini hipotez etmekteyiz. Bu çalışmanın amacı detoksifikasyonunu tamamlamış alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı olan hastalarda, çocukluk çağı travmasının araştırılması ve çocukluk çağı travmasının, dürtüsellik ve agresyon gibi kişilik özellikleri ile ilişkisini saptamaktır. Ayrıca anksiyete, depresyon ve alkol/madde kullanımına bağlı sorunların şiddetinin, çocukluk çağı travması ve bu kişilik özellikleri arasındaki ilişki üzerindeki etkisinin araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALKOL BAĞIMLILIĞI

2.1.1 Tarihçe

Etil alkol, meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermantasyonu sonucu elde edilir. Alkollü içecekler hemen her toplumda bilinmekte ve yaygın olarak kullanılmaktadır (15). Alkol kullanımına ait bilgiler tarihin çok eski dönemlerine kadar dayanmaktadır. Tufandan sonra Nuh, üzüm bağı yetiştirerek sarhoş olmuş ve oğlu Ham ile arasında sorun çıkmıştır. Bu, alkole bağlı bilinen sorunların ilk bilinen tanımıdır. Arpadan bira yapımı M.Ö 4000 yılından bu yana bilinmektedir. Şarabın elde edilmesi ve satışını belirleyen ilk yasalar Babil kralı Hammurabi tarafından ortaya konmuştur. Eski Roma ve Yunan döneminde şarap kutsal sayılmıştır. Roma’da Bacchus, Atina’da Dionisos şarap tanrıları olarak bilinmektedir. Tarihin önemli isimlerinden Büyük İskender’in, 33 yaşındayken aşırı alkol alımı sonucu öldüğü bilinmektedir (15).

Orta çağda, Avrupalılar Araplardan gelişmiş damıtma tekniklerini öğrenmiş ve şarap yapımı manastırlarda yaygın hale gelmiştir. Bu durum, alkol bağımlılığının din adamları arasında artmasına neden olmuştur. Damıtma teknolojisinin daha da gelişmesiyle 18. yüzyıl Avrupa’sında toplumdaki aşağı sınıf arasında alkol kullanımı giderek yayılmış, 19. yüzyılda Amerika’da zirveye ulaşmıştır.

1790’lı yıllarda Dr. Benjamin Rush aşırı alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımlamış ve tedavisinin alkol kullanımını bırakmak olduğunu bildirmiştir. “Alkolizm” terimi ilk kez 1849 yılında İsveçli hekim Magnuss Huss tarafından

kullanılmıştır. 20.yüzyılda psikanalitik görüşün yaygınlaşmasıyla alkolizm altta yatan psikopatolojinin bir semptomu olarak kabul edilmiştir. II. Dünya Savaşından sonra alkol kullanımının farklı kültürlerde farklı dereceler göstermesi, alkolizmin köklerinin sosyal davranış örüntülerinde olduğunun kanıtı olarak ele alınmıştır.

Bugün alkol bağımlılığı; kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psikanalitik dinamikler, psikososyal etkenler ve aile sistemleri ile birlikte ele alınmasının yanı sıra, alkolün psikofarmakolojisi, kişinin genetik yapısı, biyolojik yatkınlığı ile psikiyatrik ve tıbbi komorbidite gibi birçok yönden de ele alınmaktadır (15).

2.1.2 Tanım

“Alkolizm” terimi ilk kez 1849 yılında İsveçli hekim Magnuss Huss tarafından kullanılmıştır. Alkolizm, bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur (16). Alkolizm sözcüğü yıllar içinde yerini alkol bağımlılığı terimine bırakmıştır.

Bağımlılık sendromu tanımı ilk kez alkol bağımlılığı için yapılmıştır. Alkol kullanımı için istek olması, bağımlılık sendromunun ana tanımlayıcı özelliğidir. Bu istek, sık sık alkol alma isteğinden, önüne geçilmez bir alkol alma isteğine kadar değişen ölçülerde olabilir. İçme davranışı üzerindeki kontrol kaybı, alkol kötüye kullanımı ya da zararlı kullanımı ile alkol bağımlılığı arasındaki sınırı oluşturmaktadır (17).

1992’de National Council on Alcoholism, alkol bağımlılığını içki üzerinde kontrolün kaybedildiği, kişinin bedensel, ruhsal, sosyal ve yasal sorunlara yol açacak biçimde içildiği, süregelen ve ilerleyici bir hastalık olarak tanımlamıştır (18).

Alkol bağımlılığını tanımlayabilmek için çok sayıda etiyolojik model ortaya atılmış fakat hiçbir model bu kavramı yeterince açıklayamamıştır. Bazı araştırmacılar, kalıtımı veya biyolojik etkenleri ön plana çıkarmış; bir kısmı ise biyopsikososyal

etkenlerin belirleyici olduğu üzerinde durmuşlardır. Alkol bağımlılığı olgusunu tartışan modellerin hiç biri, tek başına alkol bağımlılığını tam olarak tanımlayamamıştır (19).

Alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımında günlük işlevleri yerine getirebilmek için fazla miktarlarda alkol alma ihtiyacı olmaktadır. Alkol bağımlısı veya kötüye kullanımı olan kişi alkol kullanımı nedeniyle sosyal ve mesleki alanda bozulma yaşar. Bu alanlardaki yasal zorluklar; aşırı miktarda alkol alma durumunda şiddet davranışının olması, işe devamsızlık, iş kaybı, aile üyeleri veya arkadaşlar ile tartışmalar, alkollü olarak sergilenen davranışlar veya sebep olunan kazalar nedeniyle tutuklanmalar şeklinde olabilir (20).

DSM-IV' e göre tüm madde ile ilişkili bozukluklarda bağımlılık ve kötüye kullanım kriterleri aynıdır. Kötüye kullanım: O maddenin kişinin içinde bulunduğu toplumun normlarına bağlı olarak; bağımlılık ise evrensel bir terim olup topluluğun normlarından bağımsız olarak herhangi bir ortamda madde üzerinde belirgin kontrol kaybının varlığı şeklinde tanımlanmaktadır. Madde bağımlılığı ölçütünden farklı olarak madde kötüye kullanımı ölçütleri tolerans, yoksunluk ya da kompulsif kullanımı içermez, zararlı sonuçlarına karşın yinelenen bir kullanım vardır (21).

Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (21):

Alkol bağımlılığı, 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı durumudur:

1. Aşağıdaki tanımlar ile ilişkili direnç artışı olması:
 - a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanımı olması
 - b) Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki görülmesi
2. Aşağıdaki tanımlar ile ilişkili olarak yoksunluk gelişmiş olması:
 - a) Alkole özgü yoksunluk sendromu
 - b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı
3. Alkolün alınması düşünülen miktar ve süreden daha fazla kullanılması
4. Alkol kullanımını bırakmak ya da kontrol altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çaba varlığı görülmesi

5. Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcanması

6. Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinliklerin ya da boş zamanların değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması

7. Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülmesi

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırması olan ICD-10' a göre ise (22):

F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu

Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

a. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlanti

b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)

c. Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma

d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlılar)

e. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması

f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme, kullananın gördüğü zararın ne olduğu ve bilip bilmediği araştırılmalıdır

F10.20 Şimdiki durumda yoksunlukta

F10.21 Şimdiki durumda yoksunlukta fakat korunmalı bir ortamda (örn. Hastane)

F10.22 Şimdiki durumda tıbbi denetim altında sürdürüm tedavisinde ya da bağımlı olunan maddenin yerine geçen başka bir ilaçla tedavide (denetimli bağımlılık)

F10.23 Şimdiki durumda yoksunlukta fakat vazgeçtirici ya da bloke edici ilaçlarla tedavi altında

F10.24 Şimdiki durumda maddeyi almakta (aktif bağımlılık)

F10.25 Sürekli kullanım

F10.26 Dönem dönem kullanım (dipsomani)

2.1.3 Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Eski yıllardan beri, aşırı alkol kullanımına hangi nedenlerin yol açtığı sorusu, kuramcıların ilgisini çekmiştir. Bugüne kadar bu konuda, biyolojik, davranışsal ve sosyal bilim alanlarında birçok kuram ve görüş ortaya atılmış, çok sayıda literatür ortaya çıkmıştır. Günümüzde alkolizm birden çok etkenin rol oynadığı bir bozukluk olarak görülmektedir (23). Alkolle ilişkili bozuklukların da, diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi, heterojen hastalık süreçlerinden oluştuğu kabul edilmektedir. Her bir vaka için psikososyal, genetik veya davranışsal faktörlerin, bağımlılığın gelişmesinde, diğerinden daha önemli olabildiği düşünülmektedir (24).

Günümüzde alkol bağımlılığı toplumların en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkinlerin %90'ının yaşamlarının her hangi bir döneminde alkol kullandıkları saptanmıştır. Epidemiyolojik Kaynak Alanı Çalışmaları (Epidemiologic Catchment Area 'ECA') verilerine göre erkeklerin %10'unda, kadınların ise %3-5'inde alkol bağımlılığı gelişme riski vardır. Aynı çalışmada alkol kullanım bozukluğu ya da madde kötüye kullanımı olan kişilerin %53'nün başka bir psikiyatrik ek tanı aldıkları bildirilmiştir (25).

Ülkemizde alkol bağımlılığının epidemiyolojisi ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Arıkan ve arkadaşlarının Ankara’da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0,9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1,9 olarak belirlenmiştir (26).

Diğer bir çalışmada ise, İstanbul’da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi içinde alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak belirtilmişti (27).

2.2. MADDE BAĞIMLILIĞI

2.2.1 Tarihçe

Madde kullanımı binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Opiyum, tıbbi gerekçelerle 3500 yıldır kullanılmaktadır. Antik Çin’in bitkisel tedavilerinde kannabis ile ilgili bilgilere rastlanmaktadır. Alkol ve diğer maddelere bağlı sarhoşluktan İncil’de, Yunan ve Roma dönemi yazıtlarında söz edilmektedir. Asya’da 18. ve 19. yüzyıllarda opiyum içiciliği büyük sorunken, 19. yüzyılın ortalarında cilt altı iğnelerin bulunmasıyla morfin enjekte edilebilir olmuştur. İntravenöz morfin ve eroin kullanımı 20. yüzyılın başlarında yayılmıştır (28). 16. yüzyılda İspanyol işgalciler koka yapraklarını çiğnemenin dayanıklılığı arttırdığını bildirmişler ve 1855 yılında kokain alkaloid olarak izole edilmiştir. Kuzey Amerika’da 1880 ve 1890’larda kokain birçok hastalığın tedavisi için yaygın şekilde kullanılır hale gelmiştir. Ağır bağımlılık durumlarının ve aşırı doza bağlı ölümlerin görülmesi nedeniyle 1914’te kokain kullanımına yasal kısıtlama gelmiştir. Bununla birlikte Amerika’da kokain kullanımı azalmış, yerini özellikle II. Dünya Savaşı sırasında askerlerce çok kullanılan amfetaminler almıştır (29).

2.2.2 Tanım

DSM-IV, DSM-IV-TR ve ICD-10'un madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili formülasyonları, 1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve ABD'nin Alkol, Madde Kötüye Kullanımı ve Ruh Sağlığı Bakanlığı (ADAMHA)'nın desteklediği Uluslararası Çalışma Grubu'nun geliştirdiği kavramlar ve terminolojiyi yakından takip etmektedir. DSM-IV ve DSM-IV-TR'de sürdürülen ana yaklaşım: bağımlılığın temel özelliği madde kullanımına bağlı belirgin sorunlara rağmen bireyin madde kullanımını sürdüreceğine işaret eden bilişsel, davranışsal ve psikolojik belirtiler göstermesidir. ICD-10'un ana yaklaşımı da hemen hemen aynıdır: tekrarlı madde kullanımı sonrasında madde almaya duyulan yüksek isteği de içerir; madde kullanımının sınırlamakta güçlükler, zararlı sonuçlarına rağmen kullanımı sürdürmede ısrar, madde kullanımına diğer faaliyetlerden veya zorunluluklardan daha fazla öncelik verme, artmış tolerans ve bazen fiziksel çekilme sendromu (28).

Madde Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (21):

Madde bağımlılığı, 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsüdür:

- 1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere direnç gelişmiş olması;
 - a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi
 - b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki görülmesi
- 2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması;
 - a) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu
 - b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için madde alımı
- 3) Maddenin, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması

4) Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabaların görülmesi

5) Maddeyi sağlamak, maddeyi kullanmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama

6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinliklerin ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması

7) Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici olarak ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülmesi

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

2.2.3 Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Maddelerin etkileri, bağımlılığın gelişme sürecinde önemli bir yer tutsa da, bağımlıların madde etkilerini aynı şekilde yaşamadıkları veya aynı grup etmenlerle motive olmadıkları kabul edilmektedir. Sürecin farklı evrelerinde farklı etmenlerin önemli olabileceği vurgulanmaktadır. Bir maddenin ilk denemesinde, maddenin bulunabilirliği, toplumsal kabul ve akran baskısı ana belirleyiciler olmaktadır. Bunun yanında kişilik, biyoloji gibi diğer etmenler ilgili maddenin etkilerinin nasıl algılandığı ve tekrarlı madde kullanımının hangi dozlarda santral sinir sistemi değişikliklerine yol açacağını belirlemektedir. Maddenin özgül etki mekanizmaları da içeren diğer etmenler hala madde kullanımını madde bağımlılığına taşıyan temel belirleyici olabilirken, diğer etmenler madde kullanımı yan etkilerini veya bağımlılıktan başarı ile iyileşmeyi belirleyen önemli etkilere sahiptir (28).

2001 yılında yapılan NHSDH (Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması) verileri ABD’de 12 yaş ve üstü 16.6 milyon kişinin (%7.3)alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olduğuna; 2.4 milyon kişinin hem alkol hem madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna; 3.2 milyon kişinin madde kötüye kullanımı

veya bağımlılığı olduğuna işaret etmektedir. Yapılan birçok araştırmada madde kötüye kullanım ve bağımlılığının erkeklerde, kadınlara oranla iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Lise eğitimini tamamlamayanlar üniversite mezunlarına göre daha fazla oranda madde bağımlılığı gösterirler (28). Son yıllarda bütün dünyada 18 yaşın altındaki ergen ve çocuklarda maddeye başlama yaşı giderek düşmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu tütün kullanım yaygınlığı 8. sınıf öğrencileri arasında %40.5, 12. sınıf öğrencileri arasında ise %62.5 bulunmuştur. Son bir ay içinde alkol kullanım yaygınlığı küçük sınıflar için %21.5, daha büyük sınıflar için %49.8'dir. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı için bu oranlar sırasıyla %20.4, %48.8, uçucu maddeler için %17.1 ve %13.0, eroin için %1.7 ve %1.8 olarak saptanmıştır (30).

1990 yılında İstanbul'da üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada sedatif hipnotik kullanım oranı %15, uyarıcı ilaç kullananlar %2.6 ve esrar kullanımı olanlar %6 olarak bulunmuştur (31). 1995 yılında Sağlık bakanlığının 7 ilde yaptığı bir çalışmada alkol dışı madde kullanım oranı %3.5 olarak bulunmuştur (32). Bir diğer çok merkezli araştırmada, 6800 öğrenciye uygulanan anket taramasında lise öğrencilerinin %4.2'si en az bir kez madde kullandığı saptanmıştır. En sık kullanılan madde esrar olarak belirtilmektedir (33). Türkiye genelinde 15 ilde 1998 yılında 15-17 yaş grubundaki 20.000 öğrenci arasında yaşam boyu tütün kullanımı % 63.9, son bir ay içinde alkol kullanımı % 17.3, yaşam boyu en az bir kez sarhoş olma oranı %26.6, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3.6, uçucu madde kullanımı %8.6, eroin kullanımı %1.6, kokain kullanımı %1.4, benzodiyazepin kullanımı %3.3 olarak saptanmıştır (34).

2.3 TRAVMA

Travma, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Travma kavramı, kişinin kendisinin ya da yakınlarının yaşadığı bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike

olarak, birden gelen ağır örseleyici olayları içermektedir. Psikoanalitik tanımlamada; benliğin üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta uyaranlar kümesi ile karşı karşıya kalmasıdır (1).

Travmalar, olağan savunma düzenekleri ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve stres boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılardır. Bu yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakır (2). İnsanoğlunun neden olduğu strese dayanmak doğal afetlerden ve kazalardan oluşanlara dayanmaktan daha zordur. Dayanılması en güç durum ise, travma ile, baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşmaktır (3). Çocukluk çağında travma yaşayanlarda özellikle duygusal gelişim engellenmekte olup; güçlü duygular ile daha evvel yaşanan travmanın tekrar yaşanabileceğine dair tehdit taşırlar (35).

Travma, çocukluk çağında ve yineleyici olduğunda erişkinliğe dek uzanan psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (3). Travmatik yaşantılar özellikle de çocukluk çağında meydana gelenler, nörogelişimsel, nörohormonal ve immünolojik hasarlara yol açmaktadır. Bu konuyla ilgili çalışmalarda elde edilen bilgiler ortak sonuçlar taşımaktadır:

Hayatın ilk dönemlerine ait olumsuz yaşantıların, var olan genetik yatkınlığı şekillendirdiği ve belirli/değişmez bir fenotipin (stable phenotype) oluşmasına neden olabileceği belirtilmektedir. Dolayısıyla erken travmatik yaşantıların, strese duyarlı nöral devrelerde kalıcı bir sensitizasyona yol açtığı düşünülmektedir Yaşam boyunca tekrarlayan travma ve/veya strese maruz kalmak, hassas bir fenotipe ve patolojik bir alevlenmeye yol açabilmektedir. Sosyal destek ve başa çıkma yolları, strese yatkınlığa tampon görevi görebilmektedir (36).

Nörohumoral bulgular:

Lokus sereleus (LC) / Noradrenalin (NA) sistemi canlılarda strese yanıt sisteminin en önemli parçalarından biridir ve korkutucu uyaranla, NA nöronal ateşleme sisteminde belirgin bir artış olur. Bu, organizmanın kendisini tehdit eden duruma karşı dikkatini anında yöneltmesi ve kendini savunmaya hazırlanması için gerekli fiziksel ve

mental uyarılmayı sağlar. Travmanın uzun sürmesi NA aşırı tüketimine neden olmakta bu da yıllar içinde strese duyarlılığı artırmaktadır (37).

İnsanda, strese yanıt sisteminin en önemli parçalarından birisi de hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) eksendir. Akut stres ile HPA ekseninin etkinleşmesi sonrası yükselen glukokortikoid düzeylerine karşı, kronik stres durumunda, bu ekseninde negatif geri bildirimin etkinleşmesi ile organizma uyum sağlamaktadır. Kronik strese maruz kalanlarda, kontrol grubuna göre, dinlenme sırasında serum glukokortikoid düzeyleri düşük, hipokampusta ise glukokortikoid reseptörlerinin konsantrasyonunda artma olmaktadır. Akut stres sırasında katekolamin ve glukokortikoid düzeyleri birlikte yükselmektedir (38).

Yaşamın ilk yıllarına ait stres ile psikiyatrik ve bazı fiziksel bozuklukların gelişmesi arasındaki ilişkinin kortikotropin-releasing hormon (CRF) salınımında ve nörotransmisyonundaki kalıcı değişikliklerle düzenlenebileceği görüşü de gittikçe önem kazanmaktadır (36).

Laboratuar hayvanlarında yapılan mikroenjeksiyon çalışmaları göstermiştir ki; CRF beyin belirli bölgelerine etki ederek, noradrenalin ve serotonin düzeylerini etkileyerek, korku ve anksiyeteyi anımsatan pek çok davranışın ortaya çıkmasına neden olur. Bunlar:

- ACTH, kortikosteron, katekolamin konsantrasyonlarında artma
- Kalp hızı ve ortalama arteriel kan basıncında artma
- Gastrointestinal etkinlikte değişme
- Reprodüktif davranışta azalma
- İştahta azalma, uyku bozuklukları
- Tanıdık bir ortamda lökomotor etkinlikte artma
- Yeni bir ortamda araştırmaya yönelik davranışlarda baskılanma
- Akustik irkilme yanıtında artma
- Korku şartlanmasında artma
- Şokla ortaya çıkan donma-savaşma (freezing-fighting) davranışında artma

CRF noradrenerjik ateşlemeyi uyarır, bununla birlikte serotonerjik etkinliği inhibe eder. Yapılan çalışmalar locus ceruleus ve raphe nukleusu gibi beyin bölgelerinde yerleşmiş olan GABA içeren nöronların CRF nöronları ve stres yanıtı

üzerine inhibitör etki yaptığını göstermiştir. Duyguların kontrolünde önemli bir yapı olan prefrontal korteksin, amigdala ve hipotalamusa uzanan inhibitör GABA-erjik projeksiyonları üzerinden stres yanıtına etkili olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak çok sayıda çalışma ile, CRF'nin stres yanıtı üzerine anahtar bir role sahip olduğuna, ilk yıllarda yaşanan stresin, merkezi sinir sistemindeki CRF sistemlerinde kalıcı duyarlılaşmaya veya hiperaktiviteye neden olduğuna işaret edilmektedir (36).

Nöroanatomik bulgular:

Beyin gelişimi, genetik bilginin rehberliğinde erken çocukluk dönemi yaşantıları ile tamamlanmaktadır. Travmatik yaşantıların beynin alt sistemlerinin gelişimini farklı bir şekilde etkilediği vurgulanmaktadır. Uzamış travmatik yaşantılar sonucu kortikal modülasyon azalırken, orta beyin, limbik sistem ve beyin sapının etkinliği artmaktadır. Bu da, dürtü ve duyguların kontrolünde bozukluklara yol açmaktadır. Ayrıca travmaya uğramış kişilerin anterior temporal bölgelerinde ve orbitofrontal kortekslerindeki kan akımında anlamlı oranda artış olduğu gösterilmiştir (39). Özellikle hipokampus, amigdala, prefrontal korteks, korpus kallosum, parietal loblar etkilenen alt sistemlerdir (40).

Travmatik yaşantılar günlük olayların kaydedildiği güncel bellekte değil, kendine özgü bir bellek sisteminde toplanmaktadır. Böylelikle kişi yaşanan çaresizlik, acı ve korku duygularından kendini uzak tutabilmektedir. Travmatik belleğin esasını, yaşanan olayın parçalarının semantik bellekte birleştirilememesi oluşturmaktadır. Bu bütünleştirici süreçte, parietal loblar, hipokampus, corpus callosum, cingulat girus, frontal loblar etkinlik göstermektedir (40).

İmmünolojik bulgular:

Travmatik yaşantıları olan çocuklarda otoantikorların düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Travma ile ilişkili immün bozukluğun otoimmün hastalıklar ve enfeksiyonlara yatkınlığı kolaylaştırdığı düşünülmektedir (40).

2.4 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.4.1 Tanım

Çocukluk çağında travmalar, kazalar, doğal felaketler yanında kötüye kullanım ve ihmal şeklinde olabilir. Çocukluk çağı kötüye kullanımı, çocukların başta anne babaları olmak üzere, bakımla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişimlerini engelleyen ya da kısıtlayan, beden ya da ruh sağlığına zarar veren, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen eylem veya eylemsizliklerin tümüdür (4, 5). Çocuklara karşı uygulanan travmalar farklı sınıflarda, etnik gruplarda, sosyoekonomik düzeylerde ve kültürlerde var olan bir durumdur (41).

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

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

Tip II Travma: Çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile buna eşlik eden korku dolu beklenti gibi uzun süreli veya tekrarlayıcı olay şeklinde tanımlamıştır (42).

Fiziksel Kötüye Kullanım: En yaygın rastlanan ve belirlenmesi en kolay istismar türüdür (43). On sekiz yaşından küçük çocuk ya da gence, bakımından sorumlu kişiler tarafından sağlığına zarar verecek ve bedeninde iz bırakacak biçimde

davranılmasıdır (6). Ancak, çocuk ve gencin bakımından sorumlu olmayan kişiler tarafından da sağlığına zarar verecek biçimde örselenmesi fiziksel kötüye kullanımdır (44). Ülkemizde fiziksel cezanın disiplin yöntemi olarak yaygın bir kullanımı olduğu bilinmektedir (43). Fiziksel kötüye kullanıma uğramış çocuklar sosyal işlevsellik alanında yetersizlik ve yakın ilişki kurma güçlüğü yaşamakta; duygusal yoğunluğu az, öfke ve kötüye kullanım davranışı içeren ilişkilerle dikkati çekmektedirler (45). Fiziksel kötüye kullanım ve ihmale uğramış çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rastlanılmaktadır. Bu çocuklarda nedeni tam olarak anlaşılamamakla beraber, yüksek oranda nörolojik bozukluk bildirilmektedir (5, 46). Fiziksel kötüye kullanıma uğramış kişilerde özkıyım düşünceleri ve girişimlerine daha yüksek oranda rastlanılmaktadır (47). Ayrıca madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sorunların yanı sıra kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi bazı psikiyatrik hastalıklar da sık görülmektedir. Ağır fiziksel kötüye kullanım olgularında travma sonrası stres bozukluğuna da rastlanılmaktadır (5, 47).

Duygusal Kötüye Kullanım: Çocuğun kendine bakmakla yükümlü kişiler tarafından olumsuz olarak etkilendikleri tutum ve davranışlara maruz kalması, gereken ilgi, sevgi ve bakımdan yoksun bırakılmasıdır. Dokunulma, güven duyma, sınırlarının öğretilmesi, sosyalleşme, yeterli uyaran sağlanması ve kendini değerli görebilme çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi için gerekli olan temel ihtiyaçlarıdır. Duygusal kötüye kullanım, bu ihtiyaçlardan bir ya da birkaçının karşılanmamasıdır (44). Duygusal kötüye kullanım ve ihmal oldukça sık görülmekle birlikte, fark edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında güçlük yaşanmaktadır (5). Çocuğun üzerinde güç sahibi olan, genellikle çocuğun yakın çevresinde bulunan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. Duygusal kötüye kullanıma maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırganlık gibi davranışlar sık görülür (48). Duygusal kötüye kullanım çocuğun kişiliği ve başarısının yanı sıra fiziksel gelişimini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (49).

İhmal: Fiziksel, duygusal, eğitimsel ve tıbbi ihmal olarak karşımıza çıkabilir. Kötüye kullanım ve ihmali ayıran önemli nokta kötüye kullanımın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır (48). On sekiz yaşından küçük bireyin farklı alanlardaki

ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır (6). Çocuğa gereken sağlık hizmetinin verilmemesi, çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, gereken besinin ve temizliğinin sağlanmaması fiziksel ihmal olarak kabul edilir. Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına cevap vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, sosyal gelişimi için gereken desteği sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme ise duygusal ihmaldir. Okula göndermeme, çocuğun sürekli okuldan kaçmasına göz yumma, denetlememe eğitimle ilgili ihmale örnek olarak gösterilebilir. İhmal, özellikle büyüme geriliği olan, psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (45).

Cinsel Kötüye Kullanım: Çocuk kötüye kullanım türleri içerisinde saptanması en zor olan istismar türüdür (43). Erişkinlerin kendi cinsel doyumları için çocuğu kandırarak, ikna ederek, zorlayarak ya da mecbur bırakarak yaptıkları tüm davranışlar cinsel kötüye kullanım olarak kabul edilir (50). Kötüye kullanımdan söz edebilmek için, kötüye kullanan ve kullanılan arasında en az 5 yaş fark olması gerektiği vurgulanmaktadır. Teşhircilik, sözel saldırı gibi davranışların yaş sınırına dikkat etmeden kötüye kullanım olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünenler bulunmaktadır (51).

Cinsel kötüye kullanım farklı şekillerde olabilir (52):

- Temas içermeyen cinsel kötüye kullanım: Cinsel içerikli konuşmalar, teşhircilik ve röntgenciliktir.
- Cinsel dokunma: İstismarcı kurbanı dokunabilir ya da kurbanı kendisine dokunması için zorlayabilir.
- Oral-genital seks.
- İnterfemoral ilişki (ırza tasatti): Penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şeklidir.
- Cinsel penetrasyon (ırza geçme) : Genital ilişki, anal ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon şeklinde olabilir.
- Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar

Cinsel kötüye kullanım toplumda sık rastlanan bir durum olmasına karşın, çoğunlukla gizli kalmakta, en çok yüzde 5-10'u ortaya çıkmaktadır. Bu eylemlerin yüzde 90'ı, çocuğun tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir. Yapılan araştırmalar cinsel tacizin en çok üç-beş yaşlar arasında görüldüğünü ortaya koymaktadır (53). Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuklarda kaygı bozuklukları kısa sürede ortaya çıkabilmekte, uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri gözlenmektedir. Çocuğun cinsel kötüye kullanımında, kötüye kullanımla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük, stigmatizasyon (damgalanma) gibi dört travmatik dinamik yer alır. Bu dinamikler travmaya farklı bir yan katar, travmatik olayın etkilerini ağırlaştırır ve çocuğun dünyaya kognitif ve emosyonel oryantasyonuna zarar verir. Travma sonrasında çocuğun benlik algısında değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar yaşanmaktadır (54, 55). Kişilerarası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürebilme becerisi olumsuz etkilenmektedir (5, 45, 56).

2.4.2 Etiyoloji Ve Epidemiyoloji

Çocuklarda ihmal ve kötüye kullanıma neden olan faktörleri iç ve dış stres faktörleri olarak gruplamak mümkündür. Dış stres faktörleri; bazı ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler ailede sıkıntı yaratarak çocuğun ihmal ve kötüye kullanımına yol açabilir. Ekonomik yetersizlik aile için en önemli stres kaynaklarından biri olup yoksulluk, işsizlik, borçlanma şeklinde kendini gösterebilir. Aynı zamanda iyi beslenememe, yetersiz ev koşulları, sağlıksızlık gibi sorunları da beraberinde getirebilir. İç stres faktörleri ise anne-babanın kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan gereğinden fazla istekte bulunulması şeklinde olabilir (49, 57). Anne-baba yoksunluğu ise ayrı bir iç stres faktörü olarak ele alınabilir. Ölüm, boşanma veya ayrı bir yerde çalışma nedeniyle parçalanmış aileler, ihmal ve kötüye kullanımda önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Anne-baba tarafından ihmal ve kötüye kullanım, anne-baba arasındaki şiddete tanık olma, parçalanmış aileden gelme çocuğun yaşam biçimini

ve ilişkilerini önemli ölçüde etkileyerek çocuğun bunları öğrenerek taklit etmesine, dolayısıyla kötüye kullanan bir kişilik kazanmasına neden olabilir (57).

Çocuğa yönelik kötü muamele insanlık tarihi kadar eski, bir o kadar bilinen ancak olan sayısı kadar ortaya çıkarılmayan sosyal ve tıbbi bir sorundur (58). Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmalinin yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu konuda yapılmış olan istatistiksel çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu farklılık, kötüye kullanım kavramının tanımlanmasından, farklı örnek grupları kullanılmasından, bölgesel farklılıklardan ve sosyal stigmatizasyondan kaynaklanmaktadır (59). Olayın belirlenmesinin zorluğu ve rapor edilmesindeki yetersizlikler, yayınlanan istatistiksel sonuçların gerçeğin çok altında olduğunu düşündürmektedir (60).

ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım verenlerinin kötüye kullanımı veya ihmali sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %52’sinden fiziksel şiddet, %42’sinden ihmal ve %5’inden ise her ikisi sorumludur. Her yıl fiziksel kötüye kullanım nedeni ile kalıcı sakatlıklar meydana gelmektedir (61). Kadın sığınma evlerine şiddet nedeniyle başvuran kadınların %40-70’inin çocukları da şiddete maruz kalmışlardır (62). Son zamanlarda dünyada ekonomik krizler refah yaşam düzeyinin azalması ile birlikte birçok sorun ortaya çıkmıştır. En önemlisi de güç koşullar altındaki çocuklardır. Bu çocuklar fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanıma maruz kalmakta, madde kullanımına alışmaktadır (62). Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuk kötüye kullanım veya ihmale uğramakta, desteğe ihtiyaç duymaktadır (63).

Çocuklukta cinsel kötüye kullanıma maruz kalma sıklığı %10-40 olarak saptanmıştır (64). Kızlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülmektedir. İstismarcılar genellikle erkektir, %5-15 suçlu ise kadındır (65).

Brown ve arkadaşları, 1975 yılından itibaren, 5 yaşından 22 yaşına kadar 776 kişiyi izlemişler, bunların 639’unun fiziksel ve /veya cinsel kötüye kullanıma maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir (66). Johnson ve arkadaşları, New York’ta 639 kişi ile yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, genel kötüye kullanım ve ihmal oranını %12 olarak bulurken, %6.9 oranında fiziksel kötüye kullanım, %3.4 oranında cinsel kötüye kullanım, %6.1 oranında da ihmal tespit etmişlerdir (67).

Beş farklı ülkede yapılan bir çalışmada çocuğa bağlamak %75 -80 oranında bulunup, en sık görülen duygusal kötüye kullanım olduğu saptanmıştır (62, 68). Duygusal kötüye kullanım tek başına görülebildiği gibi fiziksel ve cinsel kötüye kullanımla birlikte de görülmektedir. Fiziksel kötüye kullanım ve ihmal vakalarının %90'ında duygusal ihmal ve kötüye kullanım olduğu saptanmıştır (5). Türkiye'de çocuk kötüye kullanımı konusunda yapılan araştırmalarda, yüzde 78 gibi yüksek bir oran ile duygusal kötüye kullanım ilk sırada olduğu görülmektedir. Fiziksel kötüye kullanım % 24 ve cinsel kötüye kullanım % 9 oranındadır. Eğitimsiz ailelerin yüzde 40'ı çocuklarını istismar ederken, eğitim düzeyi yüksek ailelerde bu oran yüzde 17'dir. Bir diğer araştırmada, 7- 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık yüzde 40'ı anne ve/veya babalarından fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir (69). Zoroğlu ve arkadaşları çalışmalarında (2001) ihmalin en sık bildirilen (16.5) ruhsal travma olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal (15.9), fiziksel (13.5), cinsel (10.7) kötüye kullanımın (ensest dahil) takip ettiğini bildirmişlerdir (70).

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi II.basamak ayaktan tedavi polikliniğine başvuran 125 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada, genel çocukluk çağı kötüye kullanım oranı %33 olarak saptanmış, bunların %20.2'sinin fiziksel, %18.5'inin cinsel, %36.3'ünün duygusal kötüye kullanım olduğu görülmüştür (71).

Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada, en sık bildirilen çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal türü duygusal ihmaldir (%24.7) . Aynı çalışmada cinsel kötüye kullanım %22, duygusal kötüye kullanım %18.7, fiziksel ihmal %17.3, fiziksel kötüye kullanım %15.3, enstest %13.3, enstest dışı cinsel kötüye kullanım %11.3 olarak saptanmıştır. Herhangi bir travma bildirmeyenlerin oranı %59.3 olup en az bir travma bildirme oranı %43.2'dir (2).

2.5 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ NEDEN OLDUĞU PSİKIYATRİK SORUNLAR

Çocuk kötüye kullanımı veya ihmali yinelenebilirliği, çocuğa genellikle en yakını olan kişiler tarafından yapılıyor olması ve çocuk üzerinde yaşamının ilerleyen yıllarını dahi etkileyecek uzun süreli etkilerinin olması nedeniyle, tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma türüdür (58, 72). Kötüye kullanımı ve ihmalin farklı şekilleri yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (5, 56). Dünya Sağlık Örgütü de şiddeti ve şiddetin önlenmesini bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır (73).

Çocukluk döneminde kötüye kullanıma maruz kalan çocuklarda, buna bağlı olarak birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal problem görülmektedir. Navalta ve arkadaşları yaptığı çalışmada bir grup kadında görülen sinirsel - psikososyal eksikliğin nispeten çocukluk çağında cinsel kötüye kullanıma uğramaları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (74).

Erken çocukluk dönemi travması yaşayan çocukların, travma anında ketlendikleri, yaşamlarının devamında bu travma anına kilitlendikleri ve psikososyal gelişimlerini tamamlayamadıkları görülmektedir (75).

Yaşanan bu travmaların en önemli sonucu, bunların gelişim dönemindeki çocuğun algısını ve bağlantıları bozarak yetişkin yaşamda benzer travmatize edici ortamları ya da ilişkileri oluşturmalarına neden olmasıdır (76, 77).

Çocukluk çağı travma öyküsü yaşam boyu psikopatoloji olasılığını arttırmaktadır (78). Çocuklukta yaşanan cinsel kötüye kullanılma ve ebeveynlerin ilgisinden mahrum kalma erişkinlerdeki depresyonla ilişkili bulunmuştur (79, 80). Çocukluk çağındaki kötüye kullanılma aynı zamanda anksiyete bozukluklarına, özellikle de panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğuna yatkınlığı artırır (81). McCauley ve arkadaşları 2000 kadınla yaptıkları bir araştırmada, çocukluğunda cinsel veya fiziksel travmaya uğramış olanlarda daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri ve daha fazla özkıyım girişimi

olduğunu saptamıştır. Ayrıca dört seferden daha fazla kötüye kullanıma uğrayanlarda depresyon sendromal düzeyde saptanmış ve depresyonun şiddeti kötüye kullanımın derecesi ile ilişkili bulunmuştur (82). Yine yapılan çalışmalarda bazı psikiyatrik hastalıklarla çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki ilişki gösterilmiştir (83-90). İleri yaşlarda ortaya çıkabilen psikiyatrik bozukluklar başlıca; kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı ile ilgili bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve somatoform bozukluklardır . Örselenme yaşantılarının şiddeti, sıklığı ve sürekliliği ruhsal patolojinin çeşitliliğini ve şiddetini arttırmaktadır (89, 91).

Tackett ve Marshall 1998 yılında, çocuklukta veya adolesans döneminde travmaya uğrayan bireylerde yetişkinlik döneminde ortaya çıkan bozukluklardan bazılarını şu şekilde tanımlamıştır: (1) Posttravmatik Stres Bozukluğu (örneğin yıkıcı düşünceler, ani yıkıcı flashbackler [geçmiş olayların aniden göz önüne gelmesi] veya kötüye kullanım deneyimlerinin tekrar tekrar hatırlanması gibi), (2)Kognitif bozukluklar (örneğin dünyayı tehlikeli ve kötü bir yer olarak görme, kronik bir şekilde umutsuzluk ve güçsüzlük, düşük özsaygı gibi), (3) Emosyonel distres (örneğin depresyon, korku, anksiyete, fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, kızgınlık/öfke gibi), (4) bozulan benlik duygusu (kendini korumada zorlanma, bağ oluşturmada zorlanma gibi), (5) kaçınma (dissosiyasyon, travmatik olaylara yönelik bellek boşlukları veya amneziler gibi), (6) kişilerarası zorluklar (samimiyette bozulma, kendini açmada zorlanma ve yakın ilişkileri zararlı olarak ifade etme gibi), (7) sağlık problemleri (beyin yapısında değişim, immün sistem yetersizlikleri, sık sık yorgunluk hissi, yaygın baş ağrıları, yaygın alkol veya madde kullanımları gibi) (92).

Çocukluk dönemi travmaları (kötüye kullanım ve ihmal) ile kendine zarar verme ve özkıyım davranışı arasında çok güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Fiziksel kötüye kullanıma uğramış ergenlerin %43.8'i kendine fiziksel olarak zarar verme davranışı göstermektedir. Bu oran cinsel kötüye kullanım kurbanı ergenlerde %45.6; duygusal kötüye kullanım kurbanı ergenlerde %42 ve ihmal kurbanı ergenlerde %41.6'dır. Çocukluk dönemi kötüye kullanım ve ihmal yaşantılarıyla, ergenlerdeki kendine fiziksel zarar verme davranışları, özkıyım girişimleri ve yüksek seviyede disosiyasyon arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Kesinlik kazanan olgular incelendiğinde en sık görülen örseleyici yaşantının %54 ile ihmal olduğu, fiziksel istismarın %22, cinsel istismarın %8 ve duygusal istismarın %4 ile bunu takip ettiği

belirtilmektedir. Geriye kalan olgular (%12) bu travma kategorilerine girmeyen değişik tipte kötüye kullanım yaşantılarına maruz kalmaktadırlar (93). Ayrıca çocukluklarında kötüye kullanım ve ihmale uğramış anne babaların kendi çocuklarına karşı daha örseleyici disiplin yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir (94).

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmaline maruz kalan bireyin, çocukluktan başlayarak anne-baba-kardeş gibi birinci dereceden yakınları ile kurduğu ilişkiler patolojik nitelikler taşımakta, bunlar yetişkin yaşamda kurulacak ilişkilerde de çeşitli sağlıksız örüntülere neden olmaktadır (95).

2.6 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞIMLILIK

Yaygınlık oranları seçilen örnekleme, araştırılan travmanın tipine ve travmayı değerlendirme yöntemine göre farklılık gösterse de, çalışmalar çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsünün alkol/madde bağımlılarında sık olduğunu göstermektedir (96). Diğer yandan çocukluk çağı kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol/madde bağımlılığı için yatkınlığı arttıran etken olarak kabul edilmektedir (97).

Araştırmalara göre, alkol/madde kullanım bozukluğu genel olarak kötüye kullanım döneminde veya kısa bir süre sonra başlamaktadır, bu da hastaların kötüye kullanım ortamından kaçış ararlarken disosiyasyon, somatizasyon gibi yollardan daha fazla “kimyasal kaçış yolunu” tercih ettiklerini göstermektedir. Çocukluk çağında cinsel olarak kötüye kullanıma maruz kalmış kişilerin, erişkinlikte maddeyi “kimyasal olarak dissosiyasyon” olmak için kullandıkları bildirilmektedir (98). Yapılan bir çalışmada alkol/madde bağımlılarında disosiyasyon ile en güçlü ilişkisi olan değişkenin duygusal kötüye kullanım olduğu saptanmıştır (99).

Dunn ve arkadaşlarının çalışmasında madde bağımlılarının %34’ünde çocukluk çağı kötüye kullanımı saptanmıştır (100). Madde kötüye kullanımı olan hastalarda çocukluk çağında fiziksel kötüye kullanım oranları yüksek olarak bildirilmiştir (101). Bir çok araştırmacı çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanım ile daha sonraki

madde kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi belgelemiştir (102- 106). Madde kötüye kullanımı olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların çocukluklarında çoklu risk faktörlerine maruz kaldıkları gösterilmiştir. Cinsel kötüye kullanım veya aile içi şiddete maruz kalma ile gelecekteki ciddi psikolojik belirtiler arasında güçlü bir bağlantı bulunmuştur (107).

Cuomo ve arkadaşları tarafından madde bağımlılığı olan ve olmayan hükümlüler arasında yapılan bir çalışmada, madde bağımlılarında ÇÇTÖ-28-28'da çocukluktan beri yaşanan travma öykülerinin analizi sırasında total skorlarda istatistiksel farklar görülmemesine rağmen, Duygusal Şiddet ve Fiziksel İhmal alt konularında bu hükümlülerin daha yüksek skorlara ulaştıkları saptanmıştır. Bu nedenle, madde bağımlısı olan ve hüküm giyenlerin çocuklukta kötü psikolojik muamele gördükleri ve kişisel raporlarından yola çıkılarak genelde yalnız bırakıldıkları kanısına varılmıştır (10).

2.7 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞIMLILIK VE AGRESYON

Agresyon ve şiddet eğilimi, çok önemli toplumsal sağlık sorunlarıdır. Agresyonun oluşumunda, genetik faktörler, fetal dönem, obstetrik komplikasyonlar, yetiştirilme çevresi, biyolojik faktörler ile madde bağımlılığı, psikoz, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar önemli yatkinlaştırıcı faktörlerdir (108).

Klinik uygulamanın ve günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olan şiddet ve agresyonun kökeni ve nedenleri hakkında çok sayıda araştırma yapılmış ve birçok kuram geliştirilmiştir. Sosyal öğrenme, psikanalitik ve biyolojik kuramlar bunlar arasındadır. Agresyon, bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar verme amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış olarak tanımlanmaktadır (9).

Son otuz yıldır biyolojik faktörlerle ilgili yürütülen araştırmalar, serotonerjik sistemin davranışsal bir inhibitör sistemi olduğunu, dürtüsellik ve agresyon gelişiminde ciddi etkileri olduğunu ortaya koymuştur (109). Buna paralel bir araştırma, bazı

gelişimsel faktörlerin agresyon üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Örneğin, Widom araştırmasında 908 ihmal veya şiddet görmüş çocuğun, 667 kişilik kontrol grubu çocukla karşılaştırıldığında daha fazla çocuk ve yetişkin suçu işlediğini ve şiddet içeren kriminal davranışlar sergilediğini göstermiştir (110).

Agresyonla ilgili problemler özellikle adli topluluk arasında oldukça yaygındır. Bazı geçmiş araştırmalar, adli topluluklarda çocukluk çağı travmasını incelemişlerdir. Örneğin, 301 erkek hükümlü arasında Weeks ve Widom'un yaptıkları araştırmada, 2/3'ünün fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldığı; Dutton ve Hart'ın yaptıkları araştırmada ise 601 hükümlü arasından 415'inin çocukluk travması yaşadığı ortaya konulmuştur (111, 112).

Yakın zamanda Sarchiapone ve arkadaşlarının 540 kişilik geniş bir hükümlü grubunda yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travması skorlarının agresif davranışla ilgisi incelenmiştir. Çocukluk çağı travma skorları ortalamasının üzerinde olan hükümlülerde yaşam boyu agresyon skorları çok daha yüksek olarak saptanmıştır. Total ÇÇTÖ-28-28 (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) skorları ve BGHA (Brown-Goodwin Hayat Boyu Agresyon Öyküsü) skorları arasında pozitif bir korelasyon olmakla birlikte, çocuklukta yaşanan fiziksel ihmal, duygusal, fiziksel ve cinsel şiddet ile yüksek BGHA skorları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. ÇÇTÖ-28-28 ve BGHA arasındaki ilişki, çocukluk çağı travmasının hükümlülerdeki agresyon gelişimini arttıran bir faktör olabileceğini göstermektedir. Sarchiapone ve arkadaşları, çocukluk çağı travmalarının, gelişimsel bir etmen olarak genetik faktörlerle birleşerek hükümlülerde agresyona yol açabileceğini belirtmektedir (11).

Cuomo ve arkadaşları tarafından madde bağımlılığı olan ve olmayan hükümlüler arasında yapılan bir çalışmada, madde bağımlısı hükümlülerin, duygusal şiddet ve fiziksel ihmal ortalama toplam skorları madde bağımlısı olmayan hükümlülerden daha yüksekti. Buss-Durkee Öfke Envanterinde, madde bağımlısı hükümlülerde diğer hükümlülere kıyasla ortalamada daha yüksek skorlar elde edildiği görülmüştür. İşledikleri suçlar şiddet içermese de, madde bağımlısı hükümlülerin cezaevinde şiddete yönelik daha fazla davranış sergiledikleri ve artan saldırganlık ve dürtüsellik ile yaşam boyu agresyon gibi psikometrik verileri doğruladıklarına işaret edilmiştir (10).

2.8 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞIMLILIK VE DÜRTÜSELLİK

Günümüzde dürtüsellik tanımlama çabaları sürmektedir (113). Moeller ve arkadaşları dürtüsellik, önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlamışlardır. Biyopsikososyal yönden olumsuz sonuçlara artmış duyarlılık, bilgi işleme süreci tamamlanmadan hızlı, plansız yanıt ve uzun dönem sonuçları düşünmede yetersizlikle ilişkilendirmişlerdir (13). Hollander ve Evers dürtüsellik davranışın ölçülebilir bir özelliği olduğunu ve sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan ve haz arama, yaşanan travmanın beklenenden az hissedilmesi ve dışa dönüklük gibi çeşitli şekillerde karşımıza çıkabileceğini vurgulamışlardır (114). Patton ve arkadaşları ise dürtüsellik motor aktivasyon, dikkat ve plan eksikliği şeklinde 3 bölümde ele almışlardır (115).

Dürtüsellik psikiyatride önemli bir klinik sorundur (116) ve bir çok psikiyatrik hastalıkta görülmektedir. Dürtüsellik, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde ve alkol kötüye kullanımı, psikotik bozukluklar, bipolar bozukluklar, yeme bozuklukları ve demansı olan kişilerde, sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırıldığında daha yaygındır (117). Dürtüsellik alkol ya da madde kullanımı ve ilgili sorunlarla ilişkilendirilmektedir (117, 118). Bunun yanında Acton, dürtüsellik madde kullanımında doğal bir risk etmeni olduğunu ileri sürmüştür (119). Yapılan çalışmalarda madde bağımlılarının, alkol bağımlılarına göre (120), çoklu madde bağımlılarının, tek bir maddeye bağımlı olanlara göre (121), alkol bağımlılarının, kontrol gruplarına göre (122) daha dürtüsel olduğu saptanmıştır. Dürtüsellik, hem aşırı madde kullanımının başlangıcında (123) hem de madde bağımlılığın nüksetmesinde (124) temel bir mekanizma olabileceği öne sürülmektedir. Dürtüsellik, aynı zamanda alkol kullanımı davranışı ve alkol kullanımı ile bağlantılı sorunlarda aracı olarak hizmet edebileceği belirtilmektedir (125, 126). Maddeyi elde etme ve kullanma planlı bir amaç gerektirmektedir. Bu nedenle madde kullanımını dürtüsel davranışlar içinde incelemek zordur (116). Farklı dürtüsellik bileşenleri başlama

ve sürdürmenin belli dönemlerini etkileyebilir. Madde kötüye kullanımı gelişim ve sürdürümünde ödül dürtüsü ve spontan dürtüsellik arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır. İnsanlarda yapılan laboratuvar ve anket ölçümleri madde bağımlısı kişilerde yüksek dürtüsellik düzeyleri göstermişlerdir. Dürtüsellğin madde kötüye kullanımının sebebi mi sonucu mu olduğu henüz yanıtlanamamıştır (13). Dürtüsellğin maddeye başlama yaşı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (117).

Bağımlılık için özel bir kişiliğin varlığı reddedilse de, alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dürtüsellik ve yenilik arayışı gibi bazı kişilik özellikleri açısından kontrollerden farklılık gösterdiği belirlenmiştir (14). Mizaç ve Karakter Envanterindeki “dürtüsellik” alt ölçeğinde yüksek skor elde edenler telaşlı, dramatik, izlenimci ve dengesiz kişiler olmaya eğilimlidir ve bu kişiler eksik bilgilerle çok çabuk karar verirler ve dürtülerini çok kötü bir şekilde kontrol ederler. Tipik olarak bu kişiler anlık içgüdüleri ve içgüdüsel sezileri ile hareket ederler. Bundan ötürü beklenmedik olaylar ve bilgiler geliştiğinde sık sık kararlarını ve fikirlerini gözden geçirmelidirler (127, 128). Bu kişilik özelliği alkol bağımlısı hastalardaki özkıyım eğilimine büyük bir katkı sağlayabilir (129) ve ayakta ya da yatarak tedaviyi engelleyebilir (130, 131). Yüksek dürtüsellği olan kişilerin sık sık asabiyet, endişe ve disfori gibi olumsuz duygusal durumlar yaşayabileceği ve madde kullanımının içsel olumsuz duyguları hafifletecek bir girişim olabileceği öne sürülmektedir (130).

Çocukluk çağında yaşanan travmaların, madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu başta olmak üzere, dürtüsellik ve özkıyım meyli arttırdığı gösterilmiştir (78, 132-135). Çocukluk çağı travmalarıyla çok sık karşılaşmaktadır. Bir toplum incelemesi, erkeklerin %31.2’sinin ve kadınların % 21.1’inin çocuklukta fiziksel şiddet gördüğünü ortaya koymuştur (136). Yapılan çalışmalar, travma ve dürtüsellik arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. Ruggiero ve arkadaşlarının çalışmasında, çocukluk çağı travmasının, madde bağımlısı gazilerde dürtüsel kişilik bozukluğu oluşumuna katkıda bulunduğu belirlenmiştir (137). Johnson ve meslektaşları, aynı bağının doğruluğunu gazi olmayan bir toplulukta göstermiştir (138). Brodksy ve meslektaşlarının çalışmasında ise çocuklukta fiziksel veya cinsel şiddet görmüş depresyonda olan hastaların özkıyım girişimi riskinin daha fazla olduğu, bu kişilerin BDÖ-11 (Barrat Dürtüsellik Ölçeği) skorlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır; dolayısıyla bu çalışmada da, çocukluk çağında yaşanan travmaların, özkıyım girişim riski ve dürtüsel kişilik oluşmasında çevresel risk faktörü oluşturduğu kararına

varılmıştır (139). Yakın zamanda Roy'un yaptığı çalışmada, bağımlı oldukları maddeleri kullanmadıkları bir dönemde incelenen hastalarda, çocukluk çağı travma skorları, dürtüsellik skorları ile küçük ama anlamlı bir korelasyon göstermiştir. Bu çalışma, çocukluk döneminde yaşanan travmanın, yetişkinlik çağında dürtüsellik gelişmesinde ufak da olsa bir payı olabileceğini göstermektedir (140). Cuomo ve arkadaşları tarafından madde bağımlılığı olan ve olmayan hükümlüler arasında yapılan bir çalışmada, madde bağımlılarında dürtüsellik sonuçlarının tüm örnekleme kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Dürtüsellüğün saldırgan davranışlarda büyük bir rol oynadığı, cezaevinde kalma sürecinde daha fazla saldırgan davranışa neden olduğu ve hükümlülerin birden fazla kez hüküm giymesinde en büyük etkenlerden biri olduğu kanısına varılmıştır (10).

3.YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1 ÖRNEKLEM

Bu araştırmaya; Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) Kliniği'nde Mayıs 2009- Aralık 2009 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, DSM-IV ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı alan, detoksifikasyonunu tamamlamış ardışık 100 erkek hasta ve DSM-IV ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanısı alan ardışık 100 erkek hasta olmak üzere toplam 200 hasta alınmıştır.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 1-18-65 yaş aralığında olması
- 2-Bilgilendirilmiş onam vermesi
- 3-DSM-IV'e göre alkol/madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılaması

Dışlama Ölçütleri:

- 1- Herhangi bir fiziksel kısıtlılığı olma
- 2- Alkol/madde yoksunluk ya da Deliryum Tremens döneminde bulunma
- 3- Okuma yazma bilmeme

- 4-Mental retardasyonu olma
- 5-Demens ve diğer organik mental bozukluğun olması
- 6-18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olma
- 7-Psikotik hastalık tanısı olma
- 8-Kadın hasta

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve yukarıda belirtilen dışlama ölçütlerini karşılamayan hastalar araştırma grubuna alındı. DSM-IV-TR ölçütlerine göre alkol bağımlılığı ve madde bağımlılığı tanısı konulan hastalara, araştırmaya gönüllü olarak katıldığına dair belge imzalatıldı. Kendisi ile ilgili her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı anlatıldı, herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilceği ve katılıp katılmamasının tedavi programını hiçbir şekilde etkilemeyeceği bildirildi.

3.2 YÖNTEM

Bu görüşmede araştırmaya alınan hastalara kliniğimiz tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı Soru Listesi (ÇÇKKLS), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire; ÇÇTÖ-28), Michigan Alkolizm Tarama Testi (Michigan Alcoholism Screening Test; MATT), Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory; BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (The State-Trait Anxiety Inventory ;DKE, SKE), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barratt Impulsiveness Scale; BDÖ-11), Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (The State-Trait Anger Scale; SÖÖTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (Buss-Perry Aggression Questionnaire; BPAÖ) uygulanmıştır.

3.3 GEREÇLER

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu (SVF) ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı Soru Listesi (ÇÇKKSL): SVF, hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla tarafımızca hazırlandı. Form; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, ilk alkol/madde kullanma yaşı ve düzenli alkol/madde kullanma yaşı, alkol/madde kullanım sıklığı ve miktarı, kullanılan alkol/madde türü, tercih maddesi, önceki tedavi girişimleri, en uzun remisyon süresi, sosyal destekler, aile öyküsü, suç ve saldırganlık durumunu değerlendiren sorulardan oluşmaktadır.

ÇÇKKSL, Yargıç ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 9 sorudan oluşan bir soru listesidir. Bu form ile çocukluk çağında fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım, ihmal edilme ve enstest yaşantıları sorgulanmaktadır. Kötüye kullanım davranışının kim tarafından ve kaç yaşındayken yapıldığı, yapan kişinin o sırada kaç yaşında olduğu sorulmakta ve kötüye kullanım ağırlık ve sıklığının belirlenmiş seçeneklere göre derecelendirilmesi istenmektedir. Ayrıca her sorunun sonunda verilen yanıtla ilgili bir açıklama istenmiştir. Uyguladığımız formda, ek olarak özkıyım girişim öyküsünü ve kendine fiziksel zarar vermeyi değerlendiren 2 soru daha bulunmaktadır (141).

3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-28): Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri 1) hiçbir zaman, 2) nadiren, 3) zaman zaman, 4) sıklıkla, 5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal kötüye kullanım alt ölçeği 12-60, fiziksel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, cinsel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, duygusal ihmal alt

ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmal alt ölçeği 8-40 arasında puan alır. Ayrıca ölçeğe ait toplam puan da hesaplanabilmekte ve bu puan 54-270 arasında olabilmektedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir. 70 madde olarak geliştirilen, daha sonraki yıllarda 53 maddeye düşürülen ölçek Şar tarafından 1996 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin 28 sorudan oluşan formu, Evren ve arkadaşlarının çalışmasında kullanılmıştır (142).

3.3.3. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT): Bir kişinin alkol ya da madde kullanım sorunları yaşayıp yaşamadığı, yaşadıysa düzeyini ölçmek için kullanılır. Gibbs tarafından 1983 (143) yılında geliştirilmiş olan testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Coşkunol ve arkadaşları (144) tarafından yapılmıştır. 25 soruluk kendini değerlendirme ölçeğidir. İlk soru puanlamaya girmez. Her bir madde evet/hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. MATT’de maddeler farklı puan değerlerine sahiptir. Bu testten alınan yüksek puanlar sosyal işlevlerde bozulma ve bağımlılıkta belirginleşmeye işaret etmektedir. Çalışmada ölçeğin, alkol dışı madde kullanımı olan kişileri de değerlendiren şekli kullanılmıştır. Bu formda sorular, “alkol” geçen yerlerde “alkol ya da madde” şeklinde sorulmuştur.

3.3.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE): Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. 1961 ve 1978 (145, 146) tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1980 yılında Tegin (147), 1988 ve 1989 yılında Hisli (148, 149) tarafından yapılmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir.

3.3.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE, SKE): Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup 14 yaş üzerindekiilere uygulanabilen bir testtir. Ölçeğin Türkçe’ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte (150) tarafından yapılmıştır. Durumluk kaygı ölçeği,

bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Kendi kendine doldurulabilecek bir testtir. Durumluk kaygı ve süregiden kaygıyı ölçmeye yönelik 20 sorudan oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. 36 ve altı puan kaygının olmadığını, 37- 42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı gösterir. Genel olarak, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.

3.3.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11): Dürtüsellik değerlendirilmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BDÖ-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BDÖ-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (151).

3.3.7. Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (The State-Trait Anger Scale; SÖÖTÖ): Spielberger (152) tarafından geliştirilmiştir. The State-Trait Anger Scale (STAS) Türkçe formunun çevirisi ve geçerlilik çalışması A. Kadir Özer tarafından yapılmıştır (153). Ölçek, Sürekli Öfke, Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke Kontrol alt ölçeklerinden oluşur. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri bir ölçektir. Verilen tümcelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna "1" hiç tanımlamıyor, "2" biraz tanımlıyor, "3" oldukça tanımlıyor ve "4" tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Bu ölçek ergen ve yetişkinlere uygulanabilir ve zaman kısıtlaması yoktur. Sürekli Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke Kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar yüksek öfke kontrol düzeyini, Öfke-Dışa

alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilir olduğunu ve Öfke-İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (154).

3.3.8 Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) : Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş (155) olan ölçek, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir (156). Agresyon ölçeği, fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık olmak üzere 4 farklı alt boyuttan oluşmaktadır. Can tarafından 2002 yılında Türkçe'ye uyarlanan agresyon ölçeği, ilk olarak yetişkinlerle yapılan bir çalışmada kullanılmıştır (157). Toplam 29 maddeden oluşan sorular her biri 5 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir.

3.4 İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Veriler SPSS 15.0 for Windows programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde, sosyodemografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik (frekans ve oran) kullanılmıştır. Değişkenler arasında ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t testi ve dağılımın normal olmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Değişkenlerin arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacıyla Pearson ilişki katsayısı hesaplanmıştır. Verilerin yorumlanmasında $P < 0,05$ esas olarak alınmıştır. Belirleyici değişkenlerinin saptanması için linear ve lojistik regresyon testleri uygulanmıştır. Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin bağımlı değişken, yaş, MATT, BDE, DKE-SKE, SÖÖTÖ alt boyutları (Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışa, Öfke Kontrol), BPAÖ alt boyutları (Fiziksel Agresyon, Sözel Agresyon, Öfke, Düşmanlık), BDÖ-11 alt boyut puanlarının bağımsız değişkenler olduğu Forward Lojistik Regresyon incelemesi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28)'in bağımlı değişken, yaş, MATT, BDE, DKE-SKE, SÖÖTÖ alt boyutları (Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışa, Öfke Kontrol), BPAÖ alt boyutları (Fiziksel Agresyon, Sözel Agresyon, Öfke, Düşmanlık), BDÖ-11 alt boyut puanlarının bağımsız değişkenler olduğu Stepwise doğrusal regresyon incelemesi ile çocukluk çağı travmalarının belirleyicileri saptanmaya çalışılmıştır.

4. BULGULAR

A. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/ Madde Bağımlılarının Değerlendirilmesi

ÇÇKKSL'ye göre, hastaların kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü değerlendirildi. Çalışmaya katılan hastalar, çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre iki gruba ayrıldı.

Tablo 1. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımının ya da İhmalinin Varlığı

Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali	N=200	%
Yok	82	41
Var	118	59

Çalışmaya katılan hastaların 118'inde (%59) çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali vardı.

Tablo 2. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmalinin Dağılım Oranları

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmal	Alkol N=50		Madde N=68		Toplam N=118	
	N	%	n	%	n	%
Bir tip Kötüye Kullanım ya da İhmal	27	27.0	18	18.0	45	22.5
İki tip Kötüye Kullanım ya da İhmal	13	13.0	23	23.0	36	18.0
Üç tip Kötüye Kullanım ya da İhmal	6	6.0	20	20.0	26	13.0
Dört tip Kötüye Kullanım ya da İhmal	4	4.0	7	7.0	11	5.5

Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan 118 hastanın 50'si alkol, 68'i madde bağımlısı idi. Çalışmaya katılan hastaların %22.5'inde bir tip kötüye kullanım ya da ihmal, %18'inde iki tip kötüye kullanım ya da ihmal, %13 'ünde üç tip kötüye kullanım ya da ihmal ve %5.5'inde dört tip kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü vardı.

B. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 3a. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok		Var				
	N=82	%	N=118	%	χ^2	sd	P
Yaş	37.0±10.7		34.27±10.31		t=1.81		0.072
Medeni Durum					1.419	4	0.84
Evli	29	35	39	33			
Bekar	31	38	45	38			
Boşanmış	15	18	19	16			
Ayrı	7	9	14	12			
Birlikte	0	0	1	1			
Kimlerle Yaşıyorlar					2.248	5	0.81
Eş	27	33	39	33			
Anne-baba	40	49	55	47			
Yalnız	10	12	12	10			
Yakını	4	5	9	8			
Anne-baba ve eş	1	1	1	1		4.2	
Diğer	0	0	2	2			

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

İki grup yaş, medeni durum ve yaşadıkları kişiler açısından karşılaştırıldı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta yaş ortalamasının 34.27±10.31 olduğu, diğer grupta yaş ortalamasının 37.0±10.7 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). İki grup medeni durum ve yaşadıkları kişiler açısından karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 3b. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok		Var				
	N=82	%	N=118	%	χ^2	sd	P
Çalışma Durumu					9.343	5	0.096
Çalışmıyor	28	34	63	53			
Düzenli	38	46	38	32			
Düzensiz	8	10	9	8			
Emekli	7	9	7	6			
Öğrenci	0	0	1	1			
Öğrenci ve çalışıyor	1	1	0	0			
Eğitim					6.182	5	0.289
Yok	1	1	5	4			
İlkokul	27	33	52	44			
Ortaokul	23	28	29	25			
Lise	22	27	25	21			
Yüksekokul	3	4	1	1			
Üniversite	6	7	6	5			
Eğitim süre (Ort.±SS)	9.76±3.76		8.72±3.58		t=1.97		0.049*

*İstatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$)

İki grup çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun (%53), diğer gruba (%34) göre daha yüksek oranda çalışmadığı saptandı. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

İki grup eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun eğitim seviyesinin daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Eğitim süreleri karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun eğitim süresinin (8.72 ± 3.58), diğer grubun eğitim süresine (9.76 ± 3.76) göre daha kısa olduğu saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında İlk Madde Kullanım Yaşı, Düzenli Madde Kullanım Yaşı, Tedavi Girişimi

	Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok		Var				
	N=82	%	N=118	%	χ^2	sd	P
<i>İlk Madde Kullanma Yaşı (Ort.±SS)</i>	17.75±4.5		16.3±5.36		t=2.0		0.046*
<i>Düzenli Madde Kullanma Yaşı (Ort.±SS)</i>	23.52±7.53		20.63±7.54		t=2.66		0.008*
Tedavi Girişimi					4.253	7	0.75
Yok	23	28	33	28			
Kendi Başına	14	17	14	12			
Ayaktan	14	17	22	19			
Yatarak	26	32	37	31			
Kendi Başına +Ayaktan	1	1	3	3			
Kendi Başına +Yatarak	2	2	1	1			
Ayaktan +Yatarak	2	2	7	6			
Kendi Başına +Ayaktan +Yatarak	0	0	1	1			

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

İki grup ilk madde kullanım yaşı, düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı ve tedavi girişimi açısından karşılaştırıldı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, ilk madde kullanım yaşı ve düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşının daha düşük olduğu görüldü. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05).

Tedavi girişimi açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 5. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Ailede Madde Kullanımı ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

	Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok		Var				
	N=82	%	N=118	%	χ^2	sd	P
Ailede Madde Kullanımı					8.085	3	0.044*
Yok	55	67	62	53			
Alkol Kullanımı	26	32	45	38			
Madde Kullanımı	0	0	7	6			
Alkol ve Madde Kullanımı	1	1	4	3			
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü					1.29	1	0.255
Yok	74	90	100	85			
Var	8	10	18	15			

*İstatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$)

İki grup ailede madde kullanımı ve ailede psikiyatrik öykü açısından karşılaştırıldı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, ailede madde kullanımının daha yüksek oranda olduğu görüldü; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

İki grup ailede psikiyatrik öykü açısından karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. Alkol veya Madde Bağımlılarında Ailede Madde Kullanımı ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

	Alkol Bağımlıları		Madde Bağımlıları				
	N=100	%	N=100	%	χ^2	sd	P
Ailede Madde Kullanımı					19.53	3	<0.001*
Yok	51	51	66	66			
Alkol Kullanımı	48	48	23	23			
Madde Kullanımı	1	1	11	11			
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü					1.59	1	0.207
Yok	90	90	84	84			
Var	10	10	16	16			

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Alkol/ madde bağımlıları ailede psikiyatrik öykü açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (p>0.05) Ancak ailede madde kullanımına bakıldığında, alkol bağımlılarında ailede alkol kullanım öyküsünün (%48), madde bağımlılarında ailede madde kullanım öyküsünün (%11) yüksek olduğu görüldü ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu (p<0.001).

C-Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı, İhmali, Özkıyım Girişimi ve Kendini Yaralama Davranışının Değerlendirilmesi

Tablo 7. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı, İhmali, Özkıyım Girişimi ve Kendini Yaralama Davranışının Karşılaştırılması

	Alkol Bağımlıları		Madde Bağımlıları				
	N=100	%	N=100	%	χ^2	sd	P
Fiziksel Kötüye Kullanım	23	23	44	44	9.9	1	0.002*
Duygusal Kötüye Kullanım	29	29	43	43	4.25	1	0.04*
İhmal	30	30	50	50	8.33	1	0.004*
Cinsel Kötüye Kullanım/ Yabancı	4	4	11	11	3.53	1	0.06
Cinsel Kötüye Kullanım/ Akraba	1	1	5	5	2.74	1	0.09
Özkıyım Girişimi	23	23	43	43	9.05	1	0.003*
Kendini Yaralama Davranışı	49	49	75	75	14.35	1	<0.001*

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Alkol/ madde bağımlıları çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali, özkıyım girişimi, kendini yaralama davranışı açısından karşılaştırıldı. Madde bağımlılarında fiziksel kötüye kullanım (%44, alkol bağımlıları %23), duygusal kötüye kullanım (%43, alkol bağımlıları %29) ve ihmali (%50, alkol bağımlıları %30) oranı daha yüksekti ve aradaki fark açısından istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05). Alkol veya madde bağımlıları cinsel kötüye kullanım açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Özkıyım girişiminin, madde bağımlılarında (%43), alkol bağımlılarına (%23) göre daha yüksek oranda olduğu görüldü ve aradaki fark açısından istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.003).

Kendini yaralama davranışı madde bağımlılarında (%75), alkol bağımlılarına (%49) göre daha yüksek oranda saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ($p<0.001$).

D-Suç ve Saldırganlığın Değerlendirilmesi

Tablo 8. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Suç ve Saldırganlığın Karşılaştırılması

	Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok		Var				
	N=82	%	N=118	%	χ^2	sd	P
Kavgaya Karışma					4.792	1	0.029*
Yok	64	78	75	64			
Var	18	22	43	36			
Karakolluk Olma					5.605	1	0.018*
Yok	48	59	49	42			
Var	34	41	69	58			
Cezaevi Yaşantısı					2.357	1	0.125
Yok	58	71	71	60			
Var	24	29	47	40			

*İstatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$)

İki grup kavgaya karışma, karakolluk olma ve cezaevi yaşantısı açısından karşılaştırıldı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta kavgaya karışma ve karakolluk olma oranının daha yüksek olduğu görüldü; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Cezaevi yaşantılarına bakıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$).

E- Özkıyım Girişimi ve Kendini Yaralama Davranışının Değerlendirilmesi

Tablo 9. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Özkıyım Girişimi ve Kendini Yaralama Davranışının Karşılaştırılması

	Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok		Var		χ^2	sd	P
	N=82	%	N=118	%			
Özkıyım Girişimi					11.436	1	0.001*
Yok	66	80	68	58			
Var	16	20	50	42			
Kendini Yaralama Davranışı					8.495	1	0.004*
Yok	41	50	35	30			
Var	41	50	83	70			

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

İki grup özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışı açısından karşılaştırıldı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışının daha fazla olduğu görüldü. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05).

F- Depresyon ve Anksiyetenin Değerlendirilmesi

Tablo 10. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE) Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok n=82		Var n=118			
	Ort.	SS	Ort.	SS	t	P
Michigan Alkolizm Tarama Testi	27.38	10.02	29.83	10.13	-1.69	0.09
Beck Depresyon Envanteri	15.15	9.14	20.52	11.6	-3.62	<0.001*
Durumluk Kaygı Envanteri	37.09	10.88	42.08	11.16	-3.13	0.002*
Sürekli Kaygı Envanteri	45.65	9.03	50.21	7.69	-3.84	<0.001*

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre MATT, BDE, DKE ve SKE karşılaştırıldı. Kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olanlarda BDE (20.52±11.6, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 15.15±9.14) ve SKE (50.21±7.69, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 45.65±9.03) ortalama puanları ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0.001). Benzer şekilde kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olanlarda DKE (42.08±11.16, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 37.09±10.88) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0.002). MATT ortalama puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

G- Öfke, Agresyon ve Dürtüselliğin Değerlendirilmesi

Tablo 11. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeğinin (SÖÖTÖ) Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok n=82		Var n=118			
Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği	Ort.	SS	Ort.	SS	T	P
<i>Sürekli Öfke</i>	21.35	5.78	26.07	6.66	-5.19	<0.001*
<i>Öfke İçte</i>	16.32	4.34	19.14	4.44	-4.47	<0.001*
<i>Öfke Dışa</i>	16.22	4.43	19.49	5.16	-4.67	<0.001*
<i>Öfke Kontrol</i>	22.11	5.8	20.37	5.07	2.24	0.026*

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre SÖÖTÖ'nün alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olanlarda “sürekli öfke” (26.07±6.66, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 21.35±5.78), “öfke içte” (19.14±4.44, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 16.32±4.34), “öfke dışa” (19.49±5.16, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 16.22±4.43) alt boyut ortalama puanları daha yüksek saptandı ve aradaki fark ileri derecede anlamlı bulundu (p<0.001). Kötüye kullanım ve ihmal öyküsü olanlarda “öfke kontrol” (20.37±5.07, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 22.11±5.8) alt boyut ortalama puanı daha düşük saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.026).

Tablo 12. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Buss-Perry Agresyon Ölçeğinin (BPAÖ) Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok n=82		Var n=118			
Buss-Perry Agresyon Ölçeği	Ort.	SS	Ort.	SS	T	P
<i>Fiziksel Agresyon</i>	20.55	6.34	26.09	6.95	-5.75	<0.001*
<i>Sözel Agresyon</i>	13.27	3.64	14.87	4.24	-2.86	0.005*
<i>Öfke</i>	16.93	5.97	20.73	5.95	-4.44	<0.001*
<i>Düşmanlık</i>	19.62	6.24	24.85	6.86	-5.5	<0.001*

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre BPAÖ'nün alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan grupta, “fiziksel agresyon” (26.09±6.95, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 20.55±6.34), “öfke” (20.73±5.95, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 16.93±5.97), “düşmanlık” (24.85±6.86, kötüye kullanım ya da ihmal olmayan grup 19.62±6.24) alt boyut ortalamaları daha yüksekti, aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu (p<0.001). Benzer şekilde “sözel agresyon” alt boyut ortalama puanı da kötüye kullanım ya da ihmal olan grupta yüksekti, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005).

Tablo 13. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmalinin Varlığına Göre Alkol/Madde Bağımlılarında Barrat Dürtüsellik Ölçeğinin (BDÖ-11) Alt Boyut Ortalamaları ve Toplam Puanın Karşılaştırılması

Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ya da İhmali						
	Yok n=82		Var n=118			
Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11	Ort.	SS	Ort.	SS	T	P
<i>Dikkatsel Dürtüsellik</i>	16.46	3.64	18.57	3.58	-4.06	<0.001*
<i>Motor Dürtüsellik</i>	21.94	3.87	24.68	4.78	-4.3	<0.001*
<i>Plansızlık Dürtüsellliği</i>	26.12	5.19	28.39	4.74	-3.2	0.002*
<i>BDÖ-11-Toplam</i>	64.52	10.39	71.63	10.25	-4.8	<0.001*

*İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Çocukluk çağı kötüye kullanımın ya da ihmalinin varlığına göre BDÖ-11'in alt boyut ortalamaları ve toplam puanı karşılaştırıldı. Kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan grupta, "dikkatsel dürtüsellik" (18.57 ± 3.58 , kötüye kullanım ya da ihmali olmayan grup 16.46 ± 3.64), "motor dürtüsellik" (24.68 ± 4.78 , kötüye kullanım olmayan grup 21.94 ± 3.87) ve "toplam dürtüsellik" (71.63 ± 10.25 , kötüye kullanım ya da ihmali olmayan grup 64.52 ± 10.39) ortalama puanları yüksek saptandı; aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ($p < 0.001$). "Plansızlık dürtüsellliği" (28.39 ± 4.74 , kötüye kullanım ya da ihmali olmayan grup 26.12 ± 5.19) alt boyut ortalama puanı da kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta yüksekti; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p = 0.002$).

H- Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmasının, Öfke, Agresyon ve Dürtüsellikle İlişkisi

Tablo 14. Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Alt Boyutlarının, Sürekli Öfke - Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) Alt Boyut Ortalamaları İle İlişkisi

		<i>Duygusal İhmal</i>	<i>Fiziksel İhmal</i>	<i>Duygusal Kötüye Kullanım</i>	<i>Fiziksel Kötüye Kullanım</i>	<i>Cinsel Kötüye Kullanım</i>	<i>ÇÇTÖ-28 Toplam</i>
<i>SÖÖTÖ-Sürekli Öfke</i>	<i>r</i>	0.177(*)	-0.026	0.015	0.305(**)	0.116	0.268(**)
	<i>p</i>	0.012	0.713	0.837	<0.001	0.102	<0.001
<i>SÖÖTÖ-Öfke İçte</i>	<i>r</i>	0.092	0.000	0.006	0.331(**)	0.225(**)	0.295(**)
	<i>p</i>	0.197	0.991	0.933	<0.001	0.001	<0.001
<i>SÖÖTÖ-Öfke Dışa</i>	<i>r</i>	0.178(*)	-0.067	0.041	0.367(**)	0.286(**)	0.365(**)
	<i>p</i>	0.012	0.345	0.568	<0.001	<0.001	<0.001
<i>SÖÖTÖ-Öfke Kontrol</i>	<i>r</i>	-0.144(*)	0.120	-0.037	-0.189(**)	-0.184(**)	-0.203(**)
	<i>p</i>	0.042	0.091	0.604	0.007	0.009	0.004

* İlişki 0.05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü). ** İlişki 0.01 düzeyinde anlamlı (2-yönlü).

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği,, ÇÇTÖ-28-28:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Alkol/madde bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Sürekli Öfke-Öfke tarzı Ölçeği'nin alt boyut ortalamalarının ilişkisi değerlendirildi. ÇÇTÖ-28'in "Duygusal ihmal" alt boyut ortalamaları ile, SÖÖTÖ'nün "Sürekli Öfke" ve "Öfke Dışa" puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki; "Öfke Kontrol" alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28'in "Fiziksel Kötüye Kullanım" ve "ÇÇTÖ-28 toplam" puanları ile, SÖÖTÖ'nün "Öfke Kontrol" alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki, diğer tüm alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28'in "Cinsel Kötüye Kullanım" alt boyutu ile SÖÖTÖ'nün "Öfke İçte" ve "Öfke Dışa" alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, "Öfke Kontrol" alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki saptandı.

Tablo 15. Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Alt Boyutlarının, Buss Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) Alt Boyut Ortalamaları İle İlişkisi

		<i>Duygusal İhmal</i>	<i>Fiziksel İhmal</i>	<i>Duygusal Kötüye Kullanım</i>	<i>Fiziksel Kötüye Kullanım</i>	<i>Cinsel Kötüye Kullanım</i>	<i>ÇÇTÖ-28 Toplam</i>
<i>BPAÖ- Fiziksel Agresyon</i>	<i>r</i>	0.108	-0.027	-0.006	0.348(**)	0.219(**)	0.295(**)
	<i>p</i>	0.129	0.708	0.935	<0.001	0.002	<0.001
<i>BPAÖ- Sözel Agresyon</i>	<i>r</i>	0,048	0.067	0.107	0.121	0.135	0.195(**)
	<i>p</i>	0.497	0.344	0.131	0.087	0.057	0.006
<i>BPAÖ- Öfke</i>	<i>r</i>	0.124	-0.001	0.044	0.320(**)	0.191(**)	0.303(**)
	<i>p</i>	0.080	0.983	0.540	<0.001	0.007	<0.001
<i>BPAÖ- Düşmanlık</i>	<i>r</i>	0.117	-0.015	0.046	0.370(**)	0.275(**)	0.356(**)
	<i>p</i>	0.100	0.830	0.516	<0.001	<0.001	<0.001
<i>BPAÖ Toplam</i>	<i>r</i>	0.123	-0.002	0.047	0.365(**)	0.252(**)	0.351(**)
	<i>p</i>	0.082	0.977	0.511	<0.001	<0.001	<0.001

* İlişki 0.05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü). ** İlişki 0.01 düzeyinde anlamlı (2-yönlü).

BPAÖ:Buss Perry Agresyon Ölçeği,ÇÇTÖ-28-28:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Alkol/madde bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Buss-Perry Agresyon Ölçeği'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ilişkisi değerlendirildi. ÇÇTÖ-28'in "Fiziksel Kötüye Kullanım" ve "Cinsel Kötüye Kullanım" alt boyutu ile BPAÖ'nün "Fiziksel Agresyon", "Öfke", "Düşmanlık" ve "BPAÖ Toplam" puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. "ÇÇTÖ-28 toplam" puanları ile BPAÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı.

Tablo 16. Alkol/Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Alt Boyutlarının, Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) Alt Boyut Ortalamaları İle İlişkisi

		<i>Duygusal İhmal</i>	<i>Fiziksel İhmal</i>	<i>Duygusal Kötüye Kullanım</i>	<i>Fiziksel Kötüye Kullanım</i>	<i>Cinsel Kötüye Kullanım</i>	<i>ÇÇTÖ-28 Toplam</i>
<i>BDÖ-11 Dikkatsel Dürtüsellik</i>	<i>r</i>	0.086	-0.017	0.130	0.273(**)	0.261(**)	0.319(**)
	<i>p</i>	0.227	0.811	0.067	<0.001	<0.001	<0.001
<i>BDÖ-11 Motor Dürtüsellik</i>	<i>r</i>	0.144(*)	-0.015	0.010	0.405(**)	0.252(**)	0.362(**)
	<i>p</i>	0.041	0.833	0.889	<0.001	<0.001	<0.001
<i>BDÖ-11 Plansızlık dürtüselligi</i>	<i>r</i>	0.084	-0.019	-0.010	0.176(*)	0.137	0.168(*)
	<i>p</i>	0.236	0.792	0.892	0.013	0.052	0.018
<i>BDÖ-11 Toplam</i>	<i>r</i>	0.130	-0.021	0.044	0.348(**)	0.261(**)	0.341(**)
	<i>p</i>	0.66	0.768	0.533	<0.001	<0.001	<0.001

* İlişki 0.05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü). ** İlişki 0.01 düzeyinde anlamlı (2-yönlü).

BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, ÇÇTÖ-28-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Alkol/madde bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11'in alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ilişkisi değerlendirildi. ÇÇTÖ-28'in "Fiziksel Kötüye Kullanım" ve "ÇÇTÖ-28 toplam" puanları ile BDÖ-11'in tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28'in "Cinsel Kötüye Kullanım" alt boyutu ile BDÖ-11'in "Plansızlık Dürtüselligi" dışında tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28'in "Duygusal İhmal" alt boyutu ile BDÖ-11'in "Motor Dürtüsellik" alt boyutu puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı.

İ- Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı, İhmali ve Çocukluk Çağı Travma Şiddeti (ÇÇTÖ-28) ile İlişkili Değişkenler

Tablo 17. Alkol / Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ya da İhmali ile İlişkili Değişkenler (Forward Lojistik Regresyon Analizi)

Alkol/ madde bağımlılarında yaş, Michigan Alkolizm Tarama Testi, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği alt boyutları (Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışa, Öfke Kontrol), Buss-Perry Agresyon Ölçeği alt boyutları (Fiziksel Agresyon, Sözel Agresyon, Öfke, Düşmanlık), Barrat Dürtüsellik Ölçeği(BDÖ-11) alt boyut ve toplam puanlarının bağımsız değişkenler olduğu Forward Lojistik Regresyon incelemesi.

	B	S.E.	Wald	SD	P	Exp(B)	95,0% Güvenirlik Aralığı	
BPAÖ- Fiziksel Agresyon	0,069	0,029	5,860	1	0,015	1,072	1,013	1,133
BPAÖ- Düşmanlık	0,077	0,028	7,455	1	0,006	1,080	1,022	1,142
BDÖ-11 Motor Dürtüsellik	0,091	0,043	4,507	1	0,034	1,095	1,007	1,191

BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, BPAÖ: Buss Perry Agresyon Ölçeği,

Buss-Perry Agresyon Ölçeği'nin "Fiziksel Agresyon" ve "Düşmanlık" alt boyutu ile Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11'in "Motor Dürtüsellik" alt boyutunun, alkol/ madde bağımlılarında çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali ile ilişkili olduğu saptandı.

Tablo 18. Alkol/ Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28) Toplam Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Stepwise Doğrusal Regresyon Analizi

Alkol/ madde bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28)'in bağımlı değişken, yaş, Michigan Alkolizm Tarama Testi, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği alt boyutları (Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışa, Öfke Kontrol), Buss-Perry Agresyon Ölçeği alt boyutları (Fiziksel Agresyon, Sözel Agresyon, Öfke, Düşmanlık), Barrat Dürtüsellik Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının bağımsız değişkenler olduğu Stepwise doğrusal regresyon incelemesi.

	Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş		
	B	SH	Beta	t	P
Sabit	41,370	2,817		14,687	<0.001*
SÖÖTÖ-Öfke Dışa	0,252	0,127	0,160	1,987	0,048*
BDÖ-11 Motor Dürtüsellik	0,397	0,125	0,227	3,185	0,002*
BPAÖ-Düşmanlık	0,217	0,088	0,191	2,482	0,014*

F=17.20, p<0.001, df: 3,196, Düzeltilmiş R kare=0.20

BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, BPAÖ: Buss Perry Agresyon Ölçeği, SÖÖTÖ: Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği

Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği'nin "Öfke Dışa" alt boyutu, Barrat Dürtüsellik Ölçeği'nin "Motor Dürtüsellik" alt boyutu ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği'nin "Düşmanlık" alt boyutunun, alkol/ madde bağımlılarında çocukluk çağı travması ile ilişkili olduğu saptandı.

4.TARTIŞMA

Bu araştırmaya 100 alkol bağımlısı, 100 madde bağımlısı erkek hasta alınmıştır. 200 Hasta ile yatılı tedavileri sırasında, detoksifikasyon dönemleri tamamlandıktan sonra görüşülmüştür.

Çalışmamızda alkol/madde bağımlıları çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmalinin varlığına göre (ÇÇKKSL'ne göre) iki gruba ayrılarak incelendi. Gruplar sosyodemografik özellikler, suç ve saldırganlık, özkiyım girişimi ve kendini yaralama davranışı, depresyon, anksiyete, öfke, agresyon ve dürtüsellik açısından karşılaştırıldı. Ayrıca hastalar alkol ya da madde kullanımına göre ayrılarak, ailede madde kullanımı ve psikiyatrik hastalık öyküsü, çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü, özkiyım girişimi ve kendini yaralama davranışı açısından karşılaştırıldı.

Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmalinin varlığına göre değerlendirilen iki grup arasında yaş, medeni durum ve yaşadıkları kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Evren ve arkadaşlarının bağımlılarla yaptığı bir çalışmada, çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak, kötüye kullanım veya ihmal öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında, medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup; sonuçlarımızdan farklı olarak yaş ortalaması, kötüye kullanımı veya ihmali olan grupta daha düşük olarak saptanmıştır (158). Sarchiapone ve arkadaşlarının hükümlülerle yaptığı bir çalışmada ise; yüksek ÇÇTÖ skoruna sahip hükümlülerin çoğunun evlenmemiş olduğu saptanmıştır (11). Colman ve Widom da çalışmasında benzer sonuçlar elde etmiş ve çocuklukta görülen şiddet, travma ve ihmalin, kişilerde boşanmayı, terk edilmeyi ve evlenmeden birlikte yaşamayı arttırdığı sonucuna varmışlardır (159). Kural ve arkadaşlarının alkol/madde bağımlılarıyla yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu olan grup ile olmayan grup arasında yaş ve medeni durum açısından anlamlı fark saptanmadı; sonuç çalışmamızın bulgularıyla uyumluydu (160).

İki grup çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun (%53), diğer gruba (%34) göre daha yüksek oranda çalışmadığı saptandı. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Sonuçlarımız Evren ve arkadaşlarının bulgularıyla uyumluydu (158). Sonuçlarımızın Kural ve arkadaşlarının alkol/madde bağımlılarıyla yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu olan grup ile olmayan grup arasında çalışma durumu açısından bir farklılık olmadığına işaret eden çalışmalarıyla paralel olduğu söylenebilir (160).

İki grup eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında ise; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun eğitim seviyesinin daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Eğitim süreleri karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun eğitim süresinin, diğer grubun eğitim süresine göre daha kısa olduğu saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sonuçlarımızla uyumlu olarak, Evren ve arkadaşlarının çalışmasında, çocukluk çağı kötüye kullanımı veya ihmali olan grupta eğitim düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür (158). Sarchiapone ve arkadaşlarının hükümlülerle yaptığı çalışmada; yüksek ÇÇTÖ skoruna sahip hükümlülerin düşük eğitim seviyesine sahip olma oranlarının diğer grupla karşılaştırıldığında çok daha yüksek olduğu saptanmıştır(11). Benzer şekilde Kural ve arkadaşlarının alkol/madde bağımlılarıyla yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu olmayan grupta üniversite düzeyinde eğitim görmüş olma oranı %19.8 iken, travma sonrası stres bozukluğu olan grupta bu oran %2.4 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve toplam eğitim süresi travma sonrası stres bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (160).

İki grup ilk madde kullanım yaşı, düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşı ve tedavi girişimi açısından karşılaştırıldı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, ilk madde kullanım yaşı ve düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali dürtüsel kişilik özelliğinin gelişiminde etkili olduğu, dürtüsel bireylerin madde ile bağlantılı bozukluklar konusunda daha yüksek risk taşıdığı ve genç yaşta alkol/madde kullanıma başladıkları bilinmektedir (161, 162). Kollins ayrıca 21 yaşındaki üniversite öğrencilerinin ilk alkol kullanım yaşı ile dürtüsellik skorları arasında negatif korelasyon olduğunu saptamıştır (163). Dougherty ve arkadaşlarının, ilk alkol kullanım yaşı ve dürtüsellliği araştıran çalışmasında, 18. yaş gününden önce ilk

içkisini alan kadınların, daha sonra başlayanlara göre daha dürtüsel oldukları gözlemlenmiştir (164). Von Dimen ve arkadaşlarının alkol/madde kullanım bozukluğu olan vakalar ve kontrol grubuyla yaptıkları bir çalışmada, eğitim seviyelerinin daha düşük ve daha çok kez sınıf tekrarı etmiş oldukları, daha yüksek dürtüsellik ve daha düşük ilk alkol kullanım yaşı bildirilmiştir (165). Sonuçlarımızdan farklı olarak Evren ve arkadaşlarının çalışmasında, kötüye kullanım veya ihmali olan ve olmayan grup arasında ilk madde kullanım yaşı açısından fark görülmemiştir (158).

Tedavi girişimi açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. İki grup ailede madde kullanımı ve ailede psikiyatrik öykü açısından karşılaştırıldı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, ailede madde kullanımının daha yüksek oranda olduğu görüldü; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. İki grup ailede psikiyatrik öykü açısından karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Ailede psikiyatrik öykünün olup olmadığı araştırılırken çalışmaya katılan hastalara sözel olarak bu bilgi sorulmuştur, verilen cevaplar hastaların öz bildirimlerine dayalıdır, çeşitli sebeplerle (damgalanma vb) hastaların net bilgi veremeyebileceklerini, ayrıntılı araştırıldığında sonucun farklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Alkol veya madde bağımlıları ailede psikiyatrik öykü açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ancak ailede madde kullanımına bakıldığında, alkol bağımlılarında ailede alkol kullanım öyküsünün (%48), madde bağımlılarında ailede madde kullanım öyküsünün (%11) yüksek olduğu görüldü ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu. Bulgularımız, Evren ve Ögel'in çalışmasının sonuçlarıyla uyumluydu (166).

Çalışmaya katılan hastaların 118'inde (%59) çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali vardı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan 118 hastanın 50'si alkol, 68'i madde bağımlısı idi. Evren ve arkadaşlarının çalışmasında, kötüye kullanım veya ihmal öyküsü madde bağımlılarında alkol bağımlılarına göre daha yüksek oranda görülmüştür. Aynı çalışmada, bağımlılarının %56.1'inde kötüye kullanım veya ihmali saptanmıştır; sonuçlar bulgularımızla uyumludur (158). Benzer şekilde sonuçlarımız, bağımlılarda çocukluk çağı travmasının genel popülasyona göre daha sık görüldüğü ve yaygınlık oranını %30-%59 arasında bildiren çalışma sonuçlarıyla

uyumluydu (167, 168). Çocukluk çağı travması kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol/madde kullanımı için yatkınlığı artıran bir faktör olarak kabul edilmektedir. (97, 169).

Çalışmamızda hastalarımızın %22.5'inde bir tip kötüye kullanım ya da ihmal, %18'inde iki tip kötüye kullanım ya da ihmal, %13 'ünde üç tip kötüye kullanım ya da ihmal ve %5.5'inde dört tip kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olduğu belirlendi. Yanık ve arkadaşlarının genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yaptıkları bir çalışmada ise; hastalarda en az bir travması olan kişi oranı %18.7, olarak saptanmıştır. Sonuçlar bizim bulgularımızla paraleldi (2).

Alkol/ madde bağımlıları çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali, özkiyım girişimi, kendini yaralama davranışı açısından karşılaştırıldı. Madde bağımlılarında fiziksel kötüye kullanım (%44, alkol bağımlıları %23), duygusal kötüye kullanım (%43, alkol bağımlıları %29) ve ihmal (%50, alkol bağımlıları %30) oranı daha yüksekti ve aradaki fark açısından istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Alkol veya madde bağımlıları cinsel kötüye kullanım açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Evren ve arkadaşlarının çalışmasında, madde ve alkol bağımlılarında sırasıyla, fiziksel kötüye kullanım %47, %33; duygusal kötüye kullanım %42.4, 22.7; cinsel kötüye kullanım %13.6, %10.6; ihmal %48.5, %24.2 olarak saptanmıştır; sonuç bulgularımızla uyumludur (158). Benzer şekilde, Evren ve Ögel'in alkol ve madde bağımlılarıyla yaptıkları çalışmada, duygusal ihmali değerlendiren alt ölçeğin puan ortalamasının anlamlılık sınırında olmakla beraber madde bağımlılığı tanısı konan hastalarda alkol bağımlılığı tanısı konan hastalara göre yüksek olduğu ve cinsel kötüye kullanım açısından gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmada sonuçlarımızla uyumsuz olarak duygusal ve fiziksel kötüye kullanımı değerlendiren alt ölçekleri ile fiziksel ihmali değerlendiren alt ölçeği açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (166). Schäfer ve arkadaşlarının, 16 yaşından önce cinsel tacize uğramış ve böyle bir geçmişten dolayı terapi gören çoğul madde kullanımı bulunan hastalarla yaptıkları çalışmada; madde kullanan kadınların %70'i ve erkeklerin %56'sının çocuklukta cinsel tacize uğramış oldukları saptanmıştır. Hastaların %40'ından fazlasının fiziksel taciz geçmişi de bulunmaktadır. Yoğun madde kullanımı olanların, alkol kötüye kullanımı olanlardan daha fazla cinsel travma yaşamış olduğu saptanmıştır. Özellikle ağır cinsel travma ile kuvvetli bağımlılık yapan yasadışı

maddelerin kötüye kullanımının ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bunlara ek olarak daha çok kendini yaralama ve özkıyım davranışları, sosyal dışlama, diğerlerine daha az duygusal bağlanma, sürekli olarak mağdur olma eğilimi ve cinsel tacize uğramış grup içerisinde şiddet gibi semptomlara rastlanabilmektedir (170).

Çalışmamızda özkıyım girişiminin, madde bağımlılarında (%43), alkol bağımlılarına (%23) göre daha yüksek oranda olduğu görüldü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Bulgularımıza benzer şekilde, Evren ve Ögel'in çalışmasında da, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber madde bağımlılığı tanısı konanlarda (%46.9) özkıyım girişimi öyküsü alkol bağımlılığı tanısı konan hastalara (%23.3) göre yüksek saptanmıştır (166).

Kendini yaralama davranışı madde bağımlılarında (%75), alkol bağımlılarına (%49) göre daha yüksek oranda saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu. Sonuçlarımız, Evren ve arkadaşlarının, kendini yaralama davranışını madde bağımlılarında %53.6, alkol bağımlılarında %12.5 olarak saptadıkları çalışmanın bulgularıyla uyumluydu. Aynı çalışmada, madde bağımlılığı, kendini yaralama davranışı için belirleyici faktör olarak bildirilmiştir (171).

Özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışı açısından karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmal olan grupta, özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışının daha fazla olduğu görüldü. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sonuçlarımız Evren ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumluydu (158). Evren ve arkadaşlarının diğer bir çalışmasında, kendini yaralama davranışı olan bağımlılarda fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım, ihmal ve özkıyım girişimi öyküsü daha yüksek olarak saptanmıştır (171). Çocukluk çağı travmaları daha sonraki yaşamda kendine zarar verici ve özkıyım girişimi ile ilişkilendirilmiştir (172-175). Koyuncu ve arkadaşlarının eroin bağımlılarıyla yapıları çalışmada, fiziksel kötüye kullanıma ve duygusal kötüye kullanıma maruz kalanların, daha fazla özkıyım girişiminde bulundukları saptanmıştır. Sonuçlar, bizim bulgularımızla uyumludur (176). Roy tarafından yapılan araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir: Bu çalışmada, özkıyım girişiminde bulunmuş madde bağımlılarının karakter özellikleri incelenmiş ve bu grupta çocukluk çağı travmasının kontrol grubuna oranla çok daha sık olduğu ortaya konulmuştur. Bunun üzerine, sosyal, kişilik, aile, gelişimsel ve psikiyatrik risk

faktörlerinin madde bağımlısı kişilerde özkıyım girişimi arttırabildiği sonucuna varılmıştır (177). Roy'un erkek kokain bağımlısı hastalarla yaptığı çalışmada, özkıyım girişimi öyküsü olanların duygusal, cinsel ve fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ve fiziksel ihmal puanları, özkıyım girişimi öyküsü olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada çeşitli çocukluk çağı travmaları özkıyım girişimi ile ilişkili bulunmuştur (178). ÇÇTÖ-28'nün tüm beş alt ölçek puanları ile hostilite puanlarının korelasyon gösterdiği bir çalışmada, çocukluk çağı travmasının erişkinde hostilitenin kişilik boyutunun belirleyicisi olabileceği bildirilmiştir (179). Çalışmamızın sonucuyla uyumlu olarak, Evren ve arkadaşlarının alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada, duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve ihmal puan ortalamalarının özkıyım girişimi öyküsü olan olgularda daha yüksek olduğu saptanmıştır (180). Norveç'te yapılan bir çalışmada madde bağımlılarında özkıyım girişiminin yüksek oranda olduğu ve çocukluk çağında olumsuzluklar yaşayanlarda özkıyım girişimi öyküsünün daha da fazla oranda olduğu bildirilmiştir (181).

Bireyin, özkıyım niyeti olmadan kasıtlı ve doğrudan kendi vücuduna zarar vermesi olarak tanımlanan kendini yaralama davranışı (self-mutilasyon) (182) genel popülasyonun %4-14'ünde (183, 184), psikiyatrik bozukluklar arasında ise sınır kişilik bozukluğu olgularında sık görülmektedir (185, 1864). Kendini yaralama davranışının sıklıkla dissosiyasyon ile birlikte olduğu bildirilmiştir (172, 186, 187). Dissosiyatif belirtilerin dışa yöneltilen saldırganlıkla da ilişkili olduğu bildirilmiştir (188, 189). Dissosiyatif belirtilerin gelişiminde etiyolojik rol oynayabileceği kanıtlanmış olan çocukluk çağında kötüye kullanımın, dissosiyasyonun yanı sıra kendini yaralama davranışına yatkınlığa da neden olabileceği (172, 190), bununla birlikte çocukluk çağında travma öyküsünden bağımsız olarak kendini yaralama davranışı ve dissosiyasyon arasında ilişki olabileceği belirtilmiştir (191). Semiz ve arkadaşları antisosyal kişilik bozukluğu olgularının %50.4'-ünde dissosiyasyon olduğunu ve dissosiyasyon ile çocukluk çağı travmaları arasında belirgin ilişki olduğunu bildirmiştir (192). Bununla birlikte, antisosyal kişilik bozukluğunun gelişmesi ile çocukluk çağında fiziksel taciz, cinsel taciz ya da ihmal gibi travmalar arasında ilişki olduğu ileri sürülmüştür (193, 194).

Madde kullanım bozukluğu tanısı konan hastalar arasında, travmatik yaşantısı olanlarda olmayanlara göre daha fazla kendini yaralayıcı davranış, yüksek derecede

dissosiyasyon, yüksek derece dürtüsellik saptanmıştır (195). Cinsel kötüye kullanılan madde bağımlılarında kendine zarar verici davranışın ve özkıyım girişiminin daha fazla olduğu bildirilmiştir (170). Kendine zarar veren kişilerin %90' ında madde kullanımı olduğu, çoğunun birden fazla madde kullandığı (%66.7) ve madde kullanımının büyük oranda (%71.1) bağımlılık düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Kendine zarar veren kişilerin, kendine zarar vermeyenlere göre daha küçük yaşlarda madde kullandığı belirlenmiştir (196). Yapılan çalışmalar madde kullanımı olan kişilerin %25-40' ında travmatik yaşam deneyimi bulunduğunu göstermiştir. Travma sonrası stres bozukluğunda madde kullanımının sıklığına dikkat çekmişlerdir. Geçmişinde cinsel taciz ya da travmatik yaşam deneyimi olan kadınlarla yapılan bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu belirtileriyle başa çıkmak için alkol kullandıkları belirtilmiştir (197). Kural ve arkadaşlarının alkol/madde bağımlılarıyla yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu olanlarda travma sonrası stres bozukluğu olmayanlara göre fiziksel kötüye kullanım öyküsü 2.6 kat, cinsel kötüye kullanım öyküsü 7 kat ve özkıyım girişi öyküsü 3.18 kat daha fazla saptanmıştır. Sözel şiddet, ihmal, ensest ve kendine fiziksel zarar verme öyküsü açısından ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (160). Windle ve arkadaşları, travmaya uğrayan alkol bağımlılarında, travma sonrası stres bozukluğu tanısı alıp almadıklarını gözetmeksizin %24,4 ile %32 arasında özkıyım girişimi oranı saptamışlardır (198).

Çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak; Evren ve arkadaşlarının madde bağımlılarıyla yaptıkları çalışmada, kendini yaralama davranışı olan madde bağımlılarında fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öyküsünün daha yüksek olduğu görülmüştür (199). Algül ve arkadaşlarının antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan 150 olguyla yaptıkları çalışmada, deneklerin %94'ünde kendini yaralama davranışı olduğu saptanmıştır. Saldırganlık düzeyi ile kendini yaralama davranışı arasında, ayrıca çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık düzeyi ve kendini yaralama davranışı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Çalışmada, deneklerin %78.6'sı en az bir, %60'ı birden çok çocukluk çağı travması yaşadığını bildirmiştir ve bu oran saldırganlık düzeyi yüksek olan deneklerde daha yüksek bulunmuştur(%82.5). Benzer şekilde, saldırganlık düzeyi ile dissosiyasyon düzeyi ve çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar arasında pozitif ilişki bulunmuştur (200). Literatürde kendini yaralama davranışı ile dürtüsellik, saldırganlık, öfke ve somatik anksiyete arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (201). Kendini yaralama davranışı olan bireylerde çocukluk çağında fiziksel veya cinsel taciz,

ihmal ya da aileden yoksun kalma oranının yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir (177, 186). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, kendini yaralama davranışı ile, çocukluk çağında fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, düşük eğitim düzeyi, ana-baba tarafında ihmal, ana-baba boşanması, ailede alkol kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık, sabıkalılık, dürtüsellik, agresyon, alkol bağımlılığı ve yasadışı madde kullanımı arasında pozitif ilişki gösterilmiştir (202).

Bununla birlikte, çalışmalarda aksi yönde bulgular da vardır; Zweig-Frank ve arkadaşları sınır kişilik bozukluğu olan hastaları incelemiş, kendini yaralama davranışı ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olmadığını ileri sürmüştür (203).

Genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada; kendine fiziksel zarar verme davranışı (self-mutilasyon) sıklığı %10, özkıyım girişimi sıklığı %25.3 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olan hastalarda çocukluk çağında fiziksel ve duygusal kötüye kullanım, ihmal ve cinsel taciz (ensest dahil) daha sık bildirilmiştir. Kendine fiziksel zarar verme davranışı olan kişilerde çocukluk çağında duygusal kötüye kullanım, ihmal ve cinsel taciz (ensest dahil) daha sık bildirilmiştir. Fiziksel kötüye kullanım ile kendine fiziksel zarar verme davranışı arasında ilişki bulunamamıştır (2).

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre MATT, BDE, DKE ve SKE karşılaştırıldı. Kötüye kullanım öyküsü olanlarda BDE, DKE ve SKE ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. MATT ortalama puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Sonuçlarımızla uyumlu olarak Evren ve arkadaşlarının çalışmasında, kötüye kullanımı ya da ihmali olan grupta depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek olarak saptanmıştır (158). Mirsal ve arkadaşlarının alkol bağımlıları ve kontrol grubuyla yaptıkları çalışmada, ÇÇTÖ toplam puanları alkol bağımlılarında belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDÖ) ve Hamilton Kaygı Ölçeğinin (HKÖ) toplam puanları alkolik hastalarda daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca HDÖ, HKÖ ve ÇÇTÖ-28'nün alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Dolayısıyla, alkol bağımlılarında çocukluk çağı travmasının sık görüldüğü, bu travmanın depresyon ve anksiyete puanlarını yükselttiği saptanmıştır. Sonuçlar bulgularımızla uyumludur (204). Kuğu ve arkadaşlarının 175 gönüllü çırak ile yaptıkları çalışmada, deneklerin % 33.6'sında çocukluk çağı kötüye kullanımı saptanmıştır.

Depresyonu olan deneklerde çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı, ihmal yaşantısı ve madde kullanımı oranı depresyonu olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (205).

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre SÖÖTÖ'nün alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Kötüye kullanım öyküsü olanlarda “sürekli öfke”, “öfke içte” ve “öfke dışa” alt boyut ortalama puanları daha yüksek saptandı ve aradaki fark ileri derecede anlamlı bulundu. Kötüye kullanım ve ihmal öyküsü olanlarda “öfke kontrol” alt boyut ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşüktü.

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre BPAÖ'nün alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Kötüye kullanım öyküsü olan grupta, BPAÖ'nün tüm alt boyut ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksekti. Çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak, Sarchiapone ve arkadaşlarının hükümlülerle yaptığı bir çalışmada; ÇÇTÖ skoru ortalamasının üzerinde olan hükümlülerin anlamlı bir çoğunluğunun BGHA (Brown-Goodwin Hayat Boyu Agresyon Öyküsü) skorları da ortalamasının üzerinde olarak saptanmıştır; çocuk suçu işleme oranının daha yüksek olduğu, birden fazla kez hüküm giymiş oldukları ve cezaevindeyken daha fazla agresif davranış sergilemiş oldukları görülmüştür. Total ÇÇTÖ skorları ve BGHA skorları arasında pozitif bir korelasyon olmakla birlikte, çocuklukta yaşanan fiziksel ihmal, duygusal, fiziksel ve cinsel şiddet ile yüksek BGHA skorları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (11). ÇÇTÖ ve BGHA arasındaki anlamlı korelasyon, Sarchiapone ve arkadaşları ile Roy ve arkadaşlarının depresyonu olan alkol bağımlılarında yaptıkları çalışmalarında da saptanmıştır (206, 207). Cuomo ve arkadaşlarının madde bağımlılığı olan ve olmayan hükümlülerle yaptığı çalışmada, BGLHA (Brown-Goodwin Yaşam Boyu Süren Agresyonu Belirleme Görüşmesi)'da, madde bağımlıları ortalamada diğer hükümlülere kıyasla daha yüksek skorlar aldıkları görülmüştür. CD-RISC (Cannor-Davidson Resilience Scale)Skalası'nda, madde bağımlısı hükümlülerde diğer hükümlülere kıyasla daha düşük esneklik skorları saptanmıştır. Buss-Durkee Agresyon Envanterinde, madde bağımlısı hükümlülerde diğer hükümlülere kıyasla ortalamada daha yüksek skorlar elde edildiği görülmüştür. İşledikleri suçlar şiddet içermese de, hapisanelerde madde bağımlıların şiddete yönelik daha fazla davranış sergiledikleri, artan saldırganlık ve dürtüsellik ile yaşam boyu

agresyon gibi psikometrik verileri doğruladıkları görülmüştür (10). Algül ve arkadaşlarının antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan 150 olguyla yaptıkları çalışmada, Saldırganlık Ölçeği'nin sözel saldırganlık, öfke ve dolaylı saldırganlık alt ölçek puanları ile çocukluk çağında herhangi bir travma yaşamış olma arasında pozitif korelasyon bulunurken, travmatik olay sayısı ile tüm alt ölçek puanları ve toplam puan arasında korelasyon saptanmıştır (200). Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür (208).

Çocukluk çağı kötüye kullanımın ya da ihmalinin varlığına göre BDÖ-11'in alt boyut ortalamaları ve toplam puanı karşılaştırıldı. Kötüye kullanım öyküsü olan grupta, tüm alt boyut ve toplam puanları yüksek saptandı; aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu. Roy'un 268 madde bağımlısı ile yaptığı çalışmada, dürtüsellik özdeğerlendirme ve risk alma alanlarında BDÖ-11 ve ÇÇTÖ skorlarında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Duyusal Uyarım, Motor Dürtüsellik veya Kişilerarası Dürtüsellik alanlarında, Total ÇÇTÖ-28 ve BDÖ-11 puanlamaları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. BDÖ-11 Dürtüsellik Özdeğerlendirme skorunun, ÇÇTÖ altölçeğinin duygusal şiddet, fiziksel şiddet ve fiziksel ihmal alanlarıyla anlamlı bir korelasyon içerisinde olduğu görülmüştür. Roy, bu korelasyonları, çocukluk döneminde yaşanan travmaların dürtüsellik oluşmasına katkıda bulunduğunu, ancak bu katkının yalnızca %4 civarında olabileceği şeklinde yorumlamıştır (209). Benzer şekilde, Ruggiero ve arkadaşlarının çalışmasında, çocukluk çağı travmasının, madde bağımlısı gazilerde dürtüsel kişilik bozukluğu oluşumuna katkıda bulunduğu belirlenmiştir (137). Johnson ve arkadaşları, aynı bağıntının doğruluğunu gazi olmayan bir toplulukta göstermiştir (67). Brodksy ve meslektaşlarının çalışmasında ise çocuklukta fiziksel veya cinsel şiddet görmüş depresyonda olan hastaların özkıyım girişimi riskinin daha fazla olduğu, bu kişilerin BDÖ-11 skorlamalarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır; dolayısıyla bu çalışmada da, çocukluk çağında yaşanan travmaların, özkıyım girişim riski ve dürtüsel kişilik oluşmasında çevresel risk faktörü oluşturduğu kararına varılmıştır (139). Yapılan birçok çalışma dürtüsellik ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi pozitif olarak göstermiştir (210, 211). Alkol ve madde kullanımının, özellikle ergenlik döneminde oluyorsa, dürtüsellik attırdığına dair bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Çünkü beyinde, bağımlılık ve karar alma süreci alanları bağlantılıdır ve bu alanlar bu kritik süreçte olgunlaşmaktadır (212). Petry çalışmasında, alkol bağımlısı olan kişilerin alkol

kullandıkları sırada, kaçındıkları döneme göre daha dürtüsel olduklarını göstermiştir (211). Dürtüsellğin doğuştan gelen, miras kalmış bir bileşeni bulunmaktadır (213) ve madde kullanımı gibi çevresel faktörlerle de artırılabilir. Cuomo ve arkadaşlarının çalışmasında, BDÖ-11’de, istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde dürtüsellik sonuçlarının madde bağımlılarında tüm örnekleme kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür (10). Evren ve Dalbudak’ın alkol bağımlılarıyla yaptıkları çalışmada, erken başlangıçlı alkolizm öyküsü olanların, geç başlangıçlı alkolizm öyküsü olanlara göre, özkıyım girişimi geçmişi olanların, özkıyım girişimi geçmişi olmayanlara göre, depresyonda olanların, depresyonda olmayanlara göre daha yüksek dürtüsellik skorları olduğu görülmüştür (214). Dürtüsellğin erken alkole başlayan alkol bağımlısı erkeklerin bir özelliği olduğunu söyleyen birçok çalışma bulunmaktadır (215, 216). Nüfus bazlı vaka kontrol çalışmasının bulgularına göre dürtüsellik ve ilk alkol kullanım yaşı ile alkol ve uyuşturucu sorunları arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bunlara ek olarak, dürtüsellik ilk alkollü içki kullanımı yaşını hızlandırarak, erken alkole maruz kalma durumuna katkı sağlamaktadır (165). Dürtüsellik aynı zamanda alkol bağımlısı hastaların özkıyım girişimleri gibi uyumsuz davranışlar riski ile de ilişkilidir (129). Wojnar ve arkadaşlarının çalışmasında, hem dürtüsel hem de dürtüsel olmayan özkıyım girişimi olan hastaların, özkıyım girişimi olmayanlara göre daha yüksek dürtüsel kişilik skoru olduğu saptanmıştır (217).

Alkol/madde bağımlılarında ÇÇTÖ-28 alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Sürekli Öfke-Öfke tarzı Ölçeği’nin alt boyut ortalamalarının ilişkisi değerlendirildi. ÇÇTÖ-28’in “Duygusal ihmal” alt boyut ortalamaları ile, SÖÖTÖ’nün “Sürekli Öfke” ve “Öfke Dışa” puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki; “Öfke Kontrol” alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28’in “Fiziksel Kötüye Kullanım” ve “ÇÇTÖ-28 toplam” puanları ile, SÖÖTÖ’nün “Öfke Kontrol” alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki, diğer tüm alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28’in “Cinsel Kötüye Kullanım” alt boyutu ile SÖÖTÖ’nün “Öfke İçte” ve “Öfke Dışa” alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, “Öfke Kontrol” alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki saptandı. Dolayısıyla sonuçlarımız, çocuklukta travmatik yaşantıları olan bağımlılarda, öfkenin yüksek, öfke kontrolünün az olduğunu göstermektedir.

Alkol/madde bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Buss-Perry Agresyon Ölçeği'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ilişkisi değerlendirildi. ÇÇTÖ-28'in "Fiziksel Kötüye Kullanım" ve "Cinsel Kötüye Kullanım" alt boyutu ile BPAÖ'nün "Fiziksel Agresyon", "Öfke", "Düşmanlık" ve "BPAÖ Toplam" puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. "ÇÇTÖ-28 toplam" puanları ile BPAÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. Sarchiapone ve arkadaşlarının çalışmasında da bulgularımızla uyumlu olarak, ÇÇTÖ alt boyut ve toplam puanları ile BGHA puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (11). Bu korelasyonlar, agresyon ile çocuklukta yaşanan travmaların ilişkili olduğunu göstermektedir.

Alkol/madde bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11'in alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ilişkisi değerlendirildi. ÇÇTÖ-28'in "Fiziksel Kötüye Kullanım" ve "ÇÇTÖ-28 toplam" puanları ile BDÖ-11'in tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28'in "Cinsel Kötüye Kullanım" alt boyutu ile BDÖ-11'in "Plansızlık Dürtüsellliği" dışında tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28'in "Duygusal İhmal" alt boyutu ile BDÖ-11'in "Motor Dürtüsellik" alt boyutu arasında puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. Sonuçlarımız, Roy'un BDÖ-11 dürtüsellik ve risk alma skoru ile ÇÇTÖ skorlarının anlamlı korelasyon gösterdiği çalışması ile uyumludur. Bu korelasyonlar, çocukluk döneminde yaşanan travmaların dürtüsellüğün oluşmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir (140).

Çalışmamızda çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi olduğu saptanan değişkenlerin bağımsız değişkenler olduğu Regresyon analizi ile çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali belirleyen değişkenler araştırılmıştır. İlk regresyon analizinde, yaş, MATT, BDE, DKE, SKE, SÖÖTÖ alt boyutları (Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışa, Öfke Kontrol), BPAÖ alt boyutları (Fiziksel Agresyon, Sözel Agresyon, Öfke, Düşmanlık), BDÖ-11 alt boyut ve toplam puanları bağımsız değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda, BPAÖ'nün "Fiziksel Agresyon" ve "Düşmanlık" alt boyutu ile BDÖ-11'in "Motor Dürtüsellik" alt boyutunun, alkol/ madde bağımlılarında çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İkinci regresyon analizinde aynı bağımsız değişkenler

kullanılırken çocukluk çağı travmasının (ÇÇTÖ-28) ilişkili olduğu değişkenler araştırılmıştır. SÖÖTÖ'nün "Öfke Dışa" alt boyutu, BDÖ-11'in "Motor Dürtüsellik" alt boyutu ve BPAÖ'nün "Düşmanlık" alt boyutunun, alkol/ madde bağımlılarında çocukluk çağı travması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın bulgularına paralel olarak; Sarchiapone ve arkadaşları, ÇÇTÖ ve BGHA arasındaki ilişkinin, çocukluk çağı travmasının hükümlülerde agresyonun bir belirteci olduğunu öne sürmüşlerdir (11). ÇÇTÖ'nün tüm beş alt ölçek puanları ile hostilete puanlarının korelasyon gösterdiği bir çalışmada, çocukluk çağı travmasının erişkinde hostilitenin kişilik boyutunun belirleyicisi olabileceği bildirilmiştir (179).

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda alkol/madde bağımlıları çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmalinin varlığına göre iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Gruplar sosyodemografik özellikler, suç ve saldırganlık, özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışı, depresyon, anksiyete, öfke, agresyon ve dürtüsellik açısından karşılaştırıldı. Ayrıca hastalar alkol ya da madde kullanımına göre ayrılarak, ailede madde kullanımı ve psikiyatrik hastalık öyküsü, çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü, özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışı açısından karşılaştırıldı.

Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmalinin varlığına göre değeriendirilen iki grup arasında yaş, medeni durum ve yaşadıkları kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grubun (%53), diğeri gruba (%34) göre daha yüksek oranda çalışmadığı, eğitim seviyesinin daha düşük, ilk madde kullanım yaşı ve düzenli olarak madde kullanmaya başlama yaşının daha düşük olduğu olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, ailede madde kullanımının daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlarla, çocukluk çağı travmasının eğitim ve çalışma hayatını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Alkol veya madde bağımlıları ailede madde kullanımı açısından karşılaştırıldığında, alkol bağımlılarında ailede alkol kullanım öyküsünün (%48), madde bağımlılarında ailede madde kullanım öyküsünün (%11) yüksek olduğu görüldü ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

Çalışmaya katılan hastaların 118'inde (%59) çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali vardı. Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan 118 hastanın

50'si alkol, 68'i madde bağımlısı idi. Çalışmaya katılan hastaların %22.5'inde en az bir tip kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü vardı. Madde bağımlılarında fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım ve ihmal oranı daha yüksek olarak saptandı.

Özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışının madde bağımlılarında, alkol bağımlılarına göre daha yüksek oranda olduğu görüldü.

Çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta kavgaya karışma ve karakolluk olma oranının daha yüksek olarak saptandı. Özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışı açısından karşılaştırıldığında; çocukluk çağı kötüye kullanım ya da ihmali olan grupta, özkıyım girişimi ve kendini yaralama davranışının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla olduğu görüldü.

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmali öyküsü olan bağımlılarda, BDE, SKE ve DKE ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğu görüldü.

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmalinin varlığına göre SÖÖTÖ'nün alt boyut ortalamaları karşılaştırıldı. Kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olanlarda "sürekli öfke", "öfke içte" ve "öfke dışı" alt boyut ortalama puanları daha yüksek, "öfke kontrol" boyut ortalama puanı daha düşük saptandı. Çocuklukta kötüye kullanım ve ihmal yaşantılarının, yüksek öfke, düşük öfke kontrol özellikleri ile ilişkili olduğu söylenebilir.

BPAÖ'nün alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında, kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan grupta BPAÖ'nün tüm alt boyutları yüksek olarak saptandı. Dolayısıyla, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile agresyonun bağlantılı olduğu görüldü.

Çocukluk çağı kötüye kullanımın ya da ihmalinin varlığına göre BDÖ-11'in alt boyut ortalamaları ve toplam puanı karşılaştırıldığında, kötüye kullanım ya da ihmal öyküsü olan grupta, dürtüselik alt boyut ve toplam puanları yüksek olarak saptandı. Dürtüsellik ile çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantılarının ilişkili olduğu görüldü.

Alkol/madde bağımlılarında ÇÇTÖ-28 alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile SÖÖTÖ, BPAÖ, BDÖ-11 alt boyut ortalamalarının ilişkisi değerlendirildi. Çocuklukta travmatik yaşantıları olan bağımlılarda, öfkenin yüksek, öfke kontrolünün az olduğu, agresyon ve dürtüsellik ile çocuklukta yaşanan travmaların ilişkili olduğu görüldü.

Bağımlılarda öfke, agresyon ve dürtüsellik ile ilişkili olabilecek yaş, bağımlılık şiddeti (MATT ile ölçülen), depresyon (BDE ile ölçülen), durumsal ve sürekli anksiyete (DKE-SKE ile ölçülen) gibi değişkenler kontrol edildiğinde, öfke, agresyon ve dürtüsellik alt boyutları arasından “Motor Dürtüsellik” ve “Düşmanlık”ın, hem çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmal varlığı, hem de çocukluk çağı travma şiddeti (ÇÇTÖ-28 ile ölçülen) ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca “Fiziksel Agresyon” çocukluk çağı kötüye kullanımı ya da ihmal varlığı ile, “Öfke Dışa” ise çocukluk çağı travma şiddeti (ÇÇTÖ-28 ile ölçülen) ile ilişkilidir. Bu veriler göstermektedir ki çocukluk çağına yaşanan travmalar genel olarak öfke, agresyon ve dürtüsellik ile ilişkili iken, diğer değişkenler göz önünde bulundurulduğunda travmanın varlığı ve şiddeti ile ilişkili temel alt boyutlar “Motor Dürtüsellik” ve “Düşmanlık” olmuştur. Ayrıca travmanın varlığı “Fiziksel Agresyon”, şiddeti ise “Öfke Dışa” alt boyutları ile ilişkilidir. Yani bağımlılar arasında çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda üzerinde çalışılması gereken boyutlar bunlardır.

Alkol ve alkol dışı madde bağımlılarında çocukluk çağı kötüye kullanımı veya ihmali, dürtüsellik ve agresyon gibi kişilik özellikleri ile ilişkilidir. Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali, oluşan bu kişilik özellikleri ile dolaylı olarak bağımlılık üzerine etkilidir. Bu nedenle alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı tanısıyla yatanlarda altta yatan çocukluk çağı travması ve ihmalin araştırılması önemlidir. Yüksek dürtüsellik ve agresyon, düşük öfke kontrolü gibi kişilik özellikleriyle karşılaşıldığında, çocukluk çağı travması ile bağlantılı olabileceği düşünülmelidir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Sadece yatarak tedavi görmekte olan alkol/madde bağımlıları çalışmaya alındı. Detoksifikasyon tedavisi ayaktan düzenlenen hastalar çalışma dışında bırakıldı. Araştırmamızda kadın hastalar bulunmamaktaydı. Alkol/madde kullanımına ilk başlama yaşı ve sorunlu alkol/madde kullanmaya ne zaman başlanıldığı gibi bilgiler, geriye dönük, kişilerin algılamaları ve hafızalarına dayanılarak karar verilen bilgiler olduğundan güvenilirlikleri düşüktü. Çalışmamızda

kullanılan ölçekler kendini değerlendirme ölçeği olduğu için hastaların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır.

Çalışmamızla ilgili toplumsal temsil değeri olan verilere ulaşmak için daha fazla prospektif çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışmalara kadın hastaların ve ayaktan sağaltım gören alkol/madde bağımlılarının da dahil edilmesi hedeflenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, Tuna Matbaacılık, Ankara, 2008, 496.
2. Yanık M, Özmen M: Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile özkıyım, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:140-146
3. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Güleç C, Köroğlu E (ed). Temel Psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara, 1997; s. 823-834
4. Kepenekçi YK. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. Katkı Pediatri Dergisi 2001; K22: 262-75
5. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35: 82-86
6. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M (ed.) Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2nd ed. Baltimore: Williams&Wilkins, 2002; 1208-1215
7. Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders.. Addict Behav. 2010 Jan;35(1):68-71. Epub 2009 Sep 11.
8. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clin Psychol Rev 2002;22:27-77.
9. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri 2000;3: 21-26.
10. Cuomo C, Sarchiapone M, Giannantonio MD, et al. Aggression, impulsivity personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. Am J Drug Alcohol Abuse. 2008;34(3):339-45.
11. Sarchiapone M, Carli V, Coumo C, et al. Association between childhood trauma and aggression in male prisoners. Psychiatry Res. 2009 Jan 30;165 (1-2): 187-92.Epub 2008 Oct 30.

12. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50: 975-990.
13. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001;158:1783- 93
14. Conway KP, Kane RJ, Ball SA et al. Personality, substance of choice and polysubstance involvement among substance dependent patients. Drug Alcohol Depend 2003; 20; 71:65-75
15. Muhtar N. Alkol bağımlılarında bağlanma. Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2003.
16. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2004, s.520
17. Arıkan Z. Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. Güncel Klinik Psikiyatri. E. Işık, E.Taner, U Işık (eds).. Ankara, 2008; s. 317-335.
18. Uluğ B. Alkol Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı. E. Köroğlu, C. Güleç (eds). HYB, Ankara 2007;s. 161-173
19. Miller NS, Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. 3. Baskı, Mercel Dekker Inc, New York,1991
20. Schuckit M.A. Alkolle Bağlı Bozukluklar, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, Çeviri (Ed) Dr. Aydın H. ve Dr. Bozkurt A. 8. Baskı,2007; II. cilt, 1168-1188
21. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th ed. Revised (DSM-IV) Washington DC: (1994) APA.
22. World Health Organization. The ICD Classification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva, 1992.
23. Ceylan ME, Türkcan A. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 2. CİLT, 1. Kitap Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul 2003.
24. Coşkunol H. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Kitap 1, Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova İzmir, 1996
25. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locks BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse- Results from ECA Study,JAMA, 1990; 21: Vol. 264, No 19

26. Arıkan Z, Coşar B, Işık A. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. Kriz dergisi, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, Alkol Madde Bağımlılığı. 1996; 4(2): 93-100
27. Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(4):310-318
28. Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007: s.1137-1167
29. Çakmak D, Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Özgül matbaacılık, 2006, İstanbul; s.80-81
30. Johnston L, O Malley P, Bachman J. National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1998. U.S Department of health and human services; Public Health Service National Institutes of Health. 1999
31. Yüksel N, Dereboy Ç, Çifter İ Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı Türk Psikiyatri Dergisi, 1994; 5(4):283-286.
32. Lise öğrencilerinde tütün, alkol ve uyuşturucu maddelerle ilgili bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi projesi, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayınlanmamış rapor, WHO, 1995.
33. Ögel K, Tamar D. Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi, Öğrenci Anketi Bulguları, AMATEM-Özel Okullar Derneği Yayını, Prive Ltd., İstanbul, 1996;s:12-23.
34. Ögel K, Tamar D, Çorapçıoğlu A ve ark. Lise gençleri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12: 47-52
35. Gabbard OG. Mood Disorders Psychodynamic Aspects. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). 7.ed. Vol 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2000; 1328-1335.
36. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry, 2001;49: 1023-1039.
37. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları, Aker T, Önder Me (ed), İstanbul: 5US Yayınları, 2003; 9-18.
38. Eşel E. Anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13:78-87.

39. Shin LM, McNally RJ, Kosslyn SM ve ark. Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation. *Am J Psychiatry*, 1999; 156: 575-584.
40. Kızıltan E, Eroğlu L. Travma ve disosiasyonun nörobiyolojisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1998;3 (4):599-611.
41. Beck SE, Jackson JL, Fitzgerald M, Shaffer A, Salstrom S, OsmanMM. Child exual and physical abuse among college students in Singapore and the United States. *Child Abuse Negl*. 2003;27: 1259-1275.
42. Pfefferbaum B, Allen JR. Stress in children exposed to violence. Reenactment and rage. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998; 7: 121-135.
43. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;Cilt:4,Sayı:12.
44. Aysev A S, Taner Y I. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. *Golden Print, İstanbul*, 2007;s 713-725.
45. Tıraşçı, Y, Gören, S. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi* 2007; 34 (1): 70-74.
46. Kaplan, S, Pelcovitz, D, Labruna, V. Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: a Review of the Past 10 Years. Part 1: Physical and Emotional Abuse and Neglect, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1999; 38:1214-1222.
47. Tackett, K.K. The Health Effects of Child Abuse: Four Pathways by Which Buse Can Influence Health. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 715-729.
48. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A.S. Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47: 140-151.
49. Ünal F. 2008. Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali, *TSA*, 2008;Yıl:12, Sayı:1:
50. Şahiner MÜ, Yurdakök K, Kavak SU ve ark. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 22: 276-285
51. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood:Contribution of abuse severity versus family environment. *Child abuse neglec* 2005; 29: 269-284.
52. Akço S, Aksel Ş, Arman AR ve ark. Çocuk İstismarı ve İhmali Uygulama Kitabı, İstanbul: Türk Adli Tıp Kurumu –UNICEF, 2004; 13-33.
53. Turhan E, Sangün, Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sted* 2006;15: 153- 157.

54. Davis, J.L, Petretic-Jackson, P.A. The Impact of Child Sexual Abuse on Adult Interpersonal Functioning. A Review and Synthesis of the Empirical Literature Aggres Violent Behav 2000; 5: 291-328.,
55. Keskin, G, Çam, O. Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Hemsirelik Yaklaşımı. Yeni Symposium 2005; 43(3): 118-125.
56. Akduman G.G, Ruban C. Akduman B, Korkmaz İ. Çocuk ve Cinsel İstismar. Adli Psikiyatri Dergisi 2005;3(1): 9-14.
57. Bulut, I. Genç Anne ve Çocuk İstismarı. Bizim Büro Yayınevi, Ankara, 1996
58. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismar vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46: 295-302.
59. Sadock BJ, Sadock VA. Problems related to abuse and neglect. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Cancro R (ed) 9.edition, Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins,2004; 370-376.
60. Spradley B, Allender J. Community Mental Health Nursing Philadelphia, Lippincott Company, 1996;421-425.
61. Emery RE, Laumann-Bilings L. Child abuse. In:Rutter M, Taylor E (eds.) Child and adolescent psyhiatry, 4th ed.Bath: Great Britain at Bath Press, 2003; 325-329.
62. Campbell JC, Lewandowski LA Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. Anger, Aggresion and Violence 1997; 20: 353-374.
62. Topbas, M. İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004;3(4): 76-80.
63. Simsek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış. Adli Bilimler Dergisi 2004;3(1): 47-52.
64. Renteria SC. Summary: sexual abuse of female children and adolescents-detection, examinationand primary care. Ther Umsch 2005; 62: 230-237.
65. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı.Psikiyatri Gölge Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1:95-119
66. Brown J, Cohen P, Johnson JG ve ark. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999; 38: 1490-1496.
67. Johnson JG, Cohen P, Brown J et al. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry, 1999;56: 600-606.

68. Runyan, D, Corrine W, Ikeda R. Child Abuse and Neglect By Parents and other Caregivers. In: World report on violence and health. Krug E.G, Dahlberg L.L, Mercy J.A. (eds). World Health Organization, Geneva. 2002.
69. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sted* 2006;15:153-157.
70. Zoroğlu S.S, Tüzün Ü, Şar V, ve ark. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(2): 69-78.
71. Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi, Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman RuhSağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2002.
72. Johnson, C.F. Abuse and Neglect of Children. Behrman R.E, Kliegman R.M, Arvin A.M. (eds), Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed., WB Saunders, Philadelphia, 2000
73. Freitag, R. Psychosocial Aspects of Child Abuse for Primary Care Pediatricians. *Pediatric Clinics of North America* 1998;45:391
74. Navalta C.P, Polcari A, Webster D.M, Boghossian A, Teicher M.H. Effects of Childhood Sexual Abuse on Neuropsychological and Cognitive Function in College Women, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006;18:45-53.
75. Vahip I. Evdeki Şiddet ve Gelişimsel Boyutu: Farklı Bir Açıdan Bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13(4): 312-319.
76. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bilimsel Yayını, Mart 2006,
77. Herman J: Travma ve İyileşme, Şiddetin Sonuçları. Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre. (Çev. T Tosun) İstanbul, Literatür Yayınları 509, I. Basım, 2007.
78. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;58:1878-1883.
79. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry* 1991;159:115-122.
80. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC et al. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993;163:721-732.
81. Stein MB, Walker JR, Anderson G et al. Childhood physical abuse and sexual abuse in patients with anxiety disorders in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996;153:275-277.
82. McCauley J, Kern D, Kolodner K et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA* 1997;277:1362-1368.

83. Mary C, Zanarini Ed.D, Frances R. et al. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder Am J Psychiatry 1998; 155: 1733-1739
84. Breslau N. Psychiatric morbidity in adult survivors of childhood trauma. Semin Clin Neuropsychiatry 2002;7:80-88.
85. Brown GW. Measurement and the epidemiology of childhood trauma. Semin Clin Neuropsychiatry. 2002 Apr;7(2):66-79.
86. Schafer M, Schnack B, Soyka M. Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. Psychother Psychosom Med Psychol 2000;50:38-50.
87. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. Am J Psychiatry 1998;155:1746-1752.
88. Ellason JW, Ross CA. Childhood trauma and psychiatric symptoms. Psychol Rep 1997; 80:447-450.
89. Özen Ş, Antar S, Özkan M. Çocukluk Çağı Travmalarının Umutsuzluk, Sigara ve Alkol Kullanımı Üzerine Etkisi; Üniversite Son Sınıf Öğrencilerini İnceleyen Bir Çalışma Düşünen Adam; 2007, 20(2):79-87
90. Güz H, Dodanay Z, Çolak E, et al. Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? Klinik Psikiyatri 2003;6: 80-85
91. Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. Addict Behav. 2010 Jan;35(1):68-71. Epub 2009 Sep 11
92. Haj-Yahi MM, Tamish S. The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. Child Abuse Negl 2001; 25: 1303-1327.
93. Bernet W. Child maltreatment, Sadock B, Sadock V. (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed., Lippincott Williams and Wilkins, 2000, Philadelphia.
94. Simsek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış. Adli Bilimler Dergisi 2004; 3(1): 47-52.
95. Erken Çocukluk Travmalarının Erişkin Yaşamdaki Etkilerinin Ve Kuşakaşkın İzlerinin Açığa Çıkarılması, İşlenmesi Ve Onarılmasında Psikodramanın Yeri www.tulinkusgozoglu.com/Yayinlar/
96. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clin Psychol Rev 2002;22:27-77.

97. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1223-1229
98. Roesler TA, Dafler CE. Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: alcohol and drug use in adult survivors. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:537-543.
99. Schäfer I, Langeland W, Hissbach J, et al; TRAUMAB-Study group. Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both- A multi-center study. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Jun 1;109(1-3):84-9. Epub 2010 Jan 21.
100. Dunn GE, Ryan JJ, Dunn CE: Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *J Psychoactive Drugs* 1994; 26:357-360
101. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P: Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict* 2001; 10:101-110 29 543.3
102. Allers C, Benjack K, Allers N. Unresolved childhood sexual abuse: Are older adults affected? *J. Couns. Dev* 1992;71: 14-17.
103. Browne A G, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychol. Bull* 1986; 99: 66-77.
104. Deblinger E, McLeer S, Atkins M, Ralphe D ve Foa E. Post-traumatic stress in sexual abused, physically abused and nonabused children. *Child Abuse Negl* 1989;13:403-408.
105. Singer M, Petchers M, Hussey D. The relationship between sexual abuse and substance abuse among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Abuse Negl* 1989;13: 319-325.
106. Witchell R. Incest: A College Student Which Challenges Our Boundaries. Paper presented at the American College Personnel Association, Miami, Florida, 1988; March 20-23.
107. Schnieders M, Rassaerts I, Schäfer M, et al. Relevance of childhood trauma for later drug dependence. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006 Sep;74(9):511-21. Epub 2006 Feb 16.
108. Citrome L, Voalka J. Treatment of violent behavior. In: Tasman A, Kay J, Lieberman J (Eds). *Psychiatry*, 2nd ed. John Wiley & sons, New York, 2003, Chapter 103
109. Coccaro, E. F, Siever, L.J. The neuropsychopharmacology of personality disorder. In F. Bloom & D. Kupfer (Eds.), *Psychopharmacology- The fourth generation of progress*. New York: Raven Press.. 1995: pp.1567-1579.
110. Widom C. The cycle of violence. *Science* 1989; 244: 160-166.

111. Weeks R, Widom C. Self-reports early childhood victimization among incarcerated adult male felons. *Journal of Interpersonal Violence*. 1998;13:346-361.
112. Dutton D, Hart S. Evidence for long-term specific effect of childhood abuse and neglect on criminal behaviour in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 1992;36:129-137.
113. Arce E, Santisteban C. Impulsivity: a review. *Psicothema* 2006;18:213-220.
114. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001;358: 949-950(Commentary).
115. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995;51:768-74.
116. Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *J Psychopharmacol* 1999;13:180-192
117. Kısa C, Yıldırım SG, Goka E. Ataklık ve Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16(1):46-54.
118. Vitaro F, Ferland F, Jacques C, et al. Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychol Addict Behav* 1998;12:185-194
119. Acton GS. Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: implications for substance use. *Subst Use Misuse* 2003;38:67-83.
120. Evren C, Evren B, Yancar C, et al. Temperament and character model of personality profile of alcohol- and drug-dependent inpatients. *Compr Psychiatry* 2007;48:283-288,
121. McCown WG. Multi-impulsive personality disorder and multiple substance abuse: evidence from members of self-help groups. *Br J Addict* 1988;83:431-432
122. Petry NM. Delay discounting of money and alcohol in actively using alcoholics, currently abstinent alcoholics, and controls. *Psychopharmacology* 2001;154:243-250
123. Lane SD, Cherek DR, Rhoades HM, et al. Relationships among laboratory and psychometric measures of impulsivity: implications in substance abuse and dependence. *Addict Disord Treat* 2003;2:33-40
124. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 1991;8:277-291
125. Simons JS. Differential prediction of alcohol use and problems: the role of biopsychological and social-environmental variables. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003;29:861-879

126. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM. Moderators of the relation between substance use level and problems: test of a self-regulation model in middle adolescence. *J Abnorm Psychol* 2002;111:3-21
127. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. St. Louis, MO; 1994 ;
128. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A Proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-588).
129. Koller G, Preuss UW, Bottlender M, et al. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:155-160
130. Murray HW, Parkar AA, Mannelli P, et al. Relationship of aggression, sensation seeking, and impulsivity, with severity of cocaine use. *Addict Disord Treat* 2003;2: 113-121
131. Dom G, Hulstijn W, Sabbe B. Differences in impulsivity and sensation seeking between early- and late-onset alcoholics. *Addict Behav* 2006;31:298-308
132. Davidson J, Hughes D, George L, et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*. 1986;53: 550-555.
133. Molnar B, Berkman L&Buka S. Psychopathy, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behavior in the U.S. *Psychological Medicine*. 2001; 31: 965-977.
134. Nelson E, Heath A, Madden P, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. Results from a twin study 2002; 59: 139-145.
135. Santa Mina E, Gallop R. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998;43: 793-800.
136. MacMillan H, Fleming J, Trocme N, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. *Journal of American Medical Association* 1997;278:131-135
137. Ruggiero J, Bernstein D, Handlesman L. Traumatic stress in childhood and later personality disorders: A retrospective study of male patients with substance dependence. *Psychiatric Annals*. 1999; 29: 713-721.
138. Johnson J, Cohen P, Brown J, et al. Childhood maltreatment increased risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56:600-606.

139. Brodsky B, oquendo M, Ellis S, et al. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 2001;151:1132-1136.
140. Roy A. Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Arch Suicide Res* 2005;9 (2):147-151.
141. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1994;2:338-347.
142. Evren C, Sar V, Dalbudak E, et al. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: Impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res.* 2010 Jul 26.
143. Gibbs LE. Validity and reliability of the michigan alcoholism screening test: a review. *Drug Alcohol Depend* 1983;12:279- 285.
144. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. Michigan Alkolizm Tarama Testinin Geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi* 1995;34:15- 18.
145. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
146. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988;8: 77- 100.
147. Tegin B. Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 1980.
148. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6(22):118-122.
149. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7(23): 3-13
150. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1983; 1-26
151. Güleç H, Tamam L, Güleç MY ve ark. Barratt dürtüsellik ölçeği -11 (BDÖ-11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18(4):251-258
152. Spielberger, C.D., Jacobs, G. Russel, F.S., and Crane, R.S. Assessment of anger: The State Trait Anger Scale. In J.N. Butcher, and C.D. Spielberger (Eds.). *Advances in Personality Assessment*, Hillsdale, N. J: LEA, 1983, Vol.2,pp.159-187.
153. Özer AK. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;31:26-35.

154. Savaşır I, Şahin N.H. Bilişsel ve Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 1997
155. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957; 21:343-9.
156. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *J Pers Sos Psychol* 1992.
157. Can S. Aggression Questionnaire Adlı Ölçeğin Türk Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, 2002.
158. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors* 31 2006; 475–485
159. Colman R, Widom C. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse and Neglect* 2004; 28: 1133-1151.
160. Kural S, Evren E. C, Can S, Çakmak D. Alkol ve Madde Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004, Cilt: 14, Sayı: 1
161. Poikolainen K. Risk factors for alcohol dependence: a case control study. *Alcohol* 2000;35:190-196.
162. Mitchell SH. Measuring impulsivity and modeling its association with cigarette smoking. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004; 3: 261- 275.
163. Kollins SH. Delay discounting is associated with substance use college students. *Addict Behav* 2003; 28. 1167-1173.
164. Dougherty DM, Mathias CW, Tester ML, et al. Age at first drink relates to behavioral measures of impulsivity: the immediate and delayed memory tasks. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 408-414.
165. von Diemen L, Bassani DG, Fuchs SC, et al. Impulsivity, age of first alcohol use and substance use disorders among male adolescents: a population based case-control study. *Addiction* 2008 Jul; 103 (7): 1198-1205.
166. Evren C, Ögel K. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:30-37
167. McCauley K, Kern DE, Kolodner K, et al. Clinical characteristics of women with history of childhood abuse *JAMA* 1997; 277: 1362-1368.

168. Saleptsi E, Bichescu D, Rockstroh B et al. Negative and positive childhood experiences across developmental periods in psychiatric patients with different diagnoses - an explorative study. *BMC Psychiatry* 2004 Nov 26;4:40.
169. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-222
170. Schäfer M, Schnack B, Soyka M. Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2000 Feb; 50(2):38-50.
171. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical Correlates of Self-Mutilation in Turkish Male Substance-Dependent Inpatients. *Psychopathology* 2006; 39: 248–254
172. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1665-1671.
173. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl* 1990;14:357-364.
174. Akyuz G, Sar V, Kugu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and selfmutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry* 2005; 20:268-273
175. Boudewyn AC, Liem JH. Psychological, interpersonal, and behavioral correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. *Psychol Rep* 1995; 77:1283-1297.
176. Koyuncu A, Mirsal H, Yavuz F, ve ark. Eroin bağımlılarında özkıyım düşüncesi, niyeti ve davranışı. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Bildirileri Özet Kitabı, s:583-586, Antalya, 2003
177. Roy A. Characteristic of Drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Res*. 2003 Nov 1; 121(1): 99-103.
178. Roy A. Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide Life Threat Behav* 2001a;31:194-196
179. Roy A. Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behavior. *Psychiatry Res* 2001b;10:97-101
180. Evren C, Üstünsoy S, Can S, ve ark. Alkol/madde bağımlılarında özkıyım girişimi öyküsünün klinik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:86-94

181. Rossow I, Lauritzen G Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? *Addiction* 2001; 96:227- 240.
182. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol* 2005; 114:140-146.
183. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1501-1508.
184. Favazza A. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 259-268.
185. Shearer SL: Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 182:524-526.
186. Ebrinç S, Basoglu C, Semiz UB, ve ark. Bedenine zarar veren sınır kişilik bozukluğu hastalarında disosiyasyon, hipnoza yatkınlık ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı. *3P Dergisi* 2001; 9:377- 386
187. Ebrinc S, Semiz ÜB, Basoglu C ve ark. Self-mutilating behavior in patients with dissociative disorders: the role of innate hypnotic capacity. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45:39-48
188. Moskowitz A. Dissociation and violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5:21-46.
189. Quimby LG, Putnam FW. Dissociative symptoms and aggression in a state mental hospital. *Dissociation* 1994; 4:21-24.
190. Russ MJ, Shearin EN, Clarkin JF, et al. Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1869-1871.
191. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1788-1792.
192. Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:865-873.
193. Kendler K, Silberg J, Hettema J, Myers J, Prescott C. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:953-959.
194. Ak İ, Sayar K. Antisosyal kişilik bozukluğunda sosyobiyojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12:155-158.

195. Zlotnick C, Shea MT, Recupero P et al. Trauma, dissociation, impulsivity, and self-mutilation among substance abuse patients. *Am J Orthopsychiatry* 1997;67: 650-654.
196. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, ve ark. B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8(1): 29-35.
197. Simpson TL: Childhood sexual abuse, PTSD, and the functional roles of alcohol use among women drinkers. *Subst Use Missue* 2003; 38:249-270.
198. Windle M, Windle RC, Scheidt DM, et al. Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am J Psychiatry* 1995;152:1322-1328
199. Evren C, Evren B. Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Oct 1;80(1):15-22. Epub 2005 Apr 26.
200. Algül A, Ateş MA, Gülsün M, ve ark. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009; 10:278-285.
201. Simeon D, Stanley B, Frances et al. Self-Mutilation in Personality Disorders: Psychological and Biological Correlates. *Am J Psychiatry* 1992; 149:221.
202. Sakelliadis EI, Papadodima SA, Sergeantanis TN et al. Self-injurious behavior among Greek male prisoners: prevalence and risk factors. *Eur Psychiatry.* 2010 Apr;25(3):151-8. Epub 2009 Nov 18.
203. Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1994; 39:259-264.
204. Mirsal H, Kalyoncu A, Pektas Ö, ve ark. Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol & Alcoholism Vol.* 2004; 39, No. 2, pp. 126–129,
205. Kuğu N, Akyüz G, Erşan E, Doğan O. Sanayi bölgesinde çalışan çıraklarda madde kullanımı ve etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1(1):19-25

206. Sarchiapone M, Carli V, Coumo C, Roy A. Childhood trauma and suicide attempts in unipolar depressed patients. *Depression and anxiety* 2007; 24: 268-272.
207. Roy A, Janal M. Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Archives of Suicide Research* 2007; 11: 211-217.
208. Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007; 8:206-214.
209. Roy A, Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Arch Suicide Res.* 2005; 9 (2):147-151.
210. Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR. Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50: 137-145.
211. Petry NM. Delay discounting of Money and alcohol in actively using alcoholics, currently abstinent alcoholics and controls. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001;154: 243-250.
212. Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry* 2003;160: 1041-1052.
213. Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman E, LaForge KS. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nat Neurosci* 2005; 8:1450-1457
214. Evren C, Dalbudak E. Relationship of personality trait impulsivity with clinical variables in male alcohol-dependent inpatients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2009;19:15-23
215. Bjork JM, Hommer DW, Grant SJ, Danube C. Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type 1-/type 2-like traits. *Alcohol* 2004;34:133-150
216. Dom G, D'haene P, Hulstijn W, Sabbe B. Impulsivity in abstinent early and late onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction* 2006;101:50-59
217. Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E, et al. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *J Affect Disord* 2009; 115(1-2):131-139.

