



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN OPİYAT KULLANIM
BOZUKLUĞUNDA KLİNİK VE TEDAVİ
SÜREÇLERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Seda YAVUZ

Antalya, 2016



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN OPİYAT KULLANIM
BOZUKLUĞUNDA KLİNİK VE TEDAVİ
SÜREÇLERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Seda YAVUZ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ömer GEÇİCİ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iii
Tablolar Dizini	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Opiyatlar	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Opiyatların Etkileri	4
2.1.3. Morfin	5
2.1.4. Eroin	6
2.1.5. Afyon Alkaloidleri	7
2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu	7
2.2.1. Sınıflandırma	7
2.2.2. Epidemiyoloji	9
2.2.3. Etiyoloji	10
2.2.3.1. Psilodinamik Kuramlar	10
2.2.3.2. Davranışçı Kuramlar	11
2.2.3.3. Kişilik Özellikleri	11
2.2.3.4. Aile Özellikleri ve Dinamikleri	12
2.2.3.5. Toplumsal ve Çevresel Etkenler	13
2.2.3.6. Genetik Etkenler	14
2.2.3.7. Nörobiyolojik Etkenler	14
2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	16
2.3.1. Tarihçe	16
2.3.2. Epidemiyoloji	17
2.3.3. Tanı	18
2.3.4. Etiyoloji	21
2.3.4.1. Genetik Etkenler	21
2.3.4.2. Çevresel ve Psikososyal Etkenler	22

2.3.4.3. Beyin Kimyası ve Erişkin DEHB	23
2.3.5. DEHB'ye Eşlik Eden Bozukluklar	23
2.3.5.1. Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları	24
2.3.5.2. Kişilik Bozukluklar	25
2.3.5.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	25
2.3.6. Madde Kullanım Bozuklukları Erişkin DEHB İlişkisi	25
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	27
3.1. Örneklem	27
3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri	27
3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri	27
3.2. Uygulama	28
3.3. Veri Toplama Araçları	29
3.4. İstatistiksel Analiz	32
4. BULGULAR	33
4.1. Sosyodemografik Veriler	33
4.2. Klinik Veriler	37
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. ÖZET	53
8. ABSTRACT	54
9. KAYNAKLAR	55
10. EKLER	66
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu	66
Ek 2. Erişkin DEHB Ölçeği	69
Ek 3. Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)	72
Ek 4. Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ)	73

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AH	Aşırı Hareketlilik
AMBAUM	Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
BAB	Bipolar Affektif Bozukluk
BAPİ	Bağımlılık Profil İndeksi
BDÖ	Barrat Dürtüsellik Ölçeği
BPAÖ	Buss-Perry Agresyon Ölçeği
DBH	Dopamin Beta Hidroksilaz
DE	Dikkat Eksikliği
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DRD4	Dopamin Tip 4 Reseptör Geni
DRD5	Dopamin Tip 5 Reseptör Geni
DSM	Diagnostic and Statistical Manual Disorder
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GABA	Gamma Aminobütirik Asit
ICD	International Classification of Diseases
KOYÖ	Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği
NCS	National Comorbidity Survey (Ulusal Eştanı Çalışması)
NHSDH	Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması
MKB	Madde Kullanım Bozukluğu
MÖ	Milattan Önce
PASW	Predictive Analytics Soft Ware
SNAP-25	Synoptozomal-associated protein 25

OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OPKB	Opiyat Kullanım Bozukluğu
TÜBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
4.1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	34
4.2. Örneklemi Oluşturan Grupların Aile Hayatına İlişkin Özellikleri	34
4.3. Örneklemi Oluşturan Grupların Çalışma Hayatına İlişkin Özellikleri	35
4.4. Örneklemi Oluşturan Grupların Özkıyım Girişimi, Adli Olay ve Kendine Zarar Verme Özellikleri	36
4.5. Örneklemi Oluşturan Grupların Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Özellikleri	36
4.6. OPKB ve Kontrol Grubunun Uygulanan Klinik Testler Yönünden Karşılaştırılması	37
4.7. OPKB Olanların Erişkin DEHB Düzeylerine Göre Eroin Kullanma Özellikleri	38
4.8. OPKB Olanlarda Çalışma Verileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	39
4.9. OPKB Olanların Erişkin DEHB Düzeylerine Göre Eroin Dışı Ek Madde Kullanma Özellikleri	40
4.10. OPKB Olanların Erişkin DEHB Düzeylerine Göre Uygulanan Klinik Ölçekler Yönünden Karşılaştırılması	42
4.11. OPKB Olanların Erişkin DEHB Düzeylerine Göre Aile İlişkileri, Ailede Madde ve Çalışma Durumları Bakımından Karşılaştırılması	43
4.12. OPKB Olanların Erişkin DEHB Düzeylerine Göre Riskli Yaşam Olayları İle İlgili Özellikleri	44

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde kullanımı son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Günümüzde sıklıkla kullanılan maddeler ile ilgili bilgiler, tarih öncesi dönemlere dayanmaktadır. Ne var ki öncesinde mistik ve tıbbi amaçlara hizmet eden bu maddelerin bağımlılığının çok eskiden beri bilinmesine rağmen, bunun aslen tıbbi bir sorun olduğu anlayışına 20. yüzyılın ikinci yarısında varılmıştır (1).

Uyuşturucu ve uyarıcı maddeler birbirlerinden farklı düzey ya da şiddette fizyolojik ve ruhsal bulguların ortaya çıkmasına neden olur. Sıklıkla keyif verici etkileri nedeni ile tekrar tekrar kullanılırlar. Genel olarak madde kullanım bozukluğu, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişide madde kullanımının bir zamanlar kendisi için önemli başka davranışların yerini alan öncelikli bir durum haline geldiği bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Bu kısa tanımların her birinde ana özellik tanımın doğrudan maddenin kullanımını, uyum bozucu doğasını, davranış değişikliklerine yol açmasını ve madde ile etkileşim sonucunda zaman içinde maddeye bağlı kalınmasını vurgulamasıdır (2). Opiyat kullanım bozukluğu (OPKB) da benzer şekilde, kullanımı nedeniyle önemli sorunlara sebep olmasına rağmen kullanımın devam ettiği ve tekrarlandığı bir dizi düşünsel ve davranışsal belirti kümesidir (3).

Okul çağı çocukları arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaygınlığı %6 ile %9 arasında değişmektedir (4). DEHB erişkinlik döneminde de devam edebilir ve bu hastalığın erişkinlikteki sıklığı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Erişkinlerde DEHB'nin yaygınlık oranı yaklaşık %5'dir (5). Çocukluklarında DEHB tanısı konmuş olan genç erişkinlerin akademik ve iş başarıları ile sosyoekonomik düzeylerinin kontrollere göre daha düşük olduğunu, daha erken ve dürtüsel cinsel etkinlik gösterdiklerini, tutuklanma oranlarının ve sağlık harcamalarının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (7). Madde Kötüye Kullanımı olan kişilerde DEHB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının %15 ile %25 arasında olduğu düşünülmektedir (8).

Tüm bu bilgiler ışığında madde kullanım bozuklukları (MKB) için kurulmuş rehabilitasyon merkezlerinde veya bu hastalar için oluşturulan tedavi planlarında eşlik eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun taranması ve tedavi edilmesi önemli görünmektedir. Bu çalışmanın amacı da OPKB bulunan bireylerde erişkin DEHB belirtilerinin yaygınlığı ve bu durumun klinik üzerine yansımalarının tespiti.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Opiyatlar

Opiyum, tıbbi gerekçelerle 3500 yıldır kullanılmaktadır (9). Klinik kullanımda; kimyasal yapıları birbirlerinden farklı olan, sayıları 20'den fazla opiyat bulunmaktadır. Günümüzde, özellikle gelişmiş ülkelerde bağımlılığına en sık rastlanılan opiyat madde eroinidir. Eroin haricindeki opiyatlara bağımlılık sıklıkla bu maddelerden elde edilen ilaçların kullanıldığı tedavi süreçlerinde, bu tarz ilaçlara rahatlıkla erişebilen sağlık çalışanlarında ve kullandığı ilaçları tedavi programlarından ve tıbbi sağlayıcılardan elde eden kişilerde görülür (2). Opiyatlar grubunda; opium, morfin, kodein gibi doğal maddeler, eroin, hidromorfin, oksikodon gibi küçük kimyasal değişikliklerle elde edilen yarı sentetik maddeler ve propoksifen, meperidin, metadon gibi sentetik analjezikler yer almaktadır (10).

2.1.1 Tarihçe

Opiyatlar, insanlık tarihinin bilinen en eski ilaçları olup, kullanımı için geçmişe bakıldığında M.Ö. 4000'li yıllarda Sümerler'de, M.Ö. 2000'li yıllarda Mısır'da, M.Ö. 2700 yılında Orta Asya'da eski Çin ve Hint uygarlıklarında haşhaş ekimi, afyon üretimi ve afyondan yapılan ilaçlarla ilgili ayrıntılı yazılar ve kalıntılara rastlanmaktadır. Opiyatlar, Lâtince adı "Papaver Somniferum Linee" olan afyon (haşhaş) bitkisinden elde edilirler (11).

Morfin ilk kez 1806'da, kodein ise 1832'de izole edilmiştir. Bundan sonraki yüzyılda tıbbi alanlarda kullanılan işlenmemiş morfinin yerini saf morfin ve kodein almaya başlamıştır. İlk yarı sentetik opium türevi olan diasetilmorfin veya eroin ilk olarak 1898 yılında tıbbi alanlarda kullanılmaya başlanmıştır. Morfin benzeri opiyatların ilk saf sentetik ilaçları olan meperidin ve metadon tıbbi uygulamalara 1940'lı yıllarda girmiştir (9). Gulland ve Robinson 1924 yılında morfinin yapısını açıklamıştır. Gates ve Tscendi tarafından 1950'li yıllarda Robinson'un açıkladığı içerik doğrulanmış ve morfinin sentezi yapılmaya başlanmıştır (12). İlk olarak 1700'lü yıllarda OPKB veya opiyat yoksunluğu fark

edilmeye başlanmıştır. Opiyat bağımlılığı 19. yüzyılın ortalarında yaygınken önemli bir tıbbi problem olarak görülmeye başlaması 20. yüzyılın sonlarında söz konusu olmuştur (2). Türkiye’de ise eroin özellikle 1936 yılından sonra bir süre yaygın olarak kullanılmıştır. Bunun nedeni bir Japon firmasının bu yıllarda eroin maddesini neşe ve güç kaynağı olduğu sloganı ile ucuz fiyatlara tütüncülerde satmaya başlamasıdır. Ancak kısa sürede zararlı etkileri ve bağımlılık yapıcı etkisi görülerek bu maddenin satışı yasaklanarak imalathaneleri kapatılmış ve imal için kullanılan cihazlar imha edilmiştir (13).

2.1.2. Opiyatların Etkileri

Opiyatlar beyin ödül sisteminin belirli bölgelerinden dopaminin salınımını artırma ve beyinde noradrenerjik nöronların merkezi olan lokus seruleustaki aktiviteyi baskılama yeteneğine sahiptir. Bu nörotransmitterlerden dopamin; kişinin uyuşturucu madde almaya devam etmesini kamçılayan sinyalleri ortaya çıkarır (14).

Opiyat reseptörlerinin herhangi bir alt tipine bağlanan ve bir miktar etkiye sebep olan maddeler opiyat agonisti olarak tanımlanmaktadır. Beklenen maksimum etkiye neden olmadan reseptörlere bağlanan bazı opiyatlar o reseptör tipinin kısmi agonisti olarak tanımlanır. Opiyatların çoğu μ -agonisttir. Yani morfininkine benzer bir etki meydana getirir. Morfin yoksunluk sendromunu gidermeyen, morfine benzemeyen etkiler ortaya çıkaran maddeler opiyat antagonistidir (2).

Farklı opiyat reseptör tipleri tarif edilmiştir. Bunlardan üç tanesi Mü (μ), Delta (δ), Kappa (K) bir süredir bilinmektedir. Yakın zamanda dördüncü bir reseptör tipi OFQ/N (ORL-1) opiyat reseptörleri ailesinin bir üyesi olarak kabul edilmiştir. Morfinin μ reseptörünün aktivasyonu ile ortaya çıkan etkilerden biri olan öfori bağımlılık gelişimini tetikler. μ -opiyat reseptörünü kodlayan OPRM1 genindeki polimorfizmler, opiyatların klinik ve bağımlılık yapıcı etkilerindeki bireysel farklılıkların sebebi olabilmektedir. Mü agonistler aynı zamanda santral sinir sisteminde toleransa, nöroadaptif değişikliklere neden olur. Günler veya

haftalar boyunca sürekli kullanım sonrasında agonistin alımı durdurulduğunda acı veren çekilme fenomenine yol açar (15).

Opioid reseptörleri beyinde, medullaspinaliste, otonom sinir sisteminin bazı bölgelerinde, beyaz kan hücrelerinde ve gastrointestinal sistemdeki sinir pleksuslarında bulunur ve Mü agonist opiyatlar etkilerini bu reseptörler üzerinden gösterirler (2). Ağrı duyusunun azalması veya baskılanması, başta öfori olmak üzere bir takım duygudurum değişiklikleri, konsantrasyon becerisinde azalma, sersemlik hissi, özellikle hipotalamus tarafından düzenlenen hormonal işlevlerde değişiklik ve gastrointestinal sistemdeki düz kaslarda tonus artışı gibi etkileri vardır. Opioidler genel olarak sfinkter tonusunu artırır dolayısı ile konstipasyon ve idrar retansiyonuna neden olurlar. Delta reseptörleri özellikle periferde analjeziden sorumludur, bağımlılıkla ilişkisi yoktur. Enkefalinler delta reseptörlerini kullanarak periferdeki etkilerini gösterirler. Kappa reseptörleri hem spinal hem de periferik düzeyde analjeziye katkıda bulunurken endokrin düzenlemeler, disfori, diürez ve sedasyon gibi etkileri de vardır (9).

Opiyatlar karaciğerde metabolize olur, metabolitler idrar ve safra ile atılır. Atılımın çok büyük bir kısmı ilk 24 saatte olmakta, ancak metabolitler idrarda 48 saat veya biraz daha uzun süre tespit edilebilmektedir. Çoğu opiyatlar için idrar incelemeleri son alımdan 12-36 saat sonrasına dek "pozitif" olmayı sürdürür. Çok uzun etkili bir madde olan metadon bu kurala uymamaktadır (16). Opiyatlar nazal mukozadan, gastrointestinal sistemden ve akciğerden hızla emilerek en yüksek plazma düzeyine 30 dakikada ulaşır ve ardından vücut dokularında yoğunlaşırlar, bir bölümü ise kan beyin bariyerini aşar. Parenteral uygulamada kan düzeyi hızla yükselip alınan doza bağlı olarak intoksikasyon oluşabilir. Plazma düzeyi ile intoksikasyon derinliği doğru orantılıdır.

2.1. 3 Morfin

Morfin çok etkili bir opiyat analjezik ilaç etken maddesidir. Opioidlerin tipik aktif maddesi olarak bu grubun prototipidir. Ham afyonda %10-12 oranında bulunmaktadır. Morfin; oral, subkutan, intravenöz yollarla kullanılır ve intravenöz

uygulamayı takiben maksimum analjezi ancak yarım saat sonra görülebilir. Hızlı etki ettiği için genellikle subkutan yol kullanılır. Cilt altına enjekte edildikten ortalama bir saat sonra beyin dokusundaki konsantrasyonu beklenen en yüksek değere ulaşır ve maksimum analjezi 1-1,5 saat sonra görülür. Yavaş absorbsiyon ve çabuk detoksifikasyon sebebi ile morfin oral yolla pek tercih edilmez. Vücutta morfin dalak, karaciğer ve böbrekler gibi parankimatöz dokularda toplanır (17). Morfinin merkezi sinir sistemi üzerine etkisi farklı hayvan türlerinde önemli varyasyonlar gösterir. Terapötik dozlarda (5-10 mg gibi); analjezi, baş dönmesi, istemli hareketlerde azalma, uyuşukluk ve uyku haline sebep olur. Morfin bağımlı olmayanlarda disfori, heyecan ve korku gibi keyif verici olmayan etkilere neden olur. Morfin; serebral korteks, medüller merkezler ve hipotalamusta depresyon yaparak analjezik, öforik, emetik etki gösterir. Termoregülatör merkezleri etkileyerek vücut ısısını düşürür. Morfinin supraoptik nükleus üzerine etkisi ile hipofizinden antidiüretik hormon sekresyonunun arttırması sonucu morfin alımından sonra oligüri görülür. Morfin korteksin okulomotor merkez üzerine inhibitör etkisini kaldırması sonucu myozis yapar, yani pupilleri küçültür. Morfin küçük dozlarla bile solunum merkezini inhibe edebilir (17).

2.1.4. Eroin

Kimyasal yapısı diasetil morfindir. Tüm uyuşturucu maddeler içinde en yaygın kullanılan ve en tehlikeli olan maddenin eroin olduğu söylenebilir. Diğer uyuşturucu maddelere göre daha uygun fiyatlara, daha kolay bulunabilmesi nedeni ile tüm dünyada yaygın bir kullanım alanı bulunan eroin morfinden 2-3 kat daha etkilidir. 1-2 defa kullanılmakla bağımlılık gelişir. Süratle tolerans meydana getirir (18).

Beyaz kristal bir tozdur. Buruna çekilerek (snuff), sigaraya sarılarak (koreks), alüminyum folyo üstünde ısıtılıp buharı içe çekilerek (kaydırma) veya damardan enjekte edilerek (shot) kullanılan eroin, açık kahverengi renkte toz halinde satılır. Alındıktan kısa süre sonra etkisini gösteren eroinin etkisi 6-8 saat sürer. Bu nedenle günde en az iki üç kez kullanılması gerekir. 24 saatlik dozu 0,02-0,5 gr dır. Eroin bağımlısı bunu 50 misline kadar çıkarabilir ve günde 2 gr

veya daha fazla eroin kullanabilir. Ağrı hissinin azalması veya kaybolması, solunum ve kalp hızında yavaşlama, yüzde kızarma, myozis, hareketlerin ve konuşmaların yavaşlaması başlıca etkileridir (19). Eroin başlangıçta endişe, sıkıntı ve ruhi gerginliği azaltır, öfori yapar; kişi sakin, endişesiz ve sıkıntısızdır. Daha sonra kişinin uyuşuk bir hali vardır, zihinsel bulanıklık olur. Zamanla kişi doğru ile yanlış, faydalı ve faydasız ayırt edemez. Birkaç gün ile bir hafta arasında şiddetli bağımlılık oluşur ve tolerans gelişir. Kişi artık eroini zevk almak için değil 3-4 saat aralarla krize girmek için alır (17).

2.1.5. Afyon Alkaloidleri

İçinde 20'ye yakın opium alkaloidi barındıran afyonun çiçek kapsüllerinin öz sütüne “rohopium” denir ve bunlardan en önemlilerinden biri morfindir. Doğal opioidler, benzilizokinolin grubu ve fenantren grubu olmak üzere iki kimyasal sınıfa ayrılır. Morfin alkaloidi, şiddetli ve süregelen ağrıda günümüzde kullanılan en etkili analjezik ilaçlardan biridir. Opium'da yaklaşık %5 oranında bulunan kodein alkaloidi insan vücudunda morfin'e dönüşür. Başlıca sentetik opioidler; pentazosin, propoksifen, meperidin ve methadon olup şiddetli bağımlılık potansiyelleri nedeniyle ülkemizde kırmızı reçeteye satılmaktadırlar (11, 17).

2.2. OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU

2.2.1. DSM-5'e göre sınıflandırılması

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar DSM-5'de 'Madde Kullanım Bozuklukları' ve 'Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar' şeklinde iki ana gruba ayrılır. Opiyatla ilişkili bozukluklar da benzer şekilde 'Opiyat Kullanım Bozukluğu' ve 'Opiyat Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar' şeklinde sınıflandırılır (20).

DSM-5'e göre OPKB Tanı Ölçütleri (20).

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir opiyat kullanım örüntüsü:

1. Opiyatlar, çoğu kez, istendiğinden daha fazla miktarda ya da daha uzun süreli olarak alınır.
2. Opiyat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Opiyat elde etmek, opiyat kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı.
6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiyat kullanımını sürdürme.
7. Opiyat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla opiyatın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın opiyat kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opiyata özgü yoksunluk sendromu

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

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez (20).

2.2.2. Epidemiyoloji

Madde kullanımı konusunda koruyucu çalışmaların geliştirilebilmesi için bu maddelerin kullanım yaygınlığı hakkında daha kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırmalar madde kullanım yaygınlığındaki artış hızını vurgulama konusunda yardımcı olabilir (21). Dünya geneline bakılacak olursa psikoaktif madde kullanımı ile ilgili araştırmaların son yıllarda hız kazandığı görülmektedir.

2001 yılında yapılan NHSDH (Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması) verileri ABD’de 12 yaş ve üstü 16,6 milyon kişide alkol; 2,4 milyon kişide hem alkol hem madde; 3,2 milyon kişide ise sadece madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna işaret etmektedir (9). Kessler ve arkadaşları tarafından yine Birleşik Devletler’de yapılan bir çalışmada MKB’nin yaşam boyu prevalansı %14-%16,3 arasında bulunmuştur (22).

TUBİM’in 2011 yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre; Türkiye’de 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir defa deneme oranı %2,7’dir. Bu oran erkeklerde %3,1, kadınlarda ise %2,2’dir. Madde kullanım yaygınlığının genç yetişkinlerde (15-34 yaş grubu), genel nüfusa (15-64 yaş grubu) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Genç yetişkinlerde herhangi bir maddenin yaşam boyu kullanım oranı %3 iken, genel nüfusta bu oranın %2,7 olduğu görülmektedir. Genç yetişkinler grubu daha alt dallara ayrıldığında, 15-24 yaş arasında herhangi bir maddenin yaşam boyu kullanım yaygınlığı %2,9, 25-34 yaş grubunda %3,1 olarak hesaplanmıştır (23).

Dünya genelinde en az bir kez opiyat kullanan kişi sayısının 15-21 milyon olduğu bildirilmektedir. 15-64 yaş arası nüfusta yaşam boyu opiyat kullanım yaygınlığı Afrika'da %0.2, Amerika'da % 0.4, Asya'da %0.3-0.5, Avrupa'da %0.6-0.7, Okyanusya'da %0.4, Dünya genelinde ise %0.3-0.5'dir. Türkiye beş bölge içinde Dünya sağlık örgütü tarafından Avrupa bölgesi içinde değerlendirilmektedir (24). Ülkemizde bağımlılıkla ilgilenen 22 tedavi merkezinin 21'inden elde edilen verilere göre 2011 yılı boyunca 5214 yatarak tedavi başvurusu gerçekleşmiştir. 2011 yılında yatarak tedavi görenlerin %66'sı eroin bağımlılığından tedavi görmüştür (23).

2.2.3. Etiyoloji

Günümüzde bağımlılığın etiyolojisinde birçok etkenin bir arada olduğu görüşü kabul görmektedir. Bağımlılığın gelişme sürecinde maddelerin etkileri önemli bir yer tutar ancak bağımlıların maddenin etkilerini aynı şekilde yaşamadıkları ya da aynı sebeplerle motive olmadıkları bilinmektedir. Bağımlılık sürecinin farklı evrelerinde farklı etmenlerin önemli olabileceği vurgulanmaktadır. Bir maddenin ilk kez denemesinde, maddeye kolay ulaşma, toplumsal kabul ve arkadaş çevresi baskısının ana belirleyiciler olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında kişilik özellikleri, biyolojik yapı gibi diğer etmenler ilgili maddenin etkilerinin nasıl algılandığı ve tekrarlayan madde kullanımının hangi dozlarda santral sinir sistemi değişikliklerine yol açacağını belirleyebilir (9).

Bireysel yatkınlık ve psikopatolojinin bağımlılık gelişiminde daha önemli belirleyiciler olduğu görüşü kabul görmektedir. Toplumsal ve çevresel etmenler kullanımın devam ettirilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

2.2.3.1. Psikodinamik Kuramlar

Klasik psikodinamik literatürde bağımlılık davranışı gösterenlerin psikoseksüel gelişimin pregenital, oral ya da arkaik dönemlerine gerilediği düşünülür. Freud'un görüşüne göre bağımlılık psikoseksüel gelişim dönemlerinden biri olan oral dönemde oluşan sorunlar nedeni olur ve kişide oral kişilik yapısı gelişir. Oral dönem kişilik yapısı olanlarda açgözlülük, karamsarlık,

kolay duygulanma, tutarsızlık gibi özellikler görülebilir. İnsan geliştikçe oral döneme ilişkin nesneler şekil ve yön değiştirir. Çocukluk döneminde temel haz kaynağı olan su, süt, anne memesi gibi nesneler, ileri yaşlarda alkol, sigara ve maddeye dönüşebilir.

Bağımlılık davranışını belirleyen en önemli etmenlerden biri de ego güçsüzlüğüdür. Bu kişiler çevrelerindeki kişi ve nesnelerle uzun süreli, tutarlı aynı zamanda geçerli ve gerçekçi ilişkiler kurulamazlar. Bağımlılık davranışı gösteren kişiler gerçeği tam olarak anlamak ve yaşamaktan kaçınır aynı zamanda kendilerini kaygıdan kurtaracak olumlu savunma düzenekleri kuramazlar.

Madde bağımlılarının erken gelişimsel dönemlerde gelişimlerinde önemli aksamalar olduğu ve bu kişilerin anne babalarını içselleştirmede çeşitli aksaklıklar yaşadıkları düşünülmektedir. Sonuç olarak madde bağımlısı olanlar kendilerini sakinleştirmekte, dürtü kontrolünü sağlamada ve benlik saygısını düzenlemekte önemli güçlükler yaşamaktadır. Son yıllarda madde kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkiye psikodinamik açıdan yaklaşılmaktadır (25).

2.2.3.2. Davranışçı Kuramlar

Davranışçı kuramlar bağımlılığı açıklarken bağımlılığın fizyolojik semptomlarından çok madde arama davranışının üzerinde durmuşlardır. Bağımlılık potansiyeli olan maddelerin bir çoğunda ilk kez kullanıldıktan hemen sonra bile kullanıcılar; öfori, anksiyete azalması gibi yaşantısal etkiler hissettiklerini belirtmektedirler. Bu etkiler bundan sonraki madde arama davranışı için olumlu bir pekiştirici olarak kabul edilir. Bunun sonucunda maddeyi denemeye yol açan davranışların sıklığı artar. Arkadaş grubu gibi etkenler de olumlu pekiştirici etkide bulunur. Madde kullanımı ve madde varlığıyla ilişkili uyaranlar ikincil pekiştirici olarak rol alabilirler (25).

Davranışsal modeller madde bağımlılığının gelişmesinde öğrenmenin önemini de vurgulamaktadır. Olaylar ve olaylar hakkında edinilen bilgi arasındaki bağlantı klasik ve edimsel koşullanma yoluyla madde kullanım davranışını pekiştirmektedir. Tekrarlanan madde kullanımı ile çevresel etmenler eşleştirilir bu etmenler koşullanmış uyaranlara dönüştürülür ve madde kullanım davranışı bu

şekilde gelişir. Bu öğrenilmiş bağlantılar daha sonra maddenin benzer bütün durumlarda kullanılacağı fikrini ve beklentisini ortaya çıkarır. Böylece maddenin kokusu, madde alınan ortamları görmek, o ortamı, anı anımsatacak benzer ortamlarda bulunmak madde kullanımını tetikleyen unsurlar haline gelir.

2.2.3.3. Kişilik Özellikleri

Çocukluk ve ergenlik döneminde tespit edilen, davranım bozukluğu dürtüselliğin eşlik ettiği bir durum olarak madde kullanım bozukluğu riskini arttıran nedenler arasındadır.

Madde bağımlısı kişilerin kişilik yapılarının olgunlaşmasını tamamlayamamış, keyif verici durumları erteleyemeyen, uzun süreli tutarlı ilişkiler kurmakta zorluk çeken, özgüveni düşük, kendileriyle barışık olmayan, fazla kaygılı, girişken olmayan, umursamaz, isyankar, risk alan, engellenme eşiği düşük kişiler oldukları düşünülmektedir. Macerayı, heyecanı sevme ve hayalcilik de bu kişilerde gözlenen özelliklerdir. Bu özelliklerin antisosyal kişilik bozukluğunda da görüldüğü ve bağımlılık için yüksek risk oluşturduğu bildirilmiştir (26). Madde bağımlılarında sıklıkla görülen diğer kişilik bozuklukları borderline kişilik bozukluğu ve pasif agresif kişilik bozukluğudur. Bununla birlikte kişilik özelliklerinden bağımsız olarak her insan bağımlılık davranışı gösterebilir.

2.2.3.4. Aile İlişkileri ve Dinamikleri

Ailede bir bireyin madde kullanması diğer bireylerin madde kullanması ile ilişkili olabilmektedir. Bazı ailelerde bağımlılık aile içi dengeyi sağlama rolünü de üstlenebilir. Ayrıca bağımlılık diğer aile bireyleri ile yaşanan çatışmanın yer değiştirmiş bir belirtisi de olabilir. Boşanma, uyuşmazlık, ebeveynlerin denetimindeki yetersizlik veya tutarsızlık, olumsuz iletişim, yakınlık eksikliği, aile içi şiddet, aşırı koruma, aşırı kontrol veya aşırı mesafe, ailede çözülmemiş yas gibi özellikler madde kullanımı açısından risk taşımaktadır (27).

2.2.3.5. Toplumsal ve Çevresel Etkenler

Madde kullanımının olumlu karşılanması o toplumda yaşayan bireylerde madde bağımlılığının yaygınlaşması riskini artırır. Toplumsal olarak kabul edilen sigara ve alkol gibi maddeler, opiyat ve kokain gibi diğer maddelerin öncülü olabilmektedir. Madde kullanımının toplum tarafından onaylanmadığı ve desteklenmediği ortamlarda maddeye ulaşma kolay olsa dahi kullanım oranı yükselmemektedir (28). Maddelerin maliyeti ve kolay ulaşılabilirliği özellikle riskli gruplarda madde kullanma riskini artırmaktadır.

İşsizlik ve suç oranı yüksek olan, eğitim sistemi ile ilgili ciddi sorunları olan, yasal olmayan maddeleri kullanan çok sayıda kişinin yaşadığı bölgelerde; madde denemeyi veya sürekli kullanımı destekleyen bir alt kültür oluşur. Arkadaş grupları kişileri madde kullanımına özendirir. İşsizlik, evsizlik ve başka ekonomik sorunların olması da madde kullanımı üzerinde etkili olabilen sosyal faktörlerdir (29). Bir maddenin kullanımının kişiye üstünlük veya sosyal statü kazandırdığının düşünüldüğü durumlarda bu maddelerin bağımlılığına daha çok rastlanır (25).

2.2.3.6. Genetik Etkenler

Madde bağımlılığında genetik yatkınlığın önemli olduğu düşünülmektedir. Genetik faktörlerin bir maddenin ilk kez denemesi ile bağımlılık gelişmesi arasındaki süreçte olan etkisi araştırılmaktadır. Birinci derece akrabalarında bağımlılık olan birinin bağımlı olma riski olmayana göre 3-4 kat daha yüksek bulunmuştur (30).

Kişinin madde bağımlılığına olan genetik yatkınlığını bağımlılığa sebep olabilecek maddelerin farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerini oluşturan reseptör, enzim ve diğer fonksiyonel proteinleri kodlayan genlerdeki polimorfizm belirleyebilir. Mu-Opioid reseptörü ilaç etkisinden sorumludur. Bu reseptör geninin 118. pozisyonundaki polimorfizm opiyat ligandlara bağlanma yeteneğinde değişikliklere neden olur. Bu değişiklik opiyat bağımlılığının oluşmasında veya devam etmesinde önemli rol oynamaktadır (31). Oral yolla alınan opiyatlar CYP2D6 enzimi aracılığı ile karaciğerde metabolize olmaktadır.

Bu enzimin işlev görmeyen 2 alleleline sahip olgular ağızdan alınan bu ürünleri yavaş metabolize ederler. Bu hatalı genotipik özelliğin koruyucu bir rol oynadığı ve bu özelliğe sahip olan bireylerin opiyat bağımlısı olma ihtimallerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (32).

2.2.3.7. Nörobiyolojik Etkenler

Beyin ödüllendirme sisteminin başlıca yapıları; nukleus akumbens, ventral tegmental alan ve frontal kortekstir. Nukleus akumbens ödülle motive olan davranış sistemini, prefrontal korteks motivasyonla ilgili genel dikkati düzenleme ve davranışla ilgili yanıtın yoğunluğunu belirlemede önemli role sahiptir. Temel duyguları ve davranışları kontrol eden limbik sistem haz algısına da temel oluşturmaktadır. Mezolimbik dopamin yolağın beyinde ödüllendirme ve ödül sisteminin son ortak yolu olduğu kabul edilmektedir (33).

Başta dopamin olmak üzere noradrenalin, serotonin, GABA ve opiyat peptidler bağımlılığın gerek oluşumunda gerekse sürdürülmesinde önemli role sahiptir. Dopamin; lokomotor aktiviteyi, ödül, haz ve öfori hissinin oluşumunu kontrol eder. Endorfinler ise keyif ve acı verici uyaranlara karşı yanıtı ve bunlara uyum sağlamayı düzenleyerek bağımlılığın oluşumuna katkıda bulunurlar (34).

2.2.3.7.1. Maddenin Pozitif Pekiştirici Etkisi

Duygudurumda ve davranışta değişimler yaparak kişiyi bu maddeyi tekrar tekrar kullanma ve onsuz yapamama davranışına yönlendiren madde pozitif pekiştirici, bu durum pozitif pekiştiri veya ödüllendirme olarak adlandırılır. Bir maddenin pozitif pekiştirici etki yaptığının söylenebilmesinin en önemli koşulu madde arayışı davranışı oluşturmastır. Maddenin yaptığı keyif artması veya öfori, anksiyeteyi giderme, zihinsel ve fiziksel fonksiyonları arttırıcı etkiler pozitif pekiştirici ana etkenlerdir. Keyif alma gibi pozitif ödüllendiriciler pekiştiri gelişmesine ve madde arayışı davranışına önemli katkı sağlarlar. Çeşitli davranışsal, nöronal mekanizmalar ve modüle edici sosyal ve genetik faktörlerin katkıları ile pozitif pekiştiri gerçekleşir (35).

Pozitif pekiştiri ilk olarak 1954'te hareket edebilen sıçanlarda septal bölge, medyal ön beyin demeti veya ventral tegmental alan gibi beynin ödüllendirici bölgelerine yerleştirilen uyarıcı bir elektrod ile hayvanın kendi kendini sitümüle etmesine olanak veren bir düzenekte gerçekleştirilen intrakraniyal self-stimülasyon yöntemiyle tanımlanmıştır (15).

Beynin mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemi pozitif pekiştiri ile ilişki nöroanatomik bölgelerdir. Dopaminerjik nöronların aktivasyonu ile opiyatların pozitif pekiştirici etkileri gerçekleşir. Dopaminerjik etkinliği doğrudan doğruya arttıran kokain ve amfetamin gibi maddelerden başka nikotin, alkol, hipnosedatiter ve opioidlerin de yaptığı pozitif pekiştirden mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistem sorumludur. Damar içine uygulanan opiyat maddeler nükleus akkumbensta ekstrasellüler dopamin salınımına neden olur. Bu artış in vivomikrodiyaliz yöntemiyle ölçülmüştür. Maddelerin pozitif pekiştirici etkisinin oluşmasında nükleus akkumbensteki dopaminerjik nöronlar, ödüllendirme mekanizmasında ise amigdalanın önemli rol oynadığı düşünülmektedir (35).

2.2.3.7.2. Maddenin Negatif Pekiştirici Etkisi

Madde kullanımının sürdürülmesinde önemli etkenlerden biri olan negatif pekiştiri, maddeyi alamama durumunda oluşabilecek keyif düşüşü, yoksunluk semptomları gibi olumsuz etkilerden kaçınmadır. Yoksunluk semptomları olarak bilinen ağrı veya yoğun kaygı hali gibi sakınılan durumlar negatif nitelikli pekiştiriciler arasındadır. Bağımlı bu duruma düşmekten sakınmak için maddeyi almaya devam eder. Bağımlılıkla ilgili öne sürülen yeni görüşlere göre negatif pekiştiri, pozitif pekiştiriye katkı sağlayan davranışsal mekanizmalardan biri olarak kabul edilmektedir (33).

Maddelerin olumsuz pekiştirici etkilerinden, yani kesilme sendromlarına bağlı disforik duygudurumdan, ödül etkisinde rol oynayan nörotransmitter sistemlerindeki bozulmanın sorumlu olduğu düşünülmektedir. Kesilme sendromunda nükleus ,akumbensde dopaminerjik ve serotonerjik iletimin azalmış olduğu in vivo mikrodiyaliz yöntemi ile gösterilmiştir. Opiyat kesilme

sendromunda yine nukleus akumbensde opioid reseptör iletim mekanizmalarında duyarlılık artmaktadır (36).

2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.3.1. Tarihçe

DEHB'nin tanısıl süreci XVIII. yüzyıla dayanmaktadır. Dikkat eksikliği ve davranım sorunları olan çocukların varlığına tıp literatüründe ilk defa 1902 yılında George Still tarafından dikkat çekildiği belirtilmiştir. Aşırı hareketlilik, öğrenme güçlükleri, dikkat problemleri ve davranım bozukluklarını içeren sorunlar tanımlanmış ve etiyolojide çevresel etkenler rol oynasada büyük olasılıkla genetik nedenlere bağlı olabileceği bildirilmiştir. Klinik görünüm “zorunlu olarak beyin hasarı ya da zekâ geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. Bu olgular “Ahlaki Kontrolde Marazi Yetersizlik” (a defect of moral control) olarak adlandırılmıştır (37). Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan ensefalit salgını sırasında, ensefalit geçirmiş olan çocuklarda hastalıktan sonra gelişen ve Still’in tanımladığına benzeyen aşırı hareketlilik, dürtüsellik, anti-sosyal davranışlar ve duygusal dalgalanma gözlenmiştir. Bu değişiklikleri Khan ve Cohen 1934 yılında organik olarak tanımlamışlar ve bu durumun beyin sapındaki bir hasar sonucu oluşabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bradley ise 1937 yılında, bu çocuklarda amfetamin tedavisiyle hiperaktivite belirtilerinin düzeldiğini görüp bu durumu “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak isimlendirmiştir (38). Bu adlandırmaya Mackeith uluslararası bir konferansta itiraz ederek alt grupların farklılığına dikkat çekmiştir. Pek çok bilim adamı 1960’larda hastalığın kendini sınırlayıcı olduğu ve erişkinlikte kendi kendine düzeldiğine inanmaktaydı (39).

Çocukluktaki DEHB çok fazla incelenmiştir ancak Wood ve arkadaşlarının 1976 yılında çocuklardaki DEHB belirtilerine benzeyen klinik görünüme sahip bir grup erişkinle yaptıkları çalışmada psikostimulanların etkisini göstermeleriyle erişkin DEHB ilk kez literatürde yer bulmuştur (40).

2.3.2. Epidemiyoloji

Çocukluk çağında en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik bozukluklardan bir tanesi olan DEHB'nin dünyada yaygınlığı %8-12 arasında değişmektedir (6). Çocuklukta tanı konan DEHB olgularının %50-80'i ergenlikte sürmektedir, erişkinlikte ise bu oranının %30-50 arasında olduğu tahmin edilmektedir (38).

Erişkinlerde DEHB'nin yaygınlığı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Olguların bir kısmının evsizler ve ceza evlerinde kalanlar olması, diğer bozukluklarla sıklıkla karışması gibi nedenlerle uygun bir şekilde örneklenmesi zordur. Mevcut verilere göre toplum genelinde erişkin DEHB yaygınlığı ve hastalığın sonuçları tahmin edilenden çok daha fazladır (41). NCS'nin (National Comorbidity Survey-Ulusal Eştanı Çalışması) bir parçası ve ABD ulusunu temsil edecek şekilde seçilmiş 18-44 yaş arası 3199 kişi üzerinde yürütülmüş olan ABD'de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada yaygınlık oranı %4,4 olarak bulunmuştur (42). Taramada pozitif sonuç verenlerin arasından körlemesine 154 kişi seçilerek DSM-IV ölçütlerine göre tanısal görüşme yapılmıştır. Uluslararası bir epidemiyolojik çalışmada ülkeler arasında yaygınlık oranları açısından farklılıklar olmakla beraber, erişkin DEHB'nin ortalama yaygınlık oranı %3,4 olarak bulunmuştur (43).

Ülkemizde erişkin DEHB sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar toplum genelini kapsayacak özellikte değildir. Çok özel hasta grupları veya DEHB'li çocukların ebeveynleri ile ilgili veriler mevcuttur. Bipolar bozukluğu olan hastalarda %15.9-16.3, alkol bağımlılığı tanısı almış hastalarda %25, DEHB olan çocukların ebeveynlerinde %24.3-43.5 oranında erişkin DEHB bildirilmiştir (44, 45).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada genel erişkin psikiyatri polikliniğinde herhangi bir tanı ile takip edilmekte olan veya ilk kez başvuran ardışık 850 hasta taranmış ve çalışmada DEHB sıklığı %1.6 olarak tespit edilmiştir (46) .

2.3.3. Tanı

Dikkatsizlik: Dikkatin bir noktaya toplanabilmesinde güçlük, dikkatin dış uyaranlarla kolay dağılabilmesi, unutkanlık, eşyalarını sık sık kaybetme ve düzensizlik gibi belirtiler dikkat sorunlarını gösterir (47).

Hiperaktivite: Bir durumun aşırı hareketlilik olarak adlandırılabilmesi için; çocuğun kendi yaşıtlarına kıyasla belirgin olarak fazla hareketli olması; bu davranışlarının, okul ve oyun gibi günlük işlevlerde, ebeveyn veya öğretmenler için sorun oluşturması gerekmektedir. Okul çağındaki çocuklar; oturmada, beklemede zorluk çekerler, sık sık ayağa kalkıp gezinirler ya da mobilyaların kenarlarına asılırlar. Ellerinde sürekli bir şeylerle oynarlar, ellerini ve ayaklarını sallarlar (47). Ergen ve yetişkinlerde ise hiperaktivite belirtileri huzursuzluk ve sessiz etkinliklere yoğunlaşmada zorlanma şeklinde kendini gösterir.

Dürtüsellik: İstekleri erteleyememe, sorulan sorulara çok çabuk cevap verme, başkalarının sözlerini kesme, sırasını beklemekte güçlük çekme, acelecilik ve olası sonuçları düşünmeden tehlikeli olabilecek etkinliklerle uğraşma gibi özellikler dürtüsellik sorunları bulunduğunu düşündürür (47).

DEHB için DSM 5'e göre tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir:

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik, dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmelidir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanca tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

- Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınıktır.
- Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- Çoğu zaman sürekli zihinsel aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).
- Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınıktır.
- Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmelidir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

- Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

- Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor takılıymış gibi davranır.
- Çoğu zaman çok konuşur.
- Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
- Çoğu kez sırasını bekleyemez.
- Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtisi olmuştur

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

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

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu) (20).

Genel olarak çocukluk çağı DEHB için karakteristik olan belirtiler, erişkin dönemi için önemli duyarlılıkta değildir. Erişkin dönemi DEHB'nin ortaya çıkış şeklindeki farklılıklarla ilgili olarak, DEHB nedeniyle tedavi arayan erişkinlerin en önemli şikayetlerinin, iş yerindeki zorluklar ve sık iş değiştirme, organizasyon eksikliği, düşük benlik saygısı, becerilerini göstermede yetersizlik ve bunun yanında daha tipik olan unutkanlık ve konsantrasyon eksikliği olduğu belirtilmiştir (48). Bu belirtilen şikayetlerin ancak bir kısmı DSM ölçütlerinde kapsamaktadır. 60 tanı konmamış fakat belirgin DEHB'si olan erişkinle yapılan çalışmada, en belirgin belirtilerin dikkat dağınıklığı, impulsivite ve hareketlilik olduğu görülmüş, bunun yanında yakın ilişki kurmada zorluk, kendine

güvendeazalma, potansiyellerini ortaya koymada sorun yaşadıkları hastalarca vurgulanmıştır (49).

2.3.4. Etiyoloji

DEHB'nin etiolojisinde tek bir hipotez kabul görmemekte ve hipotezlerin çoğunu destekleyen kanıtlar bulunmaktadır. Araştırmalar bu konu ile ilgili olarak nörokimyasal ve beyin görüntüleme ile ilgili değişiklikleri, genetik ve psikososyal nedenleri belirlemeye yönelik sürdürülmektedir.

DEHB'nin genetiği, nörokimyası, beyin görüntülemesi, risk faktörleri ve yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalar bu bozukluğun özellikle frontal ve striatal nöron yollarındaki ve monoamin mekanizmalarındaki bazı sorunları kapsayan aynı zamanda ailesel özelliği de bir bozukluk olduğu fikrini güçlendirmektedir (50). Sonuç olarak bu bozukluğun çok etkenli olma ihtimali yüksektir. Her vakada diğerinden farklı bir faktör etken olabileceği gibi, aynı vakada farklı etkenler bir arada bulunabilmektedir. Genel olarak kabul edilen görüş DEHB'nin farklı patolojilerin ortak bir semptomatolojisi olduğudur (51).

2.3.4.1. Genetik Etkenler

DEHB genetik özelliği olan ailesel bir bozukluktur. Henüz bu genetik geçişin nasıl gerçekleştiği tam olarak bilinmemektedir (52). Etiyolojide genetik etkenlerin rolünü araştırmak için aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmıştır. Yapılan ikiz çalışmaları hem monozigot hemde dizigot ikizlerde yüksek oranda eş hastalanmanın varlığını göstermiştir. Biyolojik ebeveynlerde evlat edinen ebeveynlere nazaran daha yüksek oranda DEHB olduğunu gösteren evlat edinme çalışmaları bulunmaktadır. Bu ve benzeri çalışmalara göre DEHB için ortalama genetik geçiş olasılığının %60-94 arasında değiştiği söylenebilir (53). Bir çalışmada DEHB'li yetişkinlerin %41'inin kardeşlerinde DEHB saptanırken, normal kontrol grubunun kardeşlerinde hiç DEHB'ye rastlanmamıştır (54).

Moleküler genetik çalışmalarda beyin katekolamin etkinliği ile ilişkili olan bazı aday genler saptamıştır. Bazı araştırmalarda 11. kromozomda yerleşik DRD4 7 tekrarlı allel geni polimorfizmi ile hem çocuk hem de erişkin DEHB'sinin ilişkili

olduğu gösterilmiştir. Diğer potansiyel risk etkeni allelleri ile ilişkili majör gen etkilerine ilişkin araştırmaların tekrarlanması gerekmektedir. Diğer aday genler serotonerjik genler (5-HTT, HTR1B), dopamin tip 5 reseptör geni (DRD5), dopamin beta hidroksilaz geni (DBH) ve SNAP-25 (Synaptosomal-associated protein 25) şeklinde belirtilmiştir (45, 55).

2.3.4.2. Çevresel ve Psikososyal Etkenler

DEHB'nin gelişiminde birçok çevre etkeni riski artırmakla birlikte hangi etkenlerin DEHB'yi erişkin döneme taşıdığı bilinmemektedir. DEHB'yi erişkin döneme taşıyan risk etkenleri arasında babanın ruhsal bozukluğu, babanın hapse atılması, maddi nedenlerden dolayı meydana gelen stres, evlat edinilme, çocuk istismarı gibi bazı etkenler bulunmaktadır (56). Örneğin, yetiştirme yurdundaki çocukların dikkat sürelerinin kısa ve aşırı hareketli oldukları gözlenmiş ve bu durumun uzun süre duygusal yoksunluk ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (57). Bir çalışmaya göre aile tutumlarının olumsuzluğu DEHB bulgularının daha ağır seyretmesine neden olabilir (58). Bebeklik döneminde bebek ile bakımını sağlayan kişiler arasındaki ilişkinin biçiminin DEHB'nin şiddeti üzerine etkili olabileceğini gösteren bir çalışma bulunmaktadır. Ana babanın tutumu DEHB'in şiddeti, komorbid hastalıkların bulunması, hastalığın seyri ve tedaviye uyum açısından önemli görünmektedir. Sonuç olarak ana-babanın tutum ve davranışları ile aile ilişkileri hastalığın başlaması veya sürmesinde tek başına olmasa da önemli etkenlerdir (59).

DEHB etiyolojisinde kurşun, alkol ve sigara dumanı içeren zehirlerin etkili olduğuna dair çalışmalar vardır. Çevresel toksinler ve vücuttaki yüksek kurşun oranı ile DEHB belirtileri arasında düşük ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (60).

DEHB etiyolojisinde biyolojik etkenler temel bir rol oynarken, psikososyal etkenlerin daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı artırıcı rolünden söz edilebilir. Çevresel etkenler bozukluğun kalıcılığını, komorbid bozuklukların gelişimini ve hastalık seyrini etkileyebilir (61).

2.3.4.3. Beyin Yapısı ve Erişkin DEHB

Dikkat; bellek, bilinç, uyanıklık ve tetikte olmayla çok ilişkilidir ve birden çok nöral sisteme yayılır (62).

Dikkati sağlayan nöral ağlar, beyinde prefrontal korteks, parietal korteks, singulatgirus, amigdala ve hipokampus gibi limbik yapılar, bazal gangliyonlar, talamus, retiküler formasyon ve serebellumu içerecek şekilde yaygın olarak yerleşmiştir. DEHB’de temel anormallikler frontal korteks ve striatum arasındaki bağlantılardır. Ayrıca bozukluk serebellum ve frontal lob arasındaki devreleri de içerir (63).

Yürütücü işlevlerin merkezi frontal loblardır. DEHB’de temel olarak frontal lob işlevi ile ilişkili sorunlar görülmektedir. Frontal loblar soyut düşünceyi, çalışma belleğini (bilgiyi mantıklı basamaklarda ele alma yeteneği), dürtüselliği (yapmak istediğimiz ya da yapılması gerekeni yapabilme kapasitemiz) ve yürütücü kontrolü (gerçek dünyada başarıyı sağlayan organizasyon, odaklanma, bütünleştirme yeteneği) düzenler (64). Yürütücü kontrolde yetersizlik gösteren bireylerde dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, görevlerini tamamlamada güçlük ve düşünmeden ya da pervasızca davranmaya eğilim gözlenebilir. DEHB olan bireylerin travmatik frontal lob hasarı olan kişilerle benzer bilişsel bozuklukları bulunur (65). Görüntüleme çalışmaları, erişkin DEHB’li hastaların karar verirken farklı nöral devreleri kullandığını ortaya koymaktadır (66).

2.3.4. 4. Beyin Kimyası ve Erişkin DEHB

DEHB’nin oluşumunda birdençok nörotransmitter etkindir. DEHB’de görülen dikkatsizlik belirtilerinden bilişsel işlevlerin kontrolünden sorumlu olan beyin bölgelerindeki noradrenalin ve/veya dopamin nörotransmitterlerinin düzeyindeki bazı bozukluklar sorumlu olabilir. Bu tür belirtileri bulunan hastalarda dopamin ve noradrenalin etkilerinin artırılması gerektiği düşünülmektedir. Günlük pratikte de bu beyin bölgelerine etkili olan ilaçlar kullanıldığında dikkatsizlik belirtileri azalabilmektedir. Moleküler genetik ve nörogörüntüleme çalışmaları DEHB etyolojisinde dopamin disfonksiyonu

açıklamasını desteklemektedir. DEHB'li bireylerde kortikostriatal devrelerde dopaminerjik ileti yetersizliği yürütücü işlevlerde belirgin bozulmalara yol açar. Bir çalışmada DEHB'li hastaların beyin omurilik sıvısında kontrollere göre daha az dopamin metabolik ürünü bulunmuştur (67).

Noradrenalin nöronal uzantıları gelen uyaranları almak üzere korteks arka dikkat sistemini etkin bir biçimde uyarır. Dikkatin sürdürülmesi ve odaklanmanın sağlanması, enerji düzeyi ve ilginin devam ettirilmesi konularında prefrontal bölgedeki noradrenerjik yollar etkilidir. Eldeki veriler göstermektedir ki dopamin dikkat ve ilgili süreçler, noradrenalin ise hareketlilik ve atak davranışlar ile ilgilidir (68).

2.3.5. DEHB'ye Eşlik Eden Bozukluklar

Erişkin DEHB olan hastalarla yapılan çalışmalarda; duygudurum ve anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve alkol ve/veya madde kullanımı ile ilgili bozukluklarla birliktelik oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (69).

2.3.5.1. Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları

Yapılan çalışmalarda erişkin DEHB olanlarda distimik bozukluk ve/veya major depresyon bulunma oranları %35 ile %50 arasında bulunmuştur(70). Bu kişilerde depresyonun daha erken yaşlarda başladığı düşünülmektedir (71). Erişkin DEHB olanlarda, bipolar affektif bozukluk (BAB) tanısı %10–30 oranında görülmektedir. 2006 yılında Doyle'nin yaptığı çalışmada DEHB olan yetişkinlerin %5-10'unda BAB olduğu tahmin edilmektedir (72).

Anksiyete bozuklukları, özellikle de sosyal fobi %20-34 oranında gözlenirken Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) oranları genel toplumla benzer oranlarda bulunmuştur. Yaygın anksiyete bozukluğu bazı çalışmalarda genel toplumla aynı oranda (73), bazı çalışmalarda ise %10-45 gibi geniş bir aralıkta bildirilmektedir (74). Anksiyete bozuklukları görülme oranını genel toplumla benzer bulan çalışmalar da bulunmaktadır (70).

2.3.5.2 Kişilik Bozuklukları

Yapılan bir çalışmada DEHB tanısı olan kişilerde %45'e varan oranlarda antisosyal davranış örüntüsü olduğu, %25'inin ise antisosyal kişilik bozukluğu tanısı aldığı tespit edilmiştir. DEHB olanlarda çocukluk çağlarından itibaren suça eğilim olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu bozukluğa borderline kişilik bozukluğunun sıklıkla eşlik ettiği ve borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin bir alt grubunda da eştanı olarak DEHB'nin olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (73).

2.3.5.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Genel topluma kıyasla DEHB varlığı madde bağımlılığı riskini iki kat artırmaktadır. DEHB'de madde bağımlılığı eştanısı %40-50 gibi oranlara ulaşmakla birlikte daha erken yaşta kullanıma başlama, düzelme oranlarının daha düşük olması, madde kullanımını bırakmakta daha fazla zorlanma gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (75).

Bir çalışmada en çok kötüye kullanılan maddenin %67 ile esrar olduğu, bunu %23 kokain ve %18 uyarıcıların izlediği saptanmıştır (76). 114 DEHB tanılı erişkinde yapılan bir çalışmada da %36 oranında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, %21 oranında kannabis kullanımı, %11 oranında kokain ve diğer psikostimülanlar ve %5 oranında çoklu maddebağımlılığı tespit edilmiştir (77).

DEHB olan yetişkinlerin sigara içme oranları genel topluma oranla üç kat fazla bulunmuş ve daha uzun süredir sigara içtikleri, sigarayı bırakmalarının daha zor olduğu gösterilmiştir (78).

2.4. Madde Kullanım Bozuklukları Erişkin DHEB İlişkisi

Alkol/madde kullanım bozuklukları ve DHEB arasındaki ilişki karmaşık ve çok çeşitlidir. Risk faktörleri dürtüsellik, riskli akran grupları, komorbid davranış ya da antisosyal kişilik bozukluğu, DEHB'nin farmakolojik tedavisine geç başlanması, iki hastalığın genetik risklerinin paylaşılması ve alkol/maddenin DEHB'li kişinin kendi kendine tedavisi için kullanılmasını içerir (79).

Alkol/madde kullanım bozuklukları ve DHEB arasındaki komorbidite birçok araştırmacı tarafından gözlenmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada

yaşam boyu madde kötüye kullanım öyküsü olan bireylerde DEHB yaygınlığının %15 ile %25 arasında değiştiği tahmin edilmiştir (8). Yapılan başka araştırmalarda ise alkol/madde kullanım bozukluğu bulunan hastaların %25-35'inde DEHB olduğu bulunmuştur (77,80).

Madde kullanım problemi olan yetişkinlerde komorbid DEHB görüldüğünde alkol/madde kullanım sorunlarında artış olmakta ve DEHB'nin bulunması alkol/madde kullanımdan bağımlılığa geçişi hızlandırmaktadır (81).



3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Örneklem

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yapılmıştır. Çalışmaya yatarak tedavi olan DSM-5 tanı kriterlerine göre OPKB tanısı alan 100 hasta alınmıştır. Kontrol grubu olarak hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir madde kullanım öyküsü olmayan; yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş 50 sağlıklı gönüllü birey alınmıştır. Çalışmaya katılan OPKB grubunun tamamında sigara kullanımı bulunduğu ve bunun DEHB belirti düzeyini etkileyebileceği için kontrol grubu da sigara kullanan erişkinlerden seçildi.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul etmek
- Okuma yazma bilmek
- Bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayabilecek düzeyde olmak
- 18-40 yaş arasında olmak

3.1.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Envanterleri doldurma ve anlamada engeli veya zihinsel gelişim geriliği bulunmak
- Görüşme sırasında; madde kullanım bozukluğu dışında gerçeği değerlendirme ve bilişsel işlevlerini etkileyecek major bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmak
- İşlevselliği bozacak düzeyde kronik ve organik (immunolojik, endokrinolojik, nörolojik patolojiler, malignite, ağır kalp veya böbrek yetmezlikleri gibi) rahatsızlığı bulunmak

3.2. Uygulama

Çalışma için 23.07.2014 tarihinde 336 protokol numarası ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde etik kurul onayı alındı. Araştırma hakkında bilgilendirilen bireylere her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği ve çalışmaya katılmaktan herhangi bir zamanda vazgeçebilecekleri, katılmamalarının tedavi programını etkilemeyeceği konusu anlatılarak gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Hastalarla görüşmeler son madde kullanımından en az 2 hafta sonra, detoksifikasyon tedavisi tamamlandıktan ve yoksunluk belirtileri tamamen kaybolduktan sonra gerçekleştirildi. Bu şekilde detoksifikasyon dönemi sırasında çalışmaya uyum sağlamakla ilgili oluşabilecek diğer güçlüklerin yanı sıra, bu dönemde görülmesi beklenen anksiyete ve depresyon bulgularının da çalışmaya etkilerinin en aza indirgenmesi hedeflendi.

Hasta grubu ile iki kez görüşüldü. İlk görüşme hastaların yatışlarından hemen sonra yapıldı ve Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (KOYÖ) ile yoksunluk belirtileri değerlendirildi. İkinci görüşme iki haftalık detoksifikasyon tedavisinin sonunda yapıldı, KOYÖ uygulanıp yoksunluk belirtilerinin kaybolduğu görüldükten sonra hasta grubuna Sosyodemografik Veri Formu, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, BUSS-PERRY Agresyon Ölçeği (BPAÖ), BARRAT Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ) uygulandı. Kontrol grubu ile bir kez görüşme yapıldı ve BAPİ dışındaki tüm diğer ölçekler bu gruba da uygulandı. Her iki grup da erişkin DEHB ölçeği puanlarına göre düşük, orta ve yüksek düzeyde DEHB belirtilerine sahip olanlar olarak üç gruba ayrıldı.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bilgi toplama aracıdır. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, iş durumu, aylık toplam gelir, sigara ve alkol kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı, bu maddelere başlama yaşı, MKB nedeni ile tedaviye başlama zamanı, tedavi girişimleri, hastaneye yatış sayısı ve süreleri, maddeden arındığı toplam süre, adli ceza alıp almadığı, intihar girişimi, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, bilinen bedensel hastalık öyküsü, daha önce psikiyatrik başvurusunun olup olmadığı, psikiyatrik tedavi alıp almadığı sorularını içermektedir.

3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği

Erişkin DEHB belirtilerinin değerlendirilmesinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Kanada'da Turgay ve ark. tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Günay ve ark. (82) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır:

1.Bölüm: Dikkat Eksikliği Bölümü (DE): DSM-IV'deki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.

2.Bölüm: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV'deki aşırı hareketlilik belirtileri alınmış toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3.Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir

DE bölümünde 3'ten düşük puan alanlar dikkat eksikliği belirtileri düşük, 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta, 11'in üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. AH bölümünde ise 3'ten düşük puan alanlar aşırı hareketlilik belirtileri düşük, 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta, 11'in

üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. Sorun bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümündeki özellikleri taşımaktadır. Genel toplamda ise 20 'nin altında alanların düşük, 20 ile 59 arasında puan alanların orta, 59'un üstünde puan alanların ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri gösterdikleri kabul edilmektedir (82).

3.3.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

Dürtüsellik değerlendirme için kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Otuz maddeden oluşan BDÖ'nün dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapamama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) şeklinde kendi içinde üç alt ölçeği vardır. Toplam puan, plan yapamama, dikkat ve motor dürtüsellik olarak 4 farklı alt skor elde edilir. Toplam BDÖ skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Güleç ve ark. (83) tarafından yapılmıştır.

3.3.4. Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ)

Agresyon düzeyini değerlendirmek için kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. 29 maddeden oluşan ve agresyon ile ilişkili olarak “Fiziksel Agresyon, Sözel Agresyon, Öfke ve Hostilite” dört kategoriyi değerlendiren bir ölçektir. 29 maddeden oluşan 5 aralıklı likert türü bir ölçektir. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği, başkalarına fiziksel olarak zarar verme ile ilişkili 9 soru; sözel saldırganlık alt ölçeği, başkalarını sözel yolla incitmeyi içeren 5 soru; öfke alt ölçeği, saldırganlığın duygusal boyutunu ölçmeyi hedefleyen 7 soru; düşmanlık alt ölçeği ise saldırganlığın bilişsel boyutunu ölçmeyi hedefleyen 8 soru içermektedir. Toplam BPAÖ skoru ne kadar yüksekse hastanın agresyon düzeyi o kadar yüksektir. BPAÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışması Evren ve ark. (84) tarafından yapılmıştır.

3.3.5. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla Ögel ve ark. (85) tarafından geliştirilmiş 37 soru ve 5 alt ölçekten oluşan bir ölçektir.

Madde kullanım özellikleri' alt ölçeğinde; kullanılan madde sayısı ve sıklığı dışında, kullanılan maddenin yarattığı sorunlar da değerlendirilmektedir. Her maddenin kullanım sıklığı için artan düzeyde bir puan alınmaktadır. Eğer kişi çoklu madde kullanıyorsa, bu durumda daha yüksek puan almaktadır. Çünkü çoklu madde kullanımının daha şiddetli bağımlılık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Bağımlılık 'tanı ölçütleri' alt ölçeğinde, DSM ve ICD'de yer alan bağımlılık tanı ölçütleri sorulmaktadır. 'Yaşam üstüne etkisi' alt ölçeğinde kişinin madde kullanımının yaşamı üzerine etkisi, psikososyal işlevleri ve maddenin kişinin yaşamına olan diğer etkilerini araştıran soruları mevcuttur. Eğitim, çalışma, aile, ekonomik, yasal sorunlar gibi alanların sorgulanması dışında, gündüz madde kullanımının olup olmaması, istemese dahi madde kullanıp kullanmama, aile veya çevrenin eleştirmesi gibi bağımlılık sorunlarının şiddetini yordayan sorular da bu bölümde yer almaktadır. 'Şiddetli istek' alt ölçeğinde madde kullanma isteği yani 'craving' değerlendirilmektedir. 'Motivasyon' alt ölçeğinde kişinin motivasyon düzeyini ölçen sorular yer almaktadır. Bırakma motivasyonunun artışı kişinin bağımlılık sorunlarını fazla yaşaması olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle motivasyon tedavi için önemli bir faktör olmakla birlikte, bağımlılık şiddetinin yükseldiğini gösteren bir faktör olarak ele alınmıştır.

Değerlendirmede 12 puan altı 'düşük', 12 ile 14 puan arası 'orta', 14 puan üstü 'yüksek' bağımlılık şiddeti olarak belirlenmiştir (85).

3.3.6. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (KOYÖ)

KOYÖ opiyat yoksunluğunda görülebilen 11 belirti veya bulguyu (dinlenme esnasında nabız hızı, terleme, huzursuzluk, pupil boyutu, kemik veya eklem ağrıları, burun akıntısı veya göz yaşarması, gastrointestinal yakınma, tremor, esneme, anksiyete veya irritabilite, kaz derisi görünümü) değerlendirmede

ve derecelendirmede kullanılan 11 maddelik bir ölçektir (86). Her bir maddeye 0 ile 4 veya 5 arasında bir puan verilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 48'dir. Ölçeğin toplam puanı, yoksunluk şiddeti ile doğrusal olarak ilişkilidir. Ölçekten alınan toplam puana göre yoksunluğun şiddeti hafif yoksunluk (5-12 puan), orta yoksunluk (13-24 puan), orta derecede şiddetli yoksunluk (25-36puan) ve şiddetli yoksunluk (>36 puan) şeklinde sınıflandırılabilir. Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Canan ve ark. (87) tarafından yapılmış ve ölçeğin iç tutarlılığının (iki gözlemci için cronbach alfa katsayısı: 0.938-0.917) ve gözlemciler arası tutarlılığının (iki gözlemci için sınıflar arası korelasyon: 0.939) oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir.

3.4. İstatistiksel Analiz

Veriler PASW 18 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi. Örneklemi tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk varsayımı Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Bağımlı iki grup ortalamalarını karşılaştırmak için Student t testi kullanıldı. Üç ve daha fazla sayıda değişkenler için one-way ANOVA testi, ileri analiz için Tukey testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için Pearson Ki-kare testi ve Fisher Exact testi kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu da Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak analiz edildi. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya alınan hastaların tamamı OPKB olup eroin dışı OPKB tanısı alan hasta olmadı. OPKB (s= 94, %94) ve kontrol grubunun (s=46, %92) çoğunluğu erkeklerden oluşmaktaydı (p=0,732). Yaş dağılımına bakıldığında OPKB olanların yaş ortalaması $24,8 \pm 4,1$ kontrol grubunun ise $23,9 \pm 3,9$ (p=0,166) idi. OPKB grubunun %54'ü (s=54) ortaokul, %33'ü (s=33) lise mezunu; kontrol grubunun ise yine %54'ü (s=27) ortaokul ve %32'si (s=16) lise mezunu olacak şekilde örneklemin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi benzer seviyedeydi (p=1). OPKB ve kontrol grubu cinsiyet, yaş ve eğitim açısından benzerdi (üçü için p<0.05). Medeni duruma bakıldığında OPKB olanların %67'si (s=67), kontrol grubunun ise %50'si (s=25) bekardı (p=0,004). OPKB olanların %12'si (s=12) boşanmış iken, kontrol grubunda bu oran %4'dü (s=2) (p=0,004) (Çizelge 4.1).

OPKB olanların ailesiyle beraber yaşama oranları kontrol grubu ile benzer bulundu (p=0,123). Grupların aile ilişkilerine bakıldığında; görüşme esnasında OPKB grubunun sadece %36'sı (s=36), kontrol grubunun ise %84'ü (s=42) aile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtti. Bununla beraber OPKB olanların %15'i (s=15) aile ilişkilerinin kötü olduğunu belirtirken kontrol grubunda aile ilişkilerinin kötü olduğunu belirten olmadı (p<0,001). OPKB olanların ailelerinde kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek oranda bağımlılık tespit edildi. OPKB olanların ailelerinde alkol ve/veya madde bağımlılık oranı %22 (s=22), kontrol grubunda % 10 olarak bulundu (s=5) (p=0,077) (Çizelge 4.2).

Görüşme sırasında OPKB olanlar (s=66, %66) ile kontrol grubunun (s=37, %26) işsizlik oranları benzerdi (p=0,335). Aylık gelir dağılımı OPKB ve kontrol grubunda benzerdi (p=0,414). Çeşitli uyumsuzluklar nedeni ile son 1 yıl içinde olan iş kaybı OPKB grubunda %66 (s=66) ile kontrol grubuna (s=6, %12) göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,001) (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.1. Örneklemi oluşturan grupların sosyodemografik özellikleri.

Sosyodemografik Özellikler	Hastalar (s=100) (%)	Kontrol Grubu (s=50) (%)	p
Cinsiyet ¹			
Kadın	6(6)	4(8)	0,732
Erkek	94(94)	46(92)	
Yaş ¹			
18-24	46(46)	29(58)	0,166
25 ve üzeri	54(54)	21(42)	
Eğitim Durumu ²			
İlkokul	6(6)	3(6)	1
Ortaokul	54(54)	27(54)	
Lise	33(33)	16(32)	
Üniversite	3(3)	2(4)	
Öğrenci	4(4)	2(4)	
Medeni Durum ²			
Bekar	67(67)	25(50)	0,004
Evli	21(21)	23(46)	
Dul /Boşanmış	12(12)	2(4)	

¹;Fisher's Exact Test, ²; Pearson Chi-Square kullanıldı.

Çizelge 4.2. Örneklemi oluşturan grupların aile hayatına ilişkin özellikleri.

Sosyodemografik Özellikler	Hastalar (s=100) (%)	Kontrol Grubu (s=50) (%)	P
Kimle Yaşadığı ¹			
Yalnız	8(8)	5(10)	0,123
Ailesiyle	92(92)	45(90)	
Aile İlişkileri ²			
İyi	36(36)	42(84)	<0,001
Orta	49(49)	8(16)	
Kötü	15(15)	0(0)	
Ailede Madde Hikayesi ¹			
Var	22(22)	5(10)	0,077
Yok	78(78)	45 (90)	

¹;Fisher's Exact Test, ²; Pearson Chi-Square kullanıldı.

Çizelge 4.3. Örneklemi oluşturan grupların çalışma hayatına ilişkin özellikleri.

Sosyodemografik Özellikler	Hastalar (s=100) (%)	Kontrol Grubu (s=50) (%)	P
Çalışma Durumu ¹			
Çalışıyor	66(66)	37(74)	0,355
Çalışmıyor	34(34)	13(26)	
Aylık Geliri ²			
0-800	43(43)	16(32)	0,414
801-1200	17(17)	22(44)	
1201-2500	29(29)	9(18)	
2501 ve üzeri	11(11)	3(6)	
İş Kaybı ¹			
Var	66(66)	6(12)	<0,001
Yok	34(34)	44(88)	

¹;Fisher's Exact Test, ²; Pearson Chi-Square kullanıldı.

Örneklemi oluşturan grupların özkıyım girişimi, adli olay öyküsü ve kendi kendine zarar verme oranları OPKB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (herbiri için $p<0,001$).Vücutta dövme bulunması oranları OPKB ve kontrol grubunda sırası ile %58 (s=58) ve %14 (s=7) olarak belirlendi ($p=0,001$) (Çizelge 4.4).

OPKB grubunda günlük kullanılan sigara miktarı dağılımı kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlılık oluşturmayacak şekilde bir miktar yüksekti ($p=0,060$). Grupların alkol kullanım oranlarına bakıldığında; OPKB olan grupta (s=39, %39) kontrol grubuna (s=6, %12) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.011$) (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.4. Örneklemi oluşturan grupların özkıyım girişimi, adli olay ve kendine zarar verme özellikleri¹.

Sosyodemografik Özellikler	Hastalar (s=100) (%)	Kontrol Grubu (s=50) (%)	P
Özkıyım Girişimi			
Var	30(30)	1(2)	<0,001
Yok	70(70)	49(98)	
Adli Olay			
Var	54(54)	5(10)	<0,001
Yok	46(46)	45(90)	
Kendine Zarar Verme			
Var	54(54)	3(6)	<0,001
Yok	46(46)	47(94)	
Dövme			
Var	58(58)	14(28)	0,001
Yok	42(42)	36(72)	

¹Fisher's Exact Test kullanıldı.

Çizelge 4.5. Örneklemi oluşturan grupların sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri.

Sosyodemografik Özellikler	Hastalar (s=100) (%)	Kontrol Grubu (s=50) (%)	p
Sigara Kullanımı ¹			
Var	100(100)	50(100)	1
Yok	0(0)	0(0)	
Sigara (Adet/gün) ²			
0-10	9(9)	13(26)	0,060
11-20	66(66)	28(54)	
21-30	14(14)	6(12)	
31 ve üzeri	11(11)	3(6)	
Alkol Kullanımı ¹			
Var	39(39)	6(12)	0,011
Yok	61(61)	44(88)	

¹;Fisher's Exact Test, ²; Pearson Chi-Square kullanıldı.

4.1. Klinik Veriler

Erişkin DEHB ölçeğinin DE bölümü alt testi puan ortalaması OPKB grubunda $7,39 \pm 5,64$ iken kontrol grubunda $3,28 \pm 3,0$ ($p < 0,001$); AH alt testi puan ortalaması sırası ile $6,32 \pm 5,68$, $2,4 \pm 2,14$ ($p < 0,001$); Sorun alt testi puan ortalaması ise sırası ile $30,52 \pm 21,15$, $13,14 \pm 7,44$ olarak bulundu ($p < 0,001$). Ölçeğin genel toplam puanlarına bakıldığında OPKB grubunda $44,23 \pm 30,25$, kontrol grubunda $18,82 \pm 11,16$ idi ($p < 0,001$). Sonuç olarak OPKB grubunun %30'u ($s=30$) düşük, %36'sı ($s=36$) orta, %34'ü ($s=34$) yüksek düzeyde erişkin DEHB belitisine sahipti. Kontrol grubunun ise %74'ü ($s=37$) düşük, %26'sı ($s=13$) orta düzeyde erişkin DEHB belirtisine sahipken bu grupta yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtisi gösteren olmadı.

BDÖ toplam puanlarına bakıldığında; OPKB grubunun puan ortalaması $35,11 \pm 12,29$ iken kontrol grubunun $22,68 \pm 9,30$ 'du ($p < 0,001$). BPAÖ toplam puanlarında ise; OPKB grubunun puan ortalaması $43,08 \pm 20,69$ şeklinde kontrol grubuna ($25,96 \pm 10,92$) göre yüksek bulundu ($p < 0,001$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. OPKB ve Kontrol grubunun uygulanan klinik testler yönünden karşılaştırılması¹.

	Hastalar (s=100)	Kontrol Grubu (s=50)	t	p
Erişkin DHEB Ölçeği				
1. Bölüm Dikkat Eksikliği	$7,39 \pm 5,64$	$3,28 \pm 3,0$	-6,053	<0,001
2. Bölüm Hiperaktivite/Dürtüsellik	$6,32 \pm 5,68$	$2,4 \pm 2,14$	-6,083	<0,001
3. Bölüm Eşlik Eden Sorunlar	$30,52 \pm 21,15$	$13,14 \pm 7,44$	-7,355	<0,001
4. Bölüm Genel Toplam	$44,23 \pm 30,25$	$18,82 \pm 11,16$	-7,445	<0,001
BarratDürtüsellik Ölçeği				
Toplam Puan	$35,11 \pm 12,29$	$22,68 \pm 9,30$	-6,901	<0,001
Buss-Perry Agresyon Ölçeği				
Toplam Puan	$43,08 \pm 20,69$	$25,96 \pm 10,92$	-6,629	<0,001

¹Student t testi kullanıldı.

Grupların erişkin DEHB belirti düzeyi attıkça eroin kullanma miktarı ve ortalama eroin kullanma süresinin arttığı görüldü ($p=0,006$, $p<0,001$). Son bir yıl içinde tıbbi tedavi ile veya kendi çabası ile eroini bırakma girişimi sayısı; orta düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda $8,55\pm4,91$, düşük düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlar da ise $4,73\pm3,90$ bulundu ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,005$). Eroine ilk başlanılan zamandan görüşmenin yapıldığı zamana kadarki en uzun eroinden uzak kalma süresine bakıldığında; yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanların ortalaması $9,26\pm7,92$ ay ile orta düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,005$). Grupların yatarak tedavi ile eroin kullanımını bırakma girişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,057$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. OPKB olanların erişkin DHEB belirti düzeylerine göre eroin kullanma özellikleri¹.

	Düşük Düzeyde DEHB Belirtileri S=30	Orta Düzeyde DEHB Belirtileri S=36	Yüksek Düzeyde DHEB Belirtileri S=34	p
Eroin Doz (gram)				
	$0,42\pm0,222$	$0,62\pm0,364$	$0,752\pm0,54$	0,006
Eroin Kullanma Süresi (ay)				
	$45,56\pm31,83$	$53,55\pm29,92$	$76,41\pm30,88$	<0,001
Bırakma Girişimi (sayı)				
	$4,73\pm3,90$	$8,55\pm4,91$	$8,41\pm8,63$	0,025
Uzak Kaldığı En Uzun Süre (ay)				
	$5,93\pm6,58$	$5,27\pm5,78$	$9,26\pm7,92$	0,039
Hastaneye Yatış Sayısı				
	$1,66\pm1,21$	$2,33\pm1,53$	$2,52\pm1,61$	0,057

¹One-way ANOVA testi, ileri analiz için Tukey testi kullanıldı.

OPKB olanlarda madde kullanım özellikleri ile uygulanan klinik ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında; kullanım miktarı ile erişkin DEHB ölçeği sorun bölümü ($p<0,001$) ve toplam puanı ($p<0,05$), BAPİ ($p<0,001$), BDÖ ($p<0,05$) ve BPAÖ toplam puanları ($p<0,05$) arasında anlamlı derecede pozitif korelasyon bulundu. Eroin kullanım süresi ile erişkin DEHB tüm alt bölümleri ve toplam

puanı, BAPİ, BDÖ (tümü için $p<0.001$) ve BPAÖ toplam puanları ($p<0.05$) arasında pozitif korelasyon bulundu.

Erişkin DEHB toplam puanı ile BAPİ ($p<0.001$), BDÖ ($p<0.001$), ve BPAÖ ($p<0.05$) toplam puanları arasında anlamlı derecede pozitif korelasyon bulundu. BAPİ toplam puanı ile BDÖ ve BPAÖ toplam puanları (ikisi için $p<0.001$) arasında ve BDÖ ve BPAÖ toplam puanları ($p<0.05$) arasında da benzer bir ilişki saptandı (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. OPKB olanlarda çalışma verileri arasındaki ilişkinin incelenmesi¹.

	Eroin kullanım miktarı	Eroin kullanım süresi	Erişkin DEHB DE	Erişkin DEHB AH	Erişkin DEHB Sorun	Erişkin DEHB Toplam	BAPİ Toplam	BDÖ Toplam	BPAÖ Toplam
Eroin kullanım miktarı		0,180	0,047	0,059	0,278**	0,214*	0,264**	0,217*	0,217*
Eroin kullanım süresi			0,304**	0,376**	0,395**	0,403**	0,300**	0,338**	0,239*
Erişkin DEHB DE				0,692**	0,757**	0,845**	0,662**	0,695**	0,579**
Erişkin DEHB AH					0,744**	0,837**	0,687**	0,688*	0,629**
Erişkin DEHB Sorun						0,980*	0,840**	0,801**	0,778**
Erişkin DEHB Toplam							0,840**	0,819**	0,770*
BAPİ Toplam								0,759**	0,706**
BDÖ Toplam									0,727*

¹ Pearson korelasyon testi kullanıldı. * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda kokain kullanma oranı %88,2 (s=30) ile orta düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlar (%66,7, s=24) ve düşük düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlardan (%33,3, s=10) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı ($p<0,001$). OPKB olan grupta eroine ek olarak uyarıcı madde kullanma sıklığı %43'dü. Gruplar arasında en fazla uyarıcı madde kullanma oranı %64,7 (s=22) ile yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda bulundu ($p=0,005$). Grupların uçucu madde kullanım oranlarına bakıldığında; yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda %26,5 (s=9), orta düzeyde erişkin DEHB

belirtilerine sahip olanlarda %8,3 (s=3), düşük düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda ise %6,7(s=2) olarak bulundu (p=0,035). OPKB olan grupta eroine ek olarak esrar kullanma sıklığı %61 olarak tespit edildi ve en sık kullanılan ek madde esrardı. Gruplar arasında en fazla esrar kullanma oranı %79,4 (s=27) ile yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda bulundu ve bu oran orta ve düşük düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,015). Gruplar arasında alkol, halusinojen madde ve sentetik uyuşturucu kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi(p=0,854, p=0,450, p=0,277) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. OPKB olanların erişkin DEHB belirti düzeylerine göre eroin dışı ek madde kullanma özellikleri¹.

	Düşük Düzeyde DEHB Belirtileri S=30 (%)	Orta Düzeyde DEHB Belirtileri S=36 (%)	Yüksek Düzeyde DHEB Belirtileri S=34 (%)	p
Alkol				
Var	12(40)	15(41,7)	12(35,3)	0,854
Yok	18(60)	21(58,3)	22(64,7)	
Kokain				
Var	10(33,3)	24(66,7)	30(88,2)	<0,001
Yok	20(66,7)	12(33,3)	4(11,8)	
Uyarıcılar				
Var	8(26,7)	13(36,1)	22(64,7)	0,005
Yok	22(73,3)	23(63,9)	12(35,3)	
Halusinojenler				
Var	1(3,3)	1(2,8)	3(8,8)	0,450
Yok	29(96,7)	35(97,2)	31(91,2)	
Uçucular				
Var	2(6,7)	3(8,3)	9(26,5)	0,035
Yok	28(93,3)	33(91,7)	25(73,5)	
Esrar				
Var	14 (46,7)	20(72,2)	27(79,4)	0,015
Yok	16 (53,3)	10(27,8)	7(20,6)	
Sentetik Uyuşturucular				
Var	4(13,3)	7(19,4)	10(29,4)	0,277
Yok	26(86,7)	29(80,6)	24(70,6)	

¹Fisher's Exact Test kullanıldı.

BDÖ ve BPAÖ toplam puanlarının ortalamaları yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda (sırasıyla 46,52±8,69, 63,55±16,69); hem orta düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlardan (sırasıyla 34,88±8,05, 39,16±13,18) hem de düşük düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlardan (sırasıyla 22,43±5,71, 24,56±8,34) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (hepsi için $p<0,001$) (Çizelge 4.10).

BAPİ alt ölçekleri olan madde kullanım özellikleri, şiddetli istek, yaşam üstüne etkisi, motivasyon ortalama puanlarına bakıldığında; yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlarda hem orta düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlardan hem de düşük düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Sözü geçen tüm alt ölçeklerde orta düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanların ortalama puanları düşük düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$) (Çizelge 4.10).

OPKB grubunda eroine ek olarak en fazla kullanılan madde %67 ile esrardı. Erişkin DEHB düzeyine göre bakıldığında esrar kullanımı en fazla yüksek düzeyde DEHB belirtisine sahip olanlarda bulundu. Eroine ek olarak en fazla kullanılan maddelerden biri de kokaindi (%64). Kokain kullanımı da yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtisine sahip olanlarda orta ve düşük düzeyde erişkin DEHB belirtisine sahip olanlardan fazlaydı. Eroine ek olarak uyarıcı madde kullanım oranı %43, sentetik uyuşturucu kullanım oranı %21, halusinojen kullanım oranı ise %5 olarak bulundu.

Çizelge 4.10. OPKB olanların erişkin DEHB belirti düzeylerine göre uygulanan klinik ölçekler yönünden karşılaştırılması¹.

	Düşük DüzeydeDEHB BelirtileriS=30	Orta DüzeydeDEHB BelirtileriS=36	Yüksek DüzeydeDHEB BelirtileriS=34	p
BDÖ Toplam Puan				
	22,43±5,71	34,88±8,05	46,52±8,69	<0,001
BPAÖ Toplam Puan				
	24,56±8,34	39,16±13,18	63,55±16,69	<0,001
Madde Kullanım Özellikleri				
	2,04±0,72	2,72±0,99	4,07±0,93	<0,001
Motivasyon				
	11,60±1,03	11,05±0,92	9,73±1,26	<0,001
Şiddetli İstek				
	7,03±2,18	10,16±2,91	13,32±1,45	<0,001
Yaşam Üstüne Etkisi				
	24,43±5,08	30,58±4,76	37,94±3,72	<0,001
BAPİ Toplam Puan				
	11,68±1,31	13,68±1,48	15,93±1,33	<0,001

¹one-way ANOVA testi, ileri analiz için Tukey testi kullanıldı.

Düşük, orta ve yüksek düzeyde DHEB belirtilerine sahip üç grup da; görüşme esnasında belirttikleri aile ilişkilerinin niteliği konusunda benzerdi ($p=0,219$). Grupların ailelerinde alkol ve/veya madde bağımlılığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,167$). Düşük, orta ve yüksek düzeyde DHEB belirtilerine sahip üç grupta da işsizlik oranları yüksekti ancak gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,553$). Grupların çeşitli uyumsuzluklar nedeni ile son 1 yıl içinde olan iş kaybı oranlarına bakıldığında; yüksek düzeyde erişkin DHEB belirtileri olanlarda %79,4 ($s=27$) ile hem orta düzeyde erişkin DHEB belirtilerine sahip olanlardan (%66,7, $s=24$) hem de düşük düzeyde DHEB belirtilerine sahip olanlardan (%50,0, $s=15$) yüksekti ($p=0,046$) (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. OPKB olanların erişkin DHEB belirti düzeylerine göre; aile ilişkileri, ailede madde ve çalışma durumları bakımından karşılaştırılması¹.

	Düşük Düzeyde DHEB Belirtileri S=30 (%)	Orta Düzeyde DHEB Belirtileri S=36 (%)	Yüksek Düzeyde DHEB Belirtileri S=34 (%)	p
Aile İlişkileri ²				
İyi	13(43,3)	16(44,4)	7(20,6)	0,219
Orta	14(46,7)	15(41,7)	20(58,8)	
Kötü	3(10,0)	5(13,9)	7(20,6)	
Ailede Madde ¹				
Var	26(86,7)	29(80,6)	23(67,6)	0,167
Yok	4(13,3)	7(19,4)	11(32,6)	
Çalışma Durumu ¹				
Çalışıyor	9(30,0)	11(30,6)	14(41,2)	0,553
Çalışmıyor	21(70,0)	25(69,4)	20(58,8)	
İş Kaybı ¹				
Var	15(50,0)	24(66,7)	27(79,4)	0,046
Yok	15(50,0)	12(33,3)	7(20,6)	

¹;Fisher's Exact Test, ²;Pearson Chi-Square kullanıldı.

OPKB olanların %69'u(s=69) eroini folyo yolu ile, %31'i (s=31) damar yolu ile kullanmaktaydı. Gruplardan düşük düzeyde DEHB belirtilerine sahip olanlar arasında eroini damar yolu ile kullanan yoktu. Orta düzeyde DEHB belirtilerine sahip olanların %33,7'si (s=12), yüksek düzeyde DEHB belirtili grubun ise %55,9'u eroini damar yolu ile kullanmaktaydı (p<0,001) (Çizelge 4.12).

Düşük, orta ve yüksek düzeyde DEHB belirtileri gösteren üç grup arasında en yüksek özkıym girişimi oranı %41,1 (s=15)ile yüksek düzeyde DEHB belirtileri gösteren grupta tespit edildi, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,054). Düşük düzeyde erişkin DHEB belirtilerine sahip olanların %27,7'sinde (s=8), orta düzeyde erişkin DHEB belirtilerine sahip olanların %55,6'sında (s=20), yüksek düzeyde erişkin DHEB belirtilerine sahip olanların %76,5'inde (s=26) en az bir suçla ilgili adli kaydı bulunmaktaydı (p<0,001). Yüksek düzeyde erişkin DHEB belirtileri olanlar %76,5 (s=26) ile hem

orta düzeyde erişkin DHEB belirtilerine sahip olanlardan (%52,8, s=19) hem de düşük düzeyde DHEB belirtilerine sahip olanlardan (%30,0, s=9) daha fazla kendine zarar verme girişimi olduğu tespit edildi (p=0,001).Gruplar arasında vücudunda dövme bulunması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,337). OPKB olanların %77,0'si (s=82) görüşme esnasında askerlik görevini tamamlamıştı. Askerlik süresince herhangi bir sebeple ceza alma oranı; yüksek düzeyde DEHB belirtilerine sahip olan grupta en yüksek (%41,3, s=12) bulundu (p=0,022) (Çizelge 4.12)

Çizelge 4.12. OPKB olanların erişkin DHEB belirti düzeylerine göre; riskli yaşam olayları ile ilgili özellikleri¹.

	Düşük Düzeyde DEHB Belirtileri S=30 (%)	Orta Düzeyde DEHB Belirtileri S=36 (%)	Yüksek Düzeyde DHEB Belirtileri S=34 (%)	p
Eroin Kullanım Yolu				
Folyo	30(100)	24(66,7)	15(44,1)	<0,001
Damar yolu	0(0)	12(33,7)	19(55,9)	
Özkıyım Girişimi				
Var	5(16,7)	10(27,8)	15(41,1)	0,054
Yok	25(83,3)	26(72,2)	19(59,9)	
Adli Olay				
Var	8(26,7)	20(55,6)	26(76,5)	<0,001
Yok	22(73,3)	16(44,4)	8(23,5)	
Kendine Zarar Verme				
Var	9(30,0)	19(52,8)	26(76,5)	0,001
Yok	21(70,0)	17(47,2)	8(23,5)	
Dövme				
Var	15(50,0)	20(55,6)	23(67,6)	0,337
Yok	15(50,0)	16(44,6)	11(32,4)	
Askerde Ceza Alma				
Var	4(16,6)	3(10,3)	12(41,3)	0,022
Yok	20(83,4)	26(89,7)	17(58,7)	

¹Fisher's Exact Test kullanıldı.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda öncelikle OPKB olanların genel topluma göre daha yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtilerine sahip olduğu ortaya konulmuştur. Erişkin DEHB belirti, dürtüsellik ve agresyon düzeylerinin madde kullanımına ve bağımlılığın seyrine etkileri gösterilmiştir. Çalışmamızda grupların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında OPKB grubunun daha fazla aile ve iş sorunları yaşadığı, suç oranlarının ve riskli yaşam olaylarının daha fazla olduğu tespit edildi. OPKB olanlarda erişkin DEHB belirti düzeyi arttıkça eğitim, iş ve sosyal işlevsellikte bozulmanın arttığı görüldü. Aynı zamanda erişkin DEHB belirti düzeyi ile eroin kullanma miktarı ve süresinin arttığı, çoklu madde kullanımının bu kişilerde daha fazla olduğu madde kullanımı ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları tespit edildi.

Çalışmamızda OPKB olan grupta erkek hastaların (%94), kadın hastalardan (%6) çok daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan birçok araştırmada alkol-madde kötüye kullanım bozukluğu ve bağımlılığının erkeklerde, kadınlara oranla iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (9). Bu fark sosyokültürel faktörler nedeniyle kadınların madde kullanmasının toplum tarafından daha kötü karşılanması; ayrıca hastaların tamamı yatan hastalar olduğundan kadın hastaların aynı sebeplerden dolayı yatışı daha az kabul etmesi ile ilgili olabilir. Yapılan bir çalışmada hastaların çoğunluğunu ilkokul mezunları oluşturmuş olup lise ve üzeri eğitim görenlerin oranı %38,9'dur (88). Başka bir çalışmada da hastaların çoğunluğu ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesinde, %32,5'i ise lise ve üzeri eğitim görmüşlerdir (89). Çalışmamızda ise hastaların çoğunluğunu ilköğretim (%54), lise ve üzeri eğitim görmüş (%40) olanlar oluşturmaktaydı. Bu oranın önceki çalışmalara oranla bir miktar yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamıza katılmayı kabul edenlerin daha eğitilmiş kişilerden oluşmuş olabileceği ihtimali bu durumu açıklayabilir.

Çalışmamızda OPKB grubunun kontrol grubuna göre daha az evlendiği ve boşanma oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür. OPKB olanların büyük bir

kısmı (%64) görüşme esnasında aile ilişkilerini orta ve/veya kötü olarak tanımlamıştır. Bu bulgular, daha önce yapılan pek çok çalışmada ortaya çıkan; bağımlılığın aile içi sorunları, geçimsizliği ve ayrılma oranını artırdığı sonuçları ile paralellik göstermiştir (90). OPKB grubu ile kontrol grubu arasındaki önemli farklardan biri de yüksek işsizlik ve çeşitli uyumsuzluklar nedeniyle olan iş kaybı oranlarıydı. OPKB olanların %34'ü işsizdi, %66'sında ise son bir yıl içinde olan iş kaybı öyküsü mevcuttu. Daha önce aynı merkezde (Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi-AMBAUM) yapılan bir çalışmada işsizlik oranı %51,2 olarak bulunmuştur (91). Bu sonuç bağımlılığın kişilerin günlük işlevselliklerini ve uyum yeteneklerini ne kadar olumsuz etkilediğinin ve bu kişilerin ilişki kurmak ve yürütmekle ilgili çok fazla zorluk yaşadığının önemli bir göstergesi olabilir.

Çalışmamıza katılan OPKB olan kişilerin %30'unda en az bir kez özkıyım girişimi, %54'ünde kendine zarar verme öyküsü bulunmaktaydı. Bu oranlar kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. Madde kötüye kullanımı olanlar arasında yaşam boyu özkıyım girişimi sıklığı çeşitli çalışmalarda %15-20 arasında değişmekte (92), bu oran bazı çalışmalarda %50'ye kadar çıkmaktadır (93).

Madde kötüye kullanımı ile suç arasındaki ilişkiyi araştıran birçok araştırma yapılmış ve uyuşturucu madde kullanımı ile suç arasında bir ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur. Yapılan pek çok araştırmaya göre suç işleme ihtimali uyuşturucu madde kullanan kişilerde kullanmayanlara oranla 3 ila 4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (94,95). Bizim çalışmamızda da OPKB olanlarda suç oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti. Hastaların %54'ü yaşamının herhangi bir döneminde en az bir suça karışmıştı. Çalışmamızda OPKB olanların ailelerinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda alkol ve/veya madde bağımlılığı saptandı (%22). Bu bulgu literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir. Yapılan bir çalışmada birinci derecede yakınında bağımlılık olan birinin bağımlı olma riski olmayana göre 3-4 kat daha yüksek bulunmuştur (96). Yakın çevresinde alkol ya da madde kullanımı olan bireylerin madde kullanımını daha doğal karşıladığı ve madde kullanımına daha erken yaşlarda başladığı

öngörülmektedir (97). Bağımlılıkta genetik yüklülüğün önemi büyüktür. Yapılan bir araştırmada madde bağımlısı bireylerde gözlenen bir dizi davranışsal özelliğin, madde bağımlısı olmayan kardeşlerinde de gözlemlendiğini ortaya konulmuştur. Örneğin bir eylem sırasında kendini aniden durdurabilme yeteneği hem bağımlılarda, hem de uyuşturucu madde kullanmamış kardeşlerinde, rastgele seçilmiş bireylerden daha zayıf bulunmuş. Bu da uyuşturucu bağımlılarında görülen kendini frenleme zaafının doğuştan gelen, yani genetik bir sorundan kaynaklandığını ima etmektedir (98).

Çalışmamıza katılan OPKB olanların tamamı sigara kullanmaktaydı. Çalışmamızdaki çeşitli parametreleri etkileyeceğini düşünerek kontrol grubu da sigara içen erişkinlerden seçildi. Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olan kişilerde sigara kullanımı oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Daha önce aynı merkezde yapılan başka bir çalışmada da opiyat bağımlılığında sigara kullanım oranı %100 bulunmuştur (91). TUBİM'in 2011 yılında yaptığı çalışmaya göre genel nüfusta tütün ürünleri deneme oranı %51,8 olarak bulunmuştur (23). Çalışmamızda OPKB grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek oranda (%39) alkol kullanımı vardı. Yaşam boyu çoklu madde kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada eroin kullanan bireylerde sigara kullanım oranı %99, alkol kullanım oranı ise %94,1 olarak bulunmuştur (99).

Çalışmamızda OPKB olanların %30'u eroini damar yolu, kalanı ise folyo yolu ile kullanmaktaydı. Bu bulgu yapılan birçok çalışmanın sonuçları ile uyumluydu. Ülkemizde yapılan çalışmalarda eroin kullananlarda damar yolu ile kullanım oranının %36,5 ile %62 arasında değiştiği bildirilmektedir (100). Yapılan başka bir çalışmada damar yolundan eroin kullananların oranı %37,7 olarak saptanmıştır (101).

MKB'de dürtüsellik ve saldırganlığın yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan pek çok çalışma bu bilgiyi desteklemektedir. Yüksek düzeyde dürtüsellliği olan kişilerin sık sık gerginlik, endişe ve disfori gibi olumsuz duygusal durumlar yaşayabileceği ve madde kullanımının bu olumsuz duyguları hafifletecek bir girişim olabileceği öne sürülmektedir (102). Yapılan bir çalışmada madde

bağımlılığı öyküsü olanlar olmayanlara göre hem davranışsal hem öz bildirim ölçümlerde daha impulsif bulunmuştur (103). Agresyon alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları ile sıklıkla ilişkilendirilmiştir (104). Bizim çalışmamızda dürtüsellliği gösteren BDÖ ve agresyonu değerlendiren BPAÖ toplam puanları OPKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti.

Çalışmamıza katılan OPKB grubunda erişkin DHEB belirti düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Toplum genelinde yapılan çalışmalarda erişkin DEHB yaygınlığı %5 civarında tespit edilmiştir (21). Almanya'da yürütülen bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %65,5'inde erişkin DEHB belirtilerinin devam ettiği gösterilmiştir(105). Bizim çalışmamızda OPKB olanların %30'unun düşük, %36'sının orta, %34'ünün yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtisine sahip olduğu tespit edilmiştir. Erişkin DEHB ölçeğinde toplam puanda 20 'nin altında alanların düşük, 20 ile 59 arasında puan alanların orta, 59'un üstünde puan alanların ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri gösterdikleri kabul edilmektedir. Bu nedenle ölçekten çok düşük puanlar alınsa dahi kişiler düşük düzeyde erişkin DEHB belirti düzeyine sahip olarak kabul edilmektedir.

Yapılan birçok çalışmada DEHB olan bireylerde eğitim ve işle ilgili performans, ilişki ve sosyal işlevsellikte bozulma olduğu gösterilmiştir (106, 107). Erişkin DEHB olan kişilerde hastalığın doğası gereği bir anda birçok işle uğraşma, onları takip etme ve bitirmede güçlük çekme, çabuk öfkelenme ve gerginlik buna bağlı olarak da sık iş değiştirme olabilmektedir. Bu çalışmada da DEHB belirti düzeyi arttıkça iş kaybı oranının arttığı tespit edilmiş, ancak DEHB belirtileriyle eğitim durumu, medeni durum ve yaşam biçimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda OPKB olan kişilerde erişkin DEHB düzeylerine göre özkıyım girişimleri açısından bir fark saptanmamıştır. Erişkin DEHB belirti düzeyi arttıkça kişilerin damar yolu ile eroin kullanma, enjektör paylaşımı, adli olay öyküsü ve askerde ceza alma gibi riskli davranışları artmaktadır. Bu bulgular literatür bilgileri ile uyumludur. Erişkin DEHB olanlarda düşünmeden, kolay ve hızlı karar verme dolayısıyla kendine zarar verici davranışlarda bulunma sık

gözlenir. Yapılan bir çalışmada DEHB olan ergen ve erişkinlerin daha fazla yasal sorunlar yaşadığı bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada DEHB tanılı yetişkinlerin kontrollere göre daha fazla hız cezası, ehliyetin askıya alınması ve motorlu araç kazası geçirdikleri bulunmuştur (108, 109).

Çalışmamıza katılan OPKB tanısı almış kişilerde erişkin DEHB belirti düzeyi arttıkça eroin kullanma miktarı ve toplam eroin kullanma süresinin de doğru orantılı olarak arttığı gösterilmiştir. Madde kullanım bozukluğuna DEHB eşlik eden kişilerde daha uzun süre madde kullanımı olduğu bilinmektedir. Bu durum erişkin DEHB'nin sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma ve boşluk duygusuna, sıkıntıya katlanamama gibi özellikleri ile ilişkilendirilebilir. Yapılan bir çalışmada madde kullanımı olan DEHB'li ve DEHB'siz bireylerin benzer nedenlerle madde kullanımına başladıklarını fakat DEHB'si olan bireylerin duygularında olan düzelme nedeniyle madde kullanımına devam ettikleri bildirilmiştir (110).

DEHB'nin eşlik ettiği madde kullanım bozukluğu olan kişilerde madde kullanmayı bırakmada zorluk ve sık relaps olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu bulunan 60 hasta bir yıllık izleme alınmış ve çalışmanın sonunda DEHB öyküsü bulunanlarda daha sık relaps olduğu gösterilmiştir (111). Bizim çalışmamızda da eroini bırakma girişimi ve hastaneye yatış sayısının DEHB belirti düzeyi ile orantılı olarak arttığı tespit edilmiştir.

DEHB belirtilerinin çeşitliliği farklı çeşit psikoaktif madde kullanımlarına yatkınlık yaratır. Her çeşit madde kullanım bozukluğu söz konusudur. Nikotin, uyarıcılar, kokain geçici bir bilişsel performans iyileşmesi sağlarken; esrar, alkol ve opiyatlar duygusal dalgalanma ve düzensizlikleri, içsel huzursuzluğu ve artmış uyarılmayı azaltır. Yapılan bir çalışmada en sık kötüye kullanılan maddenin %67 ile esrar olduğu, bunu %23 kokain ve %18 uyarıcıların izlediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda OPKB olanlarda eroine ek olarak en sık esrar (%67) kullanılmaktaydı. Bunu kokain (%64) ve uyarıcı maddeler (%43) takip etmekteydi. Gruplar arasında erişkin DEHB belirti düzeyi arttıkça ek esrar, kokain ve uyarıcı madde kullanımı da doğru orantılı olarak artmaktaydı. Bu bilgi literatür bilgisi ile uyumludur. Yapılan pek çok çalışmada erişkin DEHB'ye sahip kişilerde

kokain kullanımının yüksek olduğu belirtilmiştir (5, 112). Bu durum "kendini tedavi etme" kavramı ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmamızda OPKB olanlarda erişkin DEHB belirti düzeyi arttıkça BDÖ ve BPAÖ toplam puanları artmaktaydı. Daha önce yapılan pek çok çalışmada DEHB ile dürtüsellik ve agresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Dürtüsellik DEHB'nin klinik özelliklerinden bir tanesidir. Bizim çalışmamızdaki bu bulgu da bunu destekler niteliktedir. DEHB'ye sahip olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin öfke ve öfke ifade tarzı bakımından karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB olan grubun diğer gruba oranla, sürekli öfke puanları ve öfke ifade tarzı puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (113).

Çalışmamızda OPKB grubunda erişkin DEHB belirti şiddeti arttıkça bağımlılık şiddetinin arttđđı gösterilmiştir. Bu bulgu da DEHB'nin klinik örüntüsü ile uyumlu görünmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Opiyat kullanım bozukluğu olanlarda erişkin DEHB belirtileri, dürtüsellik ve agresyon gibi özellikleri incelediğimiz bu çalışmanın sonucunda; OPKB bulunanlarda erişkin DEHB belirtilerinin yüksek olduğu, belirti düzeyi arttıkça dürtüsellik ve agresyon düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Erişkin DEHB düzeyi arttıkça damar yolu ile eroin kullanma, enjektör paylaşımı, adli olay öyküsü ve askerde ceza alma gibi sosyal ve yasal sorunlar artmaktadır.

Erişkin DEHB belirti düzeyi ile maddeyi bırakmada zorluk ve relaps oranı doğru orantılı olarak artmaktadır. Erişkin DEHB belirti düzeyi yüksek olanlarda daha fazla çoklu madde kullanımı görülmektedir.

1. MKB uzun yıllar devam eden ve tedavisi güç bir hastalıktır. Hastalığın tedavisi kadar önlenmesine yönelik koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar gerekmektedir.
2. MKB takip ve tedavisinde hastaların yüksek oranda sosyal ve ailesel problem yaşadıkları ve bu kişilerde özkıyım riskinin fazla olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.
3. MKB takip ve tedavisinde erişkin DEHB önemle dikkate alınmalıdır.
4. Erişkin DEHB belirtilerinin hastaların tedavi ve takiplerindeki olumsuz etkilerini önlemek için hastalar aile ve sosyal çevresi ile birlikte değerlendirilmeli ve gerekli uyum programları geliştirilmelidir.
5. Bağımlılıkla ilgilenen profesyonellerin erişkin DEHB tanısını gözden kaçırmamaları ve bu tanı konduğu zaman kişilerin takip ve tedavileri özenle yapılmalıdır.

Çalışmamıza katılan kadın hasta sayısı az olduğu için kadın ve erkek hastalar arasında karşılaştırma yapılamadı. Bu durum çalışmamızın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. DEHB'nin madde kullanım bozukluklarında hastaların takip ve tedavilerine etkilerinin daha kapsamlı incelenebilmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



7.ÖZET

Amaç: Opiyat Kullanım Bozukluğu (OPKB) tanısı almış kişilerde DEHB belirtileri, dürtüsüllük ve agresyon düzeyleri ve klinik etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya yatarak tedavi olan DSM-5 tanı kriterlerine göre OPKB tanısı alan, görüşme sırasında yoksunluk belirtileri göstermeyen ve madde etkisinde olmayan 18-40 yaş aralığındaki toplam 100 hasta alındı. Kontrol grubu olarak hasta grubuyla benzer 50 sağlıklı gönüllü birey alındı. Tüm katılımcılara yüz yüze soru cevap şeklinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş araştırmanın amacına uygun yarı-yapılandırılmış Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu ile birlikte Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ), Barrat Dürtüsüllük Ölçeği-11 (BDÖ) ve farklı olarak sadece araştırma grubuna Bağımlılık Profil İndeksi uygulandı. Veriler PASW 18 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmada OPKB grubunda; erişkin DEHB belirti düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. OPKB olanların; %30'unun düşük, %36'sının orta, %34'ünün yüksek düzeyde erişkin DEHB belirtisine sahip olduğu tespit edildi. Yine erişkin DEHB belirti düzeyi ile eroin kullanma miktarı,süresi ve bırakma girişimi ve hastaneye yatış sayısı pozitif korelasyon gösterdi. Çalışmamızda BDÖ ve BPAÖ toplam puanları, OPKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti.Erişkin DEHB belirti düzeyi arttıkça BDÖ VE BPAÖ toplam puanları artmaktaydı.

Sonuç: Erişkin DEHB belirtileri, dürtüsüllük ve agresyon gibi özelliklerin OPKB riskini artırdığı gözlenmiştir. Bağımlılıkla mücadelede bu belirtileri görmek, tedavi ve takipte yarattığı sorunları bilmek önemlidir. Tedavi anlamında da bu noktaların üzerinde daha fazla durulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Opiyat Kullanım Bozukluğu, Erişkin DEHB, Dürtüsüllük, Agresyon

8. ABSTRACT

Objective: The research goals of this study were to investigate ADHD symptoms, impulsivity and aggression levels; as well as the effects of these features on clinical characteristics, treatment and follow-ups of patients who are diagnosed with opioid use disorder (OUD).

Method: 100 patients between the ages of 18-40 who were diagnosed with OUD (according to DSM-V diagnostic criteria) that were not under substance influence and showed no withdrawal symptoms at the time of the interview, were included in the study. A control group of 50 people were chosen who were matched with the patient group on age, gender and education and who had never had any psychiatric/psychologic treatment. All participants were given a Socio-demographic Data Form, ADHD Inventory, Buss-Perry Aggression Inventory (BPAI) and Barratt Impulsivity Inventory-11 (BDÖ). An Addiction Profile Index was applied only to the patient group. Data was analyzed using PASW 18 (SPSS/IBM Chicago, IL, USA).

Finding: Adult ADHD symptom levels lead to higher risk behaviors such as intravenous heroin use, injector sharing, criminal activities and recruitment service penalties. Likewise there has been a positive correlation between the adult ADHD symptom levels and the amount and period of heroin use, the number of attempts to quit and hospitalization. In our study, the BPAI and BDÖ total scores of patient groups were significantly higher than the control groups. It was found that as the Adult ADHD symptom levels increase, BPAI and BDÖ total scores also scale up.

Results: It has been observed that the risk of substance use increases with adult ADHD symptoms as well as impulsivity and aggression. And these subjects should be considered and focused on treatment wise.

Keywords: Opioid use disorder, Adult ADHD, Impulsivity, Aggression

9. KAYNAKLAR

1. Benjamin J. Sadock, V.A.S., ed. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 8ed.Vol. 1. 2005, Lippincott Williams & Wilkins: Baltimore.
2. Jaffe, JH. ve Strain, E.C. (2007). Opiyalara bağlı bozukluklar. İçinde: Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Ed): Kaplan ve Sadocks'. Ankara, Öncü Basımevi, 1265-90.
3. Dilbaz N. (2012). Opiyat Bağımlılığı, İçinde: Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı Düzenleme Tarihi:2011 ISBN: 978-975-590-431-3 Bakanlık Yayın Numarası: 879 ss. 62-10
4. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. J ClinPsychiatry 1998;59(suppl 7):4–16.
5. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV.Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 1995;152:1652–1658.
6. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment New York, Guilford Press, 2006
7. Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. PsychiatrServ 1999;50:1001–10035-
8. Wilens T. ADHD and substance abuse. In: Spencer T, ed. Adult ADHD. Philadelphia, Pa: PsychiatricClinics of North America.
9. 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
10. Köroğlu, E. (2009). Klinik Uygulamada Psikiyatri. Tanı ve Tedavi Klavuzları. Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 483-95.

11. Yaluğ, İ., Özdemir, S. ve Aker, AT. (2008). Travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı birlikteliği zemininde opioid bağımlılığı. *New/Yeni Symposium Journal*;46: 4: 2005
12. Özden, SY. (2004). *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
13. Köknel Ö. İnsanlık Tarihi Boyunca Dünyada ve Türkiye’de Uyuşturucu Madde Sorunları. *Gelişim Yayınları* 1976.
14. Grove W.M. Heritability of substance abuse and antisocial behavior: a study of monozygotic twins reared apart. *Biol. Psychiatry* 1990; 27: 1293–1304
15. Kayaalp O. Rasyonel tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji. 2. Baskı, Ankara: Nüve Matbaası, 1981, 347-370.
16. Köroğlu, E. (2009). *Klinik Uygulamada Psikiyatri. Tanı ve Tedavi Klavuzları*. Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 483-95.
17. Özden, SY. (2004). *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
18. Turan N, Tırtıl L, Koç S. Alkol, Uyuşturucu, Uyarıcı ve Benzeri Madde. *Entoksikasyonların Adli Tıbbi Özellikleri. Klinik Gelişim*. 2009;1:133-140
19. Ögel K, Taner S, Yılmazçetin C. Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu. İstanbul IQ Yayıncılık 2003.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği Ankara (2013)
21. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci* 2005; 1(47): 61-4.
22. Kessler, R.C., Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walster EE, Prevalance, severity, and comorbidity of 12- month DSM-IV disorders in the National Comorbidity survey Replication *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(6): p. 617-27.

23. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2012 Ulusal Raporu.
24. Evren, C., Ögel, K., Uluğ, B., Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 1. Baskı Ankara 2012, Ss.6-29
25. Tosun, M.,(2008) Madde Bağımlılığına Genel BakışĐ.U. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Surekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Turkiyede Sık KarşılaşılanPsikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 S:201-220.
26. Lewis, C., Bucholz KK. (1991): Alcoholism, antisocial behavior and familiy history. Br. J. Addict (2): 177-194
27. Swadi, H., (1999) Individual risk factors for adolescent substance use. Drug and Alcohol Dependence. 55 (3): p. 209-224
28. Demoss, B.C., 1992. Gateway drugs letter . American Family Physician 46 pp. 666–668.
29. Hawkins, J.D., M.W. Arthur, and R.F. Catalano, (1995) Preventing Substance Abuse. Crime and Justice. 19: p. 343-427.
30. Mirsal H. "Alkol bağımlılığı; epidemiyoloji, etyoloji ve prognoz" Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı, 2010;3(3)
31. Yüncü, Z. ve Savaş, HA. (2007). Madde kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. Bağımlılık Dergisi; 8: 146-52
32. LaForge K.S. Opioid receptor and peptide gene polymorphisms: Potential implications for addictions. Eur J Pharmacol 2000; 410: 249–268.
33. Stahl, SM., (2008) Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications 3rd Edition Cambridge UniversityPress.
34. Alici T, Uzbay İT. Kannabinoidler: Ödüllendirici ve bağımlılık yapıcı etkilerinin norobiyolojisi üzerine bir gözden geçirme. Bağımlılık Dergisi 2007; 7: 140-149.
35. Sağlam, E., Uzbay, Tİ. ve Beyazyürek, M. (2003). Madde bağımlılığının psikofarmakolojik özellikleri. Bağımlılık Dergisi; 4: 2: 81-7.
36. Uluğ, B.(2010). Alkol ve Madde Bağımlılığının Nörobiyolojisi. İçinde: Temel Psikofarmakoloji. (Ed): Yüksel, N. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara, s.367

37. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal dysfunction in adults. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33: 1453.
38. Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Levis M. Lippincott Williams & Wilkins, Third ed. Philadelphia 2002.
39. Chess S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *N Y State J Med.* 1960; 60: 2379-85.
40. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002; 111: 279–289.
41. Martin A. The hard work of growing up with ADHD. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1575- 1577.
42. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 2006; 163: 716 -23.
43. Fayyad J, Graff RDE, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 2007; 190, 402–409.
44. Tamam L, Tuğlu C, Karataş C, Özcan S. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: Preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60:480–485.
45. Tuğlu. C. Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Babalarında Bu Tanının ve Ruhsal Durumun Gözden Geçirilmesi (Uzmanlık tezi). Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi;1996.
46. Yargıç İ, Özdemiroğlu FA. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Işık E, Taner E, Işık U. (Editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri'de*. İstanbul, Golden Print. 2008; 477-493.

47. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri- Tedavisi Çocuklarda ve erişkinlerdeki belirtileri. 14. Baskı, İstanbul:Gendaş A. Ş. 2007; 41-61.
48. Barkley RA (1990) A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 11:343 - 352
49. Ratey JJ, Greenberg MS, Bemporad JR, Lindem LJ (1992) Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2:267 - 275
50. McCraeken. Attention deficit disorder. In: Sadock Bj, Sadock VA, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th. Edition Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, USA: 2000: 2679- 692.
51. Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorders. In: HI Kaplan, BJ Sadock, Baltimore editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6. Baskı, Williams and Wilkins, 1995: 2295-2310.
52. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri- Tedavisi Çocuklarda ve erişkinlerdeki belirtileri. 14. Baskı, İstanbul:Gendaş A. Ş., 2007: 72-74.
53. Comings DE, Gade-Andavolu R, Gonzalez N, Wu S, Muhleman D, Blake H, Dietz G,Saucier G, MacMurray JP Comparison of the role of dopamine, serotonin, and noradrenaline genes in ADHD,ODD and conduct disorder: multivariate regression analysis of 20 genes. Clin Genet. 2000;57:178-96.
54. Faraone SV. Genetics of childhood disorders: XX. ADHD, Part:4 Is ADHD genetically heterogenous? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39: 1455-1457.
55. Thapar A, Langley K, Asherson P, Gill M. Gene-environment interplay in attentiondeficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. BrJ Psychiatry 2007; 190:1-3.

56. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 th ed. Philadelphia: Lipincott: Williams &Wilkins, 2005; 2: 3183–3204.
57. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ 3rd, Biederman J, Rosenbaum JF, Fava M. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res.* 1996;62:213-9.
58. Sayal K, Taylor E, Beecham J, Byrne P. Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *Br. J. Psychiatry*, 2002; 181:43-8.
59. Woodward L, Taylor E, Dowdney L. The Parenting and Family Functioning of Children with Hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39(2):161-9.
60. Needleman HL, Schell A, Bellinger D, Leviton A, Allred EN. The longterm effects of exposure to low doses of lead in childhood. An 11-year followup report. *N Engl J Medicine*, 1990; 11, 322: 83–88.
61. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S, Ellison AT. *Clinician's to Adult ADHD Assessment and Intervention*. Academic Press, San Diego, CA, US: xxiii, 301 pp 2002; 261–277.
62. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J, Hamburger S, Cohen RM. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med.* 1990; 323:1361-6
63. Mega MS, Cummings JL. Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1994; 6:358-70.
64. Mattes JA. The role of frontal lobe Dysfunction in childhood hyperkinesis *Compr Psychiatry*; 1980; 21: 358-69.
65. Sudderth DB, Kandel J: *Adult ADD: The complete handbook*. Roseville, CA, Prima Publishing, 1997.

66. Schweitzer JB, Faber TL, Grafton ST, Tune LE, Hoffman JM, Kilts CD. Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder..Am J Psychiatry. 2000; 157: 278-80.
67. Doyle BB. Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 1st Ed., Washington, London, American Psychiatric Publishing. 2006;1-313.
68. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention deficit/hyperactivity disorders: current perspectives. Arch Gen Psychiatry 1996; 35: 264-72.
69. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. Biol Psychiatry, 2005; 57: 1467–1473.
70. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attentiondeficit/ hyperactivity disorder (ADHD). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007; 11:712-718.
71. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. Am J Psychiatry2005;162:1621–1627
72. Doyle BB. Understanding and Treating Adults with Attention Deficit HyperactivityDisorder. 1st Ed., Washington, London, American Psychiatric Publishing. 2006;1-313.
73. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivitydisorder (ADHD). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256: 26–31.
74. Weiss M, Hetchman LT, Weis G. ADHD in Adults. A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment. 1st Ed. Maryland, John Hopkins University Pres. 1999:1- 345.

75. Wilson JJ. ADHD and Substance use disorders: Developmental aspects and the impact of stimulant treatment. *Am J Addict* 2007; 16:5–13.
76. Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance use among ADHD adults: Implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict* 2007; 16:24-34.
77. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61: 244–251
78. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse*, 1995; 7: 373–378
79. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aieardi M. (2006). Functional impairments in adults with seif-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community, *J Clin Psychiatry* 67: 524–540
80. Clure C, Brady KT, Saladin ME et al. (1999) Attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom pattern and drug choice. *Am J Drug Alcohol Abuse* 25:441–448
81. Wilens TE et al. (1997) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early-onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 185:475–482
82. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8: 98-107.
83. 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.
84. Evren, C.(2011), “Buss-Perry Agresyon Ölçeği Türkçe Versiyonunun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol/Madde Bağımlılarında Geçerliği ve Güvenirliği”, İstanbul.

85. Ogel K, Evren C, Karadağ F, ve ark. Bağımlılık profil indeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(4):264-273.
86. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs 2003;35(2):253-9.
87. Canan F, Kuloglu M, Guven M, Gecici O. Reliability and validity of the Turkish Version of the Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2015; 25(3): 267-71.
88. Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 115-20.
89. Bulut M, Savaş HA, Cansel N. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 65-70.
90. 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.
91. Geçici Ö, Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM. Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi TAF Prev Med Bull 2013; 12(1): 35-42.
92. Cavaola AA, Lavender N. Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. Adolescence 1999; 34: 735-44.
93. Rossow I, Lauritzen G. Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? Addiction 2001; 96: 227-40.
94. Watters JK, Reinarman C, Fagan J. Causality, context, and contingency relationships between drug abuse and delinquency. Contemporary Drug Problems 1985; 12: 351-373.

95. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behaviour* 2008 ; 13: 107-118.
96. Mirsal H. "Alkol bağımlılığı; epidemiyoloji, etyoloji ve prognoz" Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı, 2010;3(3)
97. Evren C, Ögel K, Tamar D, Önder ME, Çakmak D. Eroini damar yoluyla kullanan ve kullanmayanlar arasındaki özelliklerin karşılaştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 2(2): 121-8.
98. Ersche v.d. Abnormal brain structure implicated in stimulant drug addiction. *Science* (2012). doi: 10.1126/science.1214463.
99. Lei Li, Sangthong R, Chongsuvivatwong V, Mc Neil E, Li J. Lifetime multiple substance use pattern among heroin users before entering methadone maintenance treatment clinic in Yunnan, China *Drug and Alcohol Review* 2010; 29: 420–5.
100. Evren, EC. ve Çakmak, D. (2002). Damar yoluyla eroin kullananların genel özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 39(1): 20-6.
101. Yalnız, Ö., Pektaş, Ö., Şahin, E., Kalyoncu, A., Mirsal, H. ve Beyazyürek, M. (2004). Almanya’da yaşayan Türk eroin bağımlılarının tedavi arama davranışını etkileyen faktörlerin araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*; 5:2: 23-7.
102. 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.
103. Allen, T.J., Moeller, F.G., Rhoades, H.M., Cherek, D.R., 1997. Subjects with a history of drug dependence are more aggressive than subjects with no drug use history. *Drug Alcohol Depend.* 46, 95–103.
104. 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.

105. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegen-bein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol* 2008;43:300-304.
106. Manuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, La Padula M (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50: 565–567
107. Albert J. Arias, Joel Gelernter , Grace Chan , Roger D. Weiss , Kathleen T. Brady Lindsay Farrer, Henry R. Kranzler. (2008). Addictive Behaviors, Correlates of cooccurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. 1199–1207.
108. Biederman J, Wilens TE, Mick E et al. (1998) Does attention deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence. *Biol Psychiatry* 44:269–273.
109. Fried R, Petty CR. Surman CB, et al. Characterizing impaired driving in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 2006;67: 567–574
110. Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1997;36:30–36.
111. Ercan ES, Coşkunol H, Varan A, Toksöz K. Childhood attention deficit hyperactivity disorder and alcohol dependence: a 1- year follow-up. *Alcohol* 2003; 38:352-356
112. Volkow, N. D., Wang, G. J., Ma, Y. *et al.* (2003) Expectation enhances the regional brain metabolic and the reinforcing effects of stimulants in cocaine abusers. *Journal of Neuroscience* 23, 11461–11468.
113. Ramirez, C.A., Rosen, L.A., Deffenbacher, J.L., Hurst, H., Nicoletta, C., Rosencranz, T. & Smith, K. (1997). “Anger and Anger Expression in Adults with High ADHD Symptoms”. *Journal of Attention Disorders*, 2 (2), 115-128.

10. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:** Araştırmanın Adı: “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Opiyat Kullanım Bozukluğunda Klinik ve Tedavi Süreçlerine Etkisi.
 - a. Araştırmanın İçeriği: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroin Bağımlısı) tanısı alan ve başka herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 18-40 yaş arası kişiler ile sağlıklı kişiler çalışmaya alınacaktır. Hastalar ve sağlıklı kişiler ile bir kez görüşme yapılacak ve ölçekler (Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, BUSS-PERRY Agresyon Ölçeği, BARRAT Dürtüsellik Ölçeği-11) verilecektir. Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroin Bağımlısı) tanısı almış 18-40 yaş grubu hastaların erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerine sahip olma oranları, agresyon (öfke) ve dürtüsellik (Sonunu düşünmeden eyleme geçme) seviyeleri bu tanıyı almamış olan sağlıklı kişiler ile karşılaştırılacaktır.
 - b. Araştırmanın Amacı: Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroin Bağımlısı) tanısı almış 18-40 yaş grubu kişilerin erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerine sahip olma oranlarının, dürtüsellik (Sonunu düşünmeden eyleme geçme) ve agresyon (öfke) düzeylerinin sağlıklı kişiler ile karşılaştırılması ve bu değişkenlerin hastaların takibi ve tedavisi üzerine olan etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.
 - c. Araştırmanın Nedeni:
() Bilimsel araştırma
(*) Tez çalışması
 - d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay
 - e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 150
 - f. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Katılımcı çalışma kapsamında sadece ölçek dolduracaktır. Bu nedenle öngörülen bir risk bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bu sayede psikiyatrik açıdan muayeneleri ve takibi yapılmış olacaktır.

1. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Seda YAVUZ

Zararların Karşılanması: Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Musa YILDIZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

2. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

3. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, firması ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere

gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının

Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 2. Erişkin DEHB Ölçeği

1. BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da işyerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

2.BÖLÜM

Aşırı Hareketlilik

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerdeduramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerindenkalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3

7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıtverme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarınıbölme	0	1	2	3

Klinisyenin
yanıtlayacağı bölüm

2. bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2. bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

3. BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da, aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıklıma tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygudurumda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değıştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Ek 3. Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

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

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

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

Ek 4. Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ)

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE ŞARETLEYİNİZ.	HİÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN BENİM ÖZELLİĞİM
1 . Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2 . Yeterince kızdırtırsam başka bir insana vurabilirim.					
3 . Eğer biri bana vurursa, ben de ona vururum.					
4 . Birçok insana göre biraz daha fazla kavgalara katılırım.					
5 . Haklarımı korumam için şiddete başvurmam gerekirse, başvururum.					
6 . Beni o kadar zorlayan insanlar olmuştur ki, kavgaya tutuştuk.					
7 . Bir insana vurmak için iyi bir sebep düşünemiyorum.*					
8 . Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9 . O kadar kızdım ki, bir şeyleri kırdım.					
10. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda onlara açıkça söylerim.					
11. Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12. İnsanlar sinirimi bozduklarında onlara haklarında ne düşündüğümü söyleyebilirim.					
13. İnsanlar benimle fikir ayrılığına düştüğünde münakaşaya girmekten kendimi alıkoyamam.					
14. Arkadaşlarım münakaşayı seven biri olduğumu söylerler.					
15. Çabuk parlar fakat çabuk sakinleşirim.					
16. Engellendiğimde kızgınlığımı gösteririm.					
17. Bazen kendimi patlamaya hazır barut fıçısı gibi hissederim.					
18. Ben sakin bir insanım.*					
19. Bazı arkadaşlarım asabi olduğumu düşünüyor.					
20. Bazen hiçbir sebep yokken tepem atar.					
21. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
22. Bazen kıskançlık beni yiyip bitirir.					
23. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24. Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibi.					
25. Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26. "Arkadaşların", arkamdan hakkımda konuştuklarını biliyorum.					
27. Fazla dostça davranan yabancılardan şüphelenirim.					
28. Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29. İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

