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

İNTRAVENÖZ KULLANIMI OLAN VE OLMAYAN OPİAT BAĞIMLISI HASTALARDA KİŞİLİK, MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ali ERDOĞAN

Antalya, 2016

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

İNTRAVENÖZ KULLANIMI OLAN VE OLMAYAN OPİAT BAĞIMLISI HASTALARDA KİŞİLİK, MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ali ERDOĞAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Murat KULOĞLU

"Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir"

Antalya, 2016

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kısaltmalar Dizini	ii
Tablolar Dizini	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Opiyatlar	3
2.2. Diğer Maddeler	12
2.3. Epidemiyoloji	20
2.4. Etyoloji	22
2.5. Dürtüsellik	27
2.6. Agresyon	29
2.7. Mizaç	29
2.8. Kişilik	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
7. ÖZET	68
8. ABSTRACT	70
9. KAYNAKLAR	72
10. EKLER	89

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADH	Anti diüretik hormon
AMBAUM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
BDÖ	Barratt Dürtüsellik Ölçeği
BPAÖ	Buss Perry Agresyon Ölçeği
CRH	Corticotropin releasing hormone
DMT	Dimetiltriptamin
DSM	The Diagnostic and Statistical Manuel of Manuel Disorders
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
GIS	Gastrointestinal Sistem
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IV	İntravenöz
LSD	Liserjik Asit Dietilamidin
MÖ	Milattan Önce
SCID II	Structured Clinical Interview for DSM Disorder
SSS	Santral Sinir Sistemi
TEMPS-A	Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire Version
TMO	Toprak Mahsülleri Ofisi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Örneklemi oluşturan tüm grupların yaş özellikleri	37
4.2. Örneklemi oluşturan tüm grupların sosyodemografik özellikleri	39
4.3. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların sosyodemografik özellikleri.	40
4.4. Örneklemi oluşturan tüm grupların iş ve aile hayatına ilişkin özellikleri	41
4.5. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların iş ve aile hayatına ilişkin özellikleri	42
4.6. Örneklemi oluşturan tüm grupların sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri	43
4.7. Örneklemi oluşturan tüm grupların istismar öyküsü ve diğer tıbbi hastalıklar yönünden özellikleri	44
4.8. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların istismar öyküsü ve diğer tıbbi hastalıklar yönünden özellikleri	44
4.9. Örneklemi oluşturan tüm grupların adli olay, intihar girişimi, kendine zarar verme ve psikiyatrik başvuruya ilişkin özellikleri	46
4.10. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların adli olay, intihar girişimi, kendine zarar verme ve psikiyatrik başvuruya ilişkin özellikleri	47
4.11. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların çoklu madde kullanımına ilişkin özellikleri.	48
4.12. Örneklemi oluşturan tüm grupların uygulanan klinik ölçekler yönünden karşılaştırılması.	49
4.13. Örneklemi oluşturan tüm grupların kişilik özellikleri yönünden karşılaştırılması.	50
4.14. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların kişilik özellikleri yönünden karşılaştırılması.	51
4.15. Örneklemi oluşturan tüm grupların mizaç özellikleri yönünden karşılaştırılması.	52
4.16. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı gruplarda eroin kullanım dozu	52

ve süresine ilişkin özellikler.
4.17. BPAÖ ve BDÖ puanlarının birbirleriyle, yaşla, eroin kullanım süresi ve eroin kullanım dozuyla korelasyonu. 53
4.18. Antisosyal kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların adli olay, alkol kullanımı ve çoklu madde kullanımı yönünden karşılaştırılması. 54
4.19. Antisosyal kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların eroin kullanım süresi, eroin kullanım dozu ve uygulanan klinik ölçekler yönünden karşılaştırılması. 55

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde kullanım bozukluğu fiziksel, ruhsal, ekonomik ve toplumsal yönleriyle son yıllarda ülkemizde ve dünyada giderek artan bir sorun haline gelmiştir (1). Madde kullanım bozukluğunda, belirgin sorunlara rağmen bireyin madde kullanımını sürdüreceğine işaret eden bilişsel, davranışsal ve ruhsal belirtiler bulunmaktadır (2). Madde kullanım bozuklukları içerisinde, opiyat kullanım bozukluğu olan hastalar önemli bir yer tutmakta ve son yıllarda Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerine başvuran hastalar arasında opiyat bağımlılarının oranı giderek artmaktadır (3).

Kişilik, bireyin kendine özgü olan tutum ve davranışları olarak tanımlanmaktadır (4). Mizaç biyolojik temelli, kişinin hayatı boyunca değişmeden devam eden davranış ve tavırlarını ifade eden yapısal özelliklerdir (5). Dürtüsellik ise düşünmeden karar alarak, hızla eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (6). Literatürde dürtüsellik, mizaç ve kişilik ile madde kullanımı arasında bir ilişki olduğunu gösteren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (7-9).

Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda yüksek oranlarda kişilik bozukluğu ve kişilik bozukluğu olan hastalarda yüksek oranlarda madde kullanım bozukluğu saptanmıştır (10). Eroin bağımlılarında dürtüsellik ve agresyon düzeyi kontrol grubundan daha yüksek olup, madde bağımlılarının tedavisinde bu durumun üzerinde odaklanılması gerektiği bildirilmiştir (8). Diğer bir çalışmada dürtüselliğin maddeyi denemek, madde kullanımını sürdürmek ve madde kullanımını bırakamamak için ciddi bir risk faktörü olduğu tanımlanmıştır (10). Ayrıca dürtüselliğin opiyat kullanımı ve depreşme ile de yakın ilişkili olduğu bildirilmiştir (11). Saint-Lebes ve ark. intravenöz madde bağımlılarında daha sık dürtüsellik düzeyi yüksekliği ve kişilik bozukluğu sıklığı olduğunu ve opiyat bağımlılarında siklotimik ve irritabl mizaç skorlarının kontrol grubundan yüksek, depresif ve hipertimik mizaç skorlarının ise benzer oranda olduğunu bildirmişlerdir (9).

Tüm bu veriler, opiyat bağımlılığı, kişilik özellikleri, dürtüsellik ve mizaç arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik yapılacak diğer çalışmaların madde bağımlılığı alanında önemli gelişmeler sağlayacağını ortaya koymaktadır. Bu

bilgiler ışığında çalışmamızın amacı intravenöz kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlısı iki farklı grupta sosyodemografik özellikler, kişilik özellikleri, mizaç ve dürtüsellik düzeylerinin araştırılması, bu verilerin sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılması ve koruma ve tedavi hizmetleri için klinik pratiğimize uyarlanmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Opiyatlar

2.1.1.Tarihçe

Arkeolojik çalışmalar insanlık tarihi boyunca madde kullanımının olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalar madde kullanımının Paleolitik Çağ'a kadar uzandığını göstermektedir. İnsanlar tarih boyunca dini törenlerde, tıbbi tedavi ve iyi hissetme gibi birçok amaçla madde kullanımına yönelmişlerdir. İlk dökümanlarda afyonun özellikle tıbbi nedenlerle kullanıldığı bildirilmektedir. Psikolojik etkileri ve ağrıyı kesmedeki etkileri konusundaki bilgiler Sümerler'e (MÖ 4000) kadar uzanmaktadır. Maya, Aztek ve İnkalar'ın eserleri dini amaçlarla madde kullanımı olduğunu göstermektedir. Mısır dönemine ait kayıtlarda afyon ve diğer psikoaktif maddelerin kullanımının olduğu görülmektedir. Türkiyede yapılan arkeolojik çalışmalarda da haşhaş tohumlarına rastlanılmıştır (12). En eski farmakoloji kitabı olarak sayılan Ebers papirüsünde (M.Ö. 15. yy.) çocukların huzursuzluğu için kullanılan haşhaş bitkisiyle hazırlanan bir ilaç tarif edilmiştir. Afyonun tarımsal amaçla kullanımının M.Ö. 7. yüzyılda bugünkü Yunanistan topraklarında başladığı bildirilmektedir (13).

Opiyatlar Latince "Papaver Somniferum Linee" isimli bitkiden izole edilmektedir. Bu bitkiye afyon (haşhaş) ismi verilmektedir. Afyonun çiçek kapsüllerinin öz sütüne "Rohopium" ismi verilmektedir ve bu çiçek kapsülleri 20 civarında opium alkaloidi içermektedir. Doğal opioidler, fenantren grubu (morfin, kodein, tebain) ve benzilizokinolin grubu (papaverin, noskapin, narsein) olmak üzere iki kimyasal sınıfta incelenirler (14).

İlk olarak, Sertürner isimli bir eczacı asistanı bulduğu alkaloit ile hayvan deneyleri yapmıştır. Yaptığı deneylerde, alkaloit çıkarıldığında afyonun hiçbir etkisi kalmamış, ama bu maddenin kendisinin, işlenmiş afyondan on kat daha etkili olduğunu bildirmiştir. Sertürner, afyonun sırrına erdiğinin farkına varmış ve bunu "principium somniferum" (uyku verici ilke) olarak adlandırmıştır. Buluşuna da, Yunan rüya tanrısı Morpheus'tan ötürü morphium demiştir. Sonrada morphia,

morphinum gibi çeşitli adlarla anılan bu madde günümüzde ‘morfin’ olarak bilinmektedir (15).

Maddelerin yeni kullanım yollarının bulunması ve yoğunlaştırılmış şekillerinin elde edilmesiyle madde kullanım bozukluğu ile ilgili sorunlar büyümeye başlamıştır. Asyada 18 ve 19. yüzyıllarda opiyum kullanımı ciddi bir sorun haline gelmiştir. 1806 yılında daha etkili bir alkaloidi olan morfinin ayrıştırılması ile bu sorun tüm dünyaya yayılmaya başlamıştır. Morfin ilk kez 1806’da, kodein ise 1832 yılında izole edilmiştir. İlk yarı sentetik opium türevi diasetilmorfin ya da diğer ismiyle eroin 1898 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Opiyatların ilk saf sentetik ilaçları meperidin ve metadon ise 1940’lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır (16). Amerikan iç savaşı sırasında yaralıların morfin ile tedavi edilmesi sebebiyle birçok askerde morfin bağımlılığı gelişmiş ve bu tablo “asker hastalığı” olarak isimlendirilmiştir. Morfin kullanımının daha da yaygınlaşması 1840’lı yıllarda derialtı enjektörlerinin bulunmasıyla olmuştur (17).

1830’lu yıllardan itibaren afyonun zararları konuşulmaya başlanmıştır. 1860’larda ise her 3 zehirlenme vakasından birinin afyondan olduğu bildirilmiştir. 1868 yılında ilk yasaklar konmaya başlanmıştır. İlk kez 1913 yılında Dr Pettey heroinin tehlikelerine dikkatleri çekmiştir. Pettey, bağımlılığın bir zaaf, sapma, kötü ruh ile ilişkili olmadığını, bunun bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Asıl önemli düzenleme ise 1914 yılında yürürlüğe giren Harrison Yasası ile olmuştur. Ancak Harrison yasası sadece afyon ve morfin kullanımını kısıtlamıştır, ilaç olan eroin yasasın dışında kalmıştır. Bir ilaç olarak eroini resmi kodeksine kabul eden ilk ülke 1906 yılında Avusturya olmuştur. ABD, 1910 yılında eroini resmi kodeksine almıştır, ancak 1920 yılında kodeksten çıkarmıştır. Bayer firması, artan itirazlar yüzünden 1923 yılında “Heroin” markasıyla yaptığı üretimi durdurmuştur. ABD 1924’te eroin yasası ile üretim ve ticaretini tamamen yasaklamıştır. Almanya da 1924 yılında eroin son derece katı kurallarla reçeteye bağlamıştır.

Ülkemizde ise 1925 yılında bir kararname ile Türkiye’de “Kokain ve sair narkotiklerin” üretimi yasaklanmıştır. 1926 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu’nun 403 ile 439. maddeleri esrar, eroin gibi narkotik maddelerin üretimi, ticareti ve kullanımıyla ilgili hükümler getirmiştir. Bu dönemde uyuşturucu terimi

yerine ceza kanununda "keyif verici maddelerden" söz edilmiştir. Ceza yasasındaki değişiklikten sonra afyon fabrikalarının üretimiyle ilgili ilk ayrıntılı yasal düzenleme 1928'de kabul edilen "Uyuşturucu Maddeler Hakkındaki Kanun" olmuştur. 1933'te Lahey ve Cenevre anlaşmaları Türkiye tarafından kabul edilmiştir. Uyuşturucu Maddeler İnhisarı Kanunu ile devlet tekeli oluşturulmuştur. Eroin fabrikaları kapatılmış, haşhaş ekimi de ciddi bir biçimde sınırlanmaya başlanmıştır. 1936 yılında haşhaş ekilen il sayısı 62'den 17'ye düşmüştür. 1938 yılında Toprak Mahsulleri Ofisi (TMO) kurulmuş ve afyon üretim, satış ve stokları bu kurum tarafından kontrol altına ve devlet tekeline alınmıştır (15).

2.1.2. Madde Bağımlılığı Tanımı

Madde bağımlılığı, tıbbi bir hastalık olup biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleri vardır. Bağımlılığa yol açabilen, kişinin hoşuna giden, psikoaktif etkiler gösteren ve herhangi bir yolla vücuda alınabilen herşey madde olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılığın özü, zararlı etkilerine rağmen kompulsif madde kullanımıdır. Bağımlılık kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır. Bağımlı kişi, bütün zararlarına rağmen bağımlı olduğu şeye karşı büyük bir istek duyar ve kullanmaya devam eder. Bağımlılık ilerleyici bir hastalıktır. Bağımlılık süreci deneme ile başlamaktadır ve kişi keyif verici maddelere bağımlı hale gelmektedir (18).

Esrar, eroin, kokain gibi yasadışı maddeler, amfetaminler, opioid analjezikler, benzodiazepinler gibi reçete ile satılan ilaçlar ve nikotin ve alkol gibi maddeler bağımlılığa yol açabilmektedir (19).

2.1.3. Opiyat Bağımlılığı

Madde bağımlılığının 2 yönü vardır. Bunlar psişik ve fiziksel bağımlılıktır. Psişik yani psikolojik yönde, maddenin pozitif pekiştirici etkilerine bağlı olarak kişide maddeyi almaya yönelik arzu istek vardır. Buna "craving" ismi verilir. Fiziksel yön ise, maddenin belli bir süre kişinin vücudunda bulunması sebebiyle SSS'deki nöronlar ve reseptörlerdeki adaptif değişiklikler sonucu oluşur (20).

Opiyat bağımlılığı, opiyat tedavisini gerektiren tıbbi bir neden olsun ya da olmasın, kişinin opiyat maddelerini uzun süreli olarak gereğinden çok daha yüksek dozlarda kendi başına almadan duramaması durumudur. Opiyat

bağımlıları, genelde bu maddeleri yasa dışı yollarla edinirler ve günlük yaşamlarını bu maddeyi bulmaya ve kullanmaya yönelik olarak düzenlerler (21).

2.1.4. DSM-5'e göre sınıflandırılması

Madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesini kapsar: Alkol, kafein, kenevir, varsandıranlar, uçucular, opiyatlar, dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler, uyarıcılar, tütün ve diğer maddeler. Bu 10 küme tam olarak birbirinden ayrı değildir. Aşırı ölçülerde alınan her madde, ortak bir özellik olarak beyindeki ödül dizgesini doğrudan etkinleştirir, dolayısıyla davranışların pekişmesine ve anı oluşumuna katkıda bulunur. Ödül dizgesini öyle yoğun bir biçimde etkinleştirirlerki olağan etkinlikler önemsizleştirilir.

Madde ile ilişikili bozukluklar iki kümeye ayrılır: 'Madde kullanım bozuklukları' ve 'maddenin yol açtığı bozukluklar'. Opiyatla ilişkili bozukluklar da benzer şekilde 'Opiyat Kullanım Bozukluğu' ve 'Opiyat Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar' şeklinde sınıflandırılır (22).

DSM-5'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanı ölçütleri

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 getirememe 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 (22).

2.1.5. Afyon Alkaloidleri

Afyon haşhaşından elde edilen ve uyuşturucu özelliği taşıyan maddeler arasında, afyon sakızı, morfin, kodein, eroin ve metadon gibi maddeleri sayabiliriz. Afyonun karşılığı opiyumdur. Afyon ve benzeri maddelerin tümüne opioid adı verilir. Haşhaş bitkisine Latincede “Papaver Somniferium” ismi verilir. Afyon bu bitkiden elde edilmektedir. Olgunlaşmış haşhaş kapsülü çizilince beyaz yapışkan bir sıvı ortaya çıkmaktadır. Buna afyon sakızı ismi verilir ve çiğnenerek

kullanılır. Afyon bitkisinden 20 çeşit alkaloid üretilmektedir. Afyon kozasının kendisi bir uyuşturucu madde olmayıp morfin, eroin, kodein gibi afyon türevlerinin elde edildiği bir kaynaktır. Ham afyon kapsülü çizildiği zaman süt renginde akışkan bir sıvı akmaya başlar. Bu sıvı kuruduğu zaman, kahverengi renge dönüşür ve sertleşmeye başlar. Bu kapsüller kazınır ve bilhassa küfe benzer bir halde kapların içerisine toplanır. Daha sonra, bu madde daha fazla kuruyunca daha koyu bir renk alır. Özellikle iç kısmı yumuşak, yapışkan ve koyu kahverengi kalırken, dış kısmı yarı kahverengi, kuru ve kırıntılı bir halde olur. Bununla beraber, bazen bütün bir kütle yapışkan yumuşak ve hemen hemen siyahtır. Buna ham afyon ismi verilir. İşlenmiş afyon ise ham afyonun pişirme ve mayalama gibi yöntemlerden geçirilip yenilebilir veya sigara şeklinde içilebilir hale getirilmiş halidir. Afyon, sigara gibi içildiği zaman birazı kalır buna yanık afyon ismi verilmektedir.Yanık afyon su ile karıştırılarak kaynatılabilir ve daha sonra da süzülebilir. Süzgeçte kalan katı madde afyon posasıdır (15).

Doğal opiyatlar fenantren grubu ve benzilizokinolin grubu olmak üzere iki kimyasal grupta incelenir. Fenantren grubunda morfin, kodein ve tebain, benzilizokinolin grubunda ise papaverin, noskapin ve narsein bulunmaktadır. Yarı sentetik opioidler olaneroin ve hidromorfon doğal opioidlerden üretilmektedir. Sentetik opiyatlar ise methadon, meperidin, pentazosin ve propoksifendir. Bu maddeler güçlü bağımlılık oluşturdukları için kontrole tabi olarak satılmaktadırlar (16).

Morfin

Morfin, en etkili ağrı kesici ilaçlardan birisidir. Morfin ağrı kesici ilaçların etkisini değerlendirmek için standardize bir maddedir. Morfin ağrı kesici olarak tıpta çok geniş bir kullanım alanı bulmuştur. Bir uyuşturucu olarak morfin kullanımı sağlık çalışanları ve tıbbi malzemelere ulaşma imkanı kolay olanlarda yaygın görülür. Morfin ayrıca öksürük kesici olarak da sık kullanılmıştır (15). Oral, intravenöz ve derialtı yollarla kullanımı olan morfin, intravenöz verildikten 20 dakika sonra en güçlü analjezik etkisini gösterir. Bunun sebebi morfinin yavaş penetrasyon göstermesidir. Yavaş absorbe olması ve hızlı detoksifiye olması sebebiyle morfin oral yolla kullanılmamaktadır. Etkisi çabuk başladığı için ciltaltı

yolla kullanılmaktadır. Ciltaltı kullanımdan 1 saat sonra maksimum beyin konsantrasyonuna ulaşır ve ağrı kesici etkisi 1.5 saat kadar sürer. Ciltaltı kullanımda etki süresi intravenöz yolla kullanımdan daha uzun sürer. Dalak, karaciğer, böbrek gibi parankimi olan organlarda birikir.Morfinin çok büyük bir bölümü bağırsaklarda glukronik aside bağlanarak atılır. Morfin plasentadan geçer ve anne karnındaki bebekte bağımlılığa sebep olabilir. Terapötik dozlarda morfin analjezi ve baş dönmesi meydana getirir. Normal kişilerde morfin keyif verici etki göstermez, aksine bulantı, kusma, disfori ve korkuya sebep olabilir. Normal kişilerde %10 öfori yaparken, morfin bağımlılarında %80 öfori meydana getirmektedir. Terapötik dozlarda istemli hareketleri yavaşlatır, uyuşukluk hali ve uyku yapar. Toksik dozlarda ise morfin beynin oksijen kullanımını inhibe etmektedir. Morfin termoregülatuar merkezlere etki ederek vücut ısısını düşürür. Hipofiz bezinden ADH sekresyonunu arttırır. Morfin kullananlarda bu sebeple idrar miktarında azalma olabilir. Morfin vücuttaki tüm sfinkterlerde kasılma yapar ve özellikle mesane sfinkterinde kasılma yapmasından dolayı idrar retansiyonuna sebep olmaktadır. Morfin solunum merkezini inhibe eder, bunun sonucunda solunum hacmi azalmaktadır. Daha yüksek dozlarda morfin kullanımında Cheyn-Stoke solunumu görülebilmektedir. Morfin miyozis yapar ve bu etkisine tolerans gelişmez. Morfin konstipasyon yapmaktadır. Morfinin tüm bu emetik, analjezik ve öforik etkileri medüller merkezler, hipotalamus ve serebral kortekste deprese etkisi sebebiyle olmaktadır (17).

Eroin

En fazla bağımlılık yapan ve kötüye kullanımı olan opiyat eroindir. Eroin harici bağımlılık riski daha çok tıbbi tedaviler esnasında ya da tıbbi gereçlere ulaşımı kolay olan sağlık çalışanlarında görülmektedir.

Eroin, 1898 yılında Alman Bayern firması tarafından üretilmiştir. Bir miktar asetik asit ve morfinin karıştırılıp ısıtılmasıyla elde edilmiştir. Morfinin yarı sentetik bir türevidir. Alkaloid yapıda bir maddedir. Kokusuz, beyaz renkli, tadı acımtırak olan bir maddedir. Asetik asit ve baz morfin 85 derece ısıda, benmari içerisinde altı saat kaynatılır ve böylelikle saf olmayan eroin elde edilir. Diasetilmorfin ismi verilen eroin morfinden daha güçlü bağımlılık yapan bir

maddedir. Tek sefer kullanımda bile bağımlılık yapma riskine sahiptir. Morfinden daha güçlü analjezik etkisi vardır. Günlük ortalama kullanım dozu 0,5 gram olan eroine hızla tolerans gelişir ve bağımlı kişi bu dozu 50 kat fazla kullanabilir. Birkaç defa yıkanıp süzüldükten sonra asetonla eritilir ve hidroklorik asitle karıştırılır ve esmer renkli eroin elde edilir (16).

Eroinin birçok yolla kullanımı mevcuttur. Sigaraya sarılarak, alüminyum folyo üzerinde ısıtılarak, intravenöz yolla ve burna çekilerek kullanılabilir. Sigaraya sarılarak içilmesine 'koreks', alüminyum folyo üzerinde ısıtılarak içilmesine 'kaydırma' enjektör ile kullanımına 'shot' ismi verilir. Alüminyum folyo ile kullanımında alüminyum folyo üzerine eroin tozu konur ve ısıtılarak dumanı çekilir. İntravenöz kullanımında ise eroin limon ve süt şekeri ile karıştırılır ve damara enjekte edilir. Sıklıkla burna çekilerek kullanılan eroin zamanla burun çeperinde hasara yol açabilir ve kişi başka kullanım yollarına geçer. Tüm kişilerde olmamakla birlikte, genellikle sigara ve burna çekerek başlanır ve intravenöz enjeksiyon şeklinde devam eder (15).

2.1.6. Opiyatların Etkileri

Opiyatlar alındıktan sonra GIS'den, nazal mukozadan ve akciğerlerden hızlı bir şekilde emilirler. Parenteral alındıktan sonra plazma düzeyi hızlı bir şekilde yükselir. Bu yükselme alınan doza bağlı olarak zaman zaman zehirlenmelere neden olabilmektedir. 30 dakikada en yüksek plazma düzeyine ulaşır ve vücut dokularına yayılır. Bir kısmı ise kan beyin bariyerini aşar. Opiyatlar, karaciğerde metabolize olurlar ve matabolitleri safra yoluyla ve idrar yoluyla vücuttan atılır. 24 saatte %90'dan fazlası atılır. Ancak metabolitleri idrarda 48 saat ve daha fazla sürelerde kalabilir. Metadon ise çok uzun etkili bir opiyattır ve bu kurala uymaz (17).

Opiyatlar, alındıktan kısa bir süre sonra etki göstermeye başlar. Etkisi 4-6 saat sürer. Bu nedenle günde en az iki üç kez kullanılması gerekebilir. Opiyatlar beyinde, medulla spinaliste, bağırsaklardaki sinir pleksuslarında, otonom sinir sisteminin diğer kısımlarında ve lökositlerde bulunan özgül nöronal reseptörlere bağlanırlar. Opiyat reseptörleri doğal opioid peptidler olan enkefalinler, dinorfinler ve endorfinlerin etkilerine aracılık ederler. Opiyat reseptör alt tipleri

Mu (μ), Delta (d), Kappa (K), ve Sigma reseptörleridir. İnsan vücudundaki etkilerini bu reseptörler üzerinden göstermektedirler (17).

Opiyat reseptör agonisti, opiyat reseptörlerinin bir alt tipine bağlanan ve bir miktar etkiye sebep olan dışarıdan alınan bir madde olarak tanımlanmaktadır. Kısmi agonistler, opiyat reseptörlerine bağlanır ancak maksimum etkiye sebep olmaz. Opiyat antagonistleri ise reseptör alt tiplerinden herhangi birisine bağlanır ancak morfin benzeri bir etki meydana getirmez. Opiyat antagonistleri morfin yoksunluğunu gidermez. Opiyat reseptörleri G proteini ile eşleşirler. Reseptörler direk iyon kanalları üzerinden ya da ikincil mesajı sistemleri üzerinden etki gösterebilir (16). Opiyat bağımlılığına sebep olan bir çok opiyat madde tipik olarak Mü reseptör agonisti olarak etki eder. Mü reseptör agonistleri etkilerini SS'deki nöronal dokularda, otonom sinir sistemindeki reseptörlerde ve lökositlerdeki reseptörlerde gösterirler. Sersemlik, solunum baskılanması, konsantrasyonda azalma, GIS düz kas tonusunda artma, ağrıya duyarlılığın azalması, analjezi, öfori, bağımlılık oluşumu ve sedasyon gibi etkilerini Mü reseptörleri aracılığıyla göstermektedirler(16). Opiyatların kaygı giderici etkileri bulunmaktadır ve bu etkilerini Mü reseptörleri üzerinden beyindeki noradrenerjik nöronların merkezi olan lokus sereleusdaki aktiviteyi baskılayarak yaptıkları düşünülmektedir. Mü reseptör agonistleri sfinkterleri kasarak konstipasyona ve idrar retansiyonuna sebep olurlar. Bu etkileri sebebiyle tıpta diyare tedavisinde kullanılmaktadırlar. Düşük dozlarda bile analjezik etkileri ortaya çıkar. Öksürük refleksinin baskılanması, bulantı, kusma, miyozis, ısı regülasyonu opiyatların diğer etkileridir. CRH hormonunu baskılar ve kortizol düzeylerini azaltır. Kortizol düzeylerindeki azalmanın kaygı giderici etki oluşturduğu düşünülmektedir. Bağımlılık yapıcı etkileri büyük çoğunlukla Mü reseptörleri aracılığıyla olmaktadır ve Delta reseptörlerin bağımlılıkla ilgisi bulunmamaktadır. Kappa reseptörleri, diürez, disfori, sedasyon ve analjezik etkilerde bulunur. Kappa reseptörleri bu analjezik etkilerini hem periferik hem de spinal düzeyde göstermektedir. Mü ve Delta reseptörlerinin duygudurumu etkiledikleri düşünülmektedir. Mü agonistler SSS'de toleransa, nöroadaptif değişikliklere sebep olmakta ve bu da belli bir süre kullanım sonrası agonistin alımı durdurulduğunda acı veren çekilme fenomenine sebep olmaktadır (16).

Opiyatların uzun süre kullanımı sonrası opiyat reseptörlerinin sayı ve duyarlılığı değişir. Bu ise tolerans ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olur. Bu maddelere karşı tolerans çok hızlı gelişir. İlk başlarda görülen keyif hali zamanla kaybolur ve bu 'balayı dönemini' takiben alınan maddenin etkisi kaybolur ve artık tolerans gelişmeye başlamıştır. Kişi artık zevk almadan eroin kullanmaya başlar ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasından korkar (15).

Uzun süreli madde kullanımı sonucu kişilerde durgunluk, ilgisizlik, çevreden kopma gözlenir. Toplum ile olan ilişki, ilgi kaybolur. Depresyon sık olarak ortaya çıkan psikiyatrik sorunlardan biridir. Gelişen depresyon ya da bağımlılığın getirdiği umutsuzluk ve çaresizlik sonucu intihar girişimi sıklıkla gözlenir. Genelde intihar, yüksek doz eroin alımı ile olur. Buna 'altın vuruş' adı verilir. Önemli sorunlardan biri enjektör kullanımı ile ortaya çıkar. Enjektör ile çeşitli bulaşıcı hastalıkların bulaşma riski çok yüksektir. Bunlardan en önemlisi HIV'dir. Diğer önemli bulaşıcı bir hastalık ise hepatittir. Cinsel isteksizlik ve ereksiyon sorunları sık olarak görülür. Başka bazı ilaçlar ile birlikte zehirlenmeler koma ve ölümler görülebilir (15).

2.2.Diğer Maddeler

2.2.1. Esrar

Günümüzde en sık kullanılan yasadışı psikoaktif madde esrardır. Aynı zamanda sigara ve alkolden sonra en sık kullanılan maddedir. Hint kenevirinden elde edilir. Birçok kimyasal madde içermesine karşılık temel etken maddesi tetrahidrokannabinolün (THC) delta-9 izomeridir.

Genellikle sigara şeklinde kullanılmakta olup, işleniş biçimine göre gubar, marijuana gibi isimler almaktadır. Sokak isimleri ot ve sarıkız olarak da bilinir. Etkileri 10-30 dakika içinde başlar ve 3-4 saat kadar sürer. Metabolitlerinin yarı ömrü 40-50 saat kadar olabilir bu yüzden uzun süre idrarda saptanabilir (23). Alındıktan sonra kısa sürede etkileri başlar. Dış uyaranlara duyarlılığı arttırır, zaman akışı algılamasını yavaşlatır, renklerin daha parlak görülmesini sağlar. Analjezi, hipotermi, konstipasyon gibi opiyat benzeri etkiler yapabilir (24). İştah artışı, taşikardi, ağız kuruluğu, konjuktivalarda kızarıklık,

koordinasyon bozukluğu, konsantrasyon bozukluğu, korku, şüphecilik yapabilir. Uzun süreli esrar kullanımını sonucu isteksizlik ve psikomotor retardasyonla karakterize bir distimik tablo ortaya çıkabilir. Esrar dumanının inhalasyonu sebebiyle akciğer kanseri oluşma riski sigaradan daha yüksektir. Özellikle paranoid sanrıların ön planda olduğu psikotik bir tabloya sebep olabilir (25).

2.2.2. Bonzai

Esrarın (kannabis) tıbbi amaçlarla kullanımı son zamanlarda üzerinde durulan bir konu haline gelmiştir. Esrarın tıbbi amaçlarla kullanımı araştırmacıları sentetik kannabinoidlerle çalışmaya yöneltmiştir. Bu maddelerin sokak isimleri ise Bonzai ve Jamaica'dır (26).

Sentetik kannabinoid kullanımı son dönemde ülkemizde ve dünyada giderek artmaktadır. Bu artışın sebebi esrar benzeri etkilerinin olması ve rutin toksikolojik tetkiklerde saptanmasının zor olmasıdır (27). Sentetik kannabinoidler oral, rektal, inhalasyon yoluyla kullanılabilirsede, en sık kullanım yolu sigara biçiminde olmaktadır (28). Kimyasal olarak bir çok farklı yapıda sentetik kannabinoid bulunduğu için idrar toksikolojisinde saptanması güçtür. Bu durum bu maddelerin popülaritesini arttırmaktadır. Sentetik kannabinoid kullanımından sonra bazı kişilerde sedasyon görülürken, diğerlerinde ajitasyon, bulantı, sıcak basması, gözlerde yanma, ağız kuruluğu, midriyazis ve taşikardi görülür. Genelde nabız sayısını arttırır ve kan basıncını yükseltirler. Konfüzyon, kaygı hali, halüsinasyonlar ve paranoid düşünceler, intihar düşüncesi gibi etkileri bulunmaktadır. Uzun süreli yoğun kullanım sonrası kişi sentetik kannabinoidleri bırakırsa kaygı, ölüm korkusu, uykusuzluk, kabızlık, bulantı, iştahsızlık ve paranoya ile karakterize yoksunluk belirtileri görülebilmektedir (29, 30).

2.2.3. Amfetaminler

Amfetaminler, 1930'lu yıllardan beri tıpta kullanım alanı olan maddelerdir. Birçok amaçla tıpta denenmiş ancak son zamanlarda çoğunlukla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve narkolepsi tedavisi için kullanılmaktadır. Amfetaminler oral yolla, inhalasyon yoluyla ya da intravenöz yolla kullanılabilir (3). Amfetaminler ödül verici ve güçlendirici etkileri olan maddelerdir. Bu

etkilerini mezolimbik ve mezokortikal yolaklarda dopamin salımını arttırarak gösterirler. Uyarıcı ve ödül verici etkileri dışındaki etkilerini ise diğer major beyin alanlarında benzer katekolamin salınımını arttırarak yaparlar. Sinaptik aralıkta dopamin, serotonin ve norepinefrin konsantrasyonunu arttırması, amfetaminlerin kötüye kullanılmasının net etkisi olarak görülmektedir (31).

Daha önce amfetamin kullanımı olmayan birisinde düşük dozlarda, kendini iyi hissetme, öfori, insanlarla daha yakın ilişki kurma gibi etkiler gösterir. Ağrı eşiğini yükseltir, yorgunluk hissini azaltır ve iştahı baskılar. Dikkat ve performans artışı sağlar. Yüksek dozda ve uzun süre kullanımda ise bir çok olumsuz etkiye sebep olabilmektedir. Bunlar huzursuzluk, disfori, uykusuzluk, kaygı bozukluğu belirtileri, paranoid sanrılar, halüsinasyonlar, taşikardi, tremor, ataksi, çarpıntı, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalık, konfüzyon, koma ve ölüm olarak sayılabilir (32).

2.2.4. Halüsinojenler

Halüsinojenler içerisinde bir çok farklı grup bulunmaktadır. Halüsinojenler yapısal benzerliklerine göre sınıflara ayrılmışlardır. Yapısal olarak serotonine benzeyen gruba indolalkilaminler ismi verilir. Bu grupta lizerjik asit dietilamidin (LSD), d-liserjik asit amin (LSA), psilosibin ve dimetiltriptamin (DMT) yer alır. Amfetaminle yakın yapısal ilişkisi olanlar ise feniletilaminler olarak adlandırılırlar. Bu grupta da meskalin, metilendioksiamfetamin (MDA) ve metilendioksimetamfetamin (MDMA) ya da diğer ismiyle extacy bulunur. Glutamat reseptörlerine etki eden ve arilsikloalkilamin grubunda yer alan fensiklidin (PNP) ve ketamin diğer bir grup halüsinojendir. Bunlar disosiyatif anestezik maddeler olarak bilinirler. Atropin, skopalamin ve hiyosiyamin ise atropin grubu halüsinojenlerdir (33). İnsanlar tarafından kötüye kullanımı olan pek çok doğal ve sentetik halüsinojen bulunmaktadır. En fazla kötüye kullanılan doğal halüsinojenler N,N dimetiltriptamin (DMT), meskalin ve psilosibin'dir. LSD prototipik olarak ilk kötüye kullanımı olan ve üzerinde en çok araştırma yapılmış ilk sentetik halüsinojen maddedir. DMT gibi halüsinojenler sigara ile içilmekle birlikte diğerleri genel olarak oral olarak kullanılırlar.

Halüsinojenlerin etkileri depersonalizayon ve derealizasyon gibi algısal bozulmalar, genellikle görsel olmak üzere halüsinasyonlardır. LSD'nin etkileri alındıktan sonra 1 saat içinde başlar, 4 saatte maksimum etkiler görülür ve etkileri yaklaşık 12 saat kadar sürer. Halüsinojenler fiziksel bağımlılık yapmazlar ve kesilme belirtileri ortaya çıkarmazlar. LSD'nin etkilerine çabuk tolerans gelişir (31).

Bu maddeler sempatomimetik etkiler ortaya çıkarırlar. Kalp atımı ve kan basıncını arttırır ve iştahı azaltırlar. Midriyazis, bulantı, kusma, koordinasyon bozukluğu, ataksi diğer etkileri olarak sayılabilir. Fensiklidin kullanımında rotatuar nistagmus sık karşılaşılan tipik bir bulgudur. Tüm duyuları etkileyebilen doza bağlı halüsinasyon etkileri vardır. Öfori, korku, panik ve psikoz yapabilirler. Stresli bir ortamda kaygı ve paranoyaya sebep olabilir ve bu duruma 'bad trip' ismi verilir (33).

2.2.5. Extacy

Hem amfetaminlere hem de halüsinojenik maddelere etkisi benzeyen extacy MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin) adı verilen bir amfetamin türevidir. Tabletler halinde satılır ve bu tabletlerin üzerinde superman, ninja, kuş resmi gibi resimler bulunur. Eğlence mekanlarında ki gençler arasında kullanımı yaygındır. Genelde ağız yoluyla tabletler alınarak kullanılır ancak son zamanlarda inhalasyon ve damar içi enjeksiyon yoluyla kullanılabilecek türevleri üretilmiştir (15).

Kapsül ve tablet formu ağız yoluyla alınır ve etkisi 4 saat içerisinde başlar. Enerji artışı, uyanıklık ve öfori gibi etkileri bulunmaktadır. Özellikle fluoksetin ile birlikte alındığında bu etkisi artmaktadır. Halüsinasyonlar ve paranoid düşünceler bazen ortaya çıkabilmektedir. Yüksek doz alımda paranoid psikoza sebep olabilmektedir. Epileptik nöbetler, nistagmus ve diyare yapabilir (34).

2.2.6. Uçucu maddeler

Çok sayıda ve farklı türde uçucu madde vardır. Uçucu maddeler kimyasal yapılarına göre farklı alt gruplara ayrılırlar.

1. Tıbbi anestezik gazlar: Nitröz oksit, helyum, oksijen

2. Tıbbi olmayan amaçlarla kullanılan gazlar: Benzin, çakmak gazı, parafin, akü asidi, tutuşturucu sıvılar

3. Endüstriyel uçucular: Saç boyası, çamaşır suyu, tiner, ayakkabı boyası, aseton

4. Ofis teçhizatları: Daksil, işaretleyici boyalar

5. Evle ilgili Aerosoller: sprey boya, deodorant

6. Alifatik Nitritler: astım inhalanları

Ülkemizde en sık kullanılan uçucu maddeler bali ve tinerdir. Tinerin içeriğindeki ana madde toluene'dir ve %50-60 oranında bu maddeyi içerir. Uçucu maddeler farklı şekilde kullanılabilir. Örneğin yapıştırıcılar boş torbalara dökülür ve oradan buharı çekilirken, tiner bir bez parçasına emdirilir ve bu bez ağız burun çevresine tutularak solunur. Hem tiner hem bali kullanan kişi sayısı azdır ve genelde bağımlılar birisini tercih ederler. Sokakta yaşayanlar daha çok tineri tercih ederken, ailesiyle yaşayanlar daha çok bali adındaki yapıştırıcıyı tercih etmektedir (15). Uçucu maddeler hızla başlayan ve hızla sona eren bir iyilik haline sebep olurlar. Etkileri birkaç dakika içinde başlar ve genelde 30-45 dakika arasında devam eder. Uçucu maddeler vücutta yağ dokusunda depolanırlar ve vücuttan tamamen atılmaları iki ayı bulabilmektedir. Uyarılma aşamasında öfori, baş dönmesi, halüsinasyon, ışığa duyarlılık, bulantı, kusma, yüzde kızarıklık erken dönemde ise yönelim bozukluğu, şaşkınlık, görme bozukluğu, kontrol kaybı, konuşma bozukluğu ve reflekslerin baskılanması görülebilir. Geç dönemde bilinç kaybı ve epileptik nöbetler görülebilir. Uçucu madde bağımlılarında nörolojik sorunlar çok sık görülmektedir. Bu kişilerde hafıza ve bellek bozukluğu, öğrenme güçlüğü ve ileri dönemlerde bunama sık görülmektedir. Nörolojik sorunlar davranışsal sorunları da beraberinde getirmektedir. Bozulmuş yargılama yetisi saldırganlık ve suça eğilimi arttırabilir (35,36).

2.2.7. Sedatif hipnotikler

Bu grupta benzodiazepinler, benzodiazepin reseptör agonistleri, barbituratlar, meprobamat, klorhidrat, glutemid ve metakualan yer almaktadır. Etki sürelerine göre kısa etkililer, orta etkililer ve uzun etkililer olmak üzere üçe ayrılırlar. Barbituratların kısa etkilileri anestezide kullanılır, orta etkilileri sedatif hipnotik olarak kullanılır, uzun etkilileri antikonvülzan olarak kullanılır. Sedatif

hipnotik olmaları sebebiyle en çok kötüye kullanımı olan orta etkililerdir. Benzodiazepinler, spinal korda etki ederek kas gevşetici etki gösterirler. Anksiyolitik, amnezik ve sedatif etkileri vardır. Analjezik etkileri bulunmamaktadır. İntrakranial basıncı ve serebral kan akımını düşürürler (37). Benzodiazepinler çok fazla öfori yapmazlar ve mezolimbik mezokortikal dopaminerjik ödül sistemini aktive etmezler. Gamma aminobütirik asit (GABA) reseptörleri üzerinden inhibisyon yaparlar. Bu nedenle kötüye kullanımı öfori sebebiyle değil, anksiyolitik etkisi sebebiyle oluşmaktadır. Bu özelliğiyle diğer kötüye kullanımı olan maddelerden ayrılırlar (38).

Barbituratlar oral yolla alınırlar ve en çok kötüye kullanımı olan barbiturat tabletler pentobartibal sodyum ve amobartibal sodyumdur. Barbituratlar yatıştırıcı etki gösterirler ve bu etkilerini merkezi sinir sistemini etkileyerek gösterirler. Zihinsel fonksiyonlarda yavaşlama, gerginliğin azalması diğer etkileridir (39).

2.2.8 Kokain ve Crack

Güney Amerika'da yetişen 'Erythroxilon coca' isimli bir bitkiden elde edilir. Kokain bitkisinden elde edilen kokain pastasının bazlarla birleştirilmesiyle crack, hidroklorür asitle birleştirilmesiyle ise kokain hidroklorür elde edilmektedir. Kokain burundan solunarak, tütünle sarılarak ve intravenöz olarak kullanılabilir. (3). Periferik sinirlerde iletimi engeller ve lokal anestezik etkiler gösterir. Santral sinir sistemindeki doğrudan etkileriyle ise iştah azalması, hiperaktivite ve uyku ihtiyacında azalma meydana getirir. Tek sefer kullanımda bile psikolojik bağımlılık yapabilecek kadar bağımlılık potansiyeli yüksek bir maddedir. Fizyolojik bağımlılık yapabilir ve opiyatlara göre daha hafif olan yoksunluk belirtileri gösterebilir. Kokainin sokak ismi 'taş'tır (40).

Crack ise 10 saniye içinde etki gösterebilen kokainin çok etkili bir formudur. Bağımlılık potansiyeli çok yüksektir. Crack ve kokain, fiyatları yüksek maddeler olduğu için daha çok ekonomik düzeyi yüksek kişilerce tercih edilmektedir (41).

2.2.9. Nikotin

Bağımlılık yapıcı maddeler arasında dünyada en çok kullanımı olan madde nikotindir. Nikotin bağımlılarının büyük çoğunluğu nikotini bıraktıktan sonra 3 ay

içerisinde nikotine tekrar başlamaktadır. Kokain kullanma riski nikotin bağımlılarında 22 kat fazla bulunmuştur (42,43).

Sigara dumanında 5000 civarında kimyasal madde bulunmasına rağmen, bağımlılık yapmasından sorumlu esas madde nikotindir. Nikotin haz verici etkisini nucleus accumbensden direk olarak dopamin salınımını arttırarak, huzursuzluk ve sigara arama davranışı gibi etkilerini ise locus cerelousdan norepinefrin salınımını arttırarak yapar. Nikotin içimi ile beraber beyinde nikotinik reseptör sayıları artmaktadır. Tüm bu etkilerle bağımlılık oluşumu, öfori, iştahsızlık ve konsantrasyon artışına sebep olmaktadır (44). Sigara içiminden sonra sigara dumanı hızla akciğerlerden kana geçer ve saniyeler içerisinde etkisi başlar. Solunum hızı artar, kan basıncı yükselir. Nikotin şiddetli bağımlılık yapar, alınmadığı zaman iki saat içerisinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Yoksunluk belirtileri baş dönmesi, titreme, sinirlilik, gerginlik gibi belirtilerdir (15).

2.2.10. Alkol

Alkol bağımlılığının başlangıcı en eski uygarlıklara kadar dayanmaktadır. Tarihi kaynaklarda arpa ile bira yapımının 8000 yıl öncesinde Mezopotamyada görüldüğü anlaşılmaktadır (45).

Amerikalı hekim Benjamin Rush, alkol bağımlılığının bir ahlaki zayıflık değil bir hastalık olduğunu ilk defa 1810 yılında tanımlamıştır. İsviçreli bilim adamı Magnus Huss 1849 yılında ilk defa alkolizm terimini kullanmıştır. Elvin Morton Jellinek, alkolizmin bir hastalık olduğunu 1900'lü yıllarda tanımlamıştır (16).

Alkol, bağımlılık yapıcı maddeler arasında en sık kullanımı olan maddelerden birisidir. Çok geniş bir kullanım spektrumu vardır. Bu spektrumda sosyal içicilikten yoğun alkol alımının olduğu alkol bağımlılığına kadar geniş bir spektrum vardır. Bu spektrumda tanısal olarak ayrım yapabilmek için tanı kriterlerinden faydalanmalı ve bireysel değerlendirme yapılmalıdır. Alkol bağımlılığının temel özelliği kişinin alkol içme üzerindeki özdenetimini kaybetmesi ve alkol almak için yoğun bir istek duymasıdır. Bedensel, psikiyatrik ve sosyal sorunlara yol açacak şekilde düzenli ve arada çok yoğun şekilde alkol kullanımının olması alkol kötüye kullanımı olarak tanımlanmıştır (46,47). DSM-5 de 'alkol kullanım bozukluğu' olarak tanımlama yapılmıştır (22).

Alkol tüm vücut için ve özellikle SSS için toksik bir maddedir. Sedatif hipnotiklerle pek çok özelliği farmakolojik olarak benzeyen bir santral sinir sistemi depresanıdır. Alkol GABA, glutamin, dopamin gibi bir çok değişik nörotransmitter ile etkileşebilmektedir. Alkol alımı ile oluşan keyif ve öfori duygusunun, alkolün endojen opiyat artışı yapmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Alkol alındıktan sonra 60 dakika içerisinde alkol en yüksek kan seviyesine ulaşmaktadır. Ancak bireysel faktörler, alınan alkol miktarı, alkol içim hızı ve karaciğerde metabolizasyon miktarına bağlı olarak en yüksek kan alkol düzeyine ulaşma süresi farklılık gösterebilir. Alkol metabolizmasında alkol dehidrogenaz ve aldehid dehidrogenaz isimli iki enzim görev yapmaktadır. Uzun süre alkol kullanımı olan kişilerde enzim indüklenmesine bağlı metabolizma daha hızlıdır (48).

Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi alkol kullanım bozukluğunda da genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Alkol kullanım oranı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bu durumun alkolün ulaşılabilirliği ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Alkol kullanım yaygınlığının en fazla olduğu dönemin 15-25 yaş arası dönem olduğu ve alkol bağımlılığına yol açacak kadar ciddiyet kazandığı dönemin ise 20-40 yaş arası dönem olduğu düşünülmektedir (16). Epidemiyolojik Kaynak Alanı Çalışmalarına (Epidemiologic Cathment Area 'ECA') göre erkeklerin %10'unda, kadınların ise %3-5'inde alkol bağımlılığı gelişme riskinin olduğu görülmüştür (49).

Alkol kullanımına bağlı bir çok davranışsal, psikolojik ve fiziksel semptom görülebilmektedir. Kan alkol düzeyine göre (% mg) alkolün davranışsal etkileri şunlardır:

50-80: Keyif, harekette kusurlar

80-100: Nistagmus (göz bebeklerinde oynama),

100-200: Yürümekte zorluk, duygusal bozukluklar (öfke, ağlama vb)

200-300: Şaşkınlık, konuşma bozukluğu, unutkanlık

300-400: Koma

400-500: Solunum depresyonu

>500: Ölüm

Alkol damar düz kasında gevşeme yapar, kalp atım sayısı üzerindeki etkisi doza göre değişir, kalp kasının kasılmasını azaltır. İştahı arttırır, mide mukoza bariyerini bozar, gastrin salgılatır, pankreasın salgısını arttırır, yerel irritan etkisine ve merkezi etkisine bağlı kusma yapar, dışkıyı yumuşatır ama sürekli kullanımda bağırsak hareketlerini baskılayabilir. Alkol ayrıca, ADH salgılanmasını inhibe ederek idrara çıkmayı kolaylaştırır. Hiperglisemi yapar ve hipoglisemi riskini arttırır, karaciğerde yağ asidi oluşumunu arttırabilir, laktik asidoza yol açabilir (50). Alkol karar verme, yargılama ve muhakeme kabiliyeti gibi bilişsel süreçlerde bozulmalara yol açmaktadır. Bu duruma 'alkol miyopu' ismi verilmektedir (51). Alkol kesildiği zaman terleme, tremor, bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk, kaygı, ajitasyon, işitsel, görsel ya da taktil algı bozuklukları (üstünde böceklerin dolaştığını hissetmek), taşikardi, epileptik nöbetler gibi semptom ve bulguların olduğu yoksunluk belirtilerine sebep olabilir (50).

2.3. Epidemiyoloji

Epidemiyoloji, insanlarda hastalık süreçlerini, bu süreçlerin belirleyicileri, nedenleri ve dağılımlarını inceleyen bir bilim dalıdır (52).

Öncelikle dünya genelindeki verilere bakacak olursak, opiyat bağımlılığının görülme sıklığı toplumda yaklaşık %1 oranında kabul edilmekle birlikte, risk altındaki popülasyona ulaşmaktaki zorluklar sebebiyle bu konuda geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar yapmak gerekmektedir (53).

Dünya Uyuşturucu Raporu 2005 verilerine göre; 15–64 yaş arası dünya nüfusunun %5'ine denk gelen yaklaşık 200 milyon kişinin, raporun yayınlandığı tarihten önceki son 12 ay içerisinde en az bir kere madde kullandığı, kullanıcı sayısının son 15 yıldır düzenli olarak arttığı belirtilmektedir (54). Dünya genelinde yaklaşık 15,6 milyon kişinin yasal olmayan opioid kullandığı ve bunların 11 milyonunun eroin kullandığı bildirilmiştir. Opioid kullanım bozukluğunun yıllık perevelansının, ABD'de %0,14, Güney Doğu ve Kuzey Batı Asya'da %2 olduğu bildirilmiştir (55).

ABD'de yapılan bir çalışmada ise madde kulanım bozukluğunun yaşam boyu prevalansının %14-%16,3 arasında olduğu bildirilmiştir (56).

Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalısması (NHSDH National Household Survey of Drug Use and Health) 2009 verilerine göre; ABD'de 12 yaş ve üstü 21,8 milyon kişinin (%8,7) madde kullanım bozukluğunun olduğu ve bu sayının 2008 verilerine göre daha fazla olduğu (%8) bildirilmiştir. En yaygın kullanılan maddenin esrar olduğu, 12 yaş ve üstü 16,7 milyon kişinin esrar kullandığı (%6,6); 12 yaş ve üstü eroin kullananların sayısının 180000 kişi olduğu (%0,2), yıllar içerisinde bu sayının arttığı; 12 yaş ve üstü popülasyonun %51,9'unun alkol kullanımının olduğu bildirilmiştir. Madde kullanım bozukluğunun erkeklerde, kadınlara oranla iki kat daha fazla görüldüğü ve yine bu çalışmada eroin kullanımına başlama yaşı ortalama 21,3 olarak bildirilmiştir (57).

Görüldüğü gibi dünya genelinde çok fazla oranda ve giderek artan bir sıklıkta madde kullanım bozukluğu bulunmaktadır. Ülkemizdeki verilere göz atacak olursak, İstanbul'da dört okulda 1991 yılında 1500 lise öğrencisi ile yapılan bir anket çalışmasında, herhangi bir maddeyi hayatı boyunca en az bir kez kullananların oranı %2,6, sigara kullanım oranı %15,7, esrar kullanım oranı ise %0,7 olarak bulunmuştur (58).

Yine 1995 yılında İstanbul'da 15 okulda 2800 ögrenci ile yürütülen Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (ESPAD) çalışmasında, herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7, esrar kullanım oranı %4, uçucu madde kullanım oranı %4, extacy kullanım oranı %1, sedatif hipnotik kullanım oranı %7 ve eroin kullanım oranı ise %1 olarak bulunmuştur (59).

İstanbulda 62 okulda 6800 öğrenci ile yapılan bir başka çalışmada yaşam boyu sigara kullanım oranı %29,4, esrar kullanım oranı %4,2, uçucu madde kullanım oranı %4, eroin ve kokain kullanım oranı ise %0,8 olarak bulunmuştur (60).

Sağlık Bakanlığı Gençler Arasında Sigara Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı İle Özelliklerinin Değerlendirilmesi Projesi (SAMAY-98) çalışmasında, Türkiye genelinde yaşam boyu en az bir kez sigara kullanım oranı %63,9, yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanım oranı %8,8 ve son bir yıl içinde uçucu madde kullanım oranı %4,5 olarak saptanmıştır (61).

2004 yılında 3483 lise 2. sınıf öğrencisi ile yapılan bir çalışmada ise eroin kullanım yaygınlığı %1,6 olarak saptanmıştır. Yaşam boyu en az bir kez madde kullanım riski cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerin benzodiazepin kullanımı hariç diğer tüm maddeler için kızlardan daha fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Madde kullanım riski erkeklerde eroin kullanımı için 10 kat, esrar için 4 kat, extacy için ise yaklaşık 3 kat daha fazla bulunmuştur (62).

2009 yılında bağımlılık merkezlerinde yatarak tedavi olan kişilerin kullandıkları madde türü incelendiğinde, %58,21'nin opiyat kullandığı, bunun da %56,67'sinin eroin kullanımı olduğu bildirilmiştir. En sık yatarak tedavi opiyat kullanım bozukluğunda görülmektedir. Yatarak tedavi gören damar içi madde kullanıcılarında ise HIV prevalansı %0,3, HBV prevalansı %5,2, HCV prevalansı %28,9 olarak saptanmıştır (63).

2.4. Etyoloji

Madde bağımlılığının etyolojisinde tek bir faktörün rol oynamadığı, birçok faktörün bir arada rol oynadığı son dönemlerde kabul gören yaygın görüştür. Bağımlılık gelişme sürecinde kullanılan maddenin etkisi önemli bir yer tutar ancak bu tek başına madde kullanım bozukluğunun etyolojisini ve bağımlılık gelişme sürecini açıklamak için yeterli değildir. Ailesel, genetik, sosyal, çevresel, kişilik, psikopatolojik durumlar, farmakolojik ve kullanılan maddenin özellikleri gibi birçok faktör madde bağımlılığının etyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Opiyat bağımlılığında da tüm bu faktörler rol oynamaktadır. Opiyat kullanım bozukluğunda ilk kullanımı belirleyen genelde diğer maddelerde olduğu gibi kültürel ve sosyal etkenlerdir. Bir maddenin ilk denemesinde, maddenin ulaşılabilir olması, toplumsal kabul ve yaş grupları arasında kullanım sıklığı ana belirleyiciler olmaktadır. Daha sonra bağımlılık gelişmesinde ve sürekli olarak opiyat kullanımında farmakolojik sebeplerin önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Bağımlılık istemli olarak başlayan, kişinin beyninde yapısal ve nörokimyasal değişikliklere bağlı olarak madde kullanımının zorlantılı hale gelmesi ile karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır (16).

2.4.1. Kişilik özellikleri

Kişilik özellikleri bağımlılık gelişiminde önemli bir faktördür. Bağımlılar kişilik özellikleri olarak genelde özgüven eksikliği olan, kusurlu taraflarını ön planda tutan, kendini önemsiz gören ve kaygı düzeyi yüksek bireylerdir. Maddelerin kaygı giderici özelliği, güçlüklerden uzaklaşan kişilerde bir dayanak olarak kullanılmaktadır. Madde kullanımıyla oluşan bu geçici rahatlama hissiyle kişide bağımlılık davranışı gelişmektedir. Yine madde bağımlılarının haz verici durumları ertelemekte zorlanan, risk almayı seven, olayların sonuçlarını umursamayan, kaygılı ve engellenme eşiği düşük kişiler olduğu düşünülmektedir. Bu özellikler özellikle antisosyal kişilik bozukluğunda sık görülür ve madde kullanım bozukluğu ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (16).

Kişilikle ilişkili olabilen davranım bozukluğu, çocukluk ve ergenlik döneminde saptanan ve dürtüselliğin birlikte görüldüğü bir durumdur. Davranım bozukluğunda da madde kullanım bozukluğu sık görülmektedir (64).

2.4.2. Genetik özellikler

Genetik özellikler de madde kullanım bozukluğunda önemli bir diğer faktördür. İkizlerde bir kardeşte madde kullanım bozukluğu varsa, diğer kardeşte de madde kullanım bozukluğu gelişme riski %31'e kadar çıkmaktadır. Bu oranların evlatlık olarak alınmış bireylerde de yüksek olduğu bildirilmiştir (65,66).

Yine biyolojik anne babasında alkol kullanım bozukluğu olan çocuklarda alkol kullanım bozukluğunun beş kat daha sık olduğu bildirilmiştir. Opioid, kolinerjik, serotonerjik, dopaminerjik, alkol ve aldehit dehidrojenez enzimleri ile ilgili genler üzerinde yoğun olarak durulmuş ancak şu ana kadar net bir ilişki açıklanamamıştır (67).

Madde kullanım bozuklukları ile Mu-Opioid reseptör aleli (+118A) arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Dopamin D2 reseptör geninin varyant bir formu olan ve beyin ödül yolaklarında değişime neden olan genetik bir aberasyon saptanmıştır. Bu aberasyon A1 aleli olarak isimlendirilmiştir (68).

Genetik araştırmalarda, D2 dopamin reseptör geninde Taq1 restriksiyon fragman boyu polimorfizmi ile belirli bir varyantın uyarıcı maddelerin

kullanımına yatkınlıkla ilişki, DR4 geninde ekson III VNTR alelleri ile eroin bağımlılığına duyarlılık arasında ilişki gösterilmiştir (69).

Opioid reseptör geninin 118. pozisyonundaki polimorfizm, opiyat ligandlara bağlanma yeteneğinde değişikliklere sebep olmakta ve bu değişikliklerin bağımlılık gelişimiyle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Bağımlılık oluşumunu kolaylaştırıcı genetik özellikler gibi bağımlılık oluşumunu zorlaştıran genetik özelliklerde bulunmaktadır. Örneğin opiyatları karaciğerde metabolize eden CYP2D6 enzimindeki işlevsiz 2 allele sahip kişiler opiyatları daha yavaş metabolize ederler. Bu kişilerin bağımlı olma riskinin daha düşük olduğu öne sürülmektedir (70).

2.4.3. Aile, Çevre ve Sosyokültürel Faktörler

Kişinin içinde yaşadığı topluma ait gelenekler ve değer yargılarının madde bağımlılığının etyolojisinde önemli bir yer tuttuğu bildirilmektedir. Bazı maddelerin kullanımı bazı toplumlarda kabul görmektedir. Kişinin içinde yaşadığı toplumun dinamikleri madde kullanımı için ciddi bir risk faktörüdür. Toplumsal düzensizlikler, fakirlik, savaşlar, göçler, göç edilen topluma uyum sağlayamama gibi faktörler önemli bir yer tutmaktadır. Aşırı baskı altında kişi kendini ifade etmekte zorlanabilmekte ve madde kullanımına yönelebilmektedir. Genç erişkin bireylerin kendini daha rahat ifade edebilmesi ve baskı altında olmaması madde kullanım riskini azaltmaktadır. Sanat ve spor gibi sosyal etkinliklere yönlendirmede yine madde kullanım riskini azaltmaktadır (71).

Bağımlılık gelişme olasılığı normal topluma göre bağımlılık davranışının kabul gördüğü ve bağımlılığı olan bir ailede yetişen çocuklarda daha fazla görülmektedir. Ailede madde kullanımı olmasa bile, baskı altında ve tutarsız eğitim şekli, aile içindeki iletişim bozukluğu, duygu alışverişinin kısıtlı olması gibi ailesel patolojiler çocuğun madde kullanım bozukluğu riskini belirgin olarak arttırmaktadır (72). Yapılan bir çalışmada erkek cinsiyet, sınavlarda düşük performans, yakın arkadaşlarda madde kullanımı, düşük sosyo ekonomik düzey gibi sosyodemografik özelliklerin madde kullanımı ile pozitif korelasyonu olduğu bildirilmiştir (73).

Diğer bir araştırmada madde kullanım bozukluğu için en tehlikeli risk etmeninin yasadışı maddelere yakınlık ve kolay elde edebilirlik olduğu ileri sürülmüştür (74).

2.4.4. Psikodinamik ve davranışçı kuramlar

Klasik psikodinamik kuramlara göre madde kullanımı oral döneme regrese olma ve eşcinsel uyarılara karşı bir savunma olarak görülmektedir. Bağımlıların psikoseksüel gelişimde oral ya da pregenital dönemlere regrese olduğu ileri sürülmüştür (75).

Bağımlılık davranışını belirleyen en önemli etmenlerden biri de ego güçsüzlüğüdür. Temelde ego işlevlerinde bozukluk olduğu ve bağımlılık davranışını belirleyen en önemli etkenin ego güçsüzlüğü olduğu ileri sürülmüştür (76).

Klasik psikanaliz kuramının öncüsü Freud'a göre, bağımlılık gelişiminde en önemli unsur psikoseksüel gelişim evrelerindeki oral dönemle ilgili problemlerdir. Bu problemler sonucunda oral bir kişilik yapısı gelişmektedir. Oral kişilik yapısında anneye aşırı bağımlılık, umutsuzluk, açgözlülük ve tutarsızlık bulunur. Çocukluk döneminde doyum sağlayan su, süt, anne memesi gibi nesneler kişi büyüdükçe biçim değiştirmeye başlar. Doyum sağlama ve hazza ulaşma nesneleri alkol ve maddeye dönüşür. Psikoseksüel gelişim evrelerinde sevgi ve güven eksikliğinin olması ve yetişkin çağlarda bu anksiyete ile başa çıkabilmek için kişi maddeye yönelir (77).

Davranışçı kuramlar ise madde bağımlılığını açıklarken madde arama davranışı üzerinde yoğunlaşmışlardır. Bu görüşün dayanağı her kötüye kullanılan maddenin fizyolojik bağımlılık yapmamasıdır. Fizyolojik bağımlılık gelişmediği halde madde arama davranışını ortaya çıkaran belli prensipler üzerinde durulmaktadır. Maddelerin olumlu pekiştireç etkileri bulunmaktadır. Kötüye kullanılan maddelerin çoğu, ilk defa alınmalarından hemen sonra olumlu bir tecrübe, öfori ve kaygıda azalma ortaya çıkarırlar ve böylece bu maddeler, daha sonraki madde arama davranışı için bir olumlu pekiştireç olarak rol oynarlar ve kişilerin madde kulanımına yol açan davranışlarının sıklığı artar. Kişinin, kötüye

kullandığı maddeyi diğer maddelerden farklı kılan bir algılamasının olabileceği üzerinde de durulmaktadır (78).

2.4.5. Maddelerin Pozitif Pekiştirici ve Negatif Pekiştirici Etkileri

Pekiştirici etki, bir maddenin ruhsal durumda ve davranışta yaptığı farmakolojik etki olup onu yineleyen şekilde kullanmaya itiyorsa o maddenin pekiştirici etkisi olduğu bildirilmektedir. Maddenin oluşturduğu haz duygusu da pozitif pekiştireçtir. Madde arama davranışı oluşturması bir maddenin pozitif pekiştirici özelliği olduğunun söylenebilmesi için en önemli şarttır. Nöronal, davranışsal mekanizmalar, modüle edici sosyal ve genetik faktörlerin etkisiyle pozitif pekiştirici etki oluşmaktadır. Öfori, kaygıyı azaltma, zihinsel ve fiziksel fonksiyonları arttırıcı etkiler maddenin daha çok keyif verici özellikleri ile ilişkilidir ve pozitif pekiştirmeye katkıda bulunur. Pozitif pekiştirici ile ilişkili nöroanatomik bölge beynin mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemidir (16). Maddelerin negatif pekiştirici etkileri de bulunmaktadır. Negatif pekiştirici etki de pozitif pekiştiriciler gibi madde arama davranışını arttırmaktadır. Madde kullanımının sürdürülmesinde önemli etkenlerden biri olan negatif pekiştirici etki, maddeyi kullanmama durumunda oluşabilecek keyif azalması, kaygı gibi olumsuz etkilerden kaçınmak amacıyla madde kullanımının sürdürülmesidir (79).

2.4.6. Nörobiyolojik Etkenler

Beyinde temel duygu ve haz algımızı oluşturan temel sistem limbik sistemdir. Bağımlılık oluşturan maddeler beynin derinliklerinde mezolimbik ödül sistemi ismi verilen yolağı doğrudan ya da dolaylı olarak etkilerler. Bu nöronların duyarlılıklarındaki artış bağımlıların madde arama ve kullanma davranışlarını devam ettirmelerine sebep olmaktadır (80).

Mezokortikolimbik yolak ve dopamin yolağı, bağımlılık yapan maddelerin ödüllendirici ve pozitif pekiştirici etkilerinde çok önemli bir role sahiptir. D1, D2, D3 reseptörlerinin her üçünün de uyarılmasının, pozitif pekiştirmeye katkısı olduğu bildirilmektedir. Amigdala, ventral tegmental alan, nucleus accumbens ve frontal korteks ödül merkezi olarak isimlendirilmektedir. Ödül davranışı açısından amigdalanın bazolateral bölümü önem taşımaktadır. Bazolateral amigdala ve

ventral tegmental alan birbiri ile bağlantılı yapılar olarak bilinmektedir. Eroin, kokain, amfetamin gibi güçlü bağımlılık potansiyeli olan maddeler ventral tegmental alandan nücleus accumbense giden yolları uyararak güçlü dopamin dejarjına sebep olurlar. Amfetaminler ise dopamin geri alımını da engellerler ve böylelikle daha fazla dopaminerjik etki sağlarlar. Uzun süreli madde kullanımı mezolimbik dopaminerjik sistemde duyarsızlaşma ile sonuçlanan nöroadaptif değişikliklere neden olmaktadır (81).

Madde bağımlılığı olan bir kişinin beyni, bağımlı olmayan bir kişiden farklılık gösterir. Kişi madde kullanımını bıraksa bile beyindeki bu değişiklikler geri dönmez ve devam eder. Başlangıçta madde kullanımı istemli bir davranış olarak değerlendirilir. Beyinde yapısal değişimler oluştuğunda kişi kompulsif olarak madde arayışına ve istemsiz olarak madde kullanmaya başlamaktadır (82).

Bağımlılığın oluşumunda ve devam ettirilmesinde önemi olan diğer moleküller isen noradrenalin, serotonin, GABA ve opiyat peptidler olarak bildirilmektedir (83).

2.5. Dürtüsellik

Dürtüsellik, genel olarak yapılacak eylemin ve davranışın sonuçlarını düşünmeden harekete geçme olarak tanımlanmaktadır. Dürtüselliğin farklı yönlerinden bahseden literatürde çeşitli tanımlamalar vardır. Moeller ve arkadaşları dürtüselliği, önceden düşünmeden veya bilinçli olarak karar vermeden hızla eyleme geçme, başkaları ya da kendisi için eylemin kötü sonuçlarını düşünmeden davranma, benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlamışlardır (84).

Barratt ve Patton dürtüselliği davranışın sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlamış ve dürtüselliğin nörofizyolojik bir temelinin olduğunu bildirmişlerdir (85).

Patton ve arkadaşları ise dürtüselliği, motor aktivasyon, dikkat eksikliği ve plan yapma eksikliği şeklinde tanımlamıştır (86).

Eysenck ise dürtüselliği, plan yapamama, çok hızlı karar verme ve risk almaya yatkınlık olarak tanımlamıştır (87). Aslında herkesin yakın zamanda küçük ödülleri sonraki zamandaki büyük ödüllere tercih ettikleri ancak

dürtüselliği olan kişilerde bu durumun çok daha fazla olduğu öne sürülmektedir (88).

Dürtüselliğin birçok nedeni olduğu bildirilmiştir. Dürtüsellikte bazı nörotransmiterler ve beyin bölgelerinin etkili olduğunu öne süren kaynaklar vardır. Özellikle orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, anterior singulat girus disfonksiyonu, frontal lob aktivitesinde bozulma ve serotonerjik fonksiyon eksikliği dürtüsellikte suçlanmaktadır (89).

Psikodinamik kuramlara göre dürtüsellik, içsel dürtülerin oluşmasıyla ya da içsel dürtülere karşı azalmış ego direnci nedeniyle artan huzursuzluk ve gerginliği azaltmak için yapılan davranışlardır (90).

Dürtüsellik tek başına bir hastalık olarak tanımlanmamakla beraber pek çok psikiyatrik hastalığın belirtisi olmaktadır. Bu hastalıklar arasında kumar oynama bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani gibi dürtü kontrol bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik bozuklukları ve özellikle madde kullanım bozukluğu sayılabilir (91).

Madde bağımlısı kişilerin çocuklarında dürtüsellik yüksektir bu da bize dürtüsellik ve madde bağımlılığı arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Madde kullanımı beyinde nörotoksik etkiler yaratarak beyinde yapısal ve nöronal değişiklikler ve bozulmalar yapar. Bu bozulmalar sonucunda beyindeki inhibitör mekanizmalarda bozulma oluşmakta ve dürtüsellik meydana gelmektedir (92).

Madde kullanan kişilerin kullanmayanlara göre daha dürtüsel olduğu bildirilmektedir. Dürtüselliği fazla olan kişiler madde deneme ve maddeyi sürdürme açısından daha fazla risk altındadır. Maddeler de etkileri sonucu dürtüselliğe sebep olmakta ya da dürtüselliği arttırmaktadır. Ancak bu fark madde kullanımı ile dürtüsellik arasındaki neden sonuç ilişkisini tam olarak açıklamamaktadır (88).

Madde bağımlılığı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için çeşitli görüşler ileri sürülmüş olup bunlar dürtüselliğin madde kullanımına sebep olduğu, madde kullanımının dürtüselliğe sebep olduğu ya da madde kullanımı ve dürtüselliğin farklı durumlar olduğudur. Tüm bu görüşler dışında dürtüsellik ve madde kullanımı arasında net bir ilişki olmadığını, madde kullanımı ve

dürtüselliğin başka bir çok faktöre bağlı olduğunu ileri süren çalışmalarda bulunmaktadır (93).

2.6. Agresyon

Agresif davranış, zaman zaman ve olaylara bağlı herkesin gösterebileceği bir davranış paternidir. Ancak agresyon tekrar tekrar ve farklı durumlarda kişinin agresif davranması olarak tarif edilmektedir (94). Agresyon dürtüsellikten farklı olarak daha çok motor bir davranıştır ve başka bir kişiye ya da çevreye zarar verme amacıyla yapılır (95).

Buss Perry agresyonu öfke, düşmanlık, sözel agresyon, fiziksel agresyon olmak üzere alt kategorilerede ayırmıştır. Düşmanlık agresyonun bilişsel yönünü, öfke agresyonun duygusal yönünü, sözel ve fiziksel agresyon ise motor yönünü yansıtmaktadır (96).

Dürtüsellikte olduğu gibi, madde bağımlılarında agresyon düzeyleri de yüksek oranda tespit edilmektedir (97). Ancak dürtüsellikte olduğu gibi, madde bağımlılığının agresyonu arttırdığı, agresyon düzeyinin yüksek olmasının madde bağımlılığına sebep olduğu gibi farklı görüşler de bulunmaktadır (98,99).

Agresyonun dürtüsellikle bağlantılı bir durum olduğu ve dürtüselliğin hem agresyon hem de madde bağımlılığı için önemli bir risk etmeni olduğu bildirilmektedir (100). Bir çalışmada dürtüsel kişilerde agresyon düzeyinin yüksek olmasının dürtüsellikle agresyon arasında net bir ilişki olduğunu kanıtlamayacağı bildirilmiştir (101).

2.7. Mizaç

Mizaç bir insanın yapısal özelliği olup huy olarak da isimlendirilir. Mizacın kalıtım yoluyla geçtiği, doğumdan itibaren kişide var olduğu ve kişinin hayatı boyunca çok fazla değişmediği ileri sürülmektedir. Karakterin ise mizaçtan farklı olarak zamanla değişebildiği çünkü çevreden öğrenme yoluyla kazanılan bir kavram olduğu bildirilmektedir (102).

Rothbart'a göre mizaç doğuştan var olan, biyolojik kökenli, zamanla kişinin deneyimleri ile şekillenebilen bir kavramdır (103).

Mizaç kavramının formüle edilmesi ilk olarak Kraepelin tarafından yapılmıştır. Kraepelin iki uçlu bozuklukla ilgili hipertimik tip, depresyon ile ilişkili depresif tip, atipik depresyon ile ilişkili irritabl tip, hem depresyon hemde mani ile ilişkili siklotimik tip olmak üzere duygulanımla ilgili 4 temel tip mizaç tanımlamıştır (104).

Akiskal'a göre mizaç; emosyon ve dürtünün biyolojik temellerinin bir sonucudur. Akiskal siklotimik, depresif, irritabl, anksiyöz ve distimik mizaç olmak üzere beş farklı mizaç tipi tanımlamıştır (105).

2.7.1.Hipertimik mizaç

Erken başlangıçlıdır ve genelde 21 yaşından önce başlar. Bu kişiler başkalarının işlerine çok fazla karışır, kendine çok fazla güvenir, fazla enerjik, keyifli ve neşelidir. Bu kişilerde uyku miktarı azdır ve cinsel istek fazladır. Bu kişilerde zaman zaman hipomani tanı kriterlerini karşılamayan arada ötimik dönemlerin olduğu hipomanik belirtiler olur. Bu kişiler dışa dönük olurlar ve çok konuşurlar. Bu mizaç özelliğinde inkar savunma mekanizması çok fazla kullanılır (105).

2.7.2. Distimik mizaç

Erken başlangıçlıdır ve genelde 21 yaşından önce başlar. Bu kişiler sürekli mutsuz ve üzgün, hüzünlü, kendini suçlayan, anhedoniktir ve bu kişilerin cinsel isteği azdır. Bu kişilerde çok fazla uyku hali ve sürekli bir uyuşukluk hali olmaktadır (105).

2.7.3. Siklotimik mizaç

Erken başlangıçlıdır ve genelde 21 yaşından önce başlar. Bu kişilerin ötimik dönemler arasında birbirini takip eden iyimserlik ve kötümserlik dönemleri ve aralıklı artmış azalmış duygudurum dönemleri ve birbirini takip eden dönemlerde kendine aşırı güven ve güvensizlik dönemleri vardır. Aşırı konuşma ve konuşma azlığı dönemleri, aşırı eğlenceli dönemleri ve çok mutsuz hüzünlü dönemleri olan kişilerdir. Genel olarak bir dönemden diğer döneme ani geçişlerin olduğu iki evreli bir mizaçtır (105).

2.7.4. İrritabl mizaç

Erken başlangıçlıdır ve genelde 21 yaşından önce başlar. Genelde öfkeli, çabuk kızan, mizah ile açıklanamayan hoş olmayan espriler yapan, aşırı eleştiri yapan kişilerdir. Bu kişilerin impulsif davranışları fazladır ve kolay kırılırlar. Nadiren ötimik dönemleri olur. Bu kişilerin disforik bir huzursuzlukları vardır ancak bu kişiler antisosyal kişilik bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanı kriterlerini karşılamazlar (105).

2.8. Kişilik

Kişilik, İngilizce karşılığı personality olan ve Latince persona kelimesinden türetilmiş bir kelime olup anlamı maskedir. Kişilik, mizaç ve karakterin birleşiminden oluşmaktadır. Doğuştan bulunan özellikler ve sonradan kazanılan davranışsal ve ruhsal özelliklerin birleşiminden oluşan ortak bir yapı olduğu bildirilmektedir (106). Kişilik, mizaç karakter ve zekanın birleşiminden oluşur. Mizaç, kişiliğe biyolojik yönden, karakter çevresel yönden katkıda bulunmaktadır. Zeka ise kişiliğe sosyal yönden katkı sağlamakta ve kişilikle ilgili durumların düzenlenmesine yardımcı olmaktadır (16).

Kişilik, birçok araştırmacı tarafından farklı gözle tanımı yapılmış bir kavramdır. Kişilik kavramı, insanın biyolojik ve ruhsal yapılarının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum, yetenek ve becerilerinin bir arada en iyi biçimde bütünleşmesi olarak tanımlanmaktadır (107).

Burger ise kişiliğin, psikanalitik yaklaşım, bilişsel, sosyal öğrenme, biyolojik ve davranışsal yaklaşımlarla açıklanabileceğini bildirmiştir (108).

Freud'a göre kişilik üç parçadan oluşur; bunlar alt benlik, benlik ve üst benliktir. Freud'a göre doğduğumuzda sadece alt benlik vardır ve bu kişilik yapısını oluşturur daha sonra diğer yapılar eklenir. Çocuk çevreyle etkileşmeye başladıkça benlik oluşur ve çocuk biraz daha büyüyüp altı yaşlarına gelince üst benlik oluşur (109).

Erikson'a göre ise kişilik gelişimi yaşam boyu sürmektedir. Erikson kişiliğin gelişimini, biyolojik, psikolojik ve toplumsal süreçlerle açıklamış olup, kişilik gelişiminin bebeklikten yaşlılığa kadar sekiz aşamadan oluştuğunu bildirmiştir (110).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yapılmıştır. Araştırmaya yatarak tedavi gören ve ayaktan polikliniğe başvuran Diagnostic and Satistical Manuel of Mental Disorders V (DSM-V) (22) tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış 35 adet intravenöz kullanımı olan ve 35 adet intravenöz kullanımı olmayan toplam 70 hasta ve kontrol grubu olarak da yaşamının herhangi bir döneminde madde kullanım öyküsü bulunmayan yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hasta grubuyla benzer özelliklere sahip 35 sağlıklı gönüllü birey alınmıştır. Opiyat kullanım bozukluğu olan 70 hastanın tamamı erkeklerden oluştuğu için kontrol grubunun tamamı da erkek gönüllülerden seçilmiştir.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 18-40 yaş arasında olmak.
- Araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul etmek.
- Aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamak.
- Okuma yazma biliyor olmak.
- Bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayabilecek düzeyde biliş ve zekaya sahip olmak.

3.1.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altı ve 40 yaş üstü olmak.
- Okuma yazma bilmemek.
- Ölçekleri anlama ve doldurmasını engelleyecek düzeyde bir zeka geriliğine sahip olmak.
- Ölçekleri anlama ve doldurmasını engelleyecek düzeyde bir fiziksel hastalığa sahip olmak.
- Görüşme esnasında madde etkisinde ya da madde yoksunluğunda olmak.

- Görüşme esnasında; gerçeği değerlendirmesini bozacak ve bilişsel işlevlerini etkileyecek bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak.

3.2. Uygulama

Çalışma için 28.10.2015 tarihinde 336 karar no ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Bireyler araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş olup çalışma içeriğinde isminin kullanılmayacağı, her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı bireylere anlatıldı ve gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Hasta grubu ile bir kez görüşüldü. Hasta grubu intravenöz opiyat kullanımı olan ve intravenöz opiyat kullanımı olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Görüşmeler Akdeniz Üniversitesi AMBAUM'da gerçekleştirildi ve görüşme esnasında hastaların madde etkisinde ya da madde yoksunluğunda olmamasına dikkat edildi. Bu şekilde madde etkisi ve yoksunluğu sırasında oluşan semptom ve bulguların çalışmaya etkisini en aza indirmek hedeflendi. Kontrol grubu ile de bir kez görüşüldü

Her üç gruba da Sosyodemografik Veri Formu, Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID II), Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-autoquestionnaire version (TEMPS-A), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) uygulandı (111, 106, 86, 96).

3.3. Veri toplama araçları

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Form; sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bilgi toplama aracıdır. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, iş durumu, askerlik durumu, sigara ve alkol kullanımı, istismar öyküsü, aile ilişkileri, uyuşturucu madde kullanımı ve kullanım yöntemi, bu maddeleri

kullanım dozu ve süresi, madde yönünden tedavi girişimleri, adli ceza alıp almadığı, cezaevine girip girmediği, intihar girişimi, self mutilatif davranış öyküsü, damar yolu ile bulaşan hastalık, bilinen bedensel hastalık öyküsü, daha önce psikiyatrik başvurusunun olup olmadığı sorularını içermektedir.

3.3.2. DSM-III-R ölçütlerine göre Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II)

Diagnostic and Satistical Manuel of Mental Disorders III (DSM- III-R) sınıflandırma sisteminde bulunan kişilik bozuklukları tanı ölçütlerine göre hazırlanmış bir formdur (112). 1987 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından yapılandırılmış bir klinik tanı koyma aracı olarak geliştirilen SCID-II, deneklerde kişilik bozukluklarının eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirilmesi için uygulandı. Eşik üstü DSM III-R ölçütlerini doldurduğunu ifade etmektedir. Kesin tanı verilen cevaplara göre değil klinisyenin görüşmesi sonrası yaptığı değerlendirme ile konur. SCID-II yarı yapılandırılmış, klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. SCID-II değerlendirilmesinde tek bir kişilik bozukluğu veya birden fazla kişilik bozukluğu tanısı ortaya çıkabilir (111). Ölçek 1989 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (113).

3.3.3. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionaire)

TEMPS-A Akiskal ve ark. tarafından baskın afektif mizacı değerlendirmek için geliştirilmiştir (106). Ölçek depresif, hipertimik, irritabl, siklotimik ve anksiyöz mizaçları belirlemek için düzenlenmiş olup 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri 'doğru' ya da 'yanlış' olarak cevaplandırır. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), irritabl (18 madde) ve anksiyöz (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Ölçeğin Vahip ve arkadaşları tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (114).

3.3.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barrat Impulsiveness Scale, BIS-11, BDÖ)

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin ilk versiyonu Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir (115). Günümüzde kullanılan Barratt Dürtüsellik Ölçeği–11 (BİS–11) ise; 1995 yılında Patton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (86). Ölçek; dürtüselliği değerlendirmede kullanılan hasta tarafından doldurulan bir özbildirim ölçeğidir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır: dikkatsizlik, motor dürtüsellik ve plan yapmama. Değerlendirilirken plan yapmama, dikkat, motor dürtüsellik ve toplam puan olmak üzere 4 farklı alt puan elde edilir. Toplam BDÖ-11 skoru ne kadar yüksekse kişinin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (116).

3.3.5. Buss Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ)

Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş olan ölçek, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir (96). BPAÖ; fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık olmak üzere 4 farklı alt boyuttan oluşan hasta tarafından doldurulan bir özbildirim ölçeğidir. Toplam 29 maddeden oluşan soruların her biri 5 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği, başkalarına fiziksel olarak zarar verme ile ilişkili 9 soru; sözel saldırganlık alt ölçeği, başkalarını sözel olarak zarar vermeyi 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. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Evren ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117).

3.4. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmanın veri analizinde IBM SPSS istatistik yazılımının 20.0 versiyonu (Armonk, New York, USA) kullanıldı. Aksi belirtilmediği durumlarda istatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ olarak kabul edildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma şeklinde ifade edildi. Kontrol grubu ile IV opiyat

kullanımı olan ve olmayan hasta grupları sürekli değişkenler açısından bağımsız One-Way ANOVA testi ile karşılaştırıldı. Bu test ile anlamlı bulunan farklılıkların hangi gruplar arasında geçerli olduğunu tespit etmek için Post Hoc ileri analiz için Tukey testi kullanıldı. İki grup arasında (örneğin IV opiyat kullanımı olan ve olmayan hasta grupları) sürekli değişkenler açısından farklılık olup olmadığını tespit etmek için Student-t testi uygulandı. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki-kare testi ya da Fisher'in Exact testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Pearson ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Bu bölümde opiyat bağımlılığı tanısı almış 35 adet intravenöz kullanımı olan, 35 adet intravenöz kullanımı olmayan hasta ile yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hasta grubuyla benzer özelliklere sahip 35 sağlıklı gönüllü bireyin istatistiksel analizine yer verilmiştir. Araştırmaya alınan hastaların tamamı eroin bağımlısı olup, eroin dışı opiyat bağımlılığı tanısı alan hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca çalışmaya alınan opiyat bağımlıların (s=70, %100) ve kontrol grubunun (s=35, %100) tamamı erkeklerden oluşturulmuştur.

Yaş dağılımına bakıldığında kontrol grubunun yaş ortalaması 29,02±4,50, IV kullanımı olan grubun yaş ortalaması 25,77±4,29 ve IV kullanımı olmayan grubun yaş ortalaması ise 25,00±4,25 idi. Üç çalışma grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,001). Ancak post-hoc analizde anlamlılığın sadece kontrol grubunun yaş ortalamasının IV kullanımı olan ve olmayan 2 gruba göre daha yüksek olması ile ilişkili olduğu ortaya çıktı (sırasıyla p=0,006; p=0,001) (Tablo 4.1).

*Kontrol grubu>IV kullanımı olan ve olmayan (p<0,001).

**Kontrol grubu>IV kullanımı olan (p=0,006), Kontrol grubu>IV kullanımı olmayan (p=0,001).

Tablo 4.1. Örneklemi oluşturan tüm grupların yaş özellikleri.

Sosyodemografk Özellikler	Kontrol S=35(%)	İV kullanımı olan S=35(%)	İV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Yaş Ortalaması(yıl)	29,02±4,50	25,77±4,29	25,00±4,25)	<0,001

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

Çalışma grupları medeni durum açısından karşılaştırıldığında, kontrol grubunun %42,9'u (s=15) bekar, %57,1'i (s=20) evli idi, IV kullanımı olan grubun %74'ü (s=26) bekar %14,3'ü (s=5) evli ve %11,4'ü (s=4) ayrılmış idi, IV kullanımı olmayan grubun %68,6 (s=24) bekar, %25,7'si (s=9) evli ve %5,7'si (s=2) ayrılmış idi. Çalışma gruplarının medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (p=0,001). Opiyat kullanımı olan gruptaki hastaların kontrol grubuna göre bekar olma durumlarının yüksek olduğu saptandı.

Ancak IV kullanımı olan ve olmayan grupların medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p=0,389). Çalışma gruplarının askerlik yapma durumları benzer bulundu (p=0,940). Eğitim durumlarına baktığımızda kontrol grubunun %2,9'u (s=1) ilköğretim mezunu; %77,1'i (s=27) lise mezunu, %20'si (s=7) üniversite mezunu, IV kullanımı olan gruba baktığımızda %51,4'ü (s=18) ilköğretim mezunu, %28,6 (s=10) lise mezunu, %17,1'i (s=6) üniversite mezunu, IV kullanımı olmayan grubun ise %51,4'ü (s=18) ilköğretim mezunu, %31,4'ü (s= 11) lise mezunu ve %14,3'ü (s=5) üniversite mezunu idi. Kontrol grubunun yüksek oranda lise mezunu olduğu, opiyat kullanımı olan grubun ise yüksek oranda ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Çalışma gruplarının eğitim durumları açısından anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (p<0,001). IV kullanımı olan ve olmayan grupların eğitim durumları benzerdi (p=0,987). Kontrol grubunun %20'si (s=7) yalnız, IV kullanımı olan grubun tamamı ailesiyle ve IV kullanımı olmayan grubun %97,1'i (s=34) ailesiyle yaşıyordu. Kontrol grubunun yalnız yaşama oranı opiyat kullanımı olan gruplara göre oldukça yüksek idi (p=0,003). IV kullanımı olan ve olmayan grupların yaşam biçimleri benzer bulundu (p=0,314) (Tablo 4.2) (Tablo 4.3).

Tablo 4.2. Örneklemi oluşturan tüm grupların sosyodemografik özellikleri.

Sosyodemografk Özellikler	Kontrol S=35(%)	İV kullanımı olan S=35(%)	İV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Medeni durum [2]				
Bekar	15(42,9)	26(74,3)	24(68,6)	0,001
Evli	20(57,1)	5(14,3)	9(25,7)	
Ayrılmış	0(0)	4(11,4)	2(5,7)	
Askerlik [1]				
Yapmadı	7(20)	7(20)	6(17,1)	0,940
Yaptı	28(80)	28(80)	29(82,9)	
Yaşam biçimi [2]				
Yalnız	7(20)	0(0)	1(2,9)	0,003
Ailesiyle	28(80)	35(100)	34(97,1)	
Eğitim [2]				
Okuma yazma	0(0)	1(2,9)	1(2,9)	<0,001
İlköğretim	1(2,9)	18(51,4)	18(51,4)	
Lise	27(77,1)	10(28,6)	11(31,4)	
Üniversite	7(20)	6(17,1)	5(14,3)	

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

Tablo 4.3. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların sosyodemografik özellikleri.

Sosyodemografk Özellikler	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Medeni durum [2]			
Bekar	26(74,3)	24(68,6)	0,389
Evli	5(14,3)	9(25,7)	
Ayrılmış	4(11,4)	2(5,7)	
Askerlik [1]			
Yapmadı	7(20)	6(17,1)	1
Yaptı	28(80)	29(82,9)	
Askerde ceza [1]			
Almadı	14(50)	22(75,9)	0,043
Aldı	14(50)	7(24,1)	
Yaşam biçimi [2]			
Yalnız	0(0)	1(2,9)	0,314
Ailesiyle	35(100)	34(97,1)	
Eğitim [2]			
Okuma yazma	1(2,9)	1(2,9)	0,987
İlköğretim	18(51,4)	18(51,4)	
Lise	10(28,6)	11(31,4)	
Üniversite	6(17,1)	5(14,3)	

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

Çalışma grupları iş durumu açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,001). Kontrol grubunun %88'i (s=31), IV kullanımı olan grubun %57,1'i (s=20) ve iv kullanımı olmayan grubun %42,9'u (s=15) görüşme esnasında bir işte çalışmaktaydı. IV kullanımı olan ve olmayan iki grubun ise çalışma durumu benzerdi (p=0,232). Çalışma gruplarının anne babalarının birlikte olup olmama ve hayatta olma durumları açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0,403). Yine çalışma gruplarının ailesinde madde bağımlılığı yönünden anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0,354). Kontrol grubunun aile ile ilişkileri (%100, s=35), IV kullanımı olan gruba (%65, s=23) ve IV kullanımı olmayan gruba göre (%57,1, s=20) anlamlı derecede iyi olarak tespit

edildi (p<0,001). IV kullanımı olan ve olmayan iki grup ise aile ilişkileri yönünden benzerdi (p=0,325) (Tablo 4.4) (Tablo 4.5).

Tablo 4.4. Örneklemi oluşturan tüm grupların iş ve aile hayatına ilişkin özellikleri

Sosyodemografk Özellikler	Kontrol S=35(%)	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
İş durumu [2]				
Çalışmıyor	4(11,4)	15(42,9)	20(57,1)	<0,001
Çalışıyor	31(88,6)	20(57,1)	15(42,9)	
Anne-Baba [2]				
Sağ birlikte	28(80)	28(80)	22(62,9)	0,403
Sağ boşanmış	2(5,7)	3(8,6)	5(14,3)	
Anne ölmüş	2(5,7)	1(2,9)	1(2,9)	
Baba ölmüş	3(8,6)	2(5,7)	7(20)	
İkiside ölmüş	0(0)	1(2,9)	0(0)	
Aile ilişkileri [2]				
İyi	35(100)	23(65)	20(57,1)	<0,001
Kötü	0(0)	12(34,3)	13(37,1)	
Görüşmüyor	0(0)	0(0)	2(5,7)	
Ailede bağımlı [2]				
Yok	35(100)	33(94,3)	33(94,3)	0,354
Var	0(0)	2(5,7)	2(5,7)	

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

Tablo 4.5. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların iş ve aile hayatına ilişkin özellikleri.

Sosyodemografk Özellikler	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
İş durumu [1]			
Çalışmıyor	15(42,9)	20(57,1)	0,232
Çalışıyor	20(57,1)	15(42,9)	
Anne-Baba [2]			
Sağ birlikte	28(80)	22(62,9)	0,288
Sağ boşanmış	3(8,6)	5(14,3)	
Anne ölmüş	1(2,9)	1(2,9)	
Baba ölmüş	2(5,7)	7(20)	
İkiside ölmüş	1(2,9)	0(0)	
Aile ilişkileri [2]			
İyi	23(65,7)	20(57,1)	0,325
Kötü	12(34,3)	13(37,1)	
Görüşmüyor	0(0)	2(5,7)	
Ailede bağımlı [2]			
Yok	33(94,3)	33(94,3)	1
Var	2(5,7)	2(5,7)	

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

Opiyat kullanımı olan gruptaki tüm hastalar ve kontrol grubunun %57,1'i (s=20) sigara içmekteydi. Kontrol grubunun sigara içme oranı (s=20, %57,1) IV kullanımı olan (s=35, %100) ve IV kullanımı olmayan (s=35, %100) gruplara göre anlamlı derecede düşüktü (p<0,001). Çalışma grupları arasında alkol kullanım bozukluğu açısından anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,047). IV kullanımı olan (s=14, %40) ve IV kullanımı olmayan (s=12, %34) grupların alkol kullanım bozukluğu oranı kontrol grubuna göre (s=5, %14,3) belirgin olarak yüksekti (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Örneklemi oluşturan tüm grupların sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri.

	Kontrol S=35(%)	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Sigara[2]				
Yok	15(42,9)	0(0)	0(0)	<0,001
Var	20(57,1)	35(100)	35(100)	
Alkol[2]				
Yok	30(85,7)	21(60)	23(65,7)	0,047
Var	5(14,3)	14(40)	12(34,3)	

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

18 yaşına kadar olan istismar öyküsüne bakıldığında hiçbir grupta cinsel istismar öyküsüne rastlanmadı. Fiziksel istismar öyküsü açısından da tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,137). Tıbbi diğer hastalıklar yönünden de tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p= 0,582). Hepatit ve HIV gibi damar yolu ile bulaşan hastalıklar yönünden çalışma grupları arasında anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,007). Kontrol grubundaki hiçbir hastada hepatit ve HIV gibi damar yolu ile bulaşan hastalık yoktu. IV kullanımı olan gruptaki hastalarda (s=9, %25,7) IV kullanımı olmayan gruptaki hastalara göre (s=5, %14,3) damar yolu ile bulaşan hastalık oranı istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak derecede bir miktar yüksekti (p=0,232) (Tablo 4.7) (Tablo 4.8).

Tablo 4.7. Örneklemi oluşturan tüm grupların istismar öyküsü ve diğer tıbbi hastalıklar yönünden özellikleri.

	Kontrol S=35(%)	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Fiziksel istismar[2]				
Yok	35(100)	31(88,6)	32(91,4)	0,137
Var	(0)	4(11,4)	3(8,6)	
Damar yoluyla bulaşan hastalık[2]				
Yok	35(100)	26(74,3)	30(85,7)	0,007
Var	0(0)	9(25,7)	5(14,3)	
Ek tıbbi hastalık[2]				
Yok	33(94,3)	31(88,6)	33(94,3)	0,582
Var	2(5,7)	4(11,4)	2(5,7)	

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

Tablo 4.8. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların istismar öyküsü ve diğer tıbbi hastalıklar yönünden özellikleri.

	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Fiziksel istismar[2]			
Yok	31(88,6)	32(91,4)	1
Var	4(11,4)	3(8,6)	
Damar yoluyla bulaşan hastalık [2]			
Yok	26(74,3)	30(85,7)	0,232
Var	9(25,7)	5(14,3)	
Ek tıbbi hastalık [2]			
Yok	31(88,6)	33(94,3)	0,393
Var	4(11,4)	2(5,7)	

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

Adli olay yönünden bakıldığında kontrol grubunun %8,6'sı (s=3), IV kullanımı olan grubun %74,3'ü (s=26) ve IV kullanımı olmayan grubun %54,3'ü (s=19) istatistiksel olarak anlamlılık oluşturacak derecede daha önceden bir adli olay yaşamıştı ($p<0,001$). IV kullanımı olan grup, IV kullanımı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak derecede bir miktar daha fazla

adli olay yaşamıştı (p=0,081). Daha önceden cezaevine girme durumu açısından bakıldığında kontrol grubunda hiç cezaevine giren yoktu, IV kullanımı olan grubun %31,4'ü (s=11), IV kullanımı olmayan grubun %17,1'i (s=6) daha önce cezaevine girmişti (p<0,001). IV kullanımı olan grup istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak şekilde IV kullanımı olmayan gruba göre bir miktar yüksek cezaevine girme öyküsüne sahipti (p=0,081). Self mutilatif davranış öyküsü yönünden bakıldığında opiyat kullanımı olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlılık oluşturacak şekilde kontrol grubunun %2,9'unda (s=1) self mutilatif davranış öyküsü vardı (p= 0,025). IV kullanımı olan grupla (s=15, %42,9) IV kullanımı olmayan grup (s=11, %31,4) arasında ise self mutilatif davranış öyküsü açısından anlamlı fark tespit edilmedi (p= 0,322). Kontrol grubunda hiç intihar girişimi öyküsü yoktu ve opiyat kullanımı olan grupta intihar girişim öyküsü belirgin olarak yüksekti (p<0,001). IV kullanımı olan grupla (s=7, %20), IV kullanımı olmayan grup (s=5,%14,3) arasında intihar girişimi açısından anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,526). Vücutta dövme bulunma oranları kontrol grubunda %14 (s=14,3), IV kullanımı olan grupta %42,9 (s=15) ve IV kullanımı olmayan grupta ise %40 (s=14) olarak saptandı (p=0,019). Vücutta dövme bulunma oranları açısından IV kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmedi. (p=0,808) Daha önceden psikiyatri başvurusu kontrol grubunda (s=3, %8,6), IV kullanımı olan (s=8, %22,9) ve IV kullanımı olmayan (s=11, %31,4) gruba göre istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak derecede bir miktar azdı (p= 0,060). Opiyat kullanımı olan grupta daha önceden madde yönünden tedavi görme oranları açısından IV kullanımı olan (s=32, %91,4) ve IV kullanımı olmayan (s=28, %80) gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,172) (Tablo 4.9) (Tablo 4.10).

Tablo 4.9. Örneklemi oluşturan tüm grupların adli olay, intihar girişimi, kendine zarar verme ve psikiyatrik başvuruya ilişkin özellikleri.

	Kontrol S=35(%)	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Adli olay[2]				
Yok	32(91,4)	9(25,7)	16(45,7)	<0,001
Var	3(8,6)	26(74,3)	19(54,3)	
Cezaevine girme[2]				
Yok	35(100)	24(68,6)	29(82,9)	0,002
Var	0(0)	11(31,4)	6(17,1)	
İntihar girişimi [2]				
Yok	35(100)	28(80)	30(85,7)	0,025
Var	0(0)	7(20)	5(14,3)	
Self mutilatif davranış[2]				
Yok	34(97,1)	20(57,1)	24(68,6)	<0,001
Var	1(2,9)	15(42,9)	11(31,4)	
Dövme[2]				
Yok	30(85,7)	20(57,1)	21(60)	0,019
Var	5(14,3)	15(42,9)	14(40)	
Psikiyatrik başvuru[2]				
Yok	32(91,4)	27(77,1)	24(68,6)	0,060
Var	3(8,6)	8(22,9)	11(31,4)	

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

Tablo 4.10. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların adli olay, intihar girişimi, kendine zarar verme ve psikiyatrik başvuruya ilişkin özellikleri.

	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Adli olay[1]			
Yok	9(25,7)	16(45,7)	0,081
Var	26(74,3)	19(54,3)	
Cezaevine girme[1]			
Yok	24(68,6)	29(82,9)	0,163
Var	11(31,4)	6(17,1)	
İntihar girişimi[2]			
Yok	28(80)	30(85,7)	0,526
Var	7(20)	5(14,3)	
Self mutilatif davranış[1]			
Yok	20(57,1)	24(68,6)	0,322
Var	15(42,9)	11(31,4)	
Dövme [1]			
Yok	20(57,1)	21(60)	0,808
Var	15(42,9)	14(40)	
Psikiyatrik başvuru[1]			
Yok	27(77,1)	24(68,6)	0,420
Var	8(22,9)	11(31,4)	
Önceden madde tedavisi[2]			
Yok	3(8,6)	7(20)	0,172
Var	32(91,4)	28(80)	

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

Çoklu madde kullanım öyküsü oranları IV kullanımı olan grupta %74,3 (s=26) ve IV kullanımı olmayan grupta %68,6 (s=24) olarak saptandı ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,597). Diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler tek tek incelendiğinde esrar, uçucu maddeler, halüsinojenler, hipnotikler, uyarıcılar, kokain ve sentetik uyuşturucular açısından opiyat kullanımı olan her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi (p sırasıyla; =0,473, =1, =0,077, =1, =0,124, =1, =0,164) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların çoklu madde kullanımına ilişkin özellikleri.

	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Çoklu madde [1]			
Yok	9(25,7)	11(31,4)	0,597
Var	26(74,3)	24(68,6)	
Esrar [1]			
Yok	17(48,6)	20(57,1)	0,473
Var	18(51,4)	15(42,9)	
Uçucu maddeler[2]			
Yok	33(94,3)	33(94,3)	1
Var	2(5,7)	2(5,7)	
Halüsinojenler[2]			
Yok	32(91,4)	35(100)	0,077
Var	3(8,6)	0(0)	
Hipnotikler[2]			
Yok	34(97,1)	35(100)	1
Var	1(2,9)	0(0)	
Uyarıcılar[2]			
Yok	26(74,3)	31(88,6)	0,124
Var	9(25,7)	4(11,4)	
Kokain[2]			
Yok	16(45,7)	34(97,1)	1
Var	19(54,3)	1(2,9)	
Sentetik kannabinoid[2]			
Yok	31(88,6)	34(97,1)	0,164
Var	4(11,4)	1(2,9)	

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

4.2. Klinik Özellikler

Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puanlarına bakıldığında kontrol grubunun puan ortalaması 52,31±8,52, IV kullanımı olan grubun puan ortalaması 67,17±12,74 ve IV kullanımı olmayan grubun puan ortalaması ise 65.25±14,11 idi. Üç çalışma grubunun Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,001). Ancak post-hoc analizde, anlamlılığın sadece kontrol grubunun puan ortalamasının IV kullanımı olan ve olmayan 2 gruba göre daha düşük olması ile ilişkili olduğu ortaya çıktı (sırasıyla p<0,001; p<0,001). IV kullanımı olan ve olmayan grupların Barratt dürtüsellik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,784).

Buss Perry saldırganlık ölçeği toplam puanlarına bakıldığında ise kontrol grubunun puan ortalaması 34,11±27,27, IV kullanımı olan grubun puan ortalaması 48,02±17,43 ve IV kullanımı olmayan grubun puan ortalaması ise 50±18,47 idi. Üç çalışma grubunun Buss Perry saldırganlık ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,001). Ancak post-hoc analizde anlamlılığın sadece kontrol grubunun puan ortalamasının IV kullanımı olan ve olmayan 2 gruba göre daha düşük olması ile ilişkili olduğu ortaya çıktı (sırasıyla p=0,004; p<0,001). IV kullanımı olan ve olmayan grupların Barratt dürtüsellik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,802) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Örneklemi oluşturan tüm grupların uygulanan klinik ölçekler yönünden karşılaştırılması.

	Kontrol S=35	IV kullanımı olan S=35	IV kullanımı olmayan S=35	p
BarratDürtüsellik Ölçeği*				
Toplam puan	52,31±8,52	67,17±12,74	65,25±14,11	<0,001
Buss-Perry Agresyon Ölçeği**				
Toplam puan	34,11±27,27	48,02±17,43	50±18,47	<0,001

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

* kontrol<iv olan (p<0,001), kontrol<iv olmayan (p<0,001)
** kontrol<iv olan (p=0,004, kontrol<iv olmayan (p<0,001)

Çalışma grupları SCID-II kişilik envanteri ile kişilik özellikleri yönünden incelendiğinde tüm gruplarda avoidant, bağımlı, pasif agresif, öz engelleyici, paranoid, şizotipal, şizoid, histrionik ve borderline kişilik bozukluğu tespit edilmedi. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu sadece IV kullanımı olan bir kişide ve narsistik kişilik bozukluğu IV kullanımı olmayan bir kişide tespit edildi. Antisosyal kişilik bozukluğu oranı kontrol grubunda (s=3, %8,6), IV kullanımı olan (s=19, %54.3) ve IV kullanımı olmayan (s=14, %40) gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azdı (p<0,001). IV kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında antisosyal kişilik bozukluğu sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,231) (Tablo 4.13) (Tablo 4.14).

Tablo 4.13. Örneklemi oluşturan tüm grupların kişilik özellikleri yönünden karşılaştırılması.

	Kontrol S=35(%)	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Obsesif kompulsif[2]				
Yok	35(100)	35(100)	34(97,1)	0,364
Var	0(0)	0(0)	1(2,9)	
Narsistik[2]				
Yok	35(100)	34(97,1)	35(100)	0,364
Var	0(0)	1(2,9)	0(0)	
Antisosyal[2]				
Yok	32(91,4)	16(45,7)	21(60)	<0,001
Var	3(8,6)	19(54,3)	14(40)	

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

Tablo 4.14. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı grupların kişilik özellikleri yönünden karşılaştırılması.

	IV kullanımı olan S=35(%)	IV kullanımı olmayan S=35(%)	p
Obsesif kompulsif[2]			
Yok	34(97,1)	35(100)	1
Var	1(2,9)	0(0)	
Narsistik[2]			
Yok	35(100)	34(97,1)	1
Var	0(0)	1(2,9)	
Antisosyal[1]			
Yok	16(45,7)	21(60)	0,231
Var	19(54,3)	14(40)	

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

Çalışma grupları TEMPS-A mizaç ölçeği alt puanlarına göre karşılaştırıldığında, tüm gruplar mizaç özellikleri açısından benzerdi. Depresif mizaç oranı kontrol grubunda %2.9 (s=1), IV kullanımı olan grupta %8,6 (s=3) ve IV kullanımı olmayan grupta %11,4 (s=4) olarak saptandı (p= 0,388). Kontrol grubunda siklotimik mizaç saptanmadı ve siklotimik mizaç oranları IV kullanımı olan grupta %2,9 (s=1), IV kullanımı olmayan grupta %2,9 (s=1) olarak saptandı (p=0,601). İrritabl mizaç oranları ise IV kullanımı olan grupta (s=6, %17,1) kontrol grubu (s=3, %8,6) ve IV kullanımı olmayan (s=2, %5,7) gruplara göre istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak şekilde bir miktar yüksekti (p=0,267). Anksiyöz mizaç ise IV kullanımı olmayan grupta %5,7 (s= 2) saptanırken diğer gruplarda saptanmadı (p=0,130) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Örneklemi oluşturan tüm grupların mizaç özellikleri yönünden karşılaştırılması.

	Kontrol S=35(%)	İv kullanımı olan S=35(%)	İv kullanımı olmayan S=35(%)	p
Depresif mizaç[2]				
Yok	34(97,1)	32(91,4)	31(88,6)	0,388
Var	1(2,9)	3(8,6)	4(11,4)	
Siklotimik mizaç[2]				
Yok	35(100)	34(97,1)	34(97,1)	0,601
Var	0(0)	1(2,9)	1(2,9)	
İrritabl mizaç[2]				
Yok	32(91,4)	29(82,9)	33(94,3)	0,267
Var	3(8,6)	6(17,1)	2(5,7)	
Anksiyöz mizaç[2]				
Yok	35(100)	35(100)	33(94,3)	0,130
Var	0(0)	0(0)	2(5,7)	

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

Opiyat bağımlısı grup, ortalama eroin kullanım dozu ve süresi yönünden karşılaştırıldığında IV kullanımı olan grubun (1,82±1,04) günlük eroin kullanım dozu ortalaması, IV kullanımı olmayan (1,41±0,79) grubun ortalamasına göre yüksek bulundu. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olmasada anlamlılık düzeyine oldukça yakındı (p=0,065). Eroin kullanım süresi ortalaması açısından IV kullanımı olan (6,02±3,46) ve IV kullanımı olmayan (6,28±4,29) gruplar arasında fark tespit edilmedi (p=0,784) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Örneklemi oluşturan opiyat bağımlısı gruplarda eroin kullanım dozu ve süresine ilişkin özellikler.

	IV kullanımı olan	IV kullanımı olmayan	p
Eroin doz(gr)	1,82±1,04	1,41±0,79	0,065
Eroin süre (yıl)	6,02±3,46	6,28±4,29	0,784

Student t testi kullanıldı.

Yaş, eroin kullanım dozu, eroin kullanım süresi, BPAÖ toplam puanı, BDÖ toplam puanı arasındaki ilişkinin tespiti için Pearson korelasyon testi kullanıldı. Yaş ile eroin kullanım süresi arasında pozitif korelasyon tespit edildi (r=0,573, p<0,01). Eroin kullanım süresi arttıkça eroin kullanım dozunun arttığı (r=0,241, p<0,005) ancak BPAÖ'de alınan puanın ise azaldığı bulundu (r= -0,263, p<0,05). Eroin kullanım süresinin BDÖ puanı ile ters yönde korelasyon gösterdiği bulundu ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. (r= -203, p=0,091) Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda BPAÖ ile BDÖ puanlarının kuvvetli derecede doğrusal ilişki gösterdiği tespit edildi (r=0,625, p<0,01) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. BPAÖ ve BDÖ puanlarının birbirleriyle, yaşla, eroin kullanım süresi ve eroin kullanım dozuyla korelasyonu.

	Yaş	Eroin kullanım dozu	Eroin kullanım süresi	BPAÖ toplam puan	BDÖ toplam puan
Yaş		0,086	0,573**	-0,165	-0,131
Eroin kullanım dozu			0,241*	-0,010	0,114
Eroin kullanım süresi				-0,263*	-0,203
BPAÖ toplam puan					0,625**
BDÖ toplam puan					

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

Opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların %52,85'inde (s=37) antisosyal kişilik bozukluğu yoktu ve %47,15'inde (s=33) antisosyal kişilik bozukluğu vardı. Alkol kullanım bozukluğu yönünden karşılaştırıldığında antisosyal kişilik bozukluğu olanların %54,5'i (s=18), antisosyal kişilik bozukluğu olmayanların ise %21,6'sında (s=21,6) alkol kullanım bozukluğu tespit edildi (p=0,004). Çoklu madde kullanım oranı antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda (s=27, %81,8), antisosyal kişilik bozukluğu olmayanlara (s=23, %62,2) göre istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak şekilde bir miktar yüksekti. (p=0,069) Antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda esrar kullanım oranı (s=21, %63,6) antisosyal kişilik bozukluğu olmayanlara (s= 12, %32,4) göre anlamlı derecede yüksekti. (p=0,009) Antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda adli olay ve cezaevine girme oranları da

anlamlı derecede yüksekti. Antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda adli olay %81,8 (s=27), antisosyal kişilik bozukluğu olmayanlarda ise %48,6 (s=18) olarak tespit edildi (p=0,004). Antisosyal kişilik bozukluğu olanların %36,4'ü (s=12), antisosyal kişilik bozukluğu olmayanların ise %13,5'i (s=5) cezaevine girmişti (p=0,026) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Antisosyal kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların adli olay, alkol kullanımı ve çoklu madde kullanımı yönünden karşılaştırılması.

	Antisosyal olmayan S= 37(%)	Antisosyal olan S=33(%)	p
Alkol[1]			
Yok	29(78,4)	15(45,5)	0,004
Var	8(21,6)	18(54,5)	
Çoklu madde[1]			
Yok	14(37,8)	6(18,2)	0,069
Var	23(62,2)	27(81,8)	
Esrar[1]			
Yok	25(67,6)	12(36,4)	0,009
Var	12(32,4)	21(63,6)	
Adli olay[1]			
Yok	19(51,4)	6(18,2)	0,004
Var	18(48,6)	27(81,8)	
Cezaevine girme[2]			
Yok	32(86,5)	21(63,6)	0,026
Var	5(13,5)	12(36,4)	

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

Antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda eroin kullanım dozu ortalaması (1,78±1,08) antisosyal kişilik bozukluğu olmayanlara göre (1,47±0,78) bir miktar yüksek olsada bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,164). Eroin kullanım süresi her iki grupta da benzerdi (p=0,942). Antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda BPAÖ toplam puan ortalaması (54,39±18,08) antisosyal kişilik bozukluğu olmayanlara (44,89±16,68) göre anlamlı derecede yüksekti (p=0,025).

BDÖ toplam puan ortalaması ise antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda (71,12±12,73) antisosyal kişilik bozukluğu olmayanlara (61,83±12,55) göre anlamlı derecede yüksekti (p=0,003) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Antisosyal kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların eroin kullanım süresi, eroin kullanım dozu ve uygulanan klinik ölçekler yönünden karşılaştırılması

	Antisosyal olmayan (s=37)	Antisosyal olan (s=33)	p
Eroin doz(gr)	1,47±0,78	1,78±1,08	0,164
Eroin süre (yıl)	6,18±4,18	6,12±3,45	0,942
BUSS-Perry toplam	44,89±16,68	54,39±18,08	0,025
BDÖ toplam	61,83±12,55	71,12±12,73	0,003

Student t testi kullanıldı.

5. TARTIŞMA

Madde kötüye kullanımı hakkında literatürde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. İntravenöz kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlısı kişileri karşılaştıran çalışma sayısı ise kısıtlı sayıdadır (9, 118, 119, 120-124).

Çalışmamızda öncelikli olarak madde kullanımı olan kişilerde daha yüksek oranda dürtüsellik ve agresyon düzeyi olduğu, daha yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu olduğu ortaya konuldu. IV kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlısı gruplarda dürtüsellik, agresyon ve kişilik yönünden anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi. Mizaç özellikleri yönünden ise her üç grup arasında fark tespit edilmedi. Çalışmamızda grupların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında opiyat kullanımı olan grubun daha fazla aile, iş, adli olay ve tehlikeli yaşam olayları yaşadığı ancak IV kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlısı gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi. Çalışmamızda dürtüsellik düzeyi ile agresyon düzeyi arasında pozitif bir korelasyon tespit edildi. Ayrıca antisosyal kişilik bozukluğuna sahip kişilerde, antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olmayanlara göre daha yüksek oranda adli olay ve günlük yaşam sorunları olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda madde kullanımı olan hastaların tamamı (%100) erkeklerden oluşmaktaydı. Alkol ve madde bağımlılığı konusunda yapılmış birçok çalışmada kadın hastaların düşük oranda olduğu bildirilmiştir (118, 125, 126). Literatürde bir çalışmada madde kullananların % 87-98 arasındaki bölümünün erkeklerden oluştuğu bildirilmiştir (127). Çakmak ve Evren AMATEM'de yatarak tedavi gören hastaların beş yıllık değerlendirilmesinde cinsiyet oranını erkeklerde %93,5, Pektaş ve ark. madde kullanım bozukluğu olan yatan hastalarla yaptıkları çalışmada kadın erkek oranını 1/6 olarak bildirmişlerdir (19, 128). ABD'de yapılan bir çalışmada 96 opiyat bağımlısı hasta grubunda cinsiyet oranı erkeklerde %69 kadınlarda %31, başka bir çalışmada buprenorfin ile idame tedavisi alan eroin bağımlısı 259 hastanın %89'u erkek %11'i kadın olarak bildirilmiştir (129, 130).

Madde bağımlılığında erkek oranının baskın olması, gelişmekte olan ülkelerde kadınların madde kullanımının erkeklere oranla toplumsal kabulünün

daha az olması, davranış kalıbı olarak erkeklerin kadınlara oranla riskli yaşantılara daha meyilli olmaları ve geleneksel toplumlarda erkeklerin kadınlara oranla daha rahat hareket edebilmeleri ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda kontrol grubunun yaş ortalaması 29,02±4,50, IV kullanımı olan grubun yaş ortalaması 25,77±4,29 ve IV kullanımı olmayan grubun yaş ortalaması ise 25,00±4,25 olarak saptandı. Çakmak ve Evren'in yaptıkları bir çalışmada yatarak tedavi gören madde bağımlısı 1067 olgunun yaş ortalaması 28.21±9.64 olarak saptanmış, Heslin ve ark. çalışmasında ise 344 opiyat bağımlısı hastanın yaş ortalaması 37.9±10.2 olarak saptanmıştır (19, 131). Çalışmamızda kontrol grubunun yaş ortalaması opiyat kullanımı olan hastaların yaş ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, damar yoluyla eroin kullanan olgularla (ort: 30.4) damar yoluyla eroin kullanmayan olgular (ort: 31.9) arasında yaş farkı saptanmamıştır (118). Çalışmamızda da bu veri ile uyumlu olarak yaş ortalaması açısından IV kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında fark saptanmadı.

Eğitim düzeyi açısından bakıldığında Doğanavşargil ve ark. çalışmasında madde kullanımı olan hastalarda lise ve üzeri eğitim görenlerin oranı %38,9 bulunmuştur (125). Bulut ve ark. çalışmasında ise hastaların %32,5'inin lise ve üzeri eğitim gördüğü bildirilmiştir (126). Diğer bir çalışmada alkol ve madde bağımlılarının eğitim seviyesinin kontrol grubundan düşük olduğu bildirilmiştir (98). Evren ve Çakmak'ın çalışmasında lise seviyesinde eğitim görmüş olma oranı damar yoluyla eroin kullananlarda %30.7 iken, bu oran damar yoluyla eroin kullanmayanlar için %21.3 olup istatistiksel fark bulunmamıştır (118).

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak madde kullananların eğitim seviyesi kontrol grubuna göre düşük bulundu. Madde kullanımı olan hastalarda lise ve üstü eğitim seviyesi %45,7 idi ve literatürdeki oranlardan bir miktar yüksekti. Bunun sebebi son yıllarda zorunlu eğitim sebebiyle hastaların eğitim seviyesinin artması olabilir. Çalışmamızda daha önceki veri ile uyumlu olarak IV kullanımı olan ve olmayan hastalarda eğitim seviyesi açısından fark saptanmadı.

Çalışmamızda, opiyat kullanan hastaların kontrol grubuna göre bekar olma ve eşinden ayrılma oranlarının yüksek olduğu bulundu. Ayrıca opiyat kullanımı

olan hastaların aile ilişkileri kontrol grubuna göre belirgin olarak kötüydü. Bu bulgular, bağımlılığın aile içi sorunları ve ayrılma oranını artırdığı ile ilgili çalışmalar ile uyumlu idi (126, 132).

Literatürde damar yolu ile madde kullananlar ve kullanmayanlar arasında medeni durum açısından fark olmadığı bildirilmektedir (119, 120). Çalışmamızda da literatüre benzer şekilde IV kullanımı olan ve olmayan hastalar arasında medeni durum açısından fark saptanmadı. Bu bulgu damar yolu ile madde kullanımının, bu kişilerin evlenmesine ya da evliliklerini devam ettirmelerine engel oluşturmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Çalışmamızda kontrol grubunda işsizlik oranı %11,4, IV kullanımı olan grupta %42,9 ve IV kullanımı olmayan grupta ise %57,1 olarak saptandı. Literatüre benzer şekilde, opiyat kullanımı olan grupta işsizlik oranı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti. Geçici ve ark. çalışmasında opiyat kullanımı olan hastalarda işsizlik oranı benzer şekilde %51,2 olarak bildirilmiştir (133). Gümüş ve ark. çalışmasında ise eroin bağımlılarının düzenli olarak çalışmama durumu kontrol grubundan yüksek saptanmıştır (134).

Bu yüksek işsizlik oranları, madde bağımlılığının toplumsal ve mesleki alanlardaki iş gücü kaybını ortaya koymaktadır. Bu durum, madde kullanımı nedeniyle kişilerin tüm sosyal alanlardan uzaklaşması, sadece madde kullanımı üzerine yoğunlaşmaları ve madde kullanımı nedeniyle iş performansının olumsuz etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde işsizlik oranının damar yoluyla eroin kullananlarda, damar yolu ile kullanmayanlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (121, 122). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak IV kullanımı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak şekilde işsizlik oranı bir miktar düşüktü. Bu durum madde kullanımı olan hastaların daha çok geçici ve günübirlik işlerde çalışmaları ve çalışmamızda iş durumunun sadece kesitsel olarak belirlenmesi ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda, gruplar arasında ailede bağımlılık seviyesinde madde kullanımı oranları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmadı. Literatürde aile kavramının sınırları net olarak çizilmemiş olmakla birlikte, bağımlıların ailelerinde alkol ve madde bağımlılığının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar

bulunmaktadır (135, 136). Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda fark saptanmaması hastaların aile ve bağımlılık kavramının sınırlarını tam olarak bilmemesiyle ilgili olabilir. Ancak kişinin yakın çevresinde madde kullanan kişilerin olması, madde kullanımının olağan bir davranış gibi görülmesine ve erken yaşlarda madde kullanım riskinin artmasına sebep olabilir (118).

Madde kötüye kullanımı ile suç işleme oranları arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma yapılmış ve madde kullanımı olan kişilerde suç işleme oranı madde kullanmayan kişilere oranla 3-4 kat fazla bulunmuştur (137, 138). Spooner ve ark. çalışmasında eroin kullanımı ve suç işleme davranışları arasında yakın ilişki olduğu vurgulanmıştır (139). Bizim çalışmamızda da opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda adli olay ve cezaevine girme oranları belirgin olarak yüksekti. Bu bulgu literatür ile uyumlu idi.

Madde kullanımı nedeniyle iş performansı giderek düşen ve ekonomik kriz içine giren kişi, ihtiyacı olan maddeyi temin edebilmek için hırsızlık, uyuşturucu madde satıcılığı ve gasp gibi suçları daha kolay işleyebilmekte, bu yüzden de yüksek adli sorunlar yaşama oranı madde bağımlılarında artış göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada eroin kullanımına bağlı yasal sorunların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, damar yolu ile eroin kullananlarda (%57,3) damar yolu ile eroin kullanmayanlara (%48,4) göre bir miktar yüksek olduğu ve her iki grup arasında cezaevinde bulunma durumu açısından fark bulunmadığı bildirilmiştir (119). Yine başka bir çalışmada IV madde kullanımı olanlarda suç işleme oranları yüksek bulunmuştur (120). Çalışmamızda da IV opiyat kullanımı olanlarda adli olay (%74,3) ve cezaevine girme (%31,4) oranları, IV opiyat kullanımı olmayanlardaki adli olay (%54,3) ve cezaevine girme (%17,1) oranlarına göre belirgin olarak yüksekti. Bu durum damar yolu ile madde kullananlarda, madde etkisi altındayken risk alma davranışının artması ve bir çok alanda muhakeme yetisinin daha çok bozulması ile ilgili olabilir.

Bağımlılarda özkıyım riski genel topluma göre belirgin olarak yüksek olup, çeşitli çalışmalarda özkıyım girişim oranı %15 ile %20 arasında değişmektedir (140, 141).

Karamustafalıoğlu ve ark. çalışmasında geçmişte özkıyım girişiminin bulunma oranı IV eroin kullananlarda (%55,3), IV eroin kullanmayanlara oranla (%23,8)

yüksek bildirilmiştir (123). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak şekilde özkıyım girişim oranı IV opiyat kullanımı olanlarda (%20), IV opiyat kullanımı olmayanlara (%14,3) göre bir miktar yüksekti ve opiyat kullanımı olan hastalarda öz kıyım girişimi öyküsü kontrol grubuna (%0) göre belirgin olarak yüksekti. Bu bulgular literatürle uyumlu idi. Sosyal sorunlar, toplumsal dışlanma, kabul edilmeme, işsizlik, yasal sorunlar eroin bağımlılarında sıktır ve bunun da öz kıyım riskini belirgin olarak arttırdığı söylenebilir.

Opiyat bağımlılarını kontrol grubundan ayıran önemli bir diğer fark yüksek oranda sigara ve alkol kullanımıdır. Çalışmamızda opiyat kullanımı olan tüm hastalar sigara kullanmaktaydı ve yine alkol kullanım oranı opiyat bağımlılarında belirgin olarak yüksekti. Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında maddeler arasında aşamalı geçişler olduğu ve nikotinin bağımlılık yapıcı maddelere geçiş için kapı görevi yaptığı ileri sürülmektedir (142). Geçici ve ark. yaptıkları çalışmada, opiyat bağımlılarının sigara kullanım oranını %100 ve yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımını ise %91,7 olarak bildirmişlerdir (133). Lei ve ark. benzer şekilde eroin kullanan bireylerde sigara kullanım oranını %99, alkol kullanım oranını %94,1 olarak bildirmişlerdir (143). Evren'in çalışmasında IV madde kullananlarda sigara kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur (144). Çalışmamızda ise IV kullanımı olan ve olmayan hastalar arasında sigara ve alkol kullanımı yönünden fark saptanmadı.

Damar yolu ile bulaşan hastalıklar yönünden baktığımızda, Türkiye'de yapılan bir çalışmada damar içi ilaç kullanımı olan 107 hastada HBV taşıyıcılığı oranı %2.8, anti-HCV pozitifliği oranı %44.9 olarak bildirilmiştir (145). Murray ve ark. çalışmasında ise IV uyuşturucu kullananlarda HCV seroprevalansının %20-46 arasında olduğu bildirilmiştir (146).

Çalışmamızda ise Hepatit ve HIV gibi damar yolu ile bulaşan hastalıklara rastlanma oranı, IV kullanımı olan hastalarda (%25,9) IV kullanımı olmayan (%14,3) hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmayacak şekilde bir miktar yüksekti. Damar yolu ile madde kullanan hastalarda Hepatit ve HIV gibi hastalıkların daha fazla bulunması, bu hastaların ekonomik güçlükler sebebiyle temiz enjektör temininde sıkıntı yaşamaları ve ortak enjektör kullanımı ile ilgili olabilir.

Evren ve Çakmak 1983-1988 yılları arasında yürüttükleri bir araştırmada, çoklu madde kötüye kullanımı ve/veya bağımlılığı yaygınlığını % 19 olarak bildirmişlerdir (19). Latvala ve ark. çalışmasında, madde kullanım bozukluğu olan vakaların %24'ünün 2 veya daha fazla madde kötüye kullanım veya bağımlılığı tanısı olduğu bildirilmiştir (147). Başka çalışmalarda da çoklu madde kullanım yaygınlığı %24-26 olarak bildirilmiştir (148, 149).

Çalışmamızda çoklu madde kullanım oranı, IV kullanımı olanlarda %74,3, IV kullanımı olmayanlarda %68,6 olarak saptandı. Bu bulgu literatüre oranla oldukça yüksekti. Bunun sebebinin hastaların çoklu madde kavramını tam olarak anlayamamaları ve buna göre cevap vermeleri ile ilgili ya da maddelere ulaşım koşullarının daha kolay olması ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Eroin kullanım miktarı ve süresine bakıldığında yapılan bir çalışmada, damar yoluyla eroin kullananlarla kullanmayanlar arasında eroin kullanımına başlama yaşı, eroini düzenli kullanmaya başlama yaşı ve eroin kullanma süresi açısından fark olmadığı bildirilmiştir (118). Çalışmamızda da IV kullanımı olanların olmayanlara göre eroin kullanım dozu bir miktar yüksek olsada, her iki grup arasında eroin kullanım doz ve süresi açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Madde kullanımı olan kişilerde dürtüsellik ve agresyon düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir. Dürtüselliği yüksek olan kişiler endişe, korku, gerginlik gibi duyguları çok fazla yaşamakta ve bu duyguları azaltmak için madde kullanımına yönelebilmektedir (150). Allen ve ark. madde kötüye kullanım öyküsü olan kişilerin, madde kullanımı olmayan kişilere oranla daha yüksek dürtüsellik düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir (151). Kirby ve ark. eroin ve kokain bağımlılarında dürtüsellik düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu ancak eroin ile kokain bağımlılarının dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir (152). Literatürdeki birçok çalışmada madde kullanım bozukluğu olan kişilerde agresyon düzeyinin de madde kullanım bozukluğu olmayan kişilere göre yüksek olduğu bildirilmiştir (97, 153, 154).

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak dürtüsellik düzeyini gösteren BDÖ ve agresyon düzeyini gösteren BPAÖ toplam puanları, opiyat kullanımı olan hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti. Madde bağımlılarındaki bu yüksek dürtüsellik düzeyinin, bağımlılardaki madde alımıyla

beraber hemen ortaya çıkan öfori gibi pekiştireçlerin, geç dönemde ortaya çıkan başarı, iyi bir yaşam gibi daha büyük ödüllere tercih edilmesine neden olduğu ileri sürülmektedir (155). Dürtüsel kişilerde bir heyecan arama davranışı olarak, maddeyi deneme ve madde kullanımına devam etmenin daha fazla olduğu bildirilmiştir (88). İlk denemeden sonra madde kullanımının sürdürülmesinde dürtüselliğin etkili olduğu vurgulanmaktadır (93). Maddelerin akut ve kronik etkileri sebebiyle dürtüselliğe sebep olduğu ve dürtüsellik düzeylerini arttırdığını ileri süren görüşlerde bildirilmiştir. Madde kullanımı olan ve olmayan kişiler arasındaki dürtüsellik düzeyi farkı ortaya konmuş ancak neden sonuç ilişkisi tam olarak açıklanamamıştır (88).

Baldacchino ve ark. yasadışı eroin kullanıcılarında dürtüsellik düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğunu ancak bunun intravenöz kullanımla ve toplam eroine maruz kalma miktarıyla ilişkisinin bulunmadığını bildirmişlerdir (156). Çalışmamızda da bu veri ile uyumlu olarak IV kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlıları arasında dürtüsellik ve agresyon düzeyi açısından fark tespit edilmedi. Madde bağımlılığı ve dürtüselliğin başka bir faktörle ilgili olduğunu, bu faktörün yaş, cinsiyet, ödül duyarlılığı, çocukluk dönemindeki travmalar ve çevresel faktörler olabileceği ve dürtüselliğin bağımsız olarak madde bağımlılığı riskini belirlemediğini ileri süren görüşlerde bildirilmiştir (93).

Çalışmamızda ki IV opiyat kullanımı olan ve olmayan hastalarda dürtüsellik ve agresyon düzeyi arasında fark bulunmaması, bağımlıların intravenöz madde kullanımına geçişinde ve bu durumu sürdürümünde dürtüsellik ve agresyon harici başka faktörlerinde etkili olabileceğini ve prospektif geniş kapsamlı çalışmaların bu durumun açıklanmasına katkısı olabileceğini düşündürmüştür.

Kendine ve başkasına zarar verme davranışı ile dürtüsellik, agresyon ve öfke arasında kuvvetli bir pozitif ilişki bulunduğu bildirilmektedir (157). Çalışmamızda da bu veri ile uyumlu olarak dürtüsellik ve agresyon düzeyleri arasında kuvvetli pozitif korelasyon saptandı. Agresyon düzeyi yüksek kişilerin davranışlarını kontrol etmekte zorlandıkları ve daha dürtüsel oldukları, dürtüsel kişilerde sosyal problem çözme becerilerinin düşük olduğu, bununda yüksek agresyona yol açtığı ileri sürülmüş olup, çalışmamızdaki agresyon ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki pozitif korelasyon bu durumla ilişkili olabilir (158, 101).

Genel toplumda kişilik bozukluğu oranı %10-20 arasında değişmektedir (16). Grant ve ark. çalışmasında ABD'de genel toplumda kişilik bozukluğu oranının %14,79 ve bunun %7,88'inin obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (159). Başka bir çalışmada, genel toplumda kişilik bozukluğu oranının %6-10 arasında değiştiği, 18-29 yaş arası kişilerde antisosyal kişilik bozukluğu oranının %6,2 olduğu bildirilmiştir (160). Brooner ve ark. yaptıkları bir çalışmada opiyat bağımlılarında %35 oranında kişilik bozukluğu olduğunu, bunun da %25,1'inin antisosyal kişilik bozukluğu, %6,2'sinin ise borderline kişilik bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (161). Frei ve ark. ise opiyat bağımlılarında %58 oranında kişilik bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (162). Ülkemizde yapılan bir çalışmada madde bağımlılarında %42.4 oranında kişilik bozukluğu olduğu ve bunun %67'sinin antisosyal kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (163). Madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu birlikteliğinin %42 ile %95 arasında değişen oranlarda olduğunu bildiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (164-168).

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kişilik bozukluğu oranları kontrol grubunda %8,6, IV kullanımı olan grupta %57,2 ve IV kullanımı olmayan grupta ise %42,9 olarak bulundu ve opiyat kullanımı olan gruplara eşlik eden en sık kişilik bozukluğu antisosyal kişilik bozukluğu idi. Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu oranının yüksek olması, antisosyal kişilik bozukluğunda ödül duyarlılığının ve zarardan kaçınmanın düşük, yenilik arayışı davranışının yüksek olmasıyla ya da kişilik bozukluğunun eşlik ettiği madde bağımlılarının tedavi için başvuru oranlarının daha yüksek olmasıyla ilgili olabilir (169-171).

Saint-Lebes ve ark. antisosyal kişilik bozukluğu oranını IV madde kullanımı olanlarda (%47,8) IV kullanımı olmayanlara (%35,3) göre anlamlılık oluşturmayacak şekilde bir miktar yüksek bildirmişlerdir (9). Literatürde madde kullanım yolunun kişilik bozukluğu ile ilgisi olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (124, 172).

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak IV opiyat kullanımı olan grupta kişilik bozukluğu oranı bir miktar yüksek bulunmasına rağmen, iki grup arasında kişilik bozukluğu oranı yönünden anlamlı fark saptanmadı. Bu durum madde

kullanım şeklinin seçiminde, kişilik bozukluğu harici başka faktörlerin etkili olabileceği ile ilgili olabilir.

Mizaç özellikleri açısından yapılan bir çalışmada, eroin bağımlıları ile kontrol grubu arasında siklotimik ve irritabl mizaç özellikleri arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (173). Iliceto ve ark. çalışmasında eroin bağımlılarında kontrol grubuna oranla distimik, siklotimik, anksiyöz ve irritabl mizaç skorlarının anlamlı derecede yüksek ve hipertimik mizaç skorları arasında fark olmadığı bildirilmiştir (174). Azzouz ve ark. yaptığı çalışmada ise madde bağımlılarında %68,3 ile en sık hipertimik mizaç daha sonra %58,3 ile siklotimik mizaç bulunduğu, eroin ve kokain kullanıcılarında hipertimik mizaç skorlarının belirgin olarak yüksek olduğu ve bu mizacın çoklu madde kullanımı ile kuvvetli korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (175). Çalışmamızda literatürden farklı olarak gruplar arasında mizaç özellikleri yönünden anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Afektif mizaç ile eksen I psikopatolojinin (özellikle afektif mizaç türleri ile bipolar bozukluk alt grupları arasındaki ilişki) ilişkisi olduğunu iddia eden birçok çalışma bulunmaktadır. Bir başka deyişle depresyona ve maniye ait özgül afektif mizaç özellikleri bulunduğu bildirilmektedir (176-178). Çalışmamızda tüm gruplarda eksen I düzeyinde psikopatolojisi olanlar çalışma dışı bırakılmış olup, her üç grup arasında mizaç farklılığı saptanmamış olmasının bu durumla ilişkili olabileceği ya da muhtemelen uygulanan ölçeğin uygulama kısıtlılıklarıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Eroin bağımlılarında kişilik bozukluğu ek tanısı olanların daha fazla yasal sorunlar yaşadığını, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde alkol ve madde kullanım oranlarının yüksek olduğunu, antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda yüksek saldırganlık düzeyleri olduğunu ve bunun öfke düzeyleri ve kendine zarar verme davranışı ile ilgili olduğunu bildiren birçok çalışma bulunmaktadır (169, 170, 179, 180).

Çalışmamızda opiyat kullanım bozukluğu olan hastalar antisosyal kişilik bozukluğu olan ve olmayan iki grup olarak incelendiğinde, antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaların olmayan hastalara göre adli olay yaşama, cezaevine girme oranları, dürtüsellik ve saldırganlık ortalama puanları anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Bu bulgular literatür ile uyumludur. Bu durum, antisosyal kişilik

bozukluğuna sahip kişilerin iş yaşamı başarılarının düşük ve bulundukları ortamlara uyumsuz olması, dürtüsellik düzeylerinin yüksek olması, sorumluluk duygularının düşük olması, riskli davranışlara yatkın olmaları, yüksek dürtüsellik düzeylerinin kendine zarar verici davranışlarla yakından ilişkili olması ile açıklanabilir (181-183).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde genellikle çoklu madde kullanım oranları yüksek bildirilmiştir (184). Çoklu madde kullanımını tetikleyen unsurlar arasında cinsiyet, antisosyal davranışlar, çocukluk çağı cinsel travması, daha genç yaşta esrar kullanımı belirtilmiştir (185). Uzun ve ark. çalışmasında antisosyal kişilik bozukluğunda çoklu madde kullanım oranının %46,3 olduğu ve en yaygın eşlik eden maddelerin alkol, esrar ve uçucu maddeler olduğu bildirilmiştir (186). Semiz ve ark. çalışmasında ise alkolün yanında en yaygın kullanılan maddelerin %58.6 ile esrar ve MDMA olduğu bildirilmiştir (187).

Çalışmamızda da çoklu madde kullanım oranı, antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda (%81,8) olmayanlara (62,2) göre yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı çıkmamakla birlikte anlamlılık düzeyine çok yakın saptandı. En sık eşlik eden maddeler %63,6 ile esrar ve %54,5 ile alkol olarak tespit edildi. Esrar ve alkol kullanım oranları antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti. Antisosyal kişilik bozukluğu olan ve olmayan kişiler arasında eroin kullanım süre ve dozu açısından anlamlı fark saptanmadı. Bu bulgular literatür ile uyumlu gözükmekteydi. Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu, bu yüksek dürtüsellik düzeylerinin riskli davranışları daha kolay yapabilmelerine sebep olduğu ve çoklu madde kullanım oranının yüksek olmasının bununla ilgili olabileceği düşünüldü. Esrar ve alkole ulaşım koşullarının daha kolay olması sebebiyle bu kişilerin bu maddeleri daha çok kullandıkları düşünüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

IV kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlılarında, dürtüsellik, agresyon, mizaç ve kişilik gibi özellikleri incelediğimiz bu çalışmanın sonucunda; opiyat kullanım bozukluğu olanlarda, dürtüsellik ve agresyon düzeylerinin ve antisosyal kişilik bozukluğu oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ancak IV kullanımı olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptandı. Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde, işsizlik, yasal sorunlar ve özkıyım girişimlerinin yüksek oranda olduğu ortaya konulmuştur. Aynı zamanda antisosyal kişilik bozukluğu oranı arttıkça dürtüsellik ve saldırganlık düzeyinin arttığı saptandı.

1. Madde kullanım bozukluğu kronik seyirli ve tedavi maliyetleri yüksek bir hastalıktır. Hastalığın tedavisinden ziyade, hastalığa yakalanmadan hastalıktan koruyucu psikiyatrik yaklaşımlara önem verilmesi gerekmektedir.
2. Madde kullanım bozukluğunun takip ve tedavisinde hastaların yüksek oranda sosyal, yasal ve ailevi sorunlar yaşadığı göz önünde bulundurulmalıdır.
3. Madde kullanım bozukluklarının takip ve tedavisinde dürtüsellik düzeyleri, mizaç ve kişilik özellikleri önemle dikkate alınmalıdır.
4. Dürtüsellik düzeyleri, mizaç özellikleri ve kişilik özelliklerinin hastaların takip ve tedavilerindeki olumsuz etkilerini önlemek için hastalar sosyal çevreleri ve aileleri ile birlikte değerlendirilmeli ve buna göre tedavi ve takip programları geliştirilmelidir.
5. Bağımlılık alanında çalışan uzmanlar, hastaların dürtüsellik düzeylerini, mizaç ve kişilik özelliklerini gözden kaçırmamalı ve hastaların takip ve tedavilerini özenle yapmalıdır.

Çalışmamıza katılan hastaların tamamı erkeklerden oluştuğu için kadın hastalar arasında karşılaştırma yapılamadı. Bu durum çalışmamızın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamızın kesitsel olması, kadın hastaların çalışmaya katılmayı daha az kabul etmesi bu durumun nedenlerinden olabilir. Örneklem sayımız yeterli olmakla birlikte

sayının daha fazla olması çalışmamızın değerini daha da arttırabilirdi. Madde kullanımının ve madde kullanım yolunun dürtüsellik, mizaç ve kişilikle olan ilişkisinin incelenebilmesi için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Amaç: İntravenöz kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlısı hastalarda mizaç özellikleri, kişilik özellikleri, dürtüsellik düzeyleri ve klinik etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya polikliniğe başvuran ve yatarak tedavi olan DSM-5 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan 18-40 yaş arası 35 intravenöz kullanımı olan ve 35 intravenöz kullanımı olmayan toplam 70 hasta alındı. Kontrol grubu olarak hasta grubuyla benzer özelliklerde, hiçbir madde kullanım öyküsü olmayan 35 sağlıklı gönüllü kişi alındı. Tüm katılımcılara yüz yüze soru cevap şeklinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş araştırmanın amacına uygun yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte, Buss Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ), TEMPS-A Mizaç Ölçeği ve SCID-II kişilik envanteri uygulandı. Veriler PASW 20 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmada opiyat kullanım bozukluğu olan gruplarda; dürtüsellik ve agresyon düzeyi ile antisosyal kişilik bozukluğu oranı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. İntravenöz kullanımı olan ve olmayan opiyat bağımlısı gruplarda dürtüsellik ve agresyon düzeyi, mizaç ve kişilik özellikleri yönünden anlamlı fark bulunmadı. Yine çalışmamızda antisosyal kişilik bozukluğu olan grupta, antisosyal kişilik bozukluğu olmayan gruba göre dürtüsellik ve agresyon düzeyi ile yasal sorunlar ve esrar kullanım oranları anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Sonuç: Dürtüsellik ve agresyon düzeylerinin yüksekliği, antisosyal kişilik bozukluğu gibi özelliklerin opiyat kullanım bozukluğu riskini artırdığı gözlenmiş ancak intravenöz kullanımla bir ilişkisi tespit edilmemiştir. Bu belirtileri görmek, tedavi ve takipte yarattığı sorunları bilmek bağımlılıkla mücadele için çok

önemlidir. Ayrıca opiyat kullanım yöntemi sebep ve sonuçları ile ilgili de daha fazla sayıda ve kapsamlı çalışmaya ihtiyaç gözükmektedir.

Anahtar kelimeler: Opiyat Kullanım Bozukluğu, İntravenöz Kullanım, Dürtüsellik, Agresyon, Kişilik, Mizaç

8. ABSTRACT

Objektive: Personality traits, mood properties, and impulsivity levels of intravenous and non-intravenous opioid users were investigated in this study.

Method: This is a cross sectional descriptive study conducted in Alcohol and Substance Abuse Treatment and Rehabilitation Center, University of Akdeniz. 35 intravenous and 35 non-intravenous opioid users, 70 in and outpatients in total, between the age of 18-40 who were diagnosed as opioid use disorder according to DSM-5 were included in the study. 35 healthy volunteers who have no history of opioid use were also included for the control group. All participants were applied a semi structured Sociodemographic Data Form designed for the study, Buss Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Barratt Impulsiveness Scale (BIS), TEMPS-A Questionnaire and SCID-II Personality Questionnaire via individual consultations. Data were analyzed using PASW 20 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA).

Results: Impulsivity and aggression levels and antisocial personality disorder frequency among opioid users were significantly higher compared to healthy controls. There were no difference in impulsivity and aggression levels between intravenous and non-intravenous opioid users. Among the participants who were diagnosed antisocial personality disorder; impulsivity and aggression levels, legal problems and the presence of cannabis use were significantly higher.

Discussion: Higher levels of impulsivity and aggression and the diagnosis of antisocial personality disorder were shown to increase opioid use, however these features were not correlated with intravenous opioid use. Determining these factors and knowing the problematic outcomes they cause have a substantial role in the patients treatment program and prognosis. Finally, more studies need to be conducted to further shine a light on this subject.

Keywords: Opioid Use Disorder, Intravenous Usage, Impulsivity, Aggression, Mood, Personality.

9. KAYNAKLAR

1. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık ile mücadele 2012 yılı ulusal raporu. www.tubim.gov.tr/Dosyalar/Raporlar/2012_tubim_rapor.pdf.
2. 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).s.262-267.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Ankara; Pozitif Matbaa 2012. Bakanlık Yayın Numarası: 879.
4. Cloninger CR, Svrakic DM (2000): Personality Disorders; in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7. Edition.
5. Akiskal HS. The temperamental borders of affective disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1994;379:32-7.
6. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Scmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001; 158: 1783-1793.
7. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locks BZ, Keith SJ, Judd LL ve ark. (1990): Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse Results from ECA Study, JAMA, Nov. 21; Vol.264.
8. Bozkurt M, Evren C, Yılmaz A, Can Y, Çetingök S (2013). Agression and impulsivity in different groups of alcohol and heroin dependent inpatient men. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 23(4): 335-344.
9. Saint-Lebes J, Rodgers R, Birmes P, Schmitt L (2012). Personality differences between drug injectors and non-injectors among substance dependent patients in substitution treatment. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse; 38(2): 135-9.

10. Tarter RE, Kirisci L, Feske U, Vanyukov M. Modeling the pathways linking childhood hyperactivity and substance use disorder in young adulthood. Psychol Addict Behav 2007; 21: 266-271.
11. Evren C, Bozkurt M, Evren B, Can Y, Yiğiter S, Yılmaz A (2014). Relationships of personality dimensions with impulsivity in heroin dependent inpatient men. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 15(1):9-14.
12. Westermayer J. Historical and Social Context of Psychoactive Substance Use Disorders: In Frances RJ, Miller SI, Mack AH (editors).Clinical Textbook of Addictive Disorders. Third Ed. New York: The Guilford Press, 2005, 16-32.
13. Semple WE, Goyer PF, McCormick R, Compton-Toth B, Morris E, Donovan B et al (1996). Attention and regional cerebral blood flow in posttraumatic stress disorder patients with substance abuse histories. Psychiatry Res; 67: 17–28.
14. Simon EJ (2005). Opiates: Neurobiology. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance Abuse A Comprehensive Textbook. 4. Edition, New York; Lippincott Williams & Wilkins. p.164–180.
15. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul, Yeniden Yayınları 2010.
16. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Günes Kitapevi Ltd.Sti, Lippincott Williams & Wilkins, 11. Baskı, 2015:616-694.
17. Epstein S, Renner JA, Ciraulo DA, Knapp CM, Jaffe JH. Opioids: Kranzler HR, Ciraulo DA (editors). Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology. American Psychiatric Publishing Inc, 2005:55-95.
18. American Society of Addiction Medicine. Patient placement criteria for the treatment of substance related disorders. 2nd ed. Revised. (ASAM PPC-2R). Annapolis Junction (MD): ASAM; 2001
19. Çakmak D, Evren C (editörler). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. İstanbul. Özgül Matbaacılık, 2006:9-33
20. Yates W, Cadoret R, Troughton E, Stewart MA (1996). An adoption study of DSM-III R alcohol and drug dependence severity. Drug and Alcohol Dependence; 41: 9-15.

21. Köroğlu E. (2009). Klinik Uygulamada Psikiyatri, Tanı ve Tedavi Klavuzları. Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 483-95.
22. 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).
23. Schwartz RH, Gruenewald PJ, Klitzner M. Short-term memory impairment in cannabis dependent adolescents. American Journal of Disorders of Childhood, 143; 1214-1219.
24. Kumar RN, Chambers WA, Pertwee RG. Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids. Anaesthesia, 2001; 56: 1059-1068.
25. Jager G, Ramsey NF. Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: an overview of animal and human research. Curr Drug Abuse Rev 2008; 1(2):114-23.
26. Yargıç G. Sentetik Kannabinoidler. Yeni Nesil Psiko-Aktif Maddeler Sempozyumu Kitabı 2013:9-11.
27. Evren C ve Bozkurt M (2013). Sentetik Kannabinoidler: Son Yılların Krizi. Düşünen Adam Dergisi, 26:1-11.
28. Vandrey R, Dunn KE, Fry JA, Girling ER. A survey study to characterize use of spice products (Synthetic Cannabinoids). Drug Alcohol Depend, 2012; 120: 238-241.
29. McCarberg BH, Barkin RL. The future of cannabinoids as analgesic agents: A pharmacologic, pharmacokinetic, and pharmacodynamic overview. Am J Ther 2007; 14: 475-483.
30. Wintermeyer A, Möller I, Thevis M. In vitro phase I metabolism of the synthetic cannabimimetic JWH-018. Anal Bioanal Chem 2010; 398:2141-2153.
31. Shiloh R, Nutt D, Weizman A. Psikiyatrik Farmakoterapi Atlası. Çeviri Editörü: Kırlı S, Yelkovan Yayıncılık; 2001. s.101-122.

32. Vocci FJ, Montoya ID. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence, Curr Opin Psychiatry 2009; 22(3): 263-268.
33. Francis C, Niemegeers CJ, Janssen PA. A drug discrimination analysis of lysergic acid diethylamide (LSD): in vivo agonist and antagonist effects of purported 5-hydroxytryptamine antagonists and of pirenperone, a LSD-antagonist. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics 1982;221(1): 206-214.
34. Wu LT, Schlenger WE, Galvin DM. Concurrent use of methamphetamine, MDMA, LSD, Ketamine, GHB, and Flunitrazepam among American youths. Drug Alcohol Depend 2006; 84(1): 102–113.
35. Hoffman BH, Mclellan RK. Toluen Toxicity, Case Study 42, Case Studies in Environmental Medicine 1993;727-743.
36. Aksoy M. Benzen ve Toluenin Etkileri. İş Hekimliği Ders Notları, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 1993; 93-98.
37. Ciraulo DA. Abuse potential of benzodiazepines, Bull N.Y. Acad. Med 1985; 728- 741.
38. Higgitt AC, Lader MH, Fonagy P. Clinical management of benzodiazepine dependence, British Medical Journal 1985;688-690.
39. Sellers EM. Alcohol, barbiturate and benzodiazepine withdrawal syndromes: Clinical management. Canadian Medical Association or its Licensors. 1988; 139:113-118.
40. Philip M, Frankowska M, Zaniewska M. The serotonergic system and its role in cocaine addiction. Pharmacological Reports, 2005; 57: 685-700.
41. El-Bassel N, Gilbert L. Schilling RF, Ivanoff, A, Borne D, Safyer SF. Correlates of crack abuse among drug-using incarcerated women: Psychological trauma, social support, and coping behavior. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse1996; 22(1): 41-56.
42. DiFranza JP, Rigotti NA, McNeill AD. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. Tobacco Control 2000; 9: 313–319.
43. Henningfield JE, Cohen C. Slade "Is nicotine more addictive than cocaine?.". British Journal of Addiction 1991; 86(5): 565-569.

44. Balfour DJK. The Neurobiology of Tobacco Dependence: A Commentary, Respiration 2002; 69: 7–11.
45. Köknel Ö. Bağımlılık, Alkol ve Madde Bağımlılığı. Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık. İstanbul 1998; 20-150.
46. Uluğ B, Öztürk MO. Psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar. Öztürk M, Uluşahin A (editörler). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. İstanbul: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. Aş 2008; 687-736.
47. Arıkan Z. Alkol kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar: Işık E, Taner E, Işık U (editörler). Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara 2008; 317-335.
48. Hoffman PL, Tabakoff B. Alcohol dependence: A commentary on mechanisms. Alcohol & Alcoholism 1996; 31(4): 333-340.
49. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locks BZ, Keith SJ, Judd LL at al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, results from epidemiologic catchment area (ECA) Study. JAMA 1990; 264: 2511-2518.
50. Wallner M, Olsen RW, Physiology and pharmacology of alcohol: the imidazobenzodiazepine alcohol antagonist site on subtypes of GABA-A receptors as an opportunity for drug development. British Journal of Pharmacology 2008; 288- 298.
51. Steele C, Josephs RA (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. American Psychologist; 45(8): 921-933.
52. Küey L. Dünyada ve Türkiye'de psikiyatrik epidemiyolojinin tarihsel gelişimi üzerine kısa bir derleme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2010; 1(13), Erişim Tarihi: 29 Aralık 2013.
53. Brown R. Heroin Dependence. Winconsin Medical Society 2004; 103: 20-26.
54. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2005.
55. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2007.

56. Kesler RC, 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):617-627.
57. Rockville MD. Results from the 2009. National survey on drug use and health: Volume I. Summary of national findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2010.
58. Ögel K, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 12(1):47-52.
59. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Klinik psikiyatri 2000; 3(4): 242-245.
60. Ögel K, Tamar D. Uyuşturucu maddeler ve öğrenci anketi bulguları. İstanbul Amatem Özel Okullar Derneği Yayını, Prive Ltd 1996: p. 12-23.
61. Ögel K, Tamar D, Evren C, Bekaroğlu M, Besim T, Coşkunol H ve ark. (1999). SAMAY-98 lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı ve kullanım özellikleri. Yayınlanmamış rapor.
62. Ögel K, Taner S, Eke C, Erol B. İstanbul'da öğrencilerde riskli davranışlar araştırması. Yeniden yayın no: 6, İstanbul, 2004.
63. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (2009). Bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık ile mücadele 2009 yılı ulusal raporu. www.tubim.gov.tr/Dosyalar/Raporlar/2009_tubim_rapor.pdf.
64. Lewis C, Bucholz KK. Alcoholism, antisocial behavior and family history. Br. J. Addict 1991; (2): 177-194.
65. Pickens RW, Svikis DS, McGue M, Lykken DT, Heston LL, Clayton PJ. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. A study of male and female twins. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:19–28.
66. Cadoret RJ, Cain CA, Grove WM. Development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic relatives. Arch Gen Psychiatry 1980; 37:561–563.
67. Cadoret RJ, Yates WR, Woodworth G, Stewart MA. Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. Archives of General Psychiatry 1995; 52(1):42-52.

68. Kidd KK, Pakstis AJ, Castiglione CM, Kidd JR, Speed WC, Goldman D at al. DRD2 haplotypes containing the TaqI A1 allele: implications for alcoholism research. Alcohol Clin Exp Res 1996; 20:697–705.
69. Neiswanger K, Hill SY, Kaplan BB. Association and linkage studies of the TAQI A1 allele at the dopamine D2 receptor gene in samples of female and male alcoholics. Am J Med Genet 1995; 14;60:267–271.
70. Town T, Abdullah L, Crawford F, Schinka J, Ordorica PI, Francis E at al. Association of a functional mu-opioid receptor allele (+118A) with alcohol dependency. Am J Med Genet 1999; 88:458–461.
71. Tekalan A; (2012), "Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış". Yeşilay, Bağımlılık Tedavisi, Aylık Sağlık, Eğitim ve Kültür Dergisi, Yıl: 87, Sayı; 936, Ocak, s.32.
72. Smart RG. The reflection on the epidemiology of heroin and narcotic addiction from the treatment data. National Institute on Drug Abuse Monograph Series 1997; 16:147-177.
73. Izehue UH. Alcohol and drug taking among medical students at a Nigerian university campus. Part 2: Sociodemographic faktors of etiologic significance. Journal of the National Medical Association 1998; 80(2).
74. Ebrinç S, Cengiz B, Çetin M, Karaduman F, Çobanoğlu N, Maden B. Bir grup genç yetişkin erkekte uyuşturucu madde kullanımına yönelik görüşler. Bağımlılık Dergisi 2002; 3(3): 137-145.
75. Eyre and Wilber. The psychodynamics of opiate addiction. J Nerv Ment. Dis 1984; 172(6): 342-352.
76. Fine J, Juni S. Ego atrophy in substance abuse: addiction from a socio-cultural perspective. Am J Psychoanal 2001;6 1(3):293-304.
77. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. J Am Psychoanal assoc 1974; 22: 820-843.
78. Alford BA, Beck AT. The integrative power of cognitive therapy. Guilford, New York (1997).
79. Stahl SM, (2008). Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd Edition, Cambridge University Pres.

80. Wise RA, Gardner EL (2002). Functional neuroanatomy of substance related disorders. Biological Psychiatry, cilt 1, HD'haenen, den Boer, Willner P (Ed). Cornwall, John Wiley & Sons, s. 509-522.
81. Marinelli S, Pascucci T. Avation of TRPVI in the VTA excites dopaminergic neurons and increases chemical and noxious induced dopamine release in the nucleus accumbens. Neuropsychopharmacology 2005; 30: 864-70.
82. Johnson B. Psychological addiction, physical addiction, addictive character, and addictive personality disorder: A nosology of addictive disorders. Canadian Journal of Psychoanalysis 2003 Spring; 2: 135-160.
83. Li SP, Park MS. Chronic nicotine and smoke treatment modulate dopaminergic activities in the ventral tegmental area and nucleus accumbens and GABA type B receptor expression of the rat prefrontal cortex. J Neurosci Res 2004; 78: 868- 879.
84. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM et al. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001 Nov; 158(11): 1783-1793.
85. Barratt ES, Patton JH. Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale NJ 1983; 77-116.
86. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol 1995; 51: 768-774.
87. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. Br J Soc Clin Psychol 1977; 16: 57-68.
88. De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of processes. Addict Biol 2009; 14: 22-31.
89. Chamberlain SR, Sahakian BJ. The neuropsychiatry of impulsivity. Curr Opin Psychiatr 2007; 20: 255-261.
90. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York, WW Norton, 1945.
91. Hollender E, Evers M. New developments in impulsivity. The Lancet 2001; 358: 949-950.
92. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker forsubstance-use disorders: review of findings from high-risk

research, problem gamblers and genetic association studies. Neurosci Biobehav Rev 2008; 32: 777- 810.

93. Perry JL, Carroll ME. The role of impulsive behavior in drug abuse. Psychopharmacology (Berl) 2008; 200: 1-26.

94. Tremblaya PF, Dozoisb DJA. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. Pers Individ Dif 2009; 46: 569-574.

95. Belkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. American Psychologist, 45 (1990), pp. 494–503.

96. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Sos Psychol 1992; 63: 453-459.

97. Gerra G, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bubici C, Mossini M at al. Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2004; 28: 129-139.

98. Bácskai E, Czobor P, Gerevich J. Gender differences in trait aggression in young adults with drug and alcohol dependence compared to the general population. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2011; 35: 1333-1340.

99. Skara S, Pokhrel P, Weiner MD, Sun P, Dent CW, Sussman S. Physical and relational aggression as predictors of drug use: gender differences among high school students. Addict Behav 2008; 33: 1507-1515.

100. Bjork JM, Hommer DW, Grant SJ, Danube C. Impulsivity in abstinent alcohol dependent patients: relation to control subjects and type 1-/type 2-like traits. Alcohol 2004; 34: 133-150.

101. McMurran M, Blair M, Egan V. An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving, and alcohol use. Aggr Behav 2002; 28: 439-445.

102. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF ve ark. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of

te Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. J Affect Disord 2005; 85: 3-16.

103. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. J. Pers Soc Psychol 2000; 78: 122-135.

104. Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. J Affect Disord 1998; 51: 1-5.

105. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 801-810.

106. Akiskal HS, Akiskal K (1998). Cyclotimik, hypertimic and depressive temperament as subaffective variant of mood disorders. In: Tasman A (Ed), Psychiatry update: The American Psychiatric Association Annuel Review. American Psychiatric Pres. Washington DC. pp. 271-292.

107. Allport GW. Personality: A psychological interpretation. New York: Holt Rinehart&Winston 1937; 12-5.

108. Burger JM, (2006). Kişilik. (çev. İnan DE. Sarıoğlu) İstanbul: Kaknus Yayınları 1. Basım.

109. Yörukoğlu A. (2004). Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar. İstanbul: Özgur Yayınları. 12. Basım.

110. Sayıl M (2007), Erik Erikson: Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Kimlik. Soykan A ve Taner YI (ed.). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.

111. Spitzer SL, Williams JB, Gibbon M ve ark. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). Arch. Gen. Psych 1987; 49: 624-629.

112. Diagnostic and Satistical Manuel of Mental Disorders III R (DSM- III-R), American Psychiatric Association, 1987.

113. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II), Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1990.

114. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. J Affect Disord 2005; 85: 113–125.

115. Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. Percept MotSkills 1959; 9: 191– 198.

116. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M ve ark. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11)'in Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18: 251-258.

117. Evren C, Çınar Ö, Güleç H, Çelik S, Evren B. The validity and reliability of the Turkish version of the Buss-Perry's Aggression Questionnaire in male substance dependent inpatients. Düşünen Adam 2011; 24: 283-295.

118. 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.

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

120. Gürkaynak M. İntravenöz madde kullanıcılarında risk alma davranışları ve HIV riski ile ilgili bilgi ve tutum. Uzmanlık tezi, İstanbul,1998.

121. Neaigus A, Miller M, Friedman SR ve ark. Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors. Addiction 2001; 96(6): 847-60.

122. Sotheran JL, Goldsmith DS, Blasko M ve ark. Heroin sniffing as self-regulation among injecting and non-injecting heroin users. Journal of Drug Issues 1999; 29: 401-22.

123. Karamustafalıoğlu O, Argün YM, Bozkan N. İntravenöz madde kullananlarda AIDS korkusu ve risk davranışları. Düşünen Adam 1991; 4(2): 40-2.

124. Darke S, Hetherington K, Ross J, Lynskey M, Teesson M. Non-injecting routes of administration among entrants to three treatment modalities for heroin dependence. Drug Alcohol Rev 2004; 23(2): 177–183.

125. Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. EÜTF Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 115-120.

126. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M ve ark. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 65-70.
127. Türkcan A. Türkiye'de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam Dergisi 1998; 11(3): 56-64.
128. Pektaş Ö, Kalyoncu A, Yılmaz S, Mırsal H, Beyazyürek M (1997). Anatolia Bağımlılık Tedavi Kliniği'nde yatarak tedavi gören hastaların deskriptif analizi. Antalya: 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 73.
129. Raisch DW, Campbell HM, Garnand DA, Jones MA, Sather MR, Naik R at al. Health-related quality of life changes associated with buprenorphine treatment for opioid dependence. Qual Life Res 2012 Sep; 21(7): 1177-83.
130. Gwin Mitchell S, Kelly SM, Brown BS, Schacht Reisinger H, Peterson JA, Ruhf A at al. Uses of diverted methadone and buprenorphine by opioid addicted individuals in Baltimore, Maryland. Am J Addict 2009 Sep-Oct; 18(5): 346-55
131. Heslin KC, Stein JA, Heinzerling KG, Pan D, Magladry C, Hays RD. Clinical correlates of health-related quality of life among opioid-dependent patients. Qual Life Res 2011 Oct; 20(8): 1205-13.
132. Arıkan Z, Coşar B, Işık A.Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı. Kriz dergisi, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı. Alkol Madde Bağımlılığı. 1996; 4(2): 93-100.
133. Geçici Ö, Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM. Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Prev Med Bull 2013; 12(1): 35-42.
134. Gümüş Ö, Şahin E, Top M. Alkol ve eroin bağımlılarının ailelerindeki psikososyal ve ekonomik zorlukların araştırılması. Bağımlılık Dergisi 2002; 3:146-154.
135. Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç: Kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(1): 5-13.
136. Yancar C. Madde bağımlılarında ikinci eksen komorbidite ve kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin

değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2005.

137. Watters JK, Reinarman C, Fagan J. Causality, context, and contingency relationships between drug abuse and delinquency. Contemporary Drug Problems 1985; 12: 351–373.

138. 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.

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

140. Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C. Suicide among drug addicts in the UK. Br J Psychiatry 1999; 175: 277-82.

141. Rossow I, Lauritzen G. Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts?. Addiction 2001; 96: 227-40.

142. Rodrigues MC, Viegas CA, Gomes EL, Morais JP, Zakir JC. Prevalence of smoking and its association with the use of other drugs among students in the Federal District of Brasília. Brazil J Bras Pneumol 2009; 35(10): 986-991

143. Lei L, Sangthong R, Chongsuvıvatwong 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.

144. Evren C. Sigarayı bırakma tedavisinde antidepresanların kullanımı: Bu tedavide bupropion'un yeri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2001; 11(3): 198-211.

145. Mırsal H, Kalyoncu ÖA, Pektaş Ö, Tan D, Beyazyürek M. Damar yolundan eroin kullananlarda hepatit B, hepatit C ve HIV yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2003; 4(1): 10-4.

146. Murray JM, Law MG, Gao Z, Kaldor JM. The impact of behavioural changes on the prevalence of human immunodefi ciency virus and hepatitis C among injecting drug users. Int J Epidemiol 2003; 32(5): 708-14.

147. Latvala A, Tuulio-Henriksson A, Perälä J et al. Prevalence and correlates of alcohol and other substance use disorders in young adulthood: A population-based study. BMC Psychiatry 2009; 9: 73.
148. Bilici R, Uğurlu GK, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. Fırat Tıp Dergisi 2012; 17(4): 223-227.
149. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM Birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2015; 16(1): 1-7.
150. Murray HW, Parkar AA, Mannelli P et al. Relationship of aggression, sensation seeking, and impulsivity, with severity of cocain use. Addict Disord Treat 2003; 2:113-121.
151. Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR. Subjects with a history of drug dependence are more aggressive than subjects with no drug use history. Drug Alcohol Depend 1997; 46: 95–103.
152. Kirby KN, Petry NM. Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drugusing controls. Addiction 2004; 99: 461-471.
153. 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.
154. Roozen HG, van der Kroft P, van Marle HJ, Franken IH. The impact of craving and impulsivity on aggression in detoxified cocaine-dependent patients. J Subst Abuse Treat 2011; 40: 414-418.
155. De Wit H, Richards JB. Dual determinants of drug use in humans: reward and impulsivity. Nebr Symp Motiv 2004; 50: 19-55.
156. Baldacchino A, Balfour DJ, Matthews K. Impulsivity and drugs differantial effects of heroin, methadone and prescribed analgesic medication. 2015 Apr; 45(6): 1167-79
157. Algül A, Ateş MA, Gülsün M, Doruk A, Semiz ÜB, Başoğlu C ve ark. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının

saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10: 278-285.

158. Ramírez JM, Andreu JM. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity); some comments from a research project. Neurosci Biobehav Rev 2006; 30: 276-291.

159. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Journal of Clinic Psichiatry 2004 Jul; 65(7): 948-58.

160. Samuls J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. Int Rev Psichiatry 2011 Jun; 23(3): 223-33.

161. Brooner RK, Kintgvan L, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers; Arch Gen Psych 1997; Vol:54.

162. Frei A and Rehm J. Co-morbidity; psychiatric disorder of opiate addicts at entry into heroin assisted treatment. Psych. Prax. 2002; 29: 251-257.

163. Kural S. Alkol madde bağımlılarında PTSD, çocukluk çağı travma öyküsü ve II. Eksen ek tanılarının yaygınlığı ve aralarındaki ilişki. Uzm. Tezi, Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2003.

164. Compton WM, Cottler LB, Ben Abdallah A, Phelps DL, Spitznagel EL, Horton JC. Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: race and gender correlates. Am J Addict 2000; 9: 113-125.

165. Hatzitaskos P, Soldatos CR, Kokkev A, Stefanis CN. Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. Compr Psychiatry 1999; 40: 278-282.

166. Skodol AE, Oldham JM, Gallagher PE. Axis II comorbidity of substance abuse disorders among patients referred for treatment of personality disorders. Am J Psychiatry 1999; 156: 733–8.

167. Verheul R, Kranzler HR, Poling J et al. Cooccurrence of axis I and axis II disorders in substance abusers. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 110-118.

168. Fassino S, Daga GA, Delsedime N, Rogna L, Boggio S. Quality of life and personality disorders in heroin abusers. Drug Alcohol Depend 2004; 76(1):73-80.

169. Evren C. Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; 7: 111-119.

170. Algül A ve ark. Antisosyal kişilik bozukluğu olan erkek bireylerde madde kullanım bozukluğu yaygınlığı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007; 17: 162-166.

171. Thomasson K, Vaglum P. The role of psychiatric comorbidity in the rediction of readmission for detoxification. Compr Psychiatriy 1998; 39(3): 129-136.

172. Fieldman NP, Woolfolk RL, Allen LA. Dimensions of selfconcept: A comparison of heroin and cocaine addicts. Am J Drug Alcohol Abuse 1995; 21(3): 315–326.

173. Maremmani I, Pacini M, Popovic D, Romano A, Maremmani AG, Perugi G at al. Affective temperaments in heroin addiction. J Affect Disord 2009; 117: 186–92.

174. Iliceto P, Pompili M, Girardi P, Lester D, Vincenti C, Rihmer Zat al. Hopelessness, temperament, and health perception in heroin addicts. Journal of Addictive Diseases 2010; 29: 352–358.

175. Azzouz MA, Smaoui S, Lansari R, Nefzi H, Husseini K, Meziou O at al. Temperament and substance abuse: is there a relationship? In Abstracts of the 23. European Congress of Psychiatry. European Psychiatry, 28-31 March 2015; 30 Supplement 1:1089.

176. Kesebir Ş ve ark. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg 2005; 16(3): 164-169.

177. Aslan S, Demir EY. Yineleyici ve tek dönem major depresif bozukluğu olan hastaların kişilik ve affektif mizaç özellikleri. Klinik Psikiyatri 2008; 11: 61-71.

178. Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder an human nature. Journal of Affective disorders 2005; 85, 231-239.
179. Richter D, Eikelmann B, Berger K. Use of the SF-36 evulation of a drug detoxification program. Qual. Life Res 2004; 13: 907-914.
180. Goldstein RB ve ark. Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV alcohol use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2007; 31 (5): 814-828.
181. Colbert AE ve ark. Interactive effects of personality and perceptions of the work situation on workplace deviance. Journal of Applied Psychology 2004; 89(4): 599-609.
182. Ettner SL ve ark. Does having a dysfunctional personality hurt your career? Axis II personality disorders and labor market outcomes. Industrial Relations 2011; 50(1): 149-173.
183. Fawcett J. Treating impulsive and anxiety in the suicidal patient. Annals of the New York Academy of Sciences 2001; 93(1): 94-105.
184. Ries R. Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, #9. Washington, DC: Center for Substance Abuse Treatment, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 1994.
185. Shand FL, Degenhardt L, Slade T, Nelson EC. Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. Addict Behav 2010 Aug 10.
186. Uzun O, Doruk A, Perdeci Z, Turkbay T. Substance use disorders in men with antisocial personality disorder; a study in Turkish sample. Subst Use Misuse 2006; 41: 1171-1178.
187. Semiz ÜB, Ateş MA, Algül A, İyisoy MS, Güneş C, Başoğlu C ve ark. Antisosyal kişilik bozukluğu olan erkek bireylerde madde kullanım bozukluğu yaygınlığı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007; 17(4): 162-166.

10. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

1. Araştırmanın Adı: İntravenöz kullanımı olan ve olmayan opiat bağımlısı hastalarda kişilik, mizaç özellikleri ve dürtüsellik düzeyi

a. Araştırmanın İçeriği:

Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran Opiat Kullanım Bozukluğu tanısı alan ve başka herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan 18-40 yaş arası kişiler ve madde kullanımı olmayan sağlıklı gönüllüler çalışmaya alınacaktır. İntravenöz kullanımı olan 35 hasta ve intravenöz kullanımı olmayan 35 hasta, madde kullanımı olmayan 35 sağlıklı gönüllü ile psikiyatrik görüşme yapılacak ve ölçekler (SCID-2,TEMPS-A mizaç değerlendirme ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, BUSS-PERRY saldırganlık ölçeği) tüm kişilere uygulanacaktır. Opiat Kullanım Bozukluğu tanısı almış 18-40 yaş grubu intravenöz kullanımı olan ve olmayan hastalar ve madde kullanımı olmayan sağlıklı gönüllüler kişilik özellikleri, dürtüsellik düzeyi ve mizaç özellikleri açısından karşılaştırılacaktır.

b. Araştırmanın Amacı: İntravenöz kullanımı olan ve olmayan opiat bağımlısı hastalarda opiat kullanımının kişilik, mizaç özellikleri ve dürtüsellik düzeyi ile ilişkisini saptamak, bu özelliklerin analizi ile klinik pratikte koruma ve tedavi hizmetlerine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

c. Araştırmanın Nedeni:

( ) Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 105

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:

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar : İntravenöz kullanımı olan ve olmayan opiat bağımlısı hastalarda opiat kullanımının kişilik, mizaç özellikleri ve dürtüsellik düzeyi ile ilişkisini saptamak, bu özelliklerin analizi ile klinik pratikte koruma ve tedavi hizmetlerine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

4. 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.Ali ERDOĞAN

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar görecek 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 Ali Erdoğan tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri: Araştırmanın herhangi bir gideri yoktur

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

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

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

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. Sosyodemografik Veri Formu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:
Görüşen doktor:

HASTANIN;
Adı Soyadı:
Dosya no:
Cinsiyeti: E/K
Doğum yeri:
Yaşı:
Medeni durumu: Evli/Bekar/ Ayrılmış
Askerlik durumu (erkek hastalar için): yaptı/yapmadı
Askerde disiplin cezası: evet/hayır
Yaşam biçimi: yalnız/ailesiyle/ sokakta/ cezaevinde/bakımevinde
Eğitim durumu: eğitimsiz/ okuma yazma biliyor/ ilköğretim/ lise/ üniversite
İş durumu: çalışıyor/çalışmıyor
Kim ile geldi: yalnız/ ailesiyle/ arkadaşlarıyla/ kolluk kuvvetleriyle
Anne baba: sağ birlikte/sağ boşanmış/ anne vefat etmiş/ baba vefat etmiş

Geliş şikayeti:
Öykü:

Sigara: var/yok
Alkol: var/yok
Aylık geliri:
Aylık madde masrafı:

Aile ilişkileri nasıl?: İyi/kötü/görüşmüyor
Ailede başka bağımlı var mı?: Var/yok
Varsa kim ve ne kullanıyor?

Kullandığı madde:	Kullanım yolu	sıklık	dozu	kull süresi
Eroin	iv/ iv değil			
Çoklu madde var mı?	Var/yok			
Esrar				
Uçucular				
Halüsinojenler				
Hipnotik/sedatifler				
Uyarıcılar				
Kokain				
Sentetik kannabinoid				
Diğer				

0-18 yaş arası cinsel istismar öyküsü: var/yok
0-18 yaş arası fiziksel istismar öyküsü:var/yok

Damar yolu ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığı varmı (HBV, HCV, HIV): var/yok

Ek tıbbi hastalık var mı?: var/yok

Daha önce madde yönünden tedavi görmüşmü: evet/ hayır

Hiç adli olay varmı?: var/yok

Hiç cezaevine girmiş mi? evet/hayır

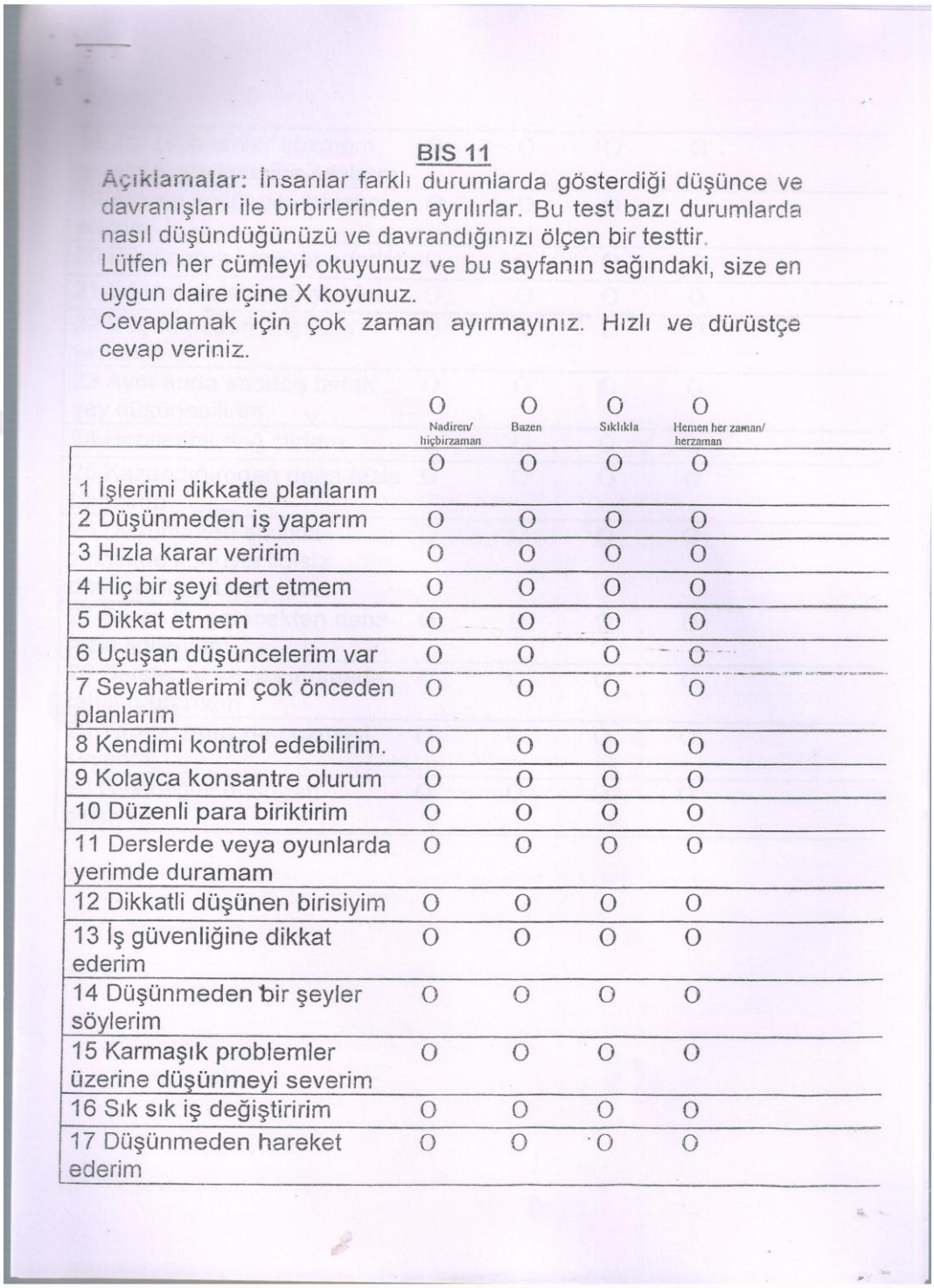
İntihar girişimi var mı?: var/yok

Self mutilatif davranış?: var/yok

Dövme?:var/yok

Psikiyatrik başvuru?: var/yok

Ek 3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11)



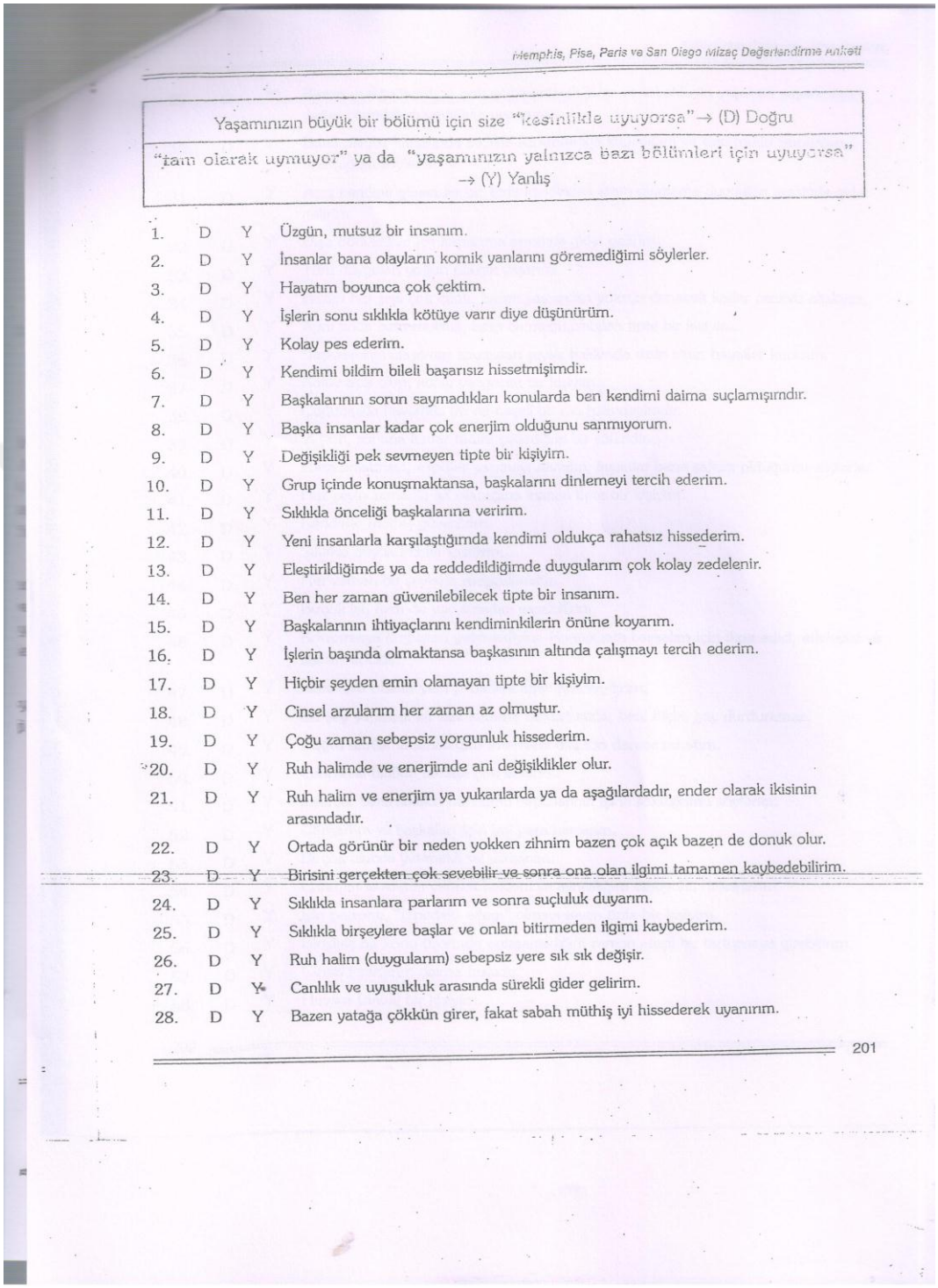
BIS 11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.
Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.
Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	O Nadiren/ hiçbirzaman	O Bazen	O Sıklıkla	O Hemen her zaman/ herzaman
1 İşlerimi dikkatle planlarım	O	O	O	O
2 Düşünmeden iş yaparım	O	O	O	O
3 Hızla karar veririm	O	O	O	O
4 Hiç bir şeyi dert etmem	O	O	O	O
5 Dikkat etmem	O	O	O	O
6 Uçuşan düşüncelerim var	O	O	O	O
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım	O	O	O	O
8 Kendimi kontrol edebilirim.	O	O	O	O
9 Kolayca konsantre olurum	O	O	O	O
10 Düzenli para biriktirim	O	O	O	O
11 Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	O	O	O	O
12 Dikkatli düşünen birisiyim	O	O	O	O
13 İş güvenliğine dikkat ederim	O	O	O	O
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim	O	O	O	O
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	O	O	O	O
16 Sık sık iş değiştiririm	O	O	O	O
17 Düşünmeden hareket ederim	O	O	O	O

18 Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım	O	O	O	O
19 Aklıma estiği gibi hareket ederim	O	O	O	O
20 Düşünerek hareket ederim	O	O	O	O
21 Sıklıkla evimi değiştiririm	O	O	O	O
22 Düşünmeden alışveriş yaparım	O	O	O	O
23 Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim	O	O	O	O
24 Hobilerimi değiştiririm	O	O	O	O
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım	O	O	O	O
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur	O	O	O	O
27 Şu an ile gelecekten daha fazla ilgilenirim	O	O	O	O
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam	O	O	O	O
29 Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	O	O	O	O
30 Geleceğini düşünen birisiyim	O	O	O	O

Ek 4. TEMPS-A Mizaç Ölçeği



Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "kesinlikle uyuyorsa" → (D) Doğru
"tam olarak uymuyor" ya da "yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → (Y) Yanlış

1.	D	Y	Üzgün, mutsuz bir insanım.
2.	D	Y	İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3.	D	Y	Hayatım boyunca çok çektim.
4.	D	Y	İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5.	D	Y	Kolay pes ederim.
6.	D	Y	Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7.	D	Y	Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışımdır.
8.	D	Y	Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9.	D	Y	Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10.	D	Y	Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11.	D	Y	Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12.	D	Y	Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13.	D	Y	Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14.	D	Y	Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15.	D	Y	Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16.	D	Y	İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17.	D	Y	Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18.	D	Y	Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19.	D	Y	Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20.	D	Y	Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21.	D	Y	Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22.	D	Y	Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23.	D	Y	Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24.	D	Y	Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25.	D	Y	Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26.	D	Y	Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27.	D	Y	Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28.	D	Y	Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.

29.	D	Y	Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30.	D	Y	Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31.	D	Y	Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32.	D	Y	Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33.	D	Y	Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34.	D	Y	Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
35.	D	Y	Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36.	D	Y	Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37.	D	Y	Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38.	D	Y	Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39.	D	Y	Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
40.	D	Y	Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41.	D	Y	Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42.	D	Y	Kendime müthiş güvenirim.
43.	D	Y	Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44.	D	Y	Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
45.	D	Y	Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
46.	D	Y	Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47.	D	Y	Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48.	D	Y	Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49.	D	Y	Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50.	D	Y	İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51.	D	Y	İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52.	D	Y	Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53.	D	Y	Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54.	D	Y	Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
55.	D	Y	İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
56.	D	Y	Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57.	D	Y	Cinsel isteklerim daima fazladır.
58.	D	Y	Huysuz (sinirli) bir kişiyim.

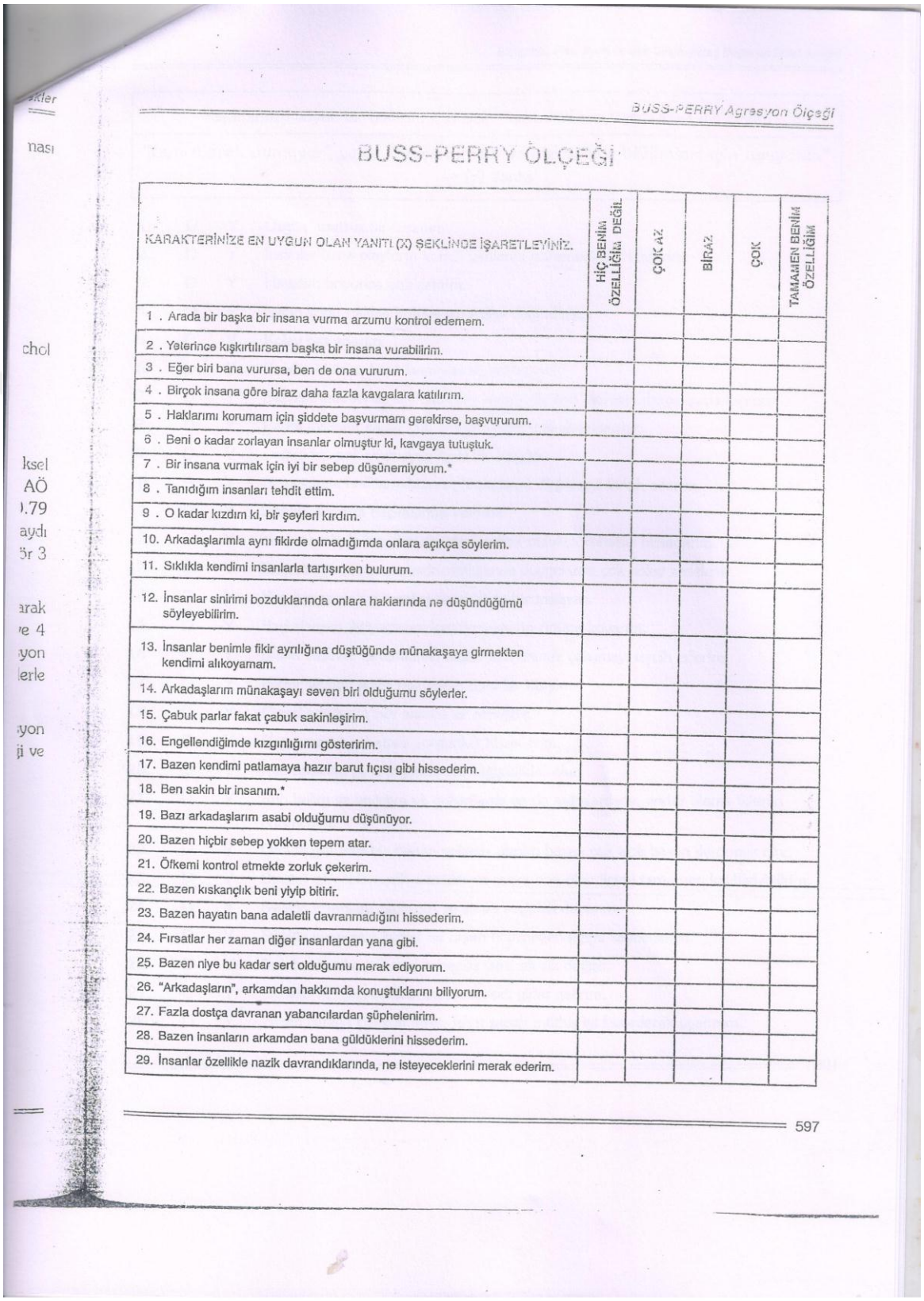
59.	D	Y	Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
60.	D	Y	Çok yakınırım.
61.	D	Y	Başkalarını çok eleştiririm.
62.	D	Y	Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63.	D	Y	Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
64.	D	Y	Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65.	D	Y	Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
66.	D	Y	Terslendiğimde kavga edebilirim.
67.	D	Y	İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68.	D	Y	Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69.	D	Y	İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70.	D	Y	O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71.	D	Y	Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki, buna dayanamıyorum.
72.	D	Y	Küfürbaz olarak bilinirim.
73.	D	Y	Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74.	D	Y	Çok kuşkucu bir kişiyim.
75.	D	Y	Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76.	D	Y	Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77.	D	Y	Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78.	D	Y	Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79.	D	Y	Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80.	D	Y	Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81.	D	Y	Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82.	D	Y	Gevşemeyi beceremiyorum.
83.	D	Y	Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
84.	D	Y	Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85.	D	Y	Sık sık midem bozulur.
86.	D	Y	Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87.	D	Y	Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
88.	D	Y	Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
89.	D	Y	Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90.	D	Y	Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
91.	D	Y	Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92.	D	Y	Uykum dinlendirici değil.
93.	D	Y	Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.

94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
99. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

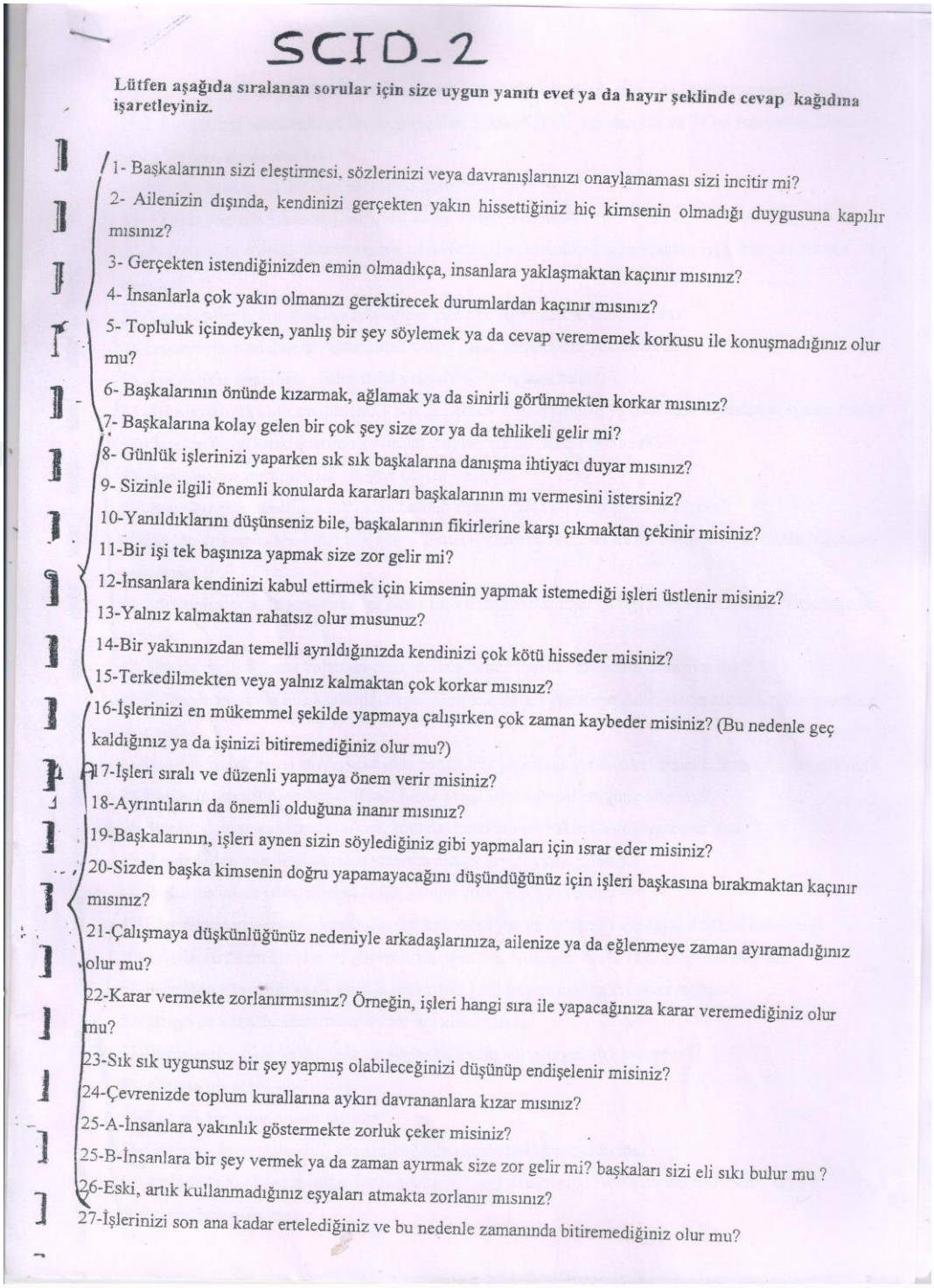
Ek 5. Buss Perry Saldırganlık Ölçeği



BUSS-PERRY ÖLÇEĞİ

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ.	HİÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN BENİM ÖZELLİĞİM
1 . Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2 . Yeterince kışkırtılırsam 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 hakiarında nə 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.					

Ek 6. SCID II Kişilik Envanteri



SCID-2

Lütfen aşağıda sıralanan sorular için size uygun yanıtı evet ya da hayır şeklinde cevap kağıdına işaretleyiniz.

1- Başkalarının sizi eleştirmesi. sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?

2- Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?

3- Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşmaktan kaçınır mısınız?

4- İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?

5- Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?

6- Başkalarının önünde kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?

7- Başkalarına kolay gelen bir çok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?

8- Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?

9- Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?

10-Yanıldıklarını düşünseniz bile, başkalarının fikirlerine karşı çıkmaktan çekinir misiniz?

11-Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?

12-İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?

13-Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?

14-Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?

15-Terkedilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?

16-İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)

17-İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz?

18-Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?

19-Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?

20-Sizden başka kimsenin doğru yapamayacağını düşündüğünüz için işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?

21-Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?

22-Karar vermekte zorlanırmısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?

23-Sık sık uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?

24-Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davrananlara kızar mısınız?

25-A-İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?

25-B-İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? başkaları sizi eli sıkı bulur mu ?

26-Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?

27-İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?

28-Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozlur musunuz?

29-Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da iyi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?

30-İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?

31-Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unutur musunuz?

32-Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?

33-Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?

34-İnsanlar üzerine düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınırlar mı?

35-Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?

36-Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişeler midir?

37-Genelde hayal kırıklıklarının ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?

38-Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?

39-Başkaları size genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?

40-Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız?-Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?

41-Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırdığınız ya da bozulduğunuz oldu mu?

42-Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?

43-Eğlenceli ortamda bile kendinizi neşeli hissetmediğiz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediniz olur mu?

44-Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?

45-Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?

46-Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?

47-Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler yapar mısınız?

48-Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?

49-Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?

50-Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?

51-İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?

52-Sizi ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?

53-Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?

54-Alıngan bir insan sayılır mısınız?

55-Kıskanç bir insan sayılır mısınız?

56-Eşiniz(ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?

57-Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, "acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar" diye düşündüğünüz oldu mu?

58-İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı

59-Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması, sizi rahatsız eder mi?

60-Hiç olağan dışı (ya da doğa üstü) olaylara tanık oldunuz mu?

61-Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?

62-Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?

63-Kimseyi göremeseniz bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?

64-Hiç, bir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?

65-İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?

66-Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?

67-Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?

68-Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta isteksiz misiniz?

69-Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan, önem vermeyen biri misiniz?

70-Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?

71-Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanırmısınız?

72-Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?

73-Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırıp çağırırlar. Siz de böyle biri misiniz?

74-İnsanların size bakması, sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?

75-Olaylar ya da insanlar karşısında kolay parlayıp, çabuk yatışır mısınız?

76-Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeğe başladığınız olur mu?

77-Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce gelir mi?

78-Hiç insanlar size sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?

79-Bir şey istediğinizde fazla bekleyemez bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?

80-İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur yada kırılır mısınız? Bunun uzun süre etkisinde kalır mısınız?

81-İnsanlardan istekleriniz yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?

82-İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?

83 A-Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek yada üstünlükleriniz var mı?

83 B-Zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz?

84-Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunu düşünür mü?

85- Sorunlarınız çok özel olduğunu bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?

86-Çok başarılı güçlü,çekici yada sevilen bir kişi olduğunuzu hayal edermisiniz?

87-Bazı kuralların yada yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?

88-İnsanların size dikkat etmesine yada hayran olmasına önem verir misiniz?

89-İnsanlar onların duyguları

90-İnsanların başarılarını yada sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız ?

91-İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişmeler olur mu? Önceleri çok sevdiğiniz birinden daha sonra nefret ettiğiniz oldu mu?

Hiç basınızı derde sokacak şeyler yaptığınız oldu mu? Aşağıdaki 92- 97. maddeleri yanıtlandırınız

92- Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin, nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, taksitle gereksiz şeyler aldığınız oldu mu?

93-Hiç daha yeni tanıştığınız birisiyle yattığınız oldu mu?

94-Hiç fazla içki ya da uyuşturucu aldığınız oldu mu?

95-Zaman zaman tehlikeli araba kullandığınız olur mu?

96-Hiç aşırı yemek yediğiniz oldu mu?

97-Hiç marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırdınız mı?

98-Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin sık sık üzüntülü,sıkıntılı yada sinirli dönemleriniz olur mu?

99-Hiç kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu?

100 -Karşınızdakini dövecek yada kavga edecek kadar kızarmısınız?

101-Hiç kendinizi öldürmeye yada yaralamaya kalkışkıştınız mı? ya da böyle birşeye niyetlendiniz mi?

102-Hiç bilerek kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebeb oldunuz mu?

103-Değişik yerlerde yada değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz,bu nedenle zaman zaman kim oldugunuzu bilemediğiniz oldu mu?

104-Geleceğiniz, iş planlarınız yada hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz yada ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu ?

105-Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?

106-Hiç değer yargılarınız ya da inaçlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?

107-Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?

108-Önem verdiğiniz birinin sizi terkedeceğinden çok korkar mısınız?

109-15 Yaşından önce okuldan kaçar mıydınız

110-Çocukken hiç evden kaçtınız mı?

111-Kavgacı bir çocuk muydunuz?

112-15 yaşından önce kavgada alet kullanır mıydınız?

113-Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?

114-Çocukken hayvanlara eziyet edermiydiniz?

115-Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?

116-Hiç, size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiğiniz oldu mu?

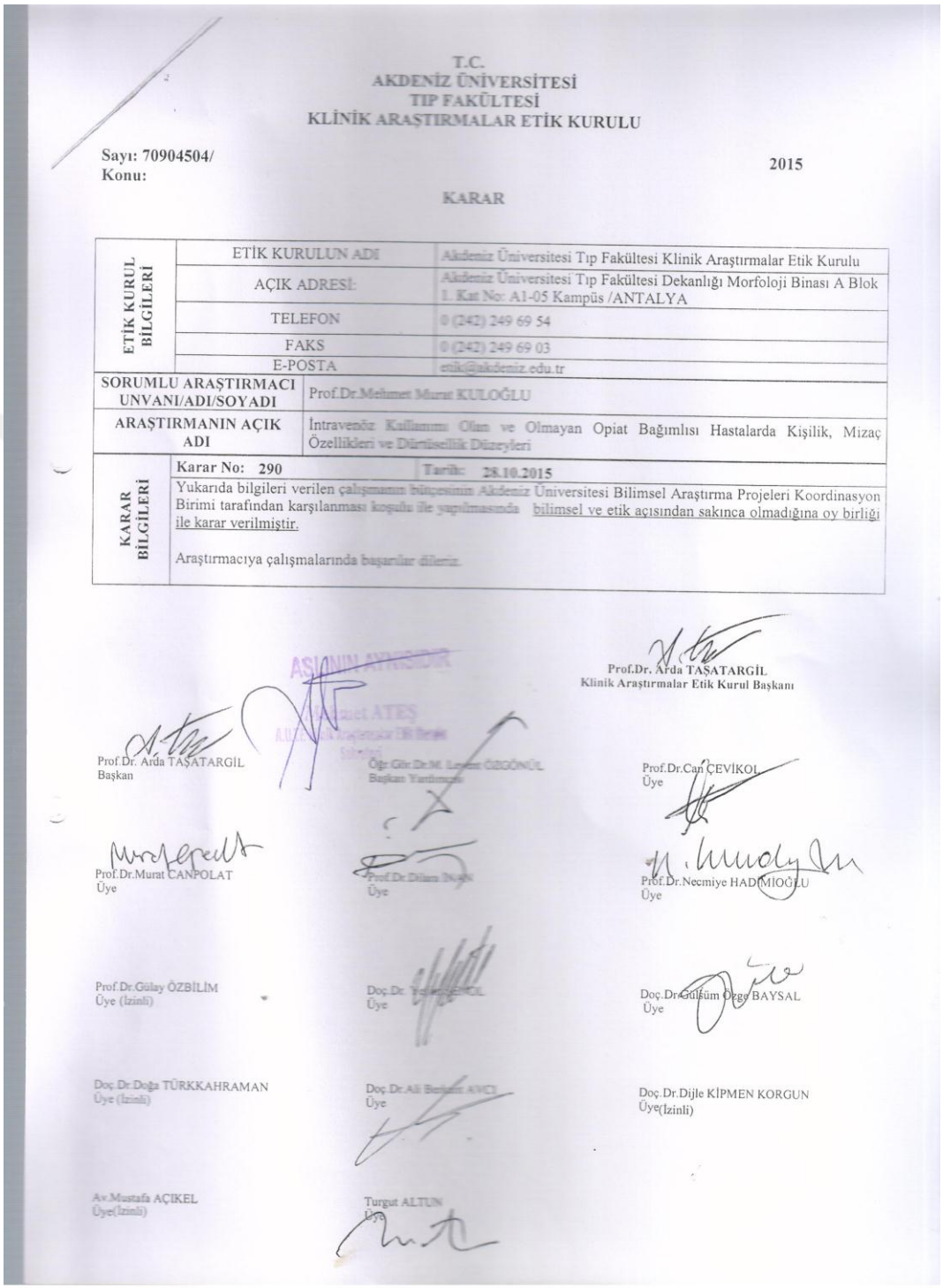
117-Hiç yangın çıkardınız mı?

118-Çocukken yalan söyler miydiniz?

119-15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?

120-15 yasından önce yankesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?

Ek 7. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/
Konu:

2015

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Mehmet Murat KULOĞLU
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İntravenöz Kullanımı Olan ve Olmayan Opiat Bağımlısı Hastalarda Kişilik, Mizaç Özellikleri ve Dürtüsellik Düzeyleri
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 290	Tarih: 28.10.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın bütçesinin Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Can ÇEVİKOL
Üye

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İŞCAN
Üye

Prof.Dr.Necmiye HADİMİOĞLU
Üye

Prof.Dr.Gülay ÖZBİLİM
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Yeşim [illegible]
Üye

Doç.Dr.Gülüm Özge BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (İzinli)

Doç.Dr.Ali Benhur AVCI
Üye

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye(İzinli)

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye(İzinli)

Turgut ALTUN
Üye