

**TC.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ALKOL BAĞIMLILIĞI VE OPİAT(EROİN) BAĞIMLILIĞI
TANISI ALAN AYAKTAN TAKİP EDİLEN ERKEK
HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE, ALEKSİTİMİ VE
BEDENSEL BELİRTİLERİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. MUHAMMED HAKAN AKSU**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ZEHRA ARIKAN**

**ANKARA
MAYIS 2017**

**TC.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ALKOL BAĞIMLILIĞI VE OPIAT(EROİN) BAĞIMLILIĞI
TANISI ALAN AYAKTAN TAKİP EDİLEN ERKEK
HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE, ALEKSİTİMİ VE
BEDENSEL BELİRTİLERİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. MUHAMMED HAKAN AKSU**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ZEHRA ARIKAN**

**ANKARA
MAYIS 2017**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Muhammed Hakan Aksu
Baba Adı	Ahmet
Doğum Yeri/Tarihi	31.10.1988 / ALTINDAĞ
Diploma Tarihi / Diploma No	30.06.2012 / 164089
Mezun Olduğu Fakülte	Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
İhtisas Süresi	Yıl: 3 Ay: 10
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: ALKOL BAĞIMLILIĞI VE OPIYAT (EROİN) BAĞIMLILIĞI
TANISI ALAN AYAKTAN TAKİP EDİLEN ERKEK HASTALARDA DEPRESYON,
ANKSİYETE, ALEKSİTİMİ VE BEDENSEL BELİRTİLERİN İNCELENMESİ
JÜRİ KARARI:

05/05/2017 tarihinde 2. sınavı yapılmıştır.
Tez sınavını başarı ile tamamlamıştır.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN



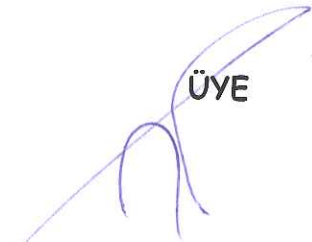
Prof. Dr. Aslı KURUOĞLU

ÜYE



Prof. Dr. Nurper ERBERK ÖZEN

ÜYE



Prof. Dr. Zehra ARIKAN

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşmasının her aşamasında ve klinik eğitim sürecimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, hiçbir konuda katkısını esirgemeyen, desteğini hissettiğim tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Zehra Arıkan'a,

Hem eğitim sürecimde hem akademik hayatta hem de öğrenciliğimde yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Behcet Çoşar'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Prof. Dr. Mustafa Ender Taner, Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu, Prof. Dr. Selçuk Candansayar, Prof. Dr. Selçuk Aslan, Prof. Dr. Filiz Karadağ ve Prof. Dr. Yasemen Işık'a,

Tez yazımındaki paylaşımlarıyla ve tüm asistanlık sürecindeki destekleriyle Dr. Bahadır Geniş, Dr. Buket Koparal ve Dr. Ayça Kaloğlu'na,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan keyif aldığım Dr. Erman Şentürk, Dr. Ahmet Özaslan ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Çocuk Psikiyatrisi, Nöroloji ve Acil rotasyonlarımda tanıştığım tüm hocalarım ve asistan arkadaşlarıma,

Hep yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini bir an olsun esirgemeyen Anneme, Babama ve Kardeşime,

Asistanlık sürecimde tanışıp evlendiğim, sevgisini, desteğini ve fedakarlığını her konuda ve her anımda hissettiğim sevgili eşim Dr. Özge Baş Aksu'ya sonsuz teşekkürler ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Alkol Bağımlılığı	3
2.1.1. Tarihçe.....	3
2.1.2. Tanım.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	8
2.1.4 Etiyoloji.....	10
2.2. Opiyat Bağımlılığı.....	11
2.2.1. Tarihçe.....	11
2.2.2. Tanım.....	13
2.2.3. Epidemiyoloji.....	18
2.2.4 Etiyoloji.....	20
2.3 Somatizasyon (Bedensel belirtiler)	21
2.3.1 Tanım.....	21
2.3.2 Tarihçesi	22
2.3.3 Epidemiyoloji.....	23
2.3.4 Etiyoloji.....	24
2.3.5 Aleksitimi ile ilişkisi.....	26
2.3.6 Depresyon ve Anksiyete ile ilişkisi.....	27
2.3.7 Somatizasyon ve Bağımlılık	28
2.4 Aleksitimi.....	31
2.4.1 Tanım.....	31
2.4.2 Tarihçe.....	32
2.4.3. Epidemiyoloji:.....	33
2.4.4. Etiyoloji.....	34
2.4.5. Depresyon ve Anksiyete ile ilişkisi	36
2.4.6 Aleksitimi ve Bağımlılık.....	36

2.5 Depresyon	38
2.5.1 Tanım.....	38
2.5.2 Depresyon ve Bağımlılık	39
2.6 Anksiyete.....	42
2.6.1 Tanım.....	42
2.6.2 Anksiyete ve Bağımlılık.....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın örnekleme, yeri ve zamanı	48
3.2 Örneklem Seçimi	48
3.3 Araştırmanın Tipi.....	49
3.4 Etik kurul onayı.....	49
3.5 Araştırmanın bütçesi	49
3.6 Uygulama ve Gereçler	49
3.6.1 Onam ve bilgilendirme formu	50
3.6.2 Sosyodemografik Veri Formu (SVF).....	50
3.6.3 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulayıcı Formu.....	50
3.6.4 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	52
3.6.5 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)	52
3.6.6 Beck Depresyon Envanteri	52
3.6.7 Beck Anksiyete Envanteri	53
3.6.8 Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R).....	53
3.6.9 Toronto Aleksitimi Ölçeği-20.....	56
3.7. İstatistik Analizler	56
4.BULGULAR.....	57
5. TARTIŞMA	80
5.1. Alkol Ve Eroin Bağımlılarının Karşılaştırılması	80
5.1.1. Sosyodemografik Veriler Açısından İki Grubun Karşılaştırılması.....	80
5.1.2. Bağımlılık Profili İndeksiyle İki Grubun Karşılaştırılması.....	83
5.1.3 Scl-90-R Semptom Tarama Listesiyle İki Grubun Karşılaştırılması	85
5.1.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Ve Beck Depresyon Envanteri İle İki Grubun Karşılaştırılması	90
5.1.5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği Ve Beck Anksiyete Ölçeği İle İki Grubun Karşılaştırılması	91

5.1.6 Toronto Aleksitimi 20 Ölçeğiyle İki Grubun Karşılaştırılması	91
5.1.7 Depresyon Ve Anksiyeteyi Değerlendiren Testlerin Sonuçlarının İncelenmesi	93
5.2. Somatizasyon Belirtileri Yüksek Alkol Ve Eroin Bağımlılarının Karşılaştırılması	95
5.2.1.BAPİ Ve Alt Testleri İle Karşılaştırma	96
5.2.2.Scl-90-R Belirti Tarama Listesiyle İki Grubun Karşılaştırılması	97
5.2.3.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Ve Beck Depresyon Envanteri İle Karşılaştırma	97
5.2.5 Tao-20 Toplam Ve Alt Testleri İle Karşılaştırma	98
5.3. Her İki Grubun Somatizasyonun Yüksek Veya Düşük Olmasına Göre Karşılaştırılması....	99
5.3.1. Alkol Bağımlılarının Somatizasyon Şiddetine Göre Diğer Testlerle Karşılaştırılması.	99
5.3.2. Eroin Bağımlılarının Somatizasyona Göre Diğer Testlerle Karşılaştırılması.....	103
5.4. Alkol Ve Eroin Bağımlılarında Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete Ve Aleksitimi Korelasyonu.....	106
5.5 Kısıtlılıklar	107
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	108
7.ÖZET	110
8.İNGİLİZCE ÖZET(ABSTRACT).....	112
9.KAYNAKLAR	114
10.ÖZGEÇMİŞ	126
11.EKLER.....	127

KISALTMALAR

HAM-D/HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

BECK-D: Beck Depresyon Ölçeği

BECK-A: Beck Anksiyete Ölçeği

TAO: Toronto Aleksitimi Ölçeği

SCL-90-R: Belirti Tarama Listesi

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

NESARC: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

ECA: Epidemiologic Catchment Area(USA)

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

NCS: National Comorbidity Study

TABLÖLAR

Tablo 1 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler.....	58
Tablo 2 Katılımcılara Ait Hastalık Özellikleri	59
Tablo 3 Örneklem Gruplarının Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1)	61
Tablo 4. Örneklem Gruplarının Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2)	62
Tablo 5 Örneklem Gruplarının Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3)	63
Tablo 6 Örneklem Gruplarında Somatizasyonu Yüksek Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1).....	65
Tablo 7 Örneklem Gruplarda Somatizasyonu Yüksek Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2).....	66
Tablo 8 Örneklem Gruplarda Somatizasyonu Yüksek Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3).....	67
Tablo 9 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1).....	70
Tablo 10 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2)	71
Tablo 11 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3)	72
Tablo 12 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	73
Tablo 13 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1).....	75
Tablo 14 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2).....	76
Tablo 15 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3).....	77
Tablo 16 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	78

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyuşturucu madde kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olup, Türkiye’de diğer Avrupa ülkelerinde olduğu kadar yaygın görülmemekle birlikte, tüm boyutları ve risk etmenleri ile birlikte ortaya konması gereken tıbbi, hukuki, sosyal ve güvenlik boyutları olan bir konudur[1].

Her ikisi de depresan nitelikte olan, alkol ve opiyat, öfori, motor aktivasyon, hipotermi, analjezi ve bağımlılık gelişimi açısından benzerlik gösteren iki maddedir[2].

Madde kullanımı ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki halen açık bir sorundur. Mevcut nosografik yaklaşıma göre, alkol/madde kullanım bozuklukları; olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın devamı, diğer yönlerde ilgi ve faaliyetlerin azaltılması, aşırma, kullanımı kontrol edememe gibi temel bağımlılık belirtilerinin varlığı ile tanımlanır.

Bağımlı davranışları olan kişilerin belirgin psikopatolojik belirtileri psikiyatrik "komorbidite" alanıyla ilişkilidir. Bağımlılığın çekirdek belirtileri ile diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileri arasındaki yüksek derecede ilişkinin yanı sıra, ileri nörobiyolojik ve klinik değerlendirmeler, bağımlılık ile diğer psikopatolojik bozukluklar arasındaki güçlü paylaşım özelliklerini vurgulamaktadır[3].

Madde kullanım bozukluğunda psikiyatrik eş tanılarının ortaya çıkması bir istisna değil neredeyse bir kuraldır. Klinik örneklemelerde psikiyatrik eş tanı sıklığı %70-80'lere varmaktadır[4].

Alkol/madde kullanım bozukluğu ve somatizasyon birlikteliğini inceleyen çalışmalardan bazılarında karmaşık bulgular verilmişken, yetişkinler ve ergenler arasında yürütülen diğer çalışmalarda sürekli olarak somatizasyonun ve madde bozukluklarına eşlik ettiği ileri sürülmüştür[5].

Ayrıca, yüksek aleksitimili, duygu düzenlemesinde güçlük çeken bireylerin duygularını düzenlemek için bazı bağımlılık davranışları kullandıkları iddia edilmektedir[6]. Benzer şekilde, duygularını anlayabilen, ayırt eden ve düzenleyen bireylerin bağımlılık davranışlarını engelleme eğilimi daha yüksek bulunmuştur[7]. Aleksitimi, madde kötüye kullanımına yatkınlık yaratan bir özellik olarak düşünülmektedir[8].

Bunun yanı sıra, aleksitimi ile somatizasyon arasındaki ilişki gösterilmiştir. Aynı zamanda olumsuz duygulanımın da somatizasyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur[9].

Alkol veya madde kullanımı olanların %80 kadarı yaşamlarının bir bölümünde depresif belirti ve bulgulara yakınmışlar ve vakalardan %30 veya üzeri, majör depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Buna rağmen, birçok kişide madde kaynaklı depresyon olsa da depresyon ile alkol bağımlılığı arasındaki karmaşık ilişkilere rağmen belirgin bir ilişki saptanmamıştır[10].

Araştırmacılar, anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozukluklarının komorbiditesi hem frekans hem de klinik etki açısından vurgulanmıştır. Spesifik kaygı bozuklukları ile alkol bağımlılığı arasındaki bağlantılara ilişkin araştırmalar, bu ilişkinin çok yönlü ve karmaşık olduğunu ve dikkatli tanı amaçlı incelemenin önemini ortaya koymuştur[11].

Klinik örneklerde komorbiditenin diğer yönleri üzerine yüzlerce makalenin aksine, somatoform ve alkol/madde bozuklukları arasındaki komorbiditeye ilişkin az sayıda rapor mevcuttur. Daha geniş çalışmalar, somatoform ve madde kullanım bozukluklarının ilişkili olduğunu bildirmekle birlikte, mevcut birkaç çalışma çelişkilidir[12]. Mevcut çalışmalar tipik olarak depresif ve anksiyete bozukluklarının analizlerini içermektedir.[12]

Somatoform bozukluklar ve alt eşik somatizasyon belirtilerinin, genellikle depresyon ve anksiyete ile madde kullanım bozukluklarına kıyasla daha güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete birlikteliği için kontrol yetersizliği nedeniyle, çalışmalar, madde bozukluklarının, kişilerin fiili somatizasyonu ile ilişkili olup olmadığı veya daha çok somatizasyona yüksek orandaki eşlik eden depresyon ve kaygı ile ilişkili olup olmadığı konusunda net değildir[12].

Alkol ve opiyat bağımlılığı ile somatizasyon ve aleksitimin ilişkili olduğu, ayrıca somatizasyonun gelişiminde depresyon ve anksiyetenin etkili olduğu ve birlikte görülebileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada kendi toplumumuzdaki alkol ve opiyat bağımlılığı olan hastaların, somatizasyon, aleksitimi özelliklerinin farklarının incelenmesi ve karşılaştırılması öncelikle amaçlanmıştır. Somatizasyon gelişiminde karıştırıcı faktörler olarak anksiyete ve depresyonun varlığı nedeniyle bu özellikler açısından da iki grubun özelliklerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol Bağımlılığı

2.1.1. Tarihçe

Alkol çok eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılmıştır. Tarih boyunca kişilerin ve toplumların alkole bakışı farklılıklar göstermiştir. Bir taraftan bazı dinsel törenlerde kullanılmış diğer yandan ise dinler tarafından yasaklanmıştır[13]. Anadolu, Mezopotamya, Mısır ve diğer Akdeniz bölgelerinde yaşamış ulusların alkol kullandıkları tarihsel kayıtlara geçmiştir. Eski Mısır, Yunan, Roma tarihçilerinin alkollü içkilerden söz ettikleri bildirilmektedir[14].

Orta çağda, Avrupalılar Araplardan gelişmiş damıtma tekniklerini almış ve şarap yapımı manastırların egemenliğine geçmiştir. Bu durum, din adamları arasında alkolizmin artmasına yol açmıştır. Damıtma teknolojisinin daha da gelişmesiyle 18. yy Avrupa'sında aşağı sınıf arasında alkol kullanımı giderek yayılmış, 19. yy'da Amerika'da zirveye ulaşmıştır. 1878'de Kanada'da, 1919- 1934 yılları arasında Amerika'da alkollü içkilerin üretimi ve tüketimi yasaklanmıştır. Osmanlı padişahları arasında IV. Murat döneminde, alkol, afyon, tütün yasaklanmış, içenlere ölüm dahil çok ağır cezalar verilmiştir[15].

Aşırı alkol tüketiminin ahlaki bir zayıflık değil hastalık olduğunu belirten ilk kişi 1810 yılında Amerikalı hekim Benjamin Rush olmuştur[16].

Alkolizm terimini ilk olarak 1849 yılında İsviçreli bir halk sağlığı uzmanı olan Magnus Huss kullanmıştır. Elvin Morton Jellinek ise 1900'lü yılların başında alkolizmi bir hastalık olarak tanımlamıştır[17].

Edwards ve Gross 1976 yılında “Alkol Bağımlılığı Sendromu” kavramını geliştirmiştir. Bu kavramının ICD ve DSM sınıflandırma sistemlerinde alkol bağımlılığı ile ilgili tanımların geliştirilmesinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir[18].

DSM-II'de alkolizm terimi kullanılmış ve epizodik içme, aşırı alkol içme alışkanlığı, alkol müptelalığı, tanımlanmamış alkol kullanımı olarak dört grupta tanımlanmıştır.

DSM-III'de alkolizm yerine “alkol bağımlılığı” terimi kullanılmıştır. Konu alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı başlıklarıyla tanımlanmıştır.

DSM-III-R’de aynı sınıflama korunmuş, ancak bağımlılık şiddetine göre hafif, orta, ağır şeklinde; tedavi ve bırakma süresine göre kısmi remisyon ve tam remisyon şeklinde tanımlanmıştır.

ICD-9’da alkol bağımlılığı; nevrotik bozukluk, kişilik bozukluğu ve diğer non-psikotik mental bozukluklar ana kategorisinde tanımlanmıştır.

DSM-III-R’de alkolün neden olduğu mental bozukluklar ve organik sorunlar ise alkol entoksikasyonu, alkol idiyosenkratik entoksikasyonu, alkolü komplikasyonsuz bırakma, alkol yoksunluk deliryumu (Delirium Tremens), alkol amnestik sendromu, alkol halusinozisi ve alkole bağlı demans olarak sınıflandırılmıştır.

DSM-IV alkolle ilişkili bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları ve alkolün yol açtığı bozukluklar olarak ayırmıştır. Alkol kullanım bozuklukları; iki başlık altında, alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı olarak değerlendirilmiştir. Bunlar alkol kullanma biçimi ile ilişkili bozukluklardır[19].

DSM-V ise alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı terimlerinin yerine alkol kullanım bozukluklarını terimini getirmiştir. Ayrıca erken remisyon tanımındaki süre 1 aydan 3 aya çıkarılmıştır.

2.1.2. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) alkol bağımlısını; ‘uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı ruhsal, bedensel ve sosyal sağlığı bozulan, buna rağmen durumunu değerlendiremeyen, değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedaviye gereksinimi olan bir hasta’ olarak tanımlamıştır[20].

Alkol Bağımlılık Sendromu Ölçütleri Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırması olan ICD-10’a göre;

F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu

Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konulabilir:

- a. Alkol almak için güçlü bir istek veya zorlanti
- b. Alkol alma davranışını denetlemede güçlük

c. Alkol kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Alkolün tipik bırakma sendromu ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma

d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması

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

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

F10.20 Şimdiki durumda yoksunlukta

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

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

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

F10.24 Şimdiki durumda alkolü almakta (aktif kullanım)

F10.25 Sürekli kullanım

F10.26 Dönem dönem kullanım (dipsomani)

olarak belirtilmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre;

Alkol Kullanım Bozukluğu

A) 12 aylık bir sürede ortaya çıkan aşağıdakilerden en az ikisinin ortaya çıktığı, klinik olarak işlevsellikte önemli bozulma veya sıkıntıya yol açan problemli alkol kullanım paterni:

1. Alkol çoğunlukla daha yüksek miktarlarda veya amaçlanan süreden daha uzun süre alınır.

2. Alkol kullanımını azaltmak veya kontrol altına almak için sürekli bir arzu veya başarısız çabalar vardır.

3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için gereğinden çok zaman harcanır.

4. Alkol kullanmaya özlem duyma ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da zorlantı hissetme.

5. İşte okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülükleri yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayan toplumsal ya da kişiler arası problemler olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.

7. Alkol kullanımından dolayı önemli bir takım toplumsal, iş ya da sosyal etkinliklerinin azaltılması ya da bırakılması.

8. Tekrarlayıcı biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanımı.

9. Büyük ihtimalle alkolün neden olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı bedensel ya da ruhsal bir problem olduğu bilgisine rağmen alkol kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biri şeklinde tolerans gelişmiş olması:

a. İntoksikasyonu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde alkol kullanımının devam etmesine rağmen belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biri şeklinde yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınması.

Varsa belirtiniz:

Erken remisyon evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini tam olarak karşılamış, 12 aydan kısa 3 aydan uzun süre, A4 tanı ölçütü dışında hiçbir tanı ölçütünü karşılamamayı tanımlamaktadır.

Sürekli remisyon evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini tam olarak karşılamış, 12 aydan uzun süre, A4 tanı ölçütü dışında hiçbir tanı ölçütünü karşılamamayı tanımlamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Bireyin alkole ulaşamayacağı bir çevrede olmasını tanımlamaktadır.

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız:

-Ağır olmayan: iki-üç belirtinin olması

-Orta derecede: dört-beş belirtinin olması

-Ağır derecede: altı ya da daha çok belirtinin olması olarak belirtilmektedir.

Alkol yoksunluğu

Alkol bağımlısı, alkol alamadığında yoksunluk sendromuna girer. Bu durum esas itibariyle psişik ve somatik hipereksitasyon ve sempatoadrenal hiperaktivite belirtileriyle karakterizedir[21].

DSM-V Alkol Yoksunluğunu şu şekilde tanımlamaktadır:

A. Yoğun şekilde ve uzun süreli alkol kullanımının bırakılması (ya da azaltılması)

B. A tanı ölçütünde tanımlanan durumdan sonra, birkaç saat ile birkaç gün arasında değişen bir süre aralığından sonra aşağıdaki iki ya da daha çok belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Otonomik hiperaktivite (örn: terleme, taşikardi)
2. Ellerde titremede artış
3. Uykusuzluk
4. Bulantı ya da kusma
5. Gelip geçici, görsel, işitsel, taktil halüsinasyon ya da illüzyonlar
6. Psikomotor ajitasyon
7. Anksiyete
8. Jeneralize tonik klonik nöbetler

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirti ve bulgular başka bir sağlık durumuyla daha iyi açıklanamaz ya da başka bir maddenin yoksunluğu ve entoksikasyonu dahil, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Algı bozuklukları eşlik eden: Gerçeği değerlendirme normal iken ortaya çıkan varsanılar gibi seyrek görülen durumlar ya da deliryum değilken ortaya çıkan görsel, işitsel ve taktıl halüsinasyonlar olması durumunda bu belirteç kullanılır[21].

2.1.3. Epidemiyoloji

Ekonomik kalkınma, kültür, alkol bulunabilirliği ve alkol politikalarının düzeyi ve etkinliği gibi çevresel faktörler; alkol tüketimini, ilişkili zarar farklılıklarını ve tarihsel eğilimleri açıklamada önemli faktörlerdir.

Alkolle ilgili zarar, tüketilen alkol miktarı, içme örüntüsü ve nadiren tüketilen alkolün kalitesine göre belirlenir. Alkolün zararlı kullanımı, bireylerde, en önemlisi alkol bağımlılığı, karaciğer sirozu, kanserler ve yaralanmalarda 200'den fazla hastalık ve yaralanma koşulunun bir bileşenidir. Alkolün zararlı kullanımını azaltmak için çok çeşitli küresel, bölgesel ve ulusal politikalar ve eylemler yapılmaktadır[22].

2010'da dünya genelinde tüketim, 15 yaş ve üzerindeki her kişi için 6.2 litreye eşitti ve bu da günde 13,5 gram saf alkol anlamına gelmektedir. Bu tüketimin dörtte biri kayıt dışı yani ev yapımı, yasadışı olarak üretilen veya normal hükümet kontrollerinin dışında satılan alkol idi. 15 yaş ve üstü nüfusun dünya genelinde %61,7'sinin son 12 ayda alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Tüm DSÖ bölgelerinde, yaşam boyu, kadınların erkeklerden daha fazla alkolden uzak kaldığı tespit edilmiştir. Dünya çapında 15 yaş ve üstü alkol kullanıcıların yaklaşık %16,0'ı epizodik olarak ağır içme ile ilişkilendirilmiştir. Kural olarak, yüksek gelirli ülkeler, kişi başına düşen en yüksek alkol tüketimine sahiptir. Ayrıca bu ülkelerdeki içki içenler yüksek epizodik içme orana sahiptir[22].

2012'de yaklaşık 3,3 milyon ölüm veya tüm küresel ölümlerin %5,9'u alkol tüketiminden kaynaklanmıştır. Küresel ölümlerin alkol ile ilişkili oranlarında önemli cinsiyet farklılıkları vardır, örneğin 2012'de erkeklerde ölümlerin% 7.6'sı ve kadınlarda ölümlerin% 4.0'ı alkole atfedilmiştir[22].

Dünya sağlık örgütü 2010 yılı Türkiye verilerine göre: 15 yaş üstü bireylerde son 12 ay prevalans değerlendirmelerine göre; alkol kullanım bozukluğu erkeklerde %4,5, kadınlarda %1.0, her iki cinsiyette %2,7 olarak bulunmuştur. Aynı değerlendirmede alkol bağımlılığı erkeklerde % 1,3, kadınlarda %0,4, her iki cinsiyette %0,8 olarak bulunmuştur[22].

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 tarihli Sağlık Araştırmasında alkole ilişkin veriler incelendiğinde, Türkiye'de toplam alkol kullananların oranı %10.4 olarak görülmektedir. Cinsiyet değişkenine göre dağılım göz önüne alındığında, erkekler için alkol kullanım oranı %17.2 iken kadınlar için bu oran %3.8'dir.

Yaş değişkenine göre dağılım incelendiğinde, 15-24 yaş aralığında alkol kullanım oranının % 7.4, 25-34 yaş aralığında bu oran % 14.0, 35- 44 yaş aralığında % 13.1, 45-54 yaş aralığında % 11.9, 55-64 yaş aralığında % 8.4, 65-74 yaş aralığında % 4.0 ve 75 yaş üzerinde % 1.3 olarak bildirildiği görülmekte, alkol kullanım oranının en fazla olduğu yaş aralığının 25-34 yaş olduğu anlaşılmaktadır.

Yerleşim yerine göre dağılıma bakıldığında kentte alkol kullanım oranı % 11.8 iken kırdı bu oran % 7.3'tür.

İlk kez alkol kullanma yaşı en sık 15-19 yaş aralığında % 52.8 oranında, ikinci sıklıkta 20-24 yaş aralığında olanların % 28.2 oranında olduğu görülmektedir.

Bireylerin alkol kullanmaya başlamadaki nedenleri arasında ilk sırada % 39,4 ile merak olduğu görülmektedir. Bunu % 19,4 ile eğlence amaçlı, % 17,0 arkadaş etkisi, %15,1 ile özentisi, %5' den az oranlarda aile sorunları, kişisel sorunlar, özel neden olamaması ve diğer nedenler takip etmektedir[23].

Arıkan ve arkadaşlarının 1996 yılında 15 yaş üstü 2238 kişiye CAGE tarama testi uygulayarak DSM III-R ölçütlerine göre alkol bağımlılığı sıklığının araştırıldığı çalışmada, katılımcıların %14'ünde alkol kullanımı ve %0,9'unda alkol bağımlılığı saptanmıştır. Erkekler için alkol bağımlılığı sıklığı %1.9 olarak belirlenmiştir[24].

İstanbul ilinde 12-65 yaşları arasında 1550 kişiyle yapılan bir çalışmada, alkol kullanım yaygınlığı, %33,5 olarak saptanmıştır. Alkole başlama yaşının 16-19 yaşlar arasında pik yaptığı ve alkol kullanımını devam edenler arasında 15 yaş altında alkole başlama oranının %30,7 olduğu saptanmıştır[25]. 2004 yılında yapılan bir başka çalışmada toplam nüfus içinde ağır içicilerin oranı %0.9, erkeklerde %2.1 ve kadınlarda

%0.1 bulunmuştur[26].

2.1.4 Etiyoloji

Alkol bağımlılığının gelişimde birçok etkenin rolü vardır. Alkole başlamada genetik özellikler rol alabilmekle birlikte daha sıklıkla dini, sosyal ve psikolojik etkenler ön plana çıkmaktadır[27].

Alkol kullanım bozukluklarının psikodinamik sebeplerine ilişkin kuramlar, aşırı baskıcı ego ve cinsel gelişimin oral döneminde saplanması üzerine yoğunlaşmışlardır. Psikodinamik kurama göre aşırı baskıcı ve katı bir süper egosu olan bireyler bilinçdışı gerginliklerini azaltmak için alkol kullanırlar. Psikodinamik kurama göre bu bireyler genel olarak utangaç, bağımlı, yalnızlığa eğilimli, engellenmeye dayanma gücü zayıf, bunaltısı yoğun, aşırı duyarlı, gergin, ürkek ve cinsel dürtülerini bastırmış bireyler daha sade deyişle “bağımlı kişilik” olarak tanımlanırlar[27, 28].

Psikodinamik yazına göre, söz konusu bireyler alkol kullanımıyla bilinçdışı gerginliği azalttıkları gibi aynı zamanda oral doyum da yaşamaktadırlar[29].

Davranışçı kurama göre olumlu ya da olumsuz birçok davranış öğrenme yoluyla edinilir[30]. Öğrenme, bireyde alkol kullanma davranışının gelişiminde de rol oynayan bir mekanizmadır. Bireyler alkol kullanımı ile örtüşen kural ve ritüeller sayesinde içme davranışını öğrenir ve geliştirirler[31].

Davranışçı kuram alkol bağımlılığını klasik ve edimsel koşullanma kavramları ile açıklar. Klasik koşullanma ilkelerine göre belirli bir uyarıcının madde ile sık sık eşleşmesi, bir süre sonra söz konusu maddeye karşı aşırı bir isteğe neden olabilir. Daha sonra, genelleştirme ile koşullanılmış bir durumda meydana gelen madde isteği diğer durumlara da ortaya çıkabilir[32].

Bazı kültürlerde alkol, günlük yaşam ve aktivitelerle bütünleşmiş olur, yaygın olarak bulunur ve kolay erişilebilirdir. Bu kültürlerde, içkiden uzak durma oranları düşüktür ve şarap büyük oranda tercih edilen içecektir. Akdeniz'e komşu Avrupa ülkeleri, geleneksel olarak bu kültürlerle örnek teşkil eder. Bazı kültürlerde ise, alkol tüketimi gündelik faaliyetlerde yaygın değildir ve alkole erişim daha sınırlıdır. Alkolden uzak durma yaygındır ancak içki içtiğinde intoksikasyon ile sonuçlanma olasılığı daha yüksektir; Dahası, şarap tüketimi daha az yaygındır. Geleneksel olarak örnekleri

İskandinav ülkeleri, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'dır. Fakat bu farklılık son yıllarda kaybolmakta ve daha homojen bir yapı ortaya çıkmaktadır[33].

Kalıtsal veya genetik risk faktörleri, alkol bağımlılığı varyasyonunun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Çoklu genler, alkol kullanımını başlatma, metabolizma ve takviye özelliklerini farklı şekillerde etkiler ve bazı hassas gruplarda ve bireylerde alkolün toksik, psikoaktif ve bağımlılık üreten özelliklerine duyarlılığın artmasına katkıda bulunur[34].

Genetik etmenler alkolizmde %60'lık bir risk oranıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir[27]. Yapılan ikiz çalışmaları, tek yumurta ikizlerinde alkol kullanım bozukluklarının beraber görülme sıklığının çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğunu göstermektedir[35].

Bir evlat edinme çalışmasında, biyolojik babalarında alkol kullanım bozukluğu olan ve evlat edinilmiş çocukların alkol kullanım oranları, biyolojik babalarında alkol kullanım bozukluğu olmayan ve evlat edinilmiş çocuklara kıyasla daha yüksek bulunmuştur[36].

Ayrıca ailede alkol kullanım bozuklukları öyküsü hem genetik hem de çevresel nedenlerle önemli bir savunmasızlık faktörü olarak kabul edilmektedir[37].

Ayrıca alkol kullanımının 14 yaşından önce başlaması, alkol bağımlılığı ve daha sonraki yaşlarda kötüye kullanım riskinin artması ile ilişkili olduğu için sağlık durumunun bozulmasının bir göstergesi olarak kabul edilmiştir[38].

Alkolün biyolojik etkilerinden bir diğeri de alkolün metabolize edilmesinin bireysel faktörlere göre farklılık göstermesidir. Yapılan çalışmalarda, alkolün metabolize edilmesinde görev alan enzimlerin işlevlerinin kültüre göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir[35].

2.2. Opiyat Bağımlılığı

2.2.1. Tarihçe

Opiyat ve opium kelimeleri morfinin de içinde bulunduğu 20 opium alkalodini içeren *Papaver seminifarum* yani haşhaş tohumunun suyu olan opiumdan gelmektedir[39].

Opioidler, ağrının kesilmesi ve diğer medikal amaçlar için binlerce yıldır kullanılmaktadır. En az 3500 yıldır, afyon formunda ya da opiumun alkolik çözeltileri biçiminde kullanılmaktadır. Aynı şekilde Aztek ve Maya uygarlıklarında halüsinojenik madde içeren mantarlar, Güney Amerika yerlileri tarafından kokain çeşitli amaçlarla kullanılmıştır. Afyon, Eski Roma ve Yunan uygarlıklarında birçok hastalığın tedavisinde ve problemlerin çözümü amacıyla kullanılmıştır. Mezopotamya’da Asur ve Sümerler ile ilgili kayıtlarda, Orta Asya’da Moğol, Türk ve Sibirya bölgelerinde bu maddelerin dinsel törenlerde kullanıldığına dair veriler bulunmuştur[40].

1817 yılında farmakolog Friedrich Helm Sertusner’in morfini bulmuştur. Bu buluşla morfin tıp alanında yaygın bir kullanıma sahip olmuştur. 1865 Amerikan iç Savaşı ve Avrupa’daki savaşlarda analjezi amaçlı morfin kullanılmış. Sonrasında askerlerin yoksunluk krizine girmesiyle bu durum asker hastalığı olarak adlandırılmıştır[40].

Ancak 1879 yılında bu konuyla ilgili araştırmalar durumu morfinmani sendromu olarak tanımlanmıştır. Savaşlar bittikten sonra askerlerin morfinden övgüyle bahsetmeleri Avrupa’nın büyük şehirlerindeki varlıklı kişiler tarafından yaygın olarak kullanılmaya başlamasına neden olmuştur. 1897 yılında, Almanya’da Bayer fabrikasında çalışan kimyager Felix Hoffman eroini keşfetmiştir. 25gramlık paketler halinde satılan “eroine” yüksek talep görmüştür. Fakat daha sonra ABD’de eroinin bağımlılık yaptığına ilişkin bir rapor yayınlanmasıyla birlikte eczanelerden kaldırılmıştır. Eroin ABD’de 1931 yılında tamamen yasaklanmıştır. Tarihin birçok döneminde devletler uyuşturucu madde kullanımını önleyebilmek için yasaklar koysalarda bu yasaklar uzun süre geçerliliklerini koruyamamıştır[40].

Madde kullanımının tanısal sınıflandırmalardaki gelişimi

DSM’nin 1952 yılındaki birinci baskısında madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında değerlendirilmiş ve oldukça sınırlı yer bulmuştur.

1968 yılında basılan DSM-II’de madde kullanımı ilk baskıya benzer bir şekilde ele alınmıştır.

1980 yılında DSM-III’ün basımında birçok değişiklik yapılmıştır. Birçok bozukluk için aşikâr tanı ölçütlerinin tanımlanması DSM-III ile olmuştur.

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı ilk kez DSM-III ile yapılmıştır. Bağımlılık tanısı için fizyolojik bağımlılık belirtilerinin olması kriteri konulmuştur.

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanılarına hiyerarşik bir bakış açısı DSM-IV ile getirilmiştir. Madde kötüye kullanımının, madde bağımlılığından daha hafif bir bozukluk olduğu ve bağımlılığın başlangıcı olarak belirlenmiştir. Bunun yanında bağımlılık tanısı koyabilmek için tolerans ve yoksunluk şart olmaktan çıkarılmıştır.

DSM-IV-TR, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar açısından DSM-IV ile benzerlik göstermektedir. Çoklu madde bağımlılığını en az 3 ayrı gruptan madde kullanımı olması şeklinde tanımlanmıştır. Madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozuklukları; intoksikasyon deliryumu, yoksunluk deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, , psikotik bozukluk, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu olarak tanımlanmıştır.

DSM-5 ile yapılan ilişkili değişiklikler özetlenecek olursa:

DSM-IV'te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar şeklindeki başlık, DSM-5'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları olarak değiştirilmiştir.

DSM-IV'ten farklı olarak çoklu madde bağımlılığı tanısı DSM-5'de bulunmamaktadır.

Madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı başlığı altına alınmıştır.

Craving(aşerme), madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü, tanı ölçütü ilave edilmiştir. Daha önce tanı koymak için üç tanı ölçütü gerekirken iki tanı ölçütü tanı koymak için yeterli bulunmuştur.

DSM-5'te erken remisyon, kalıcı remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon belirleyicileri bulunmaktadır. DSM-IV 'de erken remisyon demek için 1 aydan uzun, 12 aydan kısa süre içinde bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerinden hiçbirinin karşılamaması gerekirken, DSM-5'te bu süre 3 aydan uzun 12 aydan kısa olarak değiştirilmiştir. Ayrıca aşerme (craving) ölçütünün varlığı remisyon belirleyicisinin kullanılmasına engel teşkil etmemektedir.

Şiddet, DSM-5'te yeni tanımlanmış bir belirleyicidir[41].

2.2.2. Tanım

Opiyat bağımlılığı, kullanımı ile ilişkili olarak belirgin problemlere yol açmasına rağmen, kullanımının tekrarlandırıldığı ve sürdürüldüğü bir dizi fizyolojik, davranışsal ve

bilişsel belirtilerden oluşmaktadır. Genel olarak madde bağımlılığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından şu şekilde tanımlanmıştır: Madde kullanımı, kişide bir zamanlar kendisi için değerli başka davranışların yerini alan öncelikli bir durum haline geldiği bir sendrom olarak belirtilmektedir[42].

Opiatlar, afyon ve eroin dışında tedavi amacıyla da kullanılırlar. Morfin, hidromorfon oksimorfon, levorfanol, metadon, meperidin, fentanil, kodein, hidrokodeon, drokod, oksikodon, propaksifen, buprenorfin, pentazosin, nalbufin ve butorfanol tedavi amacıyla kullanılan opiyat türevleridir.

Örneklem grubumuzun madde kullanım özellikleri sadece eroin ve alkol kullanımı kapsadığından opiat bağımlılığı başlığı altında eroin hakkında bilgi verilecektir.

Eroin, kimyasal adı diasetilmorfindir. Beyaz, kokusuz, acı tadı olan ve kristalize bir tozdur. Opiumun fenantren sınıfındadır ve morfin ve kodein ile aynı gruptandır. Fizyolojik etkileri hemen hemen morfinle aynıdır fakat daha şiddetlidir. Morfinden 2,5 kat daha güçlü analjezik etkisi vardır. Bağımlılık yapma potansiyeli morfinden daha güçlüdür. Yalnızca 1-2 defa kullanılması bağımlılık gelişimine yol açar. Tolerans hızlı ortaya çıkar. Günlük dozu 0,02-0,5 gr aralığında olmakla birlikte eroin bağımlısı bunun 50 katını tolere edebilir ve günde 2 gr veya daha çok eroin kullanabilir. Bağımlılardaki günlük doz ortalama 1 gramdır[43].

Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırması olan ICD-10'da opiyat bağımlılığı için tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

F11.2 Opiyat Bağımlılık Sendromu

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

- a. Madde almak için güçlü çok güçlü bir istek veya zorlanti
- b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)
- c. Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma

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

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

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

F11.20 şimdiki durumda yoksunlukta (abstinent)

F11.21 şimdiki durumda yoksunlukta fakat korunmalı bir ortamda (Hastanede, bir tedavi ortamında, hapisanede, vb.)

F11.22 şimdiki durumda tıbbi denetim altında sürdürüm tedavisinde ya da bağımlı olunan maddenin yerine geçen başka bir ilaçla tedavide (denetimli bağımlılık)

F11.23 şimdiki durumda yoksunlukta fakat vazgeçtirici ya da bloke edici ilaçlarla tedavi altında

F11.24 şimdiki durumda maddeyi almakta (aktif bağımlılık)

F11.25 Sürekli kullanım

F11.26 Dönem dönem kullanım

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre;

Opiat kullanım bozukluğu;

A) 12 aylık bir sürede ortaya çıkan aşağıdakilerden en az ikisinin ortaya çıktığı, klinik olarak işlevsellikte önemli bozulma veya sıkıntıya yol açan problemli opiyat kullanım paterni:

1. Opiyat çoğunlukla daha yüksek miktarlarda veya amaçlanan süreden daha uzun süre alınır.

2. Opiyat kullanımını azaltmak veya kontrol altına almak için sürekli bir arzu veya başarısız çabalar vardır.

3. Opiyat elde etmek, opiyat kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için gereğinden çok zaman harcanır.

4. Opiyat kullanmaya özlem duyma ya da opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da zorlantı hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki başlıca sorumluluklarını yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı.

6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayan toplumsal ya da kişiler arası problemler olmasına karşın opiyat kullanımını sürdürme.

7. Opiyat kullanımından dolayı önemli bir takım toplumsal, iş ya da sosyal etkinliklerinin azaltılması ya da bırakılması.

8. Tekrarlayıcı biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanımı.

9. Büyük ihtimalle opiyatın neden olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı bedensel ya da ruhsal bir problem olduğu bilgisine rağmen alkol kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biri şeklinde tolerans gelişmiş olması:

a. İntoksikasyonu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde opiyat kullanımının devam etmesine rağmen belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biri şeklinde yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opiyata özgü yoksunluk sendromu

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

Varsa belirtiniz:

Erken remisyon evresinde: Daha önce opiat kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini tam olarak karşılamış, 12 aydan kısa 3 aydan uzun süre, A4 tanı ölçütü dışında hiçbir tanı ölçütünü karşılamamayı tanımlamaktadır.

Sürekli remisyon evresinde: Daha önce opiat kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini tam olarak karşılamış, 12 aydan kısa 3 aydan uzun süre, A4 tanı ölçütü dışında hiçbir tanı ölçütünü karşılamamayı tanımlamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Sürdürüm tedavisinde: Birey, metadon ya da buprenorfin gibi reçetelenmiş agonist bir ilaç alıyor ve o ilacın yer aldığı küme için opiat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı

ölçütü karşılanmıyorsa(agoniste dayanıklılık ve yoksunluk dışında) bu ek belirleyici kullanılır. Bir parsiyel agonist, bir agonist-antagonist ya da oral naltrekson ya da depo naltrekson gibi tam antagonist ile sürdürüm tedavisi yapılan kişilerde de bu kategori kullanılır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Birey opiyata ulaşmasının engellendiği bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız:

Ağır olmayan; iki – üç belirtinin olması

Orta derecede; dört-beş belirtinin olması

Ağır; altı ya da daha çok belirtinin olması olarak belirtilmektedir[21].

Opiat yoksunluğu

Opiyat yoksunluk belirtileri, ağır ve uzun süreli opiyat kullanımının kesilmesi ya da azaltılmasından sonra birkaç saat ile birkaç gün içinde ortaya çıkar. Opiyat yoksunluk belirtileri ve bulguları, gözlenebilir davranışsal değişiklikler (esneme, yerinde duramama), fizyolojik değişiklikler (kalp atım sayısı, kan basıncı ve pupil çapı vb.) ve hastanın bildirdiği öznel yaşantılardan oluşur. Klinisyenlerin birçoğu yoksunluk bulgularını değerlendirmek için gözlemlenebilir davranışsal değişiklikleri ve özellikle de fizyolojik bulguları hastanın bildirdiği öznel yaşantılardan daha değerli bulmaktadır[44].

DSM-V Opiyat Yoksunluğunu şu şekilde tanımlamaktadır.

A. Aşağıdakilerden birinin varlığı:

1. Yoğun şekilde ve uzun süreli(birkaç hafta ya da daha uzun) opiyat kullanımının bırakılması (ya da azaltılması)
2. Belirli bir süre opiyat kullanımından sonra bir opiyat antagonistinin kullanılması

B. A tanı ölçütünde tanımlanan opiyat kullanımının bırakılmasından ya da azaltılmasından sonra dakikalar ya da birkaç gün içerisinde aşağıdaki üç ya da daha çok belirti ya da bulgunun ortaya çıkması:

1. Disfori
2. Bulantı ve kusma

3. Kas ağrısı
4. Gözyaşı akması ya da burun akıntısı
5. Midriyasiz, piloereksiyon ya da terleme
6. İshal
7. Ateş
8. Uykusuzluk

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da iş, toplumsal ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirti ve bulgular başka bir sağlık durumuyla daha iyi açıklanamaz ya da başka bir maddenin yoksunluğu ve entoksikasyonu dahil, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz[21].

2.2.3. Epidemiyoloji

TUBİM GPS Araştırmasında 15-34 Yaş Grubu Yaşam Boyu Madde Kullanım Yaygınlıkları; herhangi bir madde için %3, Esrar için %1, Eroin için %0,05, Kokain için % 0,05, Amfetaminler için %0,1 bulunmuştur.

Türkiye’de 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere deneme oranı %2,7’dir. Bu oran erkeklerde %3,1, kadınlarda ise %2,2’dir. Madde kullanım yaygınlığının genç yetişkinlerde (15-34 yaş grubu), genel nüfusa (15-64 yaş grubu) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Genç yetişkinlerde herhangi bir maddenin yaşam boyu kullanım oranı %3,0 iken, genel nüfusta bu oranın %2,7 olduğu görülmektedir.

2011 Türkiye’de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM SPS Araştırması) sonuçlarına göre:

Öğrencilerde herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere deneme oranı %1,5 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %2,3, kızlarda %0,7 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin %1,1’inin ailesinde tütün ya da alkol dışında başka madde kullanan birisi vardır. Maddeyi ilk kez kullanma yaşı ortalaması $13,88 \pm 2,39$, ortancası 14,00’dür. Araştırmanın hedef yaş grubunda madde kullanım oranı %1,0’dır. Bu oran erkeklerde %1,5, kızlarda ise %0,5’tir[45].

Madde kullandığını belirten öğrencilerin çoğunluğu erkektir. Yaşam boyu ve halen madde kullanımı açısından erkekler kızlardan 3,9 kat yüksek oranda madde kullandığını belirtmiş. Kardeş sayısı madde kullanımı açısından anlamlı bir farka yol açmamıştır. Anne ve baba eğitimi, madde kullanımı açısından belirgin bir farka yol açmamıştır.(208)

2013 Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda uyuşturucu madde kullanımına ilişkin risk etmenleri ve toplumun uyuşturucu madde kullanımı konusundaki algısı sunulmuştur. Rapor verileri aşağıda incelenmiştir.

15-24 yaş grubunda yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %2,9 iken, 25-44 yaş grubunda %2,8, 45-64 yaş grubunda %2,3'tür.

Erkeklerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %3,5 iken, kadınlarda %2,6'dır.

Eğitimsizlerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %2,6 iken, ilkokul mezunlarında %2,4, ortaokul mezunlarında %3,2, lise mezunlarında %2,6, üniversite mezunlarında %3,1'dir.

Bekârlarda yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %3,8 iken, evlilerde %2,4, dul, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda %1,5'dir. Bekâr olmak istatistiksel olarak anlamlı biçimde uyuşturucu madde kullanımını artırmaktadır.

İl merkezinde yaşayanlarda yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %2,6 iken, ilçe merkezinde yaşayanlarda %2,9, köy ve kasabada yaşayanlarda %2,7'dir.

Geliri aylık 500 TL ve altında olanlarda yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %5,6 iken, 501-1000 TL arasında olanlarda %2,2, 1001-2000 TL olanlarda %2,6, 2001 TL ve üzerinde olanlarda %2,9'dur. Gelir düzeyi aylık 500 TL ve altında olmak istatistiksel olarak anlamlı biçimde uyuşturucu madde kullanımını artırmaktadır[46].

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) 2016 raporuna göre:

Yüksek riskli opioid kullanıcılarının sayısı 1,3 milyon seviyesindedir. Ölümcül yüksek dozlarda kullanılan uyuşturucuların %82'ini opioidler oluşturmaktadır. Avrupa Birliğindeki tüm uyuşturucu tedavi taleplerinin yaklaşık olarak %40'ını oluşturan başlıca uyuşturucular opioidlerdir. Ve 644000 opioid kullanıcısı 2014 yılında ikame tedavi görmüştür.

2014 yılında, birincil uyuşturucuları eroin olup ilk kez uyuşturucu tedavisine giren kullanıcıların %33'si ana uygulama yolu olarak enjeksiyon yöntemini raporlamıştır[47].

ABD'deki güncel eroin kullanıcılarının sayısı 600000 ile 800000 arasında değişmektedir. Yaşam boyu eroin kullanmış insanların sayısı ise yaklaşık 3 milyondur. 2010 yılında son 12 ayda ilk defa eroin kullanan kişi sayısı yaklaşık 140000 kişidir. Ortalama başlama yaşı ise 21,3 bulunmuştur. Eroin kullanımı yaşam boyu prevalansı %1, bir önceki yıl yıl içinde kullanımı ise %0,2 bulunmuştur[27].

Dünyada madde kullanımı incelendiğinde; bağımlılığın genç yaşlarda başladığı ve madde kullanma oranlarının genç yaşlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sebeple, özellikle lise ve üniversite yılları riskli yıllar sayılmış, bu gruba risk grupları denilerek araştırmalar ve çalışmalar bu gruplar üzerinde yoğunlaştırılmıştır[1].

2.2.4 Etiyoloji

Yüksek sosyoekonomik sınıflara göre düşük sosyoekonomik sınıflarda opioid bağımlılığı insidansı daha düşüktür. Fakat sadece düşük sosyoekonomik sınıfa özgül değildir. Kentsel yoksullukla bağlantılı sosyal etkenler opioid bağımlılığı riskini muhtemelen arttırmaktadır. Aile üyelerinin en az birinde madde kullanım bozukluğu olması, boşanmış ebeveynler gibi psikososyal etkenlerle büyüyen çocuklarda davranış problemleri ya da davranım bozuklukları opioid kullanımı için artmış risk teşkil etmektedir. Opiyat bağımlılığı olan ergenlerde “eroïn davranış sendromu” adı verilen bazı kalıcı davranış örüntüleri oluşmaktadır. Bu sendromda sıklıkla altta yatan depresyon ve eşlik eden anksiyete belirtileri, dürtüsellik, başarısızlık korkusu, umutsuzluk, eroini anksiyete giderici olarak kullanmak, engellenme eşiğinin düşmesi, anlık doyum ihtiyacı, madde ile ilişkili davranışları kontrol etmede yetersizlik, sosyal ve kişiler arası ilişkide bozukluk vardır.

Madde bağımlılığının gelişmesinde genetik etkenlerin arttırıcı etkileri olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Monozigot ikizler opioid bağımlılığı için dizigotik ikizlerden çok daha yüksek bağıntı göstermektedir. Çok değişkenli modelleme teknikleri eroin kötüye kullanımı için sadece genetik katkının yüksek olduğunu değil, aynı zamanda daha yüksek değişken oranını göstermiştir. Bunun nedeni ise genetik etkenlerin genel duyarlılık etkenleriyle paylaşılmaması gösterilmiştir. Bu durum opioidlere özgüdür. Bazı görüşler opioid bağımlılığını, opioid sistemin genetik olarak tanımlanmamış hipoaktivitesine bağlarken bir diğer görüş ise dopaminerjik ve noradrenerjik sistemin yetersizliği ile açıklamaktadır.

Psikoanalitik yazında, narkotik bağımlılığı olan kişilerin davranışları pregenital, oral, hatta libidinal fiksasyon ile açıklanmaya çalışılmıştır. Madde kötüye kullanımı, savunma düzenekleri, dürtü kontrolü, duygulanım bozuklukları ve uyum bozukluklarının ilişkisinin açıklanma gereksinimi ego formülasyonuna bir kayışa yol açmıştır. Cidde ego patolojisinin sıklıkla madde kötüye kullanım ile ilişkisine dikkat çekilmekte ve gelişimsel bozukluklara işaret etmektedir[48].

2.3 Somatizasyon (Bedensel belirtiler)

2.3.1 Tanım

Fiziksel bir hastalıkla açıklanamayan bedensel yakınmalar, duygusal hoşnutsuzluğu bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi açıdan açıklanamayan belirtilerin anlayışsal-kavramsal, bilişsel ve davranışsal boyutları olduğu belirtilmektedir[49].

Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hasta ile başvuru alan hekimin ilişkisi birçok yönden önem arz etmektedir. Hastanın belirtisi ile ilgili olumsuz düşünceleri, hekimin ise belirtilerin organik bir rahatsızlığa dayanmadığını düşünmesi ilişkiyi olumsuz yönde etkileyebilir. Tıbbi açıdan açıklanamayan belirtilere sahip hastalar psikolojik streslerini genellikle olduğundan daha hafif gösterme eğilimindedirler. Ve bedensel rahatsızlıklarının şiddetli olduğunu belirtirler. Bu durum hekim için zorlayıcıdır ve birçok hasta defalarca değerlendirmeye tabi tutulur fakat belirtiler kalıcı olma eğilimindedir[50, 51].

Bütün davranışlarımızda olduğu gibi, beden ve zihin arasındaki etkileşim, hastalığın başlatan faktörler, tanı alma, prognoz ve tedavi gibi hastalık süreçlerinde de yansımaları bulmaktadır. Buna en tipik örnek; bedensel yakınmalar şeklinde ortaya çıkan fakat temelde ruhsal ve sosyal alanlarda yaşanan zorluklara ilişkin yardım arama davranışı olarak tanımlayabileceğimiz somatoform bozukluklardır[52].

DSM-IV ve ICD tanı sınıflandırmalarında, somatizasyon ve somatoform bozukluklar ile ilgili epistemolojik belirsizlikler olduğu belirtilmektedir[53, 54]. Bu tanımlar ne olmadıklarına göre yani tıbbi bir hastalık olmadıklarına göre tanımlanmaktadır. Buna karşın sınıflandırma sistemleri somatizasyon ve somatoform bozukluklardaki asıl bozukluğun ne olduğunu belirleyememektedirler[55].

2.3.2 Tarihçesi

Tıp tarihi boyunca Açıklanamayan bedensel belirtilerden bahsedilmiştir. Konversiyon belirtileri, MÖ 19. yüzyılda Mısırlılar tarafından; uterusun batında serbest olarak dolaşması olarak tanımlanmıştır. Bu belirtilerin uterusla ilişkilendirilmesiyle histeri kavramı ortaya çıkmıştır[56, 57]. Kelimenin kökeni eski Yunanca'da uterus anlamındaki "histera"dır. Orta çağda kötü ruhlar ve şeytanla ilişkilendirilen histeri kavramı 900'lü yıllarda bedensel bir hastalık olarak görülmekteydi. 17. yüzyılın sonlarına doğru tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler için psikolojik açıklamalar ortaya atılmaya başlanmıştır[52].

Thomas Sydenham histeriyi tanımlarken 'bedenden daha çok aklın hasta olduğunu' belirtmiştir. Sydenham, histeriyi, birçok fiziksel ve duygusal belirtilerin yer aldığı, kadınlarda görülen, bedensel ve zihinsel bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Bu hastalara tedavi için fiziksel egzersiz ve yeni ilgi alanları önermiştir.

20. yüzyılda bu belirtilerin psikolojik ya da ruhsal kaynaklı olduğuna dair eğilimler ortaya çıkmıştır[52].

Bedenselleştirme terimini ilk kez Steckel tarafından yapılmış ve derinlerde yerleşmiş nevrozun ifadesinden kaynaklanan bedensel bir bozukluk olarak tanımlamıştır[58]. Bazı görüşlerde ise bedenselleştirme "bir stres dili" olarak görülmüştür[59].

Bir diğer görüş ise; bedenselleştirmeyi, bedende patolojik bir durum olmaksızın görülen bedensel belirtiler ve yakınmalar olarak tanımlamıştır. Ayrıca, bu belirtilerin hastalar tarafından bedensel bir hastalık olarak görüldüğü, tıbbi yardım arandığı ve olasılıkla bu durumun kişinin yaşadığı zorlu yaşam olayları sonucu ortaya çıktığına dikkat çekilmiştir[52].

Tıbbi açıdan açıklanamayan belirtiler, 1900'lü yılların sonlarına doğru tanımlanmaya çalışılmıştır. Kellner "fonksiyonel somatik belirtiler", Escobar ve arkadaşları ise "tıbben açıklanamayan belirtiler" tanımlarını yapmıştır[60]. Fakat tanımlamaların her ikisinde de etiyolojik bir temelinin olmaması sebebiyle zayıf kalmaktadırlar[61].

2.3.3 Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar, tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin yaygın bir şekilde görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca, çalışmalar, bu hastaların çok defalar sağlık kurumlarını kullandıklarını belirtmektedir[62, 63].

Topluma dayalı çalışmaların büyük bir kısmında; toplumun yaklaşık %80'inin en az bir ya da birden fazla bedensel belirti ile hekimlere başvurduğu saptanmıştır. ABD'de 13538 kişi ile yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında %25'inde göğüs ağrısı, %25'inde baş ağrısı, %24'ünde karın ağrısı, %23'ünde sırt ağrısı, %25'inde yorgunluk belirtileri olduğu belirlenmiştir. Belirtilerin %31'i tıbbi olarak açıklanamamıştır, ayrıca bu durumu açıklayacak bir ipucu da bulunamamıştır. Şikâyetlerin %84'ü hastayı tedavi aramasına, ilaç kullanmasına ve yaşam aktivitelerini kısıtlamasına yol açmıştır. Vakaların %4'ünden fazlasında çok sayıda, süregelen, açıklanamayan belirti tespit edilmiştir. Ve bu belirtilerin tekrarladığını belirtmişlerdir[64].

Kronke ve arkadaşlarının; birinci basamakta, fiziksel belirtilerin türü ve sayısının psikiyatrik bozukluklar ve işlevsel bozukluklarla ilişkisini incelemeyi amaçladığı 1000 hastayla yapılan çalışmanın sonuçları incelenmiştir. Birincil bakım hastalarında fiziksel 15 belirti varlığının her birinin prevalansını % 3 ila % 58 arasında bulunmuş ve somatoform olduğu kabul edilen belirtilerin oranı ise %16 ila %33 arasında bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada herhangi bir fiziksel belirti varlığının, bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu tanısı olasılığını en az iki kat ila üç kat arttırdığı ve somatoform belirtilerin psikiyatrik bozukluklarla güçlü bir ilişki içinde olduğunu saptamıştır. Bir psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olma olasılığı artan sayıda fiziksel belirtilerle çarpıcı bir şekilde artmıştır. 0 ila 1, 2 ila 3, 4 ila 5, 6 ila 8 ve 9 veya daha fazla belirtisi olan hastalarda bir duygudurum bozukluğunun prevalansı sırasıyla% 2,% 12,% 23,% 44 ve% 60'dır ve Anksiyete bozukluğunun prevalansı sırasıyla% 1,% 7,% 13,% 30 ve% 48'dir. Son olarak, her fiziksel belirti önemli fonksiyonel bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Fiziksel belirtilerin sayısı işlevsel durumun güçlü bir bağıntısı olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel belirtilerin sayısı, psikiyatrik bozukluklar ve fonksiyonel bozukluk için yüksek öngördürücüdür. Çoklu veya açıklanamayan belirtiler, tedavi edilebilir bir ruh hali veya anksiyete bozukluğunu simgeleyebilir[65].

Ağrılı veya ağrısız bedensel belirtileri olan hastaların incelendiği bir çalışmada hastaların %25-30'unda tıbbi etiyoloji aydınlatılamamıştır[66].

İngiltere'de yapılan bir diğer çalışmada üç klinikte değerlendirmeler sonrası tıbbi yönden açıklanamayan hastaların oranları araştırılmış. Gastroenteroloji kliniğine başvuranların %53'ü, nöroloji kliniğine başvuranların %42 ve kardiyoloji kliniğine başvuranların %32'sinde etiyoloji saptanamamıştır[67].

Fazla sayıda tıbbi olarak açıklanamayan belirtiyeye sahip olan 172 hastayı değerlendirilen bir araştırmada, tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler gösteren hastalarda psikiyatrik bozukluk oranının iki kat artmış olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadın cinsiyet, yalnız yaşıyor olmak, düşük ekonomik gelir ve ileri yaş gibi sosyodemografik verilerin tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır[68].

2.3.4 Etiyoloji

Tıbben açıklanamayan belirtilerin patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Araştırmacıların birçoğu ruhsal, sosyal ve psikodinamik etiyolojik etkenlere dikkat çekmektedir. Bazı çalışmalarda ise bu belirtilerin oluşumunda etkili olabilecek biyolojik etkenlere vurgu yapılmaktadır[9, 64].

Somatizasyon hastalarında belirtiler net bir şekilde açıklanamamaktadır. Bu belirtilerin yalnızca sosyal ya da ruhsal düzeneklerle mi ortaya çıktığı ya da temelde bir hastalık veya bilinen fizyopatolojik bir düzeneğin varlığına ilişkin sorular halen tam olarak cevabını bulamamıştır. Kellner, somatizasyonu, multifaktöryel olarak belirlenen, çok karmaşık bir fenomen olarak nitelemiştir[69].

Somatizasyon belirtilerini açıklayabilecek net biyolojik bir düzeneğe bahsetmek mümkün değildir. Biyolojik etkenlerin incelenmesinde bazı ayırıcı tanı zorlukları vardır. Bedensel belirti gelişiminde sorumlu olabilecek az bilinen, iyi tanımlanmamış ya da sık karşılaşılmayan tıbbi durumlar ile gerçek somatizasyon belirtilerini ayırabilmek kolay olmayacaktır. Çünkü, bu tür tıbbi durumların somatizasyon belirtilerini oluşturmaları olasılık dâhilindedir[64].

Somatizasyon belirtilerinin oluşumunda depresyona neden olan fizyopatolojik mekanizmaların sorumlu olduğu düşünülmüştür. Bunun açıklaması olarak: Depresyon hastalarının somatik yakınmalarla hekime başvurdıkları, depresyon seyrinde sıklıkla somatizasyon belirtilerinin görüldüğü ve ayrıca depresyonun tedavisi ile somatik yakınmaların düzeldiği gösterilmektedir[69, 70].

Somatik yakınmalar, anksiyete bozukluklarında sıklıkla görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk tanı ölçütleri arasında kas gerginliği, kolay yorulma, terleme titreme gibi birçok bedensel belirti vardır. Yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan hastalarda somatizasyon bozukluğu görülme olasılığı yüksektir[71].

Ayrıca düz kas kasılması, çizgili kas kasılması, endokrin salgı ve kan akımı değişiklikleri, merkezi sinir sisteminin uyarılma uyumu gibi artmış fizyolojik etkinlikler, düşük ağrı eşiği ve non-nosiseptik ağrı gibi faktörler açıklanamayan bedensel belirtilerin etiyojisinde önem taşımaktadır[64].

Somatizasyon, özgül olmayan bir belirti veya bir ön yatkınlık olup, tek başına bir hastalık değil, duygusal rahatsızlığı bedensel yakınmalar veya belirtilerle yaşamak, algılamak ve aktarmaktır[5]. Beden, kişinin çevresiyle iletişimi ve etkileşiminde birincil rol oynamaktadır. Ontogenetik gelişiminde ilerlediği ilk yoldur. Sözel anlatım ise çok daha sonra gelişmiş bir iletişim yeteneğidir. Beden bu anlatım yeteneğini korumaktadır. Sözel yoldan etkileşimin engellendiği ya da yetersiz kaldığında tekrar harekete geçirilir. Yani kişi, bilişsel düzeyde baş edemediği sorunlarla karşılaşınca, kendisine en ait olan alana, ontogenetik gelişim sürecinden tanıdığı bildik bir yoldan geri dönerek, kendine bir destek, bir sığınak aramakta ve bu araçlardan yardım isteğinde ya da sıkıntısını aktarma eyleminde bulunmaktadır. Somatizasyonda beden işlevlerinin algılanmasında bir bozukluk söz konusudur. Ayrıca somatizasyonda biyolojik, nörofizyolojik, psikoendokrinolojik ve psikososyal etmenlerin karşılıklı etkileşimleri ve katılımları da yadsınamaz[5].

Somatik yakınmalar ve organ belirtileriyle ortaya çıkan somatizasyon bir iletişim şeklidir. Duygusal zorlukların beden diliyle ifade edilmesi yoluna başvurulmuştur. Hasta duygusal yaşantılarını isimlendirememiş, sözcüklere dökememiş ve beden belirtileriyle anlatıma geçmiştir. Fakat bu, sadece yaşadıklarının bir anlatımı olmaktan ziyade, kendisi için önemli birine bir mesaj vermektir. Böyle bir mesaj, pozitif bir geribildirimden beslenme alır ve yanı sıra bir takım çıkarları da yanında getirirse, o zaman somatizasyon yerleşir ve hastalık haline dönüşebilir[5].

2.3.5 Aleksitimi ile İlişkisi

Aleksitimik bireylerin bedenselleştirme eğiliminin fazla olduğu, duygularını tanıma ve söze dökmeye yetersizlik yaşadığı bilinmektedir. Aleksitiminin normal nüfusta %5 oranında bulunduğu fakat bronşial astım, hipertansiyon, romatoid artrit gibi çeşitli psikosomatik hastalıklarda daha sıklıkla izlendiği bildirilmiştir[72].

Konu ile ilgili çalışmalarda bedenselleştiren hastalarda aleksitimi oranını %64.2 olduğu belirtilmiştir. Bu yüksek orana dayanarak aleksitiminin somatizasyona yatkınlık yaratan bir kişilik boyutu olduğu düşünülebilir. Fakat bütün somatizasyon görülen hastalarda aleksitimik özellikler izlenmediği gibi, her aleksitimik bireyde de somatizasyon görülmemesi sebebiyle, aleksitiminin somatizasyon için temel bir etmen olduğu düşünülmemelidir[73].

Kellner'in belirttiği şekilde aleksitimi, bireyin bedensel duyuların yorumlaması ile ilişkili birçok süreçten biri gibi görünmektedir[58]. Birtakım çalışmalar, aleksitiminin erkeklerde daha sık görüldüğü, anksiyete ve depresyonda sıklıkla eşlik ettiği, az gelişmiş ülkelerde daha sık rastlanabileceği ve aleksitiminin yaş, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum gibi değişkenlerle ilişkili olduğu bildirilirken bazı araştırmalar ise bu ilişkinin tartışmalı olduğunu aktarmaktadır[59, 74].

Araştırmacılar, bedenselleştiren hastalarda yaptıkları araştırmada aleksitiminin cinsiyet ve fiziksel yakınma süresi açısından farklı olmadığı, düşük eğitim düzeyi ve depresyon ile ilişkili olabileceğini, özellikle de anksiyete ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir[64].

Tıbben açıklanamayan belirtilere sahip 35 hasta üzerinde yapılan bir aleksitimi araştırmasında; hastaların duygulanımın bedensel bileşeni olarak ortaya çıkan fiziksel duyuları tanımakta zorlandığı bulunmuştur. Bu çalışmada duyguları tanıma güçlüğü'nün tıbben açıklanamayan belirtilere neden olabileceği düşüncesini destekleyen sonuçlar elde edilmekle birlikte, ayrıca aleksitiminin anksiyete ve depresyondan bağımsız olarak fonksiyonel belirtilere yol açabileceğini ya da zemin hazırlayabileceğini belirtilmiştir[64].

2.3.6 Depresyon ve Anksiyete ile ilişkisi

Açıklanamayan belirtiler depresyon ve anksiyete ile ilişkilidir. 1997-2008 yılları arasında 16000 hasta ile açıklanamayan semptomlar ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; tüm somatoform belirti evreleri ve somatik belirti epizodları ile depresyon ve anksiyete anlamlı şekilde ilişkili bulunmuş, ayrıca iki veya daha fazla belirti atağının kaygı veya depresyon riskini beş kat arttırdığı belirtilmiştir[75].

Bu çalışmalardan farklı olarak Kooiman ve arkadaşları, tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların organik kökenli hastalara göre yaklaşık iki kat daha fazla psikiyatrik bozukluk gösterdiğini fakat daha aleksitimik olmadığını belirtmişlerdir[76].

137 kişiden oluşan bir toplum örneğinde, anksiyete ve depresyon kontrol edilmiş, bedensel yakınmalar ile aleksitimi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmanın yazarları aleksitiminin bedenselleştirmeye ilgili olmadığı veya öz bildirim ölçeklerinin aleksitimik bireylerin duygularını tanımlamada bazı zorlukları nedeniyle aleksitimi tam olarak ölçemediği düşüncesine ulaşmışlardır[77].

Aleksitimi zihinsel belirtiler veya bedenselleştirme ile ilişki içerisindedir. Ancak herhangi bir deneysel bir araştırma henüz bütün anlamıyla aleksitiminin bedenselleştirme için bir prediktif faktör olduğunu kanıtlamamıştır. Bu durumların bir sonucu olarak, aleksitimi ile tıbben açıklanamayan belirtiler arasındaki ilişkisi konusunda çelişen sonuçlar vardır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu gözlenmektedir[64].

Hastaların bir kısmı, hastalıktan kaynaklanan psikolojik hadiseleri minimize eder, bazıları ise bunları abarta eğilimdedir. Komorbid psikiyatrik hastalıklar ve gerilimli bir yaşam sürme sıklıkla bu abartma ile ilişkilidir. Komorbid psikiyatrik hastalık ve zorlayıcı yaşam olaylarının sıklıkla bedensel belirtilerin büyütülmesine yol açtığı bildirilmiştir[78].

Depresif hastaların olumsuz bilişsel şemalarının hastalıkla ilgili olumsuz bir görüş geliştirmelerine ve bedensel duyuların abartılı bir biçimde algılamalarına yol açtığı belirtilmiştir.[46]

Hastanelere tıbben açıklanamayan belirtiler ile başvuran hastalarda yüksek oranda görülen psikiyatrik morbiditenin bir açıklaması psikiyatrik sıkıntının yardım arama davranışı üzerine etkisiyle açıklanabilir. Panik bozukluğu hastalar, atakları esnasında yaşadıkları yaygın bedensel yakınmalar ve tıbbi belirtiler sebebiyle tıp hizmetlerine çok sık başvurmaktadır.[47]

Majör depresyon ve anksiyete bozukluklarına sahip hastaların yaklaşık %70-80'inin birincil sağlık hizmetine bedensel yakınmalar ile başvurduklarını belirtilmektedir. Bedensel ve duygusal belirtilerin aynı hastada bir arada ve birbiriyle ilişkili olarak görülebilmesi bazı görüşlerce, ayrı bir psikopatoloji gibi düşünülmesi ve bedenselleştirme olarak adlandırılması yanlış bulunmaktadır.[48]

Dünya Sağlık Örgütü'nün 14 ülkede yürüttüğü çalışmanın verilerine göre depresyon ile açıklanamayan bedensel belirtiler arasında güçlü bir ilişki olduğu ve bu durumun bütün merkezler için geçerli olduğunu gösterilmiştir. Depresyon ve anksiyetede en sık bedensel belirtiler kas ve iskelet sistemi ağrısı ve yorgunluktur. Ayrıca bu belirtiler dünyadaki birincil sağlık hizmetinde benzerdir.[49]

Bu tür bedensel izlenimler bir çeşit "bilet davranışı" fonksiyonu sağlarlar: Bedensel yakınma bir hekimden yardım almak için en uygun ve etiketlenmeyeceği bir sebep olarak görülmektedir. Birey hastalığının sosyal ve psikolojik nedenlerinin fark etse dahi bedensel yakınmayı daha geçerli bulabilmektedir.[50,51]

2.3.7 Somatizasyon ve Bağımlılık

Klinik örneklerde komorbiditenin diğer yönleri üzerine yüzlerce makale aksine, somatoform ve madde bozuklukları arasındaki komorbiditeye ilişkin az sayıda rapor mevcuttur. Daha geniş çalışmalar, somatoform ve madde kullanım bozukluklarının ilişkili olduğunu bildirmekle birlikte, mevcut birkaç çalışma çelişkilidir. Mevcut çalışmalar tipik olarak depresif ve anksiyete bozukluklarının analizlerini içermektedir.

Somatoform bozukluklar ve alt eşik somatizasyon belirtileri genellikle depresyon ve anksiyete ile madde kullanım bozukluklarına kıyasla daha güçlü bir ilişki göstermektedir.

Depresyon ve anksiyete birlikteliği için kontrol yetersizliği nedeniyle, çalışmalar, madde bozukluklarının, kişilerin fiili somatizasyonu ile ilişkili olup olmadığı veya daha çok somatizasyona yüksek orandaki eşlik eden depresyon ve kaygı ile ilişkili olmadığı konusunda net değildir[12].

Üç Alman genel nüfus araştırması madde kullanım bozuklukları ile somatoform bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. 4074 Alman yetişkin arasında DSM-IV alkol kötüye kullanımı ve risk altında olma kriterlerini taşıyan kişilerle, alkol kullanımı olmayan kişiler incelenmiştir. Somatoform, duygudurum ve anksiyete

bozukluğu, anlamlı olarak alkol kullanmayan ve ılımlı içenlerde, daha az sıklıkta bulunmuştur[79].

Maddeye bağımlılığı SSI4,6 olarak bilinen eşik altı somatik belirti durumu(erkeklerde en az 4 somatizasyon semptomu, kadınlarda en az 6 somatik semptom endeksi kategorisi) ile de ilişkili bulunmuştur[80]. Madde bağımlılığı ve SSI4,6 arasında ilişki için 3.53'lük bir OR bulunmuştur[81].

Alman bulgularının aksine, Birleşik Devletler'deki beş bölgede yapılan geniş çaplı bir araştırmada ABD Epidemiyolojik Tarama Alanı (ECA) çalışmasından elde edilen veriler incelendiğinde: Somatizasyon belirtilerinin çok zayıf olarak madde bağımlılığı belirtileriyle, en çok da majör depresyon ve anksiyete bozukluklarının belirtileriyle korele olduklarını bulmuşlardır[82, 83].

ECA katılımcılarının beş ve üstü somatizasyon belirtileri gösteren bir alt grubu incelendiğinde, madde kötüye kullanımı/bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı prevalansı sırasıyla% 2.2 ve% 7.4, diğer bulguların prevalansı fobide % 45.2, panik bozuklukta % 17.8 ve majör depresyonda % 14.8 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, dört ECA sitesinden alınan verilere dayanan daha yeni bir çalışma, analizlerini, daha şiddetli somatizasyon belirtilerini içine alacak şekilde genişletmiştir. Daha fazla sayıda somatizasyon belirtilerinin, artmış bir şekilde eşlik eden aşırı alkol kullanımı (2 hafta boyunca günde en az 7 veya daha fazla içki içmek) ile ilişkili bulunmuştur[84].

Almanya'da yapılan çalışmalar Kuzey Amerika'da yapılan araştırmalardan farklı sonuçlar verdiği görülmüştür. ABD ve Kanada'da yapılan çalışmalar karmaşık bulgular üretirken, yetişkinler ve ergenler arasında yürütülen Almanya'daki çalışmalar sürekli olarak somatizasyon ve madde bozukluklarının eşlik ettiğini ileri sürmüştür. Tutarsızlıkların nedeni belirsizdir ve daha ileri çalışmalara gerek duymaktadır[12].

Hasta örnekleri arasında yapılan çeşitli çalışmalar, madde kullanım bozuklukları ile somatoform bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu belirtilmiştir. Somatizasyon belirtilerinin daha yüksek seviyeleri, Hollandalı genel pratikteki hastalarda benzodiazepinlerin aşermesiyle ilişkili bulunmuştur[85].

Somatizasyon bozukluğu olan 119 primer bakım hastasını ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir ABD çalışmasında; hastaların alkol bağımlılığı ve bağımlılık

oranlarının daha yüksek olduğu, ancak madde bağımlılığı oranının daha yüksek bulunmadığını bildirmişlerdir[86].

Bir çalışmada, Alkolik probandların 8296 akrabasında ve 1654 kontrolde psikiyatrik bozuklukların karşılaştırması yapılmış fakat analiz için yeterli DSM-III-R somatizasyon bozukluğu ile vakalar tanımlanamamıştır[87].

Başka bir örnekte, 14-24 yaş arasındaki Alman nüfusuna dayalı çalışmada, anlamlı bir analiz için çok az sayıda hipokondriasis ve somatizasyon bozukluğu vakası ortaya çıkmıştır[79].

Bununla birlikte, bu çalışma SSI4,6 kullanarak somatoform koşulları için dâhil edilme kriterlerini genişlettiğinde madde bağımlılığı ile bir ilişki bulunmuştur. Daha düşük bir tanı eşiğinin yaygınlık üzerindeki etkisi, genel nüfus örnekleminde somatizasyon bozukluğu için% 0.03 ve SSI4.6 için% 4.4'lük bir oran vermiştir[88].

Somatoform ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili komorbidite araştırmalarında tipik olarak SSI4,6 gibi daha az kısıtlayıcı bozukluklar kullanılmamıştır.

Alt eşikli kategorilerin kullanılması, madde ve somatoform bozukluklarının komorbiditesinin incelenmesinde, kategorilerin tamamen ortadan kaldırılması ve boyutsal bir yaklaşım yerine kullanımda yararlı bir yaklaşım gibi gözükmektedir. Bununla birlikte, eşik altı kategorisinde somatoform bozuklukların geçerliliği üzerinde ya da tamamen boyutsal bir yaklaşım üzerinde uzlaşmaya henüz ulaşılmamıştır[12].

Düşük eşikli diğer bir somatoform durum, ayırt edilemeyen somatoform bozukluktur (USD). USD DSM-IV'e dahil edilir, ancak somatizasyon bozukluğunun aksine, belirli bir sayıda veya belirti türü gerektirmez ve sadece açıklanamayan belirtilerin en az 6 ay süreyle mevcut olmasını gerektirir; Genel nüfusta USD için yaygınlık oranları% 19.7 kadar yüksek bulunmuştur[89].

USD temelli çalışmalar için bir uyarı, bu kategorinin tanımında belirsizlik nedeniyle güvenilirlik ve geçerlik sorunları ile karşılaşabileceğidir[12].

Somatoform belirtileri ve bozuklukları üzerine yapılan çalışmalarda, semptomların açıklamasındaki eksiklik ile ilgili ihtiyaçlar, semptomların nedeninin (veya bunun eksikliğinin) yanlış yönlendirilmesinden dolayı biasa neden olma potansiyeline sahiptir. Örneğin, bir kişi bir belirtinin hiçbir açıklaması olmadığını hissedebilir, bu nedenle bir alkol, madde ve / veya ilaç kullanımından kaynaklanan madde ile ilişkili bir etkiye doğru bir şekilde atfetmede başarısız olur, bir madde kullanımının belirtisini maskeleyebilir.

Bunun tersi de mümkündür, Denekler aslında, açıklanamayan bir somatik belirtinin nedeni olarak madde kullanımını yanlış olarak belirtebilmektedirler[12].

Uzun yıllar boyunca, birçok tıbbi olarak açıklanamamış somatik belirtilere sahip hastalar, hastaların danıştığı birçok farklı doktor veya bölümün özelliklerinden etkilenen değişken teşhisler alabilir[90].

2.4 Aleksitimi

2.4.1 Tanım

Aleksitimi kelime anlamı olarak, Yunan dilinde, a-yok, lexis-söz, thymos-duygu kelimelerin birleşiminden meydana gelmiş bir sözcüktür[91]. Bu kavram Türkçe'ye “duygular için söz yokluğu” şeklinde çevrilmiştir[92].

Aleksitimi, öznel duygusal durumları tanımlamada güçlük ve bu duyguları başkalarına anlatmak için sınırlı bir yetenekle karakterize çok yönlü bir kişilik yapısıdır[93]. Önceki araştırmalar, aleksitiminin bağımlılık davranışlarının gelişimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir[94].

Aleksitimi düzeyi yüksek kişiler, öznel duygusal durumları tanımlamakta güçlük çeker ve bu duygularını başkalarına anlatmak için sınırlı bir yeteneğe sahiptirler. Dolayısıyla, duyguları etkili bir şekilde düzenlemek için verilen mücadele ve yetersizlik ortaya çıkmaktadır[95].

Duygularını tanımlama konusunda düşük kabiliyeti olan bireyler, duygularını düşünmekte ve stresli duygularla baş etmede güçlük çekebilirler[93].

Bir diğer çalışmada, duygularını düzenlemede güçlük çeken bireylerin öznel duygusal durumları belirleme ve duygularını başkalarına bildirme konusunda sınırlı yetenekleri olduğunu belirtmektedir[6].

Aleksitimi terimi, ilk defa Sifneos tarafından 1972 yılında psikosomatik hastalıkları olan bireylerin duygularını ifade etmedeki güçlüğüne vurgulamak için kullanılmıştır. Aleksitimik bireyler, duygularını tanıma, tanımlama, sözel olarak ifade etme ve duygularını bedensel duyumlardan ayırt etmekte zorlanma belirtilerine sahiptir[96, 97].

Duygusal güçlükler ile birlikte, aleksitimik kişiler “pensee operateire” olarak kavramlaşmış obsesif ve somut düşünme tarzına sahiptirler. Bundan dolayı iç dünyalarına temas etmektense çevresel nesne ve durumlara karşı yoğun bir zihinsel meşguliyet halindedirler[98].

Dışa dönük bilişsel bir yapıya sahip olan aleksitimik bireyler, çevreleriyle sorunsuz ve uyum içinde ilişkiler kurabilmek için yoğun bir uğraş içerisindedirler[99].

İşlemsel düşünme (operational thinking) eğilimine sahip bu kişiler, herhangi bir problem ile karşılaştıklarında kısa ve somut çözüm arayışlarına başvurular. Çünkü aleksitimik bireyler, mekanik ve faydacı bir düşünme tarzına sahiptirler. Problemleri sorgulamak ve kendi iç dünyalarına temas etmektense, yüzeysel nedenlerle aşırı bir uğraş halindedirler[100-102].

Bunun yanı sıra, aleksitimik özellikleri olan kişilerin hayal ve fantezi yaşamlarının kısıtlı olduğu belirtilmektedir[100]. Yaratıcılıktan yoksun ve empati yeteneklerinin kısıtlı olduğu ifade edilmektedir[99, 103].

Aleksitimi esas olarak 4 ana başlıkla kendini tanımlatmaktadır.

1. Duyguları tanımlamada ve duyguları duygusal uyarımların bedensel durumlarından ayırmada yaşanan zorluk.
2. Duyguları diğer insanlara açıklarken yaşanan zorluk.
3. Fantezi eksikliği ile beraber bulunan hayal gücünün yoksunluğu.
4. Uyarana bağımlı ve dış odaklı düşünme tarzı[94].

Aleksitimik kişilerin duyguları tamamen izole olmamıştır. Bu durumdaki bireyler de depresyondan yakınabilirler fakat duyguları oldukça dağınık, tam belirginleşmemiş ve psikolojik olarak iyi temsil edilmemiştir[93].

2.4.2 Tarihçe

Aleksitimi tarihi psikosomatik tıbbın gelişmesi ve tarihçesi ile ilişkilidir. Eski Yunan tıbbı ve felsefik anlayışın temsilcileri Hipokrat, Zalmoksis, Pisagor, Plato ve Aristo zihin ve beden arasındaki ilişkileri ve etkileşimi tıpta vazgeçilmez bir temel olarak görmüşlerdir.

Freud konversiyon histerilerinde zihin beden ilişkisini çatışma, çatışma çözme ve savunma mekanizmaları üzerinden açıklamıştır. Psikoanalitik kuram psikosomatik belirtileri “bilinçdışı çatışmaların anlamlı sembolleri” olarak görmektedir[104].

Nemiah ve Sifneos 1970 yılında psikosomatik hastaların öykülerini analiz ederek bu bireylerin büyük çoğunluğunun;

- 1) duygularının tam olarak farkında olmadıklarını ya da duygusal deneyimlerini kelimelere dökmedeki kapasite eksikliklerini,

2) içsel zihinsel dünyalarını yansıtacak olan materyal ya da fantezilerden tam olarak yoksun olduklarını,

3) çevrelerinde olan biten olayları kendi eylemleri de dâhil olmak üzere tüm detaylarıyla anlattıklarını göstermişlerdir[105].

1970'lerin başında Sifneos bu fikirleri biraz daha geliştirdi ve yukarıda bahsedilen özellikleri “aleksitimik” olarak tarif etmiştir[106]. 1970'lerde tanımlanmasından günümüze kadar birçok araştırmacı aleksitimi teorisinin gelişimine katkıda bulunmuşlardır[93, 102, 107]. İlk başta psikosomatik hastalıklarda olan ilgi odağı daha sonraları hastalıkların oluşumunda duyguların ve kişiliğin etkisini anlamaya doğru kaymıştır[102].

Bu çabaların sonucunda aleksitimi ile birçok değişik zihinsel ve somatik durum arasındaki ilişkilerle ilgili bilgi birikimi olmuştur. Dunbar ve Alexander psikosomatik fonksiyon bozukluklarındaki sembolik önemi redderek, psikosomatik hastalıklarda duyguların uygunsuz veya yetersiz ifadesinin bir sonucu olarak otonomik sinir sisteminde oluşan kronik gerilimlerle ilişkisini ileri sürmüşlerdir. Alexander psikosomatik araştırmalarda sözel iletişimin önemine dikkat çekmiştir. İnsanın diğer insanlara içsel duygularını ancak sözel olarak aktarabildiğini belirtmiştir. Duyguların kronik olarak bastırılmasının vejetatif nörozların önemli bir nedeni olduğunu vurgulamıştır[93].

Ruesch ise psikosomatik yakınmaları olan hastaları incelemiş ve infantil kişiliği tarif etmiştir. Bu kişiliğin en önemli özelliği kendini sembolik şekilde ifade etmenin kısıtlılığıdır. Bu görüşe göre: Olgun birey kendindeki artmış gerginliği sözlerle, işaretlerle, ya da yaratıcı sembollerle ifade edebilir. Fakat olgunlaşmamış kişiliğe sahip bireyler kronik gerginliklerini ifade edemediklerinden gerginliğin kronikleşmesine ve psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasına yol açarlar.

Günümüzde, aleksitiminin bilişsel süreçlerde bir eksiklik ve duygulanımın düzenlenmesinde bir bozukluk olduğu fikri, kavram hakkındaki en önemli değişikliklerin başını çekmektedir[93, 94].

2.4.3. Epidemiyoloji:

Aleksitiminin prevalansı ve sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisi, Finlandiya genel nüfusunu temsil eden 1285 denekten oluşan bir örneklem üzerinde çalışılmıştır.

Alexithymia, 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) ile ölçülmüştür. Bu çalışmada aleksitiminin genel prevalansı (TAS-20 skoru ≥ 61)% 12.8 bulunmuş. Prevalans erkeklerde% 16.6, kadınlarda% 9.6 olarak belirlenmiş ($p < 0.001$). Erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik durum ile aleksitiminin ilişkili olduğunu gösterilmiştir[108].

Başka bir Finlandiya çalışmasında aleksitimi prevalansını, geniş yaş aralığında farklı yaş gruplarına dağılımını, sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerle ilişkisini ve depresyon ile birlikteliği 8028 denekte araştırılmış. Aleksitimi prevalansı %9.9 bulunmuş. Erkekler (% 11.9) kadınlardan (% 8.1) daha fazla aleksitimik bulunmuştur. Aleksitimi, erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, zayıf sağlık algısı ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur[109].

Alman genel nüfusun temsili rasgele bir örneğinden oluşturulan bir başka epidemiyolojik çalışmada 20-69 yaş arasındaki 1,859 kişinin verileri TAS-20 ile değerlendirilmiş. Ortalama değer erkeklerde 49.5 (SD = 9.3) ve kadınlarda 48.2 (SD = 9.2) idi. Sonuçlar değerlendirildiğinde, boşanma, bekâr olma ve düşük sosyal statü artan toplam puanlarla ilişkilendirilmiş. Nüfusun yüzde 10'unun TAS-20 toplam puan eşiğini ≥ 61 'i aştığı tespit edilmiştir[110].

Medeni durum ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar farklılık göstermektedir. Bazı çalışmalarda anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte bazı çalışmalarda yalnız olma, bekâr olma ya da boşanmış olma ile aleksitimi arasında pozitif bir ilişki bildirmiştir[108, 110-112].

Aleksitimin sosyo ekonomik durumla olan ilişkisi incelendiğinde, yazında düşük eğitim düzeyi ve düşük ekonomik düzey ile ilişkili bulunmuştur[108, 110-112].

2.4.4. Etiyoloji

Aleksitiminin etyolojisi hakkında psikososyal ve biyolojik teoriler öne sürülmüştür. Çocukluk çağı deneyimleri, kültürel etkiler, nörobiyolojik farklılıklar ve herediter yönler etyoloji olarak incelenmiştir. Genel düşünce aleksitiminin gelişiminde psikososyal ve nörobiyolojik faktörlerin birlikte etkili olduğudur. Çocuğun yetiştirilme tarzının aleksitimiye yol açabileceği belirtilmiştir. Çocuğun bakımını üstlenenler, çocuğun duygusal etkileşimlerine yeteri yanıtı vermezse çocuk sıkıntı yaratan duygusal durumlarla başa çıkmayı öğrenemez ve bunu diğer insanlarla ilişkilendiremez[107].

Prospektif deneysel bir çalışmada, küçük çocuklarda dilin zihinselleşmesi süreci incelemişlerdir. Güvenli bağlanması olan çocukların duygu, fizyoloji, biliş ve duygu düzenleyici dili kolay ve hızlı öğrendikleri tespit edilmiş. Buna karşın, güvensiz bağlanması olan ya da karmaşık ilişkilerle büyüyen çocukların, içsel durumla ilgili kelimelerden yoksun kaldıkları ya da duyguları ve bilişleri için kelimeleri kullanmada ciddi zorluk çektikleri bulunmuştur[113].

Bazı retrospektif çalışmalarda, erişikilerden alınan bilgiler ışığında, çocuklukta anneye bağıllığının aleksitiminin gelişmesinde etkin bir rolü olduğuna dair veriler bulunmuştur. Anne ihmalinin olduğu çocuklarda ilerleyen dönemlerde aleksitiminin daha sık gözleendiği görülmüştür[114, 115].

Bir başka çalışmaya göre çocuğun aşırı korunma ya da sevgi eksikliği algılaması ilerleyen dönem de yüksek derecede aleksitimi gelişmesine neden olmaktadır[116].

Aile dışındaki psikososyal faktörler kültürle alakalıdır. Fin toplumu içinde yapılan bir çalışmada kırsal alanda yetiştirme ile aleksitimi insidansı arasında bir bağlantı bulunmuştur. Araştırmacılar bu durumu toplumsal alışkanlıklarla açıklamıştır. Geleneksel Fin anlayışında erkek bireylerin duygularını göstermesine ya da ifade etmesine izin vermemekteydi[117].

1960 ve 80'ler arasında komisurotomi uygulanarak split beyin yaratılmış hastaları aleksitimi açısından incelenmiştir[118].

Bu hastalar çok az duygu yüklü kelimeler kullanırken, konuşmaları son derece tekdüze, ilgisiz, düz, çeşitlilikten yoksun olarak değerlendirilmiştir[119].

Bu nedenle aleksitiminin iki hemisfer arası transfer azlığıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Bu durumu açıklamak için “fonksiyonel komisurotomi” terimi önerilmiştir.

TMS ile yapılan bir çalışmada 30 kadın ve erkek aleksitimik bireyde her iki tarafta azalmış transkallozal inhibisyon bulunmuştur[120].

İstismara maruz kalmış ve post travmatik stres bozukluğu gelişmiş çocuklarda yapılan bir çalışmada nörobiyolojik değişiklikler görüntüleme ile incelenmiş. Azalmış prefrontal ve cerebral korteks volümü, korpus kallosumun orta bölümlerinde gelişme geriliği saptanmıştır. İlerleyen dönemde bu hastalarda aleksitimi görüldüğünü belirtmişlerdir[107].

2.4.5. Depresyon ve Anksiyete İle İlişkisi

Alekesitimisi olan olgularda eşlik eden madde kötüye kullanımı, somatoform bozukluklar, depresyon, kaygı bozuklukları, özellikle obsesif kompulsif bozukluk dikkati çekmektedir. Aynı zamanda aleksitimi, sağlıklı nüfusda da görülmektedir[121, 122].

Depresyon ile aleksitimi arasında belirgin bir ilişki bulunmaktadır. Depresyonun şiddeti ile aleksitiminin şiddetinin de arttığı gözlenmiştir[123, 124].

Güncel araştırmalar aleksitiminin disosiyasyon, alkol bağımlılığı, patolojik kumar oynama, madde bağımlılığı, depresyon, kaygı bozuklukları, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, somatoform bozukluk ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır[8, 125-132].

Son yıllarda, aleksitimi sıklıkla depresyon ve anksiyete bozuklukları araştırmalarında veya spesifik gruplarda depresyon ve anksiyete ile birlikte ele alınmaktadır[133].

Aleksitiminin birçok sağlık sorunu ile birlikteliği ve birtakım psikososyal problemlerle birlikte görülmesi nedeniyle bu hastalıkların tedavisinde yerinin ne olduğu sorusu gündeme gelmiştir. Aleksitimi yalnız başına bir hastalık değildir. Fakat birçok durum için bir risk faktörü ya da sürdürücü bir etken olabilir[134].

2.4.6 Aleksitimi ve Bağımlılık

Yüksek aleksitimili, duygu regülasyonunda güçlük çeken bireylerin duygularını düzenlemek için bazı bağımlılık davranışları kullandıklarını iddia edilmiştir[6]. Benzer şekilde, duygularını anlayabilen, ayırt eden ve düzenleyen bireylerin bağımlılık davranışlarını engelleme eğilimi daha yüksek bulunmuştur[7].

Aleksitimi, madde kötüye kullanımına yatkınlık yaratan bir özellik olarak düşünülür. Üstelik, kötüye kullanılan maddenin türüne bağlı olduğu, kötü prognozunu yanı sıra nüksetme eğilimine yol açtığı ya da hiç tedavi aranmaması gibi en kötü senaryo ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür[8].

335 kişilik bir üniversite öğrencisinden oluşan Craparo araştırması, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 ve İnternet Kullanımı, Kötüye Kullanım, Bağımlılık Ölçeği kullanarak aleksitimi ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sonuçlar, internet bağımlılığı, aleksitimi ve disosiyasyon skorları arasında anlamlı korelasyonlar

olduğunu göstermiştir. İnternet bağımlılığının acı verici duyguları modüle etmek için gerekli psikolojik bir geri çekilişi temsil edebileceği öne sürülmüştür[135].

Aleksitimik yapı, başlangıçta klasik psikosomatik hastalıklı hastalarda gözlemlenen bir takım bilişsel ve duygusal özelliklerini ve daha sonra madde kullanım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozukluğu olan hastaları kapsar[93].

Psikoaktif madde bağımlısı hastalardan oluşan bir örnekte detoksifikasyonun aleksitim skorlarına etkilerini araştırılmıştır. Başlangıçta 48 kişiye 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) uygulanmış ve 4-6 hafta sonra ikinci bir ölçüm yapılmış. Bu deneklerin başlangıçtaki (55.5 ± 12.0) ortalama TAS-20 toplam puanı, sağlıklı nüfus normlarına (46.5 ± 10.3) göre daha yüksek bulunmuş. Ve detoksifikasyon sonrasında toplamlarda anlamlı bir değişiklik ortaya çıkmamıştır. Sonuçlar madde bağımlılarının aleksitiminin istikrarlı bir nitelik taşıdığını ve maddeyi bırakmanın bir sonucu olarak önemli ölçüde değişmediğini göstermektedir[136].

Mısır'da 200 madde kötüye kullanımı olan ve 200 kontrol birey ile yapılan bir çalışmada aleksitimi oranlarını ölçmek için Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) kullanılmış. Aleksitiminin madde kullanım bozukluğu grubunda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuş. Ayrıca madde kullanım bozuklukları grubunda aleksitimik olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında, aleksitimik olan grupta daha fazla çoklu madde kötüye kullanımı, daha fazla afyon kullanımı (IV eroin hariç), daha az hastaneye yatış sayısı, bildirilen nükslerin daha az olması saptanmıştır[8].

Tedavinin erken döneminde bulunan 90 kişiyle yapılmış, alkolizm tedavisi sırasında aleksitimiyi ölçmek ve aleksitimi ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmada; yüksek BDE skoru olan katılımcılar, BDE skoru düşük olanlara göre daha 'aleksitimik' olma eğiliminde bulunmuştur. Bu çalışmada aleksitiminin alkollü hastalar için acı verici etkilenmeleri reddeden savunma amaçlı bir düzenek olabileceği sonucuna varmışlardır[137].

Alkol bağımlılığı olan 100 erkek hastanın klinik ve biyokimyasal verileri, ailenin alkolik alkolizm öyküsü ve aleksitimik kişilik özellikleri ile ilişkili olarak analiz edilen bir çalışmada: Aile öyküsü ile aleksitimik kişilik özellikleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Fakat aile öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre daha şiddetli klinik belirtilere sahip olma ve daha genç bir yaşta alkole başlama arasında korelasyon

bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca 100 hastanın 79'unda aleksitimik özellikler belirlenmiştir[138].

Başka bir çalışmada, alkol bağımlılarında aleksitimi şiddeti ile affektif belirtilerin arasındaki ilişkinin erken bulgularının geçerliliği araştırılmıştır. Aleksitiminin şiddeti, disfori ve affektif intolerans ile anlamı birliktelik göstermiştir. Hem de bu kişiler aleksitimiden kaynaklanan affektif bozukluklardan dolayı bazı kişilerarası güçlüklerle karşı karşıya kalırlar. Bu bulgular, aleksitimik yapının, alkol bağımlılığında etkili olduğu, anlaşılmasının tedavide sonuçlar üzerine olan yararlılığını desteklemektedir[139].

Alkol bağımlılarında yapılan bir diğer çalışmada, alkolizm açısından yüksek genetik risk altındaki deneklerin daha fazla aleksitimik olduğu bulunmuştur[140].

Loas G. Ve arkadaşları, alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı olan 46 hastada aleksitiminin prevalansı %67.4 bulmuştur. Çalışma sonuçları aleksitiminin alkolik yatan hastalarda olumsuz tedavi sonucunu öngördüğünü düşündürmektedir[141].

Ülkemizde yapılan araştırmalarda; Pektaş ve arkadaşları, erkek alkol bağımlılarında aleksitimi oranını %60, Arıkan Z. ve ark. %56, Evren C ve ark.'ları %36.2 olarak bulmuşlardır[142-144].

2.5 Depresyon

2.5.1 Tanım

Depresyon, üzüntülü bir duygudurumla birlikte konuşma, hareket, düşünce ve fizyolojik yavaşlama, durgunluk, değersizlik, kendini başkalarından aşağı görme, karamsarlık duygu ve düşüncelerinin olduğu bir sendromdur[13, 145].

Depresyonda, durgunluk, çökkün duygudurum, disfori, ajitasyon, isteksizlik, keyif alamama, unutkanlık gibi belirtilerin yanı sıra uyku bozukluğu, iştah azalması ya da artması, güçsüzlük, halsizlik, çabuk yorulma, kilo kaybı, hareketlerde yavaşlama ve cinsel isteksizlik gibi bedensel belirtilerde mevcuttur[13].

Güncel araştırmalara göre major depresif bozukluklar tüm psikiyatrik bozukluklar içinde yaşam boyu yaygınlığı en yüksek olanıdır. Yaşam boyu yaygınlık oranı ise % 5-17 arasındadır[27].

Psikodinamik yaklaşıma göre depresyon incelendiğinde: Oral dönemde anne-bebek arasındaki bozuk ilişki depresyona yatkınlığa neden olur. Depresyon hayali ya da gerçek bir nesnenin kaybıyla ilişkilendirilmiştir. Savunma mekanizması olarak kayıp nesne için

içe atım kullanılır. Kaybedilen nesneye karşı ambivalan duygular öfkenin kişinin kendisine dönmesine neden olur. Analitik çevrelerde farklı görüşler de mevcuttur.

Bilişsel modele göre depresyon, depresyona yatkın kişilerde bulunan bilişsel çarpıtmalardan köken alır. Bu çarpıtmalar depresyon oluşturuş şemaları geliştirir. Böylece kişi kendi ve çevresini bu çerçeve ile algılar. Aaron Beck depresyonda umutsuzluk ve çaresizliğin üzerine geliştiğı üç bilişsel bozukluktan bahsetmiştir. Bunlar negatif benlik algısı, çevre ve yaşam olaylarını negatif yorumlama ve gelecekle ilişkili olumsuz görüşlerdir.

Biyolojik etkenler incelendiğinde norepinefrin, dopamin, serotonin mekanizmaları başta olmak üzere GABA, hücre içi mesajcılar, hormonlar, tiroid eksen aktivitesi, büyüme hormonu, prolaktin, immünolojik bozukluklar ve genetik, depresyon araştırmalarına konu olmuştur[27, 146].

2.5.2 Depresyon ve Bağımlılık

Alkol ile ilişkili hastalığı olanların yaklaşık %30-40' ı hayatının en az bir döneminde major depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamıştır. Bazı çalışmalar, günlük yüksek miktarda alkol alımı ve ailesinde alkol kötüye kullanımı öyküsü olan alkoliklerde depresyonun daha sık olma eğiliminde olduğu anlaşılmıştır[27].

Alkol veya madde kullanımı ve diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesine yönelik epidemiyolojik ulusal komorbidite çalışmasında (NCS; National Comorbidity Study) belirlenen veriler; bağımlılığı olan kişilerin %41-65'inde, yaşamlarının herhangi bir döneminde bir duygudurum ya da anksiyete bozukluğu olduğunu göstermiştir[147].

Benzer şekilde, bir duygudurum ya da anksiyete bozukluğu olanların yaklaşık %50'sinde yaşamlarının bir döneminde, bir bağımlılık bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamıştır. Ayrıca bu bozukluklar genel nüfusta görülme sıklığından daha sık bulunmuştur. Alkol veya madde kötüye kullanımı ve unipolar depresyon arasındaki ilişkiye ilişkin çeşitli görüşler bulunmaktadır. Alkol veya madde kullanımı olanların % 80 kadar ciddi bir bölümü yaşamlarının bir bölümünde depresif belirti ve bulgulardan yakınmışlardır. Bu vakalardan % 30 veya üzeri, haftalarca süren ve ciddi bir depresyon dönemi kriterlerini karşılayan major depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Buna rağmen, birçok kişide madde kaynaklı depresyon olsa da; doğru metodolojik kontrollere tabi

tutulduğunda, unipolar depresyon ile alkol bağımlılığı arasındaki karmaşık ilişkilere rağmen belirgin bir ilişki saptanmamıştır[10].

Alkol veya madde kullanımı dönem dönem depresif epizodlara yol açabilir. Alkol veya madde kaynaklı depresif sendromlar bazı çalışmalar ile desteklenmektedir. Alkol veya madde kullanımının bırakılmasının, sonraki günler ve haftalarda devam edebilen ağır depresif belirtilere neden olabileceğini gösteren araştırmalar ve klinik gözlemler mevcuttur. Madde bağımlılığı ve depresif sendromların eş zamanlı ortaya çıkması bazı metodolojik zorluklara neden olmaktadır. Araştırmacılar, madde bağımlılığı ile geçici süre madde kullanımının devam eden etkilerini ayırabilmeleri son derece önemlidir. Aynı derecede önemli şekilde çökkünlük belirtilerinin, dönemsel duygudurum dalgalanmalarının, distimilerin majör depresif epizodlar mı yoksa bipolar bozukluk belirtisi mi gösterdiği ayırt edilmelidir. Diğer taraftan uzamış yoksunluk belirtilerine bağlı olarak distimi veya ruhsal dengesizlik azalan yoğunlukta haftalarca görülebilir[148].

Daha önce ötimik duyguduruma sahip bireyler, birkaç gün ya da hafta yüksek doz alkol kullandıklarında depresif belirtiler bildirilmiştir. İçmeyi bırakmanın ardından duygudurum sendromları alkolün bırakılmasının ardından, birkaç gün ile haftalar arasında değişen sürelerde belirgin iyileşme kaydedilmiştir. Benzer şekilde yüksek doz madde kullanımı olan kişilerde yapılan çalışmalarda, alkol veya maddenin bırakılmasından sonra duygudurum bozukluklarında düzelme gösteren depresif sendrom gösterilmiştir[10].

1998 yılında yapılan bir çalışmada 191 alkolikten oluşan bir örnek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile başvurudan sonraki 48 saat içinde ve haftada bir dört defa görüşülmüştür. Çalışma bulguları alkoliklerin% 42'sinde klinik olarak anlamlı düzeyde depresyona (Hamilton, 20'ye eşit veya daha fazla) sahip olduğunu, ancak sadece% 6'sının 4. haftada klinik olarak depresyonda olduğunu belirtmektedir. Alkoliklerin depresif belirtileri ikinci haftadaki skorlarda hızlı bir şekilde azalmıştır. Taburcu edildikten sonra en yaygın depresif belirti türü vegetatif belirtiler olarak saptanmıştır[149]. Bazı hastaların, hastanede detoksifikasyona başlamasının ilk haftalarına oranla, yatış öncesi aktif içici iken depresyon tanısı konması daha olası gözükmetedir[149].

Depresyon, madde kullanım bozukluğunu öngörebilir ya da mevcut madde

kullanım bozukluğunun bir sonucu olabilir. Madde kullanım bozukluğunun şiddetini arttırabilir veya ortak bir yatkınlıkla ilişkili olabilir. Madde ve alkol, depresif belirtileri azaltmak amacıyla kendi kendini tedavi amacıyla kullanılabilir. Duygudurum bozukluğu belirtileri bazı maddelerin entoksikasyon ve çekilme belirtileri ile karışabilir. Madde kullanım bozukluğu için tedavi almaya başlayan veya madde kullanımı sonlanan ergen olguların önemli bir kısmında depresif bulgular erişkinlere benzer şekilde zamanla kaybolur. Fakat bazı olgularda ayık kalmaya rağmen depresif bulgular kronikleşebilir[150].

Depresyonun alkolik hastalarda yaşam kalitesini etkileyen temel faktör olduğu tespit edilmiştir[151]. Alkoliklerle yapılan bir çalışmada psikiyatrik komorbiditenin intihar düşüncesi oluşumunda ve tamamlanmamış intihar girişimlerinde en önemli etken olduğu belirtilmiştir[152].

Alkol kullanımı depresif bozukluğun bir sonucu olabilmekte veya alkolizme ek olarak depresyon gelişebilmektedir[153]. Başka bir çalışmada kadın alkol bağımlılarında relapslar çoğunlukla negatif duygudurum ve depresif belirtilerin varlığında gözlenmiştir[154]. Artan depresyon derecesiyle düşük yaşam kalitesinin korelasyonu beklendiği gibi çalışmalarla desteklenmiştir[155].

Yoksunluğun 10. ve 14. günleri arasında depresif belirtilerde düzelme izlenmiştir. DSM-IV, affektif belirtileri yoksunluk veya zehirlenme dönemlerinde tespit edilmesine göre özelleştirmiştir[156].

Opiat bağımlılarının yaklaşık %90'ında, sıklıkla majör depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olmak üzere, ek bir psikiyatrik komorbidite bulunur. Opiat bağımlılarının yaklaşık %15'i intihar girişiminde bulunmuştur[27].

Opiyatların yok açtığı duygudurumu bozuklukları entoksikasyon ya da yoksunluk esnasında meydana gelebilir. Opioidlerin yol açtığı duygudurum bozukluğu olan kişilerin psikiyatriye başvurularında sıklıkla; irritabilite, depresyon, çöşma gibi karışık belirtiler gözlenir. Uzun süreli eroin kullanımı kişilerde sosyal yalıtım, durgunluk, ilgisizlik gibi belirtilere yol açar. Gelişen depresyon ve bağımlılığın getirdiği çaresizlik ve depresif duygudurum intihar girişimlerine yol açmaktadır.

Erkekler eroin bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada; işsizlik, bağımlı biriyle yaşama, daha önce tedavi girişiminde bulunmama depresyon açısından risk faktörleri olarak bulunmuştur[145].

2.6 Anksiyete

2.6.1 Tanım

Anksiyete, önemli psikiyatrik kuramlarca açıklanmış çekirdek bir olayı tanımlar. Hem psikodinamik kuramlarda hem nörobilimde hem de bilişsel davranışçı ilkeleri benimseyen düşünce okullarında önemli bir yere sahiptir. Korku ile benzer özelliklere sahip olsa da korku, dışa odaklı, belirli, bilinen veya çatışmasız bir tehdide karşı bir yanıt iken; kaygı ise belirsiz, içe odaklanmış, bilinmeyen veya çatışmalı bir tehdide yanıt olarak değerlendirilmektedir. Anksiyete genellikle yaygın, belirsiz, hoş olmayan bir endişe hissi ile kendini belli eder. Genellikle baş ağrısı, midede rahatsızlık, korku hissi, yerinde duramama, huzursuzluk gibi otonomik belirtilerle karakterizdir. Anksiyetenin periferik belirtileri arasında ishal, baş dönmesi, aşırı terleme, reflekslerde artış, çarpıntı, pupiller genişleme, senkop, karıncalanma, sık idrara çıkma gibi bedensel belirtiler bulunur[48].

Anksiyetenin devamlı bir hal alması, kişinin işlevselliğini etkilemesi, kişilerarası ilişkilerde problemlere yol açması patolojik olarak değerlendirilir[157].

Kaygı yaşantısı, temel olarak fizyolojik duyuların ve gerginlik ya da korkunun farkında olunması ile karakterizedir. Ayrıca çevrelerindeki belirli şeylere karşı seçici dikkatleri de artırmıştır. NCS verileri, dört kişiden en az birinin anksiyete bozuklukların tanı ölçütlerini karşıladığı, 12 aylık prevalansının % 17,7 olduğunu belirtmektedir. Yaşam boyu yaygınlık erkeklerde %17,7, kadınlarda %30,5'dir. Ayrıca yüksek sosyoekonomik durumla yaygınlık azalmaktadır[48].

Psikoanalitik kuramlara göre: ilk zamanlarda, Freud kaygıyı libidonun fizyolojik artışıyla açıklamış fakat daha sonra “bilinçdışı bir tehlike varlığının uyarısı” olarak yeniden tanımlamıştır. Yani dinamik açıdan anksiyete tehlike sinyali olarak görülmektedir. Bu algı travmatik durumun yeniden tekraryacağını temsil eder. Anksiyete, bilinçdışı cinsel veya saldırganlık arzularıyla süperegonun ya da dış gerçekliğe ilişkin tehditler arasındaki çatışmalar ile ortaya çıkmaktadır.

Davranışçı kuramlara göre: anksiyete belirli çevresel bir uyarana karşı koşullu ve öğrenilmiş bir yanıttır. Birey anksiyete yaratan durumlardan uzak durarak anksiyeteyi azaltmaya çalışır. Toplumsal öğrenme kuramına göre birey çocukluk döneminde ebeveynlerinden öğrendiği kaygıyı taklit ederek bir kaygı yanıtı oluşturur.

Varoluşçu kuram, bireyin anlamsız bir evrende yaşama duygusunun deneyimine odaklanır. Kaygıyı ise anlam ve varoluşla ilgili hiçliğe verilen yanıt olarak değerlendirir.

Otonom sinir sistemi uyarılması kardiyovasküler, kas, gastrointestinal ve solunum sistemi ile ilgili belirtilere neden olmaktadır. Özellikle panik bozukluğu olan hastalarda sempatik tonus artışı, tekrarlayıcı uyaranlara yavaş uyum ve orta şiddetteki uyaranlara şiddetli yanıt bulunmuştur.

Nörotransmitter sistemler, kaygıyla ilişkili olarak incelendiğinde norepinefrin(NE), serotonin ve γ -aminobütirik asit(GABA) ön plana çıkmaktadır. Artmış noradrenerjik sistemin bir sonucu olarak ortaya çıkan uykusuzluk, panik atak, irkilme sıklıkla anksiyete bozukluklarında gözlenmektedir. GABA etkinliğini arttıran benzodiazepinler, GABA'nın kaygı üzerine etkilerini desteklemektedir[48, 146, 158].

2.6.2 Anksiyete ve Bağımlılık

Alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları ile anksiyete bozukluklarının komorbiditesini araştıran çalışmaların birçoğu alkol kullanımı üzerine yoğunlaşmıştır. Horton ve Bales, gerilimin alkol kullanımına neden olduğunu ilk defa ortaya atmışlardır. Cogner, 1956 yılında, alkol ile anksiyete arasındaki ilişkiyi teorik bir modelle açıklamıştır. “Tension Reduction Hypothesis (TRH)” adını verdiği hipotezinde, alkolün cesaret verici özelliklerine dikkati çekmiş ve bunu alkol kullanımının kaçınma davranışına neden olan korkuyu azaltmasıyla açıklamıştır. TRH, genel olarak hafif ve orta içiciler üzerinde yapılan klinik gözlemler üzerinde kurulmuş bir hipotezdir ve ortaya atıldıktan sonra geniş kabul görmüştür. Üstünde geniş çaplı ve çok sayıda araştırma yapılan ve çok tartışılan bir teoridir. Schuckit yıllar sonra alternatif bir hipotez sunmuştur. Buna göre: Eğer az miktarda alkol hafif anksiyeteyi azaltabiliyorsa, alkoliklerde şiddetli anksiyetelerine çözüm olarak yoğun alkol kullanabilirler. TRH tartışmaları olmasına rağmen, ortaya konulduğu dönemde bütün disiplinlerin özellikle de psikanalistlerin ve davranışçıların birlikte kabul ettikleri nadir kuramlardan biri haline gelmiştir. Psikanalistler süpregonun alkol ile çözüldüğüne inanmakta, davranışçılar ise alkolün

anksiyolitik etkisiyle, hastalıklı davranış üzerindeki olumsuz pekiştirici etkisine dikkat çekmişlerdir[159].

Eşlik eden anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozuklukları araştırmacılar ve klinisyenler için büyük önem taşır. Epidemiyolojik ve klinik araştırmalardan elde edilen kümülatif kanıtlar, bu komorbiditenin hem frekans hem de klinik etkisini vurgulamıştır. Spesifik kaygı bozuklukları ile alkol kullanım bozuklukları arasındaki bağlantılara ilişkin araştırmalar, bu ilişkinin çok yönlü ve karmaşık olduğunu ve dikkatli tanı amaçlı incelemenin önemini altını çizdiğini ortaya koymuştur. Klinik açıdan anlamlı olan, anksiyete ve alkol kullanım bozukluğu olan kişiler için tedavi karmaşık olabilir. Hem kullanılan yöntemler hem de müdahalelerin zamanlaması tedavinin planlanması ve verilmesiyle ilişkili faktörlerdir[11].

Belirli Anksiyete Bozuklukları İle Epidemiyolojik Örneklerde Alkol Kullanım Bozuklukları Arasında 12 Aylık Komorbidite Oranlarının incelendiği bir çalışmada; toplum temelli örneklerden ortaya çıkan üç eğilim dikkat çekmektedir.

İlk olarak, anksiyete bozuklukları alkol bağımlılığı ile alkol kötüye kullanımından daha güçlü bir şekilde ilişkilidir[160]. Bu bulgulara alternatif açıklamalar, anksiyete bozukluğu olanların alkol bağımlılığına yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır; çünkü bu kişiler ya kendi kendilerini tedavi için alkol kullanmaktadırlar ya da bu kişilerin anksiyete bozuklukları büyük oranda alkol yoksunluğu ile ilişkilidir[161, 162].

İkincisi, belirli anksiyete bozuklukları ile alkol kullanım bozuklukları arasındaki ilişkinin büyüklüğü, spesifik kombinasyonlar arasında değişir. Örneğin: panik bozukluğu tipik olarak alkol kullanım bozukluğu ile nispeten yüksek bir ilişkiye sahiptir(236). Bu alandaki klasik bir derlemede, alkol sorunu olan hastaların klinik temelli örnekleri arasındaki spesifik anksiyete bozukluklarının eş tanı oranları açısından daha da belirgin farklılıklar olduğu gösterildi. Bunlar topluluk temelli sıklık tahminlerine (basit fobi) yakın oranlardan, topluluk tahminlerine göre dokuz kat daha fazla oranlara (sosyal fobi) kadar değişmektedir[159].

Üçüncüsü, ırk, etnisite ve cinsiyet gibi farklı demografik özelliklere sahip hasta alt gruplarında farklı komorbidite kalıpları mevcuttur. Kaygı-alkol komorbiditesinde cinsiyete bağlı farklılıklar çeşitli örneklerde bildirilmiştir ve bu alandaki araştırmalar aynı zamanda kadınlar ve erkekler arasında kayda değer klinik farklılıklar tespit etmiştir. NCS

araştırması, alkol bağımlısı kadınların yüzde 60,7, alkol bağımlısı erkeklerin yüzde 35,8'inin eş zamanlı bir kaygı bozukluğuna sahip olduğunu bulmuştur[163].

Bu yaygınlık verilerinin önemi, eşlik eden kaygı ve alkol kullanım bozukluklarının klinik etkilerini vurgulamasıdır. Ayrıca, klinik araştırmalar hem anksiyete hem de alkol kullanım bozukluklarının, diğer durum için seyir ve tedavi sonucunu olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir. Örneğin, anksiyete sorunları alkol kötüye kullanım bozukluğunun şiddetini arttırması, tedaviyi takiben nüks riskinin artması ve madde kullanım bozuklukları bağlamında daha genel olarak ömür boyu hizmet kullanımının artması ile ilişkilendirilmiştir. Madde kullanım sorunları anksiyete bozukluklarının iyileşme olasılığını azaltabilir. Çalışmalar aynı zamanda alkol kullanımının kaygıyı arttırabileceğini göstermiştir. Anksiyete ile alkol kullanım bozuklukları arasındaki ilişkiyi tanımlayan epidemiyolojik ve klinik literatür bu komorbiditenin hem yaygın hem de klinik açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir[11].

Anksiyete ve alkol kullanım bozukluklarının nasıl bir araya geldiği sorusu araştırmacıları ve klinisyenleri tarafından on yıllardır merak ediliyor. Ve halen bir tartışma konusudur. Bu durum için üç temel yol önerilmiştir:

Ortak faktör modeli

Ortak faktör modeli, iki bozukluk arasında doğrudan nedensel bir ilişki olmadığını varsaymaktadır. Bunun yerine, üçüncü değişkenler, bu birlikteliği açıklamak için öne sürülmüştür.

Bazı çalışmalara göre, anksiyete ile Alkol kullanım bozukluğu arasındaki bağlantıların doğrudan olmadığını, bunun yerine incelenen diğer değişkenlerin bir sonucu olabileceği belirtilmiştir[164].

Ortak faktörlerin potansiyel aralığını tahmin etmek zor olabilir, ancak literatürün gözden geçirilmesi, önerilen en tutarlı üçüncü değişkenlerin, anksiyete duyarlılığı gibi genetik faktörler ve kişilik özellikleri olduğunu göstermektedir.

Anksiyete duyarlılığı hem anksiyete hem de madde kullanım bozukluklarının görülme sıklığıyla bağlantılıdır[11].

Self medikasyon modeli

Literatürde anksiyete ve alkol kullanım bozuklukların komorbiditesi için “self medikasyon” açıklaması en dikkati çekmektedir. Bu model, anksiyete bozukluğu olan kişilerin belirtileri ile baş edebilmek için alkol alımı ile koşulların olumsuz sonuçlarını

hafifletmeye, sonuç olarak daha sonraki alkol kullanım bozukluklarının başlamasına neden olduğunu belirtmektedir[11].

NCS'de, toplumdaki anksiyete bozukluğu olan bireylerin sadece % 21.9'u alkol veya uyuşturucu ile self medikasyon yaptığını kabul etmiştir. Bu kişilerin tanıları ve kabul yüzdeleri incelendiğinde; yaygın anksiyete bozukluğu %35.6, panik bozukluk %23, ve sosyal fobi %21,2 olarak saptanmıştır[165].

Birlikte ele alındığında, bu bulgular birlikte anksiyete ve alkol kullanım bozukluklarının eş zamanlı olarak ortaya çıkması için self medikasyon açıklaması için cazip bir destek sağlamaktadır. Bununla birlikte, bu kanıt çizgileri çeşitli sınırlamalar ile ilişkilidir. Örneğin, analizler çoğu zaman geriye dönük olarak kendinden raporlanan verilere dayanır. Alkol bağımlısı bireylerin alkolden ayrılmasının akut döneminde değerlendirilmesi durumunda, self medikasyon prevalansının tahminleri daha yüksekmış gibi bulunabilir. Alkolün anksiyete azaltıcı etkileri inceleyen laboratuvar çalışmalarının karmaşık bulgular üretmesi dikkat çekmektedir.

Bu uyumsuzluğun olası bir açıklaması, bir kişinin alkolün etkileri hakkındaki beklentilerinin alkolün gerçek fizyolojik etkilerinden bağımsız olarak alkol alımını motive edebileceğidir[11, 166].

3.Maddeler tarafından tetiklenen yol

Eşlik eden anksiyete ve alkol kullanım bozukluklarının üçüncü nedensel açıklaması; anksiyetenin büyük oranda ağır ve uzun süreli alkol tüketiminin bir sonucu olduğudur. Alkolizm bir dizi biyopsikososyal soruna yol açar. Ve anksiyete bu alanların her ile ilişkili olabilir. Alkol bağımlılığının seyri, tekrar tekrar aralıklı olarak aşırı ve sık tüketim ve geri çekilme atakları ile doludur. Bunun sonucu olarak sinir sisteminde, anksiyeteyi arttıran ya da ortaya çıkaran, birtakım değişiklikler ortaya çıkabilir[11].

Anksiyete bozuklukları hem genel nüfusta hem de tedavi arayan örneklerde madde kullanım bozukluklarıyla birlikte görülür. Bu bozuklukların bir arada bulunması, tek bir hastalık görülmesine göre daha fazla belirti şiddeti, daha yüksek işlevsellikte azalma düzeyi ve kötü prognoz ile ilişkilidir[167].

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki büyük ölçekli genel nüfus araştırmaları, Anksiyete bozukluklarının, psikiyatrik bozuklukların en yaygın sınıfını oluşturduğunu, 2014 yıl verileri bu bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık olarak % 18 ve% 29 olarak tahmin etmektedir[168]. TSSB ve OKB tanıları dışlandığında bile Anksiyete

bozukluklarının prevalansı yüksek bulunmuştur. 2014 yılı verileri % 11 ve yaşam boyu yaygınlığı% 16 olarak saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu prevalansı, son bir yılda yaklaşık % 9 ve yaşam boyu madde ve alkol kullanım bozuklukları ise sırasıyla% 10 ve% 30'dur[160, 169].

Madde bağımlılığı iyileştirme evlerinde, sosyal anksiyetenin kadınlar ve erkekler üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre: Sosyal anksiyetenin nüksün belirgin bir öngördürücüsü olduğunu ve altı ay veya daha uzun süre sakin bir bakım evinde kalma olasılığını azalttığı saptanmıştır[170].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın örnekleme, yeri ve zamanı

Bu araştırmaya; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) Polikliniği'nde Şubat 2017- Nisan 2017 tarihleri arasında ayaktan tedavi gören, ICD-10 tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı alan, detoksifikasyonunu tamamlamış ardışık 79 erkek hasta ve ICD-10 ölçütlerine göre eroin bağımlılığı tanısı alan, detoksifikasyonunu tamamlamış ardışık 91 erkek hasta olmak üzere toplam 170 hasta alınmıştır.

3.2 Örneklem Seçimi

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve belirtilen dışlama ölçütlerini karşılamayan hastalar araştırma grubuna alınmıştır. Klinik görüşme ile yapılan değerlendirme ile ICD-10 tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı veya opiyat bağımlılığı tanısı konulan hastalara, araştırmaya gönüllü olarak katıldığına dair belge imzalatılmıştır. Kendisi ile ilgili her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı anlatılmış, herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilceği ve katılıp katılmamasının tedavi programını hiçbir şekilde etkilemeyeceği bildirilmiştir. Alkol ve eroin bağımlılarında görüşmeler, detoksifikasyon sonrasında, en son alkol/ eroin kullanımından en az 2 hafta sonra yoksunluk belirtilerinin tam olarak kaybolduğu değerlendirildikten sonra yapılmıştır. Bu şekilde detoksifikasyon dönemi sırasında çalışmaya uyum sağlamakla ilgili oluşabilecek diğer güçlüklerin yanı sıra, bu dönemde görülmesi beklenen anksiyete, depresyon ve yoksunlukla doğrudan ilişkili terleme, titreme, bulantı, kas ağrıları gibi bulgularının da çalışmaya etkilerinin en aza indirgenmesi hedeflenmiştir.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1-18-65 yaş aralığında erkek olması

2-Bilgilendirilmiş onam vermesi

3-ICD-10'a göre alkol/opiyat bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılaması

4. En az on dört gündür herhangi bir uyuşturucu madde kullanmıyor olmak

Dışlama Ölçütleri:

1- Herhangi bir fiziksel kısıtlılığı olma

2 - Alkol / madde yoksunluğu, entoksikasyonu veya deliryum tremens döneminde bulunma

3- Okuma yazma bilmemesi

4- Mental retardasyonu olması

5- Demans ve diğer organik mental bozukluğun olması

6- 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olması

7- Komorbid psikiyatrik hastalığı olması

3.3 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel, sadece olgu grubu içeren, gözlemsel bir çalışmadır.

3.4 Etik kurul onayı

Çalışma Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından onaylanmıştır.

Onay Tarihi: 10/02/2017

Toplantı sayısı: 02

Araştırma Kod No: 2017-85

3.5 Araştırmanın bütçesi

Araştırmanın bütçesi bulunmamaktadır

3.6 Uygulama ve Gereçler

Yapılan görüşmelerde araştırmaya alınan hastalara kliniğimiz tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Bağımlılık Profil Indexi Uygulayıcı Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği araştırmacı tarafından yapılmıştır. Aynı görüşmede, hastalara, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 öz bildirim ölçekleri verilmiştir

3.6.1 Onam ve bilgilendirme formu

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara, klinik görüşme ve uygulamalardan önce GÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafınca uygun bulunan bilgilendirilmiş onam formu verilmiş, çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır.

3.6.2 Sosyodemografik Veri Formu (SVF)

Hastalara ait sosyodemografik özellikleri sorgulamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Çalışmaya alınan tüm katılımcılar için doldurulmuştur.

3.6.3 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulayıcı Formu

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek Kültegin Ögel, Cüneyt Evren, Figen Karadağ ve Defne Tamar Gürol tarafından geliştirilmiştir. BAPİ, 5 alt ölçekten oluşur. BAPİ'yi oluşturan alt ölçekler şunlardır:

Madde kullanım özellikleri

Alkol ve alkol dışı tüm maddeler bu bölümde sorulmaktadır. Her maddenin kullanım sıklığı için artan düzeyde bir puan alınmaktadır. Eğer kişi çoklu madde kullanıyorsa, bu durumda daha yüksek puan almaktadır. Çünkü çoklu madde kullanımının daha şiddetli bağımlılık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Örneğin kişi sadece alkol kullanıyorsa alacağı puan, alkol ve esrar kullanan kişiye göre daha düşük çıkacaktır.

Bu bölümde kullanılan madde sayısı ve sıklığı dışında, kullanılan maddenin yarattığı sorunlar da değerlendirilmektedir. Çünkü bazı kişiler az ve seyrek madde kullanmalarına rağmen, madde kullanımları dolayısıyla çok fazla sorun yaşamaktadırlar. Bu nedenle madde kullanım sıklığı, kullanılan madde sayısı ve madde kullanımının yarattığı sorun ağırlıklandırılarak değerlendirilmektedir.

Bağımlılık tanı ölçütleri

Bu bölümde DSM ve ICD'de yer alan bağımlılık tanı ölçütleri sorulmaktadır.

Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi

Bu bölüm hem psikososyal işlevleri hem de maddenin kişinin yaşamına olan diğer etkilerini araştıran soruları içermektedir. Eğitim, çalışma, aile, ekonomik, yasal sorunlar gibi alanların sorgulanması dışında, gündüz madde kullanımının olup olmaması, istemese

dahi madde kullanıp kullanmama, aile veya çevrenin eleştirmesi gibi bağımlılık sorunlarının şiddetini yordayan sorular da bu bölümde yer almaktadır.

Şiddetli madde kullanma isteği

Bu bölüm, şiddetli madde kullanımını yani "craving"i değerlendirmektedir.

Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu

Bu bölümde kişinin motivasyon düzeyini ölçen sorular yer almaktadır. Bırakma motivasyonunun artışı kişinin bağımlılık sorunlarını fazla yaşaması olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle motivasyon tedavi için önemli bir faktör olmakla birlikte, bağımlılık şiddetinin yükseldiğini gösteren bir faktör olarak ele alınmıştır.

Her alt ölçek kendi içinde puanlandırılmaktadır. Her alt ölçeğin puanı eşit ağırlıkta BAPİ toplam puanını belirlemektedir. Bunun nedeni bağımlılık şiddetini her alt ölçeğin farklı biçimde etkilediği varsayımdır.

BAPİ, klinik uygulamada kullanılabilir ve hem alkol, hem madde bağımlılığını değerlendirebilen bir ölçektir. Hem kişinin kendi doldurabileceği, hem de uygulayıcı tarafından doldurabilen formu vardır. BAPİ'nin özbildirim ve uygulayıcı formu vardır. Her ikisinde de sorular aynıdır. Ancak yanıt seçenekleri daha keskin değerlendirme yapabilmek için özbildirim formunda beşli, uygulayıcı formunda ise üçlü likert skaladır.

Çalışılan nüfusta, okuma yazma sorunu olanlarda, kişinin sosyokültürel düzeyinin form doldurmaya uygun olmadığı durumlarda, Ölçeğin güvenilir doldurulmayacağına ilişkin kanı oluştuğunda BAPİ özbildirim formu değil, uygulayıcı formu tercih edilmelidir. Bu çalışmada güvenilirlik açısından uygulayıcı formu uygun görülmüştür.

BAPİ, uygulayıcı ve özbildirim formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Uygulayıcı formu ortalaması 671 hükümlü ile yapılan çalışmada 3.31 ± 2.36 olarak bulunmuştur. Eşit üç ayrı yüzdelik dilime bölündüğünde aşağıdaki değerlendirme ortaya çıkmıştır.

Düşük bağımlılık şiddeti 1.6 puan altı

Orta bağımlılık şiddeti 1.6 ile 4.6 puan arası

Yüksek bağımlılık şiddeti 4.6 puan üstü[171].

3.6.4 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HAM-D)

1950'lerin sonunda depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, uzman derecelendirmesi esasına dayanmakta olan standart bir ölçektir. Başlangıçta, 21 maddenin 17'sine dayanan toplam puanı sağlayacak biçimde düzenlenmiştir. Yayınlanmasından bu yana çok sayıda klinik araştırmada kendisine geniş bir yer bulmuştur[172].

Hastada depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçek amacıyla kullanılır. Tedavi takibinde izlem amaçlı kullanılır fakat tanı koydurmaz. Puanlamada 0 il 4 arasında puan almak mümkündür, en yüksek 51 puan alınabilir. Uygulama klinisyen tarafından yapılır. B.W Williams tarafından, Hamiltonun gözleminde 1978'de yapılandırılmış hale gelmiştir.

Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Akdemir A. ve ark. tarafından yapılmıştır[173].

3.6.5 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton tarafından 1959 yılında öne sürülmüştür. Anksiyete düzeyi ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Görüşmeci tarafından uygulanır ve değerlendirilir. 14 maddeden oluşur, her maddenin puanı 0 ile 4 arasında değişir ve en yüksek puan 56'dır. Türkiye'deki çalışmalarda kesme puanı hesaplanmamıştır. Karşılaştırmalı araştırmalarda kullanılır[174].

Anksiyete çalışmalarında tedavinin takibini değerlendirmek amacıyla en sık kullanılan yarı yapılandırılmış bir değerlendirme ölçeğidir. Yazıcı M.K. ve ark. tarafından, 1998 yılında, ölçeğin Türkçe çevirisinin değerlendiriciler arası güvenilirliği ve Türkiye toplumunda geçerliği gösterilmiş, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) puanlarıyla karşılaştırılarak ölçüt geçerliği incelenmiştir. Bulgular, ölçeğin güvenilir bir değerlendirme aracı olduğunu ve geçerlik şartlarını karşıladığını göstermiştir[175].

3.6.6 Beck Depresyon Envanteri

1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Depresyon yönünden riski belirlemeyi ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Bir öz bildirim ölçeğidir.

Hastalar ölçeğe kendine uygun olan seçeneği işaretlerler. Her madde 0-3 arasında puan alır. Toplam puan 0-63 arasında değişebilir[176].

Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Hisli tarafından 1989'da çalışılmıştır. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir[177].

3.6.7 Beck Anksiyete Envanteri

Beck tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Yirmi bir belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunur. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Likert (dereceler toplamı) tipi ölçüm sağlar. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir[178]. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Ulusoy tarafından yapılmıştır[179].

3.6.8 Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R)

SCL-90, ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarının, semptomatik davranışlarına yönelik bir öz bildirim anketi olarak ortaya çıkmıştır. Başlangıçta “psikoterapötik maddelerin nisbi etkinliğini” ölçebilmek amacıyla ilaç denemelerinde kullanılmıştır[180].

SCL-90 Belirti Tarama Testinin Alt Boyutları

Somatizasyon (12 Madde) : Bedensel disfonksiyon algılarından kaynaklanan sıkıntıları yansıtır. Şikayetler kardiyovasküler, gastrointestinal, solunum, nörolojik ve diğer sistemlere odaklanmaktadır. Ağrı, kas rahatsızlıkları ve anksiyetenin diğer somatik eşdeğerleri de somatizasyonun olası bileşenlerindendir.

Depresyon (13 Madde) : Depresyon boyutu, klinik depresyon bulgularının, temsili ranjını yansıtır ve disforik duygudurum, yaşama karşı ilginin azalması, motivasyon kaybı ve yaşam enerjisinin azalması gibi semptomları barındırır. Umutsuzluk hissi, intihar düşüncesi ve klinik depresyonla ilgili diğer bilişsel ve somatik öğeler bu boyuta dâhildir.

Obsesyon (10 Madde) : Bu ölçek, yabancı ve istenmeyen yapıda, karşı koyulamayan ve aralıksız devam eden düşünce, dürtü ve eylemler üzerinde durmaktadır.

Kişilerarası Duyarlılık (9 Madde): Kişilerarası Duyarlılık Ölçütü, özellikle diğer insanlara kıyasla, yetersizlik ve aşağılık duyguları üzerinde durmaktadır. Kişilerarası etkileşimler sırasında belirgin bir şekilde rahatsızlık hissetme ve kendinden şüphe etme bu sendromun karakteristik bulgularıdır. Kişilerarası ilişkiler hakkında olumsuz beklentiler ve rahatsızlık durumu, kişiler arası duyarlılık ölçütünün ayırdedici özelliklerindendir.

Anksiyete (10 Madde): Sinirlilik, gerginlik, titreme gibi, anksiyetenin temel işaretleri, endişe, korku, terör ve panik duyguları adı altında genel tanımlamaya dâhil edilmiştir.

Öfke (6 Madde): Öfke boyutunun belirtileri, öfkenin negatif karakteristikleri olan tüm duygu, düşünce ve davranışları içerir. Bu ölçüt, duygu düşünce ve davranışların kızgınlık, sinirlilik, saldırganlık, düşmanlık gibi niteliklerini yansıtır.

Fobik Reaksiyon (7 Madde): Fobik anksiyete boyutu, gerçek bir tehdit oluşturmayan belirli bir kişi, yer, obje veya durum karşısında orantısız korku tepkisi verme ve bunun sonucu olarak kaçınma veya kaçış davranışı oluşturma sendromunu tanımlar. Bu ölçüt DSM IV, agorafobi sendromu ile büyük oranda uyushmaktadır.

Paranoid Düşünce (6 Madde): Paranoid düşünme boyutu, bir düşünme biçimi bozukluğu olarak paranoid düşünceyi temsil eder. Paranoid düşünme boyutunun içerdiği başlıklar, projektif düşünme, düşmanlık, büyükleme, şüphecilik ve kontrol kaybı olarak tanımlanabilir.

Psikotizm (10 Madde): Psikotizm, bir tarafta çekinik izole yaşam tarzından diğer tarafta baskın psikotik davranışa kadar tüm boyutu temsil etmek için tasarlanmıştır. Bu ölçütte, hafif toplumsal yabancılaşımdan başlayarak, birincil belirtilerine kadar psikozun bütünlüğü derece derece yansıtılmaya çalışılmaktadır.

Ek Ölçek (7 Madde) : Ölçekte yer alan 90 maddenin 7'si ek ölçek olarak adlandırılmıştır. Bu ek ölçek, diğer psikolojik belirtiler olarak adlandırılabilir. Bu diğer belirtiler, yemek yeme, uyku bozuklukları ve suçluluk duygusu gibi belirtileri içermektedir[181].

Bu noktada, tüm alt boyutların ortalama değerini içeren, genel belirti ölçeği, katılımcının ruhsal durumu hakkında, tek bir numerik değer halinde genel bilgi sağlamaktadır. Boyutsal ölçek ise katılımcının ruhsal durumu hakkında spesifik boyut bilgisi sağlamak ve katılımcının mevcut ruhsal durumuna bağlı olarak bir profil sunmaktadır. Her bir maddeye ilişkin maddesel ölçek, katılımcının halihazırda yaşıyor olduğu spesifik sorunlar ile ilgili ayrıntıları sağlamaktadır. Ölçeğin orijinali ile ilgili geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili olarak, Derogatis ve ekibi tarafından birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda, ölçeğin orijinalinin, çeşitli alt ölçekler için iç tutarlılık değerinin .77 ile .90 arası değişmekte olduğu görülmüştür[182].

Bununla beraber, bir hafta arayla alınan test-tekrar test güvenilirliği ise .78 ile .90 arasında değişmektedir. Bu nedenle testin, ölçmek istediği boyutları tutarlı bir şekilde ölçebildiği değerlendirilmiştir[182].

Aynı zamanda, “Genel Belirti İndeksi” dâhil olmak üzere bütün alt boyutların, hasta ve hasta olmayan örnekleri başarılı bir şekilde ayırabildiği görülmüştür. Yapılan t-test analizi, tüm alt boyutlara ait ortalama değerlerin kendi aralarında anlamlı olarak farklılaştığını göstermiştir. 9 alt boyutun diskriminant fonksiyon analizi ise hasta olmayan örneklerin %93,1, hasta örneklerinin ise %77,9 oranında doğru belirlendiğini ve ortalama isabet yüzdesinin ise %86,4 olarak oluştuğunu göstermektedir. Alt boyutlar arası korelasyon, hasta olmayan örneklem için 0.67 ve hasta örnekleme için 0.57 olarak tespit edilmiştir[183].

Çalışmamızda kullanılan ölçeğin Türkçe standardizasyonu, Hacettepe Üniversitesi, Prof. Dr. DAĞ (1991) tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik çalışması ise, Türkiye’de 1985-1986 yılı bahar döneminde, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulunda eğitim gören 1, 2, 3 ve 4. sınıf öğrencileri ile yapılmış, araştırmaya 72 Erkek, 50 Kız öğrenci katılmıştır. SCL-90, bu öğrencilere test-tekrar test uygulaması ile 15 gün arayla iki kere uygulanmıştır[181].

Araştırma bulguları, ilgili kaynaklarda daha önce yapılmış çalışmaları desteklediğinden, ölçeğin güvenilir bir ölçüm yaptığı değerlendirilmiştir. Aynı zamanda test-tekrar test sonuçları arasındaki korelasyon da yüksektir. Böylece, ölçeğin, tüm alt boyutları da dâhil olmak üzere tutarlı ölçüm yaptığı görülmektedir[182].

3.6.9 Toronto Aleksitimi Ölçeği-20

Ölçek, ilk olarak 1985 yılında Taylor ve arkadaşları tarafından 26 maddeden oluşan bir özbebildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir[184]. 20 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeğinin alt boyutları da üçe indirilmiştir. Bunlar; duygularını tanıma zorluğu, duygularını ifade etme zorluğu ve dışa dönük düşüncedir. Ölçeğin; duyguları tanıma zorluğu alt boyutunda 7 madde, duyguları ifade etme zorluğu alt boyutunda 5 madde ve dışa dönük düşünce alt boyutunda 8 madde bulunmaktadır[185].

Ölçek, likert tipi bir ölçme aracı olup, kişilerden “Hiçbir zaman” (1), “Nadiren” (2), “Bazen”(3), “Sık sık”(4) ve “Her zaman”(5) seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Puanlandırılma ise tüm bu maddelerin puanlarının toplanmasıyla gerçekleştirilir. Ancak bu maddelerden bazıları ters çevrilerek puanlamaya katılır. Ters çevrilen bu maddeler 4., 5., 10., 18. ve 19. maddelerdir[185].

Ölçeğin tamamından 61 ve üzerinde puan alan kişiler, aleksitimik olarak kabul edilmektedir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir (276). Ölçek günümüze gelene kadar birçok uyarlama çalışmalarından geçmiş ancak ilk olarak dilimize uyarlama çalışması, geçerlili ve güvenilirliği ise Dereboy tarafından 1990 yılında yapılmıştır[186].

3.7. İstatistik Analizler

İstatistik değerlendirmeler SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi ve Ki-Kare, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde alkol ve madde bağımlılığı olan kişilere uygulanan depresyon, anksiyete, aleksitimi, bağımlılık profili ve psikiyatri belirtileriyle ilgili uygulanan ölçeklere ait bulgular verilecektir. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 1’de gösterilmiştir. Katılımcıların hepsi erkektir. Gruplar arasında yaş ($t=-13.532$, $p<.001$) açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Eroin bağımlısı grupta yer alanlar (Ort.= 25.09 ± 5.95), alkol bağımlısı olan gruptan (Ort.= 44.75 ± 11.66) anlamlı olarak daha gençtir. Gruplar arasında eğitim durumları açısından da anlamlı bir fark vardır ($X^2=27.858$, $p<.001$). Ortaya çıkan bu fark, lise mezunu eroin bağımlısı olan hastalar yönünerdir. Gruplar arasında anne eğitim durumları açısından anlamlı bir fark vardır ($X^2=15.107$, $p<.01$). Ortaya çıkan bu fark, ilkokul mezunu alkol bağımlısı olan hastalar yönünerdir. Gruplar arasında baba eğitim durumları açısından da anlamlı bir fark vardır ($X^2=11.393$, $p<.05$). Ortaya çıkan bu fark, ilkokul mezunu alkol bağımlısı olan hastalar yönünerdir.

Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalara ait hastalık özelliklerine ilişkin bilgiler ise Tablo 2’de belirtilmiştir. Maddeye başlama sebepleri ($X^2=64.594$, $p<.001$) açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır. Ortaya çıkan bu fark, arkadaş ortamı nedeniyle eroin bağımlısı olan hastalar yönünerdir. Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık olup olmaması ($X^2=3.290$, $p=.193$), intihar girişimi ($X^2=0.554$, $p=.907$), madde kullanım sıklığı ($X^2=0.038$, $p=.845$), daha önce tedavi görüp görmeme ($X^2=0.316$, $p=.574$) ve tedavi sayısı ($t=-1.352$, $p=.179$) açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur

Tablo 1 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Opiyat Bağımlılığı Olan (N=91)		Alkol Bağımlılığı Olan (N=79)	
	N	%	N	%
Medeni Durum				
Evli	20	22	48	60.8
Bekar	68	74.7	20	25.3
Boşanmış	3	3.3	11	13.9
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	50	54.9	44	55.7
Çalışıyor	35	38.5	18	22.8
Emekli	1	1.1	16	20.3
Öğrenci	5	5.5	1	1.3
Eğitim Durumu				
İlkokul	4	4.4	10	12.7
Ortaokul	33	36.3	8	10.1
Lise	43	47.3	31	39.2
Üniversite	11	12.1	30	38
Sosyal Güvence				
Yok	10	11	9	11.4
Sigortalı	73	80.2	70	88.6
Yeşil Kart	8	8.8	0	0
İkamet				
Kent	74	81.3	75	94.9
Kırsal	17	18.7	4	5.1
Anne Eğitim				
Yok	6	6.6	15	19
İlkokul	43	47.3	41	51.9
Ortaokul	30	33	9	11.4
Lise	10	11	10	12.7
Üniversite	2	2.2	4	5.1
Baba Eğitim				
Yok	5	5.5	14	17.7
İlkokul	40	44	35	44.3
Ortaokul	23	25.3	9	11.4
Lise	17	18.7	12	15.2
Üniversite	6	6.6	9	11.4
	Ort.	s.d	Ort.	s.d
Yaş	25.09	5.95	44.75	11.66
Gelir	1006.04	1076.05	3429.11	4321
Aile Geliri	2690.66	1453.98	6776.58	22387.67
Kardeş Sayısı	2.22	1.35	3.29	1.88

Tablo 2 Katılımcılara Ait Hastalık Özellikleri

Değişkenler	Opiyat Bağımlılığı Olan (N=91)		Alkol Bağımlılığı Olan (N=79)	
	N	%	N	%
Ailede Psikiyatrik Sorun				
Yok	70	76.9	51	64.6
Bir Kişide Var	16	17.6	20	25.3
Birçok Kişide	5	5.5	8	10.1
Yasaya Aykırı Davranış				
Yok	48	52.7	57	72.2
Bir Kez	14	15.4	9	11.4
Birden Çok	29	31.9	13	16.5
Yasaya Aykırı Davranış Niteliği				
Cinayet	1	1.7	0	0
Gasp ve Hırsızlık	16	28.5	1	3.3
Dolandırıcılık	3	5.3	1	3.3
Kavga-Yaralama	24	42.8	18	60
Diğer(alkollü araç kullanımı vb)	12	21.4	10	33.3
Suçlar Madde Etkisinde mi İşlendi?				
Evet	25	58.14	20	80
Hayır	18	41.86	5	20
İntihar Girişimi				
Yok	68	74.7	62	78.5
Bir ya da fazla	23	25,3	17	21,5
İlk Kullanılan Madde				
Esrar	76	83.5	0	0
Uçucu Madde	8	8.8	0	0
Eroin	5	5.5	0	0
Hap	1	1.1	0	0
Alkol	1	1.1	79	100
Maddeye Başlama Nedenleri				
Stres Giderici Olması	8	7.2	21	19.0
Arkadaş Ortamı Nedeniyle	70	63.6	35	31.8
Merak	23	20.9	6	5.45
Kandırılarak	1	0.9	0	0
Keyif Verici Olması	8	7.2	48	43.6
Daha Önce Tedavi Görme				
Evet	68	74.7	56	70.9
Hayır	23	25.3	23	29.1
Kullanılan İlaç				
Buprenorfin+Nalokson	70	76.9	0	0
Naltrekson	19	20,9	0	0
Antidepresan ve Diğerleri	1	1.1	53	67.1
İlaç Kullanmayan	1	1.1	26	32.9
	Ort.	s.d	Ort.	s.d
Maddeye Başlangıç Yaşı	15.89	2.59	18.66	4.64
Madde Kullanım Süresi (Ay)	53.09	36.81	262.63	98.34
Tedavi Sayısı	2.51	1.36	3.09	3.62
Tedavi Süresi (Ay)	1.75	0.77	1.78	0.87

Madde bağımlılığı olan hastalar ile alkol bağımlılığı olan hastalar uygulanan ölçekler açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 3’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında, HAM-D ($t=-2.683$, $p<.01$), HAM-A ($t=-2.377$, $p<.05$), SCL-90 alt ölçeklerinden Somatizasyon ($t=2.544$, $p<.05$), SCL-90 Toplam ($t=2.396$, $p<.018$), Kişilerarası Duyarlılık ($t=2.187$, $p<.05$), Depresyon ($t=2.202$, $p<.05$), Öfke ve Düşmanlık ($t=2.768$, $p<.05$), Psikotizm ($t=2.687$, $p<.01$), SCL-90 Toplam ($t=2.396$, $p<.05$), BAPİ alt ölçeklerinden Madde Kullanım Özellikleri ($t=-6.078$, $p<.001$) ve BAPİ Toplam ($t=-2.310$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuşken, diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre, madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 13.78 ± 8.6), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 17.89 ± 10.99) anlamlı olarak daha düşük HAM-D puanı almışlardır. Benzer şekilde, madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 16.97 ± 11.01), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 21.22 ± 12.13) anlamlı olarak daha düşük HAM-A puanı almışlardır. Madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 16.13 ± 10.06), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 12.47 ± 8.66) anlamlı olarak daha yüksek Somatizasyon puanına sahiptir. Yine, madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 12.99 ± 8.74), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 10.22 ± 7.8) anlamlı olarak daha yüksek Kişilerarası Duyarlılık puanına sahiptir. Madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 19.92 ± 13.27), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 15.73 ± 11.53) anlamlı olarak daha yüksek Depresyon puanı almışlardır. Öfke ve Düşmanlık puanları açısından bakıldığında, madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 8.33 ± 6.64), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 5.86 ± 4.96) anlamlı olarak daha yüksek puanı almışlardır. Madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 8.9 ± 8.29), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 5.82 ± 6.64) anlamlı olarak daha fazla Psikotizm puanına sahiptir. Madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 116.18 ± 71.76), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 91.62 ± 61.84) anlamlı olarak daha fazla SCL-90 Toplam puanına sahiptir. Madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 0.99 ± 0.77), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 1.65 ± 0.64) anlamlı olarak daha düşük Madde Kullanım Özellikleri puanı almışlardır. Son olarak madde bağımlılığı olan hastalar (Ort= 6.71 ± 0.8), alkol bağımlılığı olan hastalardan (Ort= 7.06 ± 1.1) anlamlı olarak daha düşük BAPİ toplam puanı almışlardır. Madde bağımlılığı olan hastalar alkol bağımlılığı olan hastalara göre, daha fazla somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, öfke ve düşmanlık, psikotizm ve psikiyatrik

belirtilerine sahipken, daha az depresyon, anksiyete, madde kullanım özellikleri ve bağımlılık profiline sahiptir.

Tablo 3 Örneklem Gruplarının Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
BAÖ	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	16.07	11.81	160.56	0.884	.378
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	14.39	12.72			
BDE	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	15.38	11.12	160.46	0.351	.726
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	14.76	11.99			
HAM-D	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	13.78	8.6	160.46	-2.683**	.008
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	17.89	10.99			
HAM-A	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	16.97	11.01	158.98	-2.377*	.019
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	21.22	12.13			
TAO-A	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	16.36	6.86	161.58	0.962	.338
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	15.32	7.26			
TAO-B	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	12.79	4.65	165.8	0.099	.921
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	12.72	4.53			
TAO-C	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	22.9	3.44	151.98	0.885	.377
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	22.38	4.14			
TAO Toplam	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	52.06	10.8	150.34	0.873	.384
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	50.42	13.28			

Tablo 4. Örneklem Gruplarının Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Somatizasyon	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	16.13	10.06	167.99	2.544*	.012
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	12.47	8.66			
OKB	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	14.77	8.43	167.11	1.495	.137
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	12.9	7.87			
Kişilerarası Duyarlılık	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	12.99	8.74	167.87	2.187*	.030
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	10.22	7.8			
Depresyon	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	19.92	13.27	168	2.202*	.029
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	15.73	11.53			
Anksiyete	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	11.89	9.4	167.87	1.673	.096
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	9.61	8.39			
Öfke ve Düşmanlık	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	8.33	6.64	164.54	2.768**	.006
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	5.86	4.96			
Fobik Anksiyete	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	4.54	4.62	160.61	1.311	.192
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	3.57	4.96			
Paranoya	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	7.94	5.36	167.66	1.238	.218
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	6.97	4.86			
Psikotizm	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	8.9	8.29	166.96	2.687**	.008
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	5.82	6.64			
SCL-90 Toplam	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	116.18	71.76	167.99	2.396*	.018
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	91.62	61.84			

Tablo 5 Örneklem Gruplarının Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Madde Kullanım Özellikleri	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	0.99	0.77	167.55	-6.078***	.000
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	1.65	0.64			
Tanı	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	10.1	1.62	149.72	0.370	.712
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	10	2.01			
Yaşam Üstüne Etkileri	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	16.69	1.74	153.74	1.193	.235
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	16.34	2.05			
Şiddetli İstek	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	3.48	1.77	140.23	-1.252	.213
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	3.9	2.44			
Motivasyon	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	5.98	0.21	102.51	1.762	.081
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	5.87	0.49			
BAPİ Toplam	Opiyat Bağımlılığı Olan	91	6.71	0.8	140.83	-2.310*	.022
	Alkol Bağımlılığı Olan	79	7.06	1.1			

*p<.05,**p<.01,***p<.001

Alkol ve opiyat bağımlılığı olan hastaların somatizasyon belirtileri yüksek olanları karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında HAM-D ($t=-3.488$, $p<.01$), HAM-A ($t=-3.850$, $p<.001$), Öfke ve Düşmanlık ($t=2.065$, $p<.05$), Madde Kullanım Özellikleri ($t=-4.012$, $p<.001$), Şiddetli İstek ($t=-2.368$, $p<.05$) ve BAPİ Toplam ($t=-2.924$, $p<.01$) puanları açısından anlamlı fark varken diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuçlara göre, alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 25.9 ± 10.61) opiyat

bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalardan (Ort.=18±7.78) anlamlı olarak daha fazla HAM-D puanı almışlardır. Yine, alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 31.73±10.78) opiyat bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalardan (Ort.=22.05±10.41) anlamlı olarak daha fazla HAM-A puanı almışlardır. Benzer şekilde, alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 1.78±0.62) opiyat bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalardan (Ort.=1.11±0.82) anlamlı olarak daha fazla Madde Kullanım Özellikleri puanı almışlardır. Alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 5.07±2.49) opiyat bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalardan (Ort.=3.82±1.77) anlamlı olarak daha fazla Şiddetli İstek puanına sahiptir. Alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 7.62±1.09) opiyat bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalardan (Ort.=6.94±0.78) anlamlı olarak daha fazla BAPİ toplam puanı almışlardır. Tersine, alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 8.9±5.21) opiyat bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalardan (Ort.=11.75±5.35) anlamlı olarak daha düşük Öfke ve Düşmanlık puanı almışlardır. Alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar, opiyat bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalardan anlamlı olarak daha depresif, anksiyeteli, madde kullanım özellikleri, şiddetli istek duyma ve bağımlılık profiline sahipken, daha az öfke ve düşmanlık belirtilerine sahiptirler.

Tablo 6 Örneklem Gruplarında Somatizasyonu Yüksek Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
BAÖ	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	23.02	11.67	54.41	-0.399	.692
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	24.27	14.10			
BDE	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	20.61	11.17	59.24	-0.922	.360
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	23.17	11.04			
HAM-D	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	18	7.78	49.67	-3.488**	.001
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	25.9	10.61			
HAM-A	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	22.05	10.41	60.97	-3.850***	.000
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	31.73	10.78			
TAO-A	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	20.48	6.05	56.75	-0.186	.853
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	20.77	6.91			
TAO-B	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	14.34	4.74	63.66	-0.989	.326
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	15.43	4.61			
TAO-C	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	23.45	3.79	61.2	-0.633	.529
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	24.03	3.91			
TAO Toplam	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	58.27	9.25	53.81	-0.785	.436
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	60.23	11.34			

Tablo 7 Örneklem Gruplarda Somatizasyonu Yüksek Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Somatizasyon	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	24.55	6.64	66.55	1.786	.079
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	21.9	5.98			
OKB	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	19.45	7.91	60.62	0.843	.403
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	17.83	8.26			
Kişilerarası Duyarlılık	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	17.5	8.61	65.5	1.179	.243
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	15.2	7.98			
Depresyon	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	27.06	11.9	61.83	1.329	.189
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	23.27	12.08			
Anksiyete	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	17.32	9.13	64.33	0.326	.746
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	16.63	8.72			
Öfke ve Düşmanlık	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	11.75	5.35	68.81	2.065*	.043
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	8.9	5.21			
Fobik Anksiyete	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	6.64	5.26	52.92	0.210	.834
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	6.33	6.59			
Paranoya	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	10.3	5.35	63.55	1.065	.291
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	8.97	5.21			
Psikotizm	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	12.84	8.64	65.53	1.503	.138
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	9.9	8			
SCL-90 Toplam	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	162.27	62.87	62.16	1.428	.158
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	140.93	63.3			

Tablo 8 Örneklem Gruplarda Somatizasyonu Yüksek Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Madde Kullanım Özellikleri	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	1.11	0.82	71.09	-4.012****	.000
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	1.78	0.62			
Tanı	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	10.47	1.54	57.81	-0.941	.351
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	10.83	1.72			
Yaşam Üstüne Etkileri	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	16.89	1.86	61.51	-0.479	.634
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	17.1	1.9			
Şiddetli İstek	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	3.82	1.77	48.51	-2.368*	.022
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	5.07	2.49			
Motivasyon	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	6	0	29	1.409	.169
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	5.83	0.65			
BAPİ Toplam	Opiyat Bağımlılığı Somatizasyonu Yüksek	44	6.94	0.78	48.79	-2.924**	.005
	Alkol Bağımlılığı Somatizasyon Yüksek	30	7.62	1.09			

*p<.05,**p<.01,***p<.001

Opiyat bağımlısı olan hastalar SCL-90 ölçeğinin Somatizasyon alt test puanlarına göre iki gruba ayrılmış ve tüm ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 5). Sonuçta, TAO-C ($t=-1.486$, $p=.141$), Madde Kullanım Özellikleri ($t=-1.403$, $p=.164$), Yaşam Üzerine Etkileri ($t=-1.027$, $p=.307$), Şiddetli İstek ($t=-1.762$, $p=.082$) ve Motivasyon ($t=-1.000$, $p=.323$) alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemişken, diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmiştir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=23.02±11.67), olmayan hastalardan (Ort.=9.55±7.79) anlamlı olarak daha fazla BAÖ puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=20.61±11.17), olmayan hastalardan (Ort.=10.49±8.66) anlamlı olarak daha fazla BDE puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=18±7.78), olmayan hastalardan (Ort.=9.83±7.73) anlamlı olarak daha fazla Ham-D puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=22.05±10.41), olmayan hastalardan (Ort.=12.21±9.39) anlamlı olarak daha fazla HAM-A puanı almışlardır. Yine somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=20.48±6.05), olmayan hastalara (Ort.=12.51±5.14) göre anlamlı olarak daha fazla TAO-A puanına sahiptir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=14.34±4.74), olmayan hastalara (Ort.=11.34±4.11) göre anlamlı olarak daha fazla TAO-B puanına sahiptir. Benzer şekilde, somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=58.27±9.25), olmayan hastalardan (Ort.=46.23±8.76) anlamlı olarak daha fazla TAO toplam puanı almışlardır. SCL-90 alt ölçek puanları açısından bakıldığında somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=24.56±6.64), olmayan hastalardan (Ort.=8.23±5.01) anlamlı olarak daha fazla Somatizasyon puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=19.45±8.61), olmayan hastalardan (Ort.=10.38±6.32) anlamlı olarak daha fazla OKB puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=17.5±8.61), olmayan hastalardan (Ort.=8.77±6.51) anlamlı olarak daha fazla Kişilerarası Duyarlılık puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=27.04±11.9), olmayan hastalara (Ort.=13.26±10.88) göre anlamlı olarak daha fazla Depresyon puanına sahiptir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=17.32±9.13), olmayan hastalardan (Ort.=6.81±6.37) anlamlı olarak daha fazla Anksiyete puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=11.75±6.42), olmayan hastalardan (Ort.=5.13±5.09) anlamlı olarak daha fazla Öfke ve Düşmanlık puanı almışlardır. Yine, somatizasyon belirtileri yüksek olan

hastalar ($\text{Ort.}=6.64\pm5.26$), olmayan hastalardan ($\text{Ort.}=2.57\pm2.76$) anlamlı olarak daha fazla Fobik Anksiyete puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar ($\text{Ort.}=10.3\pm5.35$), olmayan hastalardan ($\text{Ort.}=5.74\pm4.38$) anlamlı olarak daha fazla Paranoya puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar ($\text{Ort.}=12.84\pm8.64$), olmayan hastalardan ($\text{Ort.}=5.21\pm5.99$) anlamlı olarak daha fazla Psikotizm puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar ($\text{Ort.}=10.3\pm5.35$), olmayan hastalardan ($\text{Ort.}=5.74\pm4.38$) anlamlı olarak daha fazla Paranoya puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar ($\text{Ort.}=162.27\pm62.87$), olmayan hastalardan ($\text{Ort.}=73.02\pm49.46$) anlamlı olarak daha fazla SCL-90 toplam puanı almışlardır. BAPİ alt ölçek puanları açısından da somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar ($\text{Ort.}=10.47\pm1.54$), olmayan hastalardan ($\text{Ort.}=9.77\pm1.63$) anlamlı olarak daha fazla Tanı puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar ($\text{Ort.}=6.94\pm0.78$), olmayan hastalara ($\text{Ort.}=6.5\pm0.77$) göre anlamlı olarak daha fazla BAPİ toplam puanına sahiptir. Bu bulgular göstermektedir ki; eroin bağımlısı olan ve yüksek somatizasyon belirtilerine sahip hastalar, bu belirtilere sahip olmayan hastalardan anlamlı olarak daha depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık, fobik anksiyete, paranoya, psikotik ve psikiyatrik belirtilerine sahip olup, daha fazla akelsitimi ve bağımlılık profili göstermektedir.

Tablo 9 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
BAÖ	Somatizasyon Düşük	47	9.55	7.49	72.47	-6.504***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	23.02	11.67			
BDE	Somatizasyon Düşük	47	10.49	8.66	81.01	-4.811***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	20.61	11.17			
HAM-D	Somatizasyon Düşük	47	9.83	7.43	87.88	-5.115***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	18	7.78			
HAM-A	Somatizasyon Düşük	47	12.21	9.39	86.53	-4.722***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	22.05	10.41			
TAO-A	Somatizasyon Düşük	47	12.51	5.14	84.61	-6.750***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	20.48	6.05			
TAO-B	Somatizasyon Düşük	47	11.34	4.11	85.28	-3.215**	.002
	Somatizasyon Yüksek	44	14.34	4.74			
TAO-C	Somatizasyon Düşük	47	22.38	3.01	82.01	-1.486	.141
	Somatizasyon Yüksek	44	23.45	3.79			
TAO Toplam	Somatizasyon Düşük	47	46.23	8.76	87.72	-6.364***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	58.27	9.25			

Tablo 10 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Somatizasyon	Somatizasyon Düşük	47	8.23	5.01	79.87	-13.155***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	24.56	6.64			
OKB	Somatizasyon Düşük	47	10.38	6.32	82.26	-6.017***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	19.45	8.61			
Kişilerarası Duyarlılık	Somatizasyon Düşük	47	8.77	6.51	79.96	-5.431***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	17.5	8.61			
Depresyon	Somatizasyon Düşük	47	13.26	10.88	86.88	-5.757***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	27.04	11.9			
Anksiyete	Somatizasyon Düşük	47	6.81	6.37	76.32	-6.329***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	17.32	9.13			
Öfke ve Düşmanlık	Somatizasyon Düşük	47	5.13	5.09	81.99	-5.428***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	11.75	6.42			
Fobik Anksiyete	Somatizasyon Düşük	47	2.57	2.76	64.1	-4.565***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	6.64	5.26			
Paranoya	Somatizasyon Düşük	47	5.74	4.38	83.26	-4.422***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	10.3	5.35			
Psikotizm	Somatizasyon Düşük	47	5.21	5.99	76.01	-4.864***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	12.84	8.64			
SCL-90 Toplam	Somatizasyon Düşük	47	73.02	49.46	81.65	-7.493***	.000
	Somatizasyon Yüksek	44	162.27	62.87			

Tablo 11 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Madde Kullanım Özellikleri	Somatizasyon Düşük	47	0.88	0.72	85.87	-1.403	.164
	Somatizasyon Yüksek	44	1.11	0.82			
Tanı	Somatizasyon Düşük	47	9.77	1.63	88.99	-2.102*	.038
	Somatizasyon Yüksek	44	10.47	1.54			
Yaşam Üstüne Etkileri	Somatizasyon Düşük	47	16.51	1.61	85.37	-1.027	.307
	Somatizasyon Yüksek	44	16.89	1.86			
Şiddetli İstek	Somatizasyon Düşük	47	3.17	1.74	88.36	-1.762	.082
	Somatizasyon Yüksek	44	3.82	1.77			
Motivasyon	Somatizasyon Düşük	47	5.96	0.29	46	-1.000	.323
	Somatizasyon Yüksek	44	6	0			
BAPI Toplam	Somatizasyon Düşük	47	6.5	0.77	88.49	-2.729**	.008
	Somatizasyon Yüksek	44	6.94	0.78			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Eroin bağımlılığı olan hastalarda SCL-90 ölçeğinin Somatizasyon alt ölçeği BAÖ, BDE, HAM-D, HAM-A ve TAO toplam puanları arasında ilişki olup olmadığı incelenmiş, sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde Somatizasyon alt ölçek puanları ile BAÖ ($r=.701$, $p<.01$), BDE ($r=.629$, $p<.01$), HAM-D ($r=.651$, $p<.01$), HAM-A ($r=.631$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.610$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Bu hastalarda somatizasyon belirtileri arttıkça, anksiyete, depresyon ve aleksitimi özellikleri artmaktadır.

BAÖ puanları ile BDE ($r=.755$, $p<.01$), HAM-D ($r=.742$, $p<.01$), HAM-A ($r=.848$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.645$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların anksiyete belirtileri arttıkça depresyon ve aleksitimi özellikleri de artmaktadır.

BDE puanları ile HAM-D ($r=.863$, $p<.01$), HAM-A ($r=.721$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.701$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastalarda depresyon belirtileri arttıkça anksiyete ve aleksitimi özellikleri de artmaktadır.

HAM-D ölçek puanları ile HAM-A ($r=.856$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.663$, $p<.01$) puanları arasında ve HAM-A ölçek puanları ile de TAO toplam ($r=.610$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda yine depresyon ve anksiyete belirtilerin artması aleksitimi özelliklerinin arttığı göstermektedir.

Tablo 12 Opiyat Bağımlılığı Olan Hastalarda Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Somatizasyon	BAÖ	BDE	HAM-D	HAM-A	TAO Toplam
Somatizasyon	1					
BAÖ	.701*	1				
BDE	.629*	.755*	1			
HAM-D	.651*	.742*	.863*	1		
HAM-A	.631*	.848*	.721*	.856*	1	
TAO Toplam	.610*	.645*	.701*	.663*	.610*	1

* $p<.01$

Alkol bağımlısı olan hastalar da SCL-90 ölçeğinin Somatizasyon alt test puanlarına göre iki gruba ayrılmış ve tüm ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 7). Sonuçta, Madde Kullanım Özellikleri ($t=-1.457$, $p=.150$) alt ölçek puanları hariç diğer tüm ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 24.27 ± 14.1), olmayan hastalardan (Ort.= 8.35 ± 6.66) anlamlı olarak daha fazla BAÖ puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 23.17 ± 12.04), olmayan hastalardan (Ort.= 9.61 ± 8.65) anlamlı olarak daha fazla BDE puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 25.9 ± 10.61), olmayan hastalardan (Ort.= 12.98 ± 7.97) anlamlı olarak daha fazla Ham-D puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 31.73 ± 70.78), olmayan hastalardan (Ort.= 14.78 ± 7.58) anlamlı olarak daha fazla

HAM-A puanı almışlardır. Yine somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=20.77±6.91), olmayan hastalara (Ort.=11.98±5.18) göre anlamlı olarak daha fazla TAO-A puanına sahiptir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=15.43±4.61), olmayan hastalara (Ort.=11.06±3.62) göre anlamlı olarak daha fazla TAO-B puanına sahiptir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=24.03±3.91), olmayan hastalara (Ort.=21.37±3.99) göre anlamlı olarak daha fazla TAO-B puanına sahiptir. Benzer şekilde, somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=60.23±11.34), olmayan hastalardan (Ort.=44.41±10.58) anlamlı olarak daha fazla TAO toplam puanı almışlardır. SCL-90 alt ölçek puanları açısından bakıldığında somatizasyon belirtileri olan hastalar (Ort.=21.9±5.98), olmayan hastalardan (Ort.=6.69±3.27) anlamlı olarak daha fazla Somatizasyon puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=17.83±8.26), olmayan hastalardan (Ort.=9.88±5.9) anlamlı olarak daha fazla OKB puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=15.2±7.98), olmayan hastalardan (Ort.=7.16±5.94) anlamlı olarak daha fazla Kişilerarası Duyarlılık puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=23.27±12.08), olmayan hastalara (Ort.=11.12±8.4) göre anlamlı olarak daha fazla Depresyon puanına sahiptir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=16.63±8.72), olmayan hastalardan (Ort.=5.31±4.32) anlamlı olarak daha fazla Anksiyete puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=8.9±5.39), olmayan hastalardan (Ort.=4±3.63) anlamlı olarak daha fazla Öfke ve Düşmanlık puanı almışlardır. Yine, somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=6.33±6.59), olmayan hastalardan (Ort.=1.88±2.46) anlamlı olarak daha fazla Fobik Anksiyete puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=8.9±5.21), olmayan hastalardan (Ort.=5.76±4.24) anlamlı olarak daha fazla Paranoya puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=9.9±8), olmayan hastalardan (Ort.=3.33±4.02) anlamlı olarak daha fazla Psikotizm puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=140.93±63.3), olmayan hastalardan (Ort.=61.43±36.65) anlamlı olarak daha fazla SCL-90 toplam puanı almışlardır. BAPİ alt ölçek puanları açısından da somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=10.83±1.72), olmayan hastalardan (Ort.=9.49±2.01) anlamlı olarak daha fazla Tanı puanı almışlardır. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.=17.1±1.9), olmayan hastalara (Ort.=15.88±2.02) göre anlamlı olarak daha fazla

Yaşam Üstüne Etkileri puanına sahiptir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (5.07 ± 2.49), olmayan hastalara (Ort.=2.49) göre anlamlı olarak daha fazla Şiddetli İstek puanına sahiptir. Somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar (Ort.= 7.62 ± 1.09), olmayan hastalara (Ort.= 6.72 ± 0.96) göre anlamlı olarak daha fazla BAPİ toplam puanına sahiptir. Bu bulgular göstermektedir ki; alkol bağımlısı olan ve yüksek somatizasyon belirtilerine sahip hastalar, bu belirtilere sahip olmayan hastalardan anlamlı olarak daha depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık, fobik anksiyete, paranoya, psikotik belirtilerine sahip olup, daha fazla aleksitimi ve bağımlılık profili göstermektedir.

Tablo 13 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(1)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
BAÖ	Somatizasyon Düşük	49	8.35	6.66	37.05	-5.800**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	24.27	14.1			
BDE	Somatizasyon Düşük	49	9.61	8.65	47.37	-5.374**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	23.17	12.04			
HAM-D	Somatizasyon Düşük	49	12.98	7.97	48.96	-5.751**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	25.9	10.61			
HAM-A	Somatizasyon Düşük	49	14.78	7.58	46.65	-7.551**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	31.73	10.78			
TAO-A	Somatizasyon Düşük	49	11.98	5.18	48.9	-6.006**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	20.77	6.91			
TAO-B	Somatizasyon Düşük	49	11.06	3.62	50.69	-4.429**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	15.43	4.61			
TAO-C	Somatizasyon Düşük	49	21.37	3.99	62.43	-2.920*	.005
	Somatizasyon Yüksek	30	24.03	3.91			
TAO Toplam	Somatizasyon Düşük	49	44.41	10.58	58.17	-6.173**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	60.23	11.34			

Tablo 14 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(2)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Somatizasyon	Somatizasyon Düşük	49	6.69	3.27	39.81	-12.804**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	21.9	5.98			
OKB	Somatizasyon Düşük	49	9.88	5.9	47.14	-4.604**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	17.83	8.26			
Kişilerarası Duyarlılık	Somatizasyon Düşük	49	7.16	5.94	48.64	-4.769**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	15.2	7.98			
Depresyon	Somatizasyon Düşük	49	11.12	8.4	46.26	-4.837**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	23.27	12.08			
Anksiyete	Somatizasyon Düşük	49	5.31	4.32	37.87	-6.636**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	16.63	8.72			
Öfke ve Düşmanlık	Somatizasyon Düşük	49	4	3.63	45.22	-4.405**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	8.9	5.39			
Fobik Anksiyete	Somatizasyon Düşük	49	1.88	2.46	34.02	-3.553*	.001
	Somatizasyon Yüksek	30	6.33	6.59			
Paranoya	Somatizasyon Düşük	49	5.76	4.24	52.17	-2.847*	.006
	Somatizasyon Yüksek	30	8.97	5.21			
Psikotizm	Somatizasyon Düşük	49	3.33	4.02	38.13	-4.189**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	9.9	8			
SCL-90 Toplam	Somatizasyon Düşük	49	61.43	36.65	41.08	-6.267**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	140.93	63.3			

Tablo 15 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Somatizasyon Belirtileri Yüksek Ve Düşük Olanların Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması(3)

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Madde Kullanım Özellikleri	Somatizasyon Düşük	49	1.57	0.64	62.84	-1.457	.150
	Somatizasyon Yüksek	30	1.78	0.62			
Tanı	Somatizasyon Düşük	49	9.49	2.01	68.86	-3.156*	.002
	Somatizasyon Yüksek	30	10.83	1.72			
Yaşam Üstüne Etkileri	Somatizasyon Düşük	49	15.88	2.02	64.32	-2.711*	.009
	Somatizasyon Yüksek	30	17.1	1.9			
Şiddetli İstek	Somatizasyon Düşük	49	3.18	2.14	54.38	-3.438*	.001
	Somatizasyon Yüksek	30	5.07	2.49			
Motivasyon	Somatizasyon Düşük	49	5.9	0.37	40.62	0.499	.620
	Somatizasyon Yüksek	30	5.83	.065			
BAPİ Toplam	Somatizasyon Düşük	49	6.72	0.96	55.82	-3.726**	.000
	Somatizasyon Yüksek	30	7.62	1.09			

*p<.01, **p<.001

Son olarak alkol bağımlılığı olan hastalarda SCL-90 ölçeğinin Somatizasyon alt ölçeği BAÖ, BDE, HAM-D, HAM-A ve TAO toplam puanları arasında ilişki olup olmadığı incelenmiş, sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde Somatizasyon alt ölçek puanları ile BAÖ ($r=.751$, $p<.01$), BDE ($r=.655$, $p<.01$), HAM-D ($r=.680$, $p<.01$), HAM-A ($r=.773$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.634$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Bu hastalarda somatizasyon belirtileri arttıkça, anksiyete, depresyon ve aleksitimi özellikleri artmaktadır.

BAÖ puanları ile BDE ($r=.772$, $p<.01$), HAM-D ($r=.779$, $p<.01$), HAM-A ($r=.864$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.624$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı

bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların anksiyete belirtileri arttıkça depresyon ve aleksitimi özellikleri de artmaktadır.

BDE puanları ile HAM-D ($r=.967$, $p<.01$), HAM-A ($r=.865$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.774$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastalarda depresyon belirtileri arttıkça anksiyete ve aleksitimi özellikleri de artmaktadır.

HAM-D ölçek puanları ile HAM-A ($r=.899$, $p<.01$) ve TAO toplam ($r=.759$, $p<.01$) puanları arasında ve HAM-A ölçek puanları ile de TAO toplam ($r=.741$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda yine depresyon ve anksiyete belirtilerin artması aleksitimi özelliklerinin arttığı göstermektedir.

Tablo 16 Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Somatizasyon	BAÖ	BDE	HAM-D	HAM-A	TAO Toplam
Somatizasyon	1					
BAÖ	.751*	1				
BDE	.655*	.772*	1			
HAM-D	.680*	.779*	.967*	1		
HAM-A	.773*	.864*	.865*	.899*	1	
TAO Toplam	.634*	.624	.774*	.759*	.741*	1

* $p<.01$

Grupların SCL-90 indeks, TAO, BDE ve BAÖ kesme puanlarına göre dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 17 Grupların SCL-90, TAO, BDE ve BAÖ Ölçeklerin Kesme Puanlarına Göre Dağılımı

Ölçekler	Opiyat Bağımlılığı Olan (N=91)		Alkol Bağımlılığı Olan (N=79)	
	N	%	N	%
SCL-90				
İndeks				
Var	53	58.2	36	45.6
Yok	38	41.8	43	54.4
TAO Toplam				
Var	22	24.2	20	25.3
Yok	69	75.8	59	74.7
BDE				
Var	35	38.5	27	34.2
Yok	56	61.5	52	65.8
BAÖ				
Var	39	42.9	26	32.9
Yok	52	57.1	53	67.1

5. TARTIŞMA

5.1. Alkol Ve Eroin Bağımlılarının Karşılaştırılması

5.1.1. Sosyodemografik Veriler Açısından İki Grubun Karşılaştırılması

Alkol ve eroin bağımlıları ile yapılan çalışmalarda bulgularımızla uyumlu olarak alkol bağımlılarının yaş ortalamasının eroin bağımlılarının yaş ortalamasından yüksek olduğu bildirilmiştir[187-189]. Literatürde ve bizim çalışmamızda gözlenen bu farkın birkaç nedeni olabilir. Bu durumun bir nedeni alkol kullanımının, eroin kullanımına göre sosyal açıdan daha fazla kabul görmesi olabilir. Bağımlılık süreçleri incelendiğinde alkol bağımlılığının eroin bağımlılığına göre daha uzun sürede oluştuğu bilinmektedir. Ayrıca fiziksel komplikasyonlara yol açana dek geçen sürenin uzun olmasından kaynaklı alkol bağımlılığının orta yaşlarda daha sık olduğu, buna karşın eroin kullanan kişilerde bağımlılığın hızlı gelişmesi ve fiziksel belirtilere erken dönemde yol açması nedeni ile madde bağımlılığı grubunun erken erişkinlik dönemindeki bireylerden oluştuğu söylenebilir.

İkamet yeri incelendiğinde, bu çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde, alkol ve madde bağımlılarının sosyodemografik verilerinin incelendiği bir çalışmada şehir merkezinde yaşayanların oranı kırsal kesimde yaşayanlardan daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Katılımcıların toplandığı yerin şehir merkezinde olması, Ankara gibi büyük şehirlerde bağımlılık oranlarının kırsal kesimlere göre daha fazla olması ve dolayısıyla maddeye ulaşımın daha kolay olması bu duruma neden olarak gösterilebilir.

Bu çalışmadaki medeni durum ile ilgili bulgular alkol bağımlılarında evlenme ve boşanma oranlarının madde bağımlılarına göre daha yüksek olduğunu gösteren literatür bilgisiyle uyumluydu. Eroin bağımlılarında bekâr olanların oranının hem alkol bağımlılarından hem kontrol grubundan yüksek olmasının eroin bağımlılarının ilişki kurmakta ve yürütmekte daha fazla güçlük yaşadığının bir göstergesi olabileceği öne düşünülmüştür[188-190]. Ayrıca madde kullanmaya başlama yaşı ve kısa sürede gelişen eroin bağımlılığı evlenme öyküsünü etkilemiş olabilir.

Çalışma durumları karşılaştırıldığında çalışmayanların oranının eroin bağımlılarında alkol bağımlılarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bulgularımızı destekler nitelikte eroin bağımlılarında işsizlik oranları yüksek bulunmuştur[191]. Bu bulgu, eroin bağımlılığının geç ergenlik döneminde

başlaması ve kısa sürede gelişmesi ile eğitim, sosyal alan gibi işlevsellik alanlarının daha erken etkilenmesiyle açıklanabilir. İki grubun sosyal güvenceleri incelendiğinde eroin bağımlılarının daha az oranda sigortalı olma durumuna sahip oldukları görülmektedir. Bu bulgu eroin bağımlılarının alkol bağımlılarına göre artmış işsizlik oranlarıyla açıklanabilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların ailelerinin ve kendilerinin aylık gelirleri incelendiğinde alkol bağımlısı bireylerin ailelerinin ve kendilerinin aylık gelir düzeyinin eroin bağımlılarına göre daha yüksek olması yazın bilgisiyle uyumludur. Bu sonuç farklı ekonomik gelir seviyelerinde bağımlılık özelliklerinin değiştiğini göstermektedir. Ayrıca bazı çalışmalarda madde bağımlılarının madde kullanmak için harcadıkları para miktarı ailelerin aylık gelirlerinin dahi üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç madde bağımlılarının madde temini için yasa dışı alternatif yollara başvurduğunun önemli bir göstergesidir. Yapılan birçok çalışmada madde bağımlıları arasında işsizlik oranının %12-38 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu oranın madde bağımlıları arasında alkol bağımlılarına göre daha yüksek olduğu vurgulanmıştır[192-194].

Eğitim durumları açısından yazın incelendiğinde, bu çalışmadaki bulgulardan farklı nitelikte alkol bağımlılarının eğitim durumunun madde bağımlılarının eğitim durumundan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur[190]. Fakat iki grup arasında eğitim seviyeleri arasında anlamlı farklılığın olmadığı çalışmalar da mevcuttur[195, 196]. Literatürde kontrol grubu kullanılan çalışmalarda alkol ve madde bağımlılarının eğitim durumlarının kontrol grubundan daha düşük saptandığı bildirilmiştir[197]. Ayrıca her iki grubun eğitim düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmamızdan daha önce ülkemizin zorunlu eğitim süresinin uzatılması ve hasta gruplarının tedavi olmak için başvuran daha içgörülü ve eğitilmiş insanlardan oluşması ile ve çalışmanın yapıldığı merkezin büyükşehirde bir üniversite hastanesi olması ile ilişkili olabilir.

Gruplar arasında anne ve baba eğitim durumları açısından ortaya çıkan farklılık iki grup arasındaki yaklaşık 20 yaşlık bir farkın neden olduğu kuşak farkıyla açıklanabilir. Literatür tarandığında çalışmamızdan farklı olarak, anne baba eğitimi ve kardeş sayısı ile madde kullanımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu aradaki yaş farkıyla açıklanabilir[1].

Yasaya aykırı davranış ile ilişkili bulgular yazın ile desteklenmektedir. Psikoaktif madde kullanımı ve suç davranışı arasındaki yakın ilişki bilinmektedir. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan araştırmalar, madde bağımlılığı ile suç işleme arasındaki bu ilişkiyi ortaya koymuştur. Bir meta-analiz çalışmasında suç işleme ihtimali uyuşturucu kullanan hastalarda kullanmayanlara göre 3-4 kat daha yüksek tespit edilmiştir[198-200]. Yasal sorun yaşamayanın madde etkisinde olup olmaması ile ilişkisi bu kişilerin yaşantılarında da yasal ve toplumsal kurallarla sorunlar yaşayan eksen 2 kişilik özelliklerine sahip olabileceklerini düşündürmektedir. Özellikle eroin bağımlılarının, alkol bağımlılarına göre daha yüksek oranda yasal sorun yaşadığı görülmektedir. Eroin yoksunluğunun ağır fizyolojik belirtileri sebebiyle kişiyi çaresiz bırakması, kişinin madde temini için yasadışı yollara başvurmasına neden olduğu düşünülebilir. Ayrıca yasaya aykırı davranışlar incelendiğinde her iki grupta da en sık yasaya aykırı davranışın kavga yaralama olmasının nedeni sıklıkla eşlik eden antisosyal kişilik özellikleri olabileceği gibi alkol/madde etkisinin suç davranışını arttırmadaki etkisi olabilir. Eroin bağımlılarında çaresiz bırakan yoksunluk belirtileri kişileri gasp ya da hırsızlık suçlarına yatkınlaştırıyor gibi gözükmektedir[198-200].

Alkol ve maddeye başlama yaşının gelişimsel bir süreç olarak ergenlik dönemi içinde yer aldığı bilinmekle birlikte 10 yaşına kadar düştüğünü bildiren çalışmalar da vardır. Bu çalışmada da yurtdışındaki ve ülkemizdeki çalışmalara benzer şekilde alkol ve madde kullanımına başlama yaş aralığı büyük bir çoğunlukla benzer aralıkta çıkmıştır[198, 199, 201].

İki grup arasındaki benzer oranlar intihar davranışının kullanılan maddeden bağımsız olarak bağımlılıkla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu oranların yüksek seyretmesi bağımlılığa yol açan psikiyatrik hastalıklarla ya da bağımlılık ile birlikte seyreden komorbiditelerle ilişkili olabilir.

Çalışmamızdaki Eroin bağımlılarında en sık ilk kullanılan madde olarak bildiridiği esrarın bir geçiş maddesi olduğu bilinmektedir. Bu bulgu yazındaki verilerle uyumludur. Esrarın zararsız olduğu yönünde toplumda var olan yanlış inanışlar eroin bağımlılığına yol açıyor gibi gözükmektedir. Alkol bağımlılarında ise ilk kullanılan madde alkol olması beklenen bir sonuçtur.

Maddeye başlama nedenleri açısından yazın bilgisi incelendiğinde kişiyi madde kullanımına iten nedenlerin çok etmenli olduğu anlaşılmaktadır. Bu etmenler arasında,

aile yapısının, aile içi ilişkilerin, çocuğunun toplumsallaşması sürecinin, ailenin sosyoekonomik durumunun, kişinin çevresinde madde kullananların varlığının, maddenin elde edilebilme imkânının dışında, merak, teşvik ve yeni zevkleri tatma isteği sayılabilir. Alkol ve madde bağımlıları ile yapılan bir tez çalışmasında maddeye başlamadaki en sık neden olarak merak bulunmuştur[202]. Çalışmamıza katılan eroin bağımlıları merak nedenini azımsanmayacak bir oranın(%20.9) tercih etmişlerdir. Her iki grupta yüksek oranlarda gözlenen arkadaş ortamı nedenini tek bir olguyu temsil etmemektedir. Ergenin çevresi tarafından kabul görme isteği, etrafında madde kullananları olması, arkadaşları tarafından teşvik edilmesi bu nedenin kapsamında düşünülmelidir. Alkol bağımlılarında en sık nedenin “keyif verici olması” olması alkolün diğer maddelere göre toplum algısında daha fazla kabulü ve toleransı ile ilişkili gözükmemektedir.

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık olup olmaması, madde kullanım sıklığı, daha önce tedavi görüp görmeme, tedavi süresi ve tedavi sayısı açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Madde kullanım miktarı ile ilişkili bulgular eroin bağımlılarında yoksunluk dönemlerinin şiddetli geçmesi ile ilişkili olabilir.

Tedavide kullanılan ilaçlar tüm örneklem düşünüldüğünde homojenlik göstermemektedir. İlaç kullanımındaki bu tutarsızlık alkol ve eroin tedavisindeki farklılıklar ile ilişkilidir. Bu durum çalışmamızdaki karıştırıcı faktörlerden biridir. Antidepresanların depresyon, anksiyete ve somatizasyon üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. Ayrıca eroin bağımlılarında parsiyel agonist tedavisi ve tedavi sürecinde doz azaltımı ile ilişkili uzamış yoksunluk belirtileri psikiyatrik belirtiler üzerine etkili olmaktadır.

5.1.2. Bağımlılık Profili İndeksiyle İki Grubun Karşılaştırılması

5.1.2.1. Madde kullanım özellikleri

Madde kullanım özellikleri ile ilgili bulgular, madde sayısı ve kullanım sıklığı, kullanılan maddenin yarattığı sorunların alkol bağımlılarında daha fazla olduğunu göstermiştir. Bizim bulgularımızdan farklı olarak yatarak tedavi gören daha az kişiyle yapılan bir başka çalışmada alkol ve opiyat bağımlılarında BAPİ Madde Kullanım Özellikleri alt testinden aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[203]. Bu alt test, maddenin kullanım sıklığının, kullanılan madde sayısının ve maddenin yarattığı

sorunların değerlendirildiği bir alt testtir. Bulgulardaki farklılıklar örneklem sayısı ya da yatarak tedavi görme ile ilişkili olabilir. Ayrıca alkol bağımlılığının daha uzun sürelerde ortaya çıkması, toplumun kabulü gibi faktörler kullanım sıklığını ya da yarattığı sonuçları daha yüksek seviyede etkilemiş olabilir.

5.1.2.2. Bağımlılık tanı ölçütleri

Bağımlılık tanı ölçütleri ile ilişkili verilere bakıldığında; bu çalışmanın bulgularından farklı olarak Opiyat bağımlılarının BAPİ Bağımlılık Tanı ölçütleri alt testinden aldıkları puan, alkolün de dâhil olduğu diğer madde bağımlılarının aldıkları puana göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.027$)[203]. Tanı alt testi, DSM ve ICD’de yer alan tanı ölçütlerinin sorgulandığı alt testtir. Bu çalışmadaki her iki grup DSM ve ICD’de yer alan tanı ölçütlerini benzer oranda karşılamaktadır. Çalışmalar arasındaki bu tutarsızlık sosyodemografik özellikler ve çalışmaya dâhil edilen hasta sayılarıyla ilişkili gibi gözükmemektedir.

5.1.2.3 Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi

Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi her iki grupta incelendiğinde, bu çalışmadan farklı olarak, bir tez çalışmasında Alkol bağımlılarının BAPİ Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi alt testinden aldıkları puan opiyatında dahil olduğu madde bağımlılarına göre düşük bulunmuştur ($p\leq 0.001$)[203]. Bu alt test, maddenin kişinin psikososyal işlevlerinin ve maddenin kişinin yaşamına olan başka etkilerinin sorgulandığı bir alt testtir. Bu alt testte; madde gündüz kullanımı, istemese bile madde kullanıp kullanmama, eğitim, iş, adli ve ekonomik problemleri yordayan sorular yer almaktadır. Bağımlılık, bu çalışmada görüldüğü üzere kişinin yaşamını kullandığı maddeden bağımsız olarak etkilemektedir.

5.1.2.4 Şiddetli madde kullanma isteği

Şiddetli madde kullanma isteği ile ilişkili bulguları destekleyecek şekilde; başka bir çalışmada, kullanılan maddenin türü(alkol, opiyat, kokain, ucu) ile Şiddetli Madde Kullanma İsteği puanlarında istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır[203]. Bu durum, bağımlılığın en önemli bileşenlerinden biri olan şiddetli madde kullanma isteğinin alkol ve eroin için benzer ve güçlü bir bileşen olduğunu gösterebilir.

5.1.2.5 Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu

Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonunu ölçen testten elde edilen bulgular literatürle desteklenmektedir[203]. Madde kullanma motivasyonu bağımlılık şiddetini etkileyen ve arttıran faktörlerden biridir. Her iki grup için puanların yüksek ve benzer bulunması bağımlılık şiddetiyle ilişkili olabileceği gibi; örneklem grubundaki hastaların tedavi arayışında olması, kullandıkları maddenin yaşamlarına ciddi olumsuz etkilerinin olması nedeniyle bu sonuç üzerine etkili olmuş olabilir.

5.1.2.6 BAPİ Toplam Puanı

Yatarak tedavi gören daha kişiyle yapılan bir çalışmada bapı toplam puanı alkol bağımlılarında opiyat bağımlılarına göre fazla bulunmuş fakat anlamı bir farklılık gözlenmemiştir[203]. Çalışmamızda ortaya çıkan anlamlı farklılık, kişi sayısı ve yatarak tedavi gören eroin bağımlılarının daha fazla bağımlılık potansiyeline sahip olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızdaki alkol hastalarının yaş ortalamalarının daha yüksek olması olasılıkla bu nedenden dolayı alkol bağımlıların ortalama alkol kullanım sürelerinin eroin bağımlılarından daha uzun olması bağımlılık şiddetini arttırmış olabilir.

5.1.3 Scl-90-R Semptom Tarama Listesiyle İki Grubun Karşılaştırılması

5.1.3.1. Somatizasyon

Somatoform ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili komorbidite araştırmalarında tipik olarak SSI4,6 gibi daha az kısıtlayıcı bozuklukların sorgulandığı testler kullanılmamıştır. Alt eşikli kategorilerin kullanılması, madde ve somatoform bozukluklarının komorbiditesinin incelenmesinde, kategorilerin tamamen ortadan kaldırılması ve boyutsal bir yaklaşım yerine kullanımı yararlı bir yaklaşım gibi gözükmemektedir[12].

Somatizasyon bozukluğu tanısı için gerekli kriterlerin yukarıda anlatıldığı gibi tanı için yüksek eşik seviyeleri olması nedeniyle, bu çalışmada, somatizasyon belirtilerini saptayabilmek için (baş ağrısı, baygınlık ve baş dönmesi, göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar, belin alt kısmında ağrılar, bulantı ve midede rahatsızlık hissi, kas ağrıları, nefes almada güçlük, sıcak veya soğuk basmaları, uyuşma veya karıncalanma, boğaza yumru

takılmış hissi, bedende zayıflık hissi ve kol ve bacaklarda ağırlık hissini içeren 12 maddeden oluşan) SCL-90 R Somatizasyon alt ölçeği kullanılmıştır.

Somatizasyonu ölçen alt test puanlarında eroin bağımlıları alkol bağımlılarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. 2314 kişiyle yapılan SCL90 tabanlı, alkol, eroin ve kokain bağımlılarının incelendiği bir çalışmada somatik semptomları yüksek olarak değerlendirilenler alkol bağımlılarında %22,7, eroin bağımlılarında ise daha yüksek %24.4 olarak bulunmuştur. Fakat bu yükseklik bu çalışmadakine benzer olarak anlamlı bulunmamıştır[3].

Eroin bağımlı hastalara karşı alkol bağımlı hastalara somatizasyon belirtilerinin anlamı derecede yüksek olması, alkol bağımlı hastalardan daha yüksek olarak, eroine bağımlı hastaların günlük yaşamdaki çekilme belirtilerinin üstünlüğü ile açıklanabilir[204, 205].

Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklemin SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören az sayıda hasta ile yapılan bir tez çalışmasında somatizasyon alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır[203].

Somatizasyon alt testlerinin ayırtedici bir özelliği, özellikle eroin ve alkol bağımlılığında çekilme ile ilişkili fiziksel belirtilerin önemini göz önüne alındığında, eroin veya alkol bağımlılığına eşlik eden fiziksel yakınmalardan daha fazla yük ile açıklanabilir. Nitekim somatizasyon alt testlerinde yer alan SCL-90 maddeleri birtakım şikâyetlere (özellikle kas ağrıları, sırt ağrısı, sıcak ve soğuk basması, mide bulantısı ve uyku problemleri) eroin veya alkol çekilme belirtilerine belirgin şekilde karşılık gelmektedir[204, 205].

Başka bir çalışma, 6 yıllık bir izlemi içeren prospektif bir çalışmada 2694 eroin bağımlısını mortalite, maddeden uzak kalma oranları, eşlik eden uyuşturucu kullanımı, bedensel ve zihinsel sağlıkta değişiklikleri araştırmış üzerinde durmuştur. Çalışmanın sonuçlarından bir kısmı bedensel sağlık durumunun ve sosyal parametrelerin iyileştiğini göstermiştir[206].

Bu çalışmada ise 1 yıl ve üzeri remisyon oranları alkol bağımlılarında eroin bağımlılarına göre daha yüksek oranlardadır. Alkol bağımlılarında daha yüksek tam remisyon oranları uzun temiz kalma sürelerinin bedensel durumu iyileştirmesi açısından somatizasyon belirtilerindeki eroin bağımlıları yönündeki anlamlılığı açıklayabilir.

Ayrıca, örneklem grubundaki eroin bağımlılarının %76,9'unun halen buprenorfin-nalokson tedavisi altında olması, tedavi aşamasında doz azaltımı ile ilişkili olabilecek parsiyel agoniste bağlı yoksunluk belirtilerinin somatik belirti olarak prezente olması bu durumu açıklayabilir.

5.1.3.2. Depresyon

Depresyonu ölçen alt test puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde; literatürde çalışma bulgularımızı destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur. Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklem SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören 50 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında depresyon alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır[203]. Çalışmalar arasındaki örneklem sayısındaki farklılıklar ve ayaktan-yatan hasta farklılıkları bu sonuç ile ilişkili olabilir.

SCL-90 bazlı hazırlanan semptomların yoğunluğuna göre belirti listesini tekrar oluşturan bir çalışmanın baz alındığı diğer bir çalışmada; Değersizlik-tuzağa düşürülmüş olma boyutu, klinik depresif sendroma özgü semptomların geniş bir yelpazesini yansıtır. Bu boyut değersizlik hissi, sıkışmış olma veya yakalanma duygularını yansıtır. Depresif belirtileri içerdiği gibi fobik reaksiyon semptomlarını da kapsamaktadır[3]. Bahsi geçen çalışmada değersizlik-tuzağa düşürülmüş olma boyutu çalışmamızla benzer şekilde eroin bağımlılarında alkol bağımlılarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur[3]. Çalışmalara katılanların yaş, sosyoekonomik ve kültürel durumları bu sonuçlarla ilişkili olabilir.

5.1.3.3 Fobik Anksiyete

Fobik Anksiyeteyi ölçen alt test puanları arasında çalışmamızın bulgularına benzer şekilde; Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklem SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören 50 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında fobik reaksiyon alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır[203]. Bu sonuç, fobik anksiyete belirtileri alkol ve eroin bağımlılarında, bağımlılıkta kullanılan maddeden bağımsız şekilde etkileniyor şeklinde yorumlanabilir

5.1.3.4. Obsesyon

Obsesyonu ölçen alt test puanları arasında çalışmamız bulgularıyla benzer şekilde Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklemin SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören 50 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında kişiler arası duyarlılık alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır[203]. Bu sonuç, obsesyon belirtileri alkol ve eroin bağımlılarında, bağımlılıkta kullanılan maddeden bağımsız şekilde etkileniyor şeklinde yorumlanabilir

5.1.3.5. Anksiyete

Anksiyeteyi ölçen alt test puanları arasında iki grupta anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklemin SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören 50 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında kişiler arası duyarlılık alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır[203]. SCL-90 bazlı hazırlanan semptomların yoğunluğuna göre semptom listesini tekrar oluşturan bir çalışmanın baz alındığı diğer bir çalışmada; panik-anksiyete boyutunda alkol bağımlılarında eroin bağımlılarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur[3]. Anksiyete ve alkol bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili literatürde birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda ağırlıklı olarak alkol bağımlıları anksiyete semptomlarıyla daha ilişkili bulunmuştur.

5.1.3.6. Öfke ve düşmanlık

Literatürden elde edilen bulgular, öfke, düşmanlık, fiziksel ve sözel saldırganlık gibi agresyon faktörlerinin, genel popülasyona kıyasla alkol ve madde bağımlılarında daha yüksek olduğunu göstermektedir[207].

Öfke ve düşmanlığı ölçen alt test puanlarından elde edilen bulgular incelendiğinde literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Alkol ve çoğunluğu eroin bağımlısı olan madde bağımlılarının Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeği ve Buss-Perry Agresyon Ölçeği ile karşılaştırıldığı bir tez çalışmasında Sürekli Öfke alt ölçek puanları açısından bakıldığında alkol bağımlısı hastalar madde bağımlısı hastalardan, kontrol grubu da hem madde bağımlısı hastalardan hem de alkol bağımlısı hastalardan anlamlı olarak daha düşük puan almıştır. Öfkeyi Dışa Vurma puanları açısından bakılmış ve alkol bağımlısı hastalar madde bağımlısı hastalardan, kontrol grubu da hem madde bağımlısı hastalardan hem de alkol bağımlısı hastalardan anlamlı olarak daha düşük puan almıştır. Buss-Perry

Agresyon Ölçeği Düşmanlık alt ölçek puanları açısından bakıldığında kontrol grubu hem alkol bağımlısı hastalardan hem de madde bağımlısı hastalardan anlamlı olarak daha düşük puan almıştır. Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanları açısından bakıldığında alkol bağımlısı hastalar madde bağımlısı hastalardan, kontrol grubu da hem madde bağımlısı hastalardan hem de alkol bağımlısı hastalardan anlamlı olarak daha düşük puan almıştır[208]. Bu çalışmanın verileri diğer tez çalışmasıyla karşılaştırıldığında kullanılan ölçekler farklı olmasına rağmen benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Bilinen bir yorum olarak, öfke, kişinin kendisine karşı olduğunda depresyon, kendi dışına karşı olduğunda ise agresyon ortaya çıkmaktadır. eroin bağımlılarının öfke düşmanlık belirtilerinin, alkol bağımlılarının ise depresif belirtilerinin karşıt gruba göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca somatizasyonun yüksek olmasının her iki grupta bağımlılık şiddetini arttırdığı bulunmuştur. Bağımlılık şiddetinin yüksek olduğunu kabul edebileceğimiz bağımlılar arasında alkol bağımlılarının öfkesini ağırlıkla kendisine yönlendirdiği, eroin bağımlılarının ise dışa yönlendirdiği yorumu yapılabilir.

5.1.3.7 Paranoid Düşünce

Paranoid düşüneyi ölçen alt test puanları arasında iki grupta anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklemin SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören 50 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında kişiler arası duyarlılık alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır[203]. Bu sonuç, paranoid belirtiler, alkol ve eroin bağımlılarında, bağımlılıkta kullanılan maddeden bağımsız şekilde etkileniyor şeklinde yorumlanabilir

5.1.3.8 Psikotizm

Psikotizmi ölçen alt test puanlarında eroin bağımlıları alkol bağımlılarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklemin SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören 50 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında kişiler arası duyarlılık alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır[203]. Psikotizm alt testinin eroin bağımlılarında daha fazla olması; ilk kullanılan maddenin genellikle psikoaktif özellikleri olan esrar olması ayrıca

eroin kullanımına kadar geçen sürede birçok psikoaktif madde kullanımı psikotizmin oluşumunda etkili olmuş olabilir..

5.1.3.9. Kişiler Arası Duyarlılık

Kişiler arası duyarlılığı ölçen alt test puanlarında eroin bağımlıları alkol bağımlılarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Alkol ve eroin bağımlılarının içinde bulunduğu bir örneklemin SCL-90 ile karşılaştırıldığı yatarak tedavi gören 50 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında kişiler arası duyarlılık alt ölçeği bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır[203]. Bu sonuç, kişiler arasıduyarlık, alkol ve eroin bağımlılarında, bağımlılıkta kullanılan maddeden bağımsız şekilde etkileniyor şeklinde yorumlanabilir

5.1.3.10 Genel Belirti İndeksi

Genel belirti indeksi kesme puanı 1 olarak değerlendirildiğinde alkol bağımlılarında 1 ve üstü puana sahiplerin ortalaması %45,6, eroin bağımlılarında ise %58,2 olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca iki grup genel belirti indeksi puanlarına göre karşılaştırıldığında eroin bağımlıları anlamlı olarak alkol bağımlılarından daha yüksek puanlara sahiptir. SCL-90 R alt testlerinden eroin bağımlılarının anlamlı olarak daha yüksek puan alması bu durumu açıklamaktadır. Bu bulgu ışığında eroin bağımlılarının psikiyatrik belirti yükünün alkol bağımlılarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

5.1.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Ve Beck Depresyon Envanteri İle İki Gurubun Karşılaştırılması

HAM-D puanları ile yapılan karşılaştırma bulguları incelendiğinde, çalışmamızdan farklı olarak, yatarak tedavi edilen DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı konmuş 30 hasta ile alkol dışı madde bağımlılığı tanısı konmuş 32 hastanın katıldığı bir çalışmada iki grup arasında HAM-D puanlarının ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır[209]. Çalışma grupları arasındaki bazı farklılıklar özellikle yatan hasta ve eroin dışı madde kullananların karşılaştırılması karıştırıcı faktörler gibi gözükmemektedir.

Beck depresyon envanteriden alınan puanlarla yapılan karşılaştırmada iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum alkol ve eroin bağımlılarının

kendilerini benzer ölçüde depresif bulduğu, değerlendiricinin ise alkol bağımlılarını daha depresif algılamasıyla açıklanabilir.

5.1.5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği Ve Beck Anksiyete Ölçeği İle İki Grubun Karşılaştırılması

HAM-A puanları ile yapılan karşılaştırma bulguları incelendiğinde, çalışmamızdan farklı olarak, yatarak tedavi edilen DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı konmuş 30 hasta ile alkol dışı madde bağımlılığı tanısı konmuş 32 hastanın katıldığı bir çalışmada iki grup arasında HAM-A puanlarının ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır[209]. Çalışma grupları arasındaki bazı farklılıklar özellikle yatan hasta ve eroin dışı madde kullananların karşılaştırılması karıştırıcı faktörler gibi gözükmemektedir.

Beck anksiyete envanteriden alınan puanlarla yapılan karşılaştırmada iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum alkol ve eroin bağımlılarının kendilerini benzer ölçüde anksiyeteli bulduğu, değerlendiricinin ise alkol bağımlılarını daha anksiyeteli algılamasıyla açıklanabilir.

5.1.6 Toronto Aleksitimi 20 Ölçeğiyle İki Grubun Karşılaştırılması

1.8.1 TAO Toplam Puanı

TAO toplam puanları kesme noktasına ve iki grup arasında karşılaştırma ile incelendiğinde literatürle uyumlu bulunmuştur. Parker ve arkadaşlarının toplum örnekleminde 52 erkek ve 49 kadın yolcunun katıldığı, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) kullanarak yaptıkları araştırmada aleksitimik özelliklerin sağlıklı bireylerdeki yaygınlığı %18.8 olarak tespit edilmiştir[210]. Aleksitiminin normal popülasyonda %5 oranında bulunduğu fakat çeşitli psikosomatik hastalıklarda daha sıklıkla izlendiği bildirilmiştir.[34] Literatür bilgisine ve çalışma bulgularımız ışığında alkol ve eroin bağımlılarının topluma göre daha yüksek aleksitimi oranlarına sahip olduğu söylenebilir.

TAO-20 ölçeği kullanılarak yapılan, yatarak tedavi gören hastalarda yapılan bir çalışmada alkol bağımlısı olguların %45.8'i TAÖ-20 kesme puanına göre aleksitimik olarak değerlendirilmiştir[211]. Yapılan diğer çalışmalarda alkol bağımlılarının %45-67'si aleksitimik olarak tanımlanmıştır (1030,1032). Ülkemizde yapılan bir diğer

çalışmada Alkol bağımlılarının %56'sı TAÖ-26'nın kesme puanına göre aleksitimik olarak değerlendirilmiştir[212].

Mısır'da madde bağımlılığı olan 200 hastayla yapılan bir çalışmada iv eroin kullanımı ağırlıkta olan 135 madde bağımlısının 100(%74) tanesi TAO-26 ölçeğinden 74 ve üstü puanlar almıştır[8]. Pektaş ve arkadaşları aleksitimik özelliklerin psikoaktif madde bağımlısı olan kişilerde görülebileceğinden yola çıkarak eroin bağımlıları üzerinde bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışmada DSM-III-R kriterlerine göre eroin bağımlılığı tanısı alıp Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisine yatarak tedavi gören ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 30 kişiye TAS uygulanmıştır. Çalışma sonunda araştırmacılar eroin bağımlıları grubunda olan 30 kişiden 20(%66)'sinde; kontrol grubunda ise 30 kişiden 6'sında aleksitimik özellikler saptanmış ve eroinin bağımlılarında aleksitimik özelliklerin yüksek düzeyde olduğuna dikkat çekmişlerdir[210]. Ayrıca ülkemizde Hükümlü ve Tutukluların Aleksitimi Durumlarına Göre Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Alkol Bağımlılığı ve Madde Bağımlılığı Dağılımlarının incelendiği bir tez çalışmasında alkol bağımlılarının madde bağımlılarında benzer aleksitimi oranları izlenmiştir. Bu çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde aleksitimi açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı sonucuna varılabilir[213].

Çalışmamız alkol ve eroin bağımlılarında aleksitiminin yaygın olduğu literatür bilgisini desteklemektedir.

Ülkemizde ve yurtdışında erkek alkol ve madde bağımlılarında yapılan değişik çalışmalarda farklı oranlar elde edilmesi (%30.1-75), bu çalışmaların tümünün alkol ve madde bağımlılarında yapılmış olmasına rağmen, örneklemelerin farklı özelliklerinin TAÖ puanları üzerinde farklılıklara neden olabileceği şeklinde açıklanabilir[144, 214, 215].

TAO-A alt boyutunda duyguları tanıma zorluğu, TAO-B alt boyutunda duyguları ifade etme zorluğu, TAO-C alt boyutunda ise dışa dönük düşünce değerlendirilmektedir. Çalışmamızda eroin ve alkol bağımlıları arasında TAO toplam puanına benzer olarak alt boyutlarında da anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Eroin ve alkol bağımlıları arasında aleksitimiye spesifik olarak karşılaştıran çalışmalar literatürde bulunmadığından bu konuda tartışma yapmak zorlaşmaktadır. Aleksitiminin bağımlılıkta önemli bir rolü

olduğu bilinmekle birlikte, çalışmamızdan yola çıkarak bu rolün bağımlılık maddesinden ziyade bağımlılığın kendisiyle daha ilişkili olduğu söylenebilir.

5.1.7 Depresyon Ve Anksiyeteyi Değerlendiren Testlerin Sonuçlarının İncelenmesi

5.1.7.1 Depresyon

Bu çalışmada katılımcıların depresyon özellikleri HDDÖ, Beck Depresyon Envanteri ve SCL-90 R Depresyon alt testi ile iki grup arasında karşılaştırılmıştır. HDDÖ ile yapılan karşılaştırmada alkol bağımlıları, SCL-90 R Depresyon alt testinde eroin bağımlıları anlamlı olarak daha depresif bulunmuş, Beck Depresyon Envanterinde ise anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Testler ayrıntılı olarak incelendiğinde, HDDÖ ile “depresif ruh hali, suçluluk duyguları, intihar, uykuya dalamamak, gece yarısı uyanmak, sabah erken uyanmak, çalışma ve aktiviteler, retardasyon, ajitasyon, psişik anksiyete, somatik anksiyete, somatik semptomlar, genital semptomlar, hipokondriyaklık, zayıflama ve durumu hakkındaki görüşü” durumları değerlendirici tarafından değerlendirilmektedir. Beck Depresyon Envanterinde ise “üzgün ve sıkıntılı olma, umutsuz ve karamsar olma, kendi başarısını değerlendirme, zevk alabilme, suçluluk, kendinden memnun olma, kendini kötü görme ve utanç, intihar, ağlama, can sıkıntısı ve sinirlilik, başkalarıyla görüşme konuşma isteği, karar vermede güçlük, dış görünüşü değerlendirme, işlevsellik, uykusuzluk, yorgunluk, zayıflama, hipokondriyaklık, cinsel istek, cezalandırılma düşünceleri” hastanın kendisi tarafından uygulanmaktadır. SCL-90-R Depresyon alt testinde ise “cinsel arzu ve ilginin kaybı, enerjide azalma, yaşamın sonlandırılması düşünceleri, kolay ağlama, tuzağa düşürülmüş ve yakalanmış olma hissi, suçluluk, yalnızlık, karamsarlık, her konuda endişe duyma, ilgisizlik, ümitsizlik, her şeyin yük gibi gelmesi, değersizlik” şeklindeki depresif özellikler likert tipi sınıflandırmayla 0-4 arası puan verilerek hasta tarafından doldurulmaktadır.

Beck Depresyon Envanterinde anlamlı fark gözlenmemesi nedeniyle HDDÖ ve SCL-90 R Depresyon alt testi özellikleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Benzer belirtiler ilki HADDÖ ikincisi SCL-90 R Depresyon alt testinden eşleştirildiğinde; depresif ruh hali ile değersizlik, ümitsizlik, karamsarlık, kolay ağlama; suçluluk duyguları ile suçluluk, intihar ile yaşamın sonlanması düşünceleri, çalışma ve aktiviteler ile ilgisizlik, psişik anksiyete ile her konuda endişe duyma; genital semptomlar ile cinsel arzu ve ilginin

kaybı eşleşmeleri kabaca ortaya çıkmaktadır. Bu eşleşmeler dikkate alındığında HDDÖ'nden “uykuya dalamama, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, retardasyon, ajitasyon, hipokondriyaklık, zayıflama ve durumu hakkındaki görüşü” belirti ve bulgularının alkol bağımlılarında daha fazla görülmesi olasılık dahilindedir. Ayrıca SCL-90 R depresyon alt testindeki “tuzağa düşürülmüş ve yakalanmış olma hissi(1,02-0,53), yalnızlık hissi(1,7-1,5) ve her şeyin bir yük gibi görünmesi(1,5-1,1)”den alınan puanlar incelenmiştir. Eroin bağımlılarında bu belirtilerin ortalama puanları 1,5-2 kat daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca HDDÖ'nde uygulayıcı ile ilişkili faktörler, SCL-90 Depresyon Alt testinin hasta tarafından doldurulması ve bir tarama testi olması bununla birlikte yukarıda bahsedildiği gibi testlerdeki soruların depresyonun farklı alanlarını sorgulaması bu tutarsızlığın nedeni olabilir.

Bu bulgulardan yola çıkarak değerlendiricinin alkol bağımlılarını daha depresif değerlendirildiği, eroin bağımlılarının ise kendilerini daha depresif algıladığı yorumu çıkabilir.

5.1.7.2. Anksiyete

Bu çalışmada katılımcıların depresyon özellikleri HAM-A, Beck Anksiyete Ölçeği ve SCL-90 R Anksiyete ve Fobik Anksiyete alt testleri ile iki grup arasında karşılaştırılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği ve SCL-90 R Anksiyete ve Fobik Anksiyete alt testinden alınan puanlar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmemekle birlikte HAM-A ölçeğinden alınan puanlar açısından alkol bağımlılarının anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur. HAM-A ölçeğinde “anksiyeteli mizaç, gerilim, korkular, uykusuzluk, kognitif durum, depresif mizaç, bedensel(musküler), somatik(duyusal) belirtiler, kardiyovasküler belirtiler, solunum belirtileri, gastrointestinal belirtiler, genitoüriner belirtiler, otonomik belirtiler ve görüşme sırasındaki davranış” uygulayıcı tarafından yapılan görüşme sonucu ayrıntılı olarak değerlendirilmektedir. Beck Anksiyete Ölçeğinde ise “uyuşma veya karıncalanma, sıcak/ateş basması, bacaklarda halsizlik ve titreme, gevşeyememe, çok kötü şeyler olacak korkusu, baş dönmesi veya sersemlik, kalp çarpıntısı, dengeyi kaybetme duygusu, dehşete kapılma, sinirlilik, boğuluyormuş gibi olma hissi, ellerde titreme, titreklilik, kontrolünü kaybetme korkusu, nefes almada güçlük, ölüm korkusu, korkuya kapılma, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, baygınlık, yüzün kızarması, terleme” belirtileri hasta tarafından

derecelendirilmektedir. SCL-90 R Anksiyete alt testinde “ sinirlilik ya da iinin titremesi, titreme, bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma, korku hissi, kalbin çok hızlı çarpması, gerginlik ya da coşku hissi, dehşet ve panik nöbetleri, yerinde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissi, kötü bir şey olacak hissi, korkutucu türden düşünce ve hayaller; SCL-90 R Fobik Anksiyete alt testinde ise ”cadde veya açık alanlarda korku hissi, evden dışarı yalnız çıkma korkusu, otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu, korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu, arşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi, yalnız bırakıldığında sinirlilik hali ve topluluk içinde bayılma korkusu” sorgulanmaktadır. HAM-A ölçeğinin uygulayıcı tarafından yapılan değerlendirme ile puanlanmasının yanı sıra yukarıdaki belirti grupları ile diğer testlerle karşılaştırıldığında; uykusuzluk, bilişsel durum, depresif mizaç, genitoüriner belirtiler ve görüşme sırasındaki davranışın da değerlendirilmesiyle daha kapsamlı bir ölçektir. Testler arasındaki tutarsızlık HAM-A ölçeğinin diğer ölçeklere nazaran daha geniş bir yelpazede anksiyete belirtilerini değerlendirmesiyle ilişkili olabilir. Ayrıca HDDÖ ölçeğinin alkol bağımlılarında anlamlı olarak yüksek olmasıyla depresif mizaç, yine alkol bağımlılarının yaşı ortalamasının eroin bağımlılarına göre yaklaşık 20 yaşı daha büyük olmasıyla bilişsel durum ve genitoüriner belirtiler kısmen de olsa açıklanabilir.

Bu bulgular ışığında her iki grubun kendileri ile ilişkili anksiyete algısının benzer olduğu fakat değerlendiricinin alkol bağımlılarını daha anksiyeteli olarak değerlendirdiği sonucuna varılabilir.

5.2. Somatizasyon Belirtileri Yüksek Alkol Ve Eroin Bağımlılarının

Karşılaştırılması

Alkol ve eroin bağımlıları SCL-90 R Somatizasyon Alt Testi puanlarına göre kendi grubu içinde somatizasyonun belirtilerinin yüksek ve somatizasyon belirtilerinin düşük/yok olmasına göre iki gruba ayrılmıştır. İki grubun sosyodemografik verilerinin farklılıklar göstermesi ayrıca kullanılan maddenin etkileri göz önüne alınarak somatizasyon sınıflandırması kendi grubundaki bağımlıların somatizasyon puanlarının ortalamasına göre yapılmıştır. İki grubun somatizasyon belirtilerinin ortalaması karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Somatizasyonu yüksek bulunan alkol ve eroin bağımlılarının değerlendirilmesinde de benzer şekilde

somatizasyon puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sayede daha sağlıklı bir karşılaştırma yapmak hedeflenmiştir.

5.2.1.BAPİ Ve Alt Testleri İle Karşılaştırma

Somatizasyonu yüksek alkol ve eroin bağımlıları BAPİ ile karşılaştırıldığında Madde Kullanım Özellikleri, Şiddetli İstek ve BAPİ Toplam puanları incelendiğinde: Somatizasyonu yüksek olan alkol bağımlıları somatizasyonu yüksek eroin bağımlılarına göre daha sık madde kullanmakta, daha sık kontrol kaybı, daha şiddetli madde kullanma isteği ve daha yüksek bağımlılık şiddetine sahip olduğu söylenebilir. Alkol ve eroin bağımlılarını somatizasyon özelliklerine göre ayırmadan karşılaştırdığımızda madde kullanım özellikleri ve BAPİ toplam puanları benzer şekilde eroin bağımlılarından daha yüksek seviyelerde bulundu. Karşılaştırma somatizasyonu yüksek grupta yapıldığında şiddetli istekteki anlamlı farklılık, somatizasyon belirtilerinin yüksek olmasının alkol bağımlılarında şiddetli istek üzerine daha çok etkili olduğuna işaret edebilir. Ayrıca, madde kullanım süreleri açısından, alkol bağımlılarının eroin bağımlılarına göre çok daha uzun süre maruz kaldığı çalışmamızda tespit edilmiştir. Bununla birlikte komorbid bedensel ve psikiyatrik yakınmalar arttıkça bağımlılık şiddeti de artmaktadır. Bulgularımız ışığında somatizasyon yüksek bulunan alkol bağımlılarının somatizasyon yüksek bulunan eroin bağımlılarına göre daha anlamlı şekilde depresif ve anksiyeteli olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun bir başka açıklaması ise şu şekilde olabilir. Alkol kullanımı uzun süreler fiziksel maruziyet ile birlikte birtakım gerçek fiziksel belirtilere ve sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu durum bedensel yakınmaların farklı bir açıklaması olabilir. Somatizasyon skorları yüksek alkol ve eroin bağımlıları arasında bağımlılık şiddeti ile ilişkili veriler yazında kısıtlıdır. Bu yüzden tartışma kendi bulgularımız üzerinden yapılmıştır.

Tanı ölçütlerini karşılama, yaşam üstüne etkileri ve motivasyon alt testlerinin karşılaştırılması incelendiğinde: Somatizasyon yüksek olarak değerlendirilen alkol ve eroin bağımlılarında kullanılan maddenin yaşam üstüne etkileri, tanı ölçütlerini karşılama ve motivasyon kullanılan maddeden bağımsız olarak bağımlılığın kendisi ile ilişkili gözükmemektedir.

5.2.2.Scl-90-R Belirti Tarama Listesiyle İki Grubun Karşılaştırılması

Öfke ve Düşmanlık Alt Testi açısından somatizasyonu yüksek eroin bağımlılarının somatizasyonu yüksek alkol bağımlılarına göre anlamlı olarak daha fazla belirtileri olduğu saptanmıştır. Daha önce tartıştığımız, somatizasyon ayrımı yapmadan Öfke ve düşmanlığı ölçen alt test puanlarında, benzer şekilde, eroin bağımlıları alkol bağımlılarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Çalışmamızın bulgularından farklı bir şekilde; madde ve alkol bağımlılığı olan genç erişkinlerde agresyon özelliklerinin genel nüfus ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; eroine bağımlı grup en üst düzeyde fiziksel ve sözlü saldırganlığa, alkol bağımlısı grubun ise daha çok düşmanlık ve öfke düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca alıntılanan çalışmada toplam agresyon skoru eroin bağımlılarında anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur[207]. SCL-90-R öfke ve düşmanlık alt testinde kolay gücenme, rahatsız olma hissi, kontrol edilmeyen öfke patlamaları, bir başkasına vurmak zarar vermek gibi dürtülerin olması, bazı şeyleri kırıp dökme hissi, sık sık tartışmaya girme, bağırma ya da eşyaları fırlatma sorgulanmaktadır. Alıntılanan çalışmada agresyonun daha ayrıntılı incelendiği Buss-Parry Agresyon Ölçeği kullanılmıştır. Ve alt testleri ayrıntılı olarak sözel şiddet, fiziksel şiddet, öfke ve düşmanlığı alt testlerinde incelemektedir. Agresyon, SCL-90_R alt testinde ise içinde fiziksel ve sözel şiddetinde temsil edildiği 6 soruyla öfke ve düşmanlık başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu bilgiler ışığında literatürün bulgularımızı desteklediği söylenebilir.

Somatizasyonu yüksek olan her iki grupta genel belirti indeksi ve öfke ve düşmanlık alt testi dışındaki alt testler açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Somatizasyonu yüksek olan alkol ve eroin bağımlılarında SCL-90 R ile taranan öfke ve düşmanlık dışı belirtilerin kullanılan maddeden bağımsız şekilde bağımlılık ile ilişki olduğu yorumu yapılabilir.

5.2.3.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Ve Beck Depresyon Envanteri İle Karşılaştırma

Alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastalar eroin bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri yüksek olan hastaların karşılaştırması incelenmiştir. Benzer şekilde, somatizasyon olup olmasına bakılmaksızın yapılan karşılaştırmada HDDÖ

puanları alkol bağımlılarında daha yüksek bulunmuştur. Depresif hastaların olumsuz bilişsel şemalarının hastalıkla ilgili olumsuz bir görüş geliştirmelerine ve bedensel duyuların abartılı bir biçimde algılamalarına yol açtığı belirtilmiştir. Literatürde somatizasyon ve depresyonun ilişkili olduğu bilinmekle birlikte somatizasyon skorları yüksek eroin ve alkol bağımlılarıyla ilişkili karşılaştırma bulunmamıştır[216]. Beck depresyon envanteri puanlarındaki benzerlik ve HDDÖ puanlarındaki alkol yönündeki artış daha önce tartışıldığı gibi testlerin yapısal özellikleri, yaş farklılığı ve görüşmecinin alkol grubunu daha depresif olarak değerlendirmesiyle ilişkili olabilir.

5.2.4.Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği Ve Beck Anksiyete Ölçeği İle Karşılaştırma

Alkol bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri olan hastalar ile eroin bağımlılığı ve somatizasyon belirtileri olan hastalar iki ölçekle incelenmiştir. Somatizasyon olup olmamasına bakılmaksızın yapılan karşılaştırmada HAM-A puanları alkol bağımlılarında daha yüksek bulunmuştur. Literatürde somatizasyon ve anksiyetenin anlamlı ilişkisi mevcuttur[216]. Fakat yazında somatizasyonu yüksek alkol ve eroin bağımlılarını anksiyete açısından karşılaştıran çalışmaya rastlanmadığından tartışma çalışma bulguları üzerinden yapılmıştır. Beck anksiyete ölçeği puanlarındaki benzerlik ve HAM-A puanlarındaki alkol yönündeki artış daha önce tartışıldığı gibi testlerin yapısal özellikleri, yaş farklılığı ve görüşmecinin alkol grubunu daha anksiyeteli olarak değerlendirmesiyle ilişkili olabilir.

5.2.5 Tao-20 Toplam Ve Alt Testleri İle Karşılaştırma

Somatizasyon belirtileri yüksek alkol ve eroin bağımlılarında TAO-20 Toplam ve Alt Test puanları incelendiğinde incelendiğinde somatizasyonu yüksek alkol bağımlılarının TAO toplam puan ortalaması 58,27, somatizasyonu yüksek eroin bağımlılarının ise 60,23 bulunmuştur. Her iki grupta aleksitiminin yüksek oranları, yazındaki somatizasyon ve aleksitimi ilişkisini desteklemektedir. Ayrıca, alt test puanlarında yüksek değerlerde ve benzerdir. Bu durum her iki grupta dışa dönük düşünce, duygularını tanıma zorluğu ve kendini ifade etmede güçlüğü somatizasyonla ilişkili olduğunu göstermektedir[111]. Bulgularımız yazın bilgisiyle uyumludur. Bu durum,

Alkol ve eroin bağımlılarında somatizasyonun varlığı kullanılan maddeden bağımsız olarak aleksitimiyle ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5.3. Her İki Grubun Somatizasyonun Yüksek Veya Düşük Olmasına Göre

Karşılaştırılması

5.3.1. Alkol Bağımlılarının Somatizasyon Şiddetine Göre Diğer Testlerle

Karşılaştırılması

5.3.1.1 BAPİ Ve Alt Testleri İle Karşılaştırma

BAPİ Ve Alt Testleri incelendiğinde: alkol bağımlılarında somatizasyon puanlarının yüksek olması bağımlılık şiddetini, bağımlılık tanı ölçütlerini, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini ve şiddetli madde kullanma isteği ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Somatizasyonun madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile ilişkisine bakıldığında; yaşanan yoğun bedensel belirtilerin çalışma, aile ve çevreden alınan tepkiler üzerine etkili olabileceği bu yüzden yaşamı olumsuz etkileyeceği düşünülebilir. Şiddetli madde kullanma isteğinin yüksek olmasında, bedensel belirtilere benzer şekilde, uzamış yoksunluk ya da daha önceden yoksunluk sonrası içilen alkolün belirtileri düzeltmesiyle öğrenilmiş bir davranış paterni etkili olmuş olabilir. Somatizasyon belirtileri fazla olan alkol bağımlılarının bağımlılık tanı ölçütlerini daha anlamlı olarak yüksek karşılamasının birçok nedeni olabilir. Yoksunluk belirtileriyle benzerlik gösteren somatizasyon belirtileri kişinin büyük bir istek duymasına, zorlanmasına, alkol arama davranışını arttırmasına neden olarak bağımlılık tanı ölçütlerini daha anlamlı olarak karşılamasının bir nedeni olabilir. Alkol bağımlılığında somatizasyonun yüksek ya da düşük olmasının madde kullanım miktarı ve yarattığı sorunları ölçen madde kullanım özellikleri ve maddeyi bırakma motivasyonu açısından bir farklılığa yol açmaması somatizasyondan bağımsız şekilde etkili oldukların göstermektedir. Bu konuda literatürde karşılaştırma yapılabilecek çalışmalar bulunmamaktadır.

5.3.1.2 ScI 90-R Somatizasyon Dışı Alt Testleri İle Karşılaştırma

Genel belirti indeksi ve somatizasyon dışı tüm alt tesler ile ilişkili bulgular incelenmiştir. ECA çalışmasının toplum örnekleminden alınan verileri analiz eden bir

Çalışma işlevsel somatik belirtileri olan kişilerin açık psikolojik sıkıntı bildirip bildirmediğini ve somatizasyonun herhangi bir spesifik psikiyatrik bozuklukla ilişkili olup olmadığını incelemiştir. ABD’de 18.000’den fazla kişiye yapılan psikiyatrik morbiditeye yönelik nüfusa dayalı bir anket yapılmıştır. Artan sayıda somatizasyon belirtisi, psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik semptomların açık ifadesi ile kuvvetli bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Beş veya daha fazla işlevsel somatik belirtiyeye sahip olan ECA katılımcıları değerlendirilmiş, %63’ü güncel psikolojik belirti, % 50’si ise güncel bir psikiyatrik tanı kriterlerini karşılamış. Buna karşın güncel somatizasyon belirtileri olmayanlarda bu oranlar sırasıyla% 7 ve% 6 olarak bulunmuş. Somatizasyon belirtileri anksiyete ve depresyon belirtileri ile güçlü, psikotik bozukluk belirtileri ile orta düzeyde ve alkol/madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik belirtileri ile zayıf ilişki göstermiştir. Bu çalışmanın sonuçları Yüksek düzeyde somatizasyon belirtilerine sahip olan katılımcıların anksiyete ve depresyon gibi belirgin psikolojik sıkıntı bildirildiği, İşlevsel somatik belirtilerin farkındalığa karşı savunma yerine yaygın bir sıkıntı ifadesi olarak görüldüğü şeklinde yorumlanmıştır[83]. Literatürde alkol bağımlılarının doğrudan SCL-90 R ile Somatizasyon alt grubunu karşılaştıran çalışmalar mevcut değildir. Fakat bahsi geçen epidemiyolojik çalışmada somatizasyon belirtilerinin anksiyete, depresyon, psikoz ve alkol/madde kullanımı ile yadsınamayacak ölçüde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu yanıyla çalışmamızın verilerini destekleyici niteliktedir. Çalışmamızdan alkol bağımlılarında somatizasyonun yüksek olmasının global olarak psikiyatrik belirtilerde bir artışla ilişkili olabileceği söylenebilir.

5.3.1.3 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Ve Beck Depresyon Envanteri İle Karşılaştırma

Depresyonun alkol bağımlılarında yaşam kalitesini etkileyen temel faktör olduğu tespit edilmiştir[151]. Depresyonunun şiddetini anlamak için kullanılan bu ölçeklerin sorguladığı belirtilere bakıldığında içeriğinde somatik yakınmaların bulunduğu görülmektedir. Somatizasyon belirtilerinin yüksek olması doğrudan bu ilişkiyi açıklayabilir. Ayrıca somatizasyon belirtileri ile depresyonun ilişkili olduğu bilinmektedir. Literatürde, çalışmamızı destekler nitelikte, yüksek somatizasyon belirtilerinin güçlü şekilde depresyonla ilişkili olduğu görülmektedir[83]. Bunun yanında, iki veya daha fazla somatik belirti atağının depresyon riskini beş kat arttırdığı bilgisi

literürde belirtilmiştir[75]. Literatürden alınan bilgiler ve çalışma bulgularımız ışığında alkol bağımlılarında toplum çalışmalarına benzer şekilde somatizasyon ve depresyonun ilişkili olduğu görülmektedir. Alkolün uzun süre kullanımının depresyonla ilişkili olduğu bilinmektedir. Göz ardı edilmemesi gereken bir durum ise alkolün beden üzerine doğrudan olumsuz etkileri, yaş ile birlikte artan gerçek somatik belirtiler bu çalışmadaki depresyon ve somatizasyonla ilişkili olabilir. Çalışmamızın bulgularından yola çıkarak somatizasyon belirtileri belirgin olan alkol bağımlılarının depresyon şiddetinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir

5.3.1.4 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği Ve Beck Anksiyete Ölçeği İle Karşılaştırma

Eşlik eden anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozuklukları araştırmacılar ve klinisyenler için büyük önem taşır. Epidemiyolojik ve klinik araştırmalardan elde edilen kümülatif kanıtlar, bu komorbiditenin hem frekans hem de klinik etkisini vurgulamıştır[11]. Bazı yazın bilgileri anksiyete bozukluklarının alkol bağımlılığı ile alkol kötüye kullanımından daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir.(232). Ayrıca somatik yakınmalar anksiyetenin bir bileşeni olduğu bilinmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunda kolay yorulma, panik bozuklukta terleme, çarpıntı, nefes almada güçlük gibi belirtiler doğrudan tanı kriterleri arasındadır. Alkol bağımlılarının tarandığı birçok çalışmada anksiyete bozuklukları grubundaki tanıların ayrı ayrı komorbidite ile ilişkili olduğu bulunmuştur[82, 163]. Anksiyetenin şiddetini değerlendiren testlerin sorguladığı belirtilerin birçoğu anksiyetenin bedensel alanı ile ilişkilidir. HAM-A incelendiğinde sorgulanan 14 alandan 7'si solunum, gastrointestinal, otonomik ve diğer somatik belirtileri saptamaktadır. Benzer şekilde Beck A ölçeğinde terleme, titreme, uyuşma karıncalanma gibi özellikle otonom sinir sistemi bulguları mevcuttur. Çalışmamızda alkol bağımlılarının Somatizasyon yüksek grubunda HAM-A ve Beck A skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Alkol bağımlılarında somatizasyon ve anksiyete ilişkisi çalışmamızda doğrudan bu özelliklerde eşleşmiş olabilir fakat bununla birlikte literatürde somatizasyon belirtileri ve anksiyetenin güçlü şekilde ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur[83]. Ayrıca 16000 kişiyle yapılan bir toplum çalışmasında tüm somatoform belirti evreleri ve somatik belirti epizodları ile depresyon ve anksiyete anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur[75]. Literatür bilgisi ile desteklenen bu sonuç; alkol

bağımlılarında somatizasyonun varlığının artmış anksiyete şiddetiyle ilişkili olduğu düşünülebilir.

5.3.1.5 Tao-20 Toplam Ve Alt Tesleri İle Karşılaştırma

Aleksitimik bireylerin bedenselleştirme eğiliminin fazla olduğu, duygularını tanıma ve söze dökmede yetersizlik yaşadığı bilinmektedir[72]. Aleksitiminin normal popülasyonda %5 oranında bulunduğu fakat çeşitli psikosomatik hastalıklarda daha sıklıkla izlendiği bildirilmiştir[72]. İlgili çalışmalarda bedenselleştiren hastalarda yüksek aleksitimi oranları belirtilmiştir. Buna dayanarak aleksitiminin somatizasyona yatkınlık yaratan bir kişilik boyutu olduğu düşünülebilir. Fakat bütün somatizasyon görülen hastalarda aleksitimik özellikler izlenmediği gibi, her aleksitimik bireyde de somatizasyon görülmemesi sebebiyle, aleksitiminin somatizasyon için temel bir etmen olduğu düşünülmemesini öneren çalışmalar da mevcuttur[73]. Ayrıca, aleksitimik yapının, alkol bağımlılığında etkili olduğu, anlaşılmasının tedavide sonuçlar üzerine olan yararlılığını desteklemektedir[139]. (193) Ziotkowski ve arkadaşlarının aleksitimik özellikler gösteren 60 alkolik erkek hasta üzerinde Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) kullanarak yaptıkları araştırmada; erkek alkoliklerdeki aleksitimik özelliklerin, zevk alma, zevk almaktan kaçınma ve alkolü bırakma üzerinde olumsuz etkileri olduğu tespit edilmiştir[210].

Somatizasyon yüksek bulunduğu alkol bağımlılarında TAO toplam ve alt test skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç literatür ile iki yönden uyumlu gözükmektedir. Birincisi, alkol kullanım sorunu olanlarda ve alkol bağımlılarında aleksitimik özelliklerle değişen oranlarda sıklıkla gözlenmektedir. İkinci açıdan somatizasyonun yüksek olmasının aleksitiminin yükseliği ile ilişkili olması bu sonucu desteklemektedir.

TAO alt testleri açısından incelendiğinde; alkol bağımlılarında somatizasyonun yüksek olmasının duyguları ifade etme zorluğu($p<.001$), duyguları tanıma zorluğu($p<.001$) ve dışa dönük düşünce($p<.01$) açısından ayrı ayrı her alt başlıkla anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani, alkol bağımlılarında somatizasyon aleksitiminin her alanını etkilemektedir. Literatürde alkol bağımlılarında TAO alt tesleri ile somatizasyon karşılaştırması ile ilgili araştırmaya rastlanmaması nedeniyle bu konuda tartışma yapmak zorlaşmıştır.

5.3.2. Eroin Bağımlılarının Somatizasyona Göre Diğer Testlerle Karşılaştırılması

5.3.2.1 Bapı Ve Alt Testleri İle Karşılaştırma

BAPİ Ve Alt Testleri İle Karşılaştırma bulgularından yola çıkarak eroin bağımlılarında, kullanılan maddenin kullanım sıklığı, nasıl kullandığı, maddeye duyulan aşırma, madde kullanılan ortamda zorluk çekme, aile, iş, evlilik hayatını somatizasyon belirtilerinden bağımsız olarak etkilenmekte olduğu düşünülmüştür. BAPİ toplam ve bağımlılık tanı ölçütleri açısından somatizasyon yüksek grup anlamlı olarak yüksek puanlara sahiptir. BAPİ toplam puanı ile ilişkili bağımlılık şiddeti ve bağımlılık tanı ölçütlerini karşılama durumu somatizasyonun yüksek olarak değerlendirildi eroin bağımlılarında daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedenleri arasında somatizasyon artışının genel psikiyatrik belirtilerde artışa neden olması nedeniyle bağımlılık şiddetini de arttırabileceği düşünülebilir[83].

5.3.2.2. Scl 90-R Somatizasyon Dışı Alt Testleri İle Karşılaştırma

Genel belirti indeksi ve somatizasyon dışı tüm alt test bulguları incelenmiştir.

Toplumda psikiyatrik komorbiditeyi ölçme amaçlı yapılan büyük ölçekli tarama çalışmalarının verileri incelenmiştir. Artan sayıda somatizasyon semptomu, psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik semptomlar ile kuvvetli şekilde ilişkili bulunmuştur. Beş veya üstü somatik belirtiye sahip olan ECA katılımcıları değerlendirilmiş, %63'ü güncel psikolojik belirti, % 50'si ise güncel bir psikiyatrik tanı kriterlerini karşılamıştır. Buna karşın güncel somatizasyon belirtileri olmayanlarda bu oranlar sırasıyla % 7 ve% 6 olarak bulunmuş. Somatizasyon belirtileri anksiyete ve depresyon belirtileri ile güçlü, psikotik bozukluk belirtileri ile orta düzeyde ve alkol/madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik belirtileri ile zayıf ilişki göstermiştir. Bu çalışmanın sonuçları Yüksek düzeyde somatizasyon belirtilerine sahip olan katılımcıların anksiyete ve depresyon gibi belirgin psikolojik sıkıntı bildirildiği, İşlevsel somatik belirtilerin farkındalığına karşı savunma yerine yaygın bir sıkıntı ifadesi olarak görüldüğü şeklinde yorumlanmıştır[83]. Alkol bağımlıları ile yaptığımız karşılaştırmaya benzer şekilde eroin bağımlılarında da yüksek somatizasyon belirtileri anksiyete, depresyon, psikotizm gibi birçok psikiyatrik belirtide anlamlı olarak artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza dâhil edilen eroin bağımlıları seçilirken yoksunluk dönemi sonrası değerlendirmeye alınmıştır. Fakat büyük

bir kısmı parsiyel agonist altında halen tedavi görmektedir. Bu hastalardaki tedavi sürecinde doz azaltımıyla ilişkili olarak subklinik yoksunluk belirtileri ortaya çıkmış olabilir. Fakat SCL-90 R belirti tarama listesinden elde edilen genel belirti indeksi, anksiyete, depresyon, fobik anksiyete, psikotizm, paranoid düşünce alt testlerinin tümü somatizasyonu yüksek bulunan eroin bağımlılarında düşük bulunanlara göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Başka bir çalışmada bedensel belirtiler ve işlevsellik arasındaki ilişki araştırılmış, açıklanamayan bedensel belirtilerin sayısının işlevselliğin güçlü bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bedensel belirtilerin sayısı, psikiyatrik bozukluklar ve fonksiyonel bozukluk için yüksek bir öngörücü olarak yorumlanmıştır[65].

Literatürde doğrudan eroin bağımlılarında bu karşılaştırmaya benzer bir çalışma bulunamadığı için tartışma zorlaşmaktadır. Ancak toplum çalışmaları ve bizim çalışmamız ışığında somatizasyon belirtilerinin eroin bağımlılarında psikiyatrik belirti yükünün bir öngörücüsü olduğu düşünülebilir.

5.3.2.3 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Ve Beck Depresyon Envanteri İle Karşılaştırma

HDDÖ ve Beck A ile karşılaştırmadan elde edilen bulgulara göre somatizasyon puanları yüksek olarak değerlendirilen eroin bağımlıları düşük olarak değerlendirene göre anlamlı olarak her iki depresyon ölçeğinden anlamlı olarak daha fazla puanlar almıştır. Literatür incelendiğinde; somatizasyon belirtilerinin oluşumunda depresyona neden olan fizyopatolojik mekanizmaların sorumlu olduğu düşünülmüştür. Bunun açıklaması olarak: Depresyon hastalarının somatik yakınmalarla hekime başvurdıkları, depresyon seyrinde sıklıkla somatizasyon belirtilerinin görüldüğü ve ayrıca depresyonun tedavisi ile somatik yakınmaların düzeldiği gösterilmektedir[69, 70]. Ölçekler incelendiğinde Beck Depresyon envanterinde uyku, iştah, yorgunluk, zayıflama ve cinsel isteksizlik; HDDÖ incelendiğinde ise uyku, somatik anksiyete, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama gibi depresyonun bedensel yansımaları sorgulanmaktadır. Bu durum, somatizasyon yüksek olarak değerlendirilen eroin bağımlılarının düşük değerlendirilenlere göre depresyon ölçeklerinde daha fazla puan almasını açıklayabilir. Fakat depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişki bilinmektedir. 1997-2008 yılları arasında 16000 hasta ile açıklanamayan belirtiler ile depresyon ve kaygı arasındaki

ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; tüm somatoform belirti evreleri ve somatik belirti epizodları ile depresyon ve anksiyete anlamlı şekilde ilişkili bulunmuş, ayrıca iki veya daha fazla belirti yaşantısının kaygı veya depresyon riskini beş kat arttırdığı belirtilmiştir[75]. Depresyon ve somatizasyon arasındaki güçlü ilişkinin topluma benzer şekilde eroin bağımlılarında da bulunduğu söylenebilir.

5.3.2.4 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği Ve Beck Anksiyete Ölçeği İle Karşılaştırma

Somatizasyon yüksek grupta HAM-A ve Beck-A ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırması incelenmiştir.

Anksiyetenin şiddetini değerlendiren testlerin sorguladığı belirtilerin birçoğu anksiyetenin bedensel alanı ile ilişkilidir. HAM-A incelendiğinde sorgulanan 14 alandan 7'si solunum, gastrointestinal, otonomik ve diğer somatik belirtileri saptamaktadır. Benzer şekilde Beck A ölçeğinde terleme, titreme, uyuşma karıncalanma gibi özellikle otonom sinir sistemi bulguları mevcuttur. Çalışmamızda alkol bağımlılarının Somatizasyon yüksek grubunda HAM-A ve Beck A skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Alkol bağımlılarında somatizasyon ve anksiyete ilişkisi çalışmamızda doğrudan bu özelliklerde eşleşmiş olabilir fakat literatürde somatizasyon belirtileri ve anksiyetenin güçlü şekilde ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur[83].

NESARC verileri kullanılarak yapılan, DSM-IV alkol ve madde kullanım bozuklukları ile bağımsız duygudurum ve kaygı bozukluklarının yaygınlığı ve komorbiditesi hakkında veriler sunmayı amaçlayan bir çalışmada; madde kullanım bozukluklarının çoğu ile bağımsız duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiler pozitif ve anlamlı bulunmuştur[217].

Literatürde eroin bağımlılarında somatizasyon ve anksiyete karşılaştırması ile ilgili verilere ulaşılamamıştır. Fakat alkol bağımlılarına benzer şekilde; eroin bağımlılarında somatizasyonun varlığının artmış anksiyete şiddetiyle ilişkili olduğu düşünülebilir.

5.3.2.5 TAO-20 Toplam Ve Alt Tesleri İle Karşılaştırma

Aleksitimi, madde kötüye kullanımına yatkınlık yaratan bir özellik olarak düşünülür. Üstelik kötüye kullanılan maddenin türüne bağlı olduğu, kötü prognozunu yanı sıra nüksetme eğilimine yol açtığı ya da hiç tedavi aranmaması gibi en kötü senaryo ile

ilişkili olduğu ileri sürülmüştür[8]. Alexsitimi, duygusal-bilişsel ve algısal sosyal kusurları ortaya koyan ve duygusal-yorumsal yeteneği azaltan bir sendromdur. Bu yeteneklerin opiyat kötüye kullanımında azaldığı bilinmektedir[218].

Somatizasyonun yüksek bulunduğu eroin bağımlılarında TAO toplam, TAO-A ve TAO-B anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Eroin bağımlılığında yüksek aleksitimi oranları ve somatizasyon ile aleksitimi ilişkisi bu sonucu desteklemektedir.

TAO alt testleri açısından incelendiğinde; eroin bağımlılarında somatizasyonun yüksek olmasının duyguları ifade etme zorluğu($p<.001$) ve duyguları tanıma zorluğu($p<.01$) açısından ayrı ayrı her alt başlıkla anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani, eroin bağımlılarında somatizasyon ile duyguları ifade etmede çok güçlü, duyguları tanıma zorluğunda ise güçlü bir ilişki saptanmıştır. Fakat bu ilişki dışa dönük düşünce için saptanmamıştır. Literatürde eroin bağımlılarında TAO alt tesleri ile somatizasyon karşılaştırması ile ilgili araştırmaya rastlanmaması nedeniyle bu konuda tartışma yapmak zorlaşmıştır.

5.4. Alkol Ve Eroin Bağımlılarında Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete Ve Aleksitimi Korelasyonu

Alkol ve eroin bağımlılarından elde edilen HDDÖ, HAM-A, BDE, BAÖ, TAO ve SCL-90 R Somatizasyon Alt Ölçeği verilerinin korelasyonu incelenmiştir. Literatürde bu bulguları destekleyecek veriler mevcuttur. Somatizasyon ve hipokondriazis boyutlu ölçümleri kullanan bazı çalışmalar TAO veya TAO-20 ile anlamlı pozitif korelasyon bildirmiştir[34, 37]. Literatürde alkol kullanan erkeklerde anksiyete ve depresyon arasındaki fenotipik korelasyon bildirilmiştir[219]. Eroin bağımlılarında yapılan gözlemsel bir çalışmada artan madde tüketimi, depresyon, anksiyete ve psikososyal işlevsel düzey arasında korelasyon saptanmıştır[220]. Ayrıca anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklarda öfke, depresyon, anksiyete ve somatizasyon incelenmiş ve aralarında anlamlı korelasyon saptanmıştır[216]. Depresyon, anksiyete ve aleksitimi arasındaki korelasyonu saptayan çalışmalar çalışmamızın bulguların desteklemektedir[221].

5.5 Kısıtlılıklar

- Çalışmamıza sadece ayaktan tedavi görmekte olan alkol ve opiyat bağımlısı erkek hastalar alındı. Kadın hastalar, detoksifikasyon tedavisi yatarak devam eden hastalar veya hiç tedavi görmeyenler çalışmamızın dışında kalmıştır.

- Alkol ve madde kullanımına ilk başlama yaşı, neden başladığı, alkol ve madde ile ilişkili sorunlar gibi bilgiler geriye dönük, kişilerin algılamalarına ve hafızalarına dayanılarak verilen bilgiler olduğundan güvenilirlikleri düşüktü.

- Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin bir kısmı tarama testi olup kendini değerlendirme ölçeği olmaları nedeniyle hastaların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır.

- Kontrol grubu olmaması nedeniyle, somatizasyon, aleksitimi, depresyon ve anksiyetenin opiyat ve alkol bağımlılarında sağlıklı örneklemelere göre farklılıkları belirlenememiştir.

- Çalışmamızda iki grup arasında yaş, sosyoekonomik düzey gibi bazı sosyodemografik verilerde farklılıklar bulunmaktadır.

- Tedavi süreleri optimize edilmeye çalışılsa da özellikle alkol bağımlılarında çok uzun temiz kalma sürelerinin daha fazla olması kısıtlılığa yol açmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Eroin bağımlılığı olan hastalar alkol bağımlılığı olan hastalara göre, daha fazla somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, öfke ve düşmanlık, psikotizm ve genel psikiyatrik belirtilere sahipken, daha az depresyon, anksiyete, madde kullanım özellikleri ve bağımlılık profiline sahip bulunmuştur.

Alkol bağımlılığı ve yüksek somatizasyon belirtileri olan hastalar, alkol bağımlılığı ve yüksek somatizasyon belirtileri olan hastalardan anlamlı olarak daha depresif, anksiyeteli, madde kullanım özellikleri, şiddetli istek duyma ve bağımlılık profiline sahipken, daha az öfke ve düşmanlık belirtilerine sahip bulunmuşlardır.

Eroin bağımlısı olan ve yüksek somatizasyon belirtilerine sahip hastalar, bu belirtilere sahip olmayan eroin bağımlılarından anlamlı olarak daha depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık, fobik anksiyete, paranoya, psikotik ve psikiyatrik belirtilerine sahip olup, daha fazla aleksitimi ve bağımlılık profili göstermektedir.

Alkol bağımlısı olan ve yüksek somatizasyon belirtilerine sahip hastalar, bu belirtilere sahip olmayan hastalardan anlamlı olarak daha depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık, fobik anksiyete, paranoya, psikotik belirtilerine sahip olup, daha fazla aleksitimi ve bağımlılık profili göstermektedir.

Eroin ve alkol bağımlılarında, somatizasyon belirtileri arttıkça, anksiyete, depresyon ve aleksitimi özellikleri; anksiyete belirtileri arttıkça depresyon ve aleksitimi özellikleri; aleksitimi belirtileri arttıkça depresyon ve anksiyete özellikleri; depresyon belirtileri arttıkça anksiyete ve aleksitimi özellikleri; depresyon ve anksiyete belirtilerin artması aleksitimi özelliklerinin arttığı gösterilmiştir.

Ayrıca somatizasyonun aleksitimi, depresyon ve anksiyete ile ilişkisinde bir nedeni yoksa sonuç mu olduğu sorusu hala gündemdedir. Toplum örneklemelerinde bu ilişki güçlü şekilde gösterilmiştir. Somatizasyon belirtilerinin doğrudan bağımlılıkla ilişkili olup olmadığı sorusuna cevap verilememiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bağımlılığın nedeni ya da sonucu olarak ortaya çıkan depresyon ve anksiyetenin, somatizasyon belirtileriyle daha ilişkili olduğu söylenebilir.

Alkol ve opiyat bağımlılığı ile çalışan klinisyenler tedavi kalitesini arttırmak için hastalardaki somatizasyon ve aleksitimi özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır. Ayrıca depresyon ve anksiyetenin bu durumlarla yakın ilişki içinde olduğu unutulmamalıdır.

Bu çalışmalara kadın hastaların, yatarak sağaltım gören ve hiç sağaltım görmeyen alkol ve eroin bağımlılarının da dâhil edilmesi hedeflenmelidir.

Alkol ve eroin bağımlılarının somatizasyon ve aleksitimi ile karşılaştıran ve bu bulguların seyrini inceleyen prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızla ilgili toplumsal temsil değeri olan verilere ulaşmak için daha fazla kişiyle çalışmaya ihtiyaç vardır.



7.ÖZET

Alkol Bağımlılığı Ve Opiat(Eroin) Bağımlılığı Tanısı Alan Ayaktan Takip Edilen Erkek Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi Ve Bedensel Belirtilerin İncelenmesi

Alkol ve madde kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olup, tüm boyutları ve risk etmenleri ile birlikte ortaya konması gereken bir konudur. Alkol/madde kullanım bozukluğu ve somatizasyon birlikteliğini inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Aleksitimi, madde kötüye kullanımına yatkınlık yaratan bir özellik olarak düşünülmektedir. Ayrıca, aleksitimi ile somatizasyon arasındaki ilişki gösterilmiştir. Somatik belirtiler ve alkol/madde kullanım bozuklukları arasındaki komorbiditeye ilişkin az sayıda rapor mevcuttur. Eşik altı somatizasyon semptomlarının depresyon ve anksiyete ile madde kullanım bozukluklarına kıyasla daha güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete birlikteliği için kontrol yetersizliği nedeniyle, çalışmalar, madde bozukluklarının, kişilerin fiili somatizasyonu ile ilişkili olup olmadığı veya daha çok somatizasyona yüksek orandaki eşlik eden depresyon ve kaygı ile ilişkili olup olmadığı konusunda net değildir.

Bu çalışmada alkol ve opiyat bağımlılığı olan hastaların somatizasyon ve aleksitimi özelliklerinin incelenmesi ve karşılaştırılması ayrıca karıştırıcı faktörler olarak anksiyete ve depresyon özelliklerini incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı AMATEM Polikliniği'nde Şubat 2017- Nisan 2017 tarihleri arasında ayaktan tedavi gören, ICD-10 tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı alan, detoksifikasyonunu tamamlamış ardışık 79 erkek hasta ve ICD-10 ölçütlerine göre opiyat bağımlılığı tanısı alan, detoksifikasyonunu tamamlamış ardışık 91 erkek hasta olmak üzere toplam 170 hasta alınmıştır. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Bağımlılık Profil Indexi Uygulayıcı Formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Aynı görüşmede, hastalara, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 özbildirim ölçekleri verilmiştir

Opiyat bağımlılığı olan hastalar alkol bağımlılığı olan hastalara göre, daha fazla somatizasyon, öfke ve düşmanlık, belirtilerine sahipken, daha az depresyon, anksiyeteye

sahip bulunmuştur. Yüksek somatizasyon düzeyi ile yapılan karşılaştırmada alkol bağımlıları, opiyat bağımlılığı olanlardan anlamlı olarak daha depresif, anksiyeteli bulunmuşlardır. Yüksek somatizasyon belirtilerine sahip Alkol ve Opiyat bağımlısı olan hastalar düşük somatizasyon belirtilerine sahip alkol ve opiyat bağımlılarından anlamlı olarak daha depresyon, anksiyete belirtilerine sahip olup, daha fazla aleksitimik özellik göstermiştir. Somatizasyon şiddeti arttıkça bağımlılık şiddetinin arttığı gösterilmiştir. Opiyat ve alkol bağımlılarında somatizasyon, aleksitimi, depresyon ve anksiyete özellikleri birbirleriyle korelasyon göstermiştir.

Opiyat bağımlılarında somatizasyon, alkol bağımlılarında ise depresyon ve anksiyetenin daha fazla bulunması iki grup arasındaki farklı özelliklere dikkati çekmektedir. Ayrıca, bağımlılarda somatizasyon belirtileri aleksitmi, anksiyete, depresyon ve bağımlılık şiddetinin yordayıcısı gibi gözükmemektedir.

Alkol ve opiyat bağımlılığı ile çalışan klinisyenler tedavi kalitesini arttırmak için hastalardaki somatizasyon ve aleksitimi özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır. Ayrıca depresyon ve anksiyetenin bu durumlarla yakın ilişki içinde olduğu unutulmamalıdır. Çalışmamızla ilgili toplumsal temsil değeri olan bulgulara ulaşmak için daha fazla kişiyle prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: opiyat bağımlılığı, alkol bağımlılığı, somatizasyon, aleksitimi

8.İNGİLİZCE ÖZET(ABSTRACT)

Assessment Of Somatic Symptoms, Alexithymia, Depression And Anxiety Between Alcohol Dependent And Opioid Dependent Male Outpatients

Alcohol and substance use is an important public health problem, and it is a matter to be presented with all its dimensions and risk factors. There are conflicting results in studies examining alcohol / substance use disorder and somatization comorbidity. Alexithymia is thought to be a predisposition to substance abuse. Furthermore, the relationship between alexithymia and somatization has been shown. There are few reports of comorbidities between somatic symptoms and alcohol / substance use disorders. Subclinical somatization symptoms were found to be more strongly associated with depression and anxiety than substance use disorders. Because of the inadequate control of depression and anxiety comorbidities, studies are unclear as to whether substance disorders are associated with actual somatization of persons, or are more likely to be associated with high levels of comorbid depression and anxiety in somatization.

The study was carried out between February 2017 and April 2017 in Gazi University Medicine Faculty Psychiatry Department. All participants received detoxification treatment and undergoing maintenance treatment and volunteer for the study. A total of 170 consecutive male outpatients were included in the study, 79 consecutive consecutive male detoxified patients who were diagnosed with alcohol dependence according to ICD-10 diagnostic criteria, and 91 consecutive male patients with detoxification who were diagnosed with opiate dependence according to IC Opiate-dependent patients have more somatization, anger and hostility, symptoms, less depression, and anxiety than alcohol-dependent patients. In comparison with high level of somatization, alcohol addicts were significantly more depressive and anxious than opiate addicts. Patients with Alcohol and Opiate addiction with high somatization symptoms showed significantly more alexithymic characteristics with depression and anxiety symptoms than alcohol and opiate addicts with low somatization symptoms. It has been shown that as the severity of the somatization increases, the severity of dependence increases. Somatization, alexithymia,

depression and anxiety characteristics of opiate and alcohol addicts correlated with each other.D-10 criteria.

Somatization in opiate addicts and depression and anxiety in alcohol addicts have different characteristics among the two groups. Moreover, somatization indications in addictions seem to predict the severity of alexithymia, anxiety, depression and addiction. Clinicians working with alcohol and opiate addiction should consider the somatization and alexithymia characteristics of patients in order to improve treatment quality. It should also be noted that depression and anxiety are closely related to these conditions. Prospective studies with more people are needed to reach findings that are social representation values related to our work.

Key words: opiate addiction, alcohol addiction, somatization, alexithymia

9.KAYNAKLAR

1. TUBİM, *Turkey Uyuşturucu Raporu, EMCDDA 2014 ULUSAL RAPORU (2013 Verileri)*. 2014, Türkiye Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi(TUBİM).
2. Ögel, K., et al., *ALKOL VE MADDE EL KİTABI*.
3. Pani, P.P., et al., *Psychopathology of addiction: May a SCL-90-based five dimensions structure be applied irrespectively of the involved drug?* Annals of general psychiatry, 2016. **15**(1): p. 13.
4. Kaminer, Y. and O.G. Bukstein, *Adolescent substance abuse: psychiatric comorbidity and high-risk behaviors*. 2008: Taylor & Francis.
5. İLAL, G.K., *Somatizasyonu Nasıl Anlamalıyız?-Psikodinamik Değerlendirme*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry, 1999. **1**(1): p. 27-33.
6. Lumley, M.A. and K.J. Roby, *Alexithymia and pathological gambling*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1995. **63**(3-4): p. 201-206.
7. Kun, B. and Z. Demetrovics, *Emotional intelligence and addictions: a systematic review*. Substance use & misuse, 2010. **45**(7-8): p. 1131-1160.
8. El Rasheed, A.H., *Alexithymia in Egyptian substance abusers*. Substance Abuse, 2001. **22**(1): p. 11-21.
9. Deary, I.J., S. Scott, and J.A. Wilson, *Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms*. Personality and Individual Differences, 1997. **22**(4): p. 551-564.
10. Raimo, E.B. and M.A. Schuckit, *Alcohol dependence and mood disorders*. Addictive behaviors, 1998. **23**(6): p. 933-946.
11. Smith, J.P. and C.L. Randall, *Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations*. Alcohol research: current reviews, 2012. **34**(4): p. 414.
12. Hasin, D. and H. Katz, *Somatoform and substance use disorders*. Psychosom Med, 2007. **69**(9): p. 870-5.
13. Öztürk, M.O. and A. Uluşahin, *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 2011: Nobel Tıp Kitapları.
14. Ceylan, M.E.G., Erol, *Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri; 2. Cilt: Alkol Kullanım Bozuklukları, Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans*. 1998.
15. F., Ö., *Alkol Bağımlıları ve Opiyat Bağımlılarında Panik Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması ve Karşılaştırılması.*, in *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Birimi*. 2000 İstanbul.
16. Sadock BJ, S.V., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. 8. 2007. 1137-1167.
17. Z., A., *Güncel Klinik Psikiyatri*. Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışal Bozukluklar ed. T.E. ışıık E. 2008.
18. McCrady S, E.E., *Addictions, A Comprehensive Guidebook*. Oxford University Press, New York. 1999.
19. DOĞAN, D.B., *ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ UZMANLIK TEZİ* 2013.

20. Organization, W.H., *WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Country profiles: Turkey. Geneva: World Health Organization. 2004.*
21. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 2013: American Psychiatric Pub.*
22. Organization, W.H., *Global status report on alcohol and health 2014. 2014: World Health Organization.*
23. Institute, T.S., *SAĞLIK ARAŞTIRMASI Health Survey 2012. 2012.*
24. Arıkan, Z., et al., *Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. Kriz dergisi, 1996. 4(2): p. 93-100.*
25. Türkcın, A., *Türkiye 'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999. 10(4): p. 310-318.*
26. Kessler, R.C. and T.B. Üstün, *The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). International journal of methods in psychiatric research, 2004. 13(2): p. 93-121.*
27. Benjamin James Sadock, M.a.V.A.S., MD, Pedro Ruiz, MD, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 2016: Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams and Wilkins*
28. Uğur, M., Ü.C.T.F.S. Tıp, and E. Etkinlikleri, *Türkiye 'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. STE sempozyum dizisi İstanbul, 2008. 62: p. 59-84.*
29. S., N., *Remisyonda olan alkol bağımlısı bireylerin bellek işlevlerinin değerlendirilmesi, in Marmara Üniversitesi/ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. 2009: İstanbul.*
30. Atkinson, R.L., R.C. ATKINSON, and E.R. HILGARD, *Psikolojiye Giriş II. Kemal ATAKEY, Mustafa ATAKEY, Aysun YAVUZ (Çev.), Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1995.*
31. Korhonen, M., *Alcohol Problem and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice. Ottawa: National Aboriginal Health Organization (NAHO). Consulté le 29 mars 2006. 2004.*
32. McMurran, M., *The psychology of addiction. Vol. 10. 1994: Taylor & Francis.*
33. Bloomfield, K., et al., *International comparisons of alcohol consumption. Alcohol research and health, 2003. 27(1): p. 95-109.*
34. Clark, D., *Children at high risk for underage drinking and alcohol use disorders. Frontlines. Bethesda (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2006.*
35. Quickfall, J. and N. el-Guebaly, *Genetics and alcoholism: how close are we to potential clinical applications? The Canadian Journal of Psychiatry, 2006. 51(7): p. 461-467.*
36. Cloninger, C.R., M. Bohman, and S. Sigvardsson, *Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. Archives of general psychiatry, 1981. 38(8): p. 861-868.*
37. Merikangas, K.R., et al., *Familial transmission of substance use disorders. Archives of general psychiatry, 1998. 55(11): p. 973-979.*
38. Grant, B.F. and D.A. Dawson, *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. Journal of substance abuse, 1997. 9: p. 103-110.*
39. Sadock, V., *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. Translated by Farzin Rezai, 2007. 10.*

40. Başkanlığı, E.G.M.K.v.O.S.M.D., 2000 Yıllık Raporu. 2000.
41. Güleç, G., F. Köşger, and A. Eşsizoğlu, *DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2015. 7(4): p. 448-460.
42. DOĞAN, D.B., *Alkol Ve Madde Bağımlılığında Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri, Uzmanlık Tezi*, in *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD*. 2013.
43. Özden, S., *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2004.
44. Wesson, D.R. and W. Ling, *The clinical opiate withdrawal scale (COWS)*. Journal of psychoactive drugs, 2003. 35(2): p. 253-259.
45. (TUBİM), T.U.V.U.B.İ.M., *EMCDDA 2012 ULUSAL RAPORU (2011 Verileri) Reitox Ulusal Temas Noktası, Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular*. 2012.
46. (TUBİM), T.U.V.U.B.İ.M., *EMCDDA 2013 ULUSAL RAPORU (2012 Verileri) Reitox Ulusal Temas Noktası, Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular*. 2013.
47. (2016), A.U.v.U.B.İ.M., *Avrupa Uyuşturucu Raporu 2016:Trendler ve Gelişmeler*, A.T.R.Y. Bürosu, Editor. 2016: Lüksemburg.
48. Benjamin James Sadock, M.V.A.S., MD, Pedro Ruiz, MD,, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 2016, Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams and Wilkins p. 387-392.
49. Carson, A.J., et al., *Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics*. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2000. 68(2): p. 207-210.
50. Hahn, S.R., et al., *The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology*. Journal of clinical epidemiology, 1994. 47(6): p. 647-657.
51. Lin, E.H., et al., *Frustrating patients*. Journal of General Internal Medicine, 1991. 6(3): p. 241-246.
52. Lipowski, Z.J., *Somatization: the concept and its clinical application*. Am J Psychiatry, 1988. 145(11): p. 1358-1368.
53. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. text rev.), 2000.
54. MÖ, Ö., *Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD-10)*. Cilt 2. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 19; 337. 401.
55. Jablensky, A., *A comment on the mind-body problem in psychiatry*. Somatoform Disorders: A World-wide Perspective, Y Ono, A Janca, M Asai, N Sartorius. 1999, Tokyo. Springer-Verlag.
56. Ford, C.V. and D.G. Folks, *Conversion disorders: an overview*. Psychosomatics, 1985. 26(5): p. 371-383.
57. Sharpe, M. and A. Carson, *"Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift?* Annals of internal medicine, 2001. 134(9_Part_2): p. 926-930.
58. Kellner, R., *Somatization: theories and research*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1990. 178(3): p. 150-160.
59. Katon, W., R.K. Ries, and A. Kleinman, *Part II: A ospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients*. Comprehensive Psychiatry, 1984. 25(3): p. 305-314.

60. Kellner, R., *Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies*. Archives of General Psychiatry, 1985. **42**(8): p. 821-833.
61. Escobar, J.I., et al., *Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study*. American Journal of Psychiatry, 1992. **149**(7): p. 965-967.
62. Schappert, S.M., *National Ambulatory Medical Care Survey: 1989 summary*. Vital and health statistics. Series 13, Data from the National Health Survey, 1992(110): p. 1.
63. Smith, G.R., R.A. Monson, and D.C. Ray, *Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilization*. Archives of internal medicine, 1986. **146**(1): p. 69-72.
64. Kandemir, G. and İ. Ak, *Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2013. **5**(4).
65. Kroenke, K., et al., *Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment*. Archives of family medicine, 1994. **3**(9): p. 774-779.
66. Kroenke, K., et al., *Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care*. Archives of General Psychiatry, 1997. **54**(4): p. 352-358.
67. Hamilton, J., R. Campos, and F. Creed, *Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics*. Journal of the Royal College of physicians of London, 1995. **30**(1): p. 18-20.
68. Feder, A., et al., *Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice*. Psychosomatics, 2001. **42**(3): p. 261-268.
69. Kellner, R., *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. 1991: American Psychiatric Pub.
70. Ford, C.V., *The somatizing disorders*. Psychosomatics, 1986. **27**(5): p. 327-337.
71. Rogers, M.P., et al., *Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders*. Psychosomatics, 1996. **37**(1): p. 17-22.
72. Blanchard, E.B., J.G. Arena, and T.P. Pallmeyer, *Psychometric properties of a scale to measure alexithymia*. Psychotherapy and psychosomatics, 1981. **35**(1): p. 64-71.
73. Şahin, E., et al. *Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler*. in *Yeni Symposium*. 2009.
74. Lane, R.D., L. Sechrest, and R. Riedel, *Sociodemographic correlates of alexithymia*. Comprehensive psychiatry, 1998. **39**(6): p. 377-385.
75. van Boven, K., et al., *Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network*. Br J Gen Pract, 2011. **61**(587): p. e316-e325.
76. Kooiman, C.G., et al., *Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients?* Psychosomatic Medicine, 2000. **62**(6): p. 768-778.
77. Lundh, L.G. and M. Simonsson-Sarnecki, *Alexithymia, emotion, and somatic complaints*. Journal of Personality, 2001. **69**(3): p. 483-510.
78. Katon, W., M. Sullivan, and E. Walker, *Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits*. Annals of internal medicine, 2001. **134**(9_Part_2): p. 917-925.

79. Bott, K., et al., *Psychiatric disorders among at-risk consumers of alcohol in the general population*. Journal of Studies on Alcohol, 2005. **66**(2): p. 246-253.
80. Escobar, J.I., et al., *Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct: prevalence and epidemiological correlates in two large community samples*. The Journal of nervous and mental disease, 1989. **177**(3): p. 140-146.
81. Lieb, R., et al., *Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000. **101**(3): p. 194-208.
82. Regier, D.A., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study*. Jama, 1990. **264**(19): p. 2511-2518.
83. Simon, G.E. and M. VonKorff, *Somatization and psychiatric disorder*. Am J Psychiatry, 1991. **148**(1): p. 1494-1500.
84. Tien, A.Y., T.E. Schlaepfer, and H.-U. Fisch, *Self-reported somatization symptoms associated with risk for extreme alcohol use*. Archives of family medicine, 1998. **7**(1): p. 33.
85. Mol, A.J., et al., *Associations of benzodiazepine craving with other clinical variables in a population of general practice patients*. Comprehensive psychiatry, 2005. **46**(5): p. 353-360.
86. Brown, F.W., J.M. Golding, and G.R. Smith Jr, *Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder*. Psychosomatic Medicine, 1990. **52**(4): p. 445-451.
87. Nurnberger, J.I., et al., *A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands*. Archives of general psychiatry, 2004. **61**(12): p. 1246-1256.
88. Escobar, J.I., et al., *Somatization in the community*. Archives of General Psychiatry, 1987. **44**(8): p. 713-718.
89. Grabe, H.J., et al., *Specific somatoform disorder in the general population*. Psychosomatics, 2003. **44**(4): p. 304-311.
90. Fink, P., M. Rosendal, and F. Olesen, *Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2005. **39**(9): p. 772-781.
91. Sifneos, P.E., *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. Psychotherapy and psychosomatics, 1973. **22**(2-6): p. 255-262.
92. Dereboy, I., *Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma*. Ankara: HÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. analysis, Psychological Reports, 1990. **100**: p. 1129-1139.
93. Taylor, G.J., *Recent developments in alexithymia theory and research*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2000. **45**(2): p. 134-142.
94. Taylor, G.J., R.M. Bagby, and J.D. Parker, *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. 1999: Cambridge University Press.
95. Parker, J.D., G.J. Taylor, and R.M. Bagby, *Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles*. Comprehensive psychiatry, 1998. **39**(2): p. 91-98.
96. Nemiah, J.C., *Alexithymia: present, past--and future?* Psychosomatic medicine, 1996. **58**(3): p. 217-218.

97. Sifneos, P.E., *Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease*. Psychotherapy and psychosomatics, 1975. **26**(2): p. 65-70.
98. Apfel, R.J. and P.E. Sifneos, *Alexithymia: Concept and measurement*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1979. **32**(1-4): p. 180-190.
99. Epözdemir, H., *Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği Mi?* Türk Psikoloji Yazıları, 2012. **15**(30): p. 25-33.
100. McDougall, J., *Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1982. **38**(1-4): p. 81-90.
101. Lesser, I.M., *A critique of contributions to the alexithymia symposium*. Psychotherapy and psychosomatics, 1985. **44**(2): p. 82-88.
102. Taylor, G.J., R.M. Bagby, and J.D. Parker, *The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine*. Psychosomatics, 1991. **32**(2): p. 153-164.
103. Krystal, H., *Alexithymia and psychotherapy*. American journal of psychotherapy, 1979.
104. Uran, B., *Aleksitimik skoru yüksek olanlarda benlik algısı, benlik saygısı ve değişik demografik özelliklerin değerlendirilmesi*, in *Nişantaşı Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Anabilim Dalı*. 2016.
105. Nemiah, J.C. and P.E. Sifneos, *Psychosomatic illness: a problem in communication*. Psychotherapy and psychosomatics, 1970. **18**(1-6): p. 154-160.
106. Sifneos, P.E., *Affect deficit and alexithymia*. New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry, 1994.
107. Taylor, G.J. and R.M. Bagby, *New trends in alexithymia research*. Psychotherapy and psychosomatics, 2004. **73**(2): p. 68-77.
108. Salminen, J.K., et al., *Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland*. Journal of psychosomatic research, 1999. **46**(1): p. 75-82.
109. Mattila, A.K., et al., *Age is strongly associated with alexithymia in the general population*. Journal of psychosomatic research, 2006. **61**(5): p. 629-635.
110. Franz, M., et al., *Alexithymia in the German general population*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2008. **43**(1): p. 54-62.
111. Kokkonen, P., et al., *Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults*. Comprehensive psychiatry, 2001. **42**(6): p. 471-476.
112. Gunzelmann, T., *Alexithymia in the elderly general population*. Comprehensive Psychiatry, 2002. **43**(1): p. 74-80.
113. Lemche, E., et al., *Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia*. Psychotherapy and Psychosomatics, 2004. **73**(6): p. 366-374.
114. Fukunishi, I., et al., *Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care*. Journal of Psychosomatic Research, 1999. **46**(6): p. 579-589.
115. Mason, O., et al., *Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2005. **78**(1): p. 113-125.
116. Kooiman, C., P. Spinhoven, and R. Trijsburg, *The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto*

- Alexithymia Scale-20*. Journal of psychosomatic research, 2002. **53**(6): p. 1083-1090.
117. Joukamaa, M., et al., *Epidemiology of alexithymia among adolescents*. Journal of Psychosomatic Research, 2007. **63**(4): p. 373-376.
 118. TenHouten, W.D. and K.D. Hoppe, *Alexithymia: An Experimental Study of Cerebral*. Am J Psychiatry, 1986. **143**(3): p. 312-316.
 119. Hoppe, K.D. and N.L. Kyle, *Dual brain, creativity, and health*. Creativity Research Journal, 1990. **3**(2): p. 150-157.
 120. Romei, V., et al., *Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: a transcranial magnetic stimulation study*. Psychotherapy and psychosomatics, 2008. **77**(3): p. 175-181.
 121. Tolmunen, T., et al., *Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up*. Comprehensive psychiatry, 2011. **52**(5): p. 536-541.
 122. Batıgün, A.D. and A. Büyükşahin, *Aleksitimi: Psikolojik belirtiler ve bağlanma stilleri*. Klinik Psikiyatri, 2008. **11**: p. 105-114.
 123. Honkalampi, K., et al., *Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology*. Psychotherapy and psychosomatics, 2007. **76**(5): p. 312-314.
 124. Honkalampi, K., et al., *Depression is strongly associated with alexithymia in the general population*. Journal of psychosomatic research, 2000. **48**(1): p. 99-104.
 125. Grabe, H.-J., et al., *The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation*. Psychotherapy and psychosomatics, 2000. **69**(3): p. 128-131.
 126. Toneatto, T., J. Lecce, and M. Bagby, *Alexithymia and pathological gambling*. Journal of addictive diseases, 2009. **28**(3): p. 193-198.
 127. Şaşıoğlu, M., Ç. Gülöl, and A. Tosun, *Aleksitimi Kavramı*. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar, 2013. **5**(4).
 128. Honkalampi, K., et al., *Is alexithymia a permanent feature in depressed patients?* Psychotherapy and psychosomatics, 2000. **69**(6): p. 303-308.
 129. Grabe, H.J., et al., *Alexithymia in obsessive-compulsive disorder—results from a family study*. Psychotherapy and psychosomatics, 2006. **75**(5): p. 312-318.
 130. Zeitlin, S.B. and R.J. McNally, *Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder*. The American journal of psychiatry, 1993. **150**(4): p. 658.
 131. Frewen, P.A., et al., *Alexithymia in PTSD*. Annals of the New York Academy of Sciences, 2006. **1071**(1): p. 397-400.
 132. Shipko, S., *Alexithymia and somatization*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1982. **37**(4): p. 193-201.
 133. Aksu, G. and Ç. Hocaoglu, *Mastalji yakınmasıyla radyolojik incelemeye alınan bir grup hastada aleksitimi, anksiyete, kaygı ve depresyon düzeylerinin araştırılması*. Klinik Psikiyatri, 2004. **7**: p. 95-102.
 134. Freyberger, H., *Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia/discussion*. Psychotherapy and psychosomatics, 1977. **28**(1-4): p. 337-345.
 135. Craparo, G., *Internet addiction, dissociation, and alexithymia*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2011. **30**: p. 1051-1056.
 136. Pinard, L., et al., *Alexithymia in substance abusers*. The American Journal on Addictions, 1996. **5**(1): p. 32-39.

137. Haviland, M.G., J.P. MacMurray, and M.A. Cummings, *The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1988. **49**(1): p. 37-40.
138. Rybakowski, J. and M. Ziolkowski, *Clinical and biochemical heterogeneity of alcoholism: the role of family history and alexithymia*. Drug and alcohol dependence, 1991. **27**(1): p. 73-77.
139. Cecero, J.J. and R.W. Holmstrom, *Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics*. Journal of Clinical Psychology, 1997. **53**(3): p. 201-208.
140. Finn, P.R., J. Martin, and R.O. Pihl, *Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1987. **47**(1): p. 18-21.
141. Loas, G., et al., *Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study*. Comprehensive Psychiatry, 1997. **38**(5): p. 296-299.
142. Pektaş MÖ, K.A., Demirbek B *Alkol bağımlılarında Aleksitimi XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*. 1991.
143. Arıkan Z, C.S., Coşar B, ve ark., *Alkol bağımlılığında kesilme belirtilerinin tedavisinden sonra aleksitimik özellikler, depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişki. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*. 1993.
144. Evren, E.C., B. Eken, and D. Çakmak, *Alkol Bağımlılarında Aleksitimi ve Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları ile ilişkisi*. Bağımlık Dergisi, 2003.
145. Işık, E., *Depresyon ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003: p. 5-11.
146. YÜKSEL, P.D.N., *Ruhsal Hastalıklar*. 2014.
147. Kessler, R.C., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Archives of general psychiatry, 1994. **51**(1): p. 8-19.
148. Davidson, K.M., *Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status*. The British Journal of Psychiatry, 1995. **166**(2): p. 199-204.
149. Brown, S.A. and M.A. Schuckit, *Changes in depression among abstinent alcoholics*. Journal of studies on alcohol, 1988. **49**(5): p. 412-417.
150. Cerullo, M.A. and S.M. Strakowski, *The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2007. **2**(1): p. 29.
151. True, W.R., et al., *Models of treatment seeking for alcoholism: the role of genes and environment*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1996. **20**(9): p. 1577-1581.
152. Driessen, M., et al., *Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment*. Addiction, 1998. **93**(6): p. 889-894.
153. Haver, B. and L. Dahlgren, *Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake*. Addiction, 1995. **90**(1): p. 101-110.
154. Connors, G.J., S.A. Maisto, and W.H. Zywiak, *Male and female alcoholics' attributions regarding the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence*. Journal of Substance Abuse, 1998. **10**(1): p. 27-42.
155. Pyne, J.M., et al., *Assessment of the quality of life of patients with major depression*. Psychiatr Serv, 1997. **48**(2): p. 224-30.
156. Kaplan HI, S.B., *Substance Related Disorders*, in *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry*. 1997. p. 1724-1725.

157. F., Ö., *Alkol Bağımlıları ve Opiyat Bağımlılarında Panik Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması ve Karşılaştırılması*. . 2000, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Birimi: İstanbul.
158. Güleç C, K.E., *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1998.
159. Kushner, M.G., K.J. Sher, and B.D. Beitman, *The relation between alcohol problems and the anxiety disorders*. The American Journal of Psychiatry, 1990. **147**(6): p. 685.
160. Hasin, D.S., et al., *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Archives of general psychiatry, 2007. **64**(7): p. 830-842.
161. Smith, J.P. and S.W. Book, *Anxiety and Substance Use Disorders: A Review*. Psychiatr Times, 2008. **25**(10): p. 19-23.
162. Schuckit, M.A. and V. Hesselbrock, *Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship?* The American Journal of Psychiatry, 1994. **151**(12): p. 1723.
163. Kessler, R.C., et al., *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey*. Archives of general psychiatry, 1997. **54**(4): p. 313-321.
164. Goodwin, R.D., D.M. Fergusson, and L.J. Horwood, *Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study*. Journal of psychiatric research, 2004. **38**(3): p. 295-304.
165. Bolton, J., et al., *Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample*. The Journal of nervous and mental disease, 2006. **194**(11): p. 818-825.
166. Abrams, K., et al., *The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia*. Drug and Alcohol Dependence, 2001. **64**(2): p. 219-231.
167. McHugh, R.K., *Treatment of co-occurring anxiety disorders and substance use disorders*. Harvard review of psychiatry, 2015. **23**(2): p. 99.
168. Kessler, R.C., et al., *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of general psychiatry, 2005. **62**(6): p. 617-627.
169. Abuse, S., *Mental Health Services*. Administration Office of Applied Studies. Preliminary results from the, 1996.
170. Boddapati, S., et al., *Social anxiety and communal living: the influence of social anxiety on men and women in substance abuse recovery homes*. Journal of substance use, 2014. **19**(1-2): p. 152-155.
171. Ögel, K., et al., *Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2012. **23**(4): p. 264-273.
172. Akdemir, A., et al., *Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) 'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı*. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996. **4**(4): p. 251-259.
173. Aydemir, Ö. and E. Köroğlu, *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 4. baskı. HYB basın yayın, Ankara, 2009: p. 21-33.
174. Köroğlu, A., *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler* Vol. 6. Baskı. 211-220.

175. Yazıcı, M., et al., *Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1998. **9**(2): p. 114-7.
176. Hisli, N., *Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği*. Psikoloji dergisi, 1989. **7**(23): p. 3-13.
177. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring depression*. Archives of general psychiatry, 1961. **4**(6): p. 561-571.
178. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. **56**(6): p. 893.
179. Ulusoy, M., *Beck Anksiyete Envanteri-geçerlik ve güvenirlik çalışması (Yayınlanmamış uzmanlık tezi)*. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
180. Derogatis, L.R., K. Rickels, and A.F. Rock, *The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale*. The British Journal of Psychiatry, 1976. **128**(3): p. 280-289.
181. Kılıç, M., *Belirti Tarama Listesi (Scl. 90-R) Nin Geçerlilik Ve Güvenirliği*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016. **1**(2).
182. Dağ, I., *Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1991.
183. Holli, M., *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90 (Unpublished doctoral dissertation)*. Department of Psychiatry, Helsinki University, Finland. Available at: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut>, 2003.
184. Taylor, G.J., D. Ryan, and R.M. Bagby, *Toward the development of a new self-report alexithymia scale*. Psychotherapy and psychosomatics, 1985. **44**(4): p. 191-199.
185. Sayar, K., H. Güleç, and I. Ak, *Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin güvenirliği ve geçerliliği*. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, İstanbul, 2001(s 109).
186. Dereboy, İ., *Aleksitimi: Bir gözden geçirme*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1990. **1**(3): p. 157-165.
187. Le Bon, O., et al., *Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group*. Drug and alcohol dependence, 2004. **73**(2): p. 175-182.
188. S., Ö., *Erkek Alkol ve Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmasının Kişilik Boyutları ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi*, in Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2011: İstanbul.
189. Bozkurt, D.M., *Alkol Ve Eroin Bağımlılığı Olan İki Ayı Grupta DürtüselliK Ve Agresyonun Kişilik Özellikleri İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi*.
190. Ceyhan, B., Ö. Oğuztürk, and A.G. Ceyhan, *Madde kullanma eğilimi ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği*. Klin Psikiyatri, 2001. **4**: p. 87-93.
191. Asan, Ö., et al., *Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri*. Bağımlılık Dergisi, 2015. **16**: p. 1-8.
192. Ersül, Ç. and M. Ceylan, *Kronik alkolizmde Türk toplumuna ili şkin demografik veriler*. 22. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 1986: p. 292-294.

193. Tuncer, C., Ç. Ersül, and M. Beyazyürek, *Beşikçi N: Alkol bağımlısı hastalarda bir demografik çalışma*. 23. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 1987: p. 184-187.
194. Beyazyürek, M., et al., *Uyuşturucu madde bağımlılarında sosyodemografik özellikler*. Düşünen Adam, 1990. **3**(3): p. 59-61.
195. Evren, C., et al., *Temperament and character model of personality profile of alcohol-and drug-dependent inpatients*. Comprehensive psychiatry, 2007. **48**(3): p. 283-288.
196. Evren, C., S. Kural, and D. Cakmak, *Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents*. Addictive behaviors, 2006. **31**(3): p. 475-485.
197. Alpay, N., F. Maner, and A. Kalyoncu, *AMATEM'de 1990 yılında yatırılan madde bağımlılarının demografik özellikleri ve geçmiş yıllarla kıyaslanması*. 27. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 1991. **177**.
198. Bennett, T., K. Holloway, and D. Farrington, *The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis*. Aggression and Violent Behavior, 2008. **13**(2): p. 107-118.
199. Altuner, D., et al., *Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma*. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2009. **7**(2): p. 87-94.
200. Dudular, T., *Psikoaktif madde kullanan hastalarda temel esaslar ve suç*. Uzmanlık tezi. İstanbul, 1991.
201. Mırsal, H., et al., *Alkol bağımlılığında klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenler*. Bağımlılık Dergisi, 2000. **1**(2): p. 81-85.
202. Şahiner, D.Ş.Y., *Alkol Ve Madde Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikler Çocukluk Çağı Travmaları Başa Çıkma Yöntemleri Ve Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması in Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD*. 2012: Ankara.
203. KAPLANHAN, T., *Alkol / madde bağımlılarında bağımlılık türü ile tedavi motivasyonu, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2015, Haliç Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Anabilim Dalı / Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı: İstanbul.
204. Maremmani, I., et al., *Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factor derived from the Self-Report Symptom Inventory (SCL-90)*. Annals of general psychiatry, 2010. **9**(1): p. 15.
205. Knapp, C., D. Ciraulo, and J. Jaffe, *Opiates: clinical aspects*. Substance abuse: a comprehensive textbook. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins, 2005.
206. Soyka, M., et al., *Six-Year Outcome of Opioid Maintenance Treatment in Heroin-Dependent Patients: Results from a Naturalistic Study in a Nationally Representative Sample*. European Addiction Research, 2017. **23**(2): p. 97-105.
207. Bácskai, E., P. Czobor, and J. Gerevich, *Gender differences in trait aggression in young adults with drug and alcohol dependence compared to the general population*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2011. **35**(5): p. 1333-1340.
208. Sevinç, D.A.T., *Alkol Ve Madde Bağımlılarında Şiddet Sıklığı Ve Şiddet Özelliklerinin Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması Uzmanlık Tezi*, in *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD*. 2013: Ankara.
209. Evren, C. and K. Ögel, *Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. **4**: p. 30-37.

210. Koçak, R., *Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2002. **35**(1-2): p. 183-212.
211. Çağır, D., *Erkek alkol bağımlılarında, savunma mekanizmalarının aleksitimi ve kişilik boyutları ile ilişkisi*, in Sağlık Bakanlığı / İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi / Psikiyatri Anabilim Dalı. 2011.
212. Evren, E.C., et al., *Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlılarında Aleksitiminin Depresyon, Anksiyete ve Erektile Fonksiyon Bozukluğu ile ilişkisi: Kontrollü Bir Çalışma*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2002. **12**: p. 165-173.
213. Tolunay, T., *Madde kullanım öyküsü olan mahkumlarda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite ile ilişkisinin incelenmesi* in Ege Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı. 2015.
214. Evren, C., et al., *Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men*. Psychiatry and clinical neurosciences, 2008. **62**(4): p. 371-378.
215. Evren, C., et al., *Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda alkol aşırmasının aleksitimi ve dissosiyasyon ile ilişkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009. **10**: p. 165-173.
216. Koh, K.B., et al., *The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders*. Psychiatry Research, 2008. **160**(3): p. 372-379.
217. Grant, B.F., et al., *Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. Archives of general psychiatry, 2004. **61**(8): p. 807-816.
218. Giannini, A.J., *Alexithymia, affective disorders and substance abuse: possible cross-relationships*. Psychological reports, 1996. **78**(3 suppl): p. 1389-1390.
219. Tambs, K., J.R. Harris, and P. Magnus, *Genetic and environmental contributions to the correlation between alcohol consumption and symptoms of anxiety and depression. Results from a bivariate analysis of Norwegian twin data*. Behavior Genetics, 1997. **27**(3): p. 241-250.
220. Verthein, U., P. Degkwitz, and M. Krausz, *Mental disorders and the course of opiate dependence*. Psychiatrische Praxis, 2000. **27**(2): p. 77-85.
221. Bonnet, A., et al., *Affectivity and alexithymia: two dimensions explicative of the relationship between anxiety and depressive symptoms*. L'Encephale, 2012. **38**(3): p. 187-193.

10.ÖZGEÇMİŞ

ADI : Muhammed Hakan

SOYADI : Aksu

DOĞUM YERİ VE TARİHİ : ANKARA/ 31.10.1988

EĞİTİMİ :

2013-Halen Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Araştırma Görevlisi Doktor

2006-2012 GaziOsmanPaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi

2003-2006 Kalaba Anadolu Lisesi

İŞ DENEYİMİ :

2013-Halen Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD

2012-2013 Şanlıurfa Ceylanpınar Devlet Hastanesi

11.EKLER

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

1. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
2. Yaşınız:
3. İkamet: 1. Kent merkezi 2. Kırsal alan
4. Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul
5. Şu anda çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Emekli 4. Öğrenci
6. Aylık gelirin ne kadar?
7. Sosyal güvenceniz var mı?
8. 1. Yok 2. Sigortalı 3. Yeşil Kartlı 4. Kaymakamlık 5. Diğer
9. Ailenizin aylık geliri ne kadar?
10. Eğitim durumunuz? 1. Yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans
11. Annenizin eğitim durumu? 1. Yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans
12. Babanızın eğitim durumu? 1. Yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans
13. Kardeş sayınız?
14. 1. Derece akrabalar da psikiyatrik hastalık: 1. Yok 2. Bir kişide 3. Birden fazla kişide
15. Yasaya aykırı davranış: 1. Yok 2. Bir kez 3. Birden çok
16. Niteliği: 1. Cinayet 2. Gasp ve hırsızlık 3. Dolandırıcılık 4. Ahlak Suçu 5. Kavga-yaralama 6. Siyasi
7. Diğer (.....)
17. Suçlar madde/alkol etkisi ile mi işlendi : 1. Evet 2. Hayır
18. İntihar girişimi: 1. Yok 2. Bir kez 3. İki kez 4. İki den fazla
19. İlk kullandığınız madde: 1. Esrar 2. Uçucu madde 3. Eroin 4. Kokain 5. Hap 6. Alkol 7. Diğer (.....)
20. Madde/Alkol kullanmaya başladığınız yaş:
21. Neden ve nasıl başladınız? 1. Stres giderici olduğu için 2. Arkadaş ortamı nedeniyle 3. Merak 4. Kandırılarak 5. Keyif verici olduğu için
22. Şu anki tercih maddeniz nedir? 1. Esrar 2. Uçucu madde 3. Eroin 4. Kokain 5. Hap 6. Benzodiazepinler 7. Alkol 8. Diğer (.....)
23. Kullanılan yöntem(eroin/kokain kullanan hastalar): 1. Folyo ile 2. Damardan 3. Diğer (.....)
24. Kullanım sıklığınız? 1. Her gün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez
25. Kullanım miktarı: 1. Günün tamamına yakını alkol/madde etkisinde 2. Günün büyük kısmı alkol/ madde etkisinde 3. Alkol/Madde etkisinde olan dönem ayık dönemden az 4. Günün az bir kısmı alkol/madde etkisinde 5. Alkol/Maddeyi her gün kullanmıyorum.
26. Tercih ettiğiniz alkol/maddeyi ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?
27. Daha önce hiç tedavi gördünüz mü: 1. Evet 2. Hayır
28. Evet ise bu kaçınıcı tedavi başvurunuz?
29. Tedavinizin kaçınıcı günündesiniz? 1. 1-15 gün arası 2. 15-30 gün arası 3. 30 günden fazla 4. 3 aydan fazla 5. 6 ay ve daha fazla
30. Tedavide kullandığınız ilaçlar:

Yok Düzensiz Düzenli	Buprenorfin/ Naloksan	Naltrekson	Antiepileptik	Antidepresan	Antipsikotik
Detoksifikasyon sürecinde					
İdame sürecinde					



UYGULAYICI FORMU

Soruları sormadan önce eğer varsa açıklamaları yapın.

İtalik olan yazılar uygulayıcı için gerekli bilgileri içerir.

Sorularda yer alan [madde] sözcüğü kişinin cezaevinde bulunmadan önceki son dönemde içinde kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığı madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” yerine alkol içiyorsa “Alkol kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” veya esrar içiyorsa “Esrar kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” biçiminde okuyun.

Öncelikle yanıtın “hiçbir zaman” veya “neredeyse her zaman” seçeneğine uyup uymadığını kontrol edin. Eğer her ikisine de uymuyorsa o takdirde “bazen” seçeneğini işaretleyiniz. Yanıt “hayır” ise “hiçbir zaman” seçeneğini işaretleyiniz

A. Uygulayan görüşmecinin adı soyadı:

Tarih:

I Adınız soyadınız [.....]

II Doğum tarihiniz [.....]

III Cinsiyetiniz?

- ① Kadın ② Erkek

IV Eğitiminiz?

- ① Okur yazar ② İlkokulu bitirmiş ③ Ortaokulu bitirmiş ④ Liseyi bitirmiş ⑤ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

- ① Evli ② Bekar ③ Ayrı ④ Boşanmış ⑤ Dul ⑥ Diğer

VI Çocuğunuz var mı?

- ① Evet ② Hayır

VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?

- ① Evet ② Hayır

→ Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım.

Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Yanıt kartını gösterin

Hiç veya ayda 3
kezden fazla
değilse
Haftada 1-5 kez
Hemen hemen her
gün

- | | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 1 | Ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 2 | Ne sıklıkla esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 3 | Ne sıklıkla ecstasy (ekstazi) kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 4 | Ne sıklıkla eroin kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 5 | Ne sıklıkla kokain kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 6 | Ne sıklıkla taş (krak kokain) kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 7 | Ne sıklıkla rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 8 | Ne sıklıkla uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 9 | Ne sıklıkla akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 10 | Ne sıklıkla metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |
| 11 | Ne sıklıkla LSD, GHB gibi maddeler kullanıyordunuz? | ① | ① | ② |

→ Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi?

Yukarıda kullandığını söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz

- | | | | | | |
|------|------------------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|
| 11b1 | Alkol | ☐ | 11b7 | Rohipnol, rivotril (roş) | ☐ |
| 11b2 | Esrar (marihuana, joint, gubar vb) | ☐ | 11b8 | Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) | ☐ |
| 11b3 | Ecstasy (ekstazi) | ☐ | 11b9 | Akineton, tantum, xanax gibi haplar | ☐ |
| 11b4 | Eroin | ☐ | 11b10 | Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri | ☐ |
| 11b5 | Kokain | ☐ | 11b11 | LSD, GHB gibi maddeler | ☐ |
| 11b6 | Taş (krak kokain) | ☐ | | | |

→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.

Yanıt kartını gösterin

Hiçbir zaman
Bazen
Neredeyse her zaman

- 12** [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı gibi problemleri yaşıyordunuz?
Gerekirse açıklayın: Burada film kopması derken, [madde] etkisindeyken yaptıklarını, söylediklerini...vs hatırlamadığın zamanları kastediyoruz.
- VIII** [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?
- ① Benim için sorun değil ② 1 yıldan az ③ 1-2 yıldır ④ 3-4 yıldır ⑤ 5 yıl ve daha fazla
- 13** Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı? ① ②
- 14** Aynı miktarda kullanmanıza rağmen, zaman içinde kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? ① ②
- 15** Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme gibi sorunlar ortaya çıktı mı? ① ②
- 16** Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu? ① ②
- 17** Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığınız oldu mu? ① ②
- 18** Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu? ① ②
- 19** [Maddeyi] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu?
Gerekirse açıklayın: Ne kadar zamanını, [maddeyi] düşünerek ya da [madde] ile uğraşarak geçiriyordun?
- 20** [Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? ① ②
- 21** [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ②
- 22** [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ②
- 23** [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ②
- 24** [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ②
- 25** [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ②

→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.

Yanıt kartını gösterin

Hiçbir zaman
Bazen
Neredeyse
her zaman

- 26** [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 27** [Madde] kullanmak beklenmedik problemler yaşamınıza yol açtı mı? Örneğin; kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalık gibi sorunlar yaşadınız mı? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 28** [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamınıza neden oldu mu? Örneğin; ehliyeti kaptırmak, maddeyle yakalanmak, karakola düşmek gibi sorunlarınız oldu mu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 29** Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 30** [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 31** Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz.
- Yanıt kartını gösterin
- 32** [Madde] kullanmak ya da [madde] kullanmanın sizi iyi hissettireceği hakkında düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 33** [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 34** [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- Gerekirse açıklayın:*
[Madde] yakınınızda bulunduğunda, mesela şu an burada olsa, [madde] kullanmaya direnmek sizin için zor olur mu? Ne sıklıkla?
- 35** [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 36** [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 37** [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi? ① ② ③

SCL-90-R
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:.....

YAŞ:

CİNSİYETİ(E/K):

MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

Örnek: 1. (2) Baş ağrısı

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacmış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

TAÖ-20

Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

TAS değerlendirilmesi

TAS-A(Duygularını tanıma zorluğu): 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14..(7 madde)

TAS-B(Duygularını ifade etme zorluğu): 2, 4(ters), 11, 12, 17..(5 madde)

TAS-C(Disa-vuruk düşünce): 5(ters), 8, 10(ters), 15, 16, 18(ters), 19(ters), 20..(8 madde)

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|---|---|
| 1. Depresif ruh hali
(keder, ümitsizlik, çaresizlik,
değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duyguları | 0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyarısı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. |
-

8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzüleniyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlmli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

17. Durumu hakkında görüşü

- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahat ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

Birini İşaretleyin

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:

(1,2,3,5,6)

SOMATİK

(4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr:

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form **SON 1 (BİR) HAFTA** içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1	Üzgün ve sıkıntılı değilim.	0	12	Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.	0
	Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.	1		Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.	1
	Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.	2		Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.	2
	O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.	3		Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.	3
2	Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.	0	13	Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.	0
	Gelecek için karamsarım.	1		Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.	1
	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.	2		Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.	2
	Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	3		Kendimi çok çirkin buluyorum.	3
3	Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.	0	14	Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.	0
	Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.	1		Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.	1
	Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.	2		Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.	2
	Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.	3		Artık hiçbir iş yapamıyorum.	3
4	Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.	0	15	Uyum her zamanki gibi.	0
	Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.	1		Eskisi gibi uyuyamıyorum.	1
	Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.	2		Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.	2
	Her şeyden sıkılıyorum.	3		Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.	3
5	Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.	0	16	Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.	0
	Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.	1		Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.	1
	Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.	2		Her şey beni yoruyor.	2
	Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	3		Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.	3
6	Kendimden memnunum.	0	17	İştahım her zamanki gibi.	0
	Kendimden pek memnun değilim.	1		Eskisinden daha iştahsızım.	1
	Kendime kızgınım.	2		İştahım çok azaldı.	2
	Kendimden nefrete ediyorum.	3		Hiçbir şey yiyemiyorum.	3
7	Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.	0	18	Son zamanlarda zayıflamadım.	0
	Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.	1		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.	1
	Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.	2		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.	2
	Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.	3		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.	3
8	Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.	0	19	Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.	0
	Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.	1		Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.	1
	Kendimi öldürmek isterdim.	2		Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.	2
	Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	3		Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.	3
9	İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.	0	20	Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.	0
	Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.	1		Eskisine oranla sekse ilgim az.	1
	Çoğu zaman ağlıyorum.	2		Cinsel isteğim çok azaldı.	2
	Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.	3		Hiç cinsel istek duymuyorum.	3
10	Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.	0	21	Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.	0
	Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.	1		Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.	1
	Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.	2		Cezamı çekmeyi bekliyorum.	2
	Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.	3		Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.	3
11	Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.	0			
	Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.	1			
	Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.	2			
	Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.	3			

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz.

Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere **(x)** işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	HAFİF DÜZEYDE (Beni pek etkilemedi)	ORTA DÜZEYDE (Hoş değildi ama katlanabildim)	CİDDİ DÜZEYDE (Dayanmakta çok zorlandım)
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/ ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme duygusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Prof. Dr. Zehra Arıkan tarafından yürütülen “Alkol Bağımlılığı Ve Opiat(Eroin) Bağımlılığı Tanısı Alan Ayaktan Takip Edilen Erkek Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi Ve Bedensel Belirtilerin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

- **Araştırmanın Amacı**

Alkol bağımlılığı ve opiat bağımlılığı olan erkek bireylerde yoksunluk dönemi sonrası depresyon, anksiyete, aleksitimi ve bedensel belirtilerin incelenmesi ve karşılaştırılması.

- **Araştırmanın İçeriği**

Çalışma için, araştırma görevlisi tarafından tanısız görüşme yapılacak, sosyodemografik veri, bağımlılık Profili İndeksi(BAPİ), Hamilton Anksiyete ve Hamilton Depresyon Ölçekleri tarafınıza uygulanacaktır. Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Psikolojik Belirti Tarama Listesi(scl 90 R), Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 özbeğitirim testlerinin tarafınızca doldurulması istenecektir. Testlerin ortalama uygulanma süresi yaklaşık olarak 45 dakika olarak planlanmıştır. Bu çalışma süresince tarafınıza herhangi bir invaziv (girişimsel) işlem uygulanmayacak olup, çalışmaya dahil olmanın herhangi bir riski ve rahatsızlığı bulunmamaktadır.

- **Araştırmanın Nedeni** ☐ Bilimsel Araştırma ☒ Tez Çalışması

- **Araştırmanın Öngörülen Süresi**

2 ay

- **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:**

En az 120

- **Araştırmanın Yapılacağı Yerler**

GÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı

KATILIMCI BEYANI

“Alkol Bağımlılığı Ve Opiat(eroine) Bağımlılığı Tanısı Alan Ayaktan Takip Edilen Erkek Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi Ve Bedensel Belirtilerin İncelenmesi” başlıklı araştırmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma Yürütücüsünün Adı ve Soyadı Prof. Dr. Zehra Arıkan	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon	

Katılımcı Adı ve Soyadı	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon	



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. Zehra ARIKAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araş.Gör.Dr.Muhammed Hakan AKSU'nun uzmanlık tez çalışması olan "*Alkol Bağımlılığı ve Opiat(Eroin) Bağımlılığı Tanısı Alan Ayaktan Takip Edilen Erkek Hastalarda Depresyon, Anksiyete,, Aleksitimi ve Bedensel Belirtilerin İncelenmesi*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 10.02.2017 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Amatem Polikliniği'nde yapılmasında, etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

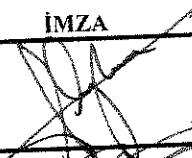
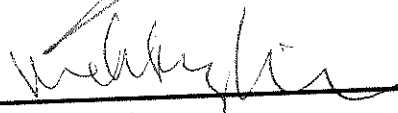
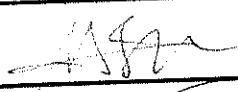
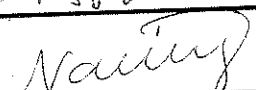
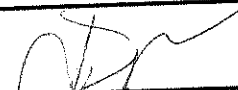
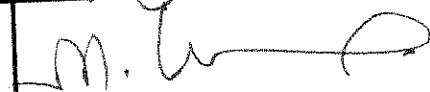
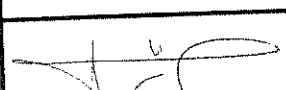
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-85

Ek:1 Liste

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 10.02.2017		TOPLANTI SAYISI : 02	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN			
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT			
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ			
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL			
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN			
Prof.Dr.Naciye YILDIZ			
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA			
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN			
Prof.Dr.C. Haluk BODUR			
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ			
Prof.Dr.Füsün DEMİREL			
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER			