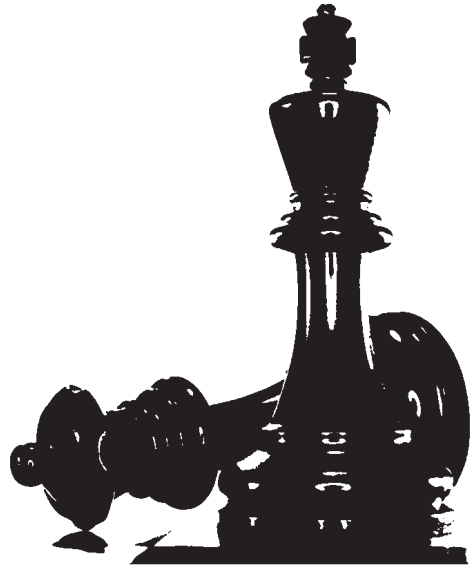


Bölüm IV

MADDE KULLANIMI VE EŞLİK EDEN PSİKIYATRİK DURUMLAR

1. Şizofreni ve madde kullanım bozuklukları
2. Depresyon ve alkol-madde kullanım bozuklukları
3. Bipolar bozukluk ve madde kullanımı
4. Anksiyete bozuklukları ve madde kullanımı
5. Kişilik bozuklukları ve madde kullanımı
6. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve madde kullanımı
7. İntihar ve madde kullanımı
8. Disosiyatif bozukluklar ve madde kullanımı
9. Kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı
- 10.Çocuklukta yaşanan istismar/ihtmal yaşantısı ve madde kullanımı
- 11.Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve madde kullanımı



1. ŞİZOFRENİ VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Bipolar bozukluk veya şizofreni gibi ciddi psikiyatrik bozuklukları olan hastaların yarısı yaşamlarının bir bölümünde madde kötüye kullanımı ya da bağımlılık tanısını alırlar. Psikiyatrik bozukluğu olan ve madde veya alkol kullanan bir hastada alkol ya da madde kullanımının mental bozukluğun belirtilerini taklit edebileceği için tanı koymak da güç olabilir. Ayrıca madde bağımlılığı ve ciddi mental hastalık ikili tanısı tedaviyi de karmaşılaştırabilir. Şizofrenide alkol, esrar, kokain ve nikotin en sık kullanılan maddelerdir.

Regier ve ark. (1990) şizofrenide yaşam boyu madde kullanım bozukluğuna da baktıkları çalışmalarında hastaların %47 sinde herhangi bir alkol veya madde kullanım bozukluğu, %33.7 sinde herhangi bir alkol kullanım bozukluğu ve %27,5 inde ise herhangi bir madde kötüye kullanım bozukluğu bulunduğunu buldular. Bu çalışmada şizofreni hastalarında genel topluma göre 4,6 kat daha fazla alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol ve 9 kat daha fazla ise madde kullanım bozukluğu bulunduğu gösterilmiştir.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, paranoid ve farklılaşmamış tip 56 şizofrenili hastanın %32’sinin son bir ay içinde alkol ve/veya madde kullandıkları bildirilmiştir (Özünalan 2002). Daha yakın zamanda yapılan bir çalışmada ise 463 şizofreni hastasında % 4,8 oranında sigara ile birlikte alkol ve %1,1 inde ise esrar kullanımı olduğu ve alkol madde kullanımı olan hastaların tümünün erkek olduğu bildirilmiştir (Belli ve ark 2007). Şizofrenide madde kullanımının doğasına bakılacak olursa,

- Tütün dışında diğer maddelerin kullanımı ılımlı düzeydedir,
- Kötüye kullanım bağımlılıktan daha yaygındır
- Ancak ılımlı kullanım bile şizofrenin birincil belirtilerini alevlendirir noktalarına bizi getirmektedir.

İlk kez hastalanan 262 şizofreni hastası ile yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %37 sinde madde kötüye kullanımı bulunmuş ve madde kullanan hastalarda şizofrenik bozukluk kullanmayanlara göre daha erken başlamıştı, psikotik belirtiler daha fazla bulunmuştu, ayrıca daha fazla tedavisiz geçen hastalık dönemleri vardı ve ilk tedaviye yanıtları daha kötüydü. İlk kez hastalanan şizofrenik erkeklerde kadınlara göre daha fazla madde kötüye kullanımı görülmüştü. Esrar ve alkol ise en sık kullanılan maddelerdi (Green ve ark. 2004).

Şizofreni ve buna eşlik eden bir madde kötüye kullanımı olduğunda bozukluğun daha erken başladığı (Green ve ark 2004, Hambrecht ve Hafner 1996, Tsuang ve ark 1982), yineleme riskinin arttığı (Drake ve Brunette 1998, Gupta ve ark 1996), yine yinelemeyi artıran bir başka etken olarak tedaviye uyumun daha kötü olduğu (Owen ve ark 1996), antipsikotik tedaviye daha düşük yanıtın olduğu (Bowers ve ark 1990), daha sık hastaneye yatırıldıkları (Brady ve ark 1990), daha fazla şiddet gösterdikleri (Swanson ve ark 1990) ve tedavi maliyetlerinin çok yükseldiği (Drake ve Brunette 1998, Brady ve ark 1990, Bowers ve ark 1990) gösterilmiştir.

Şizofreni ile birlikte alkol/madde kullanımı birlikteliğini anlamak için şu soruları sorabiliriz.

Bu bölüm Figen Karadağ tarafından yazılmıştır.

1. Madde kullanıcıları acaba şizofreniye daha mı yatkındırlar?

Buna kanıt olarak madde kullanan hastalarda şizofreninin erken başlaması gösterilmektedir ve bu kişilerde madde şizofreninin tetiğini çekmektedir denmektedir.

2. Şizofrenide madde kullanımı bir kendi kendini sağaltım yolu mudur?

Bazı hastaların pozitif ya da negatif belirtileri iyileştirmek için madde kullandıkları bilinmektedir.

3. Acaba şizofrenisi olan kişilerin madde kullanımına biyolojik bir yatkınlıkları mı vardır?

Şizofreniklerin mezokortikolimbik dopamin sistemlerinde bir düzensizlik vardır. Prefrontal korteksin mezokortikal dopaminerjik aktiviteyi düzenlediği bilinir. Şizofrenide prefrontal korteks hipofontalitesinin bu düzenleme işlevini yerine getirememesine neden olduğu düşünülmektedir. Mezokortikolimbik dopaminerjik sistemler beyin ödül merkezinin bir parçasıdır ve madde kullanımının da beyin ödül sistemindeki dopamin işlevlerini artırdığı bilinmektedir. Madde kullanımı böylece geçici bir şekilde şizofreni belirtilerini düzeltebilir, ama sonunda bu belirtilerin daha da kötüleşmesine neden olmaktadır (Green ve ark 1999).

Tedavi ilkeleri

1. Farmakolojik tedavilere ek olarak psikososyal girişimler gereklidir.
2. Psikiyatrik bozukluk ve madde kullanım bozukluğunun bir arada olduğu durumlarda hibrid (melez- türetilmiş) programlar etkili olmaktadır.
3. Bütünleştirilmiş ikili tanı tedavileri eşgüdümlü bireyselleşmiş tedaviler sağlamaktadır.
4. Tek bir tedavi ekibi hem ilaç tedavisini, hem madde kullanım bozukluğu tedavisini hem de psikososyal tedavi girişimlerini yönetebilir.

Şizofreniye eşlik eden madde kullanımı varsa tipik antipsikotiklerle tedavide bazı sorunlar görülmektedir. Bu hastaların tipik antipsikotiklere yanıtı düşüktür (Bowers ve ark 1990), EPS ortaya çıkar ve negatif belirtilerde minimal düzelme görülür, haloperidol ayrıca sigara tüketimini artırmaktadır (Mc Evoy ve ark 1995). Madde kullanımı tipik antipsikotiklerle tedavi edilen hastalarda yaygındır. Atipik antipsikotiklerle yapılan çalışmalara bakılırsa daha az yineleme (Csernansky ve ark 2002), daha fazla etkinlik görülmüş (Lieberman ve ark 2005, Davis ve ark 2003), daha az nörolojik yan etki, bilişsel işlevlerde düzelme (Bilder ve ark 2002), özkıyım riski olan hastalarda etkili oldukları (Potkin ve ark 2003, Meltzer ve ark 2003) ve eşlik eden madde kullanımını azaltabilecekleri gösterilmiştir (Albanese ve ark 1994, Marcus ve Snyder 1995, Zimmet ve ark 2000).

Klozapin madde kullanımını azalttığı en fazla gösterilen atipik antipsikotiktir. Örneğin 29 tedaviye dirençli madde kullanım bozukluğunda olan şizofreni hastasında alkol kullanımını azalttığı (Buckley ve ark 1997), yine 36 vakalık bir seride madde kullanımını %85 azalttığı ve %72 oranında ise hastaların maddeyi bıraktığı (Zimmet ve ark 2000), sigara kullanan hastalarda sigara kullanımını azalttığı (Marcus ve Snyder 1995) yine 105 vakalık naturalistik bir seride klozapin kullanan hastalarda %79 oranında ve tipik antipsikotik kullanan hastalarda ise %33.7 oranında alkol kullanımının remisyona girdiği (Drake ve ark 2000) gösterilmiştir. Klozapinin bu etkinliğinin olası nedenlerine gelince klozapin tedavisi plazmada noradrenalin miktarını artırır. α_2 antagonizması beyin ödül sisteminde dopamin nöronlarının ateşlenmesini artırır. Klozapinin noradrenerjik etkisi (yani α_1 ve α_2 antagonizması ve zayıf D_2

antagonizması madde kullanımının eşlik ettiği şizofreni hastalarında etkililiğinin açıklaması olabilir.

Risperidonun ise eşlik eden kokain kullanımı olan şizofreni hastalarında madde alma isteğini ve yinelemeleri azalttığı gösterilmiştir (Smelson ve ark 2002). Ancak klozapin ve risperidonu karşılaştıran bir başka çalışmada ise alkol ve esrar kullanımı olan şizofreniklerde klozapinle alkol ve madde kullanımını kesen hastaların oranı % 54 ve risperidonla ise %12,5 bulunmuştur (Green ve ark 2003).

Olanzapinle yapılan çalışmalarda ise madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan şizofrenik hastalarda etkinlik eşit bulunmuş (Conley ve ark 1998), tipik antipsikotiklerle madde kullanımında olduğu kadar ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde şizofrenik hastalar madde kullanımını durdurmuşlar (Noordsy ve ark 2001), madde kullanım bozukluğu ve şizofrenisi olan 30 olguluk ve 12 aylık bir çalışmada ise olguların %70 inin tam iyileşme gösterdiği bulunmuştur (Littrell ve ark 2001).

Tipik antipsikotikleri azaltıp ketiyapin eklenmesi ile ketiyapinin uyarıcılara bağlı madde alma isteğini azalttığı (Brown ve ark 2003), aripipirazolün ise kokain ve alkol alma isteğini azalttığı ve pozitif gelen idrar tarama test sayısını azalttığı gösterilmiştir (Beresford ve ark 2005).

Yine başka bir çalışmada ise naltreksonun etkinliği gösterilmiştir. 12 haftalık randomize bir çalışmada bir antipsikotiğe ek olarak naltrekson alan hastalarda içki içilen gün sayısının, yoğun içilen gün sayısının ve ayrıca madde alma isteğinin azaldığı gösterilmiştir (Petrakis ve ark 2004).

Sonuç olarak eşlik eden madde kullanım bozukluğunun olması şizofreninin kısa ve uzun süreli seyrini olumsuz olarak etkilemektedir. Tipik antipsikotiklerin bu durumda sınırlı bir işlevi var gibi görünmektedir. Tedavide her iki durumun tedavisi aynı anda yapılmalıdır. Klozapin ve olasılıkla diğer atipik antipsikotikler madde kullanımını azaltmaktalar. Naltrekson gibi bazı ek alkol madde kullanım bozukluğu tedavisi ile ilişkili ilaçları tedaviye ekleyebiliriz. Erken önleme programları şizofreniye eşlik eden madde kullanım bozukluğu olup olmadığını mümkün olduğunca erken tanımalıdır.

2. DEPRESYON VE ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Depresyon ve alkol/madde bağımlılığı, her ikisi de sık görülen hastalıklar olup birlikte de görülebilmektedirler. Birbirlerine eşlik ettikleri durumlarda hastalığın şiddeti ağırlaşmakta, gidiş ve sonlanış özellikleri kötüleşmekte ve daha ağır sağlık sorunları doğmaktadır. Bu nedenle hem birinci basamakta hem de psikiyatri ve bağımlılık tedavi birimlerinde bu iki rahatsızlığın birlikte bulunduğu durumlarda doğru tanı konulabilmesi ve tedavi olanaklarının artırılması önem taşımaktadır.

Alkol ve madde kullanımı ile depresyon arasında doğrudan somut bir ilişki saptanamamıştır. Ancak madde kullanımının dönemsel depresif ataklar yaratabildiği gösterilmiştir. Alkol veya madde kullanımını bıraktıktan sonraki günlerde yoğun depresif belirtiler gözlenebilmektedir. Ancak bu depresif atakların bağımsız depresif ataklar olup olmadığı tartışmalıdır. Bu tip depresyon geçiren vakalarda depresyon fenomenolojisinde önemli bir fark görülmemektedir. Öte yandan bu vakaların aile öykülerinde depresyon görülme sıklığı genel popülasyondan farklı değildir. Benzer şekilde alkolik ebeveynlerin çocuklarında da depresyon görülme sıklığı farklı değildir. Ancak madde kullanımına bağlı olmadığı düşünülen depresyon geçiren vakalarda, aile öyküsü pozitif olarak saptanmaktadır.

Yoğun alkol kullanılan dönemlerde depresyon belirtilerinin olabileceği gösterilmiştir. Aynı şekilde madde kullanımı sırasında da (özellikle uyarıcı ve hallüsinojen maddeler) depresyon belirtileri saptanabilmektedir. Alkol veya madde bırakıldığı taktirde bu depresif belirtilerin iyileşebildiği gözlenmiştir. Bu vakaların birkaç haftadan birkaç aya kadar geçen bir süreç sonunda çok azında depresyonun devam ettiği gösterilmiştir. Depresyon, akut entoksikasyonun bir belirtisi olarak kabul edilebilir bu vakalarda. Akut entoksikasyon, uyku bozukluklarına, enerji ve aktivite değişikliklerine, öğrenme ve konsantrasyon bozukluğu gibi bilişsel sorunlara yol açabilir.

Aynı şekilde yoksunluk döneminde de depresyona benzer belirtilerin görülme sıklığı oldukça yüksektir. Yoksunluk döneminin sonunda depresif belirtilerin kaybolabileceği ileri sürülmektedir. Alkol yoksunluk döneminde depresif belirtilerin sık görüldüğü ancak bu belirtilerin üç-dört hafta için kaybolabileceği bildirilmiştir. Uyarıcı maddelerin yoksunluk dönemi de depresyonla karışabilir. Örneğin kokain yoksunluk döneminde gözlenen enerji azlığı, rahatlayamama, hiçbir şeyden zevk alamama gibi belirtiler depresyonla karıştırılabilir. Bu nedenle depresyon tanısı konarken, madde kullanımının özelliği de göz önüne alınmalıdır.

Ektanının yaygınlığı

Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde depresyonun görülme sıklığı klinik çalışmalarda % 30-60 olarak verilmektedir. Alkol bağımlısı kadın ve erkeklerin yaklaşık % 80'inde depresif semptomlar saptanmış ve bu hastaların en az üçte birinde major depresif epizod kriterleri bulunmuştur (Berglund, 1987). Alkol bağımlılığında majör depresif bozukluk görülme yaygınlığı %17 olarak da bildirilmektedir. Majör depresyonlu vakaların aynı zamanda alkol bağımlısı olma riskinin dört kat daha fazla olduğu, tedavi arayışı içindeki olguların önemli bir

Bu bölüm Berna Uluğ ile birlikte yazılmıştır.

ksımının da alkol ve depresyon ektanlı olduğu gösterilmiştir (Nellisery ve ark, 2003; Brown ve ark, 2003; Moak ve ark, 2003).

ABD’de yapılan epidemiyolojik bir çalışma olan Epidemiyolojik Alan Çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area Study: ECA) alkol bağımlılığı ile major depresyonun ektanısının yaşam boyu sıklığı %5,9’dur (Regier, 1990). Yine ABD’de yapılmış olan Ulusal Ektanı Tarama çalışmasında National Comorbidity Survey- NCS) ise erkek alkol bağımlılarında yaşam boyu depresyon oranı %24,3, kadınlarda ise %48,5’dir (Kessler ve ark, 1994). Hastanede yatan alkol bağımlılarında yaşam boyu depresyon yaygınlığı % 8 ile 53 arasında bulunmuştur (Merikangas, ve ark, 1996).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol bağımlısı vakalarda şimdiki majör depresyon yaygınlığı %32.5, yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı %35, distimik bozukluk yaygınlığı ise %5 olarak bulunmuştur (Öner ve ark, 2002). İncesu tarafından yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında major depresyon %15 ile en sık görülen duygudurum bozukluğu olarak saptanmıştır (İncesu, 1993). Türkçapar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yatan alkol alkol bağımlılarının %50’sinde major depresyon ve distimi öncelikli olmak üzere en az bir ektanı konduğu bildirilmiştir (Türkçapar ve ark, 1997).

Tanı değerlendirme

Depresyon riskinin maddenin bırakıldığı dönemde arttığı hatırlanmalıdır. Kişinin maddeyi bıraktığı dönemde depresyon belirtileri daha belirgin olarak gözlenir. Bu durum hem maddenin bırakılması, hem de madde kullanımının depresyonu maskeleymesi ile açıklanabilir. Bu nedenle maddenin bırakıldığı dönemlerde depresyon taraması yapılması uygundur. Öte yandan depresyonlu hastalarda kendi kendini tedavi amacıyla ilaç niyetine (self-medication) madde kullanımına sıklıkla rastlandığı da hatırlanmalıdır.

Madde kullanımına bağlı depresyon tanısı koyabilmek için intoksikasyon veya kesilme sendromuna ilişkin öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının olması ve depresif belirtilerin intoksikasyon veya kesilmeyi takiben 1 ay içinde ortaya çıkmış olması gereklidir.

Tanı değerlendirmesinin yalnızca muayene sırasındaki depresif belirtilere bakılarak yapılması doğru değildir. Son yıllarda bu hastalardaki antidepresan tedavinin etkinliğine bakılan çalışmalarda, tanı değerlendirme klinik öyküye ve tanı ölçütlerine dayanılarak yapılmaktadır. Doğru tanı koymada önemli noktalar şunlardır:

- Depresyon tanısı ve tedavisi için hastayı hiç değilse kısa bir süre için abstinens durumunda (maddenin hiç kullanılmadığı dönem) izlemek gereklidir.
- Öyküde geçmişte yaşanmış ve tedaviye cevap vermiş depresif epizod öyküsünün varlığı önemlidir.

Yataklı kurumlarda en az bir haftalık abstinens süresi sonunda yapılan tanı değerlendirme ile gerçekleştirilen çalışmalarda depresyon tedavisinde plasebo cevabı daha düşük ve antidepresan tedavinin etki ölçüsü daha büyük bulunmuştur. Belirli bir abstinens süresi sonunda değerlendirme, geçici semptomların elenmesi ve birincil veya bağımsız depresif bozukluğun saptanması bakımından yararlı olmaktadır. Eşlik eden depresyon tanısı, belirtiler belirli bir abstinens süresinin sonunda devam ediyorsa konmalı ve tedavi edilmelidir.

Öykü alma ve ruhsal muayenede iki uçlu bozukluk olup olmadığı da dikkatle değerlendirilmelidir. Alkol/ madde bağımlılarında eşlik eden duygulanım bozukluğu majör

depresyon olabildiği gibi sıklıkla iki uçlu bozukluk da olabilmektedir. Antidepresan tedavilerin manik kaymaya yol açabilmeleri riski bu değerlendirilmeyi zorunlu kılmaktadır.

İntihar riski muhakkak değerlendirilmelidir. Madde kullanıcılarında depresyonun varlığının intihar riskini arttırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle intihar riski araştırılmalıdır. Geçmişte veya aile öyküsünde intihar öyküsü olan depresyonlu madde kullanıcılarında intihar riskinin daha yüksek olduğu unutulmamalıdır.

Hem depresyonu, hem de madde kullanım bozukluğunu ayrı ayrı değerlendirmek ve tedavi etmek gereklidir. Bunun için her iki bozukluğun da tedavisinin yapılabileceği ortamlar yaratılması ya da konuyla ilgili uzmanlardan yardım alınması yararlı olacaktır.

Temel tedavi hedefleri

Depresyon ve alkol/madde kullanım bozukluklarının birlikte olduğu durumlarda temel tedavi hedefleri şunlardır:

1. Her iki bozukluğun etkin tedavisini sağlayabilmek için doğru tanının konması.
2. Her iki bozukluğun belirtilerinin azaltılması ve işlevselliğin yeniden kazandırılması..
3. Her iki bozukluğun birbirlerini tetiklediği durumların tanınması ve müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi.
4. İntihar başta olmak üzere riskli durumların zamanında saptanması.

Tedavi

Yakın geçmişe kadar madde bağımlılarında depresyon tedavisine gerek olmadığı çünkü madde kullanıcılarında depresif semptomların çoğu zaman geçici nitelikte olduğu yaygın olarak kabul gören bir görüştü. Öte yandan bu hastalarda depresyon tedavisine odaklanılmasının, dikkatin, esas sorun olan bağımlılığın tedavisinden çelimesine yol açabileceği de düşünülüyordu.

Oysa son yıllarda yapılan çalışmalar, alkol ve madde bağımlılarında eşlik eden depresyonun tedavi edilmesi gereğine işaret etmektedir. Artık madde bağımlılarında depresyonun tedavisi daha sık olarak yapılıyorsa da, yine de tanının atlanması, ve tedavinin ihmali çok sık olarak görülmektedir.

Antidepresanlar?

Ektanlı hastalarda antidepresanların eşlik eden depresyona etkili olabilmeleri için ilacın yeterli dozda verilmesi, en az 6 hafta süre ile uygulanması ve depresif sendrom (majör depresyon veya distimi) tanısının klinik öyküye ve tanı ölçütlerine dayanılarak konmuş olması gerekmektedir. Antidepresan tedavi depresyonu tedavi etmekte etkili olurken aynı zamanda madde kullanım miktarını da azaltmaktadır. Ancak antidepresan ilaç alan hastalarda madde kullanımı bakımından remisyon oranları beklenenden yüksek olmamaktadır. Yani madde kullanım bozukluğunun gidişi ve sonuçları bakımından antidepresan tedavinin etkinliği kısıtlıdır. Bu nedenle bağımlılığa yönelik özgül psikososyal ve farmakolojik tedavilerin de yapılması şarttır.

En önemli sorulardan biri hastanın alkol veya madde kullanımı devam ediyorsa depresyon tedavisi yapıp yapılmayacağı sorusudur. Son yıllarda bu konuda ortaya çıkan eğilim, eşlik eden alkol veya madde kullanımının depresyon tedavisine bir engel olarak görülmemesi

gerektiği yolundadır. Ancak klinisyenler madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan depresif belirtiler ile gerçek depresif bozukluğu birbirinden ayırt etmenin zorluklarına bağlı olarak madde bağımlısı olan hastalarda antidepresan tedavi başlamaya karşı bir direnç göstermektedirler. Bu nedenle bu alanda kanıtı dayalı tedavi kılavuzları önem kazanmaktadır.

Alkol ve madde kullanımını sürdüren hastalarda antidepresan tedavi etkinliği gösterilmiştir. Opiyat, kokain ve alkol bağımlılarında imipramin, sertralin, ve fluoksetin ile yapılmış ve ilacın faydalı olduğunu gösteren plasebo kontrollü çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda yalnızca kesitsel değerlendirme ile yetinilmemiş ve DSM-IV'ün tanı ölçütleri kullanılmıştır. Bu ek tanı ölçütleri madde kullanımından önceki dönemde depresyonun varlığı, abstinens dönemlerinde de depresyonun sürmesi, ve şimdiki depresif epizodun uzun süreli olmasıdır. Ancak yine bu ölçütleri kullanmış olan ve antidepresan tedavi etkinliği bakımından negatif sonuçlu çalışmalar da vardır. Hangi hastaların antidepresan tedaviden faydalanacağını öngörmeye yardımcı olacak yordayıcılar henüz belirlenmemiştir.

Alkol bağımlılığında trisiklik antidepresanlar (TCA) ve serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) alkol tüketimini azaltmakta ve depresyonu düzeltmektedir. SSRI ilaçların etkisi TCA'lara göre daha belirgindir. Opiyat bağımlılarında imipraminin, kokain bağımlılarında desipraminin tedavi edici etkileri gösterilmiştir. Fluoksetin kokain bağımlıları ve metadon alan opiyat bağımlılarında kullandığında madde kullanımı ve depresyon semptomları üzerinde iyileştirici etkide bulunmamıştır.

Kullanılan maddeyle antidepresan ilacın etkileşimine dikkat edilmesi gerekir. Bunun nedeni kişinin antidepresan tedavi sırasında madde kullanım riskinin olmasıdır. Maddeyle etkileşimi olduğu bilinen antidepresanların seçimi sakıncalı olabilir. Özellikle alkol ile birçok antidepresanın etkileşim gösterdiği bilinmektedir. SSRI grubu antidepresanların alkol ile en düşük etkileşimi olan antidepresan ilaçlar olduğu bildirilmiştir. Bu grup yan etkilerinin az olması, toksisite ve sedasyon riski yaratmamaları nedeniyle tercih edilmektedir. SSRI ile fayda elde edilememiş ise noradrenerjik etkili veya başka etki mekanizmalı ilaçlar denenmelidir.

Madde kullanıcılarında uyku bozukluğu ve anksiyete belirtileri gözleniyorsa, bu durumda tedavide sedatif etkili antidepresanların seçilmesi yararlı olabilir. Bu seçim madde kullanıcısının tedaviye uyumunu artırabilir. Öte yandan, madde kullanma riski olan hastalarda sedatif etkisi fazla olan ilaçların kullanılması, sedatif etkinin potansiyalize olma riski yönünden tehlikeli olabilir. Sedatif etkili bir antidepresan ile birlikte madde kullanımı sonrası sedasyon fazla olabilir ve sorun yaratabilir. Letarji ve yorgunluk belirtilerinin ön planda olduğu madde kullanıcılarında ise uyarıcı etkisi daha yüksek olan antidepresan ilaçlar seçilmelidir¹⁰.

Düşük terapötik indeksi olan antidepresanların madde kullanıcılarının tedavisinde seçilmemesi daha uygundur. Madde kullanıcılarında intihar riskinin yüksek olması nedeniyle düşük terapötik indeksi olan antidepresanların seçilmesi risk yaratabilir.

Antidepresanların alkol arayışını kısmen azalttığı belirtilmektedir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar çok kesin sonuçlar vermemiştir. Yine de madde kullanım bozukluğu olan depresyonlu vakalarda uzun süreli antidepresan ilaç kullanımının yararlı olabileceği bildirilmektedir.

Benzodiazepinler?

Benzodiazepinler madde kullanıcılarına yönelik depresyon tedavisinde dikkatle kullanılmalıdır. Benzodiazepinlerin tolerans geliştirme ve bağımlılık geliştirme riski taşıması nedeni ile madde kullanıcıları tarafından kötüye kullanım riski yüksektir. Çok gerekmedikçe benzodiazepinler madde kullanıcılarında tercih edilmemelidir. Kullanılması zorunlu durumlarda ise, düşük dozda ve kısa süreli kullanılması uygundur.

Psikososyal yaklaşım

Psikososyal yaklaşım ve müdahaleler (motivasyonel görüşme, davranışçı tedaviler vb.) hem yatan hem de ayaktan hastaların madde kullanımını durdurabilmekte ya da azaltabilmektedir. Bu durumda eklenen antidepresan tedavinin eşlik eden depresyonun tedavisinde ve dolaylı olarak madde kullanım bozukluğunun gidişinde önemli etkileri olduğu bildirilmektedir.

Psikososyal tedaviler aynı zamanda madde kullanımını azaltarak duygudurumu düzeltebilmekte, ve böylece ilaç tedavisi olmaksızın antidepresan etkiye bulunmaktadır. Örneğin bilişsel davranışçı nüks önleme tedavilerinde disforik belirtilerle başa çıkma becerilerine yönelik modüller yer almaktadır. Bilişsel davranışçı tedavinin depresif alkol bağımlılarında faydalı olduğunu gösterilmiştir. Bazı araştırmacı ve klinisyenler önce psikososyal müdahalenin yapılması, bununla depresyonda düzelmeye sağlanmazsa antidepresan ilaç tedavisine başlanmasını önermektedir.

Tedavide öncelik

Genel olarak birincil olan bozukluğun tedavisinin önce yapılması gereklidir. Ancak hangi bozukluğun birincil olduğunu bilmek oldukça güçtür. Öte yandan madde kullanımı bağımlılık düzeyinde ise, arındırma (detoksifikasyon) sağlanmadan depresyonun tedavisi de oldukça güçtür. Bu nedenle arındırmayı takiben depresyon tedavisinin başlaması daha yararlı olacaktır. Depresyon, kişinin maddeyi bırakma isteği üzerinde olumsuz etkide bulunabilir. Depresyona eşlik eden karamsar düşünceler, umutsuzluk gibi etkenler madde kullanan kişinin motivasyonunu azaltabilir. “Depresyondayım, içerim” sözünde olduğu gibi bu hastalarda motivasyon daha düşük olacaktır. Bu nedenle depresyonlu kişinin maddeyi bırakma isteğinin daha düşük olacağı önceden hesaplanmalı ve göz önüne alınmalıdır.

Madde arayışı içinde olan ve motivasyonu düşük olan madde kullanıcılarında depresyon tanısı kötüye kullanılabilir. Hasta bu tanıyı içmeye devam etmesinin başlıca gerekçesi olarak gösterir. Bu nedenle depresyon tanısı konduğu zaman ve bu durum kişiye bildirilirken dikkat edilmesi gereklidir. Bazı hastalar ısrarla esas sorunlarının bağımlılık olmadığını söyler ve anksiyetelerinin veya depresif durumlarının tedavi edilmesini talep ederler. Alkol veya madde kullanımı devam ederken anksiyete ve depresyon belirtilerinin tedavisinin mümkün olmayacağı hastaya söylenmelidir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu ek tanıli depresyon tedavisinde yatarak tedavinin düşünülmesi gereken durumlar şunlardır.

a. Şiddetli depresyonu olanlar: Şiddetli depresyonu olan hastalarda yatırılarak tedavi daha uygundur. Madde kullanımına bağlı yoksunluk belirtilerini takiben 3 gün ve daha fazla depresyon belirtilerinin sürmesi ve bu belirtilerin şiddetli depresyon kriterlerini karşıladığı durumlarda yatarak tedavi gereklidir.

b. Madde kullanımından 1-2 gün sonra halen devam eden psikotik belirtiler varsa: Madde kullanımına bağı psikotik belirtilerin bir iki gün içinde kaybolması beklenir. Ancak madde kullanımını takiben birkaç gün içinde halen psikotik belirtiler varsa ve bunlar depresyona eşlik ediyorsa, kişinin yatırılması uygundur.

c. Madde kullanımının kontrol altına alınamadığı durumlar: Madde kullanımı kontrol altına alınamıyorsa, kişinin maddeden uzaklaşması için yatarak tedavi uygun olacaktır. Böylece kişinin depresyon tedavisine de uyumu artacaktır.

d. Şiddetli madde yoksunluğu belirtileri varsa: Şiddetli madde yoksunluğu belirtileri hem depresyonla karışabilir, hem de ayaktan tedavide uyumu zorlaştırabilir. Bu durumlarda yatarak tedavi, her iki durumun tedavisinde başarıyı artırmaktadır.

e. Başka bir ciddi bedensel veya psikiyatrik hastalık eşlik ediyorsa: Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile depresyonun birlikte varlığı zaten tedaviyi güçleştiren bir etkidir. Bunlara eşlik eden başka bir hastalık varsa, bu durumda yatarak tedavi daha etkin olacaktır.

f. Herhangi bir tedavi yöntemine motivasyon yoksa: Motivasyon özellikle madde kullanım bozukluklarında tedavinin başarısını artırmaktadır. Depresyon motivasyonu önemli ölçüde azaltabilmektedir. Özellikle motivasyonun değişkenlik gösterdiği durumlarda yatarak tedavi kişinin tedaviye uyumunu artıracaktır.

h. Aile ve sosyal destek zayıf ise: Aile desteği ve sosyal desteği düşük olan hastalarda madde kullanım bozuklukları tedavisinin daha düşük oranda başarılı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yatarak tedavi, hem madde kullanım bozukluğu hem de depresyon tedavisinin başarısını artıracaktır.

i. Maddeye ulaşım çok kolay ise: Maddeye ulaşımın çok kolay olması kişinin kullandığı maddeyi bırakmasını önlemekte ve bir bütün olarak tedaviyi olumsuz olarak etkilemektedir. Yatarak tedavi kişinin maddeye ulaşımını zorlaştırması açısından yararlı olabilir.

j. Ayaktan tedavinin başarısız olduğu durumlar: Ayaktan tedavinin başarısız olduğu durumlarda yatarak tedavi seçeneği denenmelidir.

3. BİPOLAR BOZUKLUK VE MADDE KULLANIMI

Regier ve arkadaşlarının 1990 yılında yaptıkları çalışmada yaşam boyu madde bağımlılığı yaygınlığı en fazla bipolar bozuklukta bulunmuştur. Bir karşılaştırma yapmak gerekirse şizofrenide %47, major depresyonda %27.2 ve bipolar II bozuklukta %48.1 oranında bağımlılık eş tanısı bulunmuşken, bipolar I bozuklukta ise %60.7 oranında saptanmıştır. Verdoux ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında ise bir grup bipolar bozukluk, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan olguda yaşam boyu 2 ya da daha fazla madde kullanım yaygınlığı %48 olarak bulunmuştur.

Diğer bir çalışmada ise ilk kez atak geçiren 112 bipolar bozukluğu olan hastanın %33 ünde başlangıçta madde kullanım bozukluğu bulunduğu, 24 ay sonra bu rakamın %39 a ulaştığı, alkol kullanım bozukluklarının daha fazla depresif belirtilerle, esrar kullanım bozukluklarının ise daha fazla manik belirtilerle ilişkili olduğu ve 2 ya da daha fazla madde kullanan hastalarda ise gidişin (prognoz) daha kötü olduğu bulundu (Baethge ve ark 2005). İlk kez psikotik özellikli manik yada karma atak geçiren 59 hasta ile yapılan diğer bir çalışmada (Strakowski ve ark 1996) ise %32 sinde madde , %20 sinde ise alkol kullanım bozukluğu olduğu bulundu ve ataklar öncesi alkol kullanım bozukluğu olması daha bipolar bozukluğun daha geç başlaması ile ilişkili bulundu. Ancak ataklar öncesi hem alkol, hem de madde kullanım bozukluğu bir arada ise hastalar daha erken hastaneye yatırılıyorlardı.

Madde kullanım bozukluğu ve bipolar bozukluğun bir arada bulunması ile ilgili etyolojik açıklamalar yetersizdir. Ancak 3 temel yaklaşımla bu iki tanının bir arada bulunması kuramsal olarak açıklanabilir.

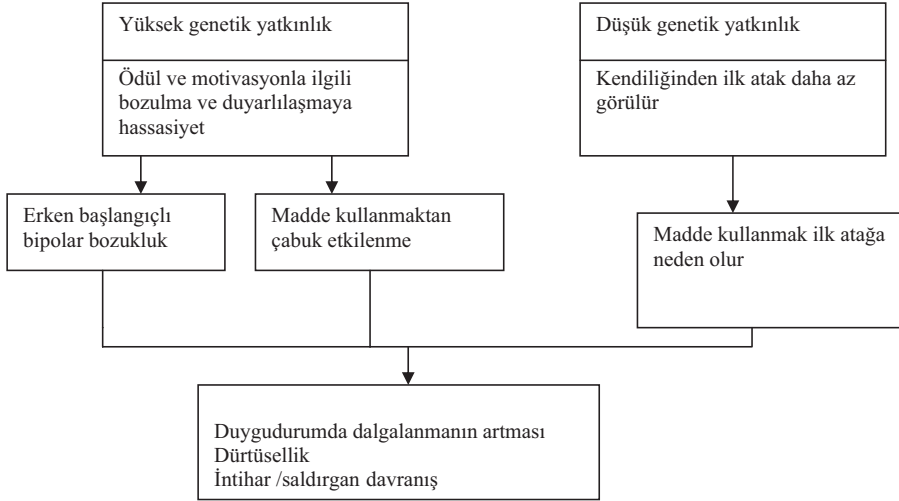
1. Bipolar bozukluk madde kullanım bozukluğuna neden olmaktadır. Burada bipolar bozukluğun belirtilerini yatıştırmak, yani kendini iyileştirme (self medikasyon) amacıyla kullanılabilir. Bu durumda hasta örneğin duygudurumunu yükseltmek ya da kontrol etmek için madde kullanabilir. Ya da dürtüsellik veya zayıf yargılama gibi bipolar bozukluk belirtilerinin kolaylaştırıcı rol oynaması nedeniyle hastalar kolaylıkla madde kullanmaya başlamaktadırlar. Merikangas ve arkadaşları (2008) 20 yıllık takip çalışmalarında 591 duygudurum bozukluğu tanısı alan hastayı izlemişler ve manik belirtileri olan hastaların daha sonra alkol, esrar, benzodiazepin kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, bipolar II tanısı alan hastaların ise alkol ve benzodiazepin kötüye kullanımı veya bağımlılığı geliştirdiklerini gösterdiler. Major depresyon tanısının ise daha sonra benzodiazepin kötüye kullanımı ya da bağımlılığını kestirmek için anlamlı olduğunu buldular.
2. Madde kullanımı bipolar bozukluğa neden olmaktadır. Madde kullanımına bağlı yoksunluk ve entoksikasyon bulguları manik düzeyde öfori, depresyon, anksiyete, iştah ve uyku bozuklukları, artmış ya da azalmış enerji şeklinde duygudurum bozukluğu ile örtüşecek bazı belirtileri içermektedir ve bu durumda yanlışlıkla hastaya bipolar tanısı konulabilir. Yine madde kullanımı bir duygudurum atağının tetiğini çekebilir ya da duygudurumu nötral durumda tutan mekanizmaları bozarak bipolar bozukluğa neden olabilir.

Bu bölüm Figen Karadağ tarafından yazılmıştır.

3. Hem bipolar bozukluk hem de madde kullanım bozukluğu ortak bir etyoloji paylaşırlar. Burada da her iki bozuklukta örneğin ortak bir genetik yatkınlık gibi ya da madde entoksikasyonu ya da yoksunluğunda ortaya çıkan ve duygudurum bozukluklarına benzer belirtiler yine her iki bozukluğun da benzer etyolojik kökenden gelmekte oldukları fikrini doğurmaktadır (Nunes, 2006).

Swan bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliğini açıklamak için bir incinebilirlik (vulnerability) modeli ileri sürdü (Buckley 2006). Bu model şekil 1 de özetlenmiştir. Genetik yatkınlık, duyarlılaşma eğilimi, motivasyon ve ödül mekanizmasında bozulma arasında bipolar bozukluğun erken başlamasına ve madde kullanımına yol açan bir ilişki olduğunu, bu durumun ayrıca duygudurumda dengesizliğe, dürtüsellığe, olasılıkla da özkıyım veya saldırganlık eğilimlerine yol açabileceğini vurgulamıştır.

Şekil 1: Madde kötüye kullanımı ve bipolar bozukluk eştanısı ile ilgili incinebilirlik modeli



Tedavi ile ilgili sadece 4 tane randomize, kontrollü çalışma mevcuttur. Bunlardan birincisi Geller ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Çalışmaya 25 bipolar I, bipolar II ve major depresyonu ve madde kullanım bozukluğu olan ergen çalışmaya alınmış, 6 hafta süreyle hastalara lityum veya plasebo verilmiştir. Lityum alan grupta pozitif çıkan madde tarama testi sayısında anlamlı düzeyde azalma bulunmuştur. Bu çalışmada görüldüğü üzere çalışmaya alınan vaka sayısı azdır. İkinci çalışmada duygudurum düzenleyicisi olarak karbamazepin plasebo ile karşılaştırılmıştır (Brady ve ark 2002). 57 kokain bağımlılığı ve ağırlıklı major depresyon olmak üzere duygudurum bozukluğu olan hasta ile 82 sadece kokain bağımlılığı olan hasta karşılaştırılmış ve duygudurum bozukluğu da olan ve karbamazepin alan bağımlılarda kokain kullanım sıklığında anlamlı ölçüde düşme görülmüş, ancak duygudurum bozukluğu olmayan bağımlılarda karbamazepin etkin bulunmamıştır.

Üçüncü çalışmaya 59 bipolar bozukluk ve alkol bağımlılığı olan ve lityum kullanan hasta alınmış ve bu hastalara lityuma ek olarak ya valproik asit ya da plasebo eklenmiştir (Salloum

ve ark 2005). Bu hastalar 24 hafta süreyle izlenmiştir. Valproik asit eklenen grupta plasebo eklenen gruba göre ağır içilen gün sayısı azalmış ve bir günde içilen içki miktarı anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Diğer ilginç bir sonuç da kan valproik asit düzeyi yükseldikçe alkol kullanımının düştüğüdür. Her iki grupta da duygudurum belirtilerinin düzelmesi arasında anlamlı bir fark yoktu, yani başka bir deyişle her iki grupta da aldıkları tedavi ile benzer oranda düzelmeye sağlanmıştır. Ancak duygudurum belirtilerinin düzelmesi artıkça alkol kullanım süresi ve miktarında anlamlı ölçüde düşme saptanmıştır.

1990 lı yıllara ait verilere göre bipolar bozukluğu olan hastaların 2/3 üne uzun süreli antipsikotik tedavi verildiği gösterilmiştir (Keck ve ark 1996, Sernyak ve ark 1997). Antipsikotiklerin şizofrenide uyarıcıların kötüye kullanımı için risk etkeni olabileceği belirtilmiştir (LeDuc ve Mittleman 1995). Hayvan modellerinde elde edilen verilere göre şizofrenide antipsikotiklerle uyarıcı madde kullanım oranı artmaktadır (Goeders 1997).

Dolayısıyla bipolar bozukluğu olan hastalarda da antipsikotik kullanmanın madde kullanımına katkıda bulunabileceklerini varsayabiliriz. Daha sonra yapılan tedavi ile ilgili dördüncü çalışmada ise en az 6 aydır tipik antipsikotik kullanımı olan, çeşitli psikiyatrik bozukluğu ve kokain ya da amfetamin kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan 24 hastanın randomize olarak 12 tanesinde antipsikotik kesilmiş ve gerekirse ketiyapin eklenmiş, diğer 12 tanesinde ilaç devam etmiştir (Brown ve ark 2003a). Bu hastalar 12 hafta boyunca psikiyatrik belirtileri, madde kullanımı ve madde alma isteği (craving) açısından izlenmişlerdir. Tipik antipsikotiği kesilen hastalarda devam edenlere göre madde alma isteği (craving) anlamlı ölçüde düşük bulundu ve belirtileri alevlendiği için ketiyapin başlana grupta ise bu istek daha da düşük bulundu.

Açık etiketli, kontrol grubu bulunmayan çalışmalara bakarsak 33 kokain kullanımı ve bipolar bozukluğu olan hastaya ya var olan tedavilerinin üzerine ya da monoterapi olarak lamotrijin verilmiş ve bu hastalar 12 hafta izlenmişlerdir (Brown ve ark 2003b). Hamilton depresyon ölçeği, Young mani ölçeği, Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği ve kokain alma isteğinde anlamlı düşme gösterilmiş, ama kokain kullanılan gün sayısında bir fark bulunmamıştır. Bir diğer çalışmada ise 20 şizoaffektif ve bipolar bozukluğu olan hasta çalışmaya alınmış ve halen kullandıkları antipsikotik aripipirazolle değiştirilmiş ve bu hastalar 12 hafta süreyle izlenmişlerdir (Brown ve ark 2003c). Alkol kullanımı olan hastalarda alkol alma isteğinde azalma olmakla birlikte, alkol kullanılan gün sayısında bir fark bulunmamıştır. Kokain kullanım bozukluğu olan hastalarda da kokain alma isteği azalmakla birlikte, kokain kullanılan gün sayısında da, kokaini pozitif çıkan idrar testi sayısında da anlamlı bir düşüş saptanmamıştır. Henüz bipolar bozuklukta test edilmemiş olsalar da olasılıkla yararlı olabilecek diğer ilaçlar içinde naltrekson, akamprozat, disülfiram, topiramet, buprenorfin, metadon ve aripirazol dışında diğer atipik antipsikotikler sayılabilir.

Sonuç olarak bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluğu ile ilgili olarak aslında çok az çalışma vardır. Tedavi ile ilgili çalışmalar çok az ve pozitif sonuç veren çalışmalardır ve bu alanda çalışma yapılmasına gerek vardır.

4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE MADDE KULLANIMI

Tıbbın babası sayılan Hipokrat, "aynı miktarda şarap ve su karıştırılıp içildiğinde anksiyete ve korkuyu giderir" demiştir. Bu bilgi de anksiyete ve alkol arasındaki ilişkinin tarih boyunca bilindiğinin bir göstergesidir. Ektanı oranı bu olgularda oldukça yüksektir.

Anksiyete ve madde kullanımı arasındaki ilişki

Az miktar alkolün orta derecede gerginliği azalttığı gözlenmektedir. Panik atakları olan hastalar, atakların sıklık ve şiddetini azaltmak için alkol kullanabilirler. Anksiyete bozukluğu olanların "self medikasyon" amacı ile alkol kullanımına yöneldikleri ve sonuçta alkol bağımlılığı geliştirdiği görülebilmektedir. Bu teoriye göre alkolün farmakolojik ve/veya psikolojik etkileri anksiyete belirtilerini azaltmakta, bundan dolayı alkol kullanımı sürdürülmektedir. Sonuç olarak negatif pekiştirici bir etki gelişmektedir. "Self medikasyonun" anksiyeteyi şiddetlendirdiği aşıkardır.

Alkol bağımlılarında alkol alımı kesildiğinde ya da azaltıldığında anksiyete belirtileri ortaya çıkar. Panik ataklar alkol bağımlılığında özellikle yoksunluk döneminde ortaya çıkmaktadır (Arıkan ve ark, 2002). Bu belirtiler yoksunluktan sonra birkaç ay bile devam edebilir. Bu durum yoksunluğa bağlı gelişen otonomik sistem hiperaktivasyonu ile ilgili belirtilerdir. Bunu anksiyete bozukluğu olarak değerlendirmemek gerekir (Bozkurt ve ark, 2003). Alkol yoksunluk belirtileri ile panik ataklar birbirine çok benzerler. Bu belirtiler panik atak sanılabilir. Kronik alkol kullanımının biyo-psiko-sosyal bir sonucu olarak anksiyete bozukluklarının geliştiğini ileri süren teoriler de vardır. Kimi anksiyeteli alkol bağımlılarında anksiyete ve alkol kullanımı hemen hemen aynı zamanlara rastlamaktadır. Stres faktörünün her iki durumu da tetiklediği düşünülmektedir (Arıkan ve ark, 2002).

Alkol ve opioid gibi maddelerin geçici olarak panik atak ve diğer anksiyete belirtilerini gidermesinin mümkün olabileceği ileri sürülmüştür. Alkol kullanımının anksiyete bozukluklarının tedavilerinde kullanılan ilaçlarla benzer olarak, gama aminobütirik asit reseptörlerini etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca alkol kullanımının norepinefrin (NE) inhibisyonu yoluyla antipanic etkiler gösterdiği bulunmuştur (Bozkurt ve ark, 2003).

Anksiyete bozukluğu olan kişilerin, özellikle fobik semptomları varsa alkolle ilgili sorun yaşamaya daha risk taşıdıkları gözlenmektedir. Agorafobik hastaların yanısıra, sosyal fobik erkek hastalarda da yüksek oranda alkol bağımlılığı görüldüğü bildirilmektedir (Arıkan ve ark, 2002).

Alkol sorunları ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin her bir anksiyete bozukluğu için farklı olduğu da ileri sürülmektedir. Agorafobi ve sosyal fobideki alkol sorunları daha çok bireylerin anksiyete semptomlarını kendi başlarına tedavi etmeye kalkmalarından kaynaklanırken, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu patolojik alkol kullanımının bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Basit fobilerde ise alkolizm riski yüksek değildir (Özdemir, 2005).

Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

Yapılan çalışmalarda hem alkol bağımlılığı hem de anksiyete bozukluğunda genetik yatkınlık olduğuna ait kanıtlar bulunmuştur. Arıkan ve arkadaşları bir çalışmada; alkol bağımlılığı ve panik bozukluğu tanısı alan 18 erkek hastanın, birinci ve ikinci derece yakınlarında hem alkol kullanım bozuklukları hem de diğer psikiyatrik bozukluklar için yükünlük olduğunu saptamışlardır (Bozkurt ve ark, 2003).

Esrar kullanımının panik atak oluşturabileceği ve esrar kullanımı olmadan panik atakların devam edebileceği bazı çalışmalarda bildirilmiştir. Esrar kullanımı ile agorafobi, depersonalizasyon, psikoz, koro, deliryum arasında da ilişki bulunmuştur. Panik atak daha çok yüksek dozda ve deneyimsiz kullanıcılarda gelişmektedir. Ergenlerde de ilk esrar kullanımı sırasında panik atak oluştuğunu bildiren yayınlar vardır. Esrarın panik atağa hangi mekanizmalarla sebep olduğuna ilişkin yeterli bilgi yoktur. Kokain kullanımı sırasında da panik atak sıklığının arttığı bulunmuştur. Kokain kullananlarda panik atak oluşma riskinin genel popülasyona göre 13 kat arttığı saptanmıştır (Yanık, 2002).

Yaygınlık araştırmaları

Alkol bağımlılığı olan hastaların %25'inde panik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Panik bozukluğu olan hastalarda yapılan araştırmalarda hastaların %19'unda alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır. Bu oranın %9'luk bölümünü kötüye kullanım, %10'luk kısmını ise bağımlılık sendromu oluşturmaktadır (Arıkan ve ark, 2002).

25 alkol tedavi merkezinde değerlendirilen 556 hastada ek tanı oranı %51.1 olarak bulunmuştur. En sık ek tanılar; duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olarak saptanmıştır. Hastaların %42.3'ünün anksiyete bozukluğu, %24.3'ünün duygudurum bozukluğu ve %6.1'inin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olduğu bildirilmiştir (Schinder ve ark, 2001).

Alkol sorunu olan bireylerde sosyal fobi sıklığı %2,4-57 arasında değişirken çoğu çalışmada %10-20 olarak bildirilmektedir. Sosyal fobik bireylerde alkolizm oranı ise %14-40 olarak bildirilmektedir. Toplumda alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık sıklığı %9-14, sosyal fobi sıklığı ise %13-16 olarak bulunmuştur. ABD'de yapılan toplum çalışmalarında (National Comorbidity Survey, NCS) sosyal fobi hastalarında hayat boyu alkol bağımlılığı sıklığı %24 olarak saptanmıştır. Sosyal fobisi olan bireylerde sosyal fobisi olmayanlara göre alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı gelişme riski 2-3 kat daha fazla bulunmuştur. Ayrıca sosyal fobiklerin %4,2'si, kontrollerin ise %0,4'ü hayatlarının kötü dönemlerinde alkol kullanımını kontrol etmede ciddi sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir. Yaygın sosyal fobisi olanlarda komorbid alkol kötüye kullanım oranının yaygın olmayan sosyal fobisi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (%6'ya oranla %25). Sublinik sosyal fobisi olanların, sosyal fobisi olmayanlara göre ağır içicilik, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı geliştirme riski iki kat daha fazla bulunmuştur (Özdemir, 2005).

Esrar kullananlarda panik atak sıklığı %22 olarak bulunmuştur (Yanık, 2002).

Tedavi

Alkolik hastaların tedavi stratejileri içerisinde sosyal fobi ele alınmazsa olgular anksiyetelerini kendi başlarına alkolle tedavi etmeye devam edecekler, böylece alkol kötüye kullanımının nüksetmesi açısından büyük risk altında olacaklardır. Sosyal anksiyete bozukluğu bütün psikiyatrik hastalıklar için alkol bağımlılığıyla birlikte ön sıralarda yer alan

bir bozukluktur ve bu anlamda alkol ve madde bağımlılığı ve kötüye kullanımıyla arasındaki ilişkinin araştırılması ve klinik değerlendirmede dikkate alınması önemlidir. Klinisyenler ister bir anksiyete bozukluğu ister ise alkol ya da madde kullanım bozukluğu şikayetleri ön planda olsun, etkin bir tedavi planı için çözüm arayışıyla kendilerine başvuran hastalarda bu ilişkiyi akıllarında tutmalıdırlar (Özdemir, 2005).

Tedavide her iki bozukluğun birlikte ele alınması ve tedaviye eş zamanlı devam edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu tip hastaların tedavisinde zorluklar yaşanabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle yakın gözlem yararlı olur. Tedavide benzodiazepin gibi bağımlılık yapan ilaçlardan kaçınılması gerekir. Bu hastaların kolaylıkla kullandıkları ilaca bağımlılık geliştirebilecekleri gözlenmiştir.

5. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE MADDE KULLANIMI

Yaygınlık

Alkol ve madde bağımlısı olan hastalarda kişilik bozukluğu görülme oranı oldukça fazladır. Alkol/madde bağımlılığı ve kişilik bozukluğunun her ikisinin de tedavisi zordur ve bu iki bozukluğun birlikte bulunduğu durumlarda daha fazla zorluk çekilmektedir. Kişilik bozukluklarının madde kullanımının ortaya çıkışında ve seyrinde önemli bir etkisi vardır. Kişilik bozuklukları ile alkol, madde kullanımı arasındaki ilişkiyi aşağıdaki biçimde özetleyebiliriz.

- Kişilik bozuklukları madde kullanımına başlama için bir risk etkenidir. Özellikle B kümesinde yer alan kişilik bozuklukları bu grup içinde yer almaktadır.
- Alkol/madde kullanımı kişilik patolojisini bastırmak amacıyla ortaya çıkabilmektedir.
- Alkol/madde kullanımı kişilik patolojisini kötüleştirebilir.
- Kişilik bozukluğu alkol, madde kullanımının seyrini olumsuz yönde etkileyebilir.

DSM-I ve DSM-II’de bağımlılık sırasıyla “sosyopatik kişilik düzensizliği” ve “kişilik bozuklukları ve bazı diğer psikotik olmayan mental bozukluklar” şeklinde yer almıştır. Bu yaklaşım, hem geriye dönük hem de ileriye dönük çalışmaların bağımlılık öncesinde tek bir tip kişiliğin varlığını tanımlayamaması ile önemli ölçüde değişmiştir. Bağımlılık, kişilik bozukluğunun bir belirtisi olarak düşünülürken, DSM-III’ün geliştirilmesi ile alkol/madde kullanım bozuklukları klinik sendrom olarak tanımlanmış ve kişilik patolojisinden ayrılmıştır (Evren, 2004). Bağımlılıkta, kişiliğin önemli etiyolojik faktör olabileceği üç gelişim etkeni önerilmiştir;

1. Davranışsal disinhibisyon

Antisosyallik ve dürtüsellik gibi özelliklerin yüksek, zarardan kaçınma gibi özelliklerin ise düşük olduğu bireylerde alkol ve madde kötüye kullanımı riski daha fazladır. Davranışsal disinhibisyon antisosyal kişilik bozukluğu ek tanısı ve bir ölçüde borderline kişilik bozukluğu ek tanısı açıklayabilir.

2. Stres azaltma

Stres reaktivitesi, anksiyete duyarlılığı ve nörotizm gibi özellikleri yüksek olan bireyler stresli yaşam olaylarına daha hassastır. Bu bireylerde kendini tedavi amaçlı alkol/madde kullanımı siktir. Stres azaltma kaçınan, bağımlı, şizotipal ve borderline kişilik bozukluğu ek tanımlarını açıklayabilir.

3. Ödül duyarlılığı

Yenilik arayışı, ödül arayışı, dışa dönüklük ve insan canlısı olma özellikleri yüksek olan bireyler, olumlu zorlayıcı pekiştirici (reinforcing) özellikleri nedeniyle alkol/madde

Bu bölüm Kültegin Ögel tarafından yazılmıştır.

kullanmaya daha istekli olabilirler. Ödül duyarlılığı histrionik ve narsistik kişilik bozukluğu ek tanılarını açıklayabilir (Evren, 2004).

Alkol madde kullanım bozukluğu olanlarda kişilik özelliklerinde saptanan temel benzerlikler şunlardır:

- Yüksek yenilik arayışı davranışı
- Yüksek zarardan kaçınma davranışı
- Düşük sebat gösterme davranışı
- Yüksek kendi kendini yönetme davranışı

Tanı

Tanı ölçütlerinin örtüşmesi ektanı koymayı zorlaştıran bir etkidir. Borderline kişilik bozukluğunun DSM-IV'e göre bir ölçütü dürtüsellik (impulsivite) ve alkol/madde kötüye kullanımını içermektedir. Antisozyal kişilik bozukluğu ölçütlerinden biri madde kullanımının varlığıdır. Antisozyal kişilik bozukluğu ölçütlerinden birisi yalan söylemdir ve bu davranış yasa dışı bir eylem yapan madde kullanıcıları için yaşamlarının bir parçasıdır. Bu durumda totoloji ortaya çıkmaktadır. Yani, madde kullanımı olanlarda antisozyal kişilik bozukluğu, antisozyal kişilik bozukluğu olanlarda madde kullanım bozukluğu daha yaygın olmaktadır.

Herhangi bir kişilik bozukluğu bulunması duygudurum bozukluğu olasılığını 2.5 kat, anksiyete bozukluğu olasılığını ise 3.1 kat arttırmaktadır (Verheul, 2000). Cloninger'in alkol bağımlılığı sınıflandırmasındaki Tip II alkol bağımlılığının alkol bağımlılığının bir alt tipinden ziyade antisozyal kişilik bozukluğunu temsil ettiği ileri sürülmektedir.

Ektanın yaygınlığı

Hem epidemiyolojik hem de klinik çalışmalar, alkol madde kullanım bozukluğu olan popülasyonlarda kişilik bozukluğu yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir. Alkol/madde bağımlılarında herhangi bir kişilik bozukluğu yaygınlığı araştırmalara göre değişimle birlikte %30 ile %75 arasında değişmektedir. Madde bağımlısı hastaların alkol bağımlısı hastalara göre kişilik bozukluğu tanısı alma olasılıkları daha yüksektir. Yatarak tedavi gören madde bağımlılarında kişilik bozukluğu oranları, ayaktan tedavi görenlere göre daha fazladır. Alkol madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda borderline kişilik bozukluğu, erkek hastalarda ise antisozyal kişilik bozukluğu en sık saptanan psikiyatrik tanılardan biridir (Evren, 2004).

Opioid kötüye kullananlarda genel kişilik bozukluğu yaygınlığı diğer maddelere göre daha yüksek bulunmaktadır (Kokkevi ve ark. 1998). Kişilik bozukluğu oranları yatan kokain kullanıcılarında %30 ile 75 arasında, opiyat kötüye kullanıcılarında %68 ile 80 arasında, çoğul madde kötüye kullananlarda ise bu oranın yaklaşık %90 olduğu bildirilmiştir (Skinstad ve Swain, 2001).

Genel toplumda yapılan bir çalışmada ASKB olan bireylerin çoğunda (%84) ayrıca yaşam boyu alkol madde kullanım bozukluğu saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde ASKB yaygınlık oranı %14.3 iken, bu oran madde kullanım bozukluğu olan bireylerde %17.8 olarak bulunmuştur (Regier ve ark. 1990).

Hastaların sosyoekonomik durumu da bir etkidir. Antisozyal kişilik bozukluğu düşük eğitimli gruplarda daha yaygındır. Antisozyal kişilik bozukluğunun alkol madde kullanım

bozukluğu olanlarda da düşük eğitimlilerde daha yaygın olduğunu göstermektedir (Cacciola ve ark. 2001). alkol madde kullanım bozukluğu olan erkek hastalarda antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığı kadın hastalara göre iki kat daha fazladır (Caciola ve ark. 2001).

Tedavi görmekte olan bağımlılarda yapılan altı çalışmanın sonuçlarına göre ASKB ve borderline kişilik bozukluğundan sonra en sık saptanan kişilik bozuklukları aşağıda sıralanmıştır (Verheul, 2001).

- Paranoid kişilik bozukluğu (%3.2-20.7 arasında, ortalama %10.1),
- Kaçınan kişilik bozukluğu (%2-18.4 arasında, ortalama %6),
- Pasifagresif kişilik bozukluğu (%0-11.6 arasında, ortalama %6),
- Narsisistik kişilik bozukluğu (%0.7-17 arasında, ortalama %5.3),
- Bağımlı kişilik bozukluğu (%1.7-8.1 arasında, ortalama %4.6)
- Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (%0.7-10.7 arasında, ortalama %4.4)
- Histrionik kişilik bozukluğu (%1.4-11.9 arasında, ortalama %3.3)
- Şizoid kişilik bozukluğu (ortalama %1.3)
- Şizotipal kişilik bozukluğu (ortalama %0.6)

Ülkemizde yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, genelde alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun araştırıldığı dikkati çekmektedir (Evren, 2004). Alkol bağımlılarında herhangi bir kişilik bozukluğu ektanı sıklığının %22 olduğu, en sık II. eksen tanılarının antisosyal kişilik bozukluğu (%9), kaçınan kişilik bozukluğu (%6) ve bağımlı kişilik bozukluğu (%4) olduğu bildirilmiştir (İncesu, 1993). Türkçapar ve arkadaşları (1997) ise kişilik bozukluğu oranını %36 olarak saptadıkları çalışmalarında en yüksek oranın antisosyal kişilik bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Son iki yılda alkol bağımlılarında yapılan çalışmalarda kişilik bozukluğu oranı %27.3 ile 72.5 arasında değişmektedir.

Bu çalışmalarda en yüksek oran B kümesi (%21-55) için ve antisosyal kişilik bozukluğu (%16-37.5) için bulunmuştur (Eken ve ark. 2003, Kural, 2003, Öner ve ark. 2002, İnce ve ark. 2002). Karışık madde bağımlılarında genel kişilik bozukluğu oranı %42.4 iken, B kümesi için %37.9 ve antisosyal kişilik bozukluğu için %30.3 olarak saptanmıştır (Kural, 2003).

Kişilik bozukluğunun etkisi

Alkol madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmalarda saptanan ortak özellikler şunlardır:

- Alkol/madde kullanım sorunlarının daha şiddetlidir
- Daha yüksek oranda ya da şiddette tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar
- Bağımlılık erken yaşlarda gelişmektedir
- Bağımlılık hızlı ancak belirsiz bir seyir izlemektedir
- Alkolle ilgili tedavi arayışı erken yaşlardadır
- HIV enfeksiyonu için riskli davranışlar daha sıktır
- Yaşam boyu major depresyon ek tanısı yüksektir

Alkol madde kullanım bozukluğunda en sık görülen ikinci kişilik bozukluğu tanısı borderline kişilik bozukluğudur. Alkol madde kullanım bozukluğunda borderline kişilik bozukluğu görülme yaygınlığı %10 ila %30 arasında değişmektedir (Evren, 2004). Alkol madde

kullanım bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmalarda saptanan ortak özellikler şunlardır:

- Sıklıkla alkol ve sedatif/hipnotik kullanmaktadırlar
- Çok daha geniş yelpazede psikoaktif madde kullanmaktadırlar
- Daha gençtirler
- Daha fazla özkıyım girişimi öyküsü ve psikolojik sorunları vardır
- Daha dürtüsel, hostile ve olumsuz duygulanım ve zayıf baskı yetileri vardır
- Tedavide daha az kalırlar
- Tedavi sırasında daha sık madde kullanırlar

Ektanının seyir üstüne etkisi

Opiyat bağımlılarında kişilik bozukluğu olanların olmayanlara göre izlemede daha fazla madde kullanımı ve daha kötü psikiyatrik işlev gösterdikleri saptanmıştır. Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireyler yasal açıdan kötü seyir gösterirken, borderline kişilik bozukluğu olanlarda daha fazla oranda psikiyatrik ve alkol sorunları bulunmuştur. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar tedaviye daha şiddetli sorunlarla başvursalar ve takipte sorunları daha şiddetli olsa da, alkol/madde kullanımı da dahil bir çok alanda düzelme sağlanmaktadır (Evren, 2004).

B kümesi kişilik bozukluğu genel olarak kötü seyri belirlemektedir. alkol madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğunun relapsı arttırdığını bildirilmiştir. Tedavide kısa süreli kalmış ya da tedaviyi yarım bırakmış B kümesi patolojisi olan hastalar özellikle daha yüksek relaps riski göstermektedir. Madde bağımlılığında kişilik bozukluğu olanların tedaviyi yarım bırakma olasılıklarının 2 kat daha fazla bulunmuştur. Bunun temel olarak antisosyal kişilik bozukluğundan kaynaklandığını gözlenmiştir. Kişilik patolojisinden bağımsız olarak “değişim için motivasyon” tedavi seyrinin güçlü belirleyicisi olarak saptanmıştır (Project MATCH 1997).

Kişilik patolojisi, motivasyonu yüksek bireylerde değil, motivasyonu düşük bireylerde relapsın güçlü belirleyicisi olarak bulunmuştur. Yüksek yenilik arayışı olan madde bağımlılarında, düşük yenilik arayışı olanlara kıyasla tedaviyi yarım bırakma olasılıkları daha fazladır (Evren, 2004).

Tedavi

Alkol madde kullanım bozukluğu olan hastaların yapılandırılmış ve davranışsal yönelimli tedavi yaklaşımlarından daha fazla yararlandıkları bildirilmiştir. Diyalektik Davranış Terapisi (Dialectical Behavior Therapy) özellikle tekrarlayan kendine zarar verme girişimi olan, şiddetli borderline kişilik bozukluğu olan alkol madde bağımlılarında iyi bir seçenektir. İkili Odaklanmış Şema Terapisi ise (Dual Focus Schema Therapy) kısa süreli tedavilere yanıt vermeyen kişilik bozukluğu ek tanılı alkol madde kullanım bozukluğu olgularında daha etkili bulunmuştur (Verheul 2001).

6. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE MADDE KULLANIMI

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkati vermekte, sürdürmekte ve impulsif davranışları kontrol etmekte zorluğa yol açan bir hastalıktır. Okulda ve işte sorunlara sebep olur, aile üyeleri ve diğer insanlarla ilişkilerde gerilim yaratır. DEHB aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve impulsivite olmak üzere üç temel belirti kümesinde sınıflandırılabilir. Kognitif, sosyal ve akademik alanda bozulmalar yaratır. Bu alandaki bozulmalar ise organizasyon yapma, ders çalışma ve karar verme becerilerini olumsuz yönde etkiler. Alandaki uzmanlar ve araştırmacılar için zorlayıcı noktalardan biri DEHB'li olduğu teşhis edilen hastaların birbirlerinden çok farklılık göstermeleridir. Örneğin, bazıları yerinde duramaz ve arkadaşlarını rahatsız ederken, diğeri oldukça sessiz ve sıklıkla gündüz hayaline dalıyor olabilir; biri her şeyi birbirine karıştırıyor ve unutuparken, diğeri bir şeylerin olması için sonuna kadar bekliyor olamayabilir. Farklı belirtilerin ön plana çıkması farklı sebeplere ve dolayısıyla farklı tür tedavilere ihtiyaç duyulduğunun göstergesi olabilir.

DEHB 40 yıldan daha fazla bir süredir hiperkinetik reaksiyon, minimal beyin disfonksiyonu ve diğer adlarla bilinmektedir. Yaklaşık 60 yıl önce *dl*-amfetaminin hiperkinetik çocuklardaki yıkıcı davranışları azalttığı gözlemlendiğinden beri psikositümlanlar DEHB'da tedavi amaçlı kullanılmaktadır. DEHB'nun dünya genelindeki yaygınlığı %5'den biraz fazla olarak tahmin edilmektedir (Polanczyk ve ark., 2007)

Etiyoloji

PET scan ile elde edilen sonuçlar öncesinde ve halihazırda DEHB olan yetişkinlerin %8.1'inde serebral glikoz metabolizmasının kontrol grubuna göre daha düşük seviyede olduğunu, prefrontal kortekste ve premotor alanlarda büyük değişiklikler olduğunu göstermiştir (Zametkin ve ark., 1990). Temel/yürütücü (executive) fonksiyonlar üzerindeki potansiyel etki kişinin plan ve organizasyon yapma, detaylara ve talimatlara dikkatini verme, gereksiz bilgileri ayıklama ve sonuca götürecek plan yapma becerilerini etkileyebilir. Diğer çalışmalar dopaminerjik ve nonadrenejik sistemlerin DEHB'da dahil olduğu görüşünün desteklemektedir (Swanson ve ark. 2000, Volkow ve ark. 1998).

Diğer potansiyel etiyolojik arasında faktörler düşük doğum kilosu, doğum travması, beyin travması, fetüsdeki alkol sendromu, ağır metal zehirlenmesi, mineral ve vitamin eksikliği, yiyecek alerjileri, hamilelikte nikotine maruz kalmak sayılabilir. (Arnold, 1998, 1999)

Ektanı

DEHB olan çocuklar düşük okul başarısı, zayıf organizasyon ve ders çalışma becerisi, verilen görevleri ve ödevleri tamamlamakta zorluk gibi okul sorunları yaşarlar. DEHB olanlar zamanla ergenliğe ve erişkinliğe vardıklarında akademik, ailevi ve sosyal alanlarda işlevsizlik göstermeye devam ederler.

Ergenler ve yetişkinlerin %25 ila %40'ı, özellikle erken dönemde başlayan davranım bozukluğu olan erkekler, yıkıcı davranışlar veya anti-sosyal kişilik özellikleri sergilerler.

Bu bölüm Ceyda Yılmazçetin Eke tarafından yazılmıştır.

DEHB tanılı erişkinlerle yapılan çalışmalarda yüksek oranda madde kullanım bozukluklarına rastlanırken, madde kullanım bozukluğu olan erişkinlerle yapılan çalışmalarda geriye dönük veya şimdiki DEHB tanısının oldukça sık olduğu görülmektedir (Toksöz, Coşkunol, & Ercan, 1998). Ayrıca DEHB tanılı çocuklarla yapılan ileriye dönük izlem çalışmaları, DEHB tanılı çocukların madde kullanımını açısından artmış risk taşıdıklarını göstermektedir. Araba kazalarına, trafik kuralları ihlallerine, tütün ve yasadışı madde kullanımına dahil olma olasılıkları yüksektir. DEHB olan çocukların eğer çocukluk döneminde başlayan davranım bozukluğu rahatsızlıkları da varsa madde kullanım riskinin yüksek olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Mannuzza ve ark., 1991; Barkley ve ark., 1990, 1998).

DEHB ve Madde Kullanım Bozuklukları ile ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, her iki bozukluk arasında çok yönlü bir ilişki bulunduğu göze çarpmaktadır. Sigaraya başlama yaşı açısından çocukluk döneminde DEHB olan ile DEHB olmayanlar arasında bir fark bulunamazken sigaranın düzenli kullanımına başlaması açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. DEHB olanların %46'sı 17 yaşında düzenli kullanıma geçmişken, DEHB olmayanlarda bu oranın %24 olduğu bulunmuştur. DEHB olan ergenlerin %21'i kokain bağımlısı iken bu oran DEHB olmayanlarda %10 olarak tespit edilmiştir. (Lambert ve ark., 1998).

DEHB çocukların alkol ve madde kullanımı veya bağımlısı olması açısından yüksek risk altında olduğu düşünülmektedir. Çocukluktan erişkinliğe kadar yürütülen araştırmalarda DEHB'li çocukların DEHB'li olmayan çocuklara göre madde kötüye kullanımına geçiş oranının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak yetişkin madde kullanıcıları, özellikle kokain kullanıcıları ile yapılan çalışmalarda çocukluklarında yüksek oranda DEHB'si olanların bu rahatsızlıklarının teşhis edilmediği ve bu yüzden de tedavi edilmediği ortaya çıkmıştır.

DEHB'nin alkol ve madde kullanımı /bağımlılığı riskini neden arttırdığını öğrenmek için araştırmalar yapılmaktadır. İki olası açıklama önerilmektedir. İlki, hastalığın kendisinin bu durumdan sorumlu olduğudur. İkincisi, hastalığı tedavi etmek için kullanılan ilaçların sorumlu olduğu görüşüdür.

DEHB davranışsal terapiler ve sitümilan(uyarıcı) içeren reçeteler özellikle Ritalin (metilfenidat), Dexedrine ve Adderall ile tedavi edilen bir rahatsızlıktır. Bu tür terapiler genellikle semptomları azaltmaktadır, ancak klinik alanında çalışan bazı uzmanların çocuklara sitümilan içeren tedaviler sunulmasının onları sitümilan (uyarıcı) kullanmaya alıştıracığına ve bunun sonucu olarak da yasadışı sitümilanları (kokain ve metaanfetamin) kullanma olasılığını arttıracığına dair korkuları bulunmaktadır.

Diğer bir olasılık, DEHB tedavisinde sitümilan ilaçların kullanımının beyni sitümilan özelliklerin ödüllere karşı duyarlı hale getirdiği, bunun sonucu olarak da, yasadışı maddeleri kullanan hastaların daha büyük bir olasılıkla bu maddelere bağımlı hale geleceğidir.

DEHB için sitümilan ilaçlarla tedavi edilen bazı çocuklar iştah kaybı veya tikler gibi bazı olumsuz yan etkiler yaşarlar. Bazı klinisyenler çocuklara duygu durumunu uyaracak ilaçlar vermenin onları daha iyi hissetmek için ilaç almaya alıştıracığından ve böylece yasadışı ilaç kullanmak için daha fazla risk altında olabileceklerinden endişe etmektedirler.

Eğer DEHB'nin medikal tedavisindeki ilaçlar madde kullanım riskini arttırıyorsa, çocuğun yaşamı boyunca iyi bir etki bırakmaktansa daha fazla zararı dokunuyor anlamı ortaya

çıkılmaktadır. Ancak NIDA'nın desteği ile yapılan iki çalışma, medikal tedavinin DEHB'si olan madde kullanıcılarında problemden çok çözümün bir parçası olabileceğini göstermektedir.

Boston'da yapılan bir çalışmanın başında TCAs veya diğer sitümilanlarla tedavi edilen DEHB'li 56 erkek, tedavi almayan 19 DEHB'li ve DEHB'si olmayan 137 erkek madde kullanımı ve belirtileri açısından birbirleriyle karşılaştırılmıştır (Biederman ve ark., 1999) Çalışmaya alındıklarında 15 yaşında olan erkekler esrar, alkol, halüsinojen, sitümilan veya kokain kullanımı ve bağımlılığı açısından değerlendirildikten sonra 4 yıl boyunca takip edilmişlerdir. DEHB'yi medikal yöntemle tedavi etmenin alkol ve madde kötüye kullanımı eğilimini azalttığı gözlenmiştir. DEHB'si tedavi edilmeyen ergenlerin %75'i geçen dört yıl içerisinde bu maddeleri kullanmaya başlamışken, tedavi edilen ergenlerin sadece %25'i ve DEHB'si olmayan ergenlerin %18'i bu süre zarfında madde kullanmaya başlamışlardır. Yapılan çalışma, DEHB'nin tedavi edilmesinin madde kullanımı veya bağımlılık riskini %84 oranında azalttığını göstermiştir.

DEHB semptomlarının azalması çocukların aileleri ve arkadaşlarıyla daha iyi iletişim kurmasına ve okulda daha iyi performans sergilemesine yardımcı oluyor olabilir. Bu sayede okuldaki arkadaşları tarafından dalga geçilme ve reddedilme veya okulda başarısızlık yaşama olasılıkları daha düşük olmaktadır. Bu sebeple depresyon geliştirme ve depresyonlarını tedavi etmek için madde kullanma olasılıkları daha da azalmaktadır diye düşünülebilir. DEHB'si olan çocuklarda medikal tedavinin işe yaramasının bir diğer sebebi de medikal tedavinin DEHB'li çocukların impulsif olma eğilimlerini ve bu sayede madde kullanmak gibi riskli aktivitelerle meşgul olma olasılığını azaltması olabilir.

Çalışmalarda çocukluk dönemi DEHB'si olan kokain kullanıcısı yetişkinlerin, maddeyi ilk almaya başladıklarında konsantrasyon özelliklerinin arttığını, daha az impulsif ve daha sakin olduklarını rapor etmişlerdir. Bu durum, DEHB'li gençlerin kokain ve diğer sitümilanları reddedilmek ve başarısızlıktan kaynaklanan depresyonlarını değil; DEHB semptomlarını bir tür kendi kendine tedavi etmek amacıyla kullandıklarını düşündürmektedir.

Yapılan bir pilot çalışmada DEHB'si olan 12 kokain kullanıcılarına 12 hafta kadar metilfenidat verilmiştir (Levin ve ark., 1998). Hastalar ayrıca haftada bir olmak üzere bireysel olarak relapse önleme terapisine (madde kullanmalarını tetikleyecek durumları tespit etmek ve bu durumlardan kaçınmak için stratejiler geliştirme) girmişlerdir. Çalışmaya katılan 12 yetişkinden 7'si üç aylık bu çalışmayı tamamlamışlardır. Hastalar DEHB belirtilerinin, kokain kullanımının ve maddeyi arzulama oranlarının azaldığını belirtmişlerdir. Hastaların verdiği bu bilgiler yapılan idrar testleri ile de doğrulanmış; kokain kullanımlarının ciddi bir şekilde azaldığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalar DEHB'nun erken dönemde teşhis edilmesi, uygun medikal ve psikososyal terapilerin uygulanmasının önemine işaret etmektedir. DEHB'da ilaç tedavisinin korkulanı aksine etkisi olmasızlığını azaltma yönünde etki edeceğini düşündürmektedir.

7. İNTİHAR VE MADDE KULLANIMI

İntihar insanın öz benliğine bir saldırganlık ve yok etme eylemi olup, bireyin yaşamına istemli olarak son vermesidir. İntihar düşünceden davranışa uzanan bir süreçtir. İntihar etme süreci intihar düşünceleri ile başlar. Bu düşünceler genellikle “ölsem de kurtulsam” şeklindedir. Ancak intihar düşüncesi, daha sonra yapılacak olan intiharın hiçbir zaman ön belirtisi değildir. Ama sürecin ilk basamağıdır. Ardından intihar için plan yapma gelir. Kişi kendini öldürmek için planlar düşünmeye başlar. Yoğunlaşan bu düşünceler sonunda davranışa dönüşür ve kişi hayatını sonlandırır. Bir intihar davranışı kavramı dört farklı unsuru içermektedir. Bunlar;

- Kişinin intihar düşüncesi ve girişimlerini içeren intihar planının olması
- Kişinin yaşamını sona erdirmeye düşüncesinin ve intihar girişiminin olması
- Kişinin intihar düşüncesi ile çevresini tehdit etmesi
- İntihar davranışının tekrar edilebilir olması

İntihar girişimi için riskli durumlar bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla depresyon, madde ve alkol bağımlılığı, yalnız olma, yaşlılık ve daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma şeklinde belirtilmiştir (Winkins, 1970; Kiev, 1970).

Bağımlılık ve intihar davranışı

Alkol ve madde kullanımı olan kişilerde genel popülasyona göre intihar davranışı açısından yüksek risk altında olduğunu görülmektedir (Oyefeso ve ark., 1999; Kokkevi ve ark., 1997). Alkol ya da madde bağımlılığı olan kişilerde intihar davranışı riski normal popülasyona göre beş kat fazla olarak saptanmıştır (Gosh ve ark., 2003). Murphy ve Wetzel ise tüm intihar girişimlerinin yaklaşık dörtte birinin alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Alkol ve intihar davranışı

Araştırmalarda alkol kullanımı ile intihar davranışı riski arasında doğrusal bir bağlantı olduğu görülmüştür (Andreasson ve ark., 1988; Andreasson ve ark., 1991). Alkol bağımlılarında intihar davranışı riskinin normal popülasyona göre 6- 25 kat fazla olduğu ve alkol kötüye kullanımı olan kişilerde ise yaşam boyu intihar girişim sıklığı % 20-30 olduğu bulunmuştur (Vega ve ark. 1998). Cinsiyet açısından bakıldığında alkol kullanımı olan erkeklerde intihar oranı kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Gosh ve ark., 2003). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda alkol bağımlılarında intihar girişiminin %20-%26 arasında olduğunu görmekteyiz (Mırsal ve ark., 2001; Dilbaz ve Aytekin, 2003). Başka bir çalışmada ise tamamlanmış intiharlarda alkol kötüye kullanımının ya da bağımlılığının %35.4 olduğunu belirtmektedir (Ekici ve ark., 2001).

Madde ve intihar davranışı

Madde kullanımı olan kişilerin ölüm nedenleri arasında intihar davranışının önemli bir yer kapladığı görülmüştür (Rossow ve Lauritzen, 2001). Yapılan çalışmalar madde kötüye kullanımı ile intihar davranışı arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir (Dhossche ve

Bu bölüm Alper Aksoy tarafından yazılmıştır.

ark., 2000; Trezza ve Popp, 2000). Düzenli madde kötüye kullananların tamamlanmış intihar açısından genel psikiyatrik popülasyona göre iki kat kadar daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (Kokkevi ve ark., 1997). Başka bir çalışmada ise madde bağımlıları arasında intihar oranının genel popülasyona göre 20- 30 kez daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rossow, 1994).

Madde kullanıcılarında %20- 40 intihar oranı ve izlem çalışmalarında %3-35 oranında yaşam boyu intihar girişimi olduğu belirtilmiştir (Darke ve Ross, 2002). Çalışmalarda madde kötüye kullananlar arasında yaşam boyu intihar sıklığının oranın %15 ila 20 arasında olduğu, bu oranın %45'e kadar çıkabildiği bulunmuştur (Weis ve Stephens, 1992; Johnson ve Fridell, 1997; Cavaola ve Lavender,1999; Rossow ve Lauritzen, 2001). Madde kullanıcılarında en sık karşılaşılan intihar şekli olarak aşırı doz görünmektedir. Başka bir çalışmada ise aşırı doz ile intihar olguların %45'ini oluşturduğu saptanmıştır (Oyefeso ve ark., 1999).

İntihar davranışında kullanılan maddenin miktarı, maddenin tipinden daha önemli belirtilmiştir (Borges ve ark., 2000). Genç yaştaki intiharların % 10'unun eroin kullanıcısı olduğu ve eroin kullanımı olan kişilerde intihar riskinin 14 kat fazla olduğu görülmüştür (Johnson ve Fridell, 1997). Eroin bağımlıları ile yapılan çalışmalarda eroin kullanımı olanlar arasında intihar girişimi %35, intihar düşüncesi de %55 oranında bulunmuştur (Murphy ve ark., 1983; Appleby, 2000; Darke ve Ross, 2001). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda eroin bağımlılarının %27' sinde intihar girişimi,%70' sinde ise intihar düşüncesi olduğu belirtilmiştir (Koyuncu ve ark., 2003). Başka bir çalışma da ise intihar davranışı ve madde kullanımı arasındaki ilişki en fazla kokain kullanıcılarında olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada intihar düşüncesi ve girişiminin sıklığı ile madde kullanımı sıklığı ve şiddeti arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Cottler ve ark., 2005).

Madde bağımlılarının %25,2' sinde en az 1 kez intihar girişimi öyküsü saptanmıştır (Evren ve ark., 2001). Madde kullanıcıları ile yapılan başka bir çalışmada ise madde kullanımı olanların %24,7' sinde intihar girişimi olduğu bulunmuştur. Eroin kullananların %35'i; hap kullananların %34'ü; esrar kullananların %17,6' sı; uçucu madde kullananların %16,9'unda intihar girişimi öyküsü olduğu görülmüştür (Ögel ve ark., 1999).

İntihar girişiminde bulunan ya da intihar etmiş olgular üzerinde yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunan 311 kişinin %46'sında madde kötüye kullanım bozukluğu saptanmıştır (Dhossche ve ark., 2000) Başka bir çalışmada ise intihar girişimi olan 302 kişinin %16,2' sinin esrar kötüye kullandığı ya da bağımlısı olduğu bulunmuştur (Beautrais ve ark., 1999).

Risk etmenleri

Alkol ve madde bağımlılarında depresyon ve diğer ektanlı bozuklukların bulunması intihar ve intihar girişimi için önemli bir risk etmenidir (Darke ve Ross, 2002). Tamamlanmış intiharlarda yapılan bir çok çalışmada en sık rastlanan tanılar sırasıyla duygudurum bozuklukları ve alkol-madde kullanımındır(Conwell ve ark., 1999; Rudd ve ark., 1993).

İntihar eden madde bağımlılarının inceleyen bir çalışmada, major depresyon gibi ek psikiyatrik tanıların daha fazla olduğu, bağımlılık şiddetlerinin daha yüksek olduğu, daha fazla çeşit madde kötüye kullandıkları, alkol ve sedatif hipnotikleri daha yüksek oranda kötüye kullandıkları, nörotik ve borderline skorlarının yüksek olduğu görülmüştür (O'Boyle ve Brandon, 1998).

Alkolik ve depresif hastalarda stres etmenleri, alkol kötüye kullanımına bağlı intiharlarda ayrılık, ailesel sorunlar, maddi güçlükler ve işsizlik; ciddi tıbbi hastalık, çocukluk çağı travması, ailede intihar öyküsü, dürtüsellik ve yapay bozukluk olarak bildirilmiştir (Vega ve ark., 1993; Darke ve Ross, 2002). Ayrıca ayrılık, kabul edilmeme, işsizlik, yasal sorunlar eroin bağımlılarında intihar girişimi riskini arttırdığı belirtilmiştir (Haris ve Barraclough, 1997). Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile sosyal uyum güçlükleri olan kişilerin yaşamlarını intiharla sonlandırma riski yüksektir (Skog, 1991).

Sonuç

Alkol ve madde kullanımının intihar davranışı için bir risk faktörlerinden biri olduğu görülmektedir. Özellikle tekrar eden intihar girişimlerinde alkol ve madde kullanımı en önemli riskler arasında bulunmaktadır. Alkol ve madde kullanımı söz konusu olduğunda, bu durum kötüye kullanım ya da bağımlılık düzeyinde olmasa bile kişilerin intihar düşünceli sorgulanmalıdır.

8. DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı-dördüncü basımında disosiyatif bozuklukların başlıca özelliği genellikle bütünleşmiş bilinç, bellek, kimlik yada çevrenin algılanması işlevlerinin bozulmasıdır. Disosiyatif bozuklukların kapsadığı bozukluklar şunlardır:

- *Disosiyatif amnezi*: Genellikle travmatik olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama
- *Disosiyatif füğ*: Geçmiş anımsayamama, kişisel kimlik konfüzyonu ya da yeni bir kimliğe bürünmenin eşlik ettiği ani, birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitme
- *Disosiyatif kimlik bozukluğu*: Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde anımsayamamanın eşlik ettiği, iki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun kişinin davranışlarını yineleyen bir biçimde denetim altında tutması
- *Depersonalizasyon bozukluğu*: Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmayarak, kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığına ilişkin sürekli ya da yineleyen his
- *Başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk*: Önde gelen özelliği disosiyatif bir belirti olan ama herhangi özgül bir disosiyatif bozukluk ölçütünü karşılamayan bozukluklar için kullanılır.

Disosiyatif bozukluk tanısı için ne tür ölçekler kullanabiliriz?

Disosiyatif yaşantılar ölçeği (DYÖ): 28 soruluk kişinin kendi kendine dolduracağı geçerlik ve güvenilirliği çok yüksek olan bu ölçek tanı amaçlı değil ama tarama amaçlı kullanılır (Bernstein ve Putnam 1986, Carlson ve Putnam 1993). Puanlaması 0 ile 100 arasındadır. Türkçe çevriminin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Şar ve ark. 1997 ve 2000, Yargıç ve ark. 1995). Disosiyatif bozuklukları araştırmak için kesme noktası 30 olarak bulunmuştur (Yargıç ve ark 1995 ve 1998, Şar ve ark, 1997).

Disosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DBGÇ): 131 sorudan oluşan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir (Ross ve ark. 1989). Somatizasyon bozukluğu, major depresyon, borderline kişilik bozukluğu ve DSM-IV e göre beş disosiyatif bozukluğa tanı koyar. Bu çizelge ayrıca çocukluk çağı istismarlarını ve ihmali, ayrıca DKB ile ilişkili 11 Schneiderian belirti, 16 DKB ye bağlı ikincil özellikler ve 16 duyu ötesi yaşantıları da sorgular. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Yargıç ve ark. 1998).

DSM-IV Disosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D): DSM-IV ölçütlerine göre beş disosiyatif bozukluğa (depersonalizasyon, derealizasyon, amnezi, kimlik konfüzyonu ve kimlik değişimi) tanı koymak üzere oluşturulmuş yarı

yapılandırılmış görüşme çizelgesidir. Hem belirti alanlarını saptar, hem de belirtilerin şiddetini ölçer (Steinberg 1994). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2004).

Madde bağımlılığı ve disosiyatif bozukluklar arasındaki ilişki çok az gündeme gelen ve çoğu kez atlanılan bir ilişkidir. Bu konuda çok az epidemiyolojik çalışma vardır. Madde bağımlılığı disosiyatif bozukluk açısından tarama gerektiren bir hasta grubudur. Disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) şiddeti depresyon, intihar eğilimi, fobik anksiyete, somatizasyon ve borderline özellikler gibi işitsel varsanlarla birlikte psikotik bozukluklarla da bir arada görülür (Ellason ve Ross 1997). Psikiyatrik bir tanı ile birlikte madde kötüye kullanımını arasında doğrudan bir ilişki olduğuna dair genel kanı vardır (Marcou ve ark. 1998).

Genel olarak psikiyatrik tanı ne kadar şiddetli ise eşlik eden madde kullanım bozukluğu da o kadar şiddetlidir. Şiddetli, yineleyici ve erken yaşta yaşanan travmalar ile ilişkili olan DKB bu nedenle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile, TSSB ise madde kötü kullanımını ile (özellikle de alkol, kokain ve opiyat) yakından ilişkilidir (Pribor ve Dinwiddie 1992).

DKB ile çalışan pek çok klinisyen alkol ve madde bağımlılığının bu hastaların büyük bir çoğunluğunda görüldüğü konusunda hemfikirdirler. Bir çok olguda madde bağımlılığı şiddetlidir ve erken yaşta başlamaktadır (Ellason ve ark. 1996). Kluft (1996) DKB olan hastaların tedavisi ile ilgili yazdığı gözden geçirme yazısında madde kullanımının bu hasta grubunda önemli bir problem olduğunun ve bu hastalarla nasıl başa çıkılacağı ile ilgili bir bilgi bulunmadığını bildirmiştir. Bu durumla ilgili bazı açıklamalar yapılabilir. Ama en olası olan açıklama disosiyasyon ve madde bağımlılığı ile ilgili çalışmaların ayrı ayrı yapılmasından ve bu iki çalışma alanı arasında çok az diyalog kurulmasından kaynaklanmaktadır.

Disosiyatif bozukluklar ve madde bağımlılığı arasında önemli bağlantılar olduğu pek çok yazar tarafından söylenmekle beraber bu ilişkiyi inceleyen çok az sayıda sistematik çalışma vardır. Tedavi ile ilgili ise yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Dunn ve arkadaşları (1993) Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) kullanarak yaptıkları tarama çalışmasında 265 yatarak tedavi gören madde bağımlısı erkek hastada %41 oranında yüksek disosiyasyon skoru buldular. Ross ve arkadaşları (1992) ise DDIS kullanarak yaptıkları 100 kimyasal bağımlılığı olan hastada %39 oranında disosiyatif bozukluk buldular. Bu hastaların %14 ünde DKB saptadılar.

Yine Dunn ve arkadaşları (1995) Ross ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptıkları çalışmanın bir örneğini yaptılar ve 100 bağımlılığı olan hastada 15 kişide disosiyatif bozukluk saptadılar. 6 kişi de ise DKB vardı. Aradaki bu fark ilk çalışmada kadın hastaların fazlalığı ile açıklandı. Ancak bu çalışmaya 66 alkol bağımlılığı ve 34 madde bağımlılığı olan hasta dahil edilmişti ve 15 disosiyatif bozukluk tanısı konulan hastaların 10 tanesinde madde bağımlılığı 5 inde ise alkol bağımlılığı vardı. Bir başka deyişle alkol bağımlılığı olan hastalarda %8 ve madde bağımlılığı olanlarda ise %34 oranında disosiyatif bozukluk görülmüştü. Bir diğer çalışmada ise bağımlılarda görülen disosiyatif belirtilerin uzun süre alkol ve kokain kullanımına bağlı kronik artık bir etkiye bağlı olduğu ileri sürüldü (Wenzel ve ark. 1996).

Karadağ ve arkadaşlarının 2005 yılında yayınladıkları çalışmada ise DYGC ve SCID-D kullanıldı ve 215 alkol ve madde bağımlılığı olan hastada %17.2 oranında disosiyatif bozukluk saptandı. Disosiyatif bozukluğu olan hastaların (n:37) %73 ünde çoğul madde bağımlılığı, %23 ünde ise alkol bağımlılığı görüldü. Disosiyatif bozukluğu olan hastalar

olmayanlara göre hem daha gençler yani daha erken yaşta tedaviye başvuruyorlardı, hem de bırakma süreleri daha kısaydı. Yine disosiyatif bozukluğu olan hastalar birden fazla madde kullanıyorlardı. Çok sayıda disosiyatif bozukluğu olan madde bağımlısı hasta tedaviyi erken terk etmişti. Yaklaşık olguların %65 inde disosiyatif yaşantılar madde kullanımına başlamadan ortalama 3.6 yıl önce (1-11 yıl) başlamıştı. Bağımlılığı olan hastalarda kadın olmak, geçmişte intihar girişimlerinin varlığı ve çocukluk çağı duygusal istismar öyküsü bu hastalarda disosiyatif bozukluk gelişimini kestirmek için anlamlı bulundu.

Evren ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise alkol bağımlılığı olan 111 hastanın %9 unda disosiyatif bozukluk bulundu. Daha yeni yayınlanan diğer bir çalışmada ise (Schaefer ve ark 2007) alkol bağımlılığı olan 100 hastaya DYÖ ölçeği uygulanmış ve ortalama DYÖ puanları düşük bulunmuş ve disosiyasyon çocukluk çağı duygusal istismar öyküsü ile ilişkili bulunmuştur. Bu hastalarda bağımlılık disosiyasyonu olmayanlara göre daha erken yaşta başlamaktaydı.

Disosiyatif bozukluğun tedavi sürecindeki etkisi ile ilgili yayınlanan tek çalışmada Kolodner ve Frances (1993) 26 disosiyatif kimlik bozukluğu ya da başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk tanısı alan alkol ve madde bağımlılığı olan hasta ile ilgili klinik gözlemlerini yazmışlar ve bu iki ektanı alan hastada iki önemli klinik konuyu ön plana çıkarmışlardır. Birincisi *duygusal(emosyonel) acı*, diğeri *atipik nüksler*dir. Kimyasal bağımlılığı olan hastaların büyük çoğunluğunda sıkıntı hissi hasta tedaviye başladığında hızlıca ortadan kalkar. Madde bağımlılığına eşlik eden depresyon ya da anksiyete bozukluğu varsa bu hastalar depresyon yada anksiyete bozukluğu tedavi edilmedikçe kendilerini daha iyi hissetmezler. Ama eşlik eden disosiyatif bozukluk varsa alkol yada madde kullanımını kestikleri zaman kendilerini özellikle kötü hissederler. Bu hastaların bu emosyonel acıyı bastırabilmek için alkol veya madde kullandıkları düşünülebilir.

Atipik nükslere gelince başka bir ektanısı olmaya bağımlılarda nüksler çoğunlukla göreceli bir rahatlık ve klinik olarak düzelleme sırasında ortaya çıkar. Bu tür nükslerin altında genelde hastaların kendilerine aşırı güvenleri ve bağımlılıklarını inkar etmeleri yatar. Bu tipik nüktür. Bu hastalar genelde nükse neden olan duygusal ve durumsal olayları gayet net bir şekilde tanımlarlar. Bazı hastalar ise duygusal bir acı veya klinik olarak düzelmeyen görülmediği durumlarda nüks olurlar. Bu tarz nüksler özellikle geçmişteki istismarın anıları akla geldikçe oluşuyor gibi görünmektedir. Bir diğer atipik nüks şekli ise hasta nüksü kabul eder fakat ilk aldığı içkiyi hatırlamaz. Bu durum içme eylemini ev sahibi kişiliğin farkında olmadığı alter tarafından yapıldığı zaman ortaya çıkmaktadır. Bu tarz nüks öncesi hafıza boşlukları (blackout) içmeyi takiben tipik olarak oluşan hafıza boşlukları yaşayan hastalar tarafından anlaşılması zordur. Bu tarz duygusal acı ve buna bağlı atipik nüksler madde bağımlılığı ve disosiyatif bozukluğu olan hastalarda tedavi sürecini olumsuz etkilediğini belirtilmektedirler.

Sonuç olarak disosiyatif bozukluk ve madde bağımlılığı birlikteliği ile ilgili araştırılması gereken çok alan bulunmaktadır. Bağımlılık alanında çalışan hekimlerin, özellikle de madde bağımlılığında disosiyatif bozukluk olasılığın akılda tutmaları önemlidir. Bu alanda yapılan az sayıdaki çalışmalara rağmen disosiyatif bozukluk ektanısının varlığı sadece kesitsel olmayıp, tüm bağımlılık sürecinde maddeye başlamada, tedavi seyrinde, sonucunda etkili gibi durmaktadır.

9. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE MADDE KULLANIMI

Kendine zarar verme davranışı tekrarlayıcı, kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimdir. Kendine zarar verme davranışları sıklıkla bedeninin bir yerini sıkma, morartma, ısırma, kesici bir aletle kesme, yakma, eşyalara yumruk atma, kafasını duvara vurma gibi davranış örüntülerini içerir. Favazza (1992), kendine zarar verme davranışını tanımlamak için dört ölçüt oluşturmuştur. Bunlar:

1. Kendini kesme ya da yakma davranışlarından birisini sürekli tekrarlaması,
2. Kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması,
3. Fiziksel acıyla beraber rahatlama, zevk alma ve hoşuna gitme duygusunu yaşaması,
4. Utanma duygusu ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışmasıdır.

Kendine zarar verme davranışı 15-35 yaşları arasında görülen bir durum olup (Vinona ve ark., 1995; Chowanec ve ark., 1991), genellikle ergenlik döneminde başladığına dair görüş birliği vardır (Feldman, 1988; Favazza ve Conterio, 1989; Favazza ve Rosenthal, 1993; Ak ve ark., 1993; Herpetz, 1995). Kendine zarar verme davranışı genellikle 13-19 yaşlarında başladığı gözlemlenmiştir (Favazza ve Conterio, 1989). Genellikle ergenlik döneminde başlayan kendine zarar verme davranışının zamanla artma, azalma ya da süregelenleşme ile seyredip, birçok kişiye 10-15 yıl sonra sonlandığı görülmektedir (Tarlaci, 1996).

Kendini kesme davranışı kişinin geriye dönmesini, gerginlik, sıkıntı ve anksiyeteden kurtulmasını sağlamaktadır (Goldney ve Lester, 1997; Welsh, 1998). Kişiler yaşadıkları psikolojik sıkıntılarının artması sonucunda bu sıkıntıları kendilerine zarar vererek azalttıkları görülmektedir. Geçmişte yaşadıkları kötü olaylar ya da kendilerine zarar veren kişiler akıllarına geldiğinde öfkelerini ve kızgınlıklarını kendilerine zarar vererek azaltmaktadırlar. Miller (1994) ve Favazza (1996), kişilerin kendilerini kesme nedenlerini araştırmışlar ve kendini kesmeye neden olan etmenleri şöyle sıralamışlardır.

1. Boşluk duygusu, depresyon ve gerçekçi olmayan duygulardan uzaklaşmak.
2. Rahatlama duygusuna sahip olmak.
3. Duygusal acıları bastırmak.
4. Boşluk duygusundan uzaklaşarak kendilerinin yaşadıklarını göstermek.

Yaygınlık

Günümüzde 600 kişiden en az birinin kendini tedaviye gereksinim duyacak şekilde yaraladığı bildirilmiştir (Tantam ve Whittaker, 1992). Kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ile yapılan çalışmalara bakıldığında yıllara oranla farklılık olduğu gözlenmektedir. Genel popülasyonda %1 olarak saptamıştır. Klinik popülasyonda yapılan çalışmalarda ise %3 -%5 arasında görüldüğü belirtilmiştir (Philps ve Muzaffer 1961). Briere ve Gill' in 1998 yılında yaptıkları çalışmada ise kendine zarar verme davranışının yaygınlığını genel popülasyonda %4, klinik popülasyonda %21 olarak bulunmuştur.

Bu bölüm Alper Aksoy tarafından yazılmıştır.

Alkol/madde kullanımı ve kendine zarar verme

Madde kullanımı olan kişilerle yapılan çalışmalarda yüzeysel ve ya hafif derecede kendine zarar verme davranışı olduğu belirtilmiştir. Alkol bağımlılığı tedavisi gören 50 kadınla yapılan çalışmada yaklaşık %25' nin kendini kestiği bulunmuştur (Evans ve Lacey, 1992). Lacey (1993) kendine zarar verme davranışının ile madde kötüye kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Kendine zarar veren kişilerin %90'ın da madde kullanımı olduğu, çoğunun birden fazla madde kullandığı (%66.7) ve madde kullanımının büyük oranda (%71.1) bağımlılık düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Kendine zarar veren kişilerin, kendine zarar vermeyenlere göre daha küçük yaşlarda madde kullandığı belirlenmiştir (Tarlacı ve ark., 1997). Sokakta yaşayan çocuklarda ise madde kullanımı olan ve çocuklarda kendine zarar verme riskinin kullanmayanlara göre 6 kattan fazla olduğunu görülmüştür (Ögel ve ark., 2004).

21 kendini kesen kızla yapılan çalışmada bunların üçte birinin alkol ve madde kullanımı olduğu görülmüştür. 24 kendini kesen kızla yapılan bir başka çalışmada %50' inin alkol ve madde kullandığı görülmüştür. Anksiyete ve depresyon kendini kesme davranışını artırmaktadır ve kişiler kendilerini keserken genellikle hap kullanmaktadırlar (Shea, 1993).

3448 onuncu sınıf öğrencisiyle yapılan çalışmada öğrencilerin %36' sının kendini keserken madde etkisi altında olduğunu görülmüştür. Kendini keserken sürekli madde etkisi altında olan öğrenci sayısı ise %25.8 olarak bulunmuştur. Çalışmada kendine zarar verme davranışı olan öğrencilerin %73.5' inin alkol, %23.7' sinin uçucu maddeler, %23.4' ünün esrar, 21.4' ünün sakinleştirici haplar kullandığı görülmüştür (Aksoy, 2006). Madde kullanımı olan ve sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme riskinin kullanmayanlara göre 6 kattan fazla olduğunu görülmüştür. Sokakta yaşayan çocuklarla yapılan çalışmada kendine zarar verme davranışı gösteren çocuklarda madde kullanımı %76.4olarak bulunmuştur. Madde kullanımı olan çocukların kendine zarar verme davranışı riski kullanmayanlara göre 6 kattan daha çok olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada uçucu madde kullanan çocuklarda kendine zarar verme davranışı daha yüksek olarak bulunmuştur (Ögel ve Aksoy, 2005).

Ergenlerin ailelerinde alkol kullanımının olmasının kendine kesme üzerindeki etkisi araştırılmış. Annelerinde alkol kullanımı olan ergenlerde olmayanlara oranla 2.1 kat daha fazla kendini kesme riski olduğu bulunmuştur. Özellikle babada alkol kullanımının olması kendini kesme riskini 2.7 kat daha arttırdığı belirtilmiştir (Bijur ve ark., 1992). Aksoy' un çalışmasında kendine zarar veren öğrencilerin anne ve babasında alkol kullanımı %31.1, %58.4, ailede madde kullanımı %14.8, kardeşlerde madde kullanımı %15.5 ve yakın akrabalarda madde kullanımı %19.8 olarak saptanmıştır.

Sonuç

Kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Alkol ve madde kullanımı olan kişilerde kendine zarar verme davranışı olup olmadığı mutlaka sorgulanmalı ve tedavi edilmelidir.

10. ÇOCUKLUKTA YAŞANAN İSTİSMAR/İHMAL YAŞANTISI VE MADDE KULLANIMI

Çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal yaşantısının yetişkinlik dönemini önemli derecede etkilediği ve bu çocukluk deneyimlerinin çeşitli psikopatolojik durumların ortaya çıkmasında belirleyici olduğu bilinmektedir. İstismar ve ihmal yaşantısı ile çeşitli ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişki pek çok çalışmada gösterilmektedir. Bunlar arasında en sık görülen rahatsızlıklar, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer kaygı bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır. Genellikle, çeşitli madde kullanıcıları ile yapılan araştırmalarda çocukluk istismar yaşantısı sorgulanmakta ve bu grupta genel popülasyona göre istismar yaşantısının daha fazla bildirildiği bulunmaktadır. Bu çalışmaların çoğu kadınlar arasında yapılmakta ve en sıklıkla da cinsel istismar sorgulanmaktadır. Yine yapılan araştırmaların çoğunda, istismar yaşantısı başlangıcı, şiddeti ve sıklığı açısından nadiren ele alınmakta, bu değişkenlere ek olarak istismarın etkisini belirleyen önemli değişkenlerden bir diğeri olan psikosozyal desteğin varlığına da bakılmamaktadır. Ancak genel olarak söylemek gerekirse, daha erken yaşlarda başlayan, daha şiddetli ve tekrar eden, tüm bunlarla birlikte çocuğun destek alabileceği bir yakını da bulunmayan durumlarda bu yaşantının etkisi oldukça ağır olmaktadır.

İstismar ve ihmal yaşantısı ile madde kullanımı arasındaki ilişki

Literatürde, istismar ve ihmal yaşantısı ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran pek çok araştırma vardır ancak bu çalışmalar daha çok istismara odaklanmıştır. İhmal yaşantısının etkisinin ihmal edildiğini söylemek yanlış olmaz. Oysa ki, ihmal de oldukça ağır bir yaşantıdır ve etkileri çok yoğun olabilmektedir. İhmalin daha uzun süreli ve tekrarlayan bir deneyim olduğunu göz önünde bulundurduğumuzda, neden yoğun klinik tablolar ortaya çıkarabileceği daha anlaşılır olur. Ailenin çocuğu fiziksel, duygusal ve sosyal olarak ihmal etmesi, çocuğun aile dışındaki ilişkilerinde de belirleyici etkiler bırakır ve istismar olasılığını artırır. Özellikle son yıllarda yapılan bazı araştırmalardan veriler vermek, tabloyu anlamak için fikir verici olabilir.

Madde bağımlılığı olan ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM Kliniğinde tedavi gören erkeklerle yapılan bir araştırmada, intihar girişimi bulunan madde kullanıcılarının diğerlerine oranla çocukluklarında fiziksel ve duygusal istismar ya da ihmale daha fazla maruz kaldıkları, yaşam boyu kendilerine zarar verme davranışlarını daha fazla gösterdikleri ve madde kullanmaya daha erken yaşta başladıkları görülmüştür (Evren ve Evren, 2006).

Türkiye’de 9 ilde ve Kıbrıs’ta yapılan başka bir araştırmada uçucu madde kullanan kişilerin % 65.3’ünün çocukluğunda fiziksel istismara uğradığı görülmüştür (Evren, Ögel, Tamar ve Çakmak, 2001).

İstanbul’da sokakta yaşayan ergenlerle yapılan bir araştırmada, ergenlerin % 78.4’ü fiziksel şiddete, % 30.4’ü cinsel tacize, % 10.8’i tecavüze, % 35.6’sı ışkenceye uğradığını belirtmiştir. Aile içinde fiziksel şiddete maruz kalanlar % 72.8, cinsel istismara uğrayanlar % 12.1’dir.

Bu bölüm Harika Yücel tarafından yazılmıştır.

Aile içi ihmal ve cinsel istismar yaşantısı riski sokakta yaşayan kızlarda erkeklere oranla daha fazladır. Madde kullanan ergenlerde cinsel tacize uğrama riski daha fazladır (Ögel, Yücel ve Aksoy, 2004). Sokakta yaşayan çocuk ve ergenlerle yapılan pek çok araştırma çocuklukta istismar yaşantısıyla alkol-madde kullanımı arasında bir bağ olduğunu göstermektedir (Banerjee, 2001). Sokakta yaşayan 190 ergenle yapılan bir çalışmada ergenlerin cinsel istismar yaşantısı ile yüksek riskli cinsel davranışlarda bulunma, madde kullanımı, duygusal sıkıntı ve davranış problemleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Rotheram-Barus, Mahler, Kopman ve Langabeer, 1996).

Kanada'da madde kullanan 14 ila 24 yaş arasındaki gençlerle yapılan bir çalışmada, kızların yarısı, erkeklerin de %10 civarı cinsel istismar öyküsü olduğunu belirtmiştir. Kızların yine yarısı fiziksel istismara maruz kalmış olduğunu belirtirken, erkeklerin dörtte biri fiziksel istismar mağduru olduğunu bildirmiştir. Hem kızlar hem de erkekler arasındaki bu oran, genel popülasyonda görüldüğünden daha fazladır. İstismar yaşantısı olan kızlar ve erkekler, bu yaşantının etkileriyle baş edebilmek için madde kullandıklarını belirtmişlerdir; bu grup içinde intihar girişimi riski de daha fazladır. Ancak yine de, madde kullanım davranışını açıklayabilmek için diğer faktörlerin de ele alınması gerekliliği vurgulanmıştır (Ballon, Courbasson ve Smith, 2001). Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada, fiziksel ve cinsel istismarın birlikte yaşandığı durumlarda alkol-madde kullanımı olasılığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Bensley, Spieker, Van Eenwyk ve Schoder, 1998).

Alaska'da yapılan bir çalışmada, alkol ve madde kullanan 193 kadının %71.9'unun çocukluğunda fiziksel veya cinsel istismar yaşantısı olduğu görülmüştür (Brems ve Namyniuk, 2002). Alkol ve madde kullanımı ile diğer psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki etkaniya bakan başka bir çalışma da, çocuklukta cinsel istismar yaşantısı olan kişilerin çeşitli psikiyatrik sorunlar ve madde kullanım bozuklukları yaşama riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Martinez-Raga, Keaney, Marshall, Ball, Best ve Strang, 2002). Travma sonrası stres bozukluğunun madde kullanımı riskini arttırdığı yönünde de bulgular söz konusudur (Epstein, Saunders, Kilpatrick ve Resnick, 1998).

Macaristan'da 15-24 yaş arasındaki kadınlarla oldukça geniş bir popülasyon kullanılarak yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, fiziksel ve cinsel istismar yaşantısı madde kullanımı için bir risk faktörü olarak ele alınmış ve aralarındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların % 30'u yaşamları boyunca herhangi bir istismar deneyimine maruz kaldığını bildirmiştir. Maladaptif başa çıkma yollarını kullanma davranışları açısından bakıldığında, fiziksel istismar yaşantısı olan kadınların özellikle sakinleştirici kullanımına daha fazla başvurduğu bulunmuştur. Kadınlar arasında sigara ve alkol kullanımı ve/veya madde kullanım deneyiminin, istismar yaşantısı ile yakından bağlantılı olduğu görülmüştür (Csoboth, Birkas ve Purebl, 2003).

Avustralya'da 13-15 yaş arasındaki ergenlerle yapılan geniş çaplı bir kesitsel çalışmada, cinsel istismar yaşantısı olan 13 yaş grubu kızlarda ve 13-15 yaş arası erkeklerde madde kullanım riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Cinsel istismar yaşantısının, madde kullanımının yanı sıra antisosyal davranışlarla da bağlantılı olduğu görülmüştür (Bergen, Martin, Richardson, Allison ve Roeger, 2004).

Avustralya'da kadın madde kullanıcıları ile yapılan bir çalışmada, çocuklukta yaşanan cinsel istismarın, bağımlılığın şiddetinde belirleyici olmadığı görülmüştür. Ancak cinsel istismar öyküsü olan kadınlar, temel madde problemi olarak uyarıcı maddeleri (kokain ve amfetaminler) daha fazla bildirmektedir. Uyarıcı maddelere daha fazla başvurmanın, dikkat eksikliği tedavisinde olduğu gibi, yarattığı aşırı uyarılma üzerinde paradoksal bir etkiyi de

beraberinde getiriyor olabileceği düşünülmüştür. Aynı araştırmada, cinsel istismara maruz kalan kadınların, uçuçü madde kullanımına daha erken yaşta başvurduğu ve aşırı doza bağlı ilk zehirlenme yaşantısının daha erken yaşta gerçekteştiği bulunmuştur (Jarvis, Copeland ve Walton, 1998). Bu çalışmadaki en önemli bulgulardan biri de şudur: Halen madde kullanımı olan kadınların, ergenlik döneminde aile dışından biri tarafından cinsel istismara uğramış olduğu, madde kullanımına devam etmeyen kadınların ise cinsel istismara ergenlik öncesinde aile üyelerinden biri tarafından maruz kaldığıdır. Bu bulgu, ergenlikte yaşanan cinsel istismarın, madde kullanımı gibi riskli bir davranışa yönelme ve bu davranışı bir başa çıkma yolu olarak daha süreğen biçimde kullanma eğiliminde belirleyici olduğuna işaret etmektedir.

Daha erken yaşlarda istismara maruz kalan kişiler, başa çıkma yolu olarak başka birtakım yollar denerken, ergenlikte arkadaşı etkisiyle birlikte madde kullanımının başlıca baş etme yolu olarak görülebileceği yönünde bir tartışma yürütölmektedir. Bu bulgulara dayanarak, ergenlik döneminde sağlanacak psikolojik müdahalenin, alkol ve madde kullanımı için önleyici olabileceği düşünülmektedir.

A.B.D.'de madde kullanan kadınlarla yapılan bir çalışmada, çocuklukta cinsel istismara maruz kalmış kadınların diğerlerine oranla madde kullanımına daha erken yaşta başladığı bulunmuştur (Raghavan ve Kingston, 2006). Bu araştırmada, madde kullanımının yaşam boyu maruz kalınan travmatik yaşantılar üzerinde doğrudan bir etkisi bulunmamış, ancak çocuklukta yaşanan cinsel istismarın daha sonraki travmatik yaşantılarla karşılaşma riskini arttırdığı görölmüştür. Çocuklukta cinsel istismara maruz kalan bir çocuğun, aile içinde fiziksel ve duygusal istismar yaşama ve/veya ihmal edilmiş olma riskinin daha fazla olduğu ileri sürölebilir. Ailenin yeterli destek ve gözetim sağlayamadığı, koruyucu ve kollayıcı bir tutum sergileyemediği durumlarda, çocuğun cinsel istismara uğrama riski artacaktır. Böyle bir aile ortamında yetişen çocukların, ilerleyen yaşlarda riskli davranışlar sergilemeleri, bu tür arkadaş gruplarıyla takılmaları ve istismarda bulunma olasılığı daha yüksek olan kişilerle romantik ilişkiler geliştirmeleri daha olasıdır.

A.B.D.'de yeme bozukluğu gösteren kadınlarla yüz yüze yapılan bir araştırmada, bulimia nervosa ve madde bağımlılığı tanıların her ikisini birden alan kadınlarda cinsel istismara maruz kalmış olma oranının % 65 olduğu ve bu oranın kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgulara göre, bulimia nervosa, cinsel istismar yaşantısından ve madde kullanımının başladığı zamandan yaklaşık bir yıl sonra ortaya çıkmıştır. Madde bağımlılığı olmayan bulimia nervosa hastalarının ve ardından anoreksiya nervosa tanısı konmuş kadınların da, yeme bozukluğu olmayan kontrol grubuna göre yine daha yüksek oranda cinsel istismar öyküsü bildirdiği bulunmuştur (Deep, Lilenfeld, Plotnicov, Pollice ve Kaye, 1999). Bulimik özellikler gösteren kadınların daha dürtüsel olduğu ve madde kullanımı gibi diğer dürtüsel davranışları daha sık sergilediği ileri sürölmektedir. Dürtü kontrol zayıflığıının yanı sıra, riskli davranışların sonucunu önceden kestirebilmekteki güçlüklerin de, cinsel istismar mağduriyetiyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

Bulimia nervosa, bir beden rahatsızlığı olarak görölebileceği için, bedene yönelen cinsel istismarın nasıl böyle bir rahatsızlığa neden olabileceği hakkında fikir yürütölebilir. Cinsel istismar yaşantısı, çok yoğun bir öfke ve kızgınlık yarattığı için bu öfkenin kendine, bedenine yönelmesi de oldukça mümkündür. Bu bağlamda, yeme bozukluğu kendine yönelik bir kızgınlığın sonucu olarak görölebilir, bir nevi kendine zarar verme çabası. Madde kullanımına yönelme de, benzer bir dinamikle bağlantılı olabilir. Diğer yandan cinsel istismar yaşantısı, kişinin kendine yönelik bir öfke ve kızgınlık da yaratabilir; böyle bir yaşantının mağduru olmaktan dolayı suçluluk duyguları gelişebilir. Bu ağır kendini suçlama ve kendine öfke

sonucunda, kendini cezalandırma ve mahrum bırakma yolu olarak yemek yemekten vazgeçme ya da içindekileri dışarı çıkarmaya başvurulabilir. Cinsel istismar beden imgesini ciddi bir şekilde sarstığı için, bulimiada görülen bu imgedeki çarpıklık bağlantıyı başka bir yoldan da açıklamaktadır. Çeşitli uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin beden imgesinde yarattığı değişiklikler, maddeye yönelme nedeni de olabilir.

Cinsel istismar, özellikle erken yaşlarda gerçekleşmişse ve yoğunluğu da ağırsa duygusal olarak tahammül edilmesi, bir anlam verilmesi ve bu yaşantıyla duygusal bir mesafe alınabilmesi oldukça zor bir yaşantıdır. Bunun sonucunda, duygulanımlarına anlam vermekte, onları düzenlemekte ve modüle etmekte zorlanan bir kişiliğin gelişmesi olasıdır. Yeme ve madde kullanım bozuklukları, duygulanımlarını düzenleyemeyen, bunun yerine eyleme koymalarla kendini ifade eden kişilerin gösterdiği klinik tablolarıdır.

Madde kullanımıyla bağlantılı dinamikler

Çocukluk döneminde istismar ve ihmal içeren deneyimler bütünü, kişilik ve karakter yapısı üzerinde belirleyici etkiye sahip olmakta, çocuğun kendilik ve nesne temsillerini biçimlendirmekte, duygulanımları düzenleyebilme becerilerinin gelişimini sekteye uğratmakta, zihinsel tasarımılama yetisinin oluşmasını zorlaştırdığı için eyleme koymaların sık görüldüğü, dürtüsellüğün belirleyici olduğu klinik tablolar ortaya çıkabilmektedir. Çocuklukta ağır istismar ve ihmal deneyimlerinin, sınır kişilik örgütlenmesine neden olduğu bilinmektedir; madde kullanımı da sınır kişilik örgütlenmesine sahip bireylerde temelde dürtü kontrol problemlerine bağlı olarak daha çok görülmektedir (Jaffe, 2002).

Psikanalitik literatürde, madde kullanımı önceleri libidinal veya agresif dürtülerin boşalım sağlama yolu olarak formüle edilirken, daha sonraları açıklamalar çeşitlenmiş ve meselenin bu kadar basit olmadığı görülmüştür. Maddelerin çok çeşitli nedenlerle kullanılabilmesi bildirilirken, daha çağdaş yaklaşımlarda kendi kendini yatıştırma yöntemi olarak uyuşturucu ve uyarıcı maddelere başvuranın söz konusu olduğu vurgulanır olmuştur. Kohut ise, çocukluk döneminde idealize edilmiş kendilik nesnelere neden olduğu travmatik hayal kırıklıklarının sonucunda, kendilik nesnesi olarak işlev görebilecek birtakım nesnelere başvurulabileceğini belirtmiştir. Maddeler, pek çok durumda bu amaca hizmet ediyor olabilir (Brickman, 1988). Madde kullanımı, gelişimsel eksikliklerin sonucunda sıklıkla eksik olan bir içsel nesnenin yerine geçebilmekte, dürtülerini uygun şekilde baskılayamayan ya da erteleyemeyen kişiler için bir haz veren ya da yatıştıran nesne olmaktadır. Uyuşturucu ve uyarıcı maddeler, acı verici duygulanımları baskılayabilmek ve/veya duygusal olarak beslenme ihtiyacını doyurabilmektedir (Jaffe, 2002). İstismar ve ihmal yaşantılarının, hem acı verici hem de yalnızlık ve boşluk duygularını ortaya çıkardığını düşündüğümüzde, madde kullanımı arayışının nasıl şekillendiğini anlamak mümkün olabilir.

Çocuklukta gerçekleşmiş istismar ve ihmal yaşantıları, çoğu zaman yalnızlık, boşluk, çaresizlik ve değersizlik hislerinin oluşmasına ve bu duyguların iç dünyayı şekillendirmesine neden olmaktadır. Madde kullanımına yönelmek, bu içsel yalnızlık, çaresizlik ve değersizlik duygularıyla baş etme yollarından biri olabilmektedir. Bazen, ıssızlık duyguları karşısında bir kendini canlandırma çabası olarak karşımıza çıkabildiği gibi, bazen de değersizlik ve “kötü” biri olma duygularını azaltma ve ortadan kaldırmaya yönelik bir girim de olabilir. Madde kullanımı, kendini boş, değersiz ve beceriksiz biri olarak algılayan kişiler için, bu duyguların yarattığı ketlenme duygusunu azaltabilir. Yanı sıra, duygulanımları uygun bir şekilde yanıtlanamamış, teskin edilememiş olan bireyler, kendi duygulanımlarını düzenleyebilmekte zorlanmakta ve onu teskin edecek başka yollar bulabilmektedir.

Özelliklerine ve etkilerine göre madde seçimi

Psikanalitik bir açıdan bakıldığında, kullanılan maddelerin rast gele seçilmediği, tersine bazı maddelerin içsel birtakım ihtiyaçları karşılamak üzere tercih edildiği görülmektedir. Özellikle ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde başlayan madde kullanımı, arkadaş grubunun etkisiyle ve o sosyo-kültürel çevrede hangi maddelerin daha kolay ulaşılır olduğu ve daha yaygın kullanıldığına bağlı olarak değişmekle birlikte, hangi maddenin kullanılmasına devam ettiği ve bu maddelerin kullanım özellikleri hiç de gelişigüzel bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. Maddeler, dürtü kontrolünde sorunlar yaşayan kişilerin başvurdukları yollar olduğu kadar, çocuklukta olumsuz deneyimler sonucu yaşanan eksiklik duygusunu geçici de olsa gidermek, birtakım psikik bozuklukları telafi etmek ve onarmak üzere de kullanılabilir. Madde kullanımına bağlı olarak yaşanan gerileme durumunun kendisi de, kişiyi bir süre daha güvenli ve iyi hissettirebilir.

Wieder ve & Kaplan'ın (1969) vurguladığı üzere, uyuşturucu ve uyarıcı maddeler psikik bir nesne veya kısmi nesneyi temsil etmekte ve bir süreliğine onun yerine geçmektedir. Elbette, hiçbir madde tam olarak bir psikik nesnenin yerine geçemez ve bu eksikliği kapatamaz, ancak bir süreliğine böyle bir yanılsama yaratabilir. Fantezileri uyarıp, sonra da bu fantezilerde varolan nesneyi içe almaya yarıyor olabilir. Madde kullanımına başvurmak, olumsuz bir baş etme ve üstesinden gelme çabası olarak görülebilse de, büyüsel bir düşünceyle ilgili olduğunu söylemek daha doğru olur; o maddeyi aldığınızda kendinizin veya diğerlerinin ne olmasını ve nasıl olmasını istiyorsanız öyle olması gibi. Bu bağlamda madde kullanımı, çocuklukta maruz kalınan ihmal ve istismarın neden olduğu gelişimsel birtakım eksiklikler ya da bozukluklardan kaynaklandığında, geçici olarak eksikliği dolduran ya da düzeltici/protez bir işlev görmektedir.

Maddelerin nasıl bir etkide bulunduğu yanı sıra, maddeyi kullanım eyleminin bizatihi kendisi de psikik nesneyi veya benliği kontrol etme ve/veya saldırıda bulunma ve en azından kendilik veya öteki üzerinde bir etkide bulunma arzusunu doyurmaya hizmet ediyor olabilir. Maddeler çok çeşitli biçimlerde kullanılabilir; geçici, ara sıra, yinelemeli ve kronik olarak. Bazen gizlice kullanılabileceği gibi, eylem epey teşhirci bir biçimde de gerçekleşebilir. Madde alımı semptomları da iyicil ya da kötücül olmak üzere farklılaşabilir (Wieder ve Kaplan, 1969).

Esrar ve alkolün, düşük dozlarda kullanıldığında dürtü kontrolüne yarayan savunmaları azalttığı ve dürtü boşalımı sağladığı bilinmektedir. Her ikisi de, içsel ve dışsal algıyı değiştirir, duygu ve düşüncelerin derinliği artar, kişi daha aktif ve konuşkan olur. Bunun yanı sıra, zaman algısı ve beden imgesinde değişikliklere sebep olur. Bazı durumlarda, cinsel dürtüler ve düşmanca eğilimler eyleme dökülebilir (Wieder ve Kaplan, 1969). Tüm bu etkiler, kişilik yapısına ve genel eğilimlere göre nicelik ve nitelik bakımından değişkenlik gösterir. Alkol ve esrarın, inhibisyonlarından kurtulmak isteyen kişilerce daha çok tercih edilebileceği düşünülebilir.

LSD ve benzer maddeler, kendilik ve nesne temsillerine olan yatırımları etkileyerek beden imgesinde değişiklikler ortaya çıkarabilmektedir. Nesne ve kendilik arasındaki sınırları azaltarak bir füzyon yaratmakta, depersonalizasyon, halüsinasyon, delüzyonel düşüncelere neden olabilmektedir. Kaybedilen nesnelere yeniden bir bütün olma fantezilerini doyurmakta

ve bu nedenle tekrar kullanım arzusu kendini gösterebilmektedir (Wieder ve Kaplan, 1969). Bu maddelerin, derin içsel yaralanmalar karşısında, baş etmek çok zor olduğu için kaybı inkar edip bunu olmamış gibi geri sarma eğilimi sonucunda daha sık kullanıldığı düşünülebilir. Bu maddelerin yarattığı halüsinasyonlar ve delüzyonlar, gerçeklik ilkesinin askıya alındığı bir tablo ortaya çıkarmaktadır.

Opium ve türevleri de dış gerçeklik üzerinde ciddi bir etkiye sahiptir. Bir uyuşukluk hissi yaratarak dış gerçeklikten çekilmeyi beraberinde getirmekte, bir tamlik duygusuyla birlikte doygunluk hissi yaratmakta, tümgüçlü fantezilere yapılan yatırımları arttırarak büyüsel bir arzu doyumunu ve kendini gerçekleştirme hissini ortaya çıkarabilmektedir (Wieder ve Kaplan, 1969).

Amfetamin, metedrin ve kokain gibi maddeler ise dürtülerin farkındalığını arttırır, özsaygıyı belirgin biçimde şişirir, engellenme ve hayal kırıklığına tahammül düzeyini yükseltir ve bunların sonucunda kullanan kişiler daha girişken davranmaya başlarlar. Bu kategorideki maddeler, yargılamayı ciddi biçimde bozar (Wieder ve Kaplan, 1969).

Maddelerin bu özelliklerine bakıldığında, bir kez kullanılan maddenin neden kullanılmaya devam ettiğini anlamak ve bu davranışın da kişinin içsel dinamikleriyle bağlantısını keşfetmeye çalışmak mümkün olabilir. Maddenin kendi özellikleri kadar, kişinin madde kullanım örtütüsünü anlamak da çok önemlidir. Terapi sürecinde de, hem maddenin özelliklerinin hem de kişinin maddeyle ilişki kurma biçiminin nelerden etkilendiği ve kişinin yaşamında nasıl bir rolü olduğunu anlamak önemlidir. Kişinin yaşam öyküsü içinde maddenin nasıl bir işlevi olduğunu anlamak, özelde de madde kullanımının ihmal ve istismar yaşantısının etkileriyle bağlantısını keşfetmek oldukça yararlı olacaktır. Ancak, bir terapi sürecinin mümkün olabilmesi için madde kötüye kullanım veya bağımlılığına yönelik ilk müdahalelerin yapılması çoğu zaman şarttır..

Tedavi

Madde kullanımı nedeniyle başvuran kişileri değerlendirirken ve tedavi veya terapi sürecini planlarken, başka pek çok değişkenin yanı sıra istismar ve ihmal yaşantısına bağlı olarak gelişen yapısal zorlukları da anlamak çok önemlidir. Bu, klinisyene daha geniş bir kavrayış sağlarken, tedavinin yalnızca madde kullanımına odaklanmak ya da onu ortadan kaldırmakla sınırlı olmayacağını da görme fırsatı sunar. Gerçekten de, madde kullanım bozukluklarında uzun dönemli bir müdahale çoğu zaman gerekli olmakta ve bu süreçte kişiyi madde kullanmaya iten nedenleri anlamak ve değiştirmek gerekmektedir. Madde kullanımını ortadan kaldırmak için yapılacak müdahalelerin yalnızca semptomlara odaklanmak yerine altta yatan dinamikleri de göz önünde bulundurması önemlidir. Çoğu zaman, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığını tedavi etmek yaşamsal açıdan önceliklidir. Bu, aynı zamanda, altta yatan dinamiklere odaklanacak terapi sürecini başlatmak açısından da önemli olacaktır. Araştırma sonuçlarının ışığında, ergenlik döneminde erken tanı ve uzun süreli terapi sürecinin önemini vurgulamak da yerinde olur.

11. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB) VE MADDE KULLANIMI

TSSB travmatik bir olayın ardından, özgün bir takım belirtilerin gelişmesiyle giden bir anksiyete bozukluğudur. Kişi, gerçek bir ölüm ya da tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir. Travmatik olay sonrası ortaya çıkan özgün belirtileri travmatik olayı çeşitli biçimlerde yeniden yaşıyor olmak; travmaya eşlik eden hatırlatıcı uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki düzeyinde artmış uyarılmışlık olmak üzere üç ana boyutta toplanabilir. Belirtiler 3 aydan kısa sürerse akut, 3 ay veya daha fazla sürerse kronik olarak tanımlanmaktadır. Belirtilerin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin diğer önemli alanlarında bozulmaya neden olması gerekir.

Travmatik olayları doğal yollarla ve insan eliyle meydana gelen olaylar olmak üzere iki sınıfta toplanır. İnsan eliyle meydana gelen olaylar da kendi içinde kaza ile olanlar ve bilerek-amaçlı olarak yapılanlar olarak ikiye ayrılır.

I- Doğal yolla meydana gelenler

- Deprem
- Sel
- Kasırga
- Yanardağ Patlaması; vb...

II- İnsan eliyle meydana gelenler

a- Kaza ile Olanlar

- Grizu Patlaması
- Trafik, Tren, Uçak ve Deniz kazaları
- Yangın, Tüp ve Doğalgaz patlaması
- Nükleer kazalar vb.

b- Bilerek ve amaçlı olarak yapılanlar

- Savaşlar – Soykırımlar
- Kitle katliamları – Toplama kampları
- Tecavüz – Taciz
- İşkence
- Her türlü şiddet
- Terör eylemleri vb

Bu tanımlama kategorisinin dışında ihmal, terk, yakın kaybı, aldatılma, sistematik aşağılama gibi yaşantılarda da travmatik yaşantılar olarak tanımlanabilir. TSSB gelişmesi açısından en önemli etmen karşılaşılan travmanın şiddetidir. Stresörün şiddeti büyükse TSSB'nin gelişme olasılığı da artmaktadır. Travmanın nesnel şiddetinin ötesinde bunun birey tarafından algılanma şekli de önemlidir. Aynı duruma maruz kalan bireylerin algı biçimleri, o olayın "şiddetini" tanımlamalarını dolayısıyla da olaydan etkilenme ağırlığını belirleyecek bir faktördür.

Bu bölüm Ceyda Yılmazçetin Eke tarafından yazılmıştır.

Travmatik deneyiminin şiddetini ve TSSB gelişmesini etkileyen faktörler arasında ölümcül tehlike atlama, yaralanma ve zulme katılma ya da bunlara tanık olma, ailede psikiyatrik hastalık ve/veya çocukluk çağında uyum sorunları öyküsü olması, geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü, erken yaşta cinsel ya da başka çocukluk çağı travması bulunması, ergenlik dönemi davranış bozukluğu öyküsü, travmatik olay öncesi ve sonrası dönemdeki yaşam stresleri; kişilik özellikleri, kendini koruma ve başa çıkma potansiyelinin olup olmadığı ve olaya ilişkin irrasyonel düşünceler, olay açığa çıktıktan sonra kişinin aileden, sosyal ve devlet kurumlarından destek görüp görmediği vb. sayılabilir. Bütün bu faktörler travmaya bağlı gelişecek tabloyu etkilemektedir.

TSSB eşlik eden rahatsızlıklarından biri post-travmatik depresyondur. Travmatik yaşantıların ardından oldukça yüksek oranda majör depresyon ortaya çıkmaktadır. Bir diğeri yaygın anksiyete bozukluğudur. TSSB'ye de yol açabilecek bir stres etkeninin ardından, hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma ya da ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış gibi psikotik semptomlardan birinin bulunduğu kısa psikotik bozukluk tablosu da gözükülebilir. Dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ dissosiyatif kimlik bozukluğu da sıklıkla TSSB ile birlikte gözlemlenebilir. Depersonalizasyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu da TSSB'ye eşlik edebilir.

Alkol - madde kullanımı ve TSSB

TSSB'lerine eşlik eden bir diğer sorun ise alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır. Olayın oluşturduğu olumsuz duyguları azaltmak, acıyla başa çıkmak veya unutmak amacıyla kullanılan alkol ve maddeler, travmanın çözümlenmesi işlemini geciktirmektedir. Yaşanılan olayın birey tarafından bilgi işleme sürecine alınabilmesi ve bireyin yaşamının geçmiş bir parçası durumuna getirebilmesini geciktiren alkol ve madde kullanımı, travmatik stres belirtileriyle başa çıkma yollarının öğrenilmesine de engel olmaktadır. Geçici bir rahatlama sağlayan bu maddeler, bireyin yaşadığı olaya anlam verebilmesini ve iyileşme sürecini geciktirici etki yapmaktadır. Bu amaçla kullanılan maddeler bir süre sonra bağımlılık riskini de beraberinde getirmektedir.

Bağımlılığın gelişmesine nelerin sebep olduğuna dair birçok teori mevcuttur. Bağımlı davranışları için genetik mekanizmalar en favori açıklamalardan biridir. Alkolik babaların oğullarının alkolü kötüye kullanma olasılığı ve diğer maddeleri kullanmaya dair yatkınlığı diğerine göre daha fazladır. Bağımlılık teorilerinden bir diğeri de madde veya alkol kötüye kullanan kişilerin beyin kimyalarında, özellikle beynin ödül sistemlerinde bir yetersizlik/yoksunluk olduğunu varsaymaktadır. Bir çok insan sezgisel olarak madde kullanımının "self-medikasyon" kısmını fark etmekte, özellikle stres altındayken maddelerin tek tek veya kombinasyon halinde kullanımının, belli zihin ve duygu durumu uyarıcı etkisini keşfetmektedir.

Madde kullanım bozukluğunun gelişimine sebep olan ancak popüler yayınlarda pek sık görünmeyen bir faktör de alkol-madde ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki yakın ilişkidir. Travmatik bir deneyime maruz kalmak, madde veya alkol kötüye kullanımının gelişme riskini arttırmaktadır. Fiziksel veya cinsel taciz, aile içi şiddet, doğal afetler, araba kazaları, travmatik bir kayıp, savaş veya diğer felaketler gibi travmatik olaylar madde kullanımına ve bağımlılığın yönlendirebilir. Savaş travmasının yüksek oranda madde kullanım bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle yüksek seviyede stresi olan askerlerin stres seviyesi düşük askerlere göre daha fazla kimyasal madde kullanımı veya

bağımlısı olması TSSB ile bağlantılı nörobiyolojik uyarılmaların bu kişileri madde kullanımına daha yatkın hale getirdiğine işaret etmektedir (Friedman, 1990). Sadece insan eliyle oluşan travmatik durumların değil, doğal afetler sonrasında da madde kullanımının yükseldiği görülmektedir (Grace ve ark., 1993).

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, erken dönemdeki psikososyal stres faktörleri (anne-baba kaybı veya istismar vb) ile yetişkinlik dönemindeki depresyon, anksiyete, impulsif davranışlar ve madde bağımlılığı riskleri arasında güçlü bir ilişki bulmuştur. Madde kullanıcıları bireylerin %30 ila %60 arasındakinin ektanı olarak TSSB kriterlerini karşıladıkları belirtilmiştir (NIDA, 2006). Madde kullanımı olan TSSB'li hastaların, madde kullanımı olmayan TSSB hastalarına göre TSSB semptomları açısından daha fazla zorluk/sıkıntı yaşadıklarına işaret edilmiştir.

Bir başka çalışma TSSB hastalarının %80'nin özellikle major depresyon, anksiyete bozukluğu, somatik ve madde bağımlılığı rahatsızlıklarından en az birini yaşadığını göstermiştir (Asmundson et al, 2002).

Avustralya'da opiyat tedavisindeki 615 hasta ile yapılan çalışmada, travmatik bir olaya maruz kalanların oranı %92, yaşam boyu TSSB yaygınlığı ise %41 olarak tespit edilmiştir (Mills ve ark., 2005). Kadın ve erkekler arasında travma yaşama açısından bariz bir fark yokken (kadınlarda %89 ve erkeklerde %93), kadınların yaşam boyu TSSB geçirme oranlarının %61, erkeklerinin ise %37 olduğu bulunmuştur. Çalışmalar özellikle opiyat bağımlılarında TSSB yaygınlığının yüksek olduğuna ve bu durumun tedavi kısmındaki uzmanlar için bir zorluk oluşturacağına işaret etmektedir.

İnsan eliyle meydana gelen travmatik yaşantıların alkol-madde kullanımı üzerindeki etkisine biri durumda şiddettir. Dayak yiyen kadınların yaklaşık 15 kat daha fazla alkol kötüye kullanımı olmaktadır (Salasin veRich, 1993). Bir çalışmada cinsel taciz mağduru kişilerin %27'sinde alkol kötüye kullanımı, %21'inde madde kullanımı öyküsü olduğu görülmüştür (Green, 1993). Yapılan bir çalışmada madde bağımlılığı tedavi programındaki kadınların yaklaşık %50-60'nın ve erkeklerin %20'nin çocukluğunda cinsel taciz yaşamış olduğu rapor edilmiştir (Matsakis, 1994). Bu tür bir programdaki erkeklerin %80'inin ve kadınların %69'unun çocukluklarında fiziksel tacize maruz kaldıkları belirtilmiştir. Çocukluk çağı taciz veya ihmal öyküsü madde kullanımına ve bu oranın artmasına sebep olan önemli faktörlerden biridir.

Çocukluk çağı tecavüzünün kadınlardaki alkol kötüye kullanım semptomlarını arttırdığına, çocukluk çağı tecavüzü ile TSSB ve TSSB'den alkol kötüye kullanımına giden yol arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (Epstein ve ark, 1998). Madde bağımlılığı ve TSSB'si olan kadınların klinik özellikleri incelendiğinde, hem çocuk hem de yetişkin olarak kötü yaşam koşulları, daha fazla suça yönelik davranış, yaşam boyu intihar girişimi sayısının ve madde sorununa sahip kardeş sayısının fazla olması gibi ikili tanısı olan kadın hastaların daha ciddi bir klinik profile sahip olduğu görülmüştür (Najavits, Weiss and Shaw, 1999).

Geçmişinde travmatize edilmiş yetişkinler değil, ergenler de büyük bir risk altındadır. Madde kullanan ergenlerde travmatik olay deneyimleri madde kullanmayan ergenlere göre daha yaygın olarak görülebilmektedir. Fiziksel ve /veya cinsel olarak saldırıya uğrayan, şiddete tanık olan veya ailesinde madde ve alkol kötüye kullanımı olan ergenlerde TSSB'nin varlığıyla esrar ve daha ağır maddelerin kullanımı veya bağımlılığı riski artmaktadır (Kilpatrick ve ark., 2000).

Ergenler travma sonrası stres yaşadıklarında yaslarını, umutsuzluklarını, depresyonunu, fizyolojik uyarılmasını, anksiyetesini vb duygularını kendi kendine tedavi etmek veya bu duygularla o an için başa çıkabilmek için alkol içebilir veya madde kullanabilirler. Akran gruplarına uymak, izolasyon duygularıyla mücadele etmek veya travmatik bir olayın hatırlatıcıları ile karşılaştıklarında hiçbir şey hissetmemek için de ergenler bu maddeleri kullanmaya başlayabilirler veya kullandıkları maddenin dozunu arttırabilirler.

Madde kullanan gencin travmatik bir deneyimle başa çıkabilmesi daha zordur ve bunun bir sonucu olarak da sorunla bağlantılı olarak işlevsizlik ortaya çıkması daha olasıdır. Esrar kullanımı ve özellikle düzenli ya da yoğun esrar kullanımı ile ergenlerin yasadışı diğer maddelerin kullanımı, suç davranışı, depresyon veya intihar davranışları gibi sorunları arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Fergusson ve ark., 2002). Çalışmalar okul çağındaki çocuklar arasında esrar kullanımının önemine ve bu çağda yaratabileceği zararlara dikkat çeker niteliktedir.

TSSB kriterlerini karşılayan ergen erkeklerin %29.7'sinin ve kızların % 24.4'nün aynı zamanda madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğu tespit edilmiştir (Kilpatrick, Ruggiero, Aciermo, Saunders, Resnickve Best, 2003). Madde bağımlılığı kriterlerini karşılayan erkeklerin %13.5'nin ve kızların %24.8'nin aynı zamanda TSSB semptomlarını karşıladıkları görülmüştür.

Diamond ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada esrar kullanımı veya bağımlılığı sebebiyle ayaktan tedavi alan ergenlerin %14'nün TSSB semptomlarını karşıladıkları bulunmuştur.

Yeni Zelanda'da ergenlerle yapılan bir başka çalışmada madde bağımlılığı olan ergenlerin yaklaşık % 35'inin ev içi şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Fergusson ve Horwood, 1998). Bir başka çalışmada madde bağımlılığı tedavisindeki ergenlerin %71'nin maruz kaldıkları travmatik bir olayı rapor ettikleri belirlenmiştir (Funk, McDermeit, Godley, & Adams, 2003).

Madde bağımlılığı tedavisindeki ergenlerle yapılan bir başka çalışmada ise yaşam boyu TSSB yaygınlığı %29.6 olarak tespit edilmiştir (Deykin ve Buke, 1997). Bu oranın erkeklerde %24.3, kızlarda ise %45.3 olduğu belirlenmiştir. TSSB tanısı olanların yaygınlığı %19.2'i olduğu, bu oranın erkeklerde %12.2 ve kızlarda ise %40 olduğu görülmüştür. Yaşam boyu travmatik bir olaya maruz kalma ise yaygınlığı erkeklerde %73, kızlarda ise %80 olarak tespit edilmiştir (Deykin ve Buke, 1997).

Travmatik veya aşırı stresli yaşantılar alkol ve madde kullanımının başlamasını, devamını ve/veya relaps sürecini etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak durmaya devam etmektedir. Travma veya kronik/ağır stres durumları, kişinin self medikasyon amacıyla alkol veya madde kullanma olasılığını arttırmaktadır. Bu risk durumlarına karşın kişinin madde kullanımına başlamaması, eğer bırakmış ise yeniden başlamaması ve kullanılan maddenin bırakılması için sadece alkol veya madde kullanım bozuklukları ile değil; travmatik anılar, stres yüklü yaşantılar, çevresel ve psikososyal tetikleyiciler ile çalışmak gerekmektedir.

Yapılan tüm çalışmalar aynı zamanda 1980'lerde dünyada ön plana çıkan "Hayır De" önleme sloganının günümüzde yeterli olmayacağına ve hatta çalışmayacağına işaret etmektedir. Şiddete uzun süre maruz kalmanın fizyolojik etkisi altında bulunmuş ciddi düzeyde madde bağımlılığı olan insanların temiz/ayık kalabilmesinin yolu geçmişinde meydana gelen

olaylarla başa çıkabilmesi olarak gözükmektedir. Bu sebeple madde kullanımının zararları üzerinde konferans vermenin zarar görmüş veya görmekte olan çocukların madde kullanımını önlemek için yeterli olmayacaktır. Özellikle gelişim çağında kriz durumları ile başa çıkabilmekte gerekli olan becerilere yönelik programlarla beraber önleme çalışmalarının yürütülmesi daha yararlı olacak gibi gözükmektedir.

