

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**BAĞIMLILIKTA BİR RİSK FAKTÖRÜ OLAN ÖRSELENMENİN ÖĞRENME VE
BELLEK SİSTEMİ ÜZERİNE ETKİSİ VARDIR**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Noorjahan SERARSLAN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ

İZMİR
2022

ÖN SÖZ

Asistanlık sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız **Prof. Dr. Tezan BİLDİK** başta olmak üzere, saygıdeğer hocalarım, **Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN**, **Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN**, **Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ**, **Doç. Dr. Sezen KÖSE** ve **Uzm. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN'a**

Tez aşamasında sabır ve ilgi ile yaklaşan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan **Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ'ye**

Asistanlık eğitimim boyunca her aşamada yanımda olan başta sevgili arkadaşlarım **Uzm. Dr. Hasan Akın TAHILLIOĞLU**, **Uzm. Dr. Didem ÇELİK**, **Dr. Hasibe ARAS**, **Dr. Zeynep Gökçe ERKAN İDRİS**, **Dr. Tuğçe ÖZCAN**, **Dr. Samira HÜSEYNOVA**, **Dr. Faik AZİZOV'a** olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Çalışma süreci boyunca psikometrik testler konusunda bana destek veren Psikolog Dr. Hande KESİKÇİ, Psiklog Dr. Nagihan DEMİREL ve Psikolog. Dr. Hande ÇALIKAY'a

Olgu hazırlama aşamasında yardımcı olan **Şaziye YILDIRIM** ve **Kadriye SARICA'ya**

Ve hayatım boyunca her zaman yanımda olduklarını hissettiren ve beni her zaman destekleyen **canım aileme**,

Her zaman verdiği bitmez tükenmez motivasyon ve tezimin, gerek içerik gerekse format konusunda verdiği destek için eşim **Dr. Benan SERARSLAN'a**

Tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Dr. Noorjahan Serarslan, İzmir, 24.01.2022

KISALTMALAR

- EÜTF ÇERSH ABD: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- EÜTF EGEBAAM: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
- DSM-V: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- AB: Avrupa Birliği
- UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
- ESPAD: Avrupa Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Ojul Anketi Projesi
- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
- MKB: Madde Kullanım Bozukluğu
- MDMA: 3,4-metilendioksimetamfetamin
- LSD: Liserjik Asid Dietilamid
- ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları
- SDVF: Sosyodemografik Veri Formu
- ÇDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe
- ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
- DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- KOKGB: Karşı Olma ve Karşı Gelme Bozukluğu
- DB: Davranım Bozukluğu
- MDB: Major Depresyon Bozukluk
- TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluk
- OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
- GABA: Gama aminobütirik asit
- VMAT2: Veziküler monoamin taşıyıcı
- NİS-4: Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect
- CP: Fensiklidin
- dmPFC: Dorsomedial prefrontal korteks

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Nitel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler	40
Tablo 2. Nicel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	44
Tablo 3. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının yaşlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	45
Tablo 4. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının cinsiyetlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	45
Tablo 5. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının okul durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	46
Tablo 6. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının sınıf tekrar açısından tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	47
Tablo 7. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının özel eğitim durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	47
Tablo 8. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının çalışma durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	48
Tablo 9. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının alkol-madde başlangıç yaşı açısından tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	48
Tablo 10. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının alkol-madde kullanım süresine göre tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	49
Tablo 11. Nitel değişkenlerin MKB ve MKB-ÇÇT grupları içindeki dağılımı ve karşılaştırma sonuçları	49
Tablo 12. MKB ve MKB-ÇÇT gruplarında şimdi ve eskiden ek psikiyatrik öykü varlığı dağılımı ve karşılaştırma sonuçları.....	50
Tablo 13. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının anne yaşına göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları.....	53
Tablo 14. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının baba yaşına göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları.....	53
Tablo 15. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının anne eğitim düzeyine göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	54
Tablo 16. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının baba eğitim düzeyine göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	54
Tablo 17. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının anne çalışma durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	55
Tablo 18. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının baba çalışma durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	56
Tablo 19. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının aile durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları.....	56

Tablo 20. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının aylık gelir düzeylerine göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	56
Tablo 21. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının evde birlikte yaşadığı kişi sayısına durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları.....	57
Tablo 22. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailedeki çocuk sayısına göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	57
Tablo 23. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailede madde kullanım durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları.....	58
Tablo 24. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları.....	59
Tablo 25. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailede fiziksel hastalık durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları.....	59
Tablo 26. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travma açısından tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları	60
Tablo 27. CTQ (çocukluk çağı travma ölçeği) puanlarının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri	61
Tablo 28. PTSB puanlarının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları	68
Tablo 29. STAI durumluluk ve süreklilik puanlarının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları.....	69
Tablo 30. Hamilton Depresyon Ölçek puanının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları.....	71
Tablo 31. Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi puanının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları.....	72
Tablo 32. Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi puanının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları.....	78

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1. CTQ duygusal istismar puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 2. CTQ fiziksel istismar puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 3. CTQ cinsel istismar puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 4. CTQ fiziksel istismar puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 5. CTQ duygusal ihmal puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 6. CTQ inkar puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 7. CTQ toplam puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 8. PTSB puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 9. STAI durumluluk puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 10. STAI süreklilik puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 11. Hamilton Depresyon Ölçek puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 12. Anlık bellek puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 13. En yüksek öğrenim puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 14. Öğrenme yanlış puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 15. Tutarsızlık puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 16. Uzun süreli bellek puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 17. Tanıma puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 18. Toplam hatırlama puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 19. Yanlış hatırlama puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 20. Öğrenme puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 21. Kopyalama puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 22. Anlık görsel bellek puanına ilişkin kutu grafiği
- Şekil 23. Gecikmeli puanına ilişkin kutu grafiği

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	I
KISALTMALAR	II
TABLolar LİSTESİ	III
ŞEKİL LİSTESİ	V
İÇİNDEKİLER	VI
ÖZET.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
1 GİRİŞ	1
2 GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Temel Kavramlar.....	2
2.1.1 Bağımlılık.....	2
2.1.2 Maddelerin ödüllendirici Etkileri	3
2.1.3 Tolerans	4
2.1.4 Duyarlılaşıma	5
2.1.5 Yoksunluk Belirtileri ve Fiziksel Bağımlılık	5
2.1.6 Psikolojik Bağımlılık ve Aranma	5
2.1.7 Nüksetme.....	6
2.2 Madde Bağımlılığının Biyolojik Temelleri	6
2.2.1 İntrakranial Kendini Uyarma.....	6
2.2.2 Doğal Haz Kaynakları ve Mezokortikolimbik Dopamin Sistemi	6
2.2.3 Bağımlılık Yapan Maddeler ve Mezokortikolimbik Dopamin Sistemi.....	6
3 YASA DIŞI MADDELER	7
3.1 Esrar Kullanım Bozukluğu.....	7
3.1.1 Genel Bilgi	7
3.1.2 Epidemiyoloji	7
3.1.3 Klinik Etkileri.....	8

3.1.4	Esrar İntoksikasyon	8
3.1.5	Esrar Yoksunluğu	9
3.2	Sentetik Esrar Kullanım Bozukluğu	9
3.2.1	Genel Bilgiler	9
3.2.2	Klinik Etkileri	9
3.2.3	İntoksikasyon	9
3.2.4	Yoksunluk	10
3.3	Opiod Kullanım Bozukluğu	10
3.3.1	Genel Bilgi	10
3.3.2	Epidimiyolojisi	10
3.3.3	Opiod Etkiler	11
3.3.4	Opiod İntoksikasyon	11
3.3.5	Opiod Yoksunluk	11
3.4	Eroin	12
3.4.1	Genel Bilgi	12
3.4.2	Klinik Etkileri	12
3.5	İnhalan Kullanım Bozukluğu	12
3.5.1	Genel Bilgi	12
3.5.2	Klinik Etkileri	13
3.5.3	İnhalan intoksikasyonu	13
3.5.4	İnhalan yoksunluğu	13
3.6	Stimülan Kullanım Bozukluğu	14
3.6.1	Genel Bilgi	14
3.6.2	Klinik Etkileri	14
3.6.3	Stimülan intoksikasyonu	15
3.6.4	Stimülan Yoksunluğu	15
3.7	Hallüsinojen Maddeler	15
3.7.1	Genel Bilgi	15
3.7.2	Klinik Etkileri	16

3.7.3	Halüsinojen intoksikasyonu	17
3.8	Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluğu.....	17
4	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	18
4.1	Çocukluk çağı duygusal istismar ve ihmal.....	18
4.1.1	Epidemiyoloji.....	19
4.1.2	Risk Faktörleri.....	20
4.1.3	Duygusal istismar ve ihmal etkileri.....	20
4.1.4	Çocukluk Çağındaki Etkileri	21
4.1.5	Erişkinlikteki Etkileri	21
4.2	Fiziksel İstismar	22
4.2.1	Epidemiyoloji	22
4.2.2	Risk Faktörleri.....	23
4.2.3	Fiziksel İstismarın Psikiyatrik Sonuçları.....	23
4.3	Cinsel İstismar.....	24
4.3.1	Epidemiyoloji	25
4.3.2	Risk Faktörleri.....	25
4.3.3	Cinsel İstismar Etkileri.....	26
4.4	Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişki	26
5	BELLEK	28
5.1	Bellek Modelleri.....	28
5.1.1	Duyusal Bellek (Çok Kısa Süreli Bellek).....	28
5.1.2	Kısa Süreli Bellek.....	29
5.1.3	Çalışma Belleği	29
5.1.4	Uzun Süreli Bellek	29
5.2	Uzun Süreli Bellek ve Öğrenme.....	29
5.3	Madde Kullanım Bozukluğu ve Bellek.....	30
5.4	Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Bellek.....	31
6	AMAÇ.....	31
7	HİPOTEZLER.....	31

8	GEREÇ ve YÖNTEM.....	32
8.1	Araştırmanın Tipi	32
8.2	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	32
8.3	Araştırmanın Evreni	32
8.4	Araştırmanın Örneklemi.....	32
8.5	Örneklem Seçimi.....	33
8.5.1	Madde Kullanım Bozukluğu Grubunun Oluşturulması	33
8.5.2	Madde Kullanım Bozukluğu Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri	33
8.5.3	Madde Kullanım Bozukluğu Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	33
8.5.4	Madde Kullanım Bozukluğuna Ek Olarak Çocukluk Çağı Travma öyküsü ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek puanları Yüksek Olan Grubunun Oluşturulması.....	34
8.5.5	Madde Kullanım Bozukluğuna Ek Olarak Çocukluk Çağı Travması Olan Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri	34
8.5.6	Madde Kullanım Bozukluğuna Ek Olarak Çocukluk Çağı Travması Olan Grubu İçin Çalışmadan Dışlama Kriterleri.....	34
8.5.7	Kontrol Grubunun Oluşturulması.....	35
8.5.8	Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	35
8.5.9	Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	35
8.6	Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	35
9	UYGULAMA	39
10	BULGULAR.....	39
10.1	İstatistiksel Analiz Raporu	39
10.2	Sosyodemografik Veri Formu Değerlendirmesi.....	45
10.2.1	Yaş.....	45
10.2.2	Cinsiyet	45
10.2.3	Okul Durumu.....	46
10.2.4	Sınıf Tekrarı	46
10.2.5	Özel Eğitim	47
10.2.6	Çalışma Durumu	47
10.2.7	Alkol-madde Başlangıç Yaşı.....	48

10.2.8	Alkol-madde Kullanım Süresi.....	48
10.2.9	Madde Kullanım Özellikleri.....	49
10.2.10	Psikiyatrik Komorbidite Varlığı.....	50
10.2.11	Anne Yaşı.....	53
10.2.12	Baba Yaşı	53
10.2.13	Anne Eğitim Düzeyi.....	53
10.2.14	Baba Eğitim Düzeyi	54
10.2.15	Anne Çalışma Durumu.....	55
10.2.16	Baba Çalışma Durumu	55
10.2.17	Aile Yapısı.....	56
10.2.18	Aylık Gelir Düzeyi	56
10.2.19	Evde Yaşayan Kişi Sayısı	57
10.2.20	Toplam Çocuk Sayısı	57
10.2.21	Ailede Madde Kullanım Öyküsü.....	58
10.2.22	Ailede Psikiyatrik Hastalık	58
10.2.23	Ailede Fiziksel Hastalık	59
10.3	Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi	60
10.3.1	Olguların Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirilmesi	60
10.3.2	Olguların Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği (TSBÖ) Puanları Açısından Değerlendirilmesi	67
10.3.3	Olguların STAI Durumluluk ve Süreklilik Açısından Değerlendirilmesi.....	68
10.3.4	Olguların Hamilton Depresyon Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi.....	70
10.4	Uygulanan Psikometrik Testlerin Özellikleri.....	72
10.4.1	Olguların Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi puanları Açısından Değerlendirilmesi .	72
10.4.2	Olguların Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi açısından değerlendirilmesi	78
11	TARTIŞMA	81
11.1	Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	81
11.1.1	Yaş Özellikleri.....	81
11.1.2	Cinsiyet özellikleri	81

11.1.3	Eğitim.....	82
11.1.4	Olguların Psikiyatrik Komorbidite Açısından Değerlendirilmesi.....	82
11.1.5	Madde Kullanım Başlangıç Yaşı.....	83
11.1.6	Madde Kullanım Özellikleri.....	83
11.1.7	Evde Yaşayan Kişi ve Toplam Çocuk Sayısı.....	84
11.1.8	Anne-Baba Eğitim Düzeyi	84
11.1.9	Anne-Baba Çalışma Durumu	85
11.1.10	Ailede Madde Kullanım Öyküsü.....	86
11.1.11	Ailede Psikiyatrik Hastalık.....	86
11.2	Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi	86
11.2.1	Olguların Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirilmesi	86
11.2.2	Olguların Hamilton Depresyon Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi.....	87
11.2.3	Olguların TSBÖ Puanları Açısından Değerlendirilmesi	87
11.2.4	Olguların STAI Durumluluk ve Süreklilik Açısından Değerlendirilmesi.....	88
11.3	Uygulanan Psikometrik Testlerin Özellikleri.....	89
11.3.1	Olguların Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testleri Açısından Değerlendirilmesi	89
11.3.2	Olguların Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi Açısından Değerlendirilmesi	89
12	SONUÇLAR	91
13	KISITLILIKLAR	92
	KAYNAKLAR	93
	EKLER.....	105

ÖZET

BAĞIMLILIKTA BİR RİSK FAKTÖRÜ OLAN ÖRSELENMENİN ÖĞRENME VE BELLEK SİSTEMİ ÜZERİNE ETKİSİ VARDIR.

Giriş: Bağımlılık, gelişiminde genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı birincil, kronik, nörobiyolojik ve geliştikten sonra yaşam boyunca devam eden bir hastalıktır (1). Günümüzde alkol madde kullanım bozuklukları (AMKB), toplum sağlığını ilgilendiren önemli bir sorundur. AMKB'nin sıklığı ülkemizde ve dünya genelinde artma eğilimindedir (2). Travma ruhsal ve bedensel bütünlüğü bozan, inciten ya da yaralayan olumsuz yaşam olayları olarak adlandırılmaktadır (3). Olumsuz yaşam olayları yaşamda izi silinemez hale gelebilir ve “travmatik durum” olarak adlandırılmaktadır (4). Fiziksel ve cinsel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal, trafik kazaları, doğal afetler, hayatı tehdit eden hastalıklar travmatik yaşam olayları kapsamına girmektedir (5).

Bellek, yeni öğrenilen bilgilerin kaydedilmesi, depolanması, öğrenilmesi ve gerektiğinde geri çağırılması süreçlerini kapsamaktadır (6). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, esrar kullanımı, bellek, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler gibi bilişsel becerilerde performans azalmasıyla sonuçlanmaktadır (7).

Amaç: Çalışmamızda 14–19 yaş arasında MKB tanısı alan ergenler ile MKB tanısına ek olarak çocukluk çağı travma öyküsü bulunan ve ÇÇTÖ puanları yüksek olan ergenlerin kontrol grubu ile sosyodemografik bilgiler, çocukluk çağı travmaları, ek psikiyatrik tanımlar, sözel belleği değerlendirilen Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi (Ö-SBST) ve görsel belleği değerlendirilen Rey–Osterrieth Karmaşık Şekil Testi açısından karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Örneklem 20 MKB olgusu, MKB'ye ek olarak çocukluk çağı travma öyküsü bulunan 20 olgu ve 20 sağlıklı kontrol olmak üzere, toplam 3 gruptan oluşmuştur. Araştırma iki oturumdan oluşmaktadır. İlk olarak hasta ve ailelerine yarı yapılandırılmış psikiyatrik tarama görüşmesi olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış ve psikiyatrik komorbid durumlar değerlendirilmiştir. İkinci aşamada Hamilton Depresyon

Ölçeği (HDÖ), CTQ, Travmatik Stres Belirtiler Ölçeği (TSBÖ), Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (DSKE) katılımcılar tarafından doldurulmuş ve Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi ve Öktem Sözel Bellek Süreçleri testi uygulanmıştır.

Bulgular: MKB-ÇÇT grubundaki olguların çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, inkar puanı), Travma Stres Belirti Ölçeği puanı, STAI Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği puanı, Hamilton Depresyon Ölçeği puanı MKB ve kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Öğrenme ve bellek fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan psiko-metrik testler (Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi ve Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi) sonucunda kontrol grubundaki olguların MKB ve MKB-ÇÇT grubuna göre yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Ailenin kalabalık olması, kardeş sayısının fazlalığı, çocukluk çağı travmalarını artıran faktörler arasındadır.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda hedeflenen amaçlara ulaşılmış, öne sürülen hipotezler doğrulanmıştır. Çalışmanın sonuçları ışığında travma gibi stresör faktörlerin olması bağımlılık için bir risk faktörü olduğu, bağımlılık ve travmanın bilişsel foksasyonları olumsuz etkilediği ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Madde Kullanım Bozukluğu; Çocukluk Çağı Travması; Öğrenme ve Bellek

ABSTRACT

TRAUMA, WHICH IS A RISK FACTOR IN ADDICTION, HAS IMPACT ON THE LEARNING AND MEMORY SYSTEMS

Introduction: Addiction is a primary, chronic, neurobiological, and lifelong disease in which genetic, psychosocial, and environmental factors play a role. Today, alcohol and substance use disorders (ASUD) are an important public health problem. The frequency of ASUD tends to increase in our country and throughout the world. Trauma is defined as negative life events that disrupt, hurt, or injure mental and physical integrity. Negative life events can become indelible in life and are defined as "traumatic situations". Traumatic life events include physical and sexual abuse, emotional and physical neglect, traffic accidents, natural disasters,

and life-threatening diseases. Memory covers the processes of recording, storing, learning, and recalling newly learned information when necessary. Studies show that cannabis use results in decreased performance in cognitive skills such as memory, complex attention, and executive functions.

Objective: In our study, adolescents diagnosed with SUD aged 14 to 19, adolescents with a history of childhood trauma in addition to SUD and higher Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) scores, and the control group, were compared in terms of sociodemographic information, childhood traumas, additional psychiatric diagnoses, Öktem-Verbal Ligandının CB1 ve CB2 reseptörlerine Memory Processes Test (Ö-VMPT), and the Rey-Osterrieth Complex Shape Test (ROCST), which evaluates visual memory.

Methods: The sample consisted of 3 groups in total: 20 subjects with SUD, 20 subjects with a history of childhood trauma in addition to SUD, and 20 healthy controls. The study consisted of two sessions. Firstly, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) which is a semi-structured psychiatric screening interview, was applied to the patients and their parents, and psychiatric comorbid conditions were evaluated. In the second stage, the Hamilton Depression Scale (HDS), CTI, Traumatic Stress Symptoms Scale (TSSS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were filled in by the participants. Also ROCST and Ö-VMPT were applied.

Results: The CTQ total scores and subscale scores (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, denial), TSSS, STAI and HDS total scores of subjects with a history of childhood trauma in addition to SUD were detected significantly higher than those of subjects with SUD and healthy controls. The controls had significantly higher scores in psychometric tests (ROCST and Ö-VMPT) which measure learning and memory processes compared to those with SUD-only and those with childhood trauma in addition to SUD. The large family size and the high number of siblings were found to be among the factors that increase childhood traumas.

Conclusion: As a result, the aims of our study were achieved and the hypotheses we put forward were confirmed. In the light of the results of the study, it can be stated that the presence of stressor factors such as trauma is a risk factor for addiction, and addiction and trauma negatively affect cognitive functions.

Key Words: Substance use disorder; Childhood trauma; Learning and memory

1 GİRİŞ

Psikoaktif maddeler çok eskilerden beri keyif verici ve ağrı kesici etkileri nedeniyle kullanılmaktadır (8).

Alkol ve bağımlılık yapan maddelerin kullanım sıklığı artma eğilimindedir. Bu durum biyopsikososyal problemlere neden olarak toplumun ruh sağlığını tehdit etmektedir. Madde kullanım bozukluğu, kişinin tıbbi ihtiyacı olmaksızın, keyif almak amacıyla kimyasal maddeleri, kronik ya da alışılmış şekilde kullanılması anlamına gelmektedir (9).

Ergenlik çağı, yasa dışı madde kullanım açısından riskli bir dönemdir. Ergenlerde sigara ve alkolün ardından en çok kullanılan madde esrardır. Esrardan sonra en sık kullanılan madde ise metamfetamin grubu uyarıcılar gelmektedir (10). Esrar çoğu zaman bağımlılık yapan diğer maddeler için geçiş maddesi olarak kabul edilmektedir (11).

DSM-V'te (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5) maddeyle ilgili bozukluklar iki başlık altında toplanmaktadır. Madde Kullanım Bozuklukları ve Maddenin Neden Olduğu Bozukluklar. Madde ile ilişkili bozukluklar, 10 ayrı madde sınıfını kapsar; alkol, kafein, kanabis, halusinojenler, inhalanlar, opioidler, sedatifler, hipnotikler ve kaygı gidericiler, uyarıcılar, nikotin ve diğer maddelerdir. Madde kullanım bozukluğu; bireyin madde ile ilgili önemli sorunlar yaşamasına rağmen, maddeyi kullanmaya devam ettiğini gösteren bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtiler göstermesidir. MKB tanısının kafein dışında 10 sınıfa da uygulanabileceği belirtilmektedir. MKB, 12 aylık süre içinde her bir madde için belirlenmiş 11 adet (eğer madde için yoksunluk belirtileri bildirildiyse 10 adet) kriterden en az 2'sinin bulunması ve klinik olarak işlevselliği olumsuz etkileyen sorunlu madde kullanımının devam etmesi şeklinde tanımlanmıştır. Maddenin neden olduğu bozukluklar ise; intoksikasyon, yoksunluk ve maddenin neden olduğu ruhsal bozukluklardır (7).

İstanbul'da 1996 yılında, 62 okuldan 5.823 lise öğrencisinin katılımı ile gerçekleşen bir çalışmada yaşam boyu kanabis kullanımı %4,2, ekstazi % 0,9, sedatif-hipnotik %5, uçucu madde kllanımı %4 ve eroin kullanımı ise %0,7 olarak bulunmuştur (12).

Türkiye'de madde kötüye kullanımı ile ilgili epidemiyolojik çalışma sayısı azdır. Fakat erken yaşta eğitim hayatına son vermek zorunda kalıp çalışma hayatına giren çocuk ve ergenlerde madde kötüye kullanımı ile ilgili veri sayısı çok daha azdır (13).

Sanayi bölgesinde çalışan çocuk ve ergenler bulunduğu konum ve meslek itibarıyla ucuu madde kullanımı açısından riskli olarak bilinmektedir. Okul hayatına herhangi bir nedenle devam etmeyen kişiler, Türkiye’de çoğunlukla sanayi bölgesinde araba tamiri, ayakkabı, çanta tamir ve imalatları gibi ucuu maddelerin çok sık kullanıldığı yerlere işçi olarak verebilmekte ve bu şekilde çok erken yaşlardan itibaren aktif olarak madde kullanmasalar bile, ortama yayılan gazlar nedeniyle çözücü maddelere (solventlere) maruz kalmaktadırlar (14).

Erkeklerde yasa dışı madde kullanım oranı kızlara göre daha yaygındır. Birçok toplumda kızlar aile tarafından sıkı denetim altında olması nedeniyle madde kötüye kullanım ve suça karışma oranları erkeklere göre daha azdır (15).

Yasa dışı madde deneyimi için belki de en riskli dönemlerden biri ergenlik dönemidir (16). Erken yaşta alkol ve madde kötüye kullanımı sonraki dönemler için madde kötüye kullanım bozuklukların ortaya çıkmasında kritik bir faktördür. Ergenlik dönemi fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimin hızlı ilerlediği bir dönem olması nedeni ile madde kullanımı hem gelişimsel hem de sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Okul başarısının düşmesi, okul terki, iş sahibi olamama, aile ile geçimsizlik, risk teşkil eden cinsel deneyimler, suça karışma, şiddet içeren davranışlar, madde kullanım sonucu ortaya çıkma ihtimali yüksek olan davranışlardır (17).

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Temel Kavramlar

2.1.1 Bağımlılık

Bağımlılık, olumsuz sonuçlarına rağmen kronik doğada, sürekli madde arayışında olma durumu olarak bilinmektedir (18). Bağımlılık çoğu zaman madde kötüye kullanımının bir sonraki aşamasıdır. Madde kullanımı artıkça, beyinde bir takım değişikliklere neden olur ve bu değişiklikler zamanla tolerans, madde kullanımı azalması durumunda yoksunluk, maddeye bağlı fiziksel bağımlılık, maddeye karşı aşırı duyarlılaşma ve nüksetme gibi sorunlara yol açmaktadır (19).

2.1.2 Maddelerin ödüllendirici Etkileri

Bağımlılığa neden olan maddelerin ödüllendirici etkileri vardır. Olumlu bir haz yanıtına neden olan herhangi bir olay ödül olarak tanımlanmaktadır. Maddeler temel olarak, beyindeki ödül yolağının önemli bir parçası olan nükleus akkumbens'te dopamin seviyelerini artırarak etkilerini gösterirler. Dopamin artışının oranı maddenin ödüllendirici bir etki oluşturup oluşturmayacağı konusunda rol oynar. Normal şartlar altında prefrontal korteks, kortekse projekte olan ventral tegmental alandan nispeten yavaş ve tonik dopamin nöronlarının ateşlenmesi nedeniyle de düşük seviyeli, stabil bir dopamin akışı alır. Bununla birlikte, olağanüstü bir ödül veya çok rahatsız edici bir olay gibi beklenmedik bir durum karşısında dopamin nöronları çok daha hızlı ateşlenir. Bu fazik ateşleme, dopaminde ani fakat geçici bir artışa neden olur. Fazik ateşleme sırasında olan yüksek dopamin seviyeleri, dopamin D1 reseptörlerini aktive edebilir ve dopaminin tüm ödüllendirici etkilerinin ortaya çıkması için bunun gerekli olduğu düşünülmektedir. Kötüye kullanan maddeler, özellikle de stimülanlar, fazik ateşleme ile üretilen yüksek dopamin konsantrasyonlarını taklit eder ve böylece hem D1 hem D2 reseptörlerini aktive eder (7).

D1 reseptörleri hem ödülle ilişkili striatum ve korteksi modüle eden yolları hem koşullanma ve hafıza mekanizmalarıyla ilişkili amigdala, medial orbitofrontal korteks (OFC) ve hipokampusu uyarır. Bağımlılık için kritik olan koşullanma ve bellek süreçleri, bireylerin bir uyarıyı otomatik olarak ödül veya ceza ile ilişkilendirmesine olanak tanır. Bağımlı bireylerde madde verilmesine takiben dopamin seviyelerinde belirgin bir artış saptanmazken, aşermeye bağlı dorsal striatumda dopamin artışı olduğu bildirilmektedir. Bu durum bağımlılıkta dopamin salınımını başlatan maddenin kendisinden, madde isteği ve uyarıcılarının dopamin salınımını başlatılmasına bir geçiş olduğunu göstermektedir (20).

Ödül yolağında dopamine ek olarak opioid peptidleri (enkefalinler, endorfinler, dinorfinler), gama aminobütirik asit (GABA), glutamat, serotonin, asetilkolin ve endokannabinoid sistemleri de ventral tegmental alan veya nükleus akkumbens üstüne etkide bulunmaktadır. Sistem dengeli bir şekilde çalıştığında; kontrol, karar verme, ödül, motivasyon, stres ve hafıza yolaklarında normal işleyiş oluyor. Bu yollar ayrıca duygudurumun düzenlenmesi ile de ilgilidir. Kötüye kullanılan maddeler, yürütücü işlevleri, motivasyonel yolları ve stres yolları birçok farklı nörotransmitter aracı ile değiştirmektedir (21).

Ergenlik dönemi beyin gelişimi ve yapılanması açısından önemli bir dönem olması nedeni ile madde kötüye kullanım açısından riskli bir dönemdir. Genç beyinin, özellikle de diğer

beyin alanlarına göre prefrontal korteksin yeterince olgunlaşmamış olması, ergenlerin dürtüsel davranışlarda bulunma ve risk alma eğilimine katkıda bulunur (7).

2.1.3 Tolerans

Tolerans, bir ilacı kullandıkça etkisinin giderek azalmasıdır. Toleransın doğası ve şiddeti kullanılan madde ve kişiye göre değişmektedir. Örneğin opioidlara karşı tolerans gelişmesi durumunda, diğer maddelerden çok daha hızlı ve bilirdir. Morfinin bulantı ve kusma etkisine çok hızlı tolerans gelişirken, miyozis yapıcı etkisine tolerans gelişmez. Benzer şekilde, stimulan metamphetaminein ödüllendirici etkisine tolerans gelişmezken, kardiyovasküler etkisine kısa sürede tolerans geliştiği gözlenmiştir (18).

Bağımlılığa ilişkin 3 tip toleranstan bahsediliyor:

Metabolik tolerans tanımı, alınan ilacın kan aracıyla, santral sinir sistemine ulaşması, daha sonra metabolize edilmesi ve vücuttan atılması sonucunda beyindeki ilaç düzeyinin dolayısıyla etkinliğin azalmasıyla ifade edilmektedir. Örneğin, alınan maddenin miktarı artıkça o maddeyi metabolize eden enzimlerin miktarı artar ve böylece maddeye tolerans gelişebilir. Alkol ve nikotine karşı tolerans, bu maddeleri karaciğerde metabolize eden sitokrom P450 enziminin artmasıyla gerçekleşir.

Fizyolojik tolerans, beyne ulaşan ilacın miktarında bir değişiklik olmaz, bunun yerinde beyindeki nöronlar ya ilgili reseptör sayısını azaltarak, ya da bu reseptörleri başka mekanizma ile duyarsızlaştırarak ilaca olan tepkilerini azaltırlar. Örneğin sürekli alkol kullanımı beyinde GABA etkinliğinin azalması ile sonuçlanır (22).

Davranışsal tolerans, bu toleransın temelinde Pavlov tipi koşullanma düzeneği yatar. Bu tolerans tipi aynı zamanda koşullu tolerans olarak da bilinmektedir. Madde bağımlı literatüründe koşullu tolerans çalışmaları, McMaster Üniversitesi'nden Shepard Siegel önderliğinde gelişmiştir. Siegel, 1975 yılında morfinin analjezik etkisine geliştirilen tolerans testini araştırırken, testin, morfin enjeksiyonlarının yapıldığı ortamla aynı ortamda yapıldığında tolerans gözlemiştir, ama farklı bir ortamda yapıldığında toleransın ya anlamlı derecede düştüğünü ya da tümüyle ortadan kalktığını gözlemiştir. Siegel'e göre ortama özgü tolerans, bir ilacın etkisine yönelik organizmada koşullanmış bir tepkinin ortaya çıkmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda koşullu uyarıcı ilacın kendisi ve ilaç alımıyla sürekli eşleşen çevresel uyarıcılar; koşullu tepki ise santral sinir sisteminin ilacın etkisini gidermek için geliştirdiği uyumsal tepkilerdir (23).

Tolerans konusunda sıkça kullanılan başka bir terim de çapraz toleranstır. Bu terim bir maddeye tolerans gelişmesi sonucunda bir başka maddeye de tolerans gelişimini içerir. Çapraz tolerans, genellikle aynı farmakolojik sınıftan maddeler arasında görülür. Örneğin bütün opioidler arasında çapraz tolerans gelişir (18).

2.1.4 Duyarlılaşıma

Duyarlılaşıma, toleransın aksine (sensitizasyon), kullanılan ilacın etkisinin giderek (zamanla) artmasıdır. Özellikle santral sinir sistemi stimülanlarda sık görülmekle birlikte, bağımlılık yapan bütün maddelerin bazı etkilerinde görülmektedir. Tolerans, genellikle aralıksız uygulamalar sonucunda, duyarlaşma ise aralıklı uygulamalar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin kokainin yüksek dozlarında uzun süre kullanımının insanlarda bu maddenin kataleptik, hipertermik ve konvulsif etkilerine duyarlılaşmaya yol açtığı bilinmektedir (24).

2.1.5 Yoksunluk Belirtileri ve Fiziksel Bağımlılık

Yoksunluk, uzun süre alınan bir maddenin bırakılması veya doz azaltmasıyla kendini gösteren fizyolojik semptomlardır. Maddelerin herbiri farklı yoksunluk bulgularına neden olmaktadır. Aynı sınıftan maddeler genellikle aynı ya da benzer yoksunluk belirtilerine yol açmaktadır. Yoksunluk, madde tekrar alınarak ortadan kaldırılabilir ve bazı durumlarda, bırakılan madde yerine aynı sınıftan bir başka maddeyle ortadan kaldırılır. Bu duruma çapraz bağımlılık adı verilmektedir. Yoksunluk belirtileri bırakıldığı maddenin türüne, kullanım sıklığına ve vücudun maddeye verdiği tepkiye göre değişmektedir. Tolerans ve fiziksel bağımlılık birbirleriyle bağlantılı süreçlerdir. Yoksunluk belirtileri maddenin kendi etkisine zıt yönde gelişen belirtilerdir ve bu iki etkinin aynı nörofizyolojik etkilerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu duruma bağlı olarak bir organizma bir ilaç ya da maddeye uzun süre maruz kalması, sinir sisteminde o maddenin etkisini giderici ya da telafi edici değişimlere neden olur. Bu değişimler madde alındığı sürece kendilerini tolerans, bırakıldığı sürece de etkisini zıt yönde yoksunluk belirtileri olarak orataya çıkar (18).

2.1.6 Psikolojik Bağımlılık ve Aranma

Psikolojik bağımlılık, yoksunluk semptomları olmaksızın, obsesif bir şekilde sürekli madde arayışında olma davranışı olarak kendini göstermektedir. Madde alma isteği artıkcı madde aranma davranışı devreye girmektedir. Aranma, genelde kişiyi maddeyle ilgili ortam ve sonunda maddenin elde edilmesi ile sonuçlanmaktadır. Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, aranma gibi fiziksel olarak tanımı zor olan kavramlar araştırılmış olup, temel

olarak aranma sırasında bağımlıların mezokortikolimbik dopamin sistem faaliyetinde artış olduğu saptanmıştır (25).

2.1.7 Nüksetme

Nüksetme (relaps) bağımlılık kavramında önemli bir unsurdur. Bağımlılık yalnızca madde almaya başlamak ve takıntılı bir biçimde bu davranışı sürdürme isteğiyle sınırlı kalmayıp, nüksetme özelliğini de içermektedir. İnsanlar yoksunluk belirtilerinden kurtulduktan bazen yıllar sonra madde almaya yeniden başlamaktadırlar. Bu olay nüksetme terimi ile açıklanmaktadır (26).

2.2 Madde Bağımlılığının Biyolojik Temelleri

2.2.1 İntrakranial Kendini Uyarma

1950 yılında McGill Üniversitesinde, beynin belirli bölgelerinin haz merkezi olduğunu öne sürdüler. Daha sonra diğer araştırmacılar tarafından ödül merkezi olarak isimlendirilmiştir. Aç bir hayvan bir taşı kaldırdığında altında yem bulursa, taşı kaldırma davranışı yemle ödüllendirilmiş olacak, bu olumlu pekiştirme, hayvan daha sonra aç kaldığında yem bulmak için taşları kaldırma olasılığını artıracaktır. Bu şekilde organizma temel gereksinimlerini yerine getiren bir etkinliğe girildiğinde, bahsedilen bu sistem, bu etkinliğin tekrar devreye sokarak ödül mekanizmalarını çalıştıracaktır (11).

2.2.2 Doğal Haz Kaynakları ve Mezokortikolimbik Dopamin Sistemi

Mezokortikolimbik dopamin sistemi aynı zamanda cinsellik ve beslenme gibi doğal haz kaynakları ile ilişkilidir. Bu sistemde haz veren davranışların etkisi, bağımlılık potansiyeli olan maddelerin haz verici etkisinden farklı görünmektedir. Örneğin yiyecek nükleus akkumbenste dopamin salınımını yalnızca %45 artışa neden olurken, uyarıcılar ve kokain %500 oranı ile artırmaktadır (27).

2.2.3 Bağımlılık Yapan Maddeler ve Mezokortikolimbik Dopamin Sistemi

Bağımlılık potansiyeli mevcut olan maddelerin neredeyse hepsinin mezokortikolimbik dopamin sisteminde bir ortak nörobiyolojik temeli olduğuna işaret eden çok sayıda çalışma mevcut. Çalışmalar alkol, nikotin, opiyatlar ve stimülanlar olmak üzere pek çok maddeye ilişkin yoksunluk sırasında nükleus akkumbenste dopamin miktarında azalma olduğunu göstermektedir. Örneğin kokainin uzun süreli kullanımından sonra mezokortikolimbik

sistemde dopamin miktarının azalması ödöl sistemini olumsuz etkilemekte ve yoksunluk belirtileri yaşıyan kişide bu durum depresyon olarak gözlenmekte. Bağımlılar bu olumsuz olayla başa çıkmak için tekrar madde arayışında bulunma ve madde kullanımını denemektedir (14).

3 YASA DIŞI MADDELER

3.1 Esrar Kullanım Bozukluğu

3.1.1 Genel Bilgi

Esrar tekrarlı kullanımı bağımlılıkla sonuçlanan ve ergenler arasında en sık kullanılan yasa dışı maddedir. Sigara gibi buharlaştırarak (vaping), yiyeceklerle ve içeceklerle karıştırma gibi farklı şekillerde kullanılabilir. Esrar cannabis sativa (cannabaceae) bitkisinden elde edilir. Psikoaktif madde Delta-9-tetrahidrokanabinol (THC) içermektedir. Kanabinoid reseptörleri CB1 ve CB2, endojen kanabinoidler tarafından aktive edilir. Kanabinoid reseptörleri merkezi sinir sisteminde (bazal ganglionlar, hipokampus, serebellum ve korteks) ve vücudun diğer bölgelerinde (immün hücre ve dalak) bulunurlar (7). Esrar kullanım sıklığı sigara, kafein ve alkolden hemen sonra gelir (18). Kannabinoidlerin tedavi edici etkisi nedeni ile kullanımı giderek artmakta ve bu da esrarın zararlı etkilerine dair algıların yanlış yorumlamasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, esrar kullanımının, bilişsel yetileri olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (28).

3.1.2 Epidemiyoloji

Esrar, dünya çapında en çok olarak kullanılan yasa dışı maddedir. Avrupa Birliği'nde 15–64 yaşlar arasındaki kişilerin dörtte biri yaşam boyu madde kullandığı bilinmektedir. Bu maddenin kötüye kullanımı erkeklerde kadınlardan daha fazladır. Türkiye'de 2001 yılında yapılan çalışmada 10–12 yaş arası ilköğretim ve 15–17 yaş arası ortaöğretim öğrencilerinde esrar kullanım yaygınlığı sırasıyla %0,4 ve %3 olarak saptanmıştır (29).

Esrarın yaygın olarak kötüye kullanımına karşın, bağımlılık yapma potansiyeli opioid ve stimülanlara göre çok düşüktür ve sürekli kullanıldığında ödüllendirici etkilerine karşı tolerans gelişmektedir (18).

3.1.3 Klinik Etkileri

Esrarın etkisi esrar ligandının CB1 ve CB2 reseptörlerine bağlanmasının sonucunda ortaya çıkmaktadır. Psikotropik etkilerinin yanı sıra iştah artışı, analjezik ve antiemetik etkileri de bulunmaktadır. Ergenlerde esrar kullanımının akut etkileri olarak duygudurum dengesizliği, yemede artma, enerjide azalma, bilişsel ve psikomotor bozulma sayılabilir. Kullanıcı öfori, rahatlama, duyusal algılamada artma ve zaman algısında değişme yaşayabilir. Ergenlik döneminde esrar kullanımı psikotik bozukluk, depresyon, intihar davranışı ve madde kullanım bozukluklarıyla birlikte. Ergenlik nörogelişim açısından kritik bir dönem olduğu için, esrar dahil olmak üzere eksojen etkilere ergen daha hassas hale getirmektedir. Mekansal çalışma belleği, sözel ve epizodik bellek, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler (karar verme, planlama) ve işleme hızı gibi bilişsel becerilerde azalmış performans ve esrar kullanım arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur. Ergenlik döneminde esrar kullanmaya başlayan kullanıcılarda bölgesel beyin hacimlerinde, kortikal kalınlıkta ve morfolojide değişiklikler bildirilmiştir. Beyin yapısındaki bu değişiklikler aynı zamanda bilişsel görevlerde düşük performans ile de ilişkilendirilmiştir. Yapılan fonsiyonel MR çalışmaları da görev testi sırasında prefrontal korteks, orbitofrontal, singulat, parietal, insular, subkortikal/limbik veya serebellar aktivasyonun değiştiğini bildirmiştir. Esrar ergen beyin gelişimi, bilişimde bozulmanın yanı sıra sosyal işlevsellik üzerinde zararlı etkileri, motorlu taşıt kazaları riskinin artması, cinsel mağduriyet, akademik başarısızlık, psikopatoloji, bağımlılık ve psikososyal ile mesleki bozulma olmak üzere kısa ve uzun vadeli etkilere neden olabilir (7).

3.1.4 Esrar İntoksikasyon

Esrar intoksikasyonunda motor koordinasyonunda bozulma, öfori, anksiyete, zamanın yavaşladığı hissi, yargılama bozukluğu, toplumdan uzaklaşma gibi davranışsal ve ruhsal değişiklikler ve bunlara ek olarak yeme isteğinde artma, konjunktivaya kan oturması, ağız kuruluğu, taşikadi gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkabilir (30). Bunların dışında panik atak ve akut psikotik belirtiler de intoksikasyon durumunda ortaya çıkabilir. Esrar intoksikasyonuna bağlı psikomotor ve bilişsel beceriler negatif yönde etkilenir (7).

3.1.5 Esrar Yoksunluğu

Esrar yoksunluğunda huzursuzluk, öfke veya agresyon, anksiyete, uyuma güçlüğü, iştahta azalma, depresif duygudurum gibi psikiyatrik belirtilerin yanı sıra karın ağrısı, terleme, ateş, baş ağrısı gibi fiziksel belirtiler de görülebilmektedir (31). Birçok belirti 24–48 saat içinde ortaya çıkar, 4 ile 6 gün arasında pik yapar ve 1-3 haftaya kadar kullanım sıklığına ve yoğunluğuna göre devam edebilir (7).

3.2 Sentetik Esrar Kullanım Bozukluğu

3.2.1 Genel Bilgiler

Sentetik esrarın ergenler tarafından kullanımı tüm dünyada çok hızlı bir şekilde artmaktadır. Spice, K2, Mojo ve Skunk gibi isimlerle satılabilmekle birlikte ülkemizde en çok Bonzai olarak tanınmakta ve satılmaktadır. Çeşitli bitkilerin ve kimyasalların karışımıdır. Sentetik esrar ve sahte ot demesinin sebebi içinde bulunan bazı kimyasalların esrardakilere benzemesindendir. Sentetik esrarın ucuz olması ve rutin idrar testlerinde saptanmaması kullanımını artırmaktadır (32). Sentetik esrar, esrardaki delta-9-THC'ye kıyasla daha yüksek afinite ile CB1 ve CB2'ye bağlanır. Aynı reseptörlere bağlanmasına rağmen, sentetik esrarın psikotropik etkileri esrara göre daha ciddi ve daha tahmin edilemezdir (33).

3.2.2 Klinik Etkileri

Sentetik kanabinoidlerin klinik etkileri ile ilgili yapılan çalışmalar yetersizdir. Yetişkinlerle yapılan sayılı çalışmalarda psikoaktif etkilere neden olduğu belirtilmiştir. Sentetik esrar kaygı, paranoya, zayıf göz teması, ajitasyon, grandiyöz ve paranoid sanrılar ile psikoza neden olabilir (34).

3.2.3 İntoksikasyon

Sentetik esrarın intoksikasyonuna bağlı konjunktivada kızarıklık, taşikardi, anksiyete, agresif davranışlar, paranoya, sanrılar, halüsinasyonlar, kısa süreli hafıza sorunları, distoni, tremor, bulantı-kusma, hipertansiyon gibi fiziksel ve psikolojik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (35).

3.2.4 Yoksunluk

Sentetik esrarın yoksunluk belirtileri esrara benzer olduğu ancak daha şiddetli bir şekilde görüldüğü belirtilmektedir. Nöbet, psikoz, süisid düşünceleri/girişimleri eşlik edebilir. Esrar yoksunluğuna göre sentetik esrar yoksunluğu olan bireylerin 6 kat daha fazla yatarak destek almaları gerektiği belirtilmektedir (7).

3.3 Opiod Kullanım Bozukluğu

3.3.1 Genel Bilgi

Opioidler, haşhaştan (Papaver somniferum) elde edilen afyondan köken alır. Tüm Opioidler, çeşitli etkiler üreten, merkezi ve periferik sinir sisteminde mevcut olan opioid reseptörlerine bağlanır (7). Afyonun içinde birkaç psikoaktif madde bulunur ve bunların en etkili morfindir. Opioidler, tıpta kullanılan en etkili ağrı geçisilerdir. Öte yandan bağımlılık yapma potansiyeli en yüksek maddelerdendir. Opioidler mezokortikolimbik sistemde dopamin salınımını dolaylı yoldan artırır (18).

Beyindeki opioidlerin reseptörleri Pert ve Synder tarafından 1973'te keşfedilmiştir (18). Vücutta çeşitli tipte opioid reseptörleri varken, mü opioid reseptörü opioidleri kötüye kullanmaya eğilimli yapan tıbbi ve sübjektif etkilerin çoğundan sorumludur. Mü reseptörü dışında kappa, delta, sigma reseptörleri de santral sinir sistemi etkilerine aracılık eder. Mü opioid reseptörleri, solunum sistemi, bulantı ve kusma merkezleri, pupil büyüklüğü, gastrointistinal motilite, afekt, öğrenme, ödül ve motivasyonla ilgili sinir sistemi alanlarında bulunur. En bilinen opioidler: Metadon, Buprenorfin, Hidrokodon, Kodein, Morfin, Hidromorfin, Eroin, Oksikodon ve Fentalindir (24).

3.3.2 Epidimiyolojisi

Amerikada 12–17 yaş arası opioid kullanım bozukluğunun toplumdaki oranının %1 olduğu, eroin kullanım bozukluğunun %0,1 den az olduğu belirtilmektedir. İstanbul'da 1995 yılında yapılan bir çalışmada, lise dönemindeki öğrencileri arasında eroin kullanım yaygınlığı %1, 1996'da eroin kullanımı %0,7, 1998 yılında eroin kullanım oranı %1,6, 2001 yılında %2,1 ve 2004 yılında ise bu oran %1,6 olarak saptanmıştır (7).

Eroin titpik olarak inhalasyon şeklinde kullanmaya başlanır. Enjeksiyon şeklinde kullanımı sıklıkla daha ileri zamanlarda olur (30). Maddeye başladıktan sonra tam bağımlılığa ilerleme yaygındır ve diğer maddelerle karşılaştırıldığında oldukça hızlıdır. Suça karışma, okulu bırakma, işsizlik ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar gibi ciddi psikososyal bozulmalar eşlik eder. HVC, HIV, enjeksiyon bölgesi enfeksiyonları enjeksiyonla madde kullanımına eşlik ettiği bilinen tıbbi sorunlardır. Tüm bunlardan kötüsü, aşırı doz alımına bağlı ölümlerdir ve opioid kullanım bozukluğu olan gençler bu açıdan risk altındadır (36). Ergenlerin çoğu bağımlılık ve yoksunluk hakkında bilgi sahibidir. Ancak yanlış bir şekilde birçoğu reçeteli ilaçların bağımlılık yapıcı olmadığına ve bir doktorun bağımlılık yapıcı bir ilacı reçete etmeyeceğine inanabilmektedir. Eroin kullanıcılar arasında da sadece intravenöz eroinin bağımlılık yarattığı ve inhale edilen eroinin güvenli olduğu efsanesi vardır (7).

3.3.3 Opiod Etkiler

Opioidler beyindeki mü, kapa, delta ve sşgma reseptörlerini etkileyerek etkilerini gösterirler. Mü opioid reseptörleri solunum sistemi, bulantı ve kusma merkezleri, pupil büyüklüğü, gastrointistinal motilite, afekt, öğrenme, ödül ve motivasyonla ilgili sinir sistemi alanlarında bulunur (24).

3.3.4 Opiod İntoksikasyon

Opiod intoksikasyonund göz bebeklerinde daralma ile birlikte uyuşukluk ya da koma hali, dikkat veya bellekte bozulma ve geveleyerek konuşma belirtilerinden bir tanesinin olması beklenir. İntoksikasyonun en tehlikeli sonuçlarından biri de solunum depresyonu, buna bağlı gelişen solunumsal arrest ve ölümdür. Opiod aşırı kullanımında, gençlerin erişkinlere göre hassas olduğu ve tehlikeli olabilecek bir diğer nokta da daha öncesinde tolere edilen dozların özellikle maddeye ara verme veya detoksifikasyon sonrasında tolere edilememsi olarak belirtilebilir (36).

3.3.5 Opiod Yoksunluk

Akut opioid yoksunluğunda irritabilite, anksiyete, kas ve karın ağrıları, bulantı, ishal, esneme, gözyaşı akması, burun akıntısı, genel halsizlik ve uykusuzluk gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Opiod yoksunluğuna ait belirtiler genellikle kullanılan maddenin yarılanma ömrüne göre değişmektedir. Örneğin son eroin kullanımını takiben 4-6 saat sonra belirtiler

ortaya çıkarken, metadon kullanımında bu süre 36 saatte kadar sürebilir. Eroin yoksunluk belirtileri genellikle 36-72 saat arasında pik yapar ve 7-14 güne kadar belirtiler sürebilir (37).

3.4 Eroin

3.4.1 Genel Bilgi

Eroin, morfinden sentezlenen güçlü bir ağrı kesici maddedir. Eroinin analjezik gücü morfin ve diğer narkotik analjeziklerden güçlüdür. Kullanıldığında kısa sürede bağımlılık yapma potansiyeli yüksek olan ve yaygın kullanılan bir yasa dışı maddedir (7). Morfin ve eroin gibi opioidlerin bağımlılar arasında en bilinen etkisi, damardan alındıktan hemen sonra hissedilen yoğun haz duygusudur. Bu etki saatler içinde giderek yerini tatlı bir huzur, gerçeklikten kopma ve rüyalar aleminde bulunmaya bırakır (18). Opioidlerin ödüllendirici etkilerine tolerans çok çabuk gelişiyor. Bağımlılar kullandıkları dozu giderek yükseltmek ya da daha etkili maddelere başlamak zorunda kalırlar (18).

3.4.2 Klinik Etkileri

Eroin kullanıldığında insan vücudu tarafından morfine dönüştürölür. Bununla birlikte, morfine kıyasla ortalama beş kat daha kuvvetli bir maddedir. Saf halde kullanılmasının bir takım ölüm olaylarına sebebiyet vermesi nedeniyle genelde nişasta, pirinç unu ve diğer katkı maddeleri ile karıştırılarak kullanılmaktadır (38). Eroinin kullanımında tolerans hızlı gelişmekte bunun nedeni uzun süre kullanıldığı durumlarda beyindeki opioid reseptörlerinin hem sayısını hem de duyarlılığını etkilenmesidir. Bu hızlı tolerans nedeni ile madde alımı kesildikten 6 saat sonra yoksunluk ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler 3 günde pik yaparak 7-10 gün içinde de sonlanmaktadır. Fiziksel belirtiler olan kas ağrısı, kemik ağrısı, burun akıntısı, göz yaşarması ve halsizlik aularca devam etmektedir (39).

3.5 İnhalan Kullanım Bozukluğu

3.5.1 Genel Bilgi

Yaygın olarak uçucu, özölücü kullanımı olarak da ifade edilen inhalan kullanımı, gazlar, yapıştırıcılar ve spreylerin kullanılması ile olmaktadır. Bu maddeler torba ile (yani bir torbadan buhar solumak), burundan çekerek (maddeye buladığı nesneyi ağzına ya da burnuna yerleştirerek), koklayarakveya burnundan soluyarak(kaptan doğrudan soluma ile)

kullanılabilmektedir (40). İki yüzden fazla farklı inhalan madde mevcut. En bilinenler arasında tolüen, aseton, metilin klorit, hidrokarbonlar (yapıştırıcılar, boya tinerleri, spreyc boyaları gibi), butan veya propan çakmaklar, basınçlı yakıt depoları, benzin, eter, halotan, nitroz oksit, kloroheksil nitrat bu maddelerden bazılarıdır (7). Ergenlerde inhalan kullanımının erişkinlere göre fazla görüldüğü belirtilmektedir (41).

3.5.2 Klinik Etkileri

Uçucu maddeler sedatif etkilidirler. İnhalanlar akciğerlerden alınır ve karaciğer sitokrom P450 sistemi üzerinden hızlı bir şekilde metabolize edilir. İnhalanlar nitritler hariç santral sinir sistemini deprese ederler. Nitroz oksit olasılıkla opioid ve GABA reseptörleri üzerinden etki eder. Uçucu hidrokarbonların GABAerjik etkileri vardır ve olasılıkla NMDA reseptörlerini inhibe ederler (7). İnhalanların etkisi çok hızlı ortaya çıkar ve santral sinir sistemindeki etkileri doz bağımlıdır. Disinhibasyon ile başlar ve yüzüyormuş hissine öfori ve heyecan eşlik eder. Bireyler ayrıca baş dönmesi, konuşma bozukluğu ve ataksi ile birlikte güçlerinin arttığını hisseder (7). İnhalan kullanımına bağlı yürütücü bilişsel işlevlerde, işleme hızında hızlı sözel beekte, öğrenme performansında ve hafızadan geri çağırmada bozulma ortaya çıkabilmektedir. İnhalanlar lipofilik ve toksik olduğu için özellikle myelin gibi yağlı dokular üstünde tehlikeli olabilmektedir (42).

3.5.3 İnhalan intoksikasyonu

Akut intoksikasyon tablosu tıpkı alkolda olduğu gibi öfori ve dezoryantasyonla başlar, baş dönmesi ve santral sinir sistemi depresyonu ile devam eder. İritabilite, yorgunluk, iştah kaybı, fotofobi de görülebilir. Etkisi kısa sürelidir ve dakikalar içinde sonlanır. Ancak uzun süreli kullanımında asifiksi, konvulziyon, koma, yaralanmalar, laringospazım, kardiyak aritmi, beyin hasarı, deliryum ve ölüm görülebilir (27).

3.5.4 İnhalan yoksunluğu

DSM-5'te inhalan yoksunluğu tanımlanmamış olsa da, yoksunlukta iritabilite, huzursuzluk, yorgunluk, baş ağrısı, anksiyete, konsantrasyonda zayıflama, ağız kuruluğu ve duygudurum değişikliği gibi belirtilerin olabileceği belirtilmektedir (40).

3.6 Stimülan Kullanım Bozukluğu

3.6.1 Genel Bilgi

Stimülanlar genel olarak nöronal ve davranışsal faaliyetleri artıran maddelerdir (18). Stimülanlar; amfetamin, dekstroamfetamin, metamfetamin, kokain ve bitkisel kaynaklı Khat gibi çok çeşitli maddeleri kapsamaktadır (30). Tüm stimülanlar, doğrudan dopaminerjik, adrenerjik ve daha az derecede serotonerjik yollara etki ederek dopamin, norepinefrin ve serotoninin artırır. Hem kokain hem amfetaminler presinaptik monoamin geri alım taşıyıcı üzerinde kendilerine özgü yollarla etki ederler. Kokain geri alım taşıyıcısını bloke eder, Böylece daha fazla nörotransmitterlerin sinapsta aktif kalmasına neden olur. Amfetaminler, dopamin taşıyıcısına (DAT) ve veziküler monoamin taşıyıcısına (VMAT2) etki ederek sinir uçlarındaki veziküllerden biyojenik aminlerin salınmasına neden olmaktadır. Metamfetamin de amfetamine benzer şekilde etki eden lipofilik bir maddedir. Yapısal benzerliği nedeni ile metamfetamin, DAT, noradrenalin taşıyıcı (NET), serotonin taşıyıcı (SERT), ve VMAT-2'nin yerini alır ve bunların endojen fonksiyonunun tersine çevirir. Böylece monoaminler vezikülde sitozole dağılır. Bu işlem ile dopamin, noradrenalin ve serotonin sinapsa salınır, bu da postsinaptik monoamin reseptörlerini uyarır (7). Bir başka psikostimülan madde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda (DEHB) kullanılan metilfenidattır. Bu madde de, kokain gibi dopamin geri alımını engelleyerek işlevde bulunmakta, kokainle aynı reseptörlere bağlanmaktadır. Kötüye kullanıma açık olan bu madde kontrollü dozlarda alındığında, bağımlılığa yarattığı ödüllendirici etkiye yol açmadan, yalnızca dikkat ve konsantrasyonu arttırmaktadır (18).

3.6.2 Klinik Etkileri

Kokain, çoğunlukla Güney Amerika'nın And Dağları bölgesinde yetiştirilen koka ağacının (erythroxylon coca) yapraklarından elde edilen bir alkaloid maddedir (43).

Kokain, metamfetamin, sentetik katinonlar (banyo tuzları) ve 3,4-metilendioksi-metamfetamin (MDMA) gibi sokak stimülanları ciddi tıbbi ve psikiyatrik morbidite ve mortalite neden olabilir. Metamfetaminin 12 saatlik yarılanma ömrü, kokainin 2 saatlik yarılanma ömrüne göre oldukça uzundur ve fiyatı da oldukça düşük olduğundan tercih edilebilirliği artmaktadır. Metamfetamin düşük ile orta dozlarda (5-30 mg), öfori, uyarılma, yorgunlukta azalma, pozitif ruh hali, taşikardi, hipertansiyon, pupil dilatasyonu, periferik hipertermi, bilişsel alanlarda kısa süreli iyileşme, iştahta azalma ve kaygıya neden olur. Sık ve

yüksek dozlarda metamfetamin psikotik ataklara da neden olmaktadır. Kokain kullanımı sonrası öfori, yoğun haz duygusu, enerjide artma, yorgunlukta azalma, uyku ihtiyacında azalma, iştahta azalma ve huzursuzluk gibi psikolojik etkiler ortaya çıkabilir. Kokain ayrıca hipertansiyon, taşikardi, midriyazis, nöbet, hipertermi ve inmeye de sebep olabilir. Kronik kokain kullanımında anksiyete, panik atak, disfori, ajitasyon, huzursuzluk, paranoya, psikotik belirtiler, diskinezi, yargılamada bozulma ve stereotipik davranışlar ortaya çıkabilir (44).

3.6.3 Stimülan intoksikasyonu

Stimülan intoksikasyonunda göz bebeklerinde büyüme, periferik hipertermi, iştahta azalma gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra öfori, ajitasyon, gerginlik, öfke, anksiyete, yargılamada bozulma, libido artışı, halüsinasyon gibi psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilir. Stimülanların kardiovasküler sistem üzerine olan etkileri nedeni intoksikasyon durumlarında hipertansiyon, taşikardi, aritmiler, vazospazım, akut koroner sendrom ve ani kardiyak ölüm dahil birçok tehlikeli yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (7).

3.6.4 Stimülan Yoksunluğu

Kokainin ödüllendirici etkisi de dahil olmak üzere pek çok etkisine tolerans gelişmekle birlikte, yoksunluk belirtileri çok hafiftir, ancak çok şiddetli bir aşermeye yol açar (18). Düzenli stimülan kullanımının ani bir şekilde bırakılması stimülan yoksunluğuna neden olabilir. Stimülan yoksunluğunda birçok fiziksel ve psikiyatrik belirti ortaya çıkabilmektedir. Depresyon, anhedoni, disfori ve anjeri, ajitasyon, iritabilite, aritmii uyku, yorgunluk, bilişsel alanda bozulmalar ve psikotik belirtiler yoksunlukta ortaya çıkan belirtilerdir. Bu belirtiler birkaç günden birkaç aya kadar devam edebilir ancak akut yoksunluk belirtileri ortalama 7 ile 10 gün kadar devam eder (7)

3.7 Hallüsinojen Maddeler

3.7.1 Genel Bilgi

Halüsinojenler, bir insanın gerçekten orada olmayan ya da gerçekte olduklarından farklı olan şeyleri görmesini, duymasını, koklamasını, hissetmesini ya da tadına bakmasını sağlayabilir. Halüsinojenlerin prototipleri Liserjik asit dietilamid (LSD), psilosibin (magic mushroom) ve meskalindir. Bu halüsinojenler, algısal etkilere neden olduğu inanılan serotonin 5-HT_{2A} reseptörü agonistleridir. Bunlara ek olarak metilen-dioksi-amfetamin (MDMA, ekstazi),

fensiklidin (PCP), ketamin ve dimetiltriptamin gibi maddeler de halüsinojenlerin içinde sayılabilir (45).

3.7.2 Klinik Etkileri

Halisinojenlerin hepsini farmakolojik etkilerine bakarak bir sınıf altında toplamak olası değildir, çünkü bunların her biri farklı bir nörotransmitter sistemini etkileyerek işlevde bulunurlar (18).

Serotonerjik halusinojenler molekül olarak serotonin transmitterine benzerler ve serotonin reseptörüne karşı agonistik etki yaparak etkilerini gösterirler. Tüm halusinojenlerin en yaygını olan LSD serotonin reseptörlerinden 5-HT₂'ye bağlanır ve bu reseptörü tıpkı serotonin gibi, ancak doğal olmayan bir sıklıkla uyarır (18). LSD deneyimi doza, kullanıcının kişiliğine, ruh haline, beklentilerine ve ortama bağlıdır. LSD'ler sesleri tatmak veya renkleri hissetmek şeklinde sineztezilere neden olabilirler. Bununla birlikte bad trip adı verilen, kaygı, panik, umutsuzluk, kontrolü kaybetme korkusunun yaşadığı disforik bir tecrübe de ortaya çıkabilir. MDMA popüler olarak ekstazi adıyla bilinmektedir. MDMA hem serotonin hem norepinefrin salınımı üzerinde etkilidir. Bu nedenle hem halüsinojenik hem stimülan etkilere sahiptir. Kullanıcılar MDMA alımından 20 ile 60 dakika sonra, genel bir iyilik hali, duygudaşlık, duygusal sıcaklık ve kabullenme hissi, anksiyeted azalma ve genellikle 2 ile 3 saat süren zihinsel stimülasyon hissi yaşarlar. (46).

Antikolinerjik halusinojenlerin düşük dozları, kolinerjik reseptörleri bloke ederek öfori, dikkat bozukluğu, deliryum, hafıza kaybı ve halüsinasyonlara neden olur. Yüksek dozlarında ise bu maddeler bilinen en etkili zehirdir. Atropin ve Skopolamin klinikte kullanılan en önemli antikolinerjik ilaçlardır (18).

PCP ve ketaminin, görsel algıdaki değişiklikler ve beden dışı deneyimler gibi farklı psikoaktif etkileri nedeni ile bu maddeler dissosiatifler olarak da tanımlanmaktadır. Dissosiatiflerin etkilerinden bazıları empati, dinsel olaral kendinden geçme ve zaman ve mekanın aşılmasıdır. Bununla birlikte psikomimetik etkiler, kaygı, panik, paranoya ve bilişsel bozukluklar da ortaya çıkmasına neden olabilir. PCP ve ketamin deneysel şizofreni oluşturmak için de kullanılmaktadır (7).

Halüsinojenler, kullanıcılarda hem fiziksel hem de psikolojik etkilere neden olmaktadır. Taşikardi, hipotansiyon/hipertansiyon, hipertermi, midriazis, diyare ve görmede bulanıklık gibi fiziksel etkileri olabilir. Psikolojik etkileri de öfori, nöropsikolojik ve bilişsel bozulma,

anksiyete, depresyon, halüsinasyon, psodo-halüsinasyonlar, sineztezi, derealizasyon, depersonalizasyon, paranoid düşünceler ve intihar düşünceleri olarak sayılabilir (47).

3.7.3 Halüsinojen intoksikasyonu

İntoksikasyonunda pupillerde dilitasyon, görme bulanıklığı, tremor, taşıkardi, palpitasyon, hipo/hipertansiyon, hipertermi, aşırı terleme, motor koordinasyonda bozulma, hiperrefleksi gibi fiziksel belirtiler görülür. Ayrıca epeliptik nöbet, rabdomyoliz, intrakranial hemoraji, solunum problemleri ve kardiyak arrest gibi ciddi etkiler de gözlenebilir. Psikolojik olarak yanılsama, halüsinasyonlar, afekte labilite, öfori, kognitif işlevlerde bozulma, anksiyete, depresif belirtiler, megalomani, depersonalizasyon-derealizasyon ve paranoid düşünceler ve intihar girişimi ile başvurabilirler (7).

3.8 Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluğu

Ergenlik dönemi yenilik arayışı, aileden bağımsızlaşma, kendini keşfetme, dünyayı keşfetme, akranlara uyum sağlama ve yeni kimlik arayışının hakim olduğu bir dönem olması nedeni ile madde kullanım açısından kritik bir süreçtir. Çocuklar ve ergenlerde madde kullanım başlangıç yaşı giderek düşmektedir. Madde kullanımı, çocuk ve ergenlerin hayatını hem bilişsel hem de sosyal olarak olumsuz etkilemektedir. Madde kullanan ergenlerde okul başarısında düşme, okulu bırakma, şiddet içeren davranışlarda bulunma, suça karışma ve riskli cinsellik davranışları gibi olumsuz davranışlar görülmektedir (48).

Alkol-madde yaygınlığı ile ilgili yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, Amerika'da gençler arasında esrar kullanımında bir artış olduğu belirtilmekte ve sekizinci, 10. Ve 12. Sınıf öğrencilerinde yıllık esrar kullanıma yaygınlığı sırasıyla %10, %26 ve %37 olduğu bulunmuştur. Günlük esrar kullanımının da yine aynı öğrenci grubunda sırasıyla %1, %3 ve %6 olduğu bildirilmiştir. Amerika'da herhangi bir tütün ürününün kullanımının ortaokul öğrencilerinde %7,2 olduğu, lise öğrencilerde ise %27,1 olduğu bulunmuştur. Tütün ürününün kullanımı yaygınlığında 2011-2018'de bir fark olmadığı ancak bununla birlikte elektronik sigara kullanımında 2017-2018 yıllarında ortaokul öğrencilerinde %77,8'lik lise öğrencilerinde %48,5'lik belirgin artışlar olduğu gözlenmiştir (7).

Yüncü ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı bir çalışmada çocuk ve ergen bağımlılık merkezine takibi yapılan 323 ergen olgu dahil edilmiştir. Olguların yaklaşık %93,8'inin sigara dışında herhangi bir madde kullandığı saptanmıştır. Hastaların kullandıkları maddeler

sigaradan sonra esrar %75,2, uçucu madde %53,8, exstazi %43,6, alkol %43,2, yeşil reçeteli ilaçlar %31,4, kokain %2,6, opioid %0,3 olarak belirlenmiştir. Sigara dışında olguların %86,9' unun birden fazla madde kullandıkları saptanmıştır. Bu çalışmada dahil olan ergen olguların maddeyi ilk deneme yaşları $13,7 \pm 2,16$ bulunmuştur (49).

4 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağında çocuğun bakımından sorumlu olan kimseler ve diğer kişiler tarafından bedensel ve ruhsal gelişimlerini engelleyen, ruhsal açıdan çocuğu olumsuz etkileyen ve bilinçli olarak bu durumlarla karşı karşıya bırakılması çocuk istismarı olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı çok sık ihmal edilen ciddi toplumsal bir sorundur (50).

DSM V' göre travma; ölüm, ciddi yaralanma, cinsel şiddet veya tehdit gibi yaşam olaylarını doğrudan yaşamak, bu olaylar olurken tanık olmak, yakın bir aile üyesi ya da arkadaşın yaşadığını öğrenmek (olayların şiddet içermesi ya da kaza olması dahilinde) ya da bu yaşam olaylarının rahatsız edici detaylarına tekrar tekrar ve aşırı ölçüde maruz kalmak olarak tanımlanmaktadır

4.1 Çocukluk çağı duygusal istismar ve ihmal

Duygusal istismar ve ihmal, çocukla fiziksel temas olmadan ruhsal açıdan çocuğu olumsuz etkileyen iletişim ve davranış şekli ile karakterize çocuk ve bakımından sorumlu kişi veya kişiler arasında etkileşim şekli olarak tanımlanabilir (50). Genellikle çocukların bakımından sorumlu kişiler tarafından gerçekleştirilir. Çocukluk çağı istismarları arasında tanınması en zor olan istismar türüdür (51).

Çocukluk çağı duygusal istismarı DSM-5'te Anna-babadan biri ya da bakım veren tarafından isteyerek yapılan, çocuğa bilgin ruhsal bir kötülüğün dokunmasıyla ya da dokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, özel ya da simgesel eylemler olarak tanımlanmıştır. Birçok yazar çocuğa yönelik duygusal istismara aşağılayıcı, korkutucu, izole edici, reddedici ve sümürücü bakım veren olarak nitelendirmektedir. Amerikan Profesyonel Derneği (American Professional Society on the Abuse of Children, APSAC) çocuğa yönelik duygusal istismar ve ihmali "psikolojik kötü muamale" adı altında "çocuğun temel psikolojik ihtiyaçlarını (örn. Güvenlik, sosyallaşma, duygusal ve sosyal destek, bilişsel uyarın, saygı görme) engelleyen ve çocuğun

değersiz, kusurlu, hasarlı, seilmeyen, istenmeyen, tehlike altında, öncelikle başkalarının ihtiyaçlarını karşılamada işe yarayan ve gözden çıkarılabilir olduğunu ifade eden, bakım verenin tekrarlayıcı veya aşırı davranışı'' olarak tanımlamıştır (52).

Duygusal istismar ve ihmal altı alt tip içinde APSAC tarafından sınıflandırılmıştır (51). Bu sınıflandırma aşağıdaki gibidir:

Reddetme, çocuğa karşı reddedici ve aşağılayıcı sözel ve sözel olmayan davranışlar.

Korkutma, çocuğu, çocuğun sevdiği kişileri veya nesneleri, fiziksel olarak zarar verme, öldürme, terk etme gibi tehlikeli veya korkutucu durumlarla tehdit etme.

Kötüye kullanma, çocuğun uygunsuz davranışlar ve tutumlar geliştirmeye teşvik eden tutumlar.

Yok sayma, çocuğun iletişime geçme çabalarını ve ihtiyaçlarını göz ardı etme, çocukla olan etkileşimlerde duyguları çok az gösterme veya hiç göstermeme.

İzole etme, çocuğun, ev veya ev dışında, yaşlıları veya yetişkinlerle iletişim ihtiyaçlarını karşılama fırsatlarını sürekli ve makul olmayan bir şekilde reddetme.

Ruhsal, Tıbbi ve Eğitim ihmali çocuğun ruhsal, tıbbi ve eğitsel problemleri veya ihtiyaçlarına yönelik gerekli tedaviyi göz ardı etme, izin vermeyi reddetme davranışları (7).

4.1.1 Epidemiyoloji

Duygusal istismar ve ihmalin kolay fark edilmeyen bir kötü muamele türü olması, bu konuda yapılan araştırmaların az olması nedeni ile duygusal istismar ve ihmalin sıklığı bilinmemektedir. APSAC toplum örneklerin %10 ile %30'unun yaşam boyunca duygusal istismar ve ihmale maruz kaldığını tahmin etmektedir (51). İhmal ve istismara yönelik en geniş örnekleme sahip çalışmalarından biri NIS-4 (Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect), 2005-2006 yılları arasında yaklaşık 3 milyon ABD'li çocuğun kötü muamele gördüğünü belirtmiştir. Bu çocukların %29'unun istismara, %77'sinin ihmale uğradığını; istismar mağduru çocukların %36'sının duygusal istismara maruz kaldığını; ihmale uğrayan çocukların %16'sının eğitsel, %53'ünün fiziksel, %52'sinin duygusal olarak ihmal edildiğini bildirmektedir (53).

4.1.2 Risk Faktörleri

Duygusal istismar ve ihmale yönelik risk faktörleri, çocuğa ilişkin, aile/bakım verene ilişkin ve toplumsal/çevresel olarak üç ana başlıkta incelenebilir.

Çocuğa ilişkin faktörler: erken gelişim dönemleri, engellik (fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel), zor mizaç, olumsuz davranışsal özellikler, istismar öyküsü.

Aile/bakım verene ilişkin faktörler: Genç, hazırlıksız, çocuk gelişimi ve ebeveynlik hakkında yetersiz bilgiye sahip olma, psikiyatrik bozukluklar (depresyon, kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı), düşük özgüven, dürtü denetim zayıflığı, duygudaşlık becerisinde yetersizlik, streslerle başa çıkma yöntemlerinin gelişmemesi, yüksek stres maruziyeti.

Toplumsal faktörler: çevrede stres varlığı, alkol-madde kullanımı, şiddet ve suç olayları, bu durumlara yönelik yetersiz müdahale, çocuk gelişimi için düşük toplumsal destek (7).

4.1.3 Duygusal istismar ve ihmâl etkileri

Nörobiyolojik Etkileri: beyin gelişim sürecinin erken dönemlerde hassas olması nedeni ile önemlidir. Travmatik yaşantılar, beyin yapısında önemli bir etkiye sahiptir. Çocukluk çağı travmaların nöroendokrin düzenlenme, beyin yapısı ve fonksiyonunda birçok değişiklikle birlikte olduğu bilinmektedir (54). Araştırmacılar, çocukluk döneminde duygusal istismara maruz kalan erişkin katılımcıların, öz farkındalık ve kendini değerlendirme ile ilişkili (sol ön ve arka singulat korteks ve somatosensoriyel korteksin yüz tanıma bölgesi gibi) kortikal alanlarında incelmeye olduğu saptanmıştır. Bu incelmenin olası sebebinin, istismar deneyimlerinin duygusal işlemesinden korumaya yönelik bir kortikal adaptasyon mekanizması olabileceği; plastisitenin kötü koşullar altında yaşayan çocuk için koruyucu işlev görevileceği ancak bu durumun ilerleyen dönemde davranışsal ve cinsel işlevle ilişkili sorunların gelişmesinin altında yatıyor olabileceği aktarılmıştır (7). Bir diğer çalışma sonucu göstermektedir ki; çocuklukta tek başına duygusal istismara maruz kalmanın, psikopatoloji ile ilişkisiz olarak sol dorsomedial prefrontal korteks (dmPFC) hacminde belirgin bir azalma ile sonuçlanmaktadır. Duygu düzenlenme, nöroendokrin stres tepkisi ve duygusal/davranışsal uyarılmanın düzenlenmesinde önemli rolleri olan dmPFC'nin, çocuklukta duygusal istismar ile sürekli inhibasyona veya yapısal hasara uğramış olabileceği düşünülmüştür (55). Medial prefrontal korteks ve amigdala, yüz tanıma ve işlemde kilit öneme sahip. Yetişkin bir örneklemede çocuklukta duygusal istismara maruz kalmanın, psikiyatrik durumlardan

bağımsız olarak tüm yüz ifadelerine karşı artmış bilateral amigdala aktivitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulguların, çocuklukta kronik duygusal istismara maruz kalan bireylerin kişiler arası ilişkilerdeki, artan duygusal hassasiyet ve zorlukların anlaşılmasında önemli olabileceği aktarılmıştır (56). Çocukluk çağı travmalarının nöroendokrin stres yanıtı duyarlaşması ile ilişkili olması, hipokampal glukokortikoid reseptörlerinin yüksek ekspresyonu ve hipokampusun beyindeki en plastik yapılardan biri olması gibi sebeplerle, çocuklukta duygusal istismara maruz kalmanın hipokampusta yapısal anomalikler oluşturabileceği düşünülmüştür. Ergenlerde duygusal ihmalin ödülle ilgili ventral striatum aktivitesinin azalan gelişimine yol açabildiği, bu aktivite düşüşünün artmış depresif semptomlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (7).

4.1.4 Çocukluk Çağındaki Etkileri

Davranışsal sorunlar: en belirgin olarak dışa yönelim (agresif, saldırgan, yıkıcı, suça yönelik, antisosyal davranış) sonrasında ise içe yönelim (içe çekilme, somatik şikayetler, anksiyete, depresyon) sorunları ortaya çıkabilir.

Bağlanma sorunları: kaygısı, kararsız tip bağlanmalarla birlikte olabilir.

Duygusal sorunlar: Düşük benlik saygısı, depresyon, siüsidal davranış, duygu düzenleme sorunları, düşük duygu tanıma becerisi görülmektedir.

Sosyal davranışa yönelik sorunlar: sosyal beceri eksikliği, arkadaş edinme sorunları, akran reddi, sosyal ilişkilerde abartılı davranışlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bilişsel ve akademik sorunlar: Düşük akademik başarı, düşük zeka düzeyi, alıcı dilde yetersizlik, hafıza yetersizlikleri, düşük okuryazarlık ve matematik becerisi, daha fazla özel eğitim gereksinimine neden olmaktadır.

Duygusal ihmal ve istismarın, depresyon, travma sonrası belirtiler, anksiyete, intihar düşünceleri, özgüvende azalma, alkolle ilgili problemler ve madde kötüye kullanım gibi sonuçlara neden olmaktadır (57).

4.1.5 Erişkinlikteki Etkileri

Son yıllarda, çocukları doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin erişkin hayattaki etkileri yoğun şekilde araştırılmaktadır. 2017 yılında yapılan

bir meta-analizde 253719 olgu dahil edilerek olumsuz çocukluk ve ergenlik deneyimlerinin erişkinlik dönemindeki sonuçları araştırılmıştır. Bireyde en az dört çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin bulunmasının, araştırılan tüm sağlık sorunları için risk oluşturduğu bildirilmiştir. Bu ilişkinin fiziksel hareketsizlik, obezite ve diyabet için zayıf ama ılımlı düzeyde; sigara kullanımı, ağır alkol kullanımı, düşük sağlık düzeyi, kanser, kalp hastalığı ve solunum yolu hastalıkları için orta düzeyde; riskli cinsel davranış, ruhsal hastalık, sorunlu alkol kullanımı, kişiler arası ve kendine yönelik şiddet için yüksek düzeyde (ilişkili) olduğu bildirilmiştir. ABD’de yapılan bir çalışmada 20 yaş üzeri 34653 olgu dahil edilerek çocukluk çağı duygusal istismar ve ihmalinin erişkinlik dönemindeki psikopatolojiler üzerine etkileri araştırılmıştır. Duygusal ihmalin majör depresyon, distimi, duygudurum bozuklukları ve sosyal fobi ile duygusal istismarın hipomani hariç tüm eksen 1 bozukluklarla, duygusal istismar veya duygusal ihmalin ise birçok kişilik bozukluğu ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (58).

4.2 Fiziksel İstismar

Çocuk istismarları arasında 2. sırada yer almaktadır. İhmeldan sonra en fazla karşılaşılan istismar tipi fiziksel istismardır. Çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimini olumsuz etkileyen ve çocuğa yönelten, ağırlıklı olarak şiddet örüntüleri içeren, kurallara göre ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da zarar verici olarak her türlü eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. (59).

4.2.1 Epidemiyoloji

Dünya çapında yapılan çalışmalara göre her dört yetişkinden birinin çocuklukta fiziksel istismara uğradığı tahmin edilmektedir. Fiziksel istismarın tanımlanması, algılanışı, kabul edilmesi ve bildirilmesi toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Bazı toplumlarda fiziksel istismar, otorite kurma ve terbiye etme yöntemi olarak kullanılmaktadır. Farklı ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre fiziksel istismarın sıklığı, %0,45–64 gibi geniş bir aralıkta değişkenlik göstermektedir. 2016 yılında yapılan bir çalışmaya göre, 2–17 yaş aralığındaki çocukların Asya’da %64’ü, Kuzey Amerika’da %56’sı, Afrika’da %50’si, Latin Amerika’da %34’ü ve Avrupa’da %12’sinin geçen yıl en az bir kez fiziksel istismara uğradığı tespit edilmiştir. Ülkemizde 7–18 yaş arası çocukların %43’ünün fiziksel istismara maruz kaldığı belirtilmiştir (60).

4.2.2 Risk Faktörleri

Çocuğun fiziksel istismarı tek bir etmenle açıklayamayan, ailesel, bireysel, çevresel, sosyal ve ekonomik olarak birçok boyutun birlikte ele alınmasının gerektiren karmaşık bir durumdur. Risk etmenleri; çocuk, bakımveren ve çevresel durumlar ile ilişkili etmenler olarak sınıflandırılabilir (61).

Çocuk ile İlgili Etmenler: çocuk istismarları ile ilgili en önemli risk faktörlerin başına yaş gelmektedir (62). Bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuklar, kendilerini sözel olarak yeterince ifade edememeleri ve başkalarından kolaylıkla yardım isteyememeleri nedeniyle daha yüksek risk taşımaktadır. Çocukluktaki fiziksel, bilişsel ya da duygusal gelişimsel sorunlar riski artırmaktadır (63). İstismar olasılığı; prematürüte, çocuğun mizaç özellikleri (zor mizaç, çekingenlik özellikler, sıcakkanlılık), çocuğun istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya gelmiş olması, fiziksel engel, sürekli bakım gerektiren kronik hastalığının olması gibi durumlara bağlı olarak da artış göstermektedir (62). Bakım Veren ile İlgili Etmenler; bakım verende psikiyatrik bozukluk, suça karışma, alkol/madde kullanımı, çocuklukta istismara maruz kalma öyküsünün olması, öfke denetiminin zayıf olması, otiriter ebeveynlik stilleri, zayıf ebeveynlik becerileri, erken yaşta anne/baba olmak, empati yokluğu, fiziksel istismar ile ilişkilendirilen etmenlerdir (7).

Çevresel Etmenler; çocuk istismarı tüm sosyoekonomik düzeylerde görülebilmesine rağmen yoksunluk, işsizlik, sağlık güvence problemleri, barınma sorunları ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Sosyal izolasyon, sosyal destek yokluğu, psikososyal stres, tek ebeveyn olan ailede yaşamak da riski artıran etmenlerdir. Ailenin kalabalık olması, kardeş sayısının fazlalığı, ailede 5 yaş öncesi birden fazla çocuğun olması da fiziksel istismarı artırmaktadır. Çocuğuna fiziksel istismarda bulunan annelerin yaklaşık %50'sinin aile içi şiddette maruz kaldığı bilinmektedir (7).

4.2.3 Fiziksel İstismarın Psikiyatrik Sonuçları

Fiziksel istismar bedensel olarak ciddi hasarlara yol açmazsa bile, ruhsal açıdan önemli ve yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Ancak bu psikolojik belirtiler ne özgül ne de patognomiktir. İstismara uğrayan çocukların çoğunda ruhsal sorun görünmesine karşın bir bölümünde herhangi bir sorun olmadığı bilinmektedir. İstismar türü ve sonrasında ortaya çıkan ruhsal sonuçlar arasında direkt bağlantı yoktur. Çocuğun özelliğine, aldığı sosyal

desteğe ve olaya ilişkin farklılıklara bağlı değişkenlik söz konusudur. Bazı çocuklar sadece hafif anksiyete belirtileri ile bazı çocuklar ise ağır psikotik özelliklerin yer aldığı psikiyatrik tablolarla karşımıza çıkabilir (64).

Hayatın erken dönemlerinde stresli yaşam olaylarına maruz kalan çocukların epigenetik mekanizmalar yoluyla psikiyatrik ve medikal problemler için risk oluşturduğu düşünülmektedir (65). Özellikle gelişimin erken dönemlerinde fiziksel istismar çocuğu gelişimsel açıdan da olumsuz etkilemektedir. Fiziksel istismarın; fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal, dil ve motor becerilerde gecikmelere neden olduğu ortaya konmuştur (66). Çok erken yaşam dönemlerinde, özellikle amigdalanın en hassas olduğu yaşamın ilk 6 ayında ağır istismara maruz kalındığında; amigdala hasarı, sosyal agnozi, duygusal körlük, otistik belirtilerle karışabilir (67). Bebeklik döneminde özellikle bakım verenin kendinin tehdit oluşturduğu istismar durumunda stresin daha uzun sürmesi ve bebekte çok daha yoğun biyolojik stres yanıtı bekleniyor. Fiziksel istismarda çocuğun birincil bakım vereniyle bağlanma örüntüsü; güvensiz-kaygılı, güvensiz-kaçıngan ya da dezorganize bağlanma bozukluğu şeklinde beklenir (7). Bebekler bir yandan yaşamlarını sürdürmek için bakım verene yaklaşırken, öte yandan bakım verenden tehdit unsuru olduğu için uzaklaşır, bunun dezorganize bağlanmanın temelini oluşturan etken olduğu düşünülür. Ceza yöntemi olarak fiziksel istismar uygulanan çocuklar yanlış yapmama ile ilgili içgörü geliştiremezler ve erişkin yaşamlarında da sadece cezalandırabileceği durumlarda yanlıştan kaçınan bireyler olurlar. Otoriteye boyun eğip, istenilen davranışın dışına çıkamayabilir ya da tam tersine saldırgan tutumlar sergileyebilir (68). İstismar mağduru çocukların sağlıklı çocuklara kıyasla; daha yüksek oranda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu tanıları aldıkları görülmektedir. Sonuç olarak fiziksel istismar ve ihmal gibi erken yaşam olaylarına maruz kalmanın kırılganlığını artırarak depresyon, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde kullanımı ve hatta şizofreni gibi birçok psikiyatrik bozukluğun yanı sıra obezite, migren, kardiovasküler hastalık, diyabet ve kanser gibi fiziksel hastalıklara da yatkınlığı artırmaktadır (69).

4.3 Cinsel İstismar

Cinsel istismar 18 yaş altı çocuk veya ergene karşı, bir erişkininin kendi cinsel tatmini için çocuğa baskı, tehdit yolu ile yapılan her türlü cinsel içerikli davranış olarak tanımlanmaktadır. İki çocuk arasındaki cinsel eylemlerde ise iki çocuk arasındaki yaş farkı dört veya daha fazla

olduğunda, küçük çocuğun zorla ya da ikna yolu ile cinsel doyum amacı taşıyan davranışlara maruz kalması durumu da cinsel istismar olarak değerlendirilir (70). Cinsel istismar davranışı cinsel dokunma, penetrasyon, temas içermeyen davranışlar (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik), interfemoral ilişki, cinsel sömürü (çocuk fuhuşu ve çocuk pornografisi) şekillerinde olabilir (71).

4.3.1 Epidemiyoloji

Cinsel istismar sık rastlanan bir durum olmakla birlikte genellikle gizli kalma eğilimindedir. Bu sebeple cinsel istismar sıklığının net olarak belirlenmesi ve kesin epidemiyolojik verilere ulaşmak oldukça zordur. Cinsel istismar vakalarının %15'inin adli birimlere bildirimde bulunduğu göz önüne alındığında, ulaşabilen olgular vakaların oldukça küçük bir kısmını oluşturmaktadır (70). ABD verilerine göre her yıl 60.000 çocuk cinsel istismara uğramaktadır. Dünyada kız çocukların yaklaşık %25'i, erkek çocukların ise % 9'unun çocukluk çağında herhangi bir cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (7). Araştırmalar, kız çocuklarının erkeklere göre daha fazla cinsel istismara uğradığını ve ergenlerde cinsel istismarın daha sık olduğunu göstermiştir (72). Yapılan çalışmalarda bütün kadınların yaklaşık yarsının çocukluğunun bir döneminde temas içermeyen cinsel istismara maruz kaldığı, cinsel dokunmanın çocuklukta %15–20, penetrasyon içeren cinsel istismar (oral, genital, anal) sıklığının ise %2 olduğu bildirilmiştir (7). “Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise çocuk ve ergenlerde cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin yaş ortalamasının 10.8 olduğu ve ayrıca, olguların %43’ünün ise ergen yaş grubunda (12–16 yaş) olduğu saptanmıştır” (73).

4.3.2 Risk Faktörleri

Cinsel istismara yatkınlık yaratan tek bir risk faktörü yoktur. Cinsel istismarın sık görüldüğü aileler genel olarak işlevselliği bozuk aileler olarak tanımlanmaktadır (74). Aile içinde sözel-fiziksel şiddet, ebeveynlerde alkol-madde kötüye kullanımı, ebeveyn-çocuk bağlanmasındaki sorunlar, stresli yaşam koşulları, anne-babanın ayrılması veya boşanması, üvey baba ile aynı evde yaşama, ebeveynlerde cinsel istismara uğrama öyküsü, ailenin sosyal desteğinin yetersiz olması, ebeveynlerde psikiyatrik veya fiziksel hastalıkların varlığı, ebeveynlerin eğitim ve sosyoekonomik açıdan düşük düzeyde olmaları gibi etkenler risk faktörleri arasında sayılmaktadır (75). Çocuk veya ergende ruhsal hastalıklar (DEHB, zeka geriliği gibi), veya fiziksel hastalıkların olması (görme ve işitme kaybı gibi), cinsel istismar açısından daha fazla

risk taşıdığı bilinmektedir. Cinsel istismar daha çok düşük sosyoekonomik düzeyde olan ailelerde ortaya çıksa da tüm sosyoekonomik sınıflarda olabileceği unutulmamalıdır (76).

4.3.3 Cinsel İstismar Etkileri

Çocuklarda cinsel istismar sonrasında gelişen psikiyatrik bozuklukların yanı sıra HIV, obezite gibi fiziksel sorunlar da ortaya çıkmaktadır (77). Psikiyatrik bozuklukların şiddeti çocuktan çocuğa değişebilmektedir. Bu durum çocuğun yaşına, gelişim düzeyine, daha önceden psikiyatrik hastalığının olup olmamasına, cinsel istismarın tipine, istismarın aile üyelerinden veya tanıdık biri tarafından gerçekleştirilmesine, istismarın sıklığı, süresi, kurbanla saldırgan arasındaki yaş farkının artması, cinsel istismar eylemine şiddetin eşlik etmesi gibi faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir (78). Cinsel istismara maruz kalan çocukların gösterdiği tepkiler, yaşa göre değişebilmektedir. Küçük çocukların cinsel istismara maruz kalmaları sonrasında çeşitli davranışsal sorunlar ortaya çıkarılabilmektedir. Örneğin, küçük çocuklarda cinselliğe aşırı merak, oyunlarında cinsel içerikli konuların olması, cinsellikle ilgili beklenen gelişim düzeyinden daha fazla bilgiye sahip olma, aşırı ve uygun olmayan ortamlarda mastürbasyon davranışının olması, uyku problemleri, (okulda) arkadaş ilişkilerinde problemler, dikkat sorunları ve ders başarısında düşme, tek başına kalmakta sorun, gece yalnız uyuyamama, korkular, kaçınma davranışları, davranış sorunları gibi durumlar sayılabilir (70). Daha büyük çocuklarda ise depresif belirtiler, kendine zarar verici davranışlar, intihar girişimleri, okul, arkadaş, sosyal çevrede sorunlar, davranış problemleri suça karışma, fiziksel ve cinsel şiddet gösterme, yeme sorunları, korkular, kaçınmalar görülebilir. Cinsel istismar mağduru ergenlerde özellikle dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri de cinsel istismarı olayı sonrasında rastgele biçimde ilişkiye girmeleri ve bu sebeple tekrarlayan istismarlara açık olmalarıdır (64). Ayrıca büyük çocuklarda penetrasyonunun olduğu cinsel istismara bağlı olarak vajinal, anal kanamalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, idrar yolu enfeksiyonu gibi belirtiler görülebilir (7).

4.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Madde kullanım bozukluğu ile TSSB çok sık bir arada rastlanan komorbid durumlardır. Madde kötüye kullanımı olan kişilerde TSSB yaşam boyu yaygınlığı %36-50 olarak saptanmıştır (79). Buna ek olarak yasa dışı madde kullanımı, nörobiyolojik stres sisteminin duyarlaşmasına ve aşırı uyarılma ve kaygı belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Sonuç olarak, stres sisteminin duyarlaşması ve strese karşı oluşan fiziksel belirtiler TSSB'nun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (80). TSSB ve madde kötüye kullanımının birlikteliğini açıklayan ikinci teori ise; TSSB'nun madde kullanımı için bir risk faktörü olduğu yönündedir. Bu teoriye göre; madde kullanımı kendini iyi hissetme yoluyla bir tür baş etme mekanizmasıdır (81). Son çalışmalarda, madde kötüye kullanımı ve TSSB arasındaki ilişkiyi açıklayan üçüncü bir faktörün de travmatik yaşam olaylarının şiddeti olduğunu işaret etmektedir. Travmatik yaşantıların şiddeti, alkol/madde kullanımının başlaması, süreklilik ve ciddiyetini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir (82). Travmatik yaşam olaylarına maruz kalmak, madde kullanım riskini arttıran bir faktördür. National Survey of Adolescent'ın yaptığı bir çalışmaya göre; fiziksel ya da cinsel istismar deneyimleyen ergenler, travma geçmişi olmayan ergenlere göre daha yüksek oranda madde kullandığını belirtmişlerdir (83). Buna ek olarak travmatik deneyimlerin madde kullanım riskini arttırmasına ek olarak, madde kullanımı ile travmatik stres arasında yüksek oranda ilişki olduğunu belirtmiştir. Kokain bağımlılığı olan kişilerle yapılan bir çalışmada, madde kullanımına TSSB'nin öncü olduğu ve daha sıklıkla çocukluk çağında görülen travmalar olduğu görülmüştür (84). Cinsel travmanın TSSB ve madde kullanımı üzerinde sayısız etkileri tanımlanmaktadır (83). Cinsel travmaya maruz kalmış ve TSSB deneyimleyen kişilerin yeniden yaşantılama ve intruzive düşünceler gibi TSSB belirtilerini azaltmak için madde kullanıldığını ve bunun da self medikasyon düşüncesini beraberinde getirdiği öne sürülmektedir. Self medikasyonun aynı zamanda kısa süre için travma semptomlarını bastırmak ve olumsuz duygu yaratan uyaranlardan kaçınmak için bir baş etme yöntemi olduğu düşünülmektedir (85). Bir diğer çalışma, madde kullanımı olan kadınların erkeklere göre daha fazla çocukluk çağı travmaları yaşadığını belirtmektedir. Kadınlarda cinsel istismarın kokain ve esrar kullanımı ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Fiziksel istismar kokain ve eroin kullanan erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. Duygusal istismar, ihmal ise eroin kullanan erkeklerde, ağır kokain kullanan kadınlara göre daha yüksek oranda bulunmuştur (86). Birçok araştırma, yalnız başına travmatik yaşam olaylarına maruz kalmaktansa, travmatik yaşam olaylarına TSSB belirtilerinin eklenmesinin madde kullanımı ile prevalansı arttıran bir faktör olduğunu göstermektedir (87).

5 BELLEK

Bellek, zihnimizden geçen düşüncelerimizi ve yaşadığımız tecrübeleri bir araya getiren bir kavramdır. Bellek olmasa hayatımızdaki geçmiş ve gelecek anlamsız olur, ayrıca bireyin kendi farkındalığı da yok olurdu (88).

Bellek kavramı, yeni bilgilerin öğrenmesi, gerekli olan bilgilerin kaydedilmesi, uzun ve ya kısa süreli bellek şeklinde depolanması ve ihtiyaç halinde tekrar kullanılması süreçlerini kapsar (6).

5.1 Bellek Modelleri

Atkinson ve Shiffrin; belleği, çok kısa süreli bellek, kısa süreli (çalışma) bellek ve uzun süreli bellek şeklinde sınıflandırmıştır. Çok kısa süreli bellek, milisaniyeleri kapsayan bir süreçtir. Çalışma belleği, edinen bilginin aktif biçimde tutması ve depolanmış bilginin ihtiyaç halinde geri çağırması için işlem görmektedir. Uzun süreli bellek ise bilginin yıllar boyunca akılda kalmasını sağlayacak bellek kısmıdır (88).

5.1.1 Duyusal Bellek (Çok Kısa Süreli Bellek)

Bilgiyi edinmenin ilk aşaması duyusal kayıttır. Duyusal bellek duyu organları tarafından algılanan ve merkezi sinir sistemine iletilen bilginin kaydedilmesini sağlayan bir sistemdir. . Gelen uyarılar özelliklerine göre, görme, işitme, koku, tat veya dokunma duruları ile ilgili duyu organları tarafından alınarak merkezi sinir sistemine iletilir. İlk aşamada uyarı 1-3 saniye kadar duyusal belleğe kayıt olur. Bilginin çok kısa süreli bellekte kalma süresini algılanan duyu ve duyu organı belirliyor. Örneğin görme duyusu ile beyne gelen uyarının, bilgi şeklinde çok kısa süreli bellekte kalma süresi bir saniyeden azdır. İşitme duyusuyla gelen bilgiler ise 2-3 saniye kalabilirler. Fakat hangi duyu organı aracılığıyla olursa olsun süre her zaman oldukça kısadır.

Duyular aracılığıyla bellekte depolanan bilgilerin bilinçli ve anlamlı bir hale gelmesi için, bilgilerin kısa süreli belleğe geçmesi gerekmektedir. Kaydedilen bilgilerin hangilerinin kısa süreli belleğe geçeceğini dikkat ve algı gibi süreçleri belirler (89).

5.1.2 Kısa Süreli Bellek

Kısa süreli bellek, kısa bir süre içinde bilgiyi ham halıyla akılda tutma yetisidir. Kısa süreli belleğin kapasitesi ortalama 7 ± 2 unsur ve 2 ila 30 saniye gibi süre ile kısıtlıdır. Eğer bu süre içinde bu bilgi uzun süreli belleğe kaydedilmezse kısa bir süreden sonra kaybolur (90).

Kısa süreli bellek, duyuşsal reseptörler ile bilgileri yıllarca depolayan uzun süreli bellek arasında bağlantıyı sağlayan önemli bir bellek türüdür. Kısa süreli bellekteki bilginin temel işlevinin, uzun süreli belleğe hizmet ettiği bilinmektedir. ‘Tekrar’ bilginin kısa süreli bellekten uzun süreli belleğe aktarmasını sağlayan temel yöntemlerden biridir (91).

5.1.3 Çalışma Belleği

Araştırmacılara göre, kısa süreli belleğin ve uzun süreli belleğin bazı kısımlarını içeren ortak yapı çalışma belleğidir. Bilişsel görevleri sırasında çalışma belleği varolan bilgiyi geçici olarak tutan ve düzenleyen bir sistemdir (92).

5.1.4 Uzun Süreli Bellek

Uzun süreli bellek, bilgilerin yıllar boyunca bilinçli bir şekilde depolandığı bellektir. Uzun süreli bellek, kısa süreli bellekten farklı olarak depolandığı bilgileri uzun sürelerde tekrar, tekrar çağırabilmesidir (93).

5.2 Uzun Süreli Bellek ve Öğrenme

Öğrenme ile ilgi anatomik yapılar beynin orta ve alt kısmında yer almaktadır. Corpus callosum, öğrenme ile ilgili önemli anatomik yapılardan biri olup iki taraflı beyin kürelerini birbirine bağlayan, beynin her iki tarafında oluşan bilgilerin iki yarım küre arasında transferini sağlayan ve aksonlardan oluşan bir yapıdır. Thalamus ise periferik duyu organlarından gelen bilgileri kabul eder ve beynin diğer bölgelerine transferini sağlar. Hypothalamus sindirimi sistemi, dolaşımı sistemi, hormon düzenlenmesi, cinsellik, beslenme uyku ve duyguları kontrol etmeden sorumludur. Hippocampus, gelen bilginin çalışma belleğinden, depolanmak üzere uzun süreli belleğe transferi sırasında öğrenmenin oluşmasında anahtar rol oynamaktadır. Amigdala hippocampus’e bağlantılı bir diğer anatomik yapıdır. Periferik duyu organlarından beyine gelen bilgiler amigdala tarafından işlenip beynin duyuşsal hafızasında kodlanmaktadır. Alt bölümde yer alan cerebellum, hareket, postur, koordinasyon, denge ve motor hafızadan sorumludur (94).

Belleğin ilk bileşkesi öğrenmedir. Bilgiler ilk olarak beş duyu yoluyla dış dünyadan toplanır.

Duyu organları tarafından algılanan bu uyarılar, elektrik uyarısına dönüştürülerek merkezi sinir sistemine iletilir. Tüm bu bilgiler önce "çok kısa süreli" bellekte toplanır. Çok kısa süreli bellekteki bilgiler yirmi saniye kadar bekleyebilir. Bu süre sonunda çok kısa süreli bellek boşaltılır ve yeni bilgi girişi gerçekleşmiş olur. "Kısa süreli" belleğe yerleşen bilgiye elektrokimyasal değişimlere yol açarak korunur. Bilginin kısa süreli bellekte kalma süresi yirmi dakika ile bir gün arasında değişmektedir. Eğer gerektiği kadar tekrar edilirse, kısa süreli bellekte geçici olarak saklanan bilgi, uzun süreli belleğe yerleşir. Bu tür bilgiler beyin hücrelerinde, kalıcı kimyasal değişikliklere yol açarak devamlılığını sürdürmekte ve nöronlar yaşadığı sürece korunmaktadır (95).

Öğrenme ve bellek kavramı içiçedir. Önce öğrenilen bilgiler zihnimizde kodlanır ve ihtiyaç durumunda bu bilgiler kodlandığı yerden geri çağırılır (96).

Bir bilginin öğrenilmiş olarak kabul edilmesi için mutlaka uzun süreli bellekte depolanmış olması gerekir. Çünkü uzun süreli belleğe saklanmayan bilgiler kısa sürede kaybolur (97).

Bilgilerin nöronlara yüklenmesine "öğrenme", yüklenen bilginin yerleştiği yerden çağırılmasına da "hatırlama" deniliyor. Bellek ise bilginin depolanabilmesi ve ihtiyaç halinde bilginin depodan çağırılabilmesi, yani hem öğrenme hem de hatırlama için gerekli unsurdur (95).

5.3 Madde Kullanım Bozukluğu ve Bellek

Madde kullanımı beyinde bir takım değişikliklere yol açarak, beyin bölgelerini ve nörotransmitter sistemlerini etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, alkol ve madde kullanımının prefrontal ve frontal kortekste bozulmalara neden olduğunu göstermektedir. Yürütücü işlevlerden sorumlu olan bu bölgelerin tahrip olması ile dikkat, karar verme, planlama gibi beynin yüksek işlevselliği olumsuz etkilenmektedir. Yürütücü işlevleri olumsuz etkilenmenin yanı sıra, alkol ve madde kullanımı bellek bozukluklarına da neden olmaktadır (98). Madde kötüye kullanımı temel bilişsel işlevlerin yer aldığı beyin bölgeleri ile birlikte öğrenme ve belleği de zaman içerisinde olumsuz etkilemektedir (99). Esrarın bilişler fonksiyonlar üzerindeki en önemli olumsuz etkisi kısa süreli bellek veya çalışma belleği alanlarında gösterilmiştir. Kronik esrar kullanan kişilerde sözel öğrenme ve bellek performanslarında düşük saptanması, esrarın öğrenme ve bellek sistemi üzerindeki olumsuz etkisini yansıtmaktadır. Çalışmalar özellikle ergenlik döneminde esrar kullanımının kalıcı yan etkilerine neden olduğunu işaret etmektedir (28).

5.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Bellek

TSSB, yaşanan travma ile ilgili düşünce ve anıların aniden ve tekrar tekrar yaşanması ve kabusların görüldüğü bir bozukluktur. Travma anında yaşanan dissosiyasyon, TSSB gelişimi ile bağlantılıdır (100). Gilbertson ve arkadaşları, 2001 yılında TSSB belirti şiddetini yansıtan bilişsel işlevlerin dikkat ve bellek olduğunu bildirmiştir. Dissosiyasyon, travmatik yaşantının duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak işlenemediğini göstergesidir. TSSB ve bellek ile ilgili çalışmalar daha çok savaşta aktif olarak çalışan askerlerle yapılmış ve savaş sonrasında TSSB belirtilerini gösteren askerlerde bellek sorunlarının olduğu bildirilmektedir (101). Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmış olgularla yapılan bir çalışmada, kontrol grubu ile cinsel istismar yaşayıp TSSB geliştirmiş ve geliştirmemiş olgular arasında, yaşanmış travma ile ilgili kelimeleri hatırlamakta anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, TSSB geliştirmeyenlerle kıyaslandığında TSSB yaşayan olguların doğal sözcükleri daha az hatırlayabildikleri görülmüştür. TSSB geliştiren bireylerle yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, hipokampus hacminin azalması, açık bellek sorunlarıyla sonuçlanmaktadır (102).

6 AMAÇ

Çalışmamızda 14-19 yaş arasında MKB tanısı alan ergenler ile MKB tanısına ek olarak çocukluk çağı travma öyküsü bulunan ve ÇÇTÖ puanları yüksek olan ergenlerin kontrol grubu ile sosyodemografik bilgiler, çocukluk çağı travmaları, ek psikiyatrik tanılar Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi (Ö-SBST) (sözel belleği değerlendirmesi) ve Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi (görsel belleği değerlendirmesi) açısından karşılaştırılmıştır.

7 HİPOTEZLER

- MKB bilişsel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir,
- Travma bilişsel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir,
- Çocukluk Çağı Travma öyküsü bulunan ergenlerde MKB daha sık görülür.

8 GEREÇ VE YÖNTEM

8.1 Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, madde kullanım bozukluğu tanılı olguların, madde kullanım bozukluğuna ek olarak çocukluk çağı travma puanları yüksek olan olguları (tek merkezli, olgu kontrollü ve tanımlayıcı şekilde) kapsamaktadır. Bu olgular, sosyodemografik bilgilerin, çocukluk çağı travmalarının, ek psikiyatrik tanılarının, (sözel belleği değerlendirilen) Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi ve (görsel belleği değerlendirilen) Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi açısından değerlendirilmiş ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

8.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında (EÜTF ÇERSH ABD) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezinde Eylül 2019–Eylül 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 11.12.2019 tarih ve 19-12T/50 nolu etik kurul kararı ile etik onay alınmıştır.

8.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmamızın evreni, EÜTF ÇERSH ABD ve EÜTF EGEBAAM’da madde kullanım bozukluğu tanısı almış olgular, madde kullanım bozukluğuna ek olarak çocukluk çağı travma öyküsü bulunan ve ÇÇTÖ puanları yüksek olan olgular ile sağlıklı kontrol grubu tarafından oluşmaktadır.

8.4 Araştırmanın Örneklemi

MKB tanılı olgular ve MKB tanısına ek olarak çocukluk çağı travma öyküsü bulunan olgular, EÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ergen Bağımlılık Birimi’nde takiplerine devam eden 14-19 yaş arasında olan gönüllü hasta ve ailelerinden oluşturulmuştur.

Sağlıklı kontrol grubunu madde kullanımı öyküsü olmayan, işlevselliğini olumsuz etkileyecek düzeyde psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerden oluşmaktadır. Kontrol grubu, hastane çalışanlarının aynı şartları karşılayan çocuklarından ve onların çevrelerinden oluşturulmuştur.

Hem hasta hem de psikiyatrik başvurusu olmayan gönüllü sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların aileleri çalışmanın amacı ve kendilerinden istenilen ile ilgili bilgilendirilmiştir, ailelerinin yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

8.5 Örneklem Seçimi

8.5.1 Madde Kullanım Bozukluğu Grubunun Oluşturulması

MKB Grubu, EÜTF Çocuk Psikiyatrisi Ergen Bağımlılık Biriminde, madde kullanım bozukluğu tanısı almış olan 14–19 yaş arası 20 olgu ile oluşturulmuştur. Madde kullanım bozukluğuna yönelik tanı değerlendirmesi iki basamaklı olarak yapılmıştır. İlk değerlendirme çocuk psikiyatrisi asistan Dr. Noorjahan Serarşan tarafından, DSM-V kriterlerine uyarak gerçekleştirilmiştir. Ardından çocuk psikiyatrisi öğretim üyesi Prof. Dr. Zeki Yüncü tarafından ikinci bir görüşme ile hasta tekrar değerlendirilmiş ve ortak konsensus ile tanı konulmuştur. Ek psikiyatrik bozukluklar K-SADS ile değerlendirilmiştir.

8.5.2 Madde Kullanım Bozukluğu Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- 14-19 yaş arasında olmak,
- DSM 5 tanı ölçütlerine göre MKB tanı kriterlerini karşılamış olmak ve madde etkisi altında olmamak,
- Klinik olarak bu çalışmayı yürütebilecek mental kapasiteyi sahip olmak,
- Bilinen nörolojik patoloji ya da bilinç kaybıyla giden travma öyküsü olmaması,
- Çalışmaya katılmakta istekli olmak,
- Ebeveynler tarafından onam formunun imzalanması.

8.5.3 Madde Kullanım Bozukluğu Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 14-19 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya katılma konusunda istekli olmaması,
- Klinik olarak bu çalışmayı sürdüremeyecek kapasitede olmak,
- Eşlik eden nörolojik hastalık ya da bilinç kaybıyla giden travma öyküsü olması,

- Çalışma esnasında alkol/madde etkisi altında olmak.

8.5.4 Madde Kullanım Bozukluğuna Ek Olarak Çocukluk Çağı Travma öyküsü ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek puanları Yüksek Olan Grubunun Oluşturulması

MKB ve çocukluk çağı travması olan grubu, EÜTF Çocuk Psikiyatrisi Ergen Bağımlılık Biriminde Madde Kullanım Bozukluğu tanısına ek olarak çocukluk çağı travma öyküsü olan ve travma ölçek puanları yüksek olarak değerlendirilen 14–19 yaş arası yirmi olgu ile oluşturulmuştur. Madde Kullanım Bozukluğu'na yönelik tanı değerlendirmesi iki basamaklı olarak yapılmıştır. İlk değerlendirme çocuk psikiyatrisi asistanı Dr. Noorjahan Serarslan tarafından, DSM-V kriterlerine uyarak gerçekleştirilmiştir. Ardından çocuk psikiyatrisi öğretim üyesi Prof. Dr. Zeki Yüncü tarafından ikinci bir görüşme ile hasta tekrar değerlendirilmiş ve ortak görüş birliğiyle tanı konulmuştur. Çocukluk çağı travmasına yönelik tanı değerlendirmesi DSM-V kriterlerine uyarak gerçekleştirilmiş ve çocukluk çağı travma ölçeği ile çocukluk çağı travma alt tipleri tespit edilmiştir. Ek psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi için K-SADS uygulanmıştır.

8.5.5 Madde Kullanım Bozukluğuna Ek Olarak Çocukluk Çağı Travması Olan Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- 14-19 yaş arasında olmak,
- DSM 5 tanı ölçütlerine göre Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılamak ve Madde etkisi altında olmamak,
- Çocukluk çağı travma öyküsünün bulunması ve ÇÇTÖ puanları yüksek olması,
- Klinik olarak bu çalışmayı yürütebilecek mental kapasiteyi sahip olmak,
- Bilinen nörolojik patoloji ya da bilinç kaybıyla giden travma öyküsü olmaması,
- Çalışmaya katılmakta istekli olmak,
- Ebeveynler tarafından onam formunun imzalanması.

8.5.6 Madde Kullanım Bozukluğuna Ek Olarak Çocukluk Çağı Travması Olan Grubu İçin Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- 14-19 yaş arasında olmak,
- Her hangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması,
- Klinik olarak bu çalışmayı sürdüremeyecek kapasitede olmak,
- Çocukluk çağı travma öyküsünün olmaması,

- Eşlik eden nörolojik hastalık ya da bilinç kaybıyla giden travma öyküsü olması,
- Çalışma esnasında alkol/madde etkisi altında olmak.

8.5.7 Kontrol Grubunun Oluşturulması

Kontrol grubu Madde Kullanım Bozukluğu, çocukluk çağı travma öyküsü ve bilinen psikiyatrik hastalığı olmayan 14-19 yaş aralığında olan kişilerden seçilen 20 olgu ile oluşturulmuştur. Psikiyatrik bozukluklara yönelik K-SADS uygulanmıştır.

8.5.8 Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- 14-19 yaş arasında olmak,
- MKB tanısını karşılamıyor olması,
- Çocukluk çağı travma öyküsünün olmaması,
- Klinik olarak çalışmayı sürdürebilecek kapasitede olmak,
- Nörolojik hasar ya da bilinç kaybıyla giden hastalık öyküsü olmaması,
- Çalışmaya katılmakta istekli olmak,
- Ebeveynler tarafından onam formunun imzalanması.

8.5.9 Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 14-19 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya istekli olunmaması,
- Madde kullanımının olması,
- Çocukluk çağı travma öyküsünün olması veya ÇÇTÖ puanlarının yüksek gelmesi,
- Klinik olarak bu çalışmayı sürdüremeyecek kapasitede olmak,
- Eşlik eden nörolojik hastalık ya da bilinç kaybıyla giden hastalık öyküsü olması,
- Görme ve işitme kusuru olması,
- Çalışma esnasında Alkol/Madde etkisi altında olmak.

8.6 Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanmakta, cinsiyet, sınıf tekrarı, yaş, madde kötüye kullanım başlangıç yaşı, maddde kötüye kullanım süresi, eğitim durumu, çocukluk çağı travma öyküsünün bulunup bulunmaması, çalışma hayatı, ebeveyn yaşı, ebeveyn eğitim durumu, ebeveyn çalışma durumu, ailede psikiyatrik/fiziksel hastalığın olup

olmaması, birlikte yaşadığı kişi sayısı, toplam çocuk sayısı, sosyoekonomik düzey, ebeveynlerin durumu bilgilerini almaya yönelik bilgi formudur.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-28): Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek toplam 28 soru içermektedir. Bu ölçek, çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismar, duygusal ve fiziksel ihmalden oluşan beş alt ölçeğe sahiptir. Bu alt ölçeklerin toplam puanından oluşan puan ÇÇTÖ'nin toplam puanı olarak kabul edilmektedir. Duygusal istismarı yansıtan maddeler, 3, 8, 14, 18 ve 25'ten oluşmaktadır. Fiziksel istismarı gösteren maddeler, 9, 11, 12, 15 ve 17'den oluşmaktadır. Cinsel istismarı yansıtan maddeler, 20, 21, 23, 24 ve 27'den oluşmaktadır. Fiziksel ihmali değerlendiren maddeler, 1, 4, 6, 2 ve 26'dan oluşmaktadır. Duygusal ihmali yansıtan maddeler ise, 5, 7, 13, 19 ve 28'den oluşmaktadır. İlk versiyonu 53 maddeden oluşan ölçek, daha sonra özgün yazarı tarafından kısaltılmıştır. Prof. Dr. Vedat Şar ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Türkçe'ye çevrilmiş ve iki versiyon arasında tutarlılık sağlanmıştır. Ayrıca inkar puanı olarak değerlendirilen 10, 16 ve 22 numaralı soruları da minimizasyon sorusunu kapsamında barındırmaktadır. Bu sorular, sonuçların daha sağlıklı olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri 1) Hiçbir zaman, 2) Nadiren, 3) Zaman zaman, 4) Sıklıkla, 5) Çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1–5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır (103).

Hamilton Depresyon Ölçeği: 17 sorudan oluşan olgulardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılabilecek bir ölçektir. Max Hamilton tarafından 1960'ta geliştirilmiştir ve günümüzde depresyonun şiddetini ölçmek için çok sık kullanılan bir değerlendirme aracıdır. Son bir hafta içerisinde mevcut olan depresyon semptomlarını sorgulamaktadır. Ölçeğin uykuya sorunları, gece yarısı uyanma, sabah erken kalkma, somatik şikayetler, genital semptomlar, kilo alma/verme ve içgörü ile ilgili maddeleri 0–2, diğer maddeleri 0–4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanı 53'tür. 0–7 puan son bir haftada depresyon olmadığını, 8–15 puan hafif derecede depresyonun olduğunu, 16–28 arası puan orta derecede depresyonun olduğunu, 29 ve üzeri puan ağır derecede depresyonun varlığını göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (104).

Travmatik Stres Belirti Ölçeği: Bu ölçek, Başoğlu ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yayınlanmış olup, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek 23 maddeden

oluşmaktadır. Kişilerin son bir ay içinde kendilerini değerlendirdikleri bir ölçektir. Ölçek içindeki her maddenin puanı 0–3 arasındadır ve maddelerin toplam puanı ile (toplam) ölçek puanı elde edilir. İlk 17 maddesi DSM-4’te belirtilen “TSSB” semptomlarını, son altı maddesi ise “depresyon” semptomlarını sorgulamaktadır. İlk 17 maddenin toplam puanı 25 ve üzerinde olması TSSB’ye işaret etmektedir (105).

STAI (State-Trait Anxiety Inventory –Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri–): Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen bu ölçek, her biri 20 soru içeren sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt kısımdan oluşmaktadır. 14 yaşüstü kişilere uygulanabilmektedir. Durumluk kaygı ölçeği, kişinin belirli durumlarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genel olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe’ye geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında yapılmıştır (106).

Kiddie–SADS–Present and Lifetime version (KSADS-PL) Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması-ÇDŞG- ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, K-SADS- PL): ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerde şimdi ve geçmişte olan psikiyatrik bozuklukları saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun sosyodemografik bilgileri, genel sağlık durumu, varsa önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve arkadaş ilişkileri, eğitim bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o hastalığı daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin saptanması durumunda olgunun, anne babanın ve hekimin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile yıkıcı davranım bozuklukları, kaygı bozuklukları, duygu durum bozuklukları, dışa atım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, psikotik bozukluklar, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm işlevselleiği belirleyen değerlendirme ölçeğidir (107).

Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi: Rey ve Osterrieth tarafından geliştirilen bu test, mekanı algılama ve görsel algı ile motor beceriler arasındaki koordinasyonu ölçenmektedir. Bu test, yapılandırma, görsel-algısal ve görsel bellek işlevini değerlendirmektedir. Test, uygulanan kişiye kopya etmesi gereken şekil ve boş kağıt ile kalem verilerek başlanıyor. Kişiden, önce şekle bakarak kopyalama istenir ve süresi kaydedilir. Şekil kopyaladıktan sonra

olgunun önünden alınır ve 3 dakika sonra, tekrar çizilmesi istenir. Anlık görsel bellek bilgisi bu yöntem ile değerlendirilmiş olur. Çalışmadan 30 dakika sonra uzun süreli görsel belleği değerlendirmek amacı ile olgunun şekli tekrar çizmesi istenir. Puanlama, şeklin doğru çizilmiş ve doğru yerleştirilmiş bileşenlerine göre gerçekleştirilir. Rey Karmaşık Şekil Testi, kopyalama, anlık bellek ve gecikmeli belleği değerlendiren bir psikometrik testtir. Her üç kategorinin de puanlama sistemleri aynıdır ve ayrı ayrı olarak puanlanır. Şekil, 18 puanlanabilir birimden oluşmaktadır. Her bir birim 2, 1, 0.5 veya 0 puan alabilir. Birim doğru çizilmiş ve doğru yerleştirilmişse 2; yanlış çizilmiş fakat doğru yerleştirilmişse veya doğru çizilmiş fakat yanlış yerleştirilmişse 1; yanlış çizilmiş ve yanlış yerleştirilmiş fakat tanınabilir durumda ise 0.5; yanlış çizilmiş, yanlış yerleştirilmiş ve tanınamaz halde ise veya çizilmemişse 0 puan verilir. 18 birimden alınan puanların toplamı o uygulama için toplam puanı verir. Her bir uygulamadan alınabilecek en yüksek puan 36'dır (108).

Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi (Ö-SBST): Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi, sözel öğrenme ve sözel bellek işlevlerinin araştırılması için geliştirilmiş bir testtir. Sözel bellek alanında özellikle tanıya ve ayırt edici tanıya yönelik çok sık kullanılmaktadır. Testin ikinci bir kullanım avantajı da, tanı konulduktan sonra hastalığın/tedavinin izlenmesidir. Testte, birbirinden bağımsız bir şekilde sıralanmış on beş tane kelime okunur. Olgudan aklında kalan kelimeleri söylemesi istenir. Bu şekilde toplam on deneme yapılır. Olgu on beş kelimenin tümünü doğru şekilde hatırladığında teste son verilir. Test sonlandırıldıktan kırk dakika sonra olgudan aklında kalan kelimeleri tekrar söylemesi istenir. Değerlendirmede anlık bellek puanı, tam öğrenme puanı, toplam öğrenme puanı, en yüksek öğrenme puanı ve uzun süreli hatırlama puanı (30–40 dakikalık aradan sonra olgunun, listede olan hatırladığı kelime sayısı) belirlenmiştir. Öğrenme yanlış puanı, olgunun listede olmadığı halde söylediği kelime sayısının toplamıdır. Perseverasyon puanı, olgunun listede olmayan kelimeyi veya kelimeleri bütün denemelerde kaç kez söylediğinin toplam sayısıdır. Tutarsızlık puanı ise, olgunun en az iki kelimedede üst üste söylediği halde, bir sonraki denemede söylemediği kelimelerin toplam sayısıdır (6).

9 UYGULAMA

Araştırma 3 oturumdan oluşmaktadır.

1. Oturumda Yapılanlar:

Çalışmaya alınan hastalara ve ebeveynlerine çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, gönüllülerden onayları alınmıştır. Çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgilerin verilmiş olduğu onam formunu ebeveynler okuyup imzalamıştır. Çalışmaya alınan hastalar için demografik bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. DSM5 tanı kriterlerine göre Madde Kullanım Bozukluğu tanısı konulmuştur. Eşlik eden belirtiler için K-SADS uygulanmıştır. Klinik görüşmeyi sürdüremeyen olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Görüşme sonucunda zeka düzeyinin normal olduğu kanaatine varılan olgular çalışmaya alınmıştır.

2. Oturumda Yapılanlar:

Olgular Hamilton Depresyon ölçeği, STAI (State-Trait Anxiety Inventory=Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri) ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Travmatik Stres Belirti Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Öğrenme ve bellek yetilerin değerlendirilme amacıyla Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi (Ö-SBST) ve Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi uygulanmıştır.

3.Oturumda Yapılanlar

Bulunan değerler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

10 BULGULAR

10.1 İstatistiksel Analiz Raporu

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) paket programının deneme sürümü kullanılarak yapılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro Wilk testi ile incelendi. Bağımsız gruplar normal dağılan değişkenler bakımından tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile, normal dağılmayan değişkenler

bakımından ise Kruskal Wallis H testi ile karşılaştırıldı. Nitel değişkenler arasındaki ilişki ki kare analizi ile araştırıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma, normal dağılmayan nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise medyan (25-75. persantil) şeklinde gösterildi. Nitel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler frekans (%) şeklinde ifade edildi. $p<0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışmamıza 20 MKB olgusu, 20 MKB-ÇÇT olgusu ve 20 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 olgu alınmıştır. Tablo 1 ve Tablo 2’de nitel ve nicel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Nitel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri frekans (n) ve yüzde değer (%), nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise ortalama±standart sapma olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Nitel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Nicel değişkenler	n (%)
<u>GRUP</u>	
Kontrol	20 (33,3)
Mkb	20 (33,3)
Mkb+Travma	20 (33,3)
<u>CİNSİYET</u>	
Erkek	36 (60)
Kadın	24 (40)
<u>ANNE EĞİTİM</u>	
Okuma yazma yok	8 (13,3)
İlkokul	21 (35)
Ortaokul	13 (21,7)
Lise	11 (18,3)
Üniversite	7 (11,7)
<u>BABA EĞİTİM</u>	
Okuma yazma yok	5 (8,3)
İlkokul	20 (33,3)
Ortaokul	12 (20)
Lise	17 (28,3)
Üniversite	6 (10)
<u>ANNE İŞ</u>	
Çalışmıyor	41 (68,3)
Çalışıyor	19 (31,7)
<u>BABA İŞ</u>	
Çalışmıyor	10 (16,7)
Çalışıyor	50 (83,3)
<u>AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK</u>	
Yok	38 (63,3)
Var	22 (36,7)
<u>AİLEDE FİZİKSEL HASTALIK</u>	
Yok	35 (58,3)
Var	25 (41,7)
<u>AİLE DURUMU</u>	

Anne baba sağ	44 (73,3)
Baba ölü	8 (13,3)
Anne baba boşanmış	8 (13,3)
<u>OKUL DURUMU</u>	
Devam ediyor	37 (61,7)
Devam etmiyor	23 (38,3)
<u>SINIF TEKRARI</u>	
Hayır	47 (78,3)
Evet	13 (21,7)
<u>ÖZEL EĞİTİM</u>	
Evet	0 (0)
hayır	60 (100)
<u>TRAVMA ÖYKÜSÜ</u>	
Hayır	40 (66,7)
Evet	20 (33,3)
<u>SİGARA</u>	
Yok	1 (1,7)
Var	59 (98,3)
<u>ALKOL</u>	
Yok	18 (30)
Var	42 (70)
<u>ESRAR</u>	
Yok	18 (30)
Var	42 (70)
<u>KOKAİN</u>	
Yok	50 (83,3)
Var	10 (16,7)
<u>METAMFETAMİN</u>	
Yok	28 (46,7)
Var	32 (53,3)
<u>İSD UÇUCU</u>	
Yok	46 (76,7)
Var	14 (23,3)
<u>EROİN</u>	
Yok	51 (85)
Var	9 (15)
<u>ECTASY</u>	
Yok	25 (41,7)
Var	35 (58,3)
<u>SENTETİK KANNABİNOİD</u>	
Yok	22 (36,7)
Var	38 (63,3)
<u>ANNE SİGARA</u>	
Kullanmıyor	25 (41,7)
Kullanıyor	35 (58,3)
<u>BABA SİGARA</u>	
Kullanmıyor	12 (20)
Kullanıyor	48 (80)
<u>ANNE ALKOL</u>	
Kullanmıyor	46 (76,7)
Kullanıyor	14 (23,3)
<u>BABA ALKOL</u>	
Kullanmıyor	34 (56,7)
Kullanıyor	26 (43,3)

<u>ANNE MADDE</u>		
Kullanmıyor	59 (98,3)	
Kullanıyor	1 (1,7)	
<u>BABA MADDE</u>		
Kullanmıyor	54 (90)	
Kullanıyor	6 (10)	
<u>SEDATİF</u>		
Kullanmıyor	34 (56,7)	
Kullanıyor	26 (43,3)	
<u>ÇOKLU MADDE</u>		
Kullanmıyor	21 (35)	
Kullanıyor	39 (65)	
<u>CALIŞMA</u>		
Yok	40 (66,7)	
Var	20 (33,3)	
<u>ACIKTAN</u>		
Devam etmiyor	47 (78,3)	
Devam ediyor	13 (21,7)	
<u>KSDAS TANI</u>		
Yok	24 (40)	
Var	36 (60)	
<u>MDB</u>		
Yok	42 (70)	
Var	18 (30)	
<u>BPB</u>		
Yok	59 (98,3)	
Var	1 (1,7)	
<u>PSİKOZ</u>		
Yok	59 (98,3)	
Var	1 (1,7)	
<u>PANİK BOZUKLUK</u>		
Yok	55 (91,7)	
Var	5 (8,3)	
<u>AAB</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	
<u>SOSYAL FOBİ</u>		
Yok	56 (93,3)	
Var	4 (6,7)	
<u>ÖZGÜL FOBİ</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	
<u>YAB</u>		
Yok	55 (91,7)	
Var	5 (8,3)	
<u>OKB</u>		
Yok	59 (98,3)	
Var	1 (1,7)	
<u>ENU.ENKOPRİZİS</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	
<u>ANOREKSİA</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	

<u>BULUMİA</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	
<u>DEHB</u>		
Yok	29 (48,3)	
Var	31 (51,7)	
<u>KOAGB</u>		
Yok	41 (68,3)	
Var	19 (31,6)	
<u>DB</u>		
Yok	43 (71,7)	
Var	17 (28,3)	
<u>TİK</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	
<u>PTSB</u>		
Yok	38 (63,3)	
Var	22 (36,7)	
<u>OSB</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0	
<u>GEÇMİŞ TANI</u>		
Yok	25 (41,7)	
Var	35 (58,3)	
<u>GEÇMİŞ MDB</u>		
Yok	38 (63,3)	
Var	22 (36,7)	
<u>GEÇMİŞ BPB</u>		
Yok	55 (91,7)	
Var	5 (8,3)	
<u>GEÇMİŞ PSİKOZ</u>		
Yok	58 (96,7)	
Var	2 (3,3)	
<u>GEÇMİŞ PANİK BOZUKLUK</u>		
Yok	55 (91,7)	
Var	5 (8,3)	
<u>GEÇMİŞ AAB</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	
<u>GEÇMİŞ SOSYAL FOBİ</u>		
Yok	56 (93,3)	
Var	4 (6,7)	
<u>GEÇMİŞ ÖZGÜL FOBİ</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	
<u>GEÇMİŞ YAB</u>		
Yok	55 (91,7)	
Var	5 (8,3)	
<u>GEÇMİŞ OKB</u>		
Yok	59 (98,3)	
Var	1 (1,7)	
<u>GEÇMİŞ ENKOPREZİS</u>		
Yok	60 (100)	
Var	0 (0)	

<u>GEÇMİŞ ANOREKSİA</u>	
Yok	60 (100)
Var	0 (0)
<u>GEÇMİŞ BULUMİA</u>	
Yok	60 (100)
Var	0 (0)
<u>GEÇMİŞ DEHB</u>	
Yok	30 (50)
Var	30 (30)
<u>GEÇMİŞ KOKGB</u>	
Yok	53 (88,3)
Var	7 (11,7)
<u>GEÇMİŞ DB</u>	
Yok	52 (86,7)
Var	8 (13,3)
<u>GEÇMİŞ TİK</u>	
Yok	60 (100)
Var	0 (0)
<u>GEÇMİŞ PTSB</u>	
Yok	40 (66,7)
Var	20 (33,3)
<u>GEÇMİŞ OSB</u>	
Yok	60 (100)
Var	0 (0)

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

Tablo 2. Nicel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler

<u>Nicel değişkenler</u>	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	16,38±1,21
Anne yaşı	44,53±5,61
Baba yaşı	49,62±6,31
Evdeki kişi sayısı	4,27±1,26
Aylık gelir	5350±1790,51
Çocuk sayısı	2,78±1,51
Kaçıncı çocuk	2,18±1,33
Kaçıncı sınıf	10,06±1,24
Alkol, madde başlangıç yaşı	13,49±1,36
Alkol, madde kullanma süresi	3,05±1,52
Ctq duygusal istismar	9,27±5,42
Ctq fiziksel istismar	7,32±3,81
Ctq cinsel istismar	8,48±5,71
Ctq fiziksel ihmal	7,17±3,14
Ctq duygusal ihmal	8,85±4,17

Ctq inkar puanı	0,52±0,77
Ctq toplam puan	41,43±19,42
Ptsb toplam puanı	20,45±15,43
Stai durumluluk puanı	45,70±13,43
Stai süreklilik puanı	48,13±13,31
Hmlt1	6,77±6,75

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

10.2 Sosyodemografik Veri Formu Değerlendirmesi

10.2.1 Yaş

Çalışmamıza 14-19 yaş grubu arası toplam 60 olgu alınmıştır. Alınan olgularına yaş ortalamaları, MKB grubunda 18,50±1,00, MKB-ÇÇT grubunda 16,60±1,14, kontrol grubunda 16,05±1,43 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının yaşlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Yaş	17,00 (16,00-17,00)	17,00 (16,00-17,00)	16,00 (15,00-17,00)	2,495	0,287 ^k
Yaş	18,50±1,00	16,60±1,14	16,05±1,43	-	-

χ^2 : Ki kare test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

10.2.2 Cinsiyet

Çalışmamıza dahil olan olgular cinsiyet açısından değerlendirilmiştir. Cinsiyet dağılımı MKB grubunda erkek %70 (n=14), kadın %30 (n=6), MKB-ÇÇT grubunda erkek %40 (n=8), kadın %60 (n=12), kontrol grubunda erkek %70 (n=14), kadın %30 (n=6) olarak saptanmıştır.

Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,005$).

Tablo 4. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının cinsiyetlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Cinsiyet</u>					
Erkek	14 (70)	8 (40)	14 (70)	5,000	0,082 ^p
Kadın	6 (30)	12 (60)	6 (30)		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p:Pearson ki kare analizi

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.3 Okul Durumu

Çalışmaya dahil olan olgular okul durumları açısından değerlendirildiğinde, MKB grubu için okula devam etme oranı %60 (n=12), okulu bırakma oranı %40 (n=8), MKB-ÇÇT grubu için okula devam etme oranı %35 (n=7), okulu bırakma oranı %65 (n=13), kontrol grubu için okula devam etme oranı %90 (n=18), okulu bırakma %10 (n=2) olarak saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre gruplar arasında okul durumu bakımından anlamlı farklılık vardır (p=0,002). Kontrol grubu içinde okula devam etmeyenlerin oranı (%10), MKB ve MKB-ÇÇT grupları içinde okula devam etmeyenlerin oranından anlamlı düzeyde daha düşüktür (Sırasıyla %40 ve %65). MKB ve MKB-ÇÇT grupları ise okula devam durumu bakımından birbirine benzerdir.

Tablo 5. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının okul durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Okul durumu</u>					
Devam ediyor	12 (60) ^b	7 (35) ^b	18 (90) ^a	12,832	0,002^p
Devam etmiyor	8 (40) ^b	13 (65) ^b	2 (10) ^a		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p:Pearson ki kare analizi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.4 Sınıf Tekrarı

Çalışmamızda akademik başarı sınıf tekrarı ile sorgulanmıştır. Çalışmaya dahil olan olgular şimdiye kadar sınıf tekrarı yapıp yapmama durumları açısından değerlendirildiğinde, MKB grubunda sınıf tekrar yapma oranı %35 (n=7), sınıf tekrarı yapmama oranı %65 (n=13),

MKB-ÇÇT grubunda sınıf tekrarı yapanların oranı %25 (n=5), sınıf tekrarı yapmayanların oranı %75 (n=15), kontrol grubunda ise sınıf tekrarı oranı %5 (n=1), sınıf tekrarı yapmama oranı %95 (n=19) olarak saptanmıştır. Sınıf tekrarı açısından grupşar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,005)

Tablo 6. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının sınıf tekrar açısından tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Sınıf tekrarı</u>					
Hayır	13 (65) ^b	15 (75) ^{ab}	19 (95) ^a	5,499	0,090 ^p
Evet	7 (35) ^b	5 (25) ^{ab}	1 (5) ^a		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p: Pearson ki kare analizi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.5 Özel Eğitim

Olgular özel eğitim alıp almadığına göre değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil olan olguların hiç biri özel eğitim desteği almamıştır.

Tablo 7. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının özel eğitim durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP		
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL
<u>Özel eğitim durumu</u>			
Hayır	20 (100)	20 (100)	20 (100)

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.6 Çalışma Durumu

Çalışmaya dahil olan olgular çalışma durumunua göre değerlendirildiğinde, MKB grubundaki oguların herhangi bir işte çalışma oranı %40 (n=8), çalışmama oranı %60 (n=12), MKB-ÇÇT grubundaki olguların çalışma oranı %45 (n=9), çalışmama oranı %55 (n=11), kontrol grubu

için çalışma oranı %15 (n=3), çalışmama oranı ise %85 (n=17) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının çalışma durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Çalışma durumu</u>					
Yok	12 (60)	11 (55)	17 (85)	4,650	0,098 ^p
Var	8 (40)	9 (45)	3 (15)		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p: Pearson ki kare analizi

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.7 Alkol-madde Başlangıç Yaşı

Çalışmaya dahil olan olgular alkol-madde başlangıç yaşına göre değerlendirilmiştir. Alkol-madde başlangıç yaşı MKB grubunda $13,55 \pm 1,10$, MKB-ÇÇT grubunda ise $13,40 \pm 1,64$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,005$).

Tablo 9. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının alkol-madde başlangıç yaşı açısından tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			Z	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Alkol-madde başlangıç yaşı	14,00 (13,00-14,00)	13,50 (12,25-14,75)	-	-0,236	0,820 ^m
Alkol-madde başlangıç yaşı	$13,55 \pm 1,10$	$13,40 \pm 1,64$	-	-	-

Z: Z test istatistiği, m: Mann Whitney U testi

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

10.2.8 Alkol-madde Kullanım Süresi

Olgular alkol-madde kullanım süresine göre değerlendirildiğinde, MKB grubun için süre $2,95 \pm 1,39$, MKB-ÇÇT grubu için ise bu süre $3,20 \pm 1,67$ olarak saptanmıştır. Alkol-madde kullanım süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,005$).

Tablo 10. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının alkol-madde kullanım süresine göre tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			Z	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Alkol-madde kullanım süresi	3,00 (2,00-4,00)	3,00 (2,00-4,00)	-	0,345	0,738 ^m
Alkol-madde kullanım süresi	2,95±1,39	3,20±1,67	-	-	-

Z: Z test istatistiği, m:Mann Whitney U testi

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

10.2.9 Madde Kullanım Özellikleri

Çalışmaya MKB tanısı alan olgular madde kullanım özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Tablo 11’de nitel değişkenlerin MKB ve MKB-ÇÇT grupları içindeki dağılımı frekans (n) ve yüzde değer (%) şeklinde belirtilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olara anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 11. Nitel değişkenlerin MKB ve MKB-ÇÇT grupları içindeki dağılımı ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP		χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT		
<u>Sigara</u>				
Yok	1 (5)	0 (0)	1,000	1,000 ^f
Var	19 (95)	20 (100)		
<u>Alkol</u>				
Yok	6 (30)	1 (5)	0,091	0,091 ^f
Var	14 (70)	19 (95)		
<u>Esrar</u>				
Yok	0 (0)	0 (0)	-	-
Var	20 (100)	20 (100)		
<u>Kokain</u>				
Yok	18 (90) ^a	12 (60) ^b	0,065	0,065 ^f
Var	2 (10) ^a	8 (40) ^b		
<u>Metamfetamin</u>				
Yok	7 (35) ^a	12 (60) ^b	0,065	0,065 ^f
Var	13 (65) ^a	8 (40) ^b		
<u>Lsd ucuucu</u>				
Yok	15 (75)	11 (55)	0,989	0,320 ^y
Var	5 (25)	9 (45)		
<u>Eroin</u>				
Yok	17 (85)	14 (70)	0,451	0,451 ^f
Var	3 (15)	6 (30)		
<u>Ecstasy</u>				
Yok	4 (20)	1 (5)	0,342	0,342 ^f

Var	16 (80)	19 (95)		
<u>Sentetik kannabinoid</u>				
Yok	1 (5)	1 (5)	1,000	1,000 ^f
Var	19 (95)	19 (95)		
<u>Sedatif</u>				
Yok	9 (45)	5 (25)	0,989	0,320 ^y
Var	11 (55)	15 (75)		
<u>Çoklu madde</u>				
Yok	1 (5)	0 (0)	1,000	1,000 ^f
Var	19 (95)	20 (100)		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, f: Fisher ki kare testi, y: Yates ki kare testi

Aynı satırdaki benzer harfler yüzdeler arası benzerliği, farklı harfler yüzdeler arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.10 Psikiyatrik Komorbidite Varlığı

Tablo 9’da MKB ve MKB-ÇÇT gruplarında şimdi ve eskiden ek psikiyatrik öykü varlığı dağılımı ve karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre gruplar arasında MDB, geçmişte MDB, PTBS ve geçmişte psikiyatrik tanı öyküsü varlığı bakımından anlamlı farklılık vardır (Sırasıyla p=0,004; p=0,004; p=0,011; p=0,047). MKB-ÇÇT grubu içinde MDB, geçmişte MDB, PTBS, geçmişte PTBS ve geçmişte psikiyatrik tanı öyküsü var olması yüzdesi (Sırasıyla %70, %80, %75, %80 ve %100); MKB grubu içinde MDB, geçmişte MDB, PTBS, geçmişte PTBS ve geçmişte psikiyatrik öyküsü varlığı yüzdesinden (Sırasıyla %20, %30, %30, %20 ve %75) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Diğer psikiyatrik hastalıklara ilişkin gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Tablo 12. MKB ve MKB-ÇÇT gruplarında şimdi ve eskiden ek psikiyatrik öykü varlığı dağılımı ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP		χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT		
<u>MDB</u>				
Yok	16 (80) ^a	6 (30) ^b	8,182	0,004^y
Var	4 (20) ^a	14 (70) ^b		
<u>Geçmişte MDB</u>				
Yok	14 (70) ^a	4 (20) ^b	8,182	0,004^y
Var	6 (30) ^a	16 (80) ^b		
<u>BPB</u>				
Yok	20 (100)	19 (95)	1,000	1,000 ^f
Var	0 (0)	1 (5)		
<u>Geçmişte BPB</u>				
Yok	19 (95)	17 (85)	0,605	0,605 ^f
Var	1 (5)	3 (15)		
<u>PSİKOZ</u>				
Yok	19 (95)	20 (100)	1,000	1,000 ^f
Var	1 (5)	0 (0)		

<u>Geçmişte PSİKOZ</u>				
Yok	20 (100)	18 (90)		
Var	0 (0)	2 (10)	0,487	0,487 ^f
<u>PANİK BOZUKLUK</u>				
Yok	19 (95)	16 (80)		
Var	1 (5)	4 (20)	0,342	0,342 ^f
<u>Geçmişte PANİK BOZUKLUK</u>				
Yok	19 (95)	16 (80)		
Var	1 (5)	4 (20)	0,342	0,342 ^f
<u>AAB</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>Geçmişte AAB</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>SOSYAL FOBİ</u>				
Yok	18 (90)	18 (90)		
Var	2 (10)	2 (10)	1,000	1,000 ^f
<u>Geçmişte SOSYAL FOBİ</u>				
Yok	18 (90)	18 (90)		
Var	2 (10)	2 (10)	1,000	1,000 ^f
<u>ÖZGÜL FOBİ</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>Geçmişte ÖZGÜL FOBİ</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>YAB</u>				
Yok	17 (85)	18 (90)		
Var	3 (15)	2 (10)	1,000	1,000 ^f
<u>Geçmişte YAB</u>				
Yok	17 (85)	18 (90)		
Var	3 (5)	2 (10)	1,000	1,000 ^f
<u>OKB</u>				
Yok	20 (100)	19 (95)		
Var	0 (0)	1 (5)	1,000	1,000 ^f
<u>Geçmişte OKB</u>				
Yok	20 (100)	19 (95)		
Var	0 (0)	1 (5)	1,000	1,000 ^f
<u>ENU.ENKOPRİZİS</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>Geçmişte ENKOPRİZİS</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>ANOREKSİA</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>Geçmişte ANOREKSİA</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>BLUMIA</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		

<u>Geçmişte BLUMIA</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>DEHB</u>				
Yok	6 (30)	3 (15)	0,451	0,451 ^f
Var	14 (70)	17 (85)		
<u>Geçmişte DEHB</u>				
Yok	8 (40)	3 (15)	2,006	0,157 ^y
Var	12 (60)	17 (85)		
<u>KOAGB</u>				
Yok	11 (55)	10 (50)	0,000	1,000 ^y
Var	9 (45)	10 (50)		
<u>Geçmişte KOAGB</u>				
Yok	18 (90)	15 (75)	0,407	0,407 ^f
Var	2 (10)	5 (25)		
<u>DB</u>				
Yok	11 (55)	12 (60)	0,000	1,000 ^y
Var	9 (45)	8 (40)		
<u>Geçmişte DB</u>				
Yok	17 (85)	15 (75)	0,695	0,695 ^f
Var	3 (15)	5 (25)		
<u>TİK</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>Geçmişte TİK</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>PTSB</u>				
Yok	14 (70) ^a	5 (25) ^b	6,416	0,011^y
Var	6 (30) ^a	15 (75) ^b		
<u>Geçmişte PTSD</u>				
Yok	16 (80) ^a	4 (20) ^b	12,100	0,001
Var	4 (20) ^a	16 (80) ^b		
<u>OSB</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)		
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>Geçmişte OSB</u>				
Yok	20 (100)	20 (100)	-	-
Var	0 (0)	0 (0)		
<u>KSDAS tanı</u>				
Yok	4 (20)	0 (0)	0,106	0,106 ^f
Var	16 (80)	20 (100)		
<u>Geçmişte KSDAS tanı</u>				
Yok	5 (25) ^a	0 (0) ^b	0,047	0,047^f
Var	15 (75) ^a	20 (100) ^b		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, f: Fisher ki kare testi, y: Yates ki kare testi

Aynı satırdaki benzer harfler yüzdeler arası benzerliği, farklı harfler yüzdeler arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.11 Anne Yaşı

Çalışmamıza dahil olan olgular anne yaşı açısından değerlendirilmiştir. MKB grubunda anne yaşı $45,90 \pm 5,59$, MKB-ÇÇT grubunda anne yaşı $43,75 \pm 6,06$, kontrol grubunda anne yaşı $43,95 \pm 5,19$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 13. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının anne yaşına göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			F	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Anne yaşı	$45,90 \pm 5,59$	$43,75 \pm 6,06$	$43,95 \pm 5,19$	0,892	0,415 ^v

F: F test istatistiği, v: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma olarak belirtilmiştir.

10.2.12 Baba Yaşı

Çalışmamıza dahil olan olguların baba yaşı açısından değerlendirildiğinde MKB grubunda baba yaşı $52,50 \pm 6,46$, MKB-ÇÇT grubunda baba yaşı $47,55 \pm 6,75$, kontrol grubunda baba yaşı $48,80 \pm 4,74$, olarak saptanmıştır. Baba yaşı bakımından MKB ve MKB-ÇÇT grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p = 0.033$). MKB grubunun baba yaşı istatistiksel olarak MKB-ÇÇT grubunun baba yaşından daha büyüktür. Kontrol grubunda baba yaşı diğer gruplardan farklı değildir.

Tablo 14. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının baba yaşına göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			F	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Baba yaşı	$52,50 \pm 6,46^b$	$47,55 \pm 6,75^a$	$48,80 \pm 4,74^{ab}$	3,622	0,033^v

F: F test istatistiği, v: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma olarak belirtilmiştir.

10.2.13 Anne Eğitim Düzeyi

Çalışmaya dahil edilen olgular anne eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde MKB grubu için anne eğitim düzeyi okuma yazma yok %15 (n=3), ilkokul %45 (n=9), ortaokul %15 (n=3), lise %15 (n=3), üniversite %10 (n=2), MKB-ÇÇT grubu için anne eğitim düzeyi okuma yazma yok %25 (n=5), ilkokul %40 (n=8), ortaokul %25 (n=5), lise %0 (n=0),

universite %10 (n=2), kontrol grubu için anne eğitim düzeyi okuma yazma yok %0 (n=0), ilkokul %15 (n=3), ortaokul %20 (n=4), lise %45 (n=9), üniversite %20 (n=4) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında anne eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p>0,05).

Tablo 15. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının anne eğitim düzeyine göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP		
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL
<u>Anne eğitim düzeyi</u>			
Okuma yazma yok	3 (15)	5 (25)	0 (0)
İlkokul	9 (45)	8 (40)	4 (20)
Ortaokul	3 (15)	5 (25)	5 (25)
Lise	3 (15)	0 (0)	8 (40)
Üniversite	2 (10)	2 (10)	3 (15)

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.14 Baba Eğitim Düzeyi

Çalışmaya dahil edilen olgular baba eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde MKB grubu için baba eğitim düzeyi okuma-yazma yok %10 (n=2), ilkokul %45 (n=9), ortaokul %20 (n=4), lise %20 (n=4), üniversite %5 (n=1), MKB-ÇÇT grubu için baba eğitim düzeyi okuma-yazma yok %15 (n=3), ilkokul %40 (n=8), ortaokul %20 (n=4), lise %20 (n=4), üniversite %5 (n=1), kontrol grubu için baba eğitim düzeyi okuma-yazma yok %0 (n=0), ilkokul %15 (n=3), ortaokul %20 (n=4), lise %45 (n=9), üniversite %20 (n=4) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında baba eğitim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p>0,05).

Tablo 16. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının baba eğitim düzeyine göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP		
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL
<u>Baba eğitim düzeyi</u>			
Okuma yazma yok	2 (10)	3 (15)	0 (0)

İlkokul	9 (45)	8 (40)	3 (15)
Ortaokul	4 (20)	4 (20)	4 (20)
Lise	4 (20)	4 (20)	9 (45)
Üniversite	1 (5)	1 (5)	4 (20)

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.15 Anne Çalışma Durumu

Çalışmamızdaki olgular anne çalışma durumu açısından karşılaştırıldığında MKB grubundaki olguların anneleri %30 (n=6) çalışırken, %80 (n=16) çalışmamaktadır, MKB-ÇÇT grubundaki olguların anneleri %25 (n=5) çalışırken, %75 (n=15) çalışmamaktadır. kontrol grubundaki olguların annelerinde ise çalışma oranı %40 (n=8), çalışmayanlar grubu %60 (n=12) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında anne çalışması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p>0,05).

Tablo 17. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının anne çalışma durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Anne çalışma durumu</u>					
Çalışmıyor	14 (70)	15 (75)	12 (60)	1,078	0,583 ^p
Çalışıyor	6 (30)	5 (25)	8 (40)		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p:Pearson ki kare analizi

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.16 Baba Çalışma Durumu

Çalışmamızdaki olgular baba çalışma durumu açısından karşılaştırıldığında MKB grubu için baba çalışan baba oranı %80 (n=16), çalışmayanlar oranı %20 (n=4), MKB-ÇÇT grubundaki olguların babaları %75 (n=14) çalışırken, %30 (n=6) çalışmamaktadır. Kontrol grubunda ise baba çalışma oranı %100 (n=20), çalışmama oranı %0 (n=0) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında baba çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p>0,05).

Tablo 18. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının baba çalışma durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Baba çalışma durumu</u>					
Çalışmıyor	4 (20)	6 (30)	0 (0)	6,720	0,050 ^p
Çalışıyor	16 (80)	14 (70)	20 (100)		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p: Pearson ki kare analizi

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.17 Aile Yapısı

Çalışmaya dahil olan olgular aile yapılarına göre değerlendirilmiştir. MKB grubunda devam eden aile birliği kısmı %70 (n=14), boşanmış aile varlığı %10 (n=2), baba ölümü %20 (n=4), MKB-ÇÇT grubunda devam eden aile birliğinin oranı %70 (n=14), boşanmış aile oranı %25 (n=5), baba ölümü %5 (n=1), kontrol grubunda ise devam eden aile birliğinin oranı %80 (n=16), boşanmış aile varlığı %5 (n=1) ve baba ölümü %15 (n=3) olarak saptanmıştır.

Tablo 19. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının aile durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP		
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL
<u>Aile durumu</u>			
Anne baba sağ	14 (70)	14 (70)	16 (80)
Baba ölü	4 (20)	1 (5)	3 (15)
Anne baba boşanmış	2 (10)	5 (25)	1 (5)

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.18 Aylık Gelir Düzeyi

Çalışmamıza dahil edilen olgular aylık gelirleri açısından değerlendirildiğinde, aylık gelirler MKB grubu için 4000 (4000-5750), MKB-ÇÇT grubu için 5000 (4000-6000), kontrol grubu için 6000 (5000-6000) olarak saptanmıştır. Aylık gelir açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 20. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının aylık gelir düzeylerine göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Aylık gelir	4000 (4000-5750)	5000 (4000-6000)	6000 (5000-6000)	5,693	0,058 ^k

χ^2 : Ki kare test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

10.2.19 Evde Yaşayan Kişi Sayısı

Çalışmamıza dahil edilen olgular evde birlikte yaşayan kişi sayısı açısından değerlendirildiğinde, evde birlikte yaşadığı kişi sayısı MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol grubu için sırası ile 4,00 (3,00-4,00), 4,00 (4,00-6,00), 4,00 (4,00-5,00), olarak saptanmıştır. Evde birlikte yaşadığı kişi sayısı ile ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının evde birlikte yaşadığı kişi sayısına durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Evdeki kişi sayısı	4,00 (3,00-4,00)	4,00 (4,00-6,00)	4,00 (4,00-5,00),	2,699	0,259 ^k

χ^2 : Ki kare test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

10.2.20 Toplam Çocuk Sayısı

Çalışmaya dahil olan olgular ailede toplam çocuk sayısı açısından değerlendirilmiştir. Toplam çocuk sayısı ise MKB grubu için 2,00 (2,00-3,75), MKB-ÇÇT grubu için 3,00 (2,25-4,00) ve kontrol grubu için 2,00 (2,00-3,00) olarak saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre MKB-ÇÇT grubundaki olguların ailelerindeki çocuk sayısı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($p=0,018$).

Tablo 22. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailedeki çocuk sayısına göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
Çocuk sayısı	2,00 (2,00-3,75)	3,00 (2,25-4,00)	1,00 (1,00-2,00)	8,046	0,018^k

χ^2 : Ki kare test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

10.2.21 Ailede Madde Kullanım Öyküsü

Çalışmaya dahil edilen olgular ailelerinde madde kullanım öyküsü bulunup bulunmaması açısından değerlendirilmiştir. MKB grubu için anne sigara kullanımı %50 (n=10), alkol kullanımı %25 (n=5), madde kullanımı %1 (n=5), baba sigara kullanımı %75 (n=15), alkol kullanımı %40 (n=8), madde kullanımı %20 (n=4), MKB-ÇÇTÖ grubu için anne sigara kullanımı %65 (n=13), alkol kullanımı %30 (n=6), madde kullanımı %0 (n=0), baba sigara kullanımı %85 (n=17), alkol kullanımı %60 (n=12), madde kullanımı %10 (n=2), kontrol grubu için anne sigara kullanımı %60 (n=12), alkol kullanımı %15 (n=3), madde kullanımı %0 (n=0), baba sigara kullanımı %80 (n=16), alkol kullanımı %30 (n=6), madde kullanımı %0 (n=0) olarak saptanmıştır. GGruplar arasındasda anlamlı fark bulunmamıştır(p>0,05).

Tablo 23. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailede madde kullanım durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			F / χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Anne sigara</u>					
Kullanmıyor	10 (50)	7 (35)	8 (40)	0,960	0,619 ^p
Kullanıyor	10 (50)	13 (65)	12 (60)		
<u>Baba sigara</u>					
Kullanmıyor	5 (25)	3 (15)	4 (20)	0,625	0,919 ^p
Kullanıyor	15 (75)	17 (85)	16 (80)		
<u>Anne alkol</u>					
Kullanmıyor	15 (75)	14 (70)	17 (85)	1,304	0,641 ^p
Kullanıyor	5 (25)	6 (30)	3 (15)		
<u>Baba alkol</u>					
Kullanmıyor	12 (60)	8 (40)	14 (70)	3,801	0,150 ^p
Kullanıyor	8 (40)	12 (60)	6 (30)		
<u>Anne madde</u>					
Kullanmıyor	19 (95)	20 (100)	20 (100)	2,034	1,000 ^p
Kullanıyor	1 (5)	0 (0)	0 (0)		
<u>Baba madde</u>					
Kullanmıyor	16 (80)	18 (90)	20 (100)	4,444	0,150 ^p
Kullanıyor	4 (20)	2 (10)	0 (0)		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, F:F test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi, v: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), p:Pearson ki kare analizi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, medyan (25. – 75. Persantil) ya da frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.22 Ailede Psikiyatrik Hastalık

Çalışmamızdaki olgular ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre değerlendirilmiştir. MKB grubundaki olguların ailelerinde psikiyatrik hastalık varlığı %35

(n=7), MKB-ÇÇT grubundaki ailelerde psikiyatrik hastalık oranı %60 (n=12), kontrol grubundaki olguların ailelerinde ise psikiyatrik hastalık oranı %15 (n=3) olarak saptanmıştır. MKB-ÇÇT grubundaki olgularda ailesinde psikiyatrik hastalık olanların oranı %60 (n=12), kontrol grubu içinde ailesinde psikiyatrik hastalık olanların oranından %15 (n=3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,013). MKB grubu ise ailesinde psikiyatrik hastalık olma durumu kontrol ve MKB-ÇÇT gruplarına benzer özelliktedir.

Tablo 24. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Ailede psikiyatrik hastalık durumu</u>					
Yok	13 (65) ^{ab}	8 (40) ^b	17 (85) ^a	8,756	0,013^p
Var	7 (35) ^{ab}	12 (60) ^b	3 (15) ^a		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p:Pearson ki kare analizi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

10.2.23 Ailede Fiziksel Hastalık

Çalışmamızdaki olgular ailelerinde fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre değerlendirilmiştir. MKB grubundaki olguların ailelerinde fiziksel hastalık varlığı %50 (n=10), MKB-ÇÇT grubundaki ailelerde fiziksel hastalık oranı %50 (n=10), kontrol grubundaki olguların ailelerinde ise fiziksel hastalık oranı %25 (n=5) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında ailede fiziksel hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır(p>0,05).

Tablo 25. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının ailede fiziksel hastalık durumuna göre ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Ailede fiziksel hastalık durumu</u>					
Yok	10 (50) ^{ab}	10 (50) ^b	15 (75) ^a	3,429	0,180 ^p

Var	10 (50) ^{ab}	10 (50) ^b	5 (25) ^a		
-----	-----------------------	----------------------	---------------------	--	--

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p:Pearson ki kare analizi

10.3 Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi

10.3.1 Olguların Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirilmesi

MKB-ÇÇT grubu içinde travma öyküsü olanların oranı (%100), kontrol ve MKB grupları içinde travma öyküsü olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (Sırasıyla %0 ve %0). Kontrol ve MKB grupları ise travma öyküsü bakımından birbirine benzer gruplardır.

Tablo 26. MKB, MKB-ÇÇT ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travma açısından tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB	MKB-ÇÇT	KONTROL		
<u>Travma öyküsü</u>					
Hayır	20 (100) ^a	0 (0) ^b	20 (100) ^a	51,450	<0,001 ^p
Evet	0 (0) ^a	20 (100) ^b	0 (0) ^a		

χ^2 : Ki kare test istatistiği, p:Pearson ki kare analizi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak belirtilmiştir.

Tablo 27 ve Şekil 1-7’de CTQ (çocukluk çağı travma ölçeği) puanlarının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve gruplarda anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre gruplar arasında; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, inkar puanı ve CTQ toplam puanı, bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Grupların çoklu karşılaştırma (post-hoc) sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, toplam CTQ bakımından MKB-ÇÇT grubu diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05). Kontrol ve MKB grupları bu değişkenler bakımından birbirine benzerdir (p>0,05).

İnkâr puanı bakımından ise kontrol ve MKB-ÇÇT grupları birbirinden istatistiksel olarak farklıdır. MKB-ÇÇT grubunun inkar puanı kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

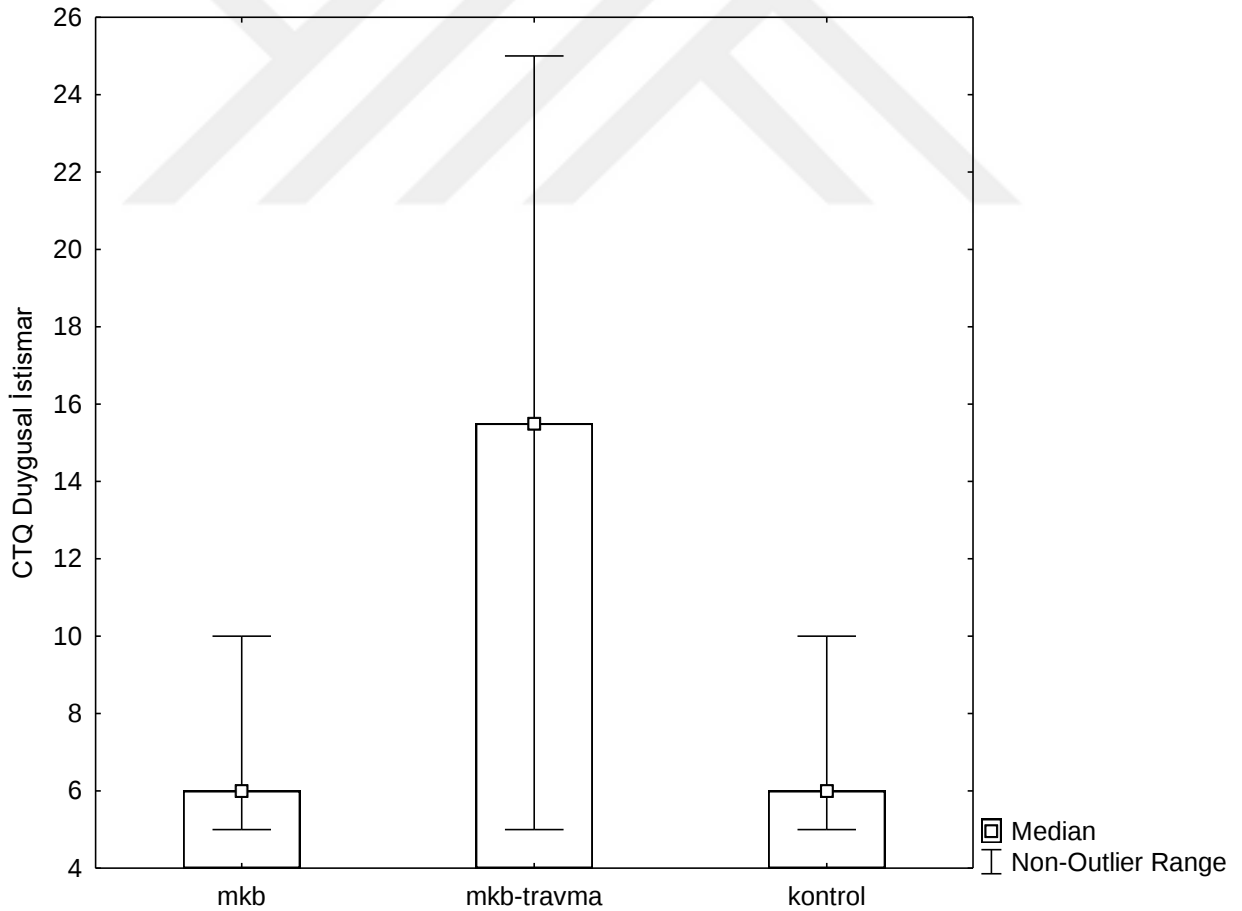
Tablo 27. CTQ (çocukluk çağı travma ölçeği) puanlarının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri

CTQ	GRUP			F / χ^2	p
	MKB (n=20)	MKB-ÇÇT (n=20)	KONTROL (n=20)		
Duygusal istismar	6,00 (5,00-7,00) ^b	15,50 (11,25-18,75) ^a	6,00 (5,00-7,00) ^b	33,454	<0,001 ^k
Fiziksel istismar	5,00 (5,00-6,00) ^b	11,00 (7,00-14,75) ^a	5,00 (5,00-6,00) ^b	23,135	<0,001 ^k
Cinsel istismar	5,00 (5,00-5,75) ^b	15,00 (9,25-19,50) ^a	5,00 (5,00-5,00) ^b	34,621	<0,001 ^k
Fiziksel ihmal	5,00 (5,70-10,00) ^b	6,25 (6,25-13,50) ^a	5,00 (5,00-6,00) ^b	16,704	<0,001 ^k
Duygusal ihmal	7,50 (6,00-8,75) ^b	11,00 (8,50-18,00) ^a	6,50 (5,00-7,75) ^b	15,801	<0,001 ^k
İnkâr puanı	0,00 (0,00-1,00) ^{ab}	1,00 (0,00-2,00) ^b	0,00 (0,00-0,00) ^a	7,315	0,026 ^k
Toplam	30,00 (29,00-33,00) ^b	62,00 (51,00-77,75) ^a	29,00 (26,25-32,00) ^b	40,798	<0,001 ^k

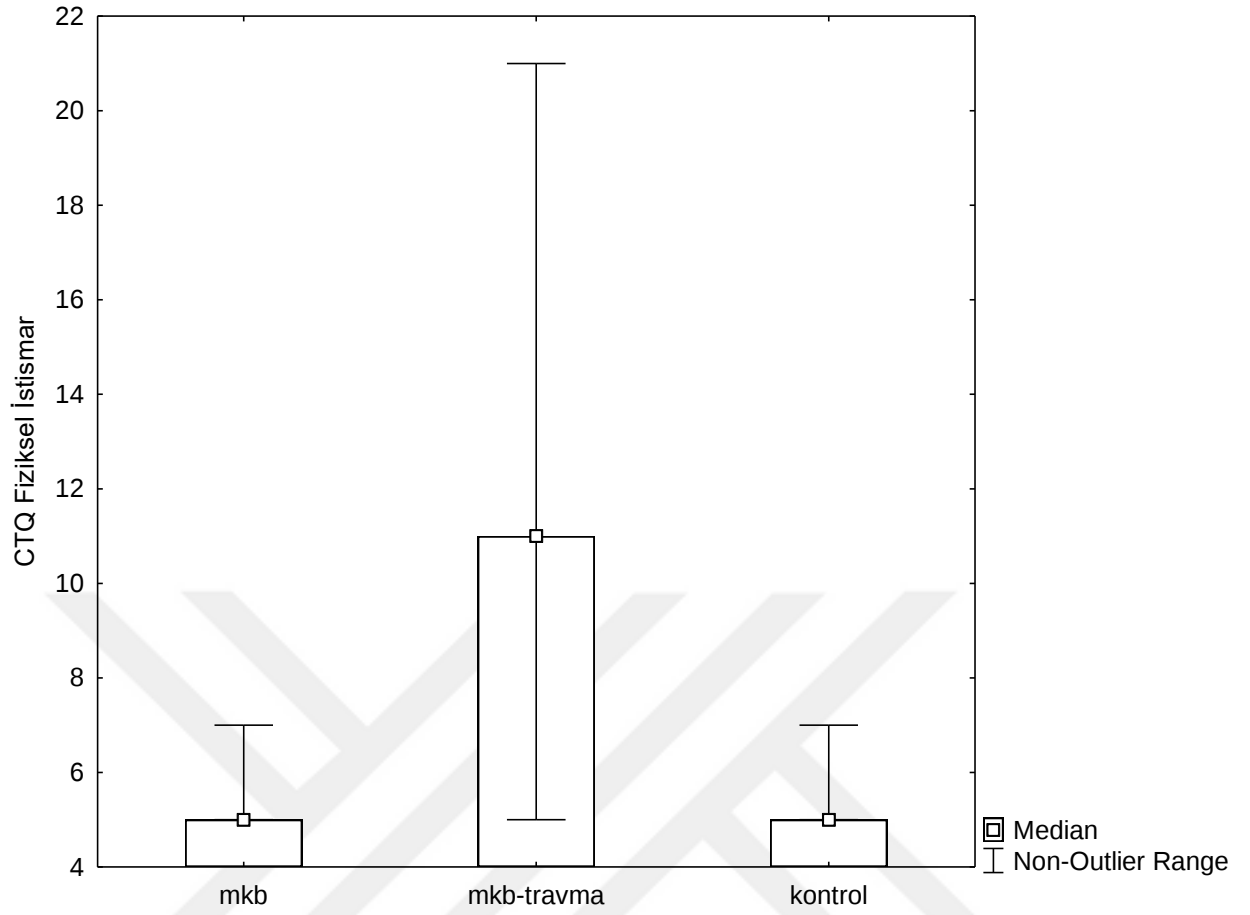
χ^2 : Ki kare test istatistiği, F:F test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi, v: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

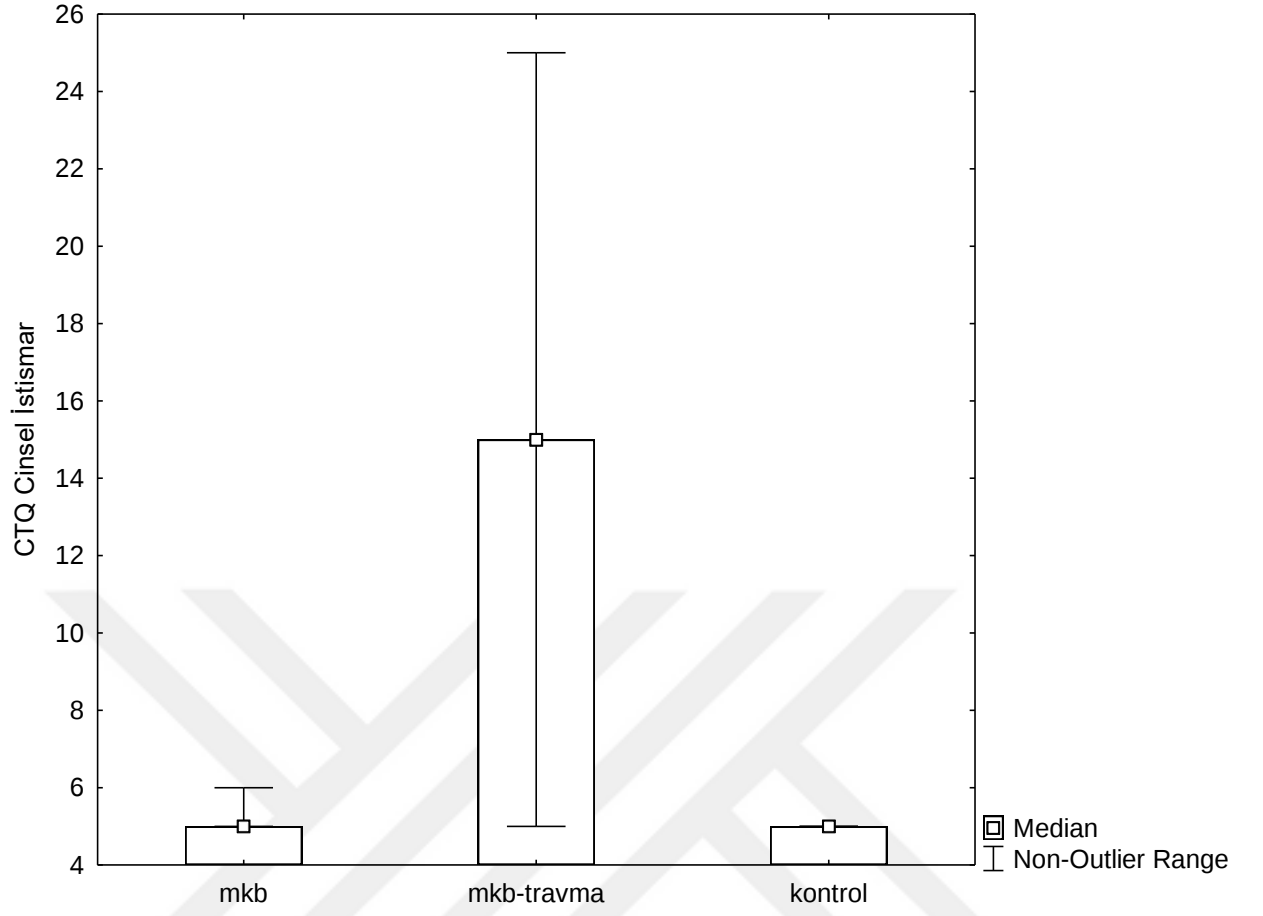
Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.



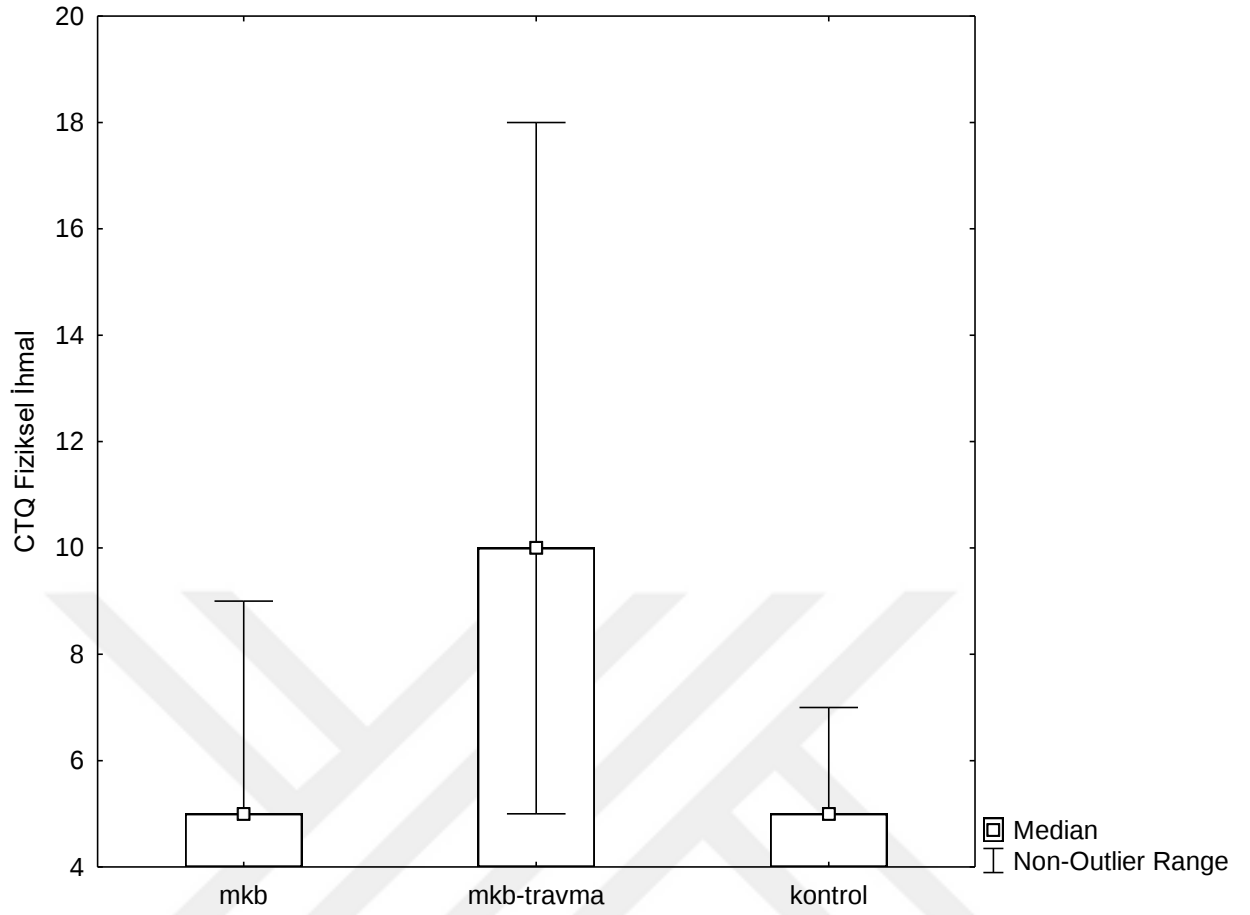
Şekil 1. CTQ duygusal istismar puanına ilişkin kutu grafiği



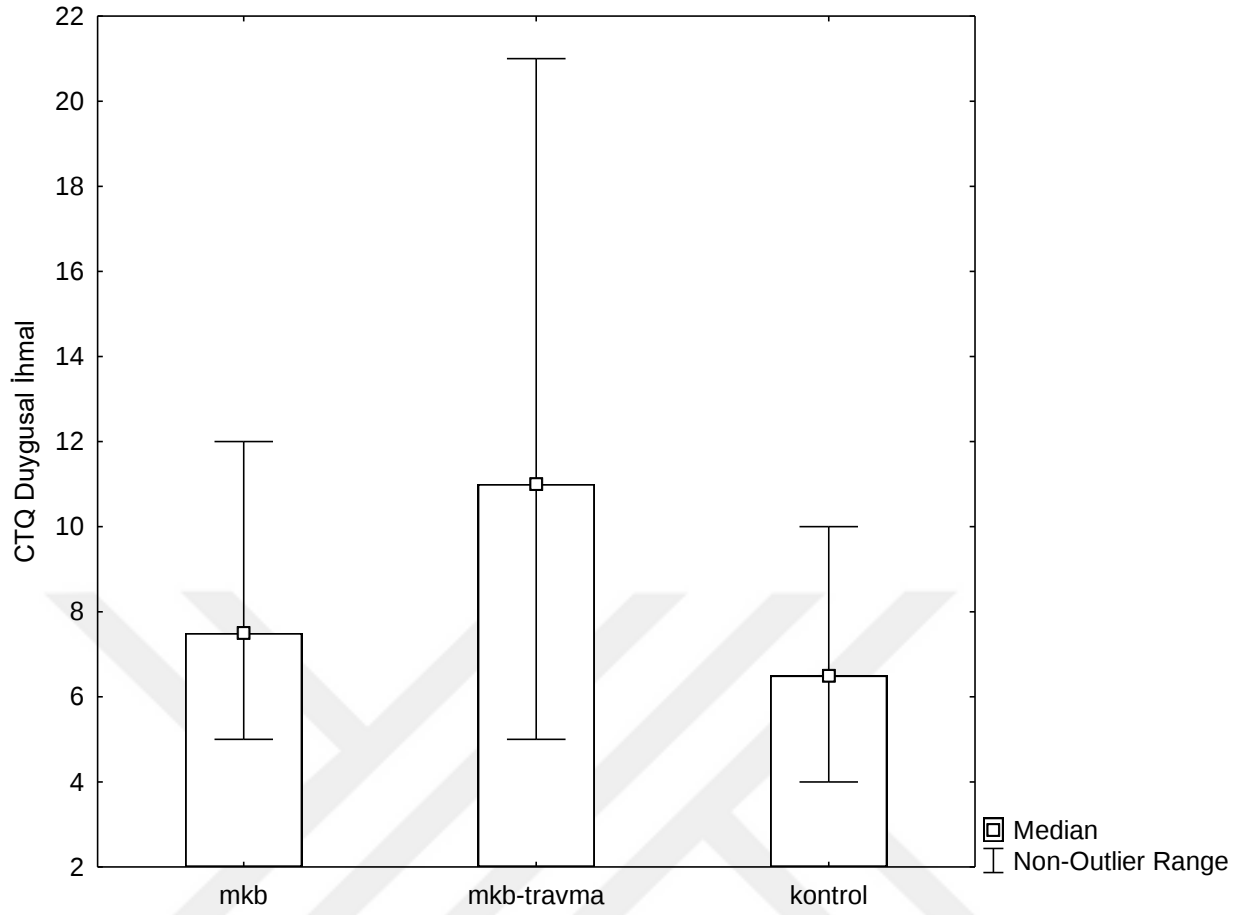
Şekil 2. CTQ fiziksel istismar puanına ilişkin kutu grafiği



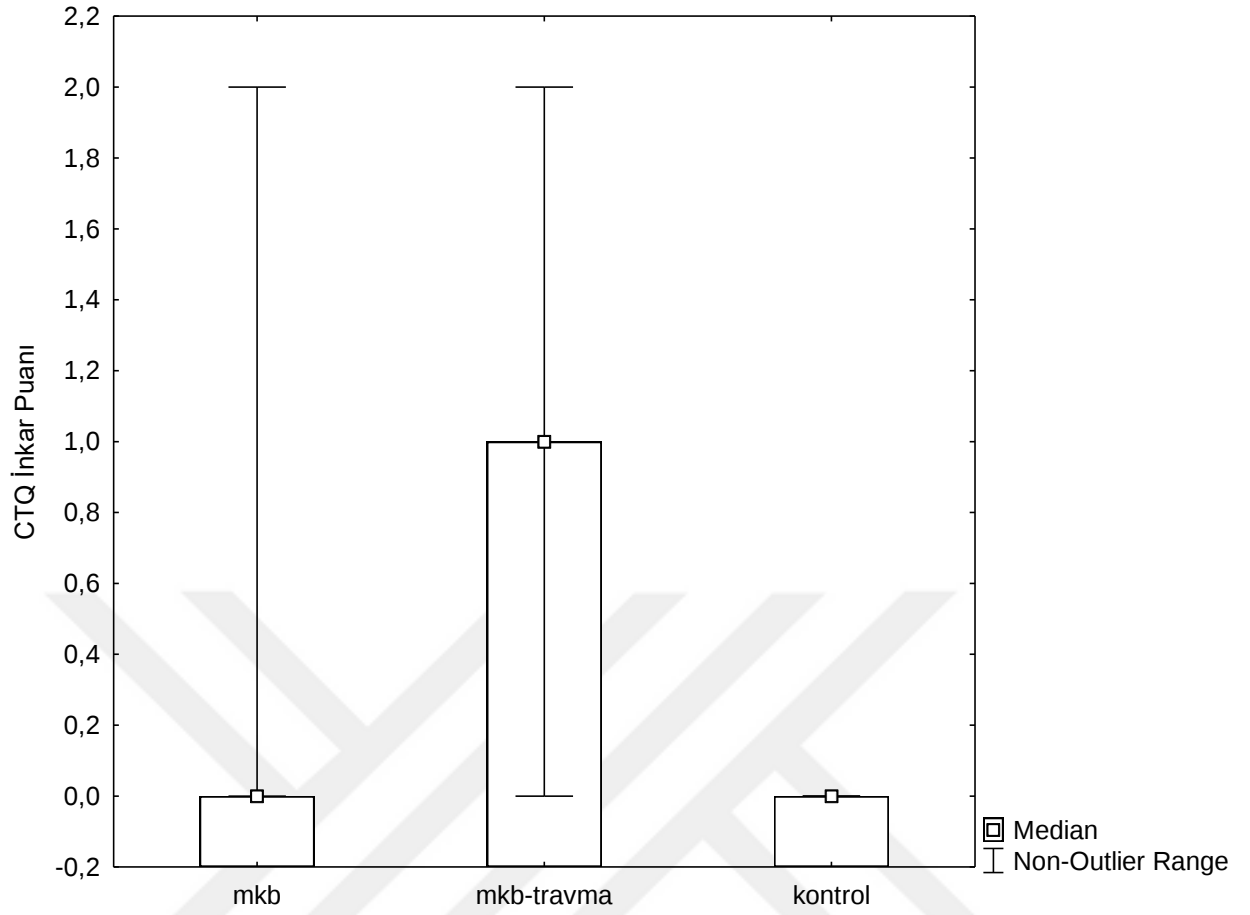
Şekil 3. CTQ cinsel istismar puanına ilişkin kutu grafiği



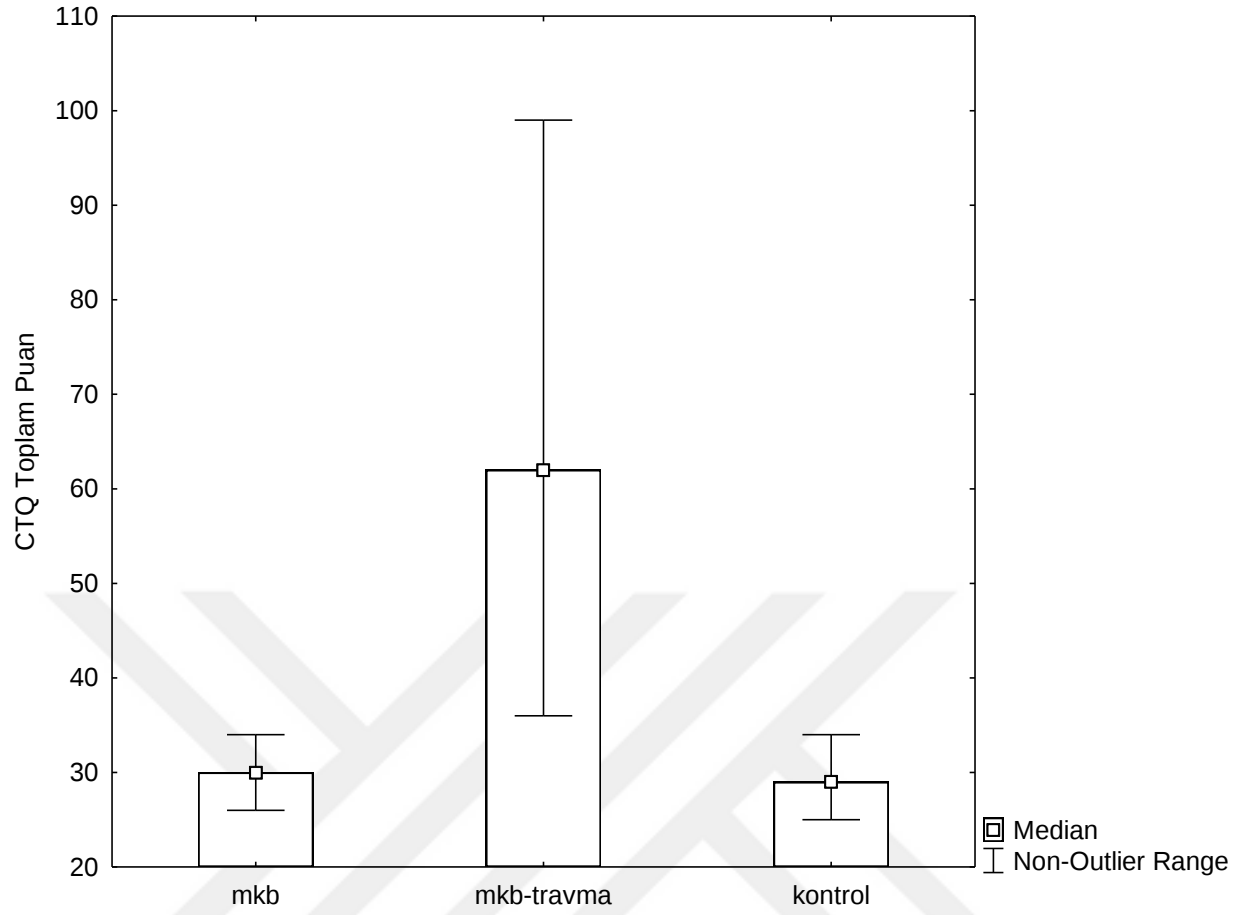
Şekil 4. CTQ fiziksel istismar puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 5. CTQ duygusal ihmal puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 6. CTQ inkar puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 7. CTQ toplam puanına ilişkin kutu grafiği

10.3.2 Olguların Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği (TSBÖ) Puanları Açısından Değerlendirilmesi

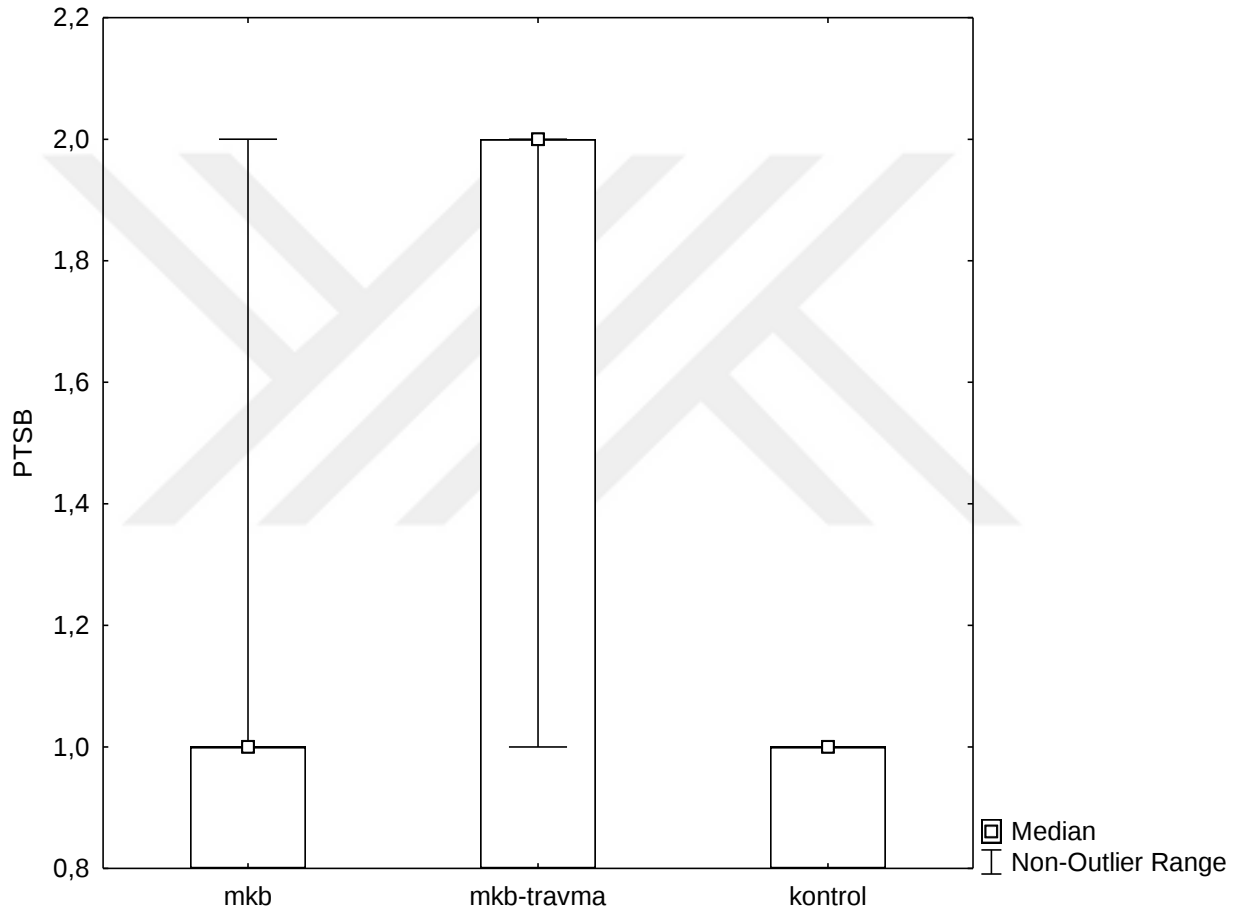
Tablo 28 ve Şekil 8’de PTBS toplam puanlarının gruptaki tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arasında PTBS toplam puanı bakımından farklılık olup olmadığına ilişkin analiz bulguları özetlenmiştir. Buna göre gruplar arasında PTBS toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p < 0,001$). Tüm gruplar PTBS toplam puanı bakımından birbirinden istatistiksel olarak farklıdır. PTBS toplam puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru MKB-ÇÇ, MKB ve kontrol grubu şeklindedir.

Tablo 28. PTSSB puanlarının gruptaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları

TSSB	GRUP			χ^2	p
	MKB (n=20)	MKB-ÇÇT (n=20)	KONTROL (n=20)		
Toplam	14,00 (9,25 34,50) ^b	36,00 (27,5043,50) ^c	4,50 (2,00-9,75) ^a	30,315	<0,001 ^k

χ^2 : Ki kare test istatistiği, , k:Kruskal Wallis H testi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.



Şekil 8. TSSB puanına ilişkin kutu grafiği

10.3.3 Olguların STAI Durumluluk ve Süreklilik Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 29 ve Şekil 9-10'da STAI durumculuk ve süreklilik puanlarının gruptaki tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arasında farklılık olup olmadığına ilişkin analiz bulguları özetlenmiştir. Buna göre gruplar arasında STAI durumculuk ve süreklilik puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p < 0,001$). Tüm gruplar hem STAI

durumluluk hem de STAI süreklilik puanı bakımından birbirinden istatistiksel olarak farklıdır. STAI durumluluk ve süreklilik puanı ortalamaları yüksekten düşüğe doğru MKB-ÇÇT, MKB ve kontrol grubu şeklindedir.

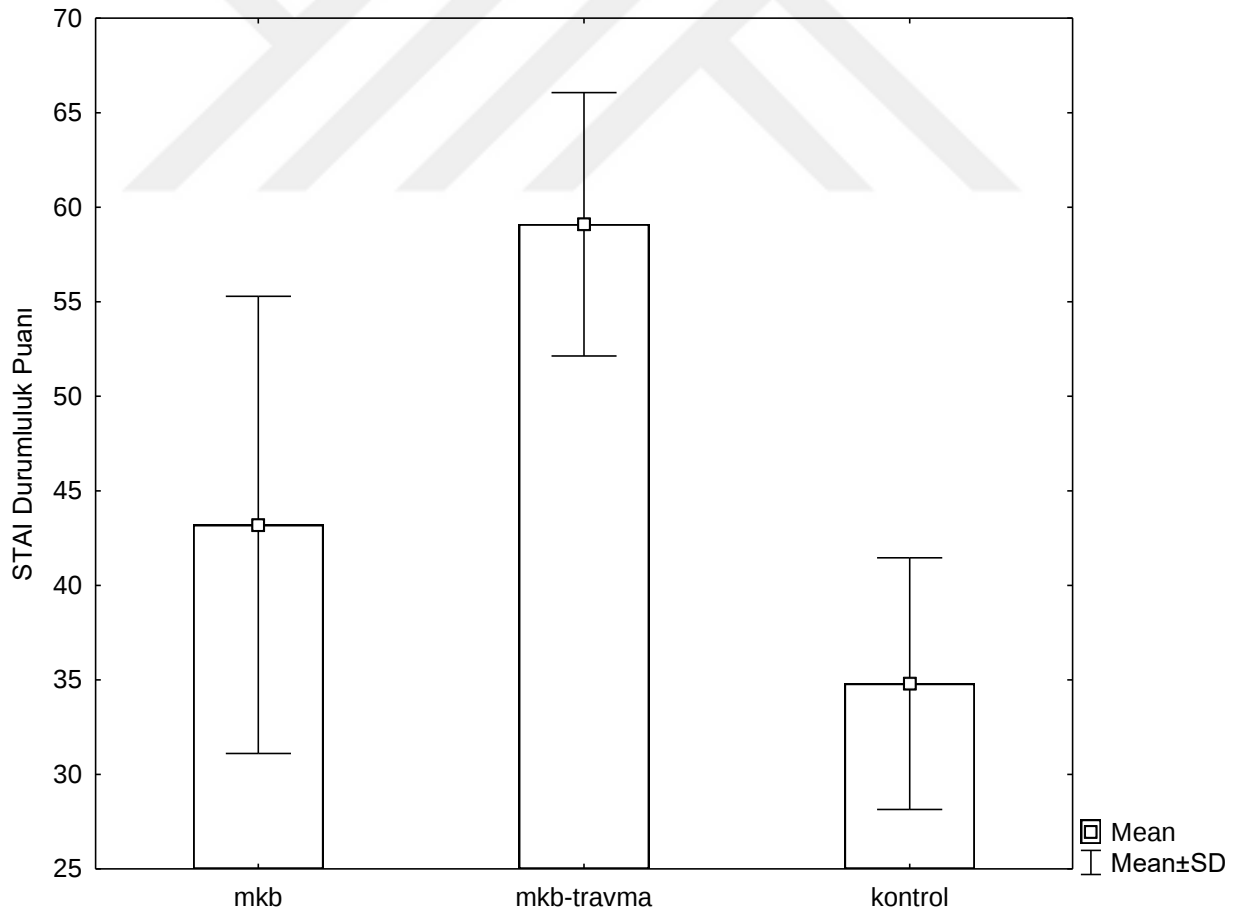
Tablo 29. STAI durumluluk ve süreklilik puanlarının gruptaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları

STAI	GRUP			F	p
	MKB (n=20)	MKB-ÇÇT (n=20)	KONTROL (n=20)		
Durumluluk puanı	43,20±12,09 ^b	59,10±6,97 ^c	34,80±6,65 ^a	38,227	<0,001 ^v
Süreklilik puanı	50,35±9,95 ^b	57,95±10,99 ^c	36,10±8,46 ^a	25,331	<0,001 ^v

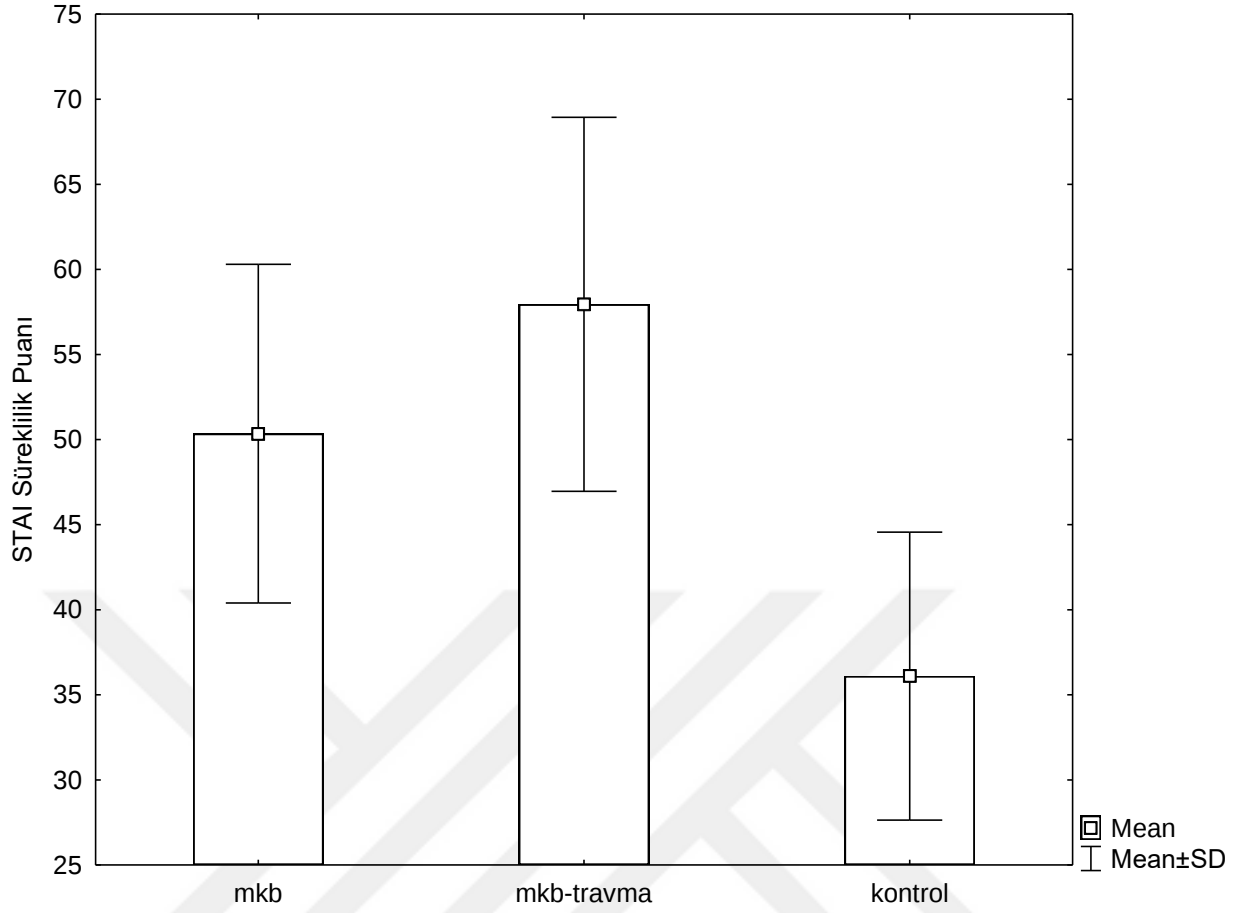
F:F test istatistiği, v: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.



Şekil 9. STAI durumluluk puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 10. STAI süreklilik puanına ilişkin kutu grafiği

10.3.4 Olguların Hamilton Depresyon Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 30 ve Şekil 11’de Hamilton depresyon ölçeği puanının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arasında farklılık olup olmadığına ilişkin analiz bulguları özetlenmiştir. Buna göre gruplar arasında Hamilton depresyon ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p < 0,001$). Bu farklılık MKB-ÇÇT grubundan kaynaklanmaktadır. Kontrol ve MKB grupları birbirine benzerdir. MKB-ÇÇT grubunun Hamilton depresyon ölçeği puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

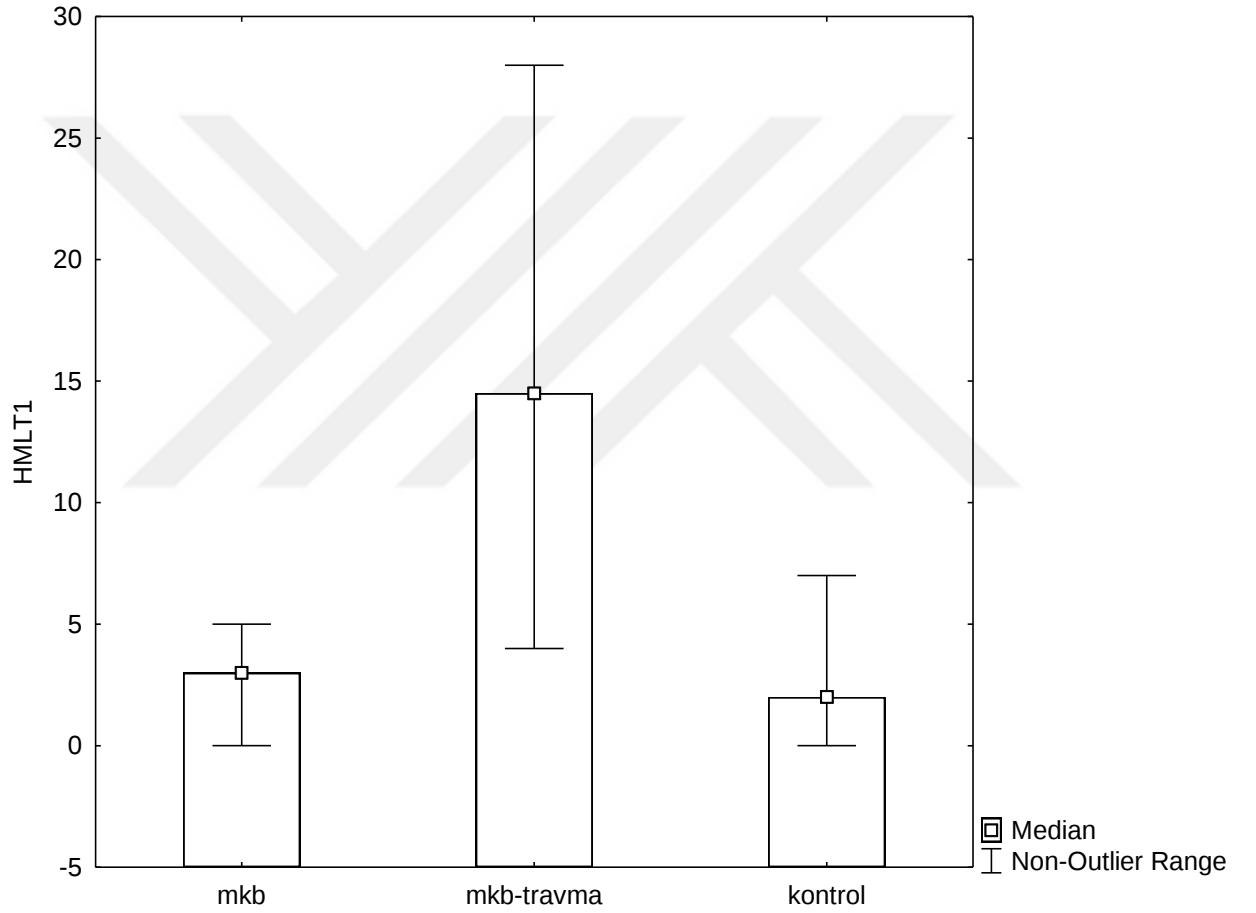
Tablo 30. Hamilton Depresyon Ölçek puanının gruptaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları

	GRUP			χ^2	p
	MKB (n=20)	MKB-ÇÇT(n=20)	KONTROL (n=20)		
Hamilton Ölçeği	3,00 (2,00-5,00) ^b	14,50 (6,25-17,50) ^a	2,00 (0,00-3,00) ^b	30,427	<0,001 ^k

χ^2 : Ki kare test istatistiği, , k:Kruskal Wallis H testi

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.



Şekil 11. Hamilton Depresyon Ölçek puanına ilişkin kutu grafiği

10.4 Uygulanan Psikometrik Testlerin Özellikleri

10.4.1 Olguların Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi puanları Açısından Değerlendirilmesi

Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi puanlarının gruptaki tanımlayıcı istatistikleri ve grupta anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre gruplar arasında kritere ulaşma, perseverasyon, ve yanlış hatırlama puanı bakımından anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0,05$); anlık bellek, öğrenme puanı, en yüksek öğrenim, öğrenme yanlış puanı, tutarsızlık puanı, uzun süreli bellek, tanıma, toplam hatırlama, yanlış tanıma, bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Grupların çoklu karşılaştırma (post-hoc) sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Anlık bellek, öğrenme puanı, en yüksek öğrenim, öğrenme yanlış puanı, uzun süreli bellek, tanıma, toplam hatırlama, yanlış tanıma ve gecikmeli puanları bakımından kontrol grubu puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). MKB ve MKB-ÇÇT grupları bu değişkenler bakımından birbirine benzerdir ($p>0,05$).

Tablo 31. Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi puanının gruptaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları

Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi	GRUP			F / χ^2	p
	MKB (n=20)	MKB-ÇÇT (n=20)	KONTROL (n=20)		
Anlık bellek	5,00 (4,00-6,00) ^b	5,00 (4,00-6,00) ^b	6,00 (5,00-7,00) ^a	6,973	0,031^k
Öğrenme puanı	95,00±21,66 ^b	88,35±23,35 ^b	124,95±6,34 ^a	21,625	<0,001^v
Kritere ulaşma	6,00 (0,00-6,75)	0,00 (0,00-7,75)	5,00 (5,00-5,00)	0,614	0,736 ^k
En yüksek öğrenim	15,00 (10,25-15,00) ^b	12,50 (8,25-15,00) ^b	15,00 (15,00-15,00) ^a	14,165	0,001^k
Öğrenme yanlış puanı	1,00 (0,00-2,00) ^b	2,00 (1,00-2,00) ^b	0,00 (0,00-0,00) ^a	18,547	<0,001^k
Perseverasyon	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	3,687	0,158 ^k
Tutarsızlık puanı	0,00 (0,00-0,00) ^b	0,00 (0,00-0,00) ^a	0,00 (0,00-0,00) ^b	8,429	0,015^k
Uzun süreli bellek	8,00 (7,25-10,75) ^b	8,50 (7,00-10,00) ^b	13,00 (11,00-13,00) ^a	26,187	<0,001^k
Tanıma	11,50 (10,00-13,75) ^b	10,50 (8,25-12,00) ^b	15,00 (14,00-15,00) ^a	31,859	<0,001^k
Toplam hatırlama	12,50 (12,00-14,75) ^b	12,00 (10,00-13,00) ^b	15,00 (15,00-15,00) ^a	30,167	<0,001^k

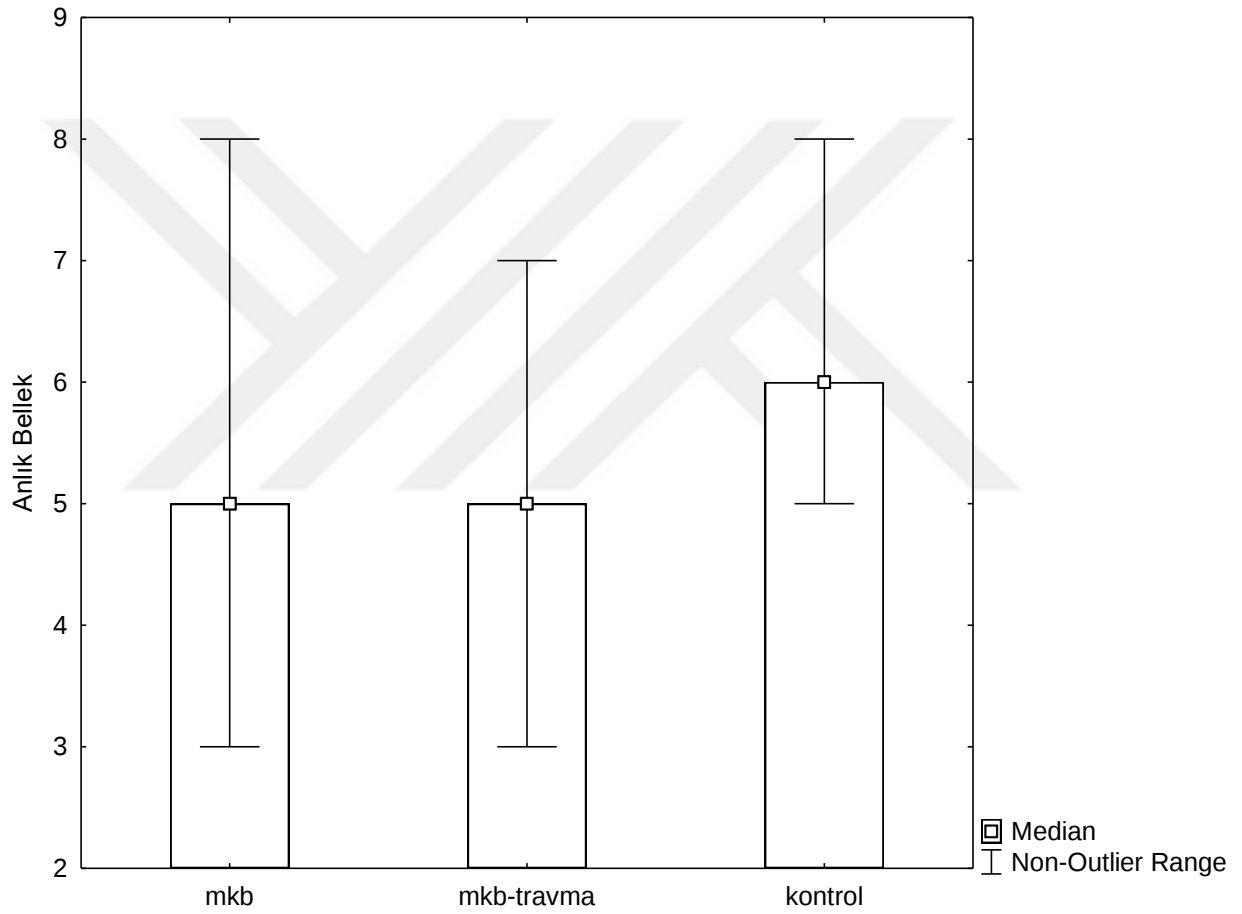
Yanlış hatırlama	1,00 (0,00-1,75)	1,00 (0,00-1,75)	0,00 (0,00-1,00)	5,272	0,072 ^k
Yanlış tanıma	1,00 (0,00-2,00) ^b	2,00 (0,25-2,75) ^b	0,00 (0,00-0,00) ^a	15,809	<0,001 ^k

χ^2 : Ki kare test istatistiği, F:F test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi, v: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

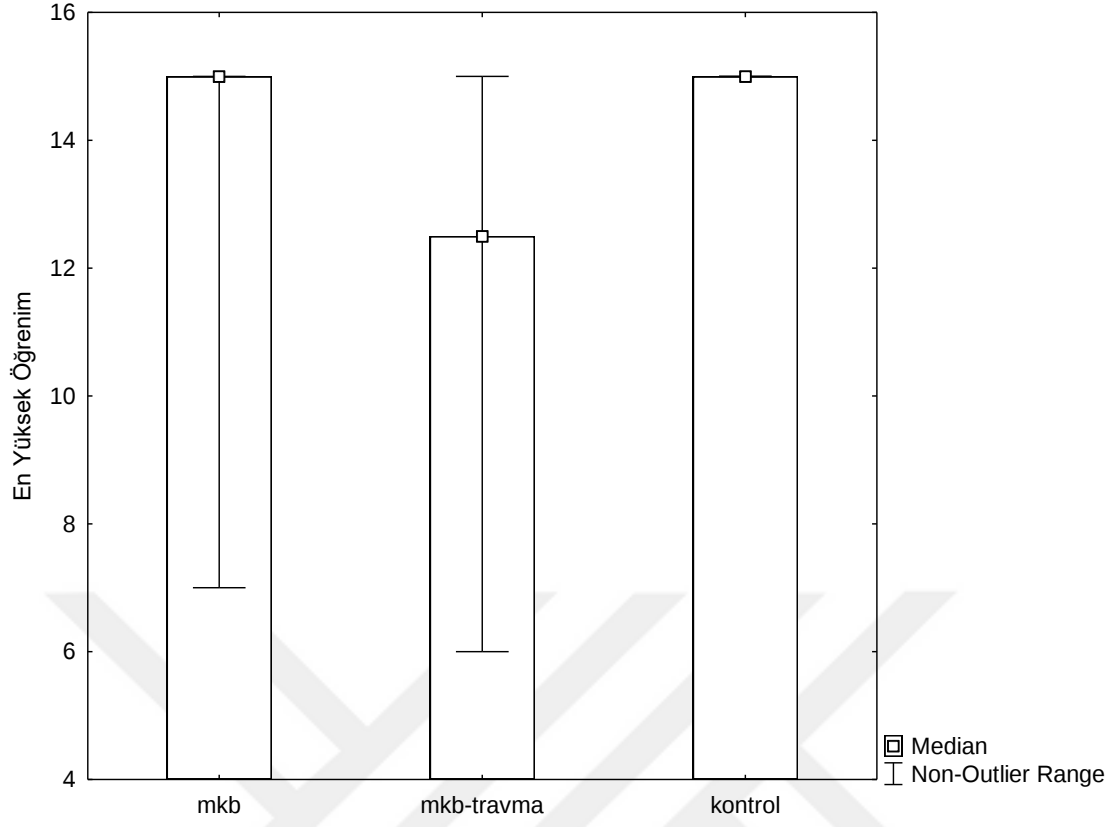
Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

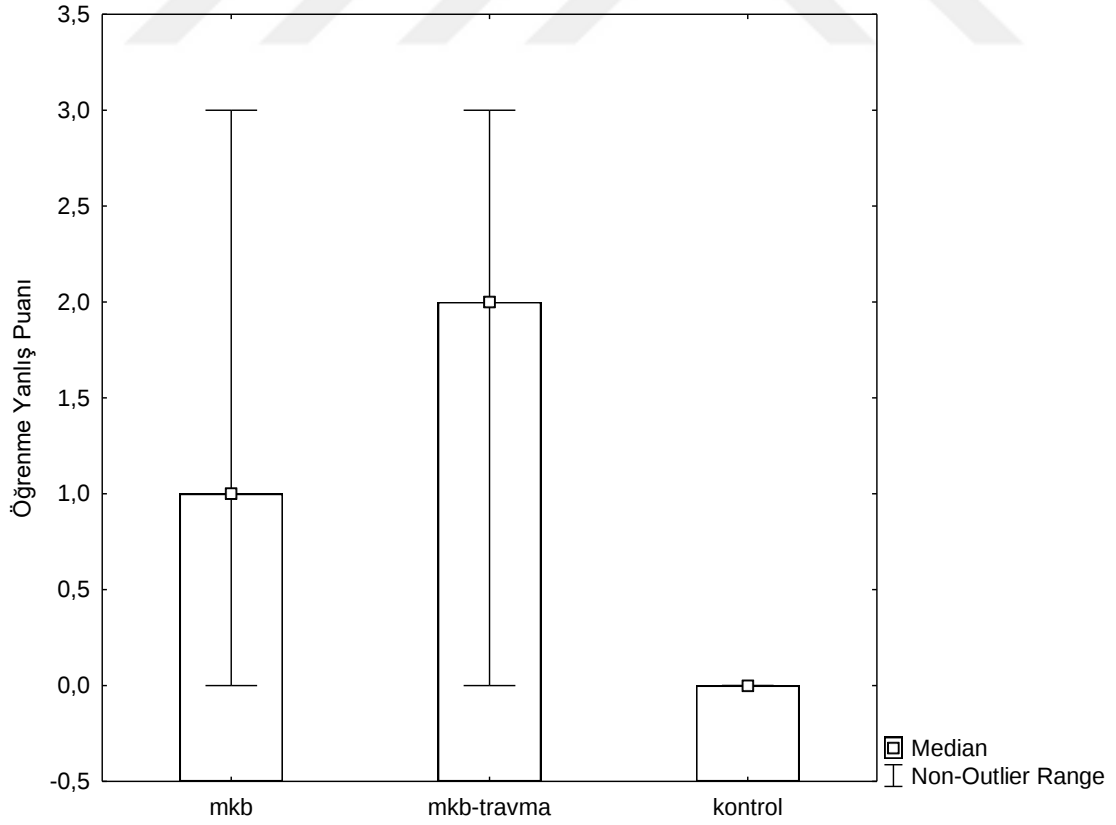
Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.



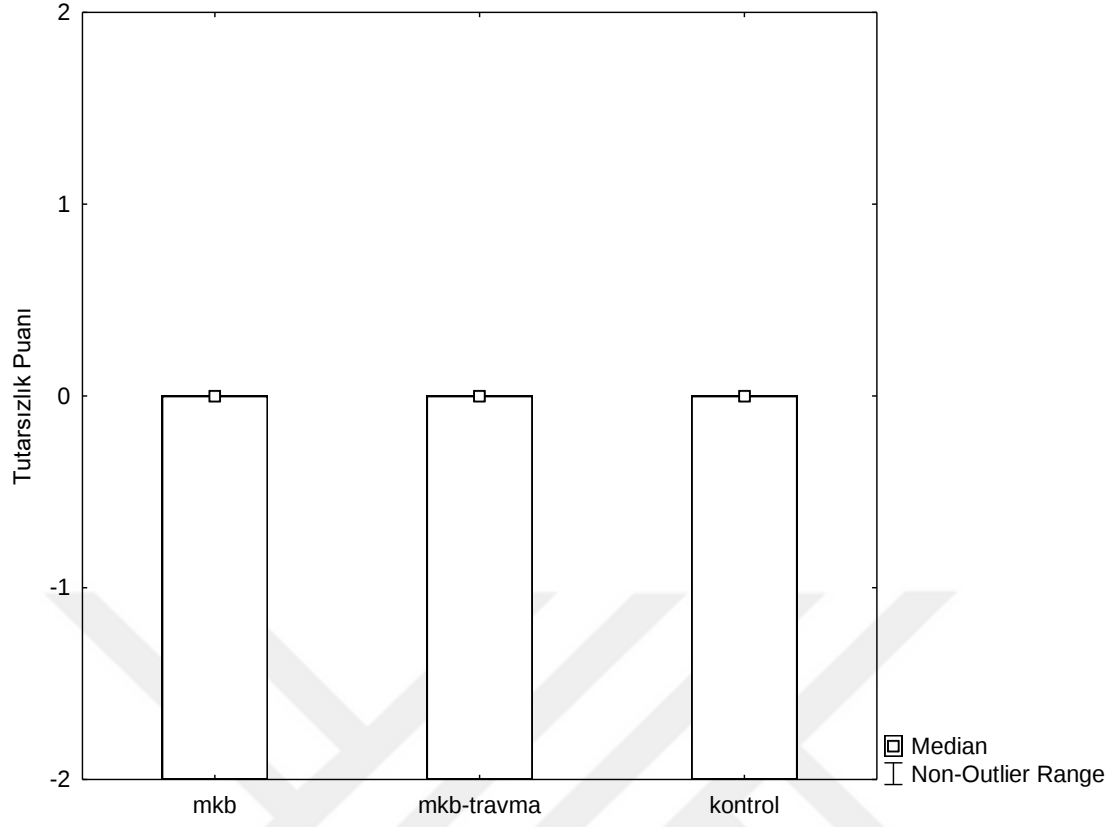
Şekil 12. Anlık bellek puanına ilişkin kutu grafiği



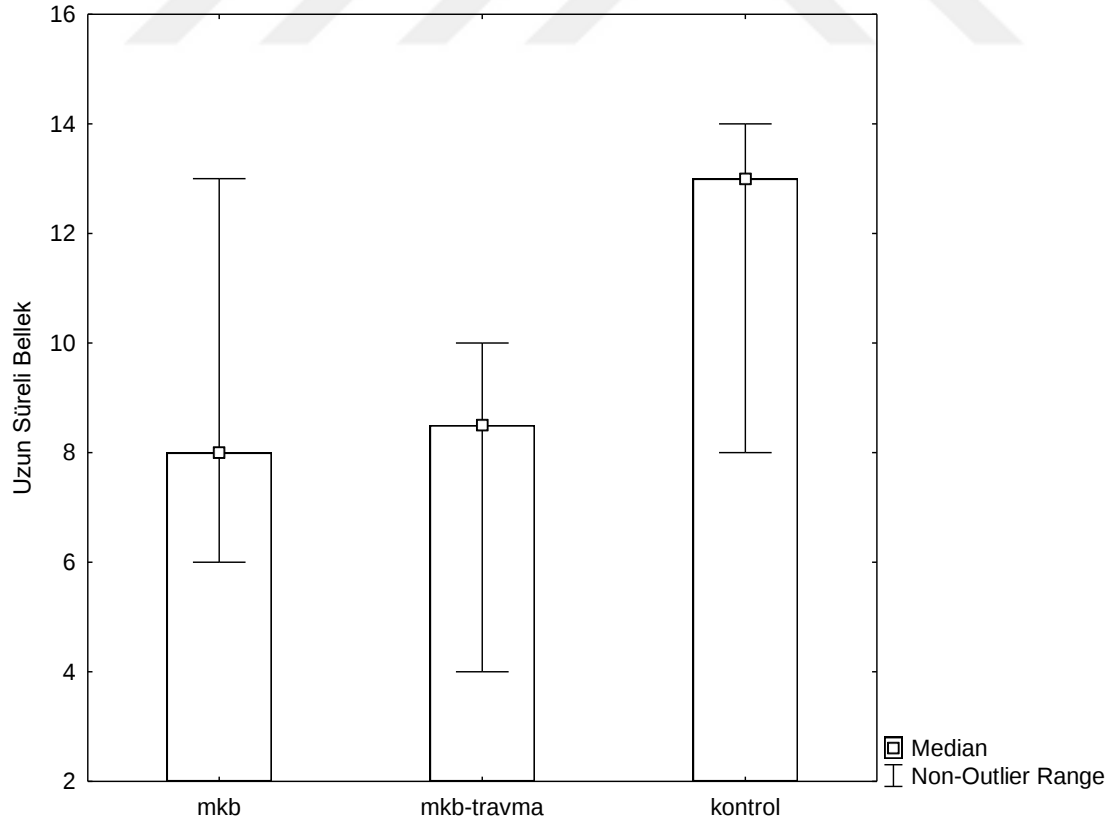
Şekil 13. En yüksek öğrenim puanına ilişkin kutu grafiği



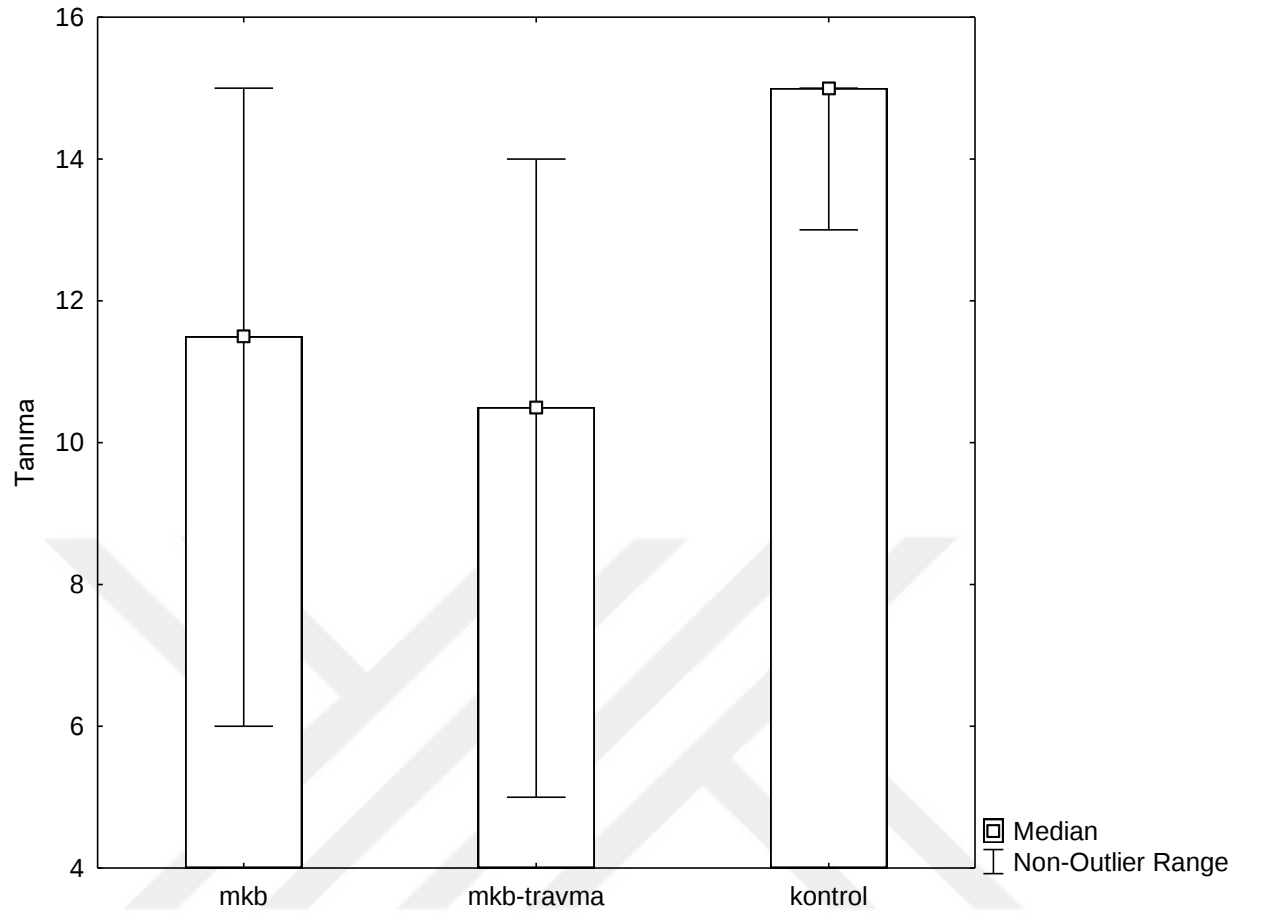
Şekil 14. Öğrenme yanlış puanına ilişkin kutu grafiği



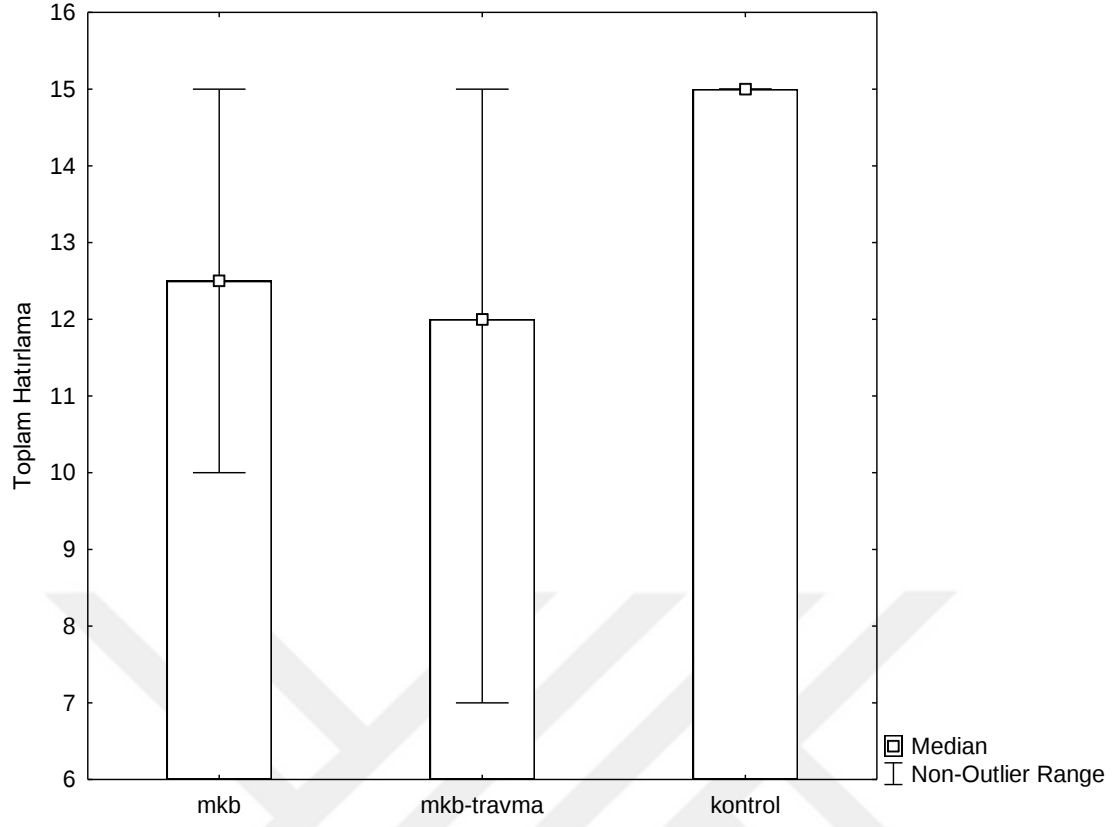
Şekil 15. Tutarlılık puanına ilişkin kutu grafiği



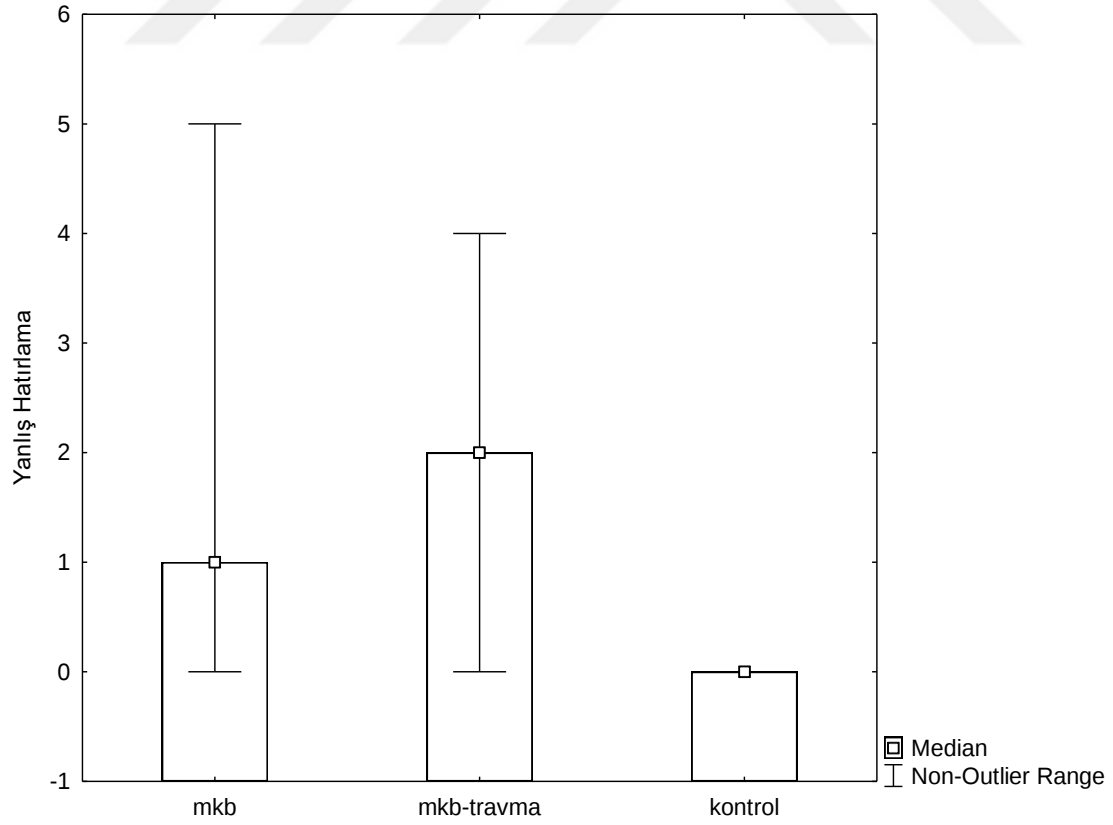
Şekil 16. Uzun süreli bellek puanına ilişkin kutu grafiği



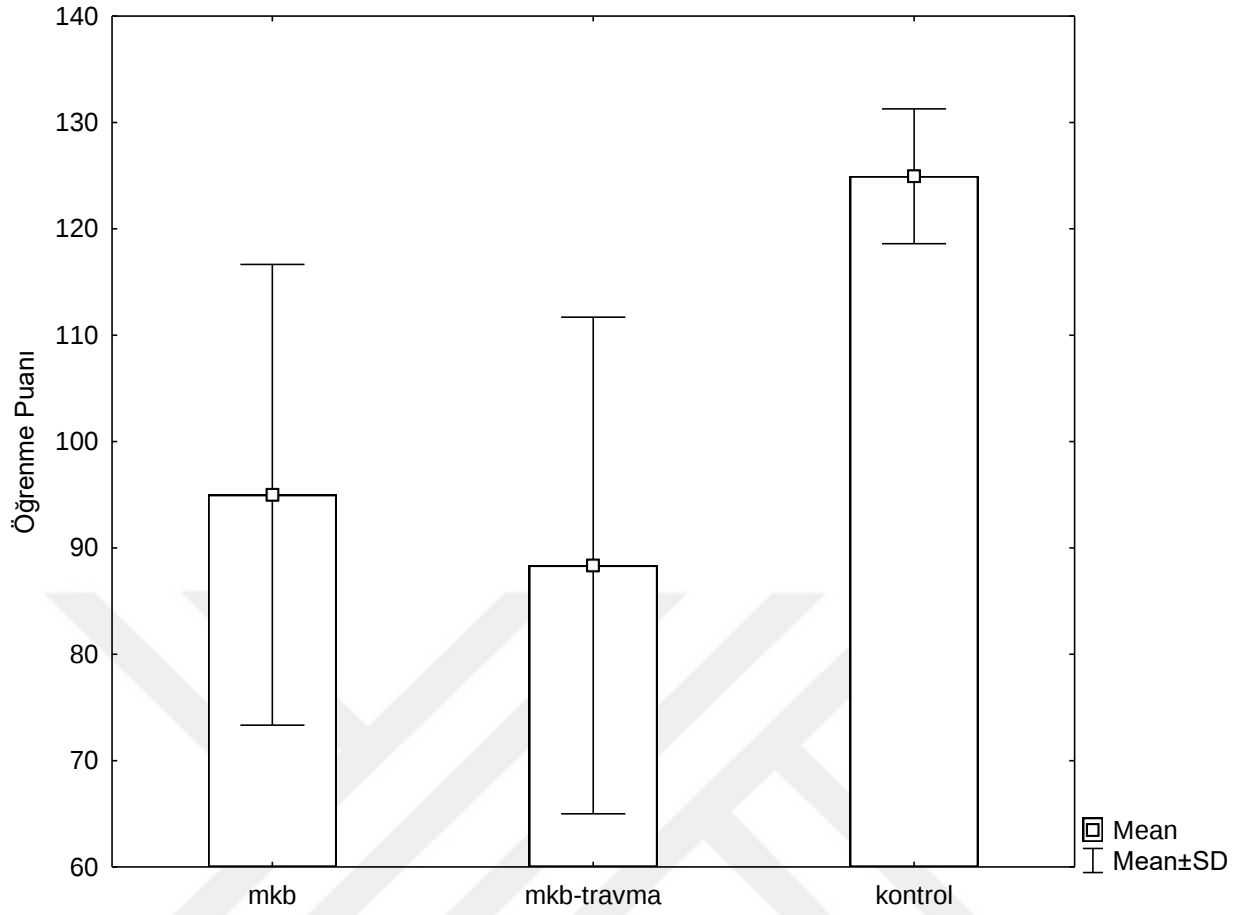
Şekil 17. Tanıma puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 18. Toplam hatırlama puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 19. Yanlış hatırlama puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 20. Öğrenme puanına ilişkin kutu grafiği

10.4.2 Olguların Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi açısından değerlendirilmesi

Gruplar Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi açısından değerlendirilmiştir. Kopyalama ve anlık görsel bellek puanları bakımından ise tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak farklıdır ($p < 0,05$). Kopyalama ve anlık görsel bellek puanlarının yüksekten düşüğe doğru sıralanması ise sırasıyla kontrol grubu, MKB ve MKB-ÇÇT grubu şeklindedir.

Tablo 32. Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi puanının gruplardaki tanımlayıcı istatistikleri ve karşılaştırma sonuçları

Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi	GRUP			F / χ^2	p
	MKB (n=20)	MKB-ÇÇT (n=20)	KONTROL (n=20)		
Kopyalama	32,50 (30,00-35,75) ^b	29,00 (25,25-31,50) ^c	35,00 (34,00-36,00) ^a	26,637	<0,001 ^k
Anlık görsel bellek	15,00 (12,25-18,00) ^b	10,25 (0,00-14,00) ^c	26,50 (23,50-28,00) ^a	44,131	<0,001 ^k

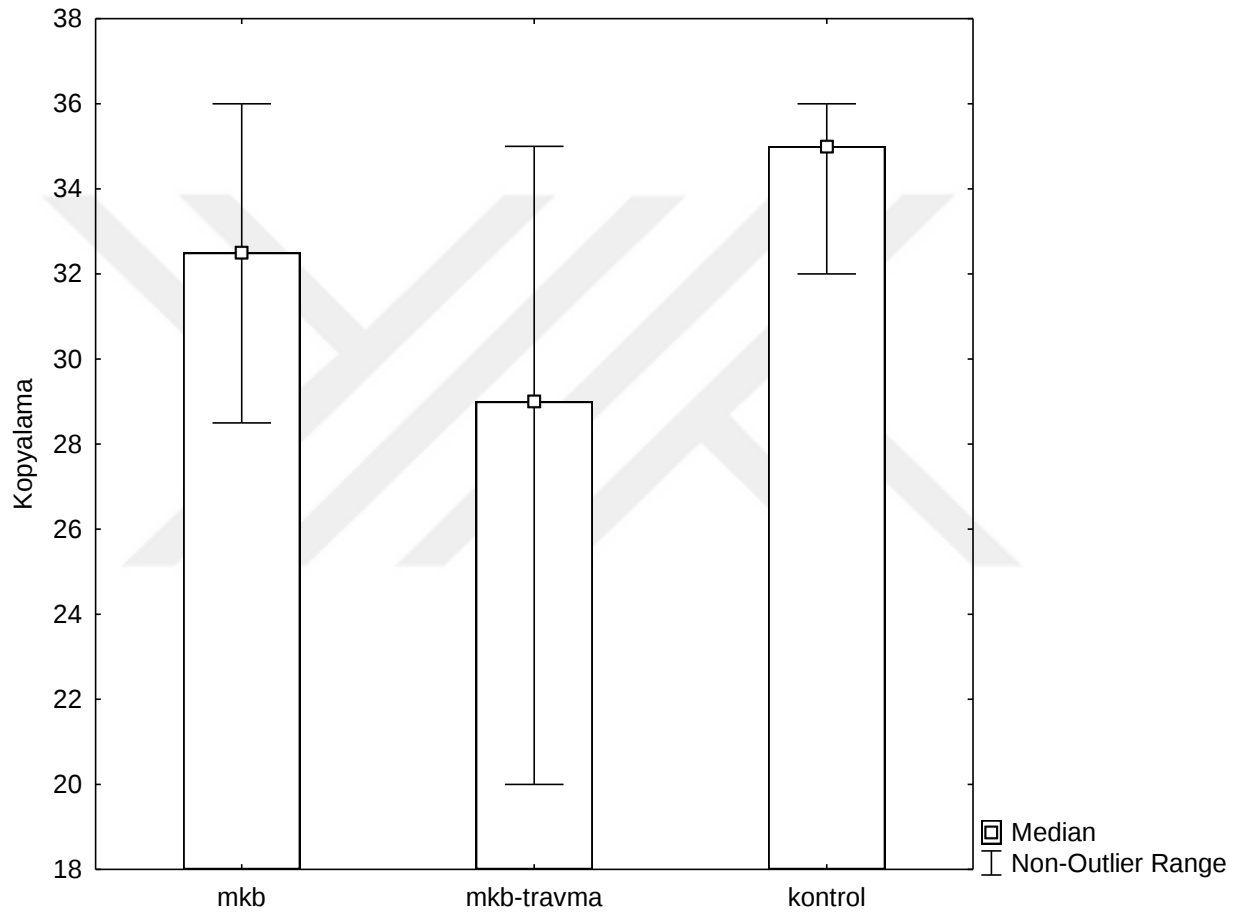
Gecikmeli	4,00 (0,00-7,00) ^b	0,00 (0,00-5,00) ^b	18,00 (14,00-20,75) ^a	39,937	<0,001 ^k
-----------	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------	---------------------

χ^2 : Ki kare test istatistiği, F:F test istatistiği, k:Kruskal Wallis H testi, v: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

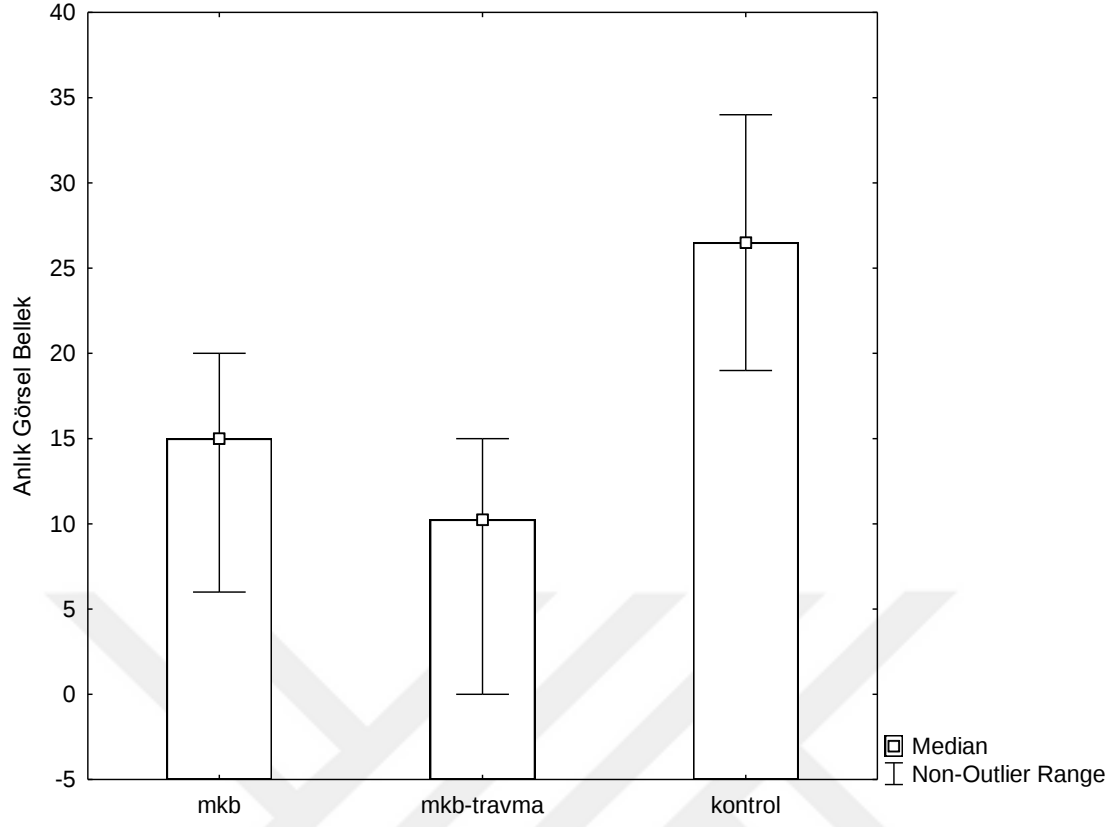
Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı belirtir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.

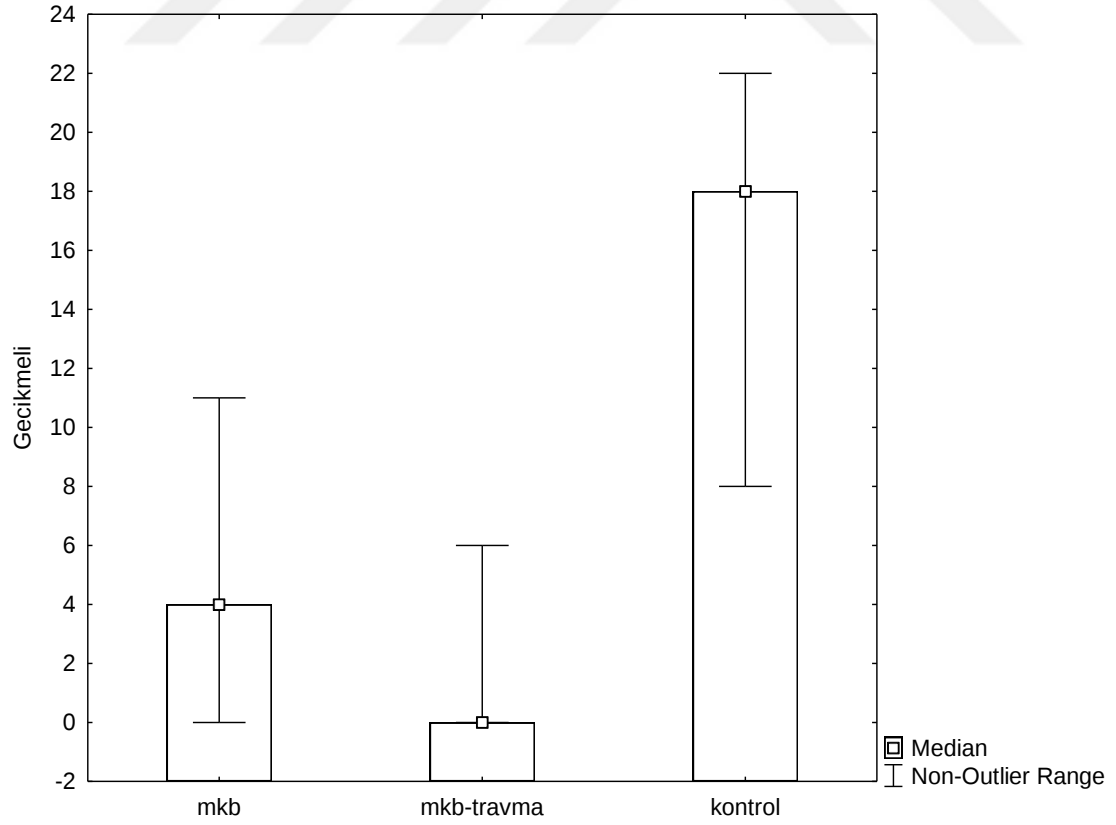
Tanımlayıcı istatistikler medyan (25. – 75. Persantil) olarak belirtilmiştir.



Şekil 21. Kopyalama puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 22. Anlık görsel bellek puanına ilişkin kutu grafiği



Şekil 23. Gecikmeli puanına ilişkin kutu grafiği

11 TARTIŞMA

11.1 Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

11.1.1 Yaş Özellikleri

Çalışmamıza dahil edilen tüm olgular 14-19 yaş aralığından oluşmaktadır. Olguların yaş ortalamaları, MKB grubunda $18,50 \pm 1,00$, MKB-ÇÇT grubunda $16,60 \pm 1,14$, kontrol grubunda $16,05 \pm 1,43$ olarak saptanmıştır. Alkol-madde başlangıç yaş ortalamaları ise MKB grubu 14,00 (13,00-14,00, MKB-ÇÇT grubu için 13,50 (12,25-14,75) olarak saptanmıştır.

Literatürde alkol ve madde bağımlılığı için geniş bir yaş aralığı tanımlanmıştır. 1983-1995 yılları arasında AMATEM’de tedavi gören olguların dosyalarını inceleyen bir çalışmada 15–25 yaş aralığı genel olarak en çok maddeye başlama yaşı olarak bildirilmiştir (1). Türkiye’de madde kullanım yaygınlığına yönelik yapılan en kapsamlı araştırma, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2011 yılında yapılmıştır. TUBİM raporuna göre Türkiye’de 15–64 yaş aralığında olan kişilerde herhangi bir yasa dışı maddenin en az bir, alkol ve madde başlama yaşının minimum 13, maksimum 29 olduğunu tespit edilmiştir (109).

11.1.2 Cinsiyet özellikleri

Çalışmamıza dahil edilen olgulardaki cinsiyet dağılımı MKB grubunda erkek %70 (n=14), kadın %30 (n=6), MKB-ÇÇT grubunda erkek %40 (n=8), kadın %60 (n=12), kontrol grubunda erkek %70 (n=14), kadın %30 (n=6) olarak saptanmıştır.

Alkol ve madde bağımlılığında erkekler kadınlara göre daha fazla risk altındadır (110). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ayrılma ve bireyleşme sürecini değerlendiren bir çalışmada araştırmaya 14 ile 18 yaşlar arasında 52 madde kötüye kullanım tanısı olan ergen katılmış ve ergenlerin %13.5’nin, kızlar, %86.5’inde erkekler oluşturmuştur (111). Yüncü ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde yatarak tedavi gören 188 olgunun dosya incelemesinde olguların tümü erkek olduğu bildirilmektedir (112). Ulukoca ve ark. (2013) Kırklareli Üniversitesi’nde 902 öğrenci ile yapılan bir çalışmada erkek olmanın sigara içme riskinin 1.5 kat, madde deneme riskini ise 4.7 kat artırdığı bildirilmiştir (113). Dicle Üniversitesi 2040 öğrenci ile yürütülen bir çalışmada erkek olmak yaşam boyunca en az bir defa madde kullanmış olma açısından risk faktörüdür (110).

11.1.3 Eğitim

Çalışmaya dahil olan olguların eğitim düzeyleri MKB grubu için okula devam etme oranı %60 (n=12), okula devam etmeme oranı %40 (n=8), MKB-ÇÇT grubu için okula devam etme oranı %35 (n=7), okula devam etmeme oranı %65 (n=13), kontrol grubu için okula devam etme oranı %90 (n=18), devam etmeme oranı %10 (n=2) olarak saptanmıştır.

Eğitim, risk faktörleri arasında en sık vurgulanan özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak literatürdeki çalışmalarda eğitim düzeyinin yükselmesi ile alkol ve madde bağımlılığı arasında negatif bir ilişkinin olduğunun altı çizilmektedir. Eğitim ile vurgulanan sadece alkol ve madde bağımlısı olan bireyin eğitim düzeyi değil, söz konusu bireyin anne ve babasının eğitim düzeyi de vurgulanmaktadır (1). Örneğin 2013 yılında yapılan bir çalışmada madde (opiyat) bağımlılığı tanısı konulmuş 84 hasta dahil edilmiş ve madde kullananların %73,8'inde eğitim seviyesinin dokuz yılın altında, %60,7'sinde okul terki öyküsü olduğu bildirilmiştir (114). Yine denetimli serbestlik polikliniğine ilk kez başvuran ve en az bir kez idrar-kan örneği vermiş olan 215 hastanın kayıtlarının incelenmesiyle yapılan çalışmada hastaların %2.3'ünün okuryazar olmadığı, %5.6'sının okuryazar, %67.4'ünün ilkokul mezunu, %22.3'ünün lise mezunu ve %2.3'ünün (s=5) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (19). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran 126 hasta ile yapılan çalışmada olguların %40.5'i eğitimsiz veya ilkokul mezunu, %27'si ortaokul mezunu, %22.2'si lise ve %10.3'ü yüksek okul mezunu olarak bildirilmiştir (115). Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Birimi'ne 12 ay süresince gönderilen olgulara ait dosyaların incelenmesi ile gerçekleştirilen araştırmadaki % 89.0'unun ilköğretim mezunu olduğu belirtilmiştir (116).

11.1.4 Olguların Psikiyatrik Komorbidite Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmamıza dahil olan MKB ve MKB-ÇÇT gruplarında şimdi ve eskiden ek psikiyatrik tanı varlığı açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında MDB, geçmişte MDB, TSSB ve geçmişte ek psikiyatrik tanı öyküsü varlığı bakımından anlamlı farklılık vardır (Sırasıyla p=0,004; p=0,004; p=0,011; p=0,047). MKB-ÇÇT grubu içinde MDB, geçmişte MDB, TSSB, geçmişte TSSB ve geçmişte ek psikiyatrik tanı öyküsü var olması yüzdesi (sırasıyla %70, %80, %75, %80 ve %100); MKB grubu içinde MDB, geçmişte MDB, TSSB, geçmişte TSSB ve geçmişte ek psikiyatrik tanı öyküsü varlığı yüzdesinden (sırasıyla %20, %30, %30, %20 ve %75) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, sağlıklı bireylere oranla daha yüksek oranda ruhsal bozuklukların olduğuna dair çalışma sonuçları mevcut. Komorbidite oluşumunda, kişinin varolan bir ruhsal bozukluğunu gidermek amacıyla madde kullanımına yönelerek kendini tedavi etme davranışına yönelmesi, sonrasında bağımlılık gelişimi de olasılıklardan biridir. Komorbiditeyi açıklayabilecek bir başka olasılık ise, komorbiditelerin genetik yatkınlık, sosyoekonomik faktörler, yoksulluk veya travma gibi ortak sebeplerden kaynaklanıyor olmasıdır (117).

MKB karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, DEHB veya davranım bozukluğu gibi dışa yönelim bozukluklarıyla ve depresyon gibi içe yönelim bozukluklarıyla ilişkilidir (7). Araştırmalardan elde edilen verilerden, madde kullanımı açısından tedavi altında olan ergenlerin %55 ila %88'nin ek bir psikiyatrik bozukluk tanısını karşıladığı gösterilmiştir (118).

Epidemyolojik çalışmalar, madde kullanım ve depresyonun sıklıkla birlikte ortaya çıktığı göstermektedir. MKB tanısı alan ergenlerin %14 ila %50 arasındaki oranlarda depresyonun da olduğu belirtilmektedir (7)

11.1.5 Madde Kullanım Başlangıç Yaşı

Çalışmamıza dahil olan olgular maddeye başlama yaşı açısından değerlendirilmiştir. Maddeye başlama yaşı ortalama 13,5 olarak saptanmıştır.

Literatürde alkol ve madde kötüye kullanım için geniş bir yaş aralığı tanımlanmıştır. Fakat alkol madde başlangıç yaşının 10'lu yaşlara kadar indiğinden bahsedilmektedir. İnhalan madde kullanan 37 olgu ile yapılan bir çalışmada ortalama maddeye başlama yaşı 10,84 olarak belirtilmiştir (119).

Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Merkezi'nde yataklı serviste tedavi gören 188 olgunun geriye dönük veri incelemesinde madde kullananların madde kullanım başlangıç yaşı ortalama 13,5 olarak bildirilmiştir (112).

11.1.6 Madde Kullanım Özellikleri

Çalışmamızda MKB ve MKB-ÇÇT olan olgular madde kullanımı özellikleri açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında madde kullanım açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Olguların tamamı yaşamları boyunca en az bir kez esrar kullandıklarını belirtmiştir (n=40). Olgular esrar yanı sıra eroin, kokain, uçucu maddeler, ectazy, sentetik kanabinoid, sedatif, alkol kullandıklarını ifade etmiştir. Metamfetamin dışında gruplar arasında madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.005)

2006 yılında Yüncü ve arkadaşlarının çocuk ve ergen bağımlılık ve araştırma merkezine başvuran 323 ergen hasta ile yaptıkları çalışmada, tüm olguların %93,8'inin sigara dışı madde kullandığı saptanmıştır. Hastaların madde kullanımları sırasıyla sigaradan sonra esrar %75,2, inhalan %53,8, ekstazi %43,6, alkol %43,2, benzodiazepin %31,4, kokain %2,6, hap %1,7, opioid %0,3 olarak belirlenmiştir. Sigara kullanımı dışarda tutulduğunda madde kullanım bozukluğu olan ergen olguların %86,9'unun birden fazla madde kullandıkları görülmüştür. Bu çalışmada yer alan ergen olguların maddeyi ilk kullanma yaşları $13,7 \pm 2,16$ bulunmuştur (49).

11.1.7 Evde Yaşayan Kişi ve Toplam Çocuk Sayısı

Çalışmamıza dahil edilen olgular evde birlikte yaşayan kişi ve toplam çocuk sayısı açısından değerlendirildiğinde, evde birlikte yaşadığı kişi sayısı MKB, MKB-ÇÇTÖ'sü bulunan ve kontrol grubu için sırası ile 4,00 (3,00-4,00), 4,00 (4,00-6,00), 4,00 (4,00-5,00), olarak saptanmıştır. Evde birlikte yaşadığı kişi sayısı ile ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Toplam çocuk sayısı ise MKB grubu için 2,00 (2,00-3,75), MKB-ÇÇT grubu için 3,00 (2,25-4,00) ve kontrol grubu için 2,00 (2,00-3,00) olarak saptanmıştır. MKB-ÇÇT grubundan çocuk sayısı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($p = 0.018$).

Literatürde birçok çalışmada ebeveyn desteğinin fazla olmasının, ergenlerde madde kullanımı ve riskli davranışlar açısından koruyucu olduğu ifade edilmektedir. Evde yaşayan kişi sayısının ve çocuk sayısının fazla olması, ebeveynin izleme ve denetleme yetilerini kısıtlayabilir (120).

Ailenin kalabalık olması, kardeş sayısının fazlalığı, çocukluk çağı travmalarını artıran faktörler arasındadır (7).

11.1.8 Anne-Baba Eğitim Düzeyi

Çalışmaya dahil edilen olguların anne-baba eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde MKB grubu için baba eğitim düzeyi okuma-yazma yok %10 (n=2), ilkokul %45 (n=9), ortaokul %20 (n=4), lise %20 (n=4), üniversite %5 (n=1), anne eğitim düzeyi okuma yazma yok %15 (n=3), ilkokul %45 (n=9), ortaokul %15 (n=3), lise %15 (n=3), üniversite %10 (n=2), MKB-ÇÇTÖ'sü bulunan grup için baba eğitim düzeyi okuma-yazma yok %15 (n=3), ilkokul %40 (n=8), ortaokul %20 (n=4), lise %20 (n=4), üniversite %5 (n=1), anne eğitim düzeyi okuma yazma yok %25 (n=5), ilkokul %40 (n=8), ortaokul %25 (n=5), lise %0 (n=0), üniversite %10 (n=2), kontrol grubu için baba eğitim düzeyi okuma-yazma yok %0 (n=0), ilkokul %15 (n=3), ortaokul %20 (n=4), lise %45 (n=9), üniversite %20 (n=4), anne eğitim

düzeyi okuma yazma yok %0 (n=0), ilkokul %15 (n=3), ortaokul %20 (n=4), lise %45 (n=9), üniversite %20 (n=4) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında anne-baba eğitim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyi ile alkol ve madde bağımlılığı arasında negatif bir ilişkinin olduğundan bahsediliyor. Bahsi geçen eğitim durumunun sadece madde bağımlısı birey için geçerli olmayıp aynı zamanda, söz konusu bireyin ebeveyn eğitim düzeyi de vurgulanmaktadır. 2016 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyiyle ergenin madde kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (121).

2011 yılında çocukluk çağı ve ilişkili psikopatolojileri araştıran bir çalışmada, çocukluk çağı travmaları için ailesel risk faktörleri olarak, düşük ebeveyn eğitimi, parçalanmış ailede yaşamak, ailede şiddet davranışlarının olması, çocukluk döneminde ailelerinden ayrılma, anne-baba boşanma gibi nedenlerle uzun süre ayrı kaldığını bildiren grupta istismar oranları istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır (50).

11.1.9 Anne-Baba Çalışma Durumu

Çalışmamızdaki olgular anne ve babalarının çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında MKB grubu için baba çalışma durumu %80 (n=16), çalışmama oranı %20 (n=4), anne çalışma durumu %30 (n=6), çalışmama oranı %80 (n=16), MKB*ÇÇTÖ'sü bulunan grup için baba çalışma durumu %75 (n=14), çalışmama oranı %30 (n=6), kontrol grubu için baba çalışma oranı %10 (n=20), çalışmama oranı %0 (n=0), anne çalışma oranı %40 (n=8), çalışmama oranı %60 (n=12) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında anne-baba çalışması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ebeveynlerin çalışma takvimleri ile ergenin riskli davranışlarının değerlendirildiği çalışmada, 12207 sayıda 10–14 yaş arası erken ergen dönemde bulunan olgu ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmada ebeveynlerin çeşitli saatlerde ve vardiyalarda çalışma şekillerinin; çocuklarına olan yakınlıklarını ve çocuklarını gözlemleyebilme olanaklarını etkileyebileceği düşünülmüştür. Çalışma sonuçlarında ebeveynlerin çalışma şekillerinin, ergenlerin herhangi bir yasa dışı maddeyi deneme durumları ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (121).

2016 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışmada anne çalışma durumu ile ergenin madde kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (121).

11.1.10 Ailede Madde Kullanım Öyküsü

Çalışmaya katılan olguların aileleri madde kullanım açısından değerlendirilmiştir. MKB grubu için anne sigara kullanımı %50 (n=10), alkol kullanımı %25 (n=5), madde kullanımı %1 (n=5), baba sigara kullanımı %75 (n=15), alkol kullanımı %40 (n=8), madde kullanımı %20 (n=4), MKB-ÇÇTÖ grubu için anne sigara kullanımı %65 (n=13), alkol kullanımı %30 (n=6), madde kullanımı %0 (n=0), baba sigara kullanımı %85 (n=17), alkol kullanımı %60 (n=12), madde kullanımı %10 (n=2), kontrol grubu için anne sigara kullanımı %60 (n=12), alkol kullanımı %15 (n=3), madde kullanımı %0 (n=0), baba sigara kullanımı %80 (n=16), alkol kullanımı %30 (n=6), madde kullanımı %0 (n=0) olarak saptanmıştır. GGruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ebeveynlerin evin içinde sigara ve alkol kullanıyor olmaları ve ailede madde kullanım öyküsünün bulunması çocuğun madde bağımlısı olma riskini artırır. Aynı zamanda alkol-madde kullanım bozukluğunun %40–60 ve nikotin bağımlılığın %60 lere varan genetik payı olduğu bilinmektedir (122).

11.1.11 Ailede Psikiyatrik Hastalık

Çalışmamızdaki olgular ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre değerlendirilmiştir. MKB-ÇÇTÖ grubu içinde ailesinde psikiyatrik hastalık olanların oranı %60 (n=12), kontrol grubu içinde ailesinde psikiyatrik hastalık olanların oranından %15 (n=3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,013$). MKB grubu ise ailesinde psikiyatrik hastalık olma durumu %35 (n=7) kontrol ve MKB-ÇÇTÖ gruplarına benzer özelliktedir.

Yapılan bir çalışmada, 201 opioid bağımlısı ve onların 877 birinci derece akrabalarını; 82 adet sağlıklı kontrol ve onların 360 yakını ile psikiyatrik bozukluklar açısından karşılaştırmıştır. Opioid bağımlısı olguların yakınlarında sağlıklı kontrollere göre, daha yüksek oranda alkolizm, madde kullanımı, depresyon ve antisosyal kişilik özellikleri görüldüğü belirlenmiştir (25).

11.2 Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi

11.2.1 Olguların Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmamıza dahil olan olgular çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirilmiştir. Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, toplam CTQ puanı (beş alt boyutun toplamından elde edilen toplam puan) bakımından MKB-ÇÇT

grubu diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Kontrol ve MKB grupları bu değişkenler bakımından birbirine benzerdir ($p>0.05$).

MKB-ÇÇT grubu içinde travma öyküsü olanların oranı (%100), kontrol ve MKB grupları içinde travma öyküsü olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (Sırasıyla %0 ve %0). Kontrol ve MKB grupları ise travma öyküsü bakımından birbirine benzer gruplardır.

2011 yılında yapılan bir çalışmada 183 hasta çocukluk çağı travmaları ve ilişkili psikopatolojiler açısından değerlendirildiğinde çocukluk çağı travması olduğunu belirten grupta alkol-madde kullanımı oranları daha yüksek saptanmıştır (50).

11.2.2 Olguların Hamilton Depresyon Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil olan olgulara Hamilton Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Buna göre gruplar arasında Hamilton depresyon ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0.001$). Bu farklılık MKB-ÇÇT grubundan kaynaklanmaktadır. Kontrol ve MKB grupları birbirine benzerdir. MKB-ÇÇT grubunun Hamilton depresyon ölçeği puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

2015 yılında yapılan bir çalışmada, 18 ile 60 yaşlar arasında 300 kadın olgu çocukluk çağı travmaları, depresyon ve post travmatik stres bozukluğu açısından değerlendirilmiş ve çocukluk çağı travmaları ile depresif belirtiler ve travma sonrası stres belirtileri arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (123).

Madde kullanım bozukluk ile majör depresif bozukluk arasındaki komorbiditenin ihmal ve istismar, aile içi şiddet, ebeveyn madde kullanıma bozukluğu gibi çevresel risk faktörleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Major depresif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu arasındaki komorbiditesiyle ilgili yapılan çalışmalar ise bu iki bozukluk arasında iki yönlü bir ilişkinin olduğunu belirtilmektedir. Major depresif bozukluk madde kullanım bozukluğunu artırmakta, madde kullanım bozukluğu da majör depresif bozukluk gelişimini kolaylaştırmaktadır (124).

11.2.3 Olguların Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ) Puanları Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil olan olgular PTSB Ölçeği puanları açısından değerlendirilmiştir. Buna göre gruplar arasında PTSB toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0.001$). Tüm gruplar PTSB toplam puanı bakımından birbirinden istatistiksel olarak farklıdır. PTSB toplam puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru MKB-ÇÇ, MKB ve kontrol grubu şeklindedir.

Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB), kişinin travmatik bir olayı, yaşamasından veya o travmatik olaya tanık olmasından sonra, olayların kişiyi rahatsız edici bir biçimde yeniden yaşanması, kaçınma davranışları, çökün duygudurum, disforik ve bilişsel bulguların değişik derecelerde bulunduğu ve 3 aydan kısa sürerse “akut”, 3 aydan uzun sürerse “kronik” olarak bahsedilen bir bozukluktur (125).

Yapılan çalışmalara göre, insanların %40-90’ı hayatları boyunca en az bir travmatik yaşam olayına maruz kaldıklarını bildiriyor. Hayatı tehdit eden travmatik olay sonrası travmaya maruz kalan 10 bireyden 1’inde TSSB geliştiği bildirilmektedir (5).

Travmatik olay sonrası TSSB gelişiminin çocuklarda ve ergenlerde yatışkinlere göre daha fazla olduğu bilinmektedir (126).

Aile içinde yaşanan travmaarda, fail aileden bridir ve genelde çoklu travma mevcuttur. Bu iki faktör nedeni ile aile içinde travmaya maruz kalan olgularda TSSB sıklığının arttığı düşünülmektedir (126). Yapılan çalışmalar, travmaya maruz kalmış her 6 çocuktan 1’inde TSSB geliştiği vurgulamaktadır (127).

11.2.4 Olguların STAI Durumluluk ve Süreklilik Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil olan olgular STAI Durumluluk ve Süreklilik açısından değerlendirilmiştir. Buna göre gruplar arasında STAI durumulluk ve süreklilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0.001$). Tüm gruplar hem STAI durumulluk hem de STAI süreklilik puanı bakımından birbirinden istatistiksel olarak farklıdır. STAI durumulluk ve süreklilik puanı ortalamaları yüksekte düşüğe doğru MKB-ÇÇT, MKB ve kontrol grubu şeklindedir.

Kaygı, bireyin strese karşı mücadelesinin bir tepkisi olarak kabul edilen, hem ruhsal hem de fiziksel özellikleri olan bir durumdur. Ruhsal belirtiler; yorgunluk, korku, kötü bir şey olacağı kaygısı, yok olma duygusu, bitkinlik, uykusuzluk ve dikkati toplamada güçlütür. Kaygının fizyolojik belirtileri; baş ağrısı, baş dönmesi, huzursuzluk, göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, pareteziler ve ağız kuruluğudur. Klinik bulguları ise; soğuk terleme, nemli deri, taşikardi, aritmi, yanaklarda kızarma veya solgunluk ve titremedir.

Bu bulguyla tutarlı olarak çalışmamaiza dahil olan ve çocukluk çağı travma öyküsü olan grubun özdeğerlendirme sonrası anksiyete puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

11.3 Uygulanan Psikometrik Testlerin Özellikleri

11.3.1 Olguların Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testleri Açısından Değerlendirilmesi

Örnekleminizdeki olgular Öktem Sözel Bellek Süreçleri testleri açısından değerlendirilmiştir. Buna göre gruplar arasında kritere ulaşma, perseverasyon ve yanlış hatırlama puanı bakımından anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$); anlık bellek, öğrenme puanı, en yüksek öğrenim, öğrenme yanlış puanı, tutarsızlık puanı, uzun süreli bellek, tanıma, toplam hatırlama, yanlış tanıma bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Anlık bellek, öğrenme puanı, en yüksek öğrenim, öğrenme yanlış puanı, uzun süreli bellek, tanıma, toplam hatırlama, yanlış tanıma ve gecikmeli puanları bakımından kontrol grubu puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). MKB ve MKB-ÇÇT grupları bu değişkenler bakımından birbirine benzerdir ($p>0.05$).

11.3.2 Olguların Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmamıza dahil olan olgular görsel belleği değerlendirilen Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında, kopyalama, anlık görsel bellek ve gecikmeli puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kopyalama, anlık görsel bellek ve gecikmeli bellek puanları bakımından kontrol grubu puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). MKB ve MKB-ÇÇT grupları bu değişkenler bakımından birbirine benzerdir ($p>0.05$).

Kannabinoid (esrar), klinik amaçlı kullanımının yanı sıra bilişsel işlevler üzerinde bozucu etki yaratmakta ve bağımlılık yapıcı potansiyelleriyle bilinmektedir. Kannabinoidlerin bilişsel işlevsel üzerindeki en belirgin olumsuz etkisi kısa süreli bellek veya çalışma belleği alanlarında görülmektedir. Bellek işlevlerinden sorumlu olan hipokampus ve prefrontal korteks gibi alanların her ikisi de CB1 reseptörleri. Bulguların çoğu önceden öğrenilmiş bilginin geri getirilmesini etkilemezken (uzun süreli bellek), kısa süreli bellek ve çalışma belleği (yeni bilgileri tanımak ve tepki vermek için gerekli olan süreçlerdir ve bu süreçler dikkat etme, bağlantı kurma, kodlama ve geri getirme gibi fonksiyonlar sayesinde gerçekleşmektedir) ile ilgili fonksiyonlara zarar verdiğine işaret etmektedir (28).

Mekansal çalışma belleği, sözel ve epizodik bellek, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler (karar verme, planlama) ve işleme hızı gibi bilişsel becerilerde azalmış performans ve esrar kullanım arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur. Ergenlik döneminde esrar kullanmaya başlayan kullanıcılarda bölgesel beyin hacimlerinde, kortikal kalınlıkta ve morfolojide değişiklikler

bildirilmiştir. Beyin yapısındaki bu değişiklikler aynı zamanda bilişsel görevlerde düşük performans ile de ilişkilendirilmiştir. Yapılan foksiyonel MR çalışmaları da görev testi sırasında prefrontal korteks, orbitofrontal, singulat, parietal, insular, subkortikal/limbik veya serebeller aktivasyonun değiştiğini bildirmiştir (7).

Bağımlılık yapan maddelerin akut dönemde kısa süreli bellek üzerindeki etkileri geçicidir ve kullanılan kannabis türüne, alındığı doza, maddenin vucütte alım şekline ve alınma süresine bağlı olarak değişmektedir (128).

Son 20 yılda, düzenli esrar kullanımının akut etkisinin ötesinde kalıcı bir öğrenme ve bellek hasarı ile sonuçlanıp sonuçlanmadığı araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda esrar kullanılan olgularda öğrenme ve bellek alanlarına ek olarak dikkat, tepki süresi, yönetici işlevler gibi diğer bilişsel alanlardaki performansları da değerlendirilmiştir. Mera-analiz çalışmalarına göre kannabinoid kullanımı tüm bu bilişsel alanlar arasında en fazla öğrenme, sözel ve görsel bellek performansını olumsuz etkilemektedir. Mevcut bellek bozucu etki, akut etki çalışmalarında olduğu gibi sözel anlık bellek, gecikmeli bellek, hatırlama, sözel öğrenme, sözel tanıma ve görsel tanıma gibi bellek boyutlarını kapsamaktadır (129).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travma sonrasında ortaya çıkan, tanı kriterlerinde anksiyetenin yanı sıra dikkat ve bellek bozukluklarının yer aldığı bir bozukluktur. TSSB’de bilişsel işlevler açısından en çok tekrarlanan sonuçların dikkat ve bellek alanlarında gösterildiği görülmektedir. Çalışmaların çoğunda TSSB’si olan bireylerin dikkat ve sözel belleklerinde kontrol grubuna oranla bozulma bildirilmektedir. (81).

TSSB hastalarında depresyon ve madde kullanım bozukluğu gibi diğer ruhsal hastalıklar sıklıkla eşlik eder. Dolayısıyla bilişsel işlevlerde saptanan bozuklukların TSSB ile mi, diğer ruhsal hastalıkla mı, yoksa etkanı varlığı ile mi ortaya çıktığı net değildir. TSSB dışındaki hastalık gruplarının da araştırdığı bir çalışmada, TSSB, majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan 12’şer olgu 12 sağlıklı kontrolü karşılaştırılmış, sonuçta psikiyatrik hastalığı olan tüm olguların dikkatlerinin, sözel ve görsel belleklerinin sağlıklı kontrol grubuna göre bozuk olduğunu bulmuşlar (130)

Özetle, travma yaşayıp TSSB olan kişilerde yapılan nöropsikolojik çalışmaların büyük kısmı, bu kişilerin dikkat ve bellek işlevlerinin sağlıklı ya da travma yaşamış ancak TSSB olmamış kontrol grubundan daha bozuk olduğunu göstermektedir. (130).

2015 yılında yayınlanan bir meta-analizde, 1990-2014 yılları arasında yayınlanan 115 çalışma derlenmiş ve madde kullanımına eşlik eden ruhsal hastalıkların yaygınlığı araştırılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre en yüksek birliktelik major depresyon ile görülürken, bunu anksiyete bozuklukları izlemiştir (131).

Özetle, travma yaşayıp TSSB olan kişilerde yapılan nöropsikolojik çalışmaların büyük kısmı, bu kişilerin dikkat ve bellek işlevlerinin sağlıklı ya da travma yaşamış ancak TSSB olmamış kontrol grubundan daha bozuk olduğunu göstermektedir (130).

2015 yılında yayınlanan bir meta-analizde, 1990-2014 yılları arasında yayınlanan 115 çalışma derlenmiş ve madde kullanımına eşlik eden ruhsal hastalıkların yaygınlığı araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre en yüksek birliktelik major depresyon ile görülürken, bunu anksiyete bozuklukları izlemiştir (131).

12 SONUÇLAR

Bu çalışma, madde kullanım bozukluğu olanlar, madde kullanım bozukluğuna ek olarak çocukluk çağı travma öyküsü bulunan olgular ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere, toplam 3 gruptan oluşmaktadır. Bu olgulara, Hamilton Depresyon Ölçeği, Travmatik Stres Belirti Ölçeği, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, STAI Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması uygulanmış, ayrıca öğrenme, sözel ve görsel bellek fonksiyonları açısından psikometrik testler yapılmıştır.

MKB-ÇÇT grubundaki olguların çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ve alt ölçek (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, inkar puanı) puanları, Travma Stres Belirti Ölçeği puanı, STAI Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği puanı, Hamilton Depresyon Ölçeği puanı MKB ve kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Öğrenme ve bellek fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan psikometrik testler (Öktem- Sözel Bellek Süreçleri Testi ve Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi) puanları, kontrol grubundaki olguların MKB ve MKB-ÇÇT grubuna göre yüksek saptanmıştır.

Ailenin kalabalık olması, kardeş sayısının fazlalığı, çocukluk çağı travmalarını arttıran faktörler arasındadır.

Sonuç olarak çalışmamızda hedeflenen amaçlara ulaşılmış, öne sürülen hipotezler doğrulanmıştır.

Çalışmanın sonuçları ışığında travma gibi stresör faktörlerin olması bağımlılık için bir risk faktörü olduğu, bağımlılık ve travmanın bilişsel fonsiyonları olumsuz etkilediği ifade edilebilir.

13 KISITLILIKLAR

Çalışma örnekleme sayısının az olması nedeni ile bu durum genellenebilirliği azaltır. Tek merkezli bir çalışma olması bulguların replike edilmesini gerektirmektedir. Ayrıca farklı kültürlerde de çalışma bulgularımızın konfirme edilmesi daha genel ve güvenilir sonuçlar verebilir.

Kesitsel çalışmalar sadece bulunulan anının fotoğrafını çeker. Bu nedenle sonuçlar genellenemez.

Özetle, çalışmanın örneklem sayısının az olması, tek merkezli bir çalışma olması ve kesitsel çalışma olması bu çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. *Alkol ve Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri*. Öztürk, Y. E., Kırlioğlu, M., Kırac, R. 2016, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi.
2. *Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Olan Ergenlerin Kişilik Özellikleri*. Ömer Başay, Zeki Yüncü, Bürge Kabukçu, Önder Öztürk, Cahide Aydın. 2016, Anadolu Psikiyatri Dergisi.
3. *Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: A hypothesis generating study of diversity in care*. Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., Griffiths, R.D. 2007, Intensive Care Med.; 33(6):978-85.
4. *Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi*. Özen, Y. 2017, The Journal of Social Science.
5. *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. 1995, Arch Gen Psychiatry; 52(12):1048-60.
6. *Sözel Bellek Süreçleri Testi*,. Öktem, Öget. 1992, Nöropsikiyatri Arşivi.
7. Eyüp Sabri, Ercan ve ark. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi - Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar*. Ankara : Akademisyen Kitabevi, 2020. Cilt 2.
8. *İnsanlık Tarihi Boyunca Uyuşturucu Madde Sorunları*. Köknel, Özcan. 1976, Gelişim Yayınları.
9. *Abnormal Psychology*. Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M. 2007, American Psychiatric Association.
10. Aynur Pekcanlar Akay, Eyüp Sabri Ercan. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 2016.
11. *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*. Gürel, Tamer. 2012, Türkiye Psikiyatri Derneği.
12. Ögel K., Tamar D. *Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi-Öğrenci Anketi Bulguları*. s.l. : AMATEM-Özel Okullar Derneği Yayını, 1996.
13. *Sanayi bölgesinde çalışan çıraklarda madde kullanımı ve etkileyen etkenlerin araştırılması*. Kuğu N, Akyüz G, Erşan E, ve arkadaşları. 2000, Anadolu Psikiyatri Dergisi.
14. *Uçucu Madde Kullanan Çocukların Psikososyal Özellikleri*. Çöpür M. 1996, Uzmanlık Tezi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

15. *Sociodemographic Characteristics and Drug Abuse Patterns of Adolescents Admitted for Substance Use Disorder Treatment in Istanbul*. Demirci A.C., Erdoğan A., Yalçın O. ve ark. 2014.
16. *Çocuk Ruh Sağlığı/ Çocuğun Kişilik Gelişimi, Eğitimi ve Ruhsal Sorunları*. Yürükoğlu, A. 2010, Özgür yayınları.
17. *Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu*. Ögel K., Tamar D., Yılmaz C. 2003, İQ Kültür Sanat Yayıncılık.
18. *Bağımlılık*. Karakaş, Sirel. 2008, Kognitif Nörobilimler, s. 702, 703.
19. *Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Başvuran Hastalarda Sosyodemografik, Klinik Özelliklerin ve Alkol Kullanım Bozukluğu Sıklığının Geriye Dönük Değerlendirilmesi*. Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. G., Karadağ, B. 2011, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12, 253-257.
20. *The Neurobiology of Addiction*. Uhl GR, Koob GF, Gable J., 2019, Ann N Y Acad.
21. *Neurobiology of Addiction*. Koob GF, Volkow ND. 2016, The Lancet Psychiatry.
22. *Numen Brain Mapping*. A. Manalis, C. Hanson, S.J. Hanson. 2011, Wiley Online Library.
23. Everitt, B.J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J.W., Robbins. *Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction*. s.l. : Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci. 363, 3125–3135, 2008.
24. Rao V, Ward EN. Opioid Use Disorders and Related Emergencies. 2019, s. 3-25.
25. Arıkan, Z. *Organik Psikiyatri*. s.l. : Tayf Matbaası, 1999. s. 34-36.
26. Öztürk, M.O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi, 2002.
27. Rosner, R. *Clinical Handbook of Adolescent Addiction*. 2012, s. 499.
28. *Kannabinoidlerin Öğrenme ve Bellek İşlevleri*. Burcu Alkan, Tevfik Alıcı. 2018, Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence.
29. *Türkiye’de dokuz ilde ilk ve orta öğretim öğrencilerine tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı*. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, ve ark. s.l. : Türk Psikiyatri Dergisi, 2004, Türk psikiyatri dergisi, s. 112-118.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington : American Psychiatric Association, 2013.
31. *A review of published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users*. N.T., Smith. 2002, Addiction.
32. *Synthetic Cannabinoids*. Mills B, Yepes A, Nugent K., 2015, Am J Med Sci.
33. *The Effects of Cannabinoids on Executive Function: Evidence From Cannabis and Synthetic Cannabinoids. A systematic review*. Cohen K., Weinstein A. 2018, Brain Sci.

34. *Cannabis Use Disorder in Adolescence*. Simpson AK, Magid V. s.l. : Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 2016, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, s. 431.
35. Bhatti S, Wu W. *Organic and Synthetic cannabinoid use in adolescents*. s.l. : Pediatrics Ann., 2013.
36. Sharma B, Bruner A, Barnett G, Fishman M. *Opioid Use Disorders*. s.l. : Child Adolescent Psychiatry Clinical, 2016.
37. Tetrault J., Connor P. Management of opioid intoxication and withdrawal. s.l. : Principles of Addiction Medicine Essentials, 2011, s. 223.
38. Tosun, M. *Madde Bağımlılığında Acil Durumlar*. s.l. : Türkiye Klinikleri, 2005.
39. *Substance related disorders*. Sadock's, Kaplan and. 2007, Clinical psychiatry.
40. *Adolescent inhalant use prevention, assessment and treatment*. Nguyen J, O'Brien C, Schapp S. 2016, International Journal of Drug Policy.
41. Lipary, RN. *Understanding adolescent inhalant use*. s.l. : The CBHSQ Report, 2013.
42. Takagi M, Yücel M, Cotton SM, Baliz Y, Tucker A, Elkins K. Verbal Memory, learning, and executive functioning among adolescent inhalant and cannabis users. s.l. : J Stud Alcohol Drugs, 2011, s. 96-105.
43. WHO. *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Geneva : World Health Organization, 2004.
44. *Cocaine use in adolescent and young adults*. Ryan SA. 2019, Pediatric Clinics of North America.
45. Weaver M. *Hallucinogens*. s.l. : Springer International Publishing, 2016.
46. Williams JF, Lundahl LH. *Focus on Adolescent Use of Club Drugs and Other Substances*. s.l. : Pediatric Clinics of North America, 2019.
47. Hardaway R, Schweitzer J, Suzuki J. *Hallucinogen Use Disorders*. s.l. : Child Adolescent Psychiatry Clinic, 2016.
48. Taplak, A., Erdem, E. Çocuk ve Ergenlerde Madde Bağımlılığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara : Türkiye Klinikleri, 2020, s. 18-24.
49. *Çocuk Ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirmesi*. Yüncü, Z., Aydın, C., Coşkunol, H., Altıntoprak, E., Bayram, A.T. 2006, Journal of Dependence, 7, 31-37.
50. *Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi*. Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlu Kahiloğulları, A. ve Akgün Aktaş, E. 2011, Anatolian Journal of Psychiatry.

51. APSAC. The American Professional Society on the Abuse of Children. *Pratic Guidlines, he investigation and Determination of Suspected Psychological Maltraetment in Children and Dolescent*. [Çevrimiçi] 22 12 2019. [Alıntı Tarihi: 6 12 2021.] www.apsac.org/guidlines.
52. DSM-5. Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. [yazan] çev.E Köroğlu. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara : Hekimler yayın birliği, 2014.
53. Sedlak A.J., J. Mettenburg, M. Basena. *Fourth National Incidence Study of child Abuse and Neglect (NIS-4)*. Washington, DC : s.n., 2010.
54. *The effects of childhood and connectivity*. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K., 2016, Nature Reviews Neoruscience.
55. Van Harmelen AL, Van Tol MJ, Van Der Wee NJA, ve ark,. *Reduced medial prefrontal cortex volume in adults*. s.l. : Biological Psychiatry, 2010.
56. Van Harmelen AL, van Tol MJ, Dementescu LR. *Enhanced amygdala reactivity to emotional faces in adults reportin childhood emotional maltraetment*. s.l. : Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2013.
57. Mguire SA, Williams B, Naughton AM, ve ark. *A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school- agged children experiencing neglect or emotional abuse*. s.l. : Child Care Health Dev., 2015.
58. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, ve ark. *The effect of multiple adverse childhood experiences on health; a systematic review anad meta-analysis*. s.l. : Lancet Public Health, 2017.
59. *Çocuk istismarı ve ihmali psikiyatrik yönleri*. Taner Y., Gökler B. 2004, Acta Medica.
60. UNİCEF. *Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması çzet rapor*. Ankara : Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, 2010.
61. Christian CW. *The Evaluation of Suspected Child Physical ABuse*. s.l. : American Academy of Pediatrics, 2015.
62. Özdemir, D. F. Oyun Döneminde İhmal ve İstismar. [yazan] Yasemin Torun Editor: Elvan İŞERİ EG. *Oyun Dönemi ve Ruh Sağlığı*. Ankara : Türkiye çocuk ve genç ruh sağlığı ve hastalıkları, 2018, s. 515.
63. Trocme N, Maclaurin B, Fallon B, et al. *Canadian incidency study of reported chşld abuse and neglect*. Ottawa : Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
64. *İstanbul'da 10. sınıf öğrencileri arasında yaiam boyu tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı*. Evren ve arkadaşları. 2014, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.

65. *Child abuse and epigenetic mechanism of disease risk*. Yang B-Z, Zhang H, Ge W, et al. 2013, American journal of preventive medicine.
66. Erickson MF, Egeland B. Child neglect. *APSAC handbook on child maltreatment*. 2002.
67. *Developmental neurobiology of childhood stress and trauma*. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, et al. 2002, Psychiatric Clinics of North America.
68. *Fiziksel ceza ve çocuk üzerinde etkileri*. Dağlı, F. 2017, Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.
69. *Çocuk İstismarı ve İhmalin Önlememede Kanıta Dayalı Yaklaşımlar*. Kılıç A, Özçetin M. 2018, Fırat Tıp Dergisi .
70. Çuhandaroğlu F., Coşkun A., İşeri E. ve ark. *Çocuk ve Ergen Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara : Hekimler Yayın Birliği, 2008.
71. *Çocuk ve cinsel istismar*. Gültekin G, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. 2006, Adli Psikiyatri Dergisi.
72. *Sexual abuse of female children and adolescent detection, examination and primary care*. Renteria SC. 2005.
73. *Referral types of sexually abused children and their clinic and sociodemographic features*. Göker Z, Aktepe E, Tural Hesapcıoğlu S, Kandil S. 2010, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.
74. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, Liao Q, Santiago R, Leaf P. *Children with reported histories of sexual abuse*. s.l. : Child Abuse Neglect, 2003.
75. *Update on Childhood Sexual Abuse*. Sapp MV, Vandeven AM. 2005, current opinion in pediatrics.
76. S., Topçu. *Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı: Encest ve Pedofili*. s.l.: Doruk Yayıncılık, 1997.
77. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. *Long-term outcomes of childhood sexual abuse; an umbrella review*. s.l. : The Lancet Psychiatry, 2019.
78. *Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood; Contribution of abuse severity versus family environment*. Fassler İR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. 2005, Child Abuse Neglect.
79. *Substance abuse and posttraumatic stress disorder*. Brady, K.T., Back, S.E., Coffey, S.F. 2004, CurrDirPsycholSci; 13:206-9.
80. *Glucocorticoid negative feedback in methadone maintained former heroin addicts with ongoing cocaine dependence*. Aouizerate ve ark. 2006, Addiction Biology; 11:84–96.

81. *Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse.* Bremner, J.D, ve ark., 1996, The American Journal of Psychiatry; 153:369–375.
82. *The risk of posttraumatic stress disorder after trauma depends on traumatic load and the catechol-o-methyltransferase.* Kolassa IT, Kolassa S, Ertl V, Papassotiropoulos A, De Quervain DJ., 2010, Biological Psychiatry; 67:304–308. [PubMed: 19944409].
83. *A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women.* Kilpatrick, D., Acierno, R., Resnick, H., Saunders, B. 1997, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,834–847.
84. *Substance Use, Childhood Traumatic Experience and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Civilian Population.* Lamya Khoury, B.S., Yilang L. Tang., M.D., Bradley, B., Cubells, B.F., Ressler, K.J. 2010, Depression and Anxiety 27: 1077-1086.
85. *Investigation of the causal pathways between PTSD and drug use.* Chilcoat, H. D., & Breslau, N. L. 1998, Addictive Behaviors, 23, 827–840.
86. *Consumer perceptions of trauma assessment and intervention in substance abuse treatment.* Sanford, A., Donahue, M.T., Cosden, M. 2014, J Subst Abuse Treat; 47(3):233-8. doi: 10.1016/j.jsat.2014.05.011.
87. *Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders.* Breslau N. 2002, Can J Psychiatry; 47:923-9.
88. *Memory and Amnesia.* Markowitsch, H. 2000, Principles of Behavioral and Cognitive Neurology, Oxford University Press.
89. *Human Memory, Structure and Processes.* Klatzky, R. 1980, San Francisco Freeman.
90. *A brief history of memory research.* Bower GH, Craik., 2000, New York: Oxford University Press.
91. *Introduction to Psychology.* Plotnik, Rod. 2007, Wadsworth.
92. *Bilişsel Psikoloji.* Solso RL., Maclin MK. 2007, İstanbul Kitabevi.
93. *Search and Decision Processes in Recognition Memory.* Atkinson R., Juola JF. 2002.
94. *Beyin Temelli Öğrenmenin Yabancı Dil Öğretiminde Yeri.* Demirel Ö., Erdem E., Koç F., Köksal N., Şendoğdu M. C., 2002, Marmara Üniversitesi. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,.
95. *İnsan ve Sağlık.* Şenel, F. 2003, Bilim Teknik, Nisan, (42-44).
96. *Öğrenme.* Ayhan, İ. 2007, Bilim Teknik, Temmuz, (2-15).
97. *Eğitim Psikolojisi.* Yeşil Yaprak B. 2006, Pagema Yayıncılık, 376s., s. Ankara.
98. *The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice.* Kalivas PW, Volkow ND. 2005, The American journal of psychiatry, 162:1403–1413. [PubMed: 16055761].

99. *Cue-induced activation of the striatum and medialprefrontalcortex is associated with subsequent relapse in abstinent alcoholics.* Grusser SM, Wrase J, Klein S, Hermann D, Smolka MN, Ruf M, WeberFahr W, Flor H, Mann K, Braus DF, Heinz A. 2004, Psychopharmacology; 175:296– 302. [PubMed: 15127179].
100. Van der Kolk, BA. *The psychobiology of posttraumatic stress disorder.* s.l. : J Clin Psychiatry 1997; 58(S9):16-24, 1997.
101. *Implicit memory and test awareness.* Bowers JS, Schacter DL. 1990, J Exp Psychol Learn Mem Cogn 16:404-416.
102. *Psikiyatrik bozukluklarda bellek sorunları.* Karabekiroğlu K., Gımsal A. ve Berkem M. 2005, Anatolian Journal of Psychiatry, Cilt 6, s. 188-196.
103. *Dissociative İdentity Disorder Among Adolescents Prevalancev in a Psychiatric Outpatient Unit.*, Vedat Sar, Canan Önder, Ayse Kilincaslan, Süleyman S. Zoroglu, Behiye Alyanak. 2014, Journal of Trauma, 15:4, 402-419.
104. *Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı.* Akdemir A., Örsel S.D., Dağ Y. ve ark. 4, 1996, Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, s. 251-259.
105. *A Study of the Validity of a Screening Instrument for Traumatic Stress in earthquake Survivors in Turkey.* Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M ve ark. 2001, J Trauma Stress, 14:491-509.).
106. *Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi.* Büyüköztürk, Ş. 1997, Eğitim yönetimi .
107. *Duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi: Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması.* Uluşahin A, Kara S, Batur S ve ark. 2000, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 8(2):100-105.
108. *Rey Karmaşık Figür Testi.* Varan E. Ö., Tanör, Ö.Ö. ve Gürvit, H. 6, 2007, Türk Nöroloji Dergisi, Cilt 13.
109. *Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı.* Özen Bekar, E. 2014, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1, 43-47.
110. *Dicle Üniversitesi öğrencilerinde madde kullanımını belirleyen risk faktörleri.* Yalçın, M., EĞsizoğlu, A., Akkoç, H., Yağan, A. ve Gürgen, F. 2009, Klinik Psikiyatri, 12, 125-133.
111. *Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Ayrılma Bireyleşme Süreci.* Yüncü, Z , Gürçay, E., Kabasakal T., Z., Özbaran, B., Tamar, M., Aydın, C. 2009, New Symposium Journal, s. 47 (4), 225-234.

112. *Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde HBV: Yaygınlık, riskler, aşılama.* Yüncü, Z., Kabukçu Başay, B., Özbaran, B., Aydın, C. ve Tamar, M. 2008, Anadolu Psikiyatri Dergisi, s. 9(4), 208-216.
113. *Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı.* Ulukoca, N., Gökgöz ve Karakoç, A. 2013, Fırat Tıp Dergisi, 18(4), s. 230-234.
114. *Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.* Nebioğlu, M., Yalnız, H., Güven, F. M. ve Geçici, Ö. 2013, TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(1), 35-42. doi: 10.5455/pmb.1353349703.
115. *Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri.* Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M. ve Vırit, O. 2006, Bağımlılık Dergisi, 7, 65-70.
116. *Denetimli serbestlik olgularının retrospektif analizi: sosyodemografik özellikler, bireysel ve ailesel bağımlılık ve suç öyküleri ve tedavi yanıtları.* Altıntoprak, AE., Akgür, SA., Kitapçıoğlu, G., Yüncü, Z., Coşkunol, H. 2014, Bağımlılık Dergisi, Cilt 15 (1), s. 1-9.
117. *Comorbid forms of psychopathology: key patterns and future research directions.* Cerda, M., Sagdeo, A., Galea, S. 2008, Epidemio l. Rev. 30, 155–177. .
118. *Psychiatric Comorbidite and Complications.* Mason, MJ., Aplasca, A., Morales, R. 2016, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North Americaç W.B.Saunders: 2016. , s. 521-23.
119. *Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ergenlerde uçucu madde kullanım özellikleri.* Yaşan, A. ve Gürgen, F. 2004, Bağımlılık Dergisi, 5 (2), 77-83.
120. *The correlation of family management practice and delinquency.* Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. 1984, Child Development, 55, 1299 – 1307.
121. *Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Aile İşlevlerinin, Çift Uyumunun ve Anne Baba Tutumunun Değerlendirilmesi.* Öngel Atar A., Yalçın Ö., Uygun Ö. 2016, Arch Neuropsychiatr. 2016; 53: 35-41.
122. *Genetics of addiction. Substance Abuse Treatment Fifth Edition.* Gelertner J, Kranzler HR. 2015, American Psychiatric Association, Arlington.
123. *Çocukluk Çađý Travmalarýnýn Depresyon ve.* Han Alpay, E., Aydın, A., Bellur, Z. 2017, Klinik Psikiyatri 2017;20:218-226.
124. *An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood.* Burke JD. 2012, Child Psychol Psychiatry.2012 Nov: 53(11):1176-83.

125. *Travma sonrası stres bozukluğunun kognitif yıkım ve psikotik belirtiler ile değerlendirilmesi*. AK, M., Bilgen, A., Garip, B., Zincir, S., Özmenler, K. N. 2014, Gülhane Tıp Dergisi, s. 56: 241-243.
126. *Rates of posttraumatic stress disorder in trauma exposed children and adolescents: Meta Analysis*. Alisic E., Zalta AK, Wesel FV, Larsen SE. 2014, The British Journal of Psychiatry, s. (204):335-40.
127. *Gender differences in posttraumatic stress disorder*. Olff M, Langeland Gerons B.W, Draijer N. 2007, Psychol Bull 2007(133):183-204.
128. Tselnicker, I., Karen, O., Hefeta, A.,. *A single low dose of tetrahydrocannabinol induces long-term cognitive deficits*. s.l. : Neurosci Lett 2007', 411(2): 108-111, 2007.
129. Schoeler, T., Kambeitz, J., Behlke, İ. *The effects of cannabis on memory function in users with and without a psychotic disorder. Finding from a combined meta-analysis*. s.l. : Psycho Med 2016; 46(1):177-188, 2016.
130. *Travma sonra stres bozukluğunda bilişsel bozukluklar*. Eren Kocak, E., Kılıç, C. 2017, Türk Psikiyatri Dergisi 2017: 28(2):124-31.
131. Lemstra M, Bennett NR, Neudorf C, Kunst A, Warren LM, Kershaw T, et al. *A Meta-analysis of Marijuana and Alcohol Use by Socio-economic Status in Adolescents Aged 10-15 Years*. s.l. : Can J Public Heal. 2014; 99., 2014.
132. Zeanah CH., Humphreys KL. *Child Abuse and Neglect*. s.l. : journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry, 2018.
133. Yüce M. *Çocuğa Kötü Muamele, İhmal ve İstismar*. [yazan] Editor: Bozkurt A. Kaplan and Sadock Psikiyatri.
134. *Bilgi İşleme Modeline Dayalı Bir Dersin Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Manyetizma Konusundaki Başarılarına Etkisi*. Yılmaz S. 2005, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 28, 236-243.
135. Yazman, Ü. *Lise gençliğinin psikoaktif maddelere bakışı ve kullanım oranlarının*. 1995.
136. WHO. *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. s.l. : World Health Organization, 2006.
137. *Learning and Memory; Basic principles, processes and procedures*. Terry, W. S. 2006, Pearson Education.
138. *Kız Meslek Lisesi Öğrencilerinin Madde Kullanma Durumları*. Taşçı, E., Atan, ğ. U., Durmaz, N., Erkuş, H., & Sevil, U. 2005, Bağımlılık Dergisi, 6, 122-128.

139. *The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders.* . Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G.F.M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van. 2010, Journal of Affective Disorders, 126, 103–112.
140. *Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık.* Özgel, Kültegin. 1997, İletişim Yayınları.
141. *Sözel Bellek Süreçleri Testi.* Öktem, Tanar Öget. 1992, Nöropsikiyatri Arşivi.
142. *A crosssectional study on substance use and family characteristics of adolescents with symptoms of attention deficit and hyperactivity.* Onal, A., Ogel, K., & Eke, C. 2011, Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 21(3), 225-231.
143. *İmpact of adolescent drug use and social support on problems of young adultsİ; A longitudinal study.* Newcomb, nM. D., Bertler, P. M. 1988, Journal of Abnormal Psychology. 97:64-75.
144. *The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System.* Martin A Conway, CristopherW. Pleydell Pearce. 2000, American Psychological Association.
145. *Substance Use, Childhood Traumatic Experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Civilian Population.* Lamya Khoury, B.S., Yilang L. Tang., M.D., Bradley, B., Cubells, B.F., Ressler, K.J., 2010, Depression and Anxiety 27: 1077-1086.
146. Koob GF, Le Moal M. *Neurobiological Mechanisms for Opponent Motivational Processes in Addiction.* London : Series B, Biologicalsciences; 363:3113–3123. Review, 2008.
147. *Adolescent alcohol initiation: A review of the psychosocial risk factors.* JE., Donovan. 2004, Journal of Adolescent Heath. 2004; 35:529.e7–529.e18. .
148. *Electrophysiological evidence of developmental changes in duration of auditory sensory memory.* Gomes, H. 1999, Developmental Psychology.
149. *Emotional abuse and neglect.* Glaser, D. 2002, Child Abuse Negl.
150. *Alkol ve madde kullanım bozuklukları temek başvuru kitabı.* Evren, Cüneyt. 2019, Türkiye psikiyatri derneği.
151. *Öznel Tercihler Sistemi Olarak Öğrenme.* Eren A. 2002, Bilim Teknik, Ekim,8.
152. *Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri ile ilişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü.* Emre Han Alpay, Arzu Aydın, Zümrüt Bellur. 2017, Klinik Psikiyatri.
153. *Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması.* Aydoğdu H., Olcaçam M. 2013, Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(3):137-144.

154. *A Factor Effecting Students' Performance in Biology*. Bahar, M. 2002, Eğitim ve Bilim, 27, 125, 49-53.
155. *Substance Abuse; Risk Factors for Turkish Youth*. Pumariega AJ, Burakgazi H, Unlu A, ve arkadaşları. 2014, Bulletin of clinical Psychopharmacology.
156. *World Drug Report*. UNODC. 2014.
157. *Sequelae of Cannabis and other Illicit Drug Use by Young People*:. Macleod J, Oakes R, Copello A, et al. 2004, Lancet. 2004;363(9421):1579-1588. Psychological and social.
158. *İlköğretim Öğrencilerinde Elektrofizyolojik Ölçümler*. Ömer Şener Şenel, Asuman Gölgeci, Ayşegül Küçük, Cem Sürer, Çiğdem Özesmi. 2004, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.
159. *Trauma symptoms for men and women in substance abuse treatment: a latent transition analysis*. Cosden, M., Larsen, J.L., Donahue, M.T., Nylund-Gibson, K. 2015, J SubstAbuseTreat; 50:18-25.
160. *Cognitive Psychology*. Best, J. 1998, West Publishing Company.
161. *Psikoloji Sözlüğü*. Budak, S. 2000, Bilim ve Sanat Yayınları.
162. *PTSD symptom presentation among people with alcohol and drug use disorders: Comparisons by substance of abuse*. Dworkin, E.R, Wanklyn, S., Stasiewicz, P.R., Coffey, S.F. 2018, Addictive Behaviours 76, 188-194.
163. *Parents with Enduring Child Disputes*. Kelly, J.B. s.l. : Journal of family studies, 2003, Journal of family studies.
164. *Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı (İstanbul Örnekleme)*. Ögel K., Tamar D. 2006, Bağımlılık Dergisi. Cilt: 7, Sayı: 1, s:18-23. .
165. S. Maraj, V.M. Figueredo, D. Lynn Morris. Cocain and the heart. *Cocain and the heart*. s.l. : Clinic cardio, 2010, s. 264-269.
166. T. Dağlı, M. A. İnancı. İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. *Hastane Temmeli Çocuk Kuruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı*. Ankara : UNICEF, 2011.
167. *Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji*. A., Noyan. 2000, Meteksan Yayınevi, 1157s, s. Ankara.
168. Lai, H.M.X. 1–13, 2015, Drug and Alcohol Dependence, Cilt 154.
169. *PhD Marijuana and Alcohol Use as Predictors of Academic Achievement: A Longitudinal Analysis Among Youth in the COMPASS Study*. Karen A. Patte, PhD, Wei Qian, MSc, Scott T. Leatherdale. 5, 2017, Journal of School Health, Cilt 87.

170. *Pasttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. 1995, Arch Gen Psychiatry 1995(52): 1048-60.



EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (SDVF)

1. Olgu Numarası
2. Olgunun Yaşı
3. Cisiyet
 - a)erkek
 - b) kadın
4. Okul Durumu
 - a) okula devam ediyor
 - b) okulu bıraktı
5. Okula devam ediyorsa kaçınıcı sınıfa gidiyor
6. Sınıf tekrar var mı ?
 - a) evet, 1 sene
 - b) evet, 2 sene
 - c) hayır
7. Özel eğitim aldı mı ?
 - a) evet, ise belirtiniz
 - b) hayır
8. Çalışma durumu
 - a) çalışıyor
 - b) çalışmıyor
9. Alkol-madde kullanım başlangıç yaşı
10. Alkol-madde kullanım süresi
11. Kullandığı yasadışı maddeler
12. Travma marüziyet öyküsü
13. Annenin Yaşı
14. Babanın Yaşı

15. Annenin Eğitim Durumu

a) Okuma-yazma bilmiyor

b)İlkokul

c) Ortaokul

d)Lise

e) Üniversite

16. Babanın Eğitim Durumu

a) Okuma-yazma bilmiyor

b)İlkokul

c) Ortaokul

d)Lise

e) Üniversite

17. Annenin İş Durumu

18. Babanın İş Durumu

19. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var mı ?

a) evet, ise belirtiniz

b) hayır

20. Ailede Fizksel Hastalık Öyküsü Var mı ?

a) evet, ise belirtiniz

b) hayır

21. Aile Durumu

a) anne baba sağ

b)anne baba ölü

c)anne ölü

d)baba ölü

e) anne-baba ayrı/boşanmış

22. Evde birlikte yaşayan kişi sayısı

23. Toplam Çocuk Sayısı

24. Kendisi Kaçını Çocuk

25. Evin ortalama aylık geliri
26. Anne sigara kullanımı
27. Baba sigara kullanımı
28. Anne alkol kullanımı
29. Baba alkol kullanımı
30. Anne madde kullanımı
31. Baba madde kullanımı

EK-2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2. (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3.Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8.Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11.Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13.Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14.Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16.Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19.Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

EK-3: Travmatik Stres Belirti Ölçeği

7.3. EK 3 – TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda travmatik bir olaydan sonra birçok insanın yaşadığı bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen SON BİR HAFTA İÇİNDE bu sorunların sizde olup olmadığını, varsa sizi ne derecede rahatsız ettiğini belirtiniz (uygun kolonun altına X koyunuz).

	HIÇ RAHATSIZ ETMİYOR	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK RAHATSIZ EDİYOR
1. Yaşadığım olayla ilgili bazı anıları /görüntüleri aklımdan atamıyorum.				
2. Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki herşeyi yeniden yaşıyorum.				
3. Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.				
4. Yaşadığım olay tekrar başıma gelecek korkusu ile bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum.				
5. Hayata karşı ilgim azaldı.				
6. İnsanlardan uzaklaştığımı, onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.				
7. Sanki duygularım ölmüş gibi geliyor.				
8. Uyumakta güçlük çekiyorum.				
9. Daha çabuk sinirleniyor ya da ökeleniyorum.				
10. Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe toplamakta güçlük çekiyorum.				
11. Her an tetikte duruyorum.				
12. Ani bir ses ya da hareket olduğunda irkiliyorum.				
13. Herhangi bir şey bana yaşadığım olayı hatırlatınca rahatsızlık duyuyorum.				
14. Yaşadığım olayla ilgili düşünceleri ve duyguları aklımdan atmaya çalışıyorum.				
15. Yaşadığım olayın bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum.				
16. Yaşadığım olay her an ölebileceğimi farketttiği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.				
17. Herhangi bir şey bana yaşadığım olayı hatırlatınca çarpıntı, terleme, baş dönmesi, bedenimde gerginlik gibi fiziksel belirtiler oluyor.				

EK-4: Hamilton Depresyon Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.

- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlmli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

STAI FORM TX – I (DURUMLUK)

İsim:

Cinsiyet:

Yaş

Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakınım	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)

9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2 (SUREKLILIK)

İsim

Cinsiyet

Yaş

Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Ebeveyn Formu)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

(EBEVEYN)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmanın adı ne?

Bağımlılıkta bir risk faktörü olan “örselenmenin” öğrenme ve bellek sistemi üzerine etkisi vardır”

Bu çalışmanın amacı ne?

Bu çalışmanın amacı bağımlılık tani kriterlerini karşılayan hastalarda travmanın bellek ve öğrenme üzerine etkisinin olup olmadığı değerlendirilecektir.

Size nasıl bir uygulama yapılacak?

Psikometrik testler yapılacaktır.

Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?

Herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

Ne kadar zamanınızı alacak?

Her oturum ortalama 1 saat sürecektir.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?

Araştırmaya yaklaşık 60 olgunun katılması beklenmektedir.

Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacak?
(analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması),

Herhangi biyolojik materyal alınmayacaktır.

Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?

Katılmayı kabul ettiğiniz sürece bilerleyeceğimiz zamanlarda gelmeniz yeterlidir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin ve çocuğunuzun isteğine bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan çocuğunuzun doğrudan yarar görmesi öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Vizitlere katılmadığınız sürece çalışma dışında bırakılacaksınız.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar vermez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer istemiyorsanız çalışmaya katılmayabilirsiniz.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Herhangi bir alternatif yöntem yoktur
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Hayır, size bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyecektir.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Hayır, size bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyeceksiniz. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1- Adı, soyadı: 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri: Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı
Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi

konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZA
ADI & SOYADI	XXXXXX XXXXXX	
ADRESİ	XXXXXXXXXX	
TELEFONU	XXXXXX	
TARİH	XX/ XX/ XXXXX	

EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Çocuk ve Ergen Formu)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz. Sorularınıza açık yanıtlar

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

(GENÇ)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmanın adı ne?

Bağımlılıkta bir risk faktörü olan “örselenmem” öğrenme ve bellek sistemi üzerine etkisi vardır”

Bu çalışmanın amacı ne?

Bu çalışmanın amacı bağımlılık tani kriterlerini karşılayan hastalarda travmanın bellek ve hafıza üzerine etkisinin olup olmadığı değerlendirilecektir.

Size nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Psikometrik testler yapılacaktır.

Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?

Herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

Ne kadar zamanınızı alacaktır?

Her oturum ortalama 1 saat sürecektir.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?

Araştırmaya yaklaşık 60 hastanın katılması beklenmektedir.

Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması),

Herhangi biyolojik materyal alınmayacaktır.

Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?

Katılmayı kabul ettiğiniz sürece bilerleyeceğimiz zamanlarda gelmeniz yeterlidir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin ve ebeveynlerinizin isteğine bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan size doğrudan yarar görmesi öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Vizitlere katılmadığınız sürece çalışma dışında bırakılacaksınız.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar vermez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer istemiyorsanız çalışmaya katılmayabilirsiniz.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Herhangi bir alternatif yöntem yoktur
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Hayır, size bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyecektir.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Hayır, size bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyeceksiniz. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1- Adı, soyadı: 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri: Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı
Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli

zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZA
ADI & SOYADI	XXXXXX XXXXXX	
ADRESİ	XXXXXXXXXX	
TELEFONU	XXXXXX	
TARİH	XX/ XX/ XXXXX	