

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İLK EPİZOD PSİKOZ HASTALARINDA ALKOL VE MADDE KULLANIMININ  
KLİNİK VE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ**

**Psikiyatri Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**Hazırlayan**  
**Nilüfer ŞENER**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Bülent KAYAHAN**

**İZMİR**  
**(2014)**

## **DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ**

**(Adı Soyadı)**

**(İmza)**

**Başkan:**

Prof. Dr. Bülent KAYAHAN

**(Danışman)**

**Üye:** Prof.Dr.Hakan COŞKUNOL

**Üye:** Doç. Dr. Zeki YÜNCÜ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: .....

## ÖNSÖZ

Madde kullanım sorunları gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle madde kullanımı psikiyatride önemli araştırma alanlarından biri durumuna gelmiştir. Psikiyatri hastaları özellikle psikotik bozukluk tanısı alan bireyler arasında madde kullanım sorunlarının oldukça yaygın olduğu görülmektedir.

Toplum sağlığı açısından ilk atak psikoz hastalarının alkol ve madde kullanımlarının epidemiyolojisi araştırılmalıdır. Böylece ihtiyaçlar, tedavi planı, hizmet alanında öncelikler belirlenebilir. Bunun yanında son yıllarda gerek alkol ve madde kullanım oranlarındaki artış, gerekse ülkemizde bu alanda yapılmış çalışmaların az olması nedeniyle bu çalışma ile bu konuya dikkat çekilmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm katılımcılara,

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübesiyle bana yardımcı ve destek olan değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Bülent KAYAHAN' a ve sorumlu araştırmacı değerli hocam Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL' a,

Mesleki ve duygusal desteği için arkadaşım Hacer YALNIZ 'a,

Duygusal desteği için Aydoğan ŞENER'e

İçten teşekkürlerimi sunarım.

İzmir, Kasım 2014

Nilüfer ŞENER

## ÖZET

### İlk Epizod Psikoz Hastalarında Alkol Ve Madde Kullanımının Klinik Ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi

Madde kullanım sorunları gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle madde kullanımı psikiyatride önemli araştırma alanlarından biri durumuna gelmiştir. Özellikle psikiyatri hastaları arasında madde kullanım sorunları son yıllarda daha sık görülmektedir. Genel olarak herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olan bireyler normal nüfusa oranla daha fazla madde kullanım örüntüleri göstermektedirler. Özellikle psikotik bozukluk tanısı alan bireyler arasında madde kullanımının oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Psikotik bozukluklarda görülen madde kullanım bozuklukları komorbiditesi diğer psikiyatrik bozukluklara oranla oldukça yüksektir.

Psikotik bozukluğu olan bireyler arasında madde kullanımının yaygın olması bu hastalarda tedaviye kötü uyum, hastanede yatış sürelerinin daha uzun olması, hastalık belirtilerinin daha ciddi olması ile ilişkilidir. Madde kullanım bozukluğu öyküsü olan psikotik hastaların şiddet içeren ve suç sayılabilen davranışlar gösterme olasılıkları daha yüksektir. Bu hastalarda intihar ya da ani ölümlerin görülme oranı da daha yüksektir.

Bu çalışmada ilk atak psikoz hastalarında madde kullanım örüntülerinin ve sıklığının demografik ve klinik verilere göre araştırılması amaçlanmıştır. Kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmada katılımcılara uygulanmak üzere, bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik anket formu, alkol, sigara ve madde kullanımı anket formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veri analizinde ki kare vev T-testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde: bireylerin % 46.3'ü (38) kadın, % 53.7'si (44) erkektir. Araştırma grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları  $27.24 \pm 7.15$  olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan ilk atak psikoz örneklerinin medeni durumları incelendiğinde bekarların % 63.4 oranla ilk sırada olduğu ve evliler ise %34.1 oranında ikinci sırada olduğu tespit edilmiştir.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** psikotik bozukluk, alkol-madde kullanım bozukluğu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

## ABSTRACT

### **The Examination of Alcohol and Substance Use At First Episode Psychosis Patients As Per Demographic And Clinical Features**

Substance use is a problem spreading nowadays. Thus, substance use has become an important research subject in psychiatry. Substance usage problems more often especially among psychiatric patients. Generally individuals with any kind of a psychiatric disorder show more substance use patterns proportional to normal population. Substance use disorders with psychosis comorbidities are more common in comparison with other psychiatric disorders.

Prevalence of substance use among the individuals with psychotic disorder is associated with poor adaptation of treatment, longer inpatient stay, severe symptoms. Individuals with histories of substance use disorders have excessive potentials of showing criminal and violent behaviors. The ratio of suicides and sudden deaths are more common with those patients.

In this study it is aimed to research the patterns and frequencies of substance use at first episode psychosis patients according to sociodemographic and clinical variables. It is a cross-sectional and descriptive research. Sociodemographic questionnaire form, nicotine, alcohol and substance use questionnaire form, Positive and Negative Symptom Scale and Calgary Depression Scale for Schizophrenia have been used to be applied on the attendees on this research. Chi square and t-test have been used on this data analysis.

As the sociodemographic features of the participants are examined; 46.3% (38) of the individuals are female and 53.7 (44) of them are male. The average age of the people on the research group was determined as  $27.24 \pm 7.15$ . As we examine the marital status of the samples; it is observed that single come first with a ratio of 63.4% followed by married ones with a ratio of 34.1%.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** psychotic disorders, alcohol- substance use disorder, positive and negative symptom scale, calgary depression scale for schizophrenia.

## İçindekiler

|   |     |
|---|-----|
| ÖZET.....   | i   |
| ABSTRACT.....   | iii |
| İÇİNDEKİLER.....  | iv  |
| TABLolar LİSTESİ.....   | vi  |
| 1. GİRİŞ.....   | 1   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....  | 1   |
| 2.1. Psikotik Bozukluk.....   | 5   |
| 2.1.1 Psikoz Nedir?.....  | 5   |
| 2.1.2 Psikozun Gidişi Yaygınlığı ve Sonuçları.....  | 8   |
| 2.1.3 İlk Atak Psikoz.....  | 9   |
| 2.2 Nikotin, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları.....  | 10  |
| 2.2.1 Nikotin.....  | 12  |
| 2.2.2 Alkol.....  | 12  |
| 2.2.3 Psikoaktif Maddeler.....  | 14  |
| 2.2.4 Kannabis.....   | 16  |
| 2.2.5 Amfetamin ve Kokain.....  | 17  |
| 2.2.6 Halusinojenler.....   | 18  |
| 2.2.7 İnhalanlar.....   | 19  |
| 2.2.8 Opiyat.....   | 20  |
| 2.2.9 Benzodiazepinler.....   | 20  |
| 2.3 Madde Kullanımı ve Psikotik Bozukluk.....   | 21  |
| 2.3.1 Komorbidite.....  | 21  |
| 2.3.2 Psikoz ve Madde Kullanımı Arasındaki ilişki ve Psikozda Madde Kullanımının Sonuçları..... | 22  |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....   | 24  |
| 3.1 Araştırmanın Tipi.....  | 24  |
| 3.2 Kullanılan gereçler.....  | 24  |
| 3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....  | 26  |
| 3.4 Araştırmanın Evreni.....  | 26  |
| 3.5 Araştırmanın Örneklemi.....   | 26  |
| 3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....  | 26  |

|  |    |
|--|----|
| 3.7 Verilerin Toplanma Süresi ve Yöntemi.....  | 27 |
| 3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi.....   | 27 |
| 3.9 Süre ve Olanaklar.....   | 28 |
| 3.10 Etik Açıklamalar.....   | 29 |
| 4. BULGULAR  | 29 |
| 4.1 İlk Atak Psikoz Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre İncelenmesi.....     | 29 |
| 4.2 Araştırma Grubunda Nikotin Kullanım Bozukluklarının Dağılımı.....                            | 32 |
| 4.3 Nikotin Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklere göre İncelenmesi..... | 33 |
| 4.4 Araştırma Grubunda Alkol Kullanım Bozukluklarının Dağılımı.....                              | 36 |
| 4.5 Alkol Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre İncelenmesi.....   | 37 |
| 4.6 Araştırma Grubunda Madde Kullanım Bozukluklarının Dağılımı.....                              | 41 |
| 4.7 Madde Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre İncelenmesi.....   | 42 |
| 5. TARTIŞMA.....   | 46 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....  | 53 |
| 7. KAYNAKLAR.....  | 54 |
| 8. EKLER.....  | 67 |

## TABLolar LİSTESİ

|                   |   |           |
|-------------------|---|-----------|
| <b>Tablo 1a:</b>  | <b>Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>Tablo 1b:</b>  | <b>Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>Tablo 1c:</b>  | <b>İlk Atak Psikoz Hastaların Sosyodemografik Özellikler</b>  | <b>31</b> |
| <b>Tablo 2:</b>   | <b>İlk Atak Psikoz Hastaların Klinik Özellikleri.....</b>   | <b>31</b> |
| <b>Tablo 3:</b>   | <b>İlk Atak Psikoz Hastalarında Nikotin Kullanım<br/>Bozukluklarının Dağılımı.....</b>                          | <b>32</b> |
| <b>Tablo 4a:</b>  | <b>Nikotin Kullanım Bozukluklarının (NKB)<br/>Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....</b>             | <b>33</b> |
| <b>Tablo 4b:</b>  | <b>Nikotin Kullanım Bozukluklarının (NKB)<br/>Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....</b>             | <b>34</b> |
| <b>Tablo 5:</b>   | <b>İlk Atak Psikoz Hastalarının Nikotin Kullanım<br/>Bozukluklarına Göre Klinik Özellikleri.....</b>            | <b>35</b> |
| <b>Tablo 6:</b>   | <b>İlk Atak Psikoz Hastalarında Alkol Kullanım<br/>Bozukluklarının Dağılımını.....</b>                          | <b>36</b> |
| <b>Tablo 7a:</b>  | <b>Alkol Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik<br/>Özelliklere Göre İncelenmesi.....</b>                     | <b>37</b> |
| <b>Tablo 7b:</b>  | <b>Alkol Kullanım Bozukluklarının (AKB)<br/>Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....</b>               | <b>38</b> |
| <b>Tablo 8:</b>   | <b>İlk Atak Psikoz Hastalarının Alkol Kullanım<br/>Bozukluklarına Göre Klinik Özelliklerinin İncelenmesi...</b> | <b>39</b> |
| <b>Tablo 9:</b>   | <b>İlk Atak Psikoz Hastalarında Madde Kullanım<br/>Bozukluklarının Dağılımını.....</b>                          | <b>41</b> |
| <b>Tablo 10a:</b> | <b>Madde Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik<br/>Özelliklere Göre İncelenmesi.....</b>                     | <b>42</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tablo 10b: Madde Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....</b>                    | <b>43</b> |
| <b>Tablo 11: İlk Atak Psikoz Hastalarının Madde Kullanım Bozukluklarına Göre Klinik Özelliklerinin İncelenmesi...</b> | <b>44</b> |

## 1.GİRİŞ

Madde kullanım sorunları gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle madde kullanımını psikiyatride önemli araştırma alanlarından biri durumuna gelmiştir. Özellikle psikiyatri hastaları arasında madde kullanım sorunları son yıllarda daha sık görülmektedir. Genel olarak herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olan bireyler normal nüfusa oranla daha fazla madde kullanım örüntüleri göstermektedirler. Bu konuda yapılan epidemiyolojik alan çalışmaları ruhsal sorunu olan hastaların yaşam boyu madde kullanım oranlarının %29 olduğunu göstermektedir (1). Özellikle psikotik bozukluk tanısı alan bireyler arasında madde kullanımının oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Şizofrenide görülen madde kullanım bozuklukları komorbiditesi diğer psikiyatrik bozukluklara oranla oldukça yüksektir (2). Literatürde yapılan çalışmaların sonuçları göstermiştir ki şizofreni tanısı almış hastaların %20-40'ında madde bağımlılığı sorunları da birlikte görülmektedir. (3).

Psikotik bozukluğu olan bireyler arasında madde kullanımının yaygın olması bu hastalarda tedaviye kötü uyum, hastanede yatış sürelerinin daha uzun olması, hastalık belirtilerinin daha ciddi olması ile ilişkilidir (4,5,6). Madde kullanım bozukluğu öyküsü olan psikotik hastaların şiddet içeren ve suç sayılabilen davranışlar gösterme olasılıkları daha yüksektir (7). Bu hastalarda intihar ya da ani ölümlerin görülme oranı da daha yüksektir (8, 9).

Psikoz ile madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan araştırmalar bir çok hipotez öne sürmüşlerdir. Özellikle çevresel ve kişisel faktörleri yetersiz bireylerde madde kullanım bozuklukları şizofreni riskini arttırabilir (3). Bunun yanında kişiler psikotik semptomlarını yatıştırmak için ya da antipsikotik tedavilerin neden olduğu yan etkileri önlemek için kendilerini tedavi amacıyla alkol ya da madde kullanabilmektedirler (10). Bu iki psikiyatrik bozukluk arasında sadece başlangıç yaşlarının dağılımları ve prevalansları gibi hiçbir ilişki içermeyen tesadüfi bir bağlantıda olabilir.

Madde kullanım bozuklukları ilk atak psikoz hastaları arasında sıklıkla gözlenmektedir. Barnett ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ilk atak psikotik hastalarda madde kullanım bozuklukları genel popülasyona oranla iki kat daha fazladır (11). İlk atağını geçiren psikotik bozukluk hastalarında yapılmış bir çalışmada, 1 yıl süreyle alkol dışı madde kullanım bozukluğu yaygınlığının %19.5

olduğu gösterilmiştir (12). Madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan hastalar arasında madde kullanımı psikozun ortaya çıkmasını tetikleyebilir. Yapılan çalışmalarda sadece küçük bir grupta ilk atak sırasında ya da sonrasında madde alımının başladığı grlmştir (13). Silver ve Abboud tarafından yapılan bir çalışmada tedaviye ilk başvuran şizofreni hastalarının %60'ında ilk yatışlarından önce madde kullanımı olduğu bulunmuştur (14).

Psikotik hastalarda madde kullanımını araştıran birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmaların çoğu kannabis ve amfetamine odaklanmışlardır ve çalışmalar en sık kullanılan maddenin kannabis olduğunu göstermektedir (12). Kannabis psikotik bozukluğun gelişmesinde önemli bir role sahip olabilir. Ancak yapılan araştırmalarda alkol ve psikoz arasındaki ilişki açıklanamamıştır. Bunun yanında literatürde yapılan çalışmalar daha çok kronik psikotik hastalar üzerinde odaklanmışdır ve psikotik hastaların ilk atak dönemleri ile ilgili çalışma sayısı ise kısıtlıdır.

Bu çalışmada ilk atak psikoz hastalarında madde kullanım örüntülerinin ve sıklığının demografik ve klinik verilere göre araştırılması amaçlanmıştır.

### **1.1 Araştırmanın Konusu**

Araştırmanın konusu Ege Üniversitesi Hastanesi Psikoz Birimi ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran ilk atak psikoz hastalarında alkol ve madde kullanım örüntüleri ve buna etki eden klinik ve demografik değişkenlerin incelenmesidir.

### **1.2 Araştırmanın Amacı**

İlk atak psikoz hastalarında alkol ve madde kullanımının klinik ve sosyodemografik özelliklere göre incelenmesi amaçlanmıştır.

### **1.3 Araştırmanın Hipotezleri**

Çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Nikotin, alkol ve madde kullanan ve kullanmayan psikotik bozukluk hastalarında demografik veriler bakımından farklılık vardır.
2. Nikotin, alkol ve madde kullanımı olan psikotik bozukluklu hastalarda pozitif semptomlar alkol ve madde kullanmayanlar arasında farklılık vardır.

3. Nikotin, alkol ve madde kullanımı olan psikotik bozukluklu hastalarda negatif semptomlar alkol ve madde kullanmayanlar arasında farklılık vardır.

#### **1.4 Araştırmanın Sayıtları**

Bu araştırmadaki sayıtlar:

Araştırmaya katılan ilk atak psikoz hastalarının anket ve ölçekleri yanıtlarken samimi ve içten davrandıkları varsayılmıştır.

Araştırma için seçilen yöntem, uygulanan anket ve ölçekler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

#### **1.5 Araştırmanın Önemi**

Psikotik bozukluğu olan hastalar arasında nikotin, alkol ve madde kullanımı yaygındır. Özellikle psikiyatri hastaları arasında madde kullanım sorunları gittikçe daha sık görülmektedir. Madde kullanım bozukluklarının komorbiditesi şizofrenide görülen diğer psikiyatrik bozukluklara oranla oldukça yüksektir. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların prognozları madde kullanmayanlara göre daha kötüdür. Bu araştırmada ilk atak psikoz hastalarında alkol ve madde kullanımının klinik ve sosyodemografik özelliklere göre incelenerek, psikiyatri kliniklerine başvuran hastalarda madde kullanımının sorgulanmasına dikkat çekilmesi planlanmıştır.

#### **1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükler**

Araştırmada katılımcıların nikotin, alkol, madde kullanımı ve sosyodemografik verileri bilgi formu ile ölçülmüştür. Bu nedenle ölçümler bu bilgi formunun ölçtüğüleri ile sınırlıdır.

Araştırmada ilk atak psikoz hastalarına depresyonlarını ölçmede Calgary Depresyon ölçeği, ilk atak psikoz hastalarında pozitif ve negatif belirtileri ölçmek için PANSS ölçeği kullanılmıştır. Ölçümler bu neden ile anketin ölçtüğüleri ile sınırlıdır.

Psikozun yıllık görülme sıklığının 10.000'de 1, yaşam boyu prevalansının %0.5 ile %1.5 arasında değişmesinden dolayı, özellikle ilk atak psikoz hastalarının

saptanması zordur ve araştırma örneklem sayısının az olması araştırmanın kısıtlılığıdır.

Madde kullanımında etiketlenmekten korktukları için katılımcılar madde kullanımlarını gizli tutabilmekte ve yanlış bilgi verebilmektedirler. Bu durum da araştırmanın sınırlılığıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Psikotik Bozukluk

Şizofreni genellikle ciddi mental hastalık ya da psikotik bozukluk olarak adlandırılır. Ancak bu tanımlama oldukça geneldir ve daha alt sınıflara ayrılması gereklidir. Burada kullandığımız “ciddi” yoğun ve şiddetli semptomlar, günlük yaşamdaki işlevselliğin kaybı ve hastalığın kronikleşmesi anlamına gelmektedir.

“Psikotik bozukluk” ciddi mental bozukluk tanımlamasına göre daha kesin bir tanımlamadır. Çünkü ciddi mental bozukluklar denildiğinde ciddi kişilik bozukluğu, ağır obsesif kompulsif bozukluk gibi psikozla ilgili belirtileri olmayan birçok psikiyatrik bozukluğu da bunun içine sokabiliriz. Bu nedenle bu tezde psikotik bozukluk tanımlamasını kullanacağız.

#### 2.1.1 Psikoz Nedir?

Psikoz terimi gerçeklikle bağlantının zayıflaması durumu olarak tanımlanabilir. Neyin gerçek neyin gerçek olmadığı ayrımının yapılmasında zorluklar görülür. Thornill ve ark. psikozu; diğer insanların duymadığı sesleri duyma ya da diğerlerinin hissetmediği şeyleri hissetme, onları görme, olağandışı düşüncelere sahip olma (delüzyonlar) ya da herhangi bir gerçekçi kanıt yokken diğerlerinin kötü niyetli olduğuna inanma (paranoya) olarak tanımlamışlardır (15).

Psikozla ilgili ilk çalışmaların Alman psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından 19. yüzyılın sonlarında Dementia Praecox ya da manik depresif psikoz olarak tanımlandığını görüyoruz. “Demented” aklını kaçırmış olma ve “Praecox” ise erken veya erken olma anlamına gelir (16). Kraepelin psikozu ilk vaka çalışmalarının temelinde yaşam boyu bir bozukluk teşkil eden geri dönüşü olmayan kötüleşen bir durum olarak tanımlar. Bunun yanında psikotik semptomların ilk ortaya çıkışının ergenlik ve ilk çocukluk dönemleri olduğunu ileri sürmüştür. Kraepelin’e göre psikotik durum sıklıkla duyguların yokluğu, uygunsuz duygusal yanıtlar verme, stereotipik davranışlar ve katatonik postür, dikkatsizlik, olağandışı algı yaşantıları, hallüsinasyonlar ve gerçekdışı inançlar (perseküsyon ve grandiyöz) ile kendini gösterir (17). Kraepelin psikozu mental hastalıklardan ayırmış ve çalışmasında tanı sınıflandırmalarını ve tedavide medikal yaklaşımları geliştirerek modern psikiyatrinin temellerini atmıştır. Bugünün şizofreni ve bipolar bozukluklar tanıları

temel olarak Kreapelin'in modeli ile benzerdir. Psikozların temelinde yatan etiyolojik mekanizmalar halen tam olarak anlaşılammıştır. Bozukluğun ortaya çıkmasında kalıtsal poligenetik yatkınlığın ve çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak halen belirli bir gen ya da gen grubu tam olarak belirlenememiş ve hangi çevresel faktörlerin de tam olarak psikotik durumu geliştirdiği saptanamamıştır (18).

Şizofreni teriminden ilk bahseden İsveçli bir psikiyatrist olan Eugene Bleuler dir. Bleuler şizofreniyi davranış, biliş ve duyguların bir ayrılığı olarak tanımlar. Kraepelin'in aksine şizofreninin her zaman aşırı kötüleşme bozulma (dementia) olmadığını ve her zaman ergenlikte başlamadığını savunur. Bleuler bir çok şizofreni hastasının uzun dönemdeki sonuçlarının her zaman kötü olmadığı görüşündedir (16).

Yirminci yüzyılda, psikoza karşı baskın olarak söylenen kronikleşme paradigması ortaya çıkar. Bu söyleme göre şizofreni yaşam boyu yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan kronik bir durumdur. Kronik paradigma görüşü sağlık sisteminin tarihi boyunca psikozdan iyileşen insanların hikayelerinin olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Şizofreninin kronikleşmesinin şizofreni durumundan çok, etkili olmayan sağlık hizmetleri ve toplumsal etiketleme ile ilişkili olabileceğini savunan araştırmacılar da vardır (19). Ruh sağlığı uzmanları şizofreninin olumsuz uzun vadeli sonuçlarının kendini gerçekleştiren kehanet gibi işlediğini savunurlar (20).

İlk psikotik atak genellikle geç ergenlik ya da yirmili yaşların başlarında ortaya çıkar. Yaşam boyu psikoz görülme oranı hemen hemen 100 kişiden üç kişidir. Yaşam boyu psikoz ruhsal durumu ve düşünme sistemini etkileyen bir grup semptom ile karakterizedir. Bu semptomlar arasında hallüsinasyonlar, delüzyonlar, düşünce karmaşıklıkları ve dezorganize konuşma, değişken duygusal durum ve değişken davranışlar sayılabilir. Diğer birkaç bozukluk da psikotik bozukluk gibi sınıflandırılır çünkü bu hastalıkların kişideki belirgin görünüşleri psikozun semptomlarına benzer (21). Psikotik bozukluklar içerdikleri belirtilere göre farklı alt sınıflara ayrılırlar: şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluktur.

Şizofreni ve şizofreniform bozukluğun belirtileri özdeştir yalnızca hastalığın görülme süresi bakımından farklılaşırlar. Şizofreniform bozukluk bir ile altı ay

arasında sürer. Altı ayı geçtiğinde şizofreni tanısını konur. Bu hastalıkların karakteristik belirtileri pozitif ve negatif semptomların olmasıdır. Pozitif semptomlar normal işlevselliğin bozulması ya da aşırı görülmesidir. Oysa negatif semptomlar normal işlevselliğin azalması ya da kaybıdır. Şizofreni ve şizofreniform bozuklukların diğer özellikleri; uygunsuz duygulanım, anhedoni, disfori, uykuda bozukluk, psikomotor aktivitede anormallikler ve konsantrasyon, hafıza, dikkat sorunlarıdır (21).

Psikoz aniden ya da yavaş yavaş gelişebilen bir bozukluktur. Genellikle sinsi ilerlediği için ataktan önce fark edilmesi zordur. Belki psikozu işaret eden içe çekilme, şüphecilik duyguları, anksiyete, irritabilite, depresif duygu durumu ya da gerginlik belirtileri psikozun habercisi olabilir. Bunun yanında uykuda bozulma, hafıza ve düşünce değişimleri, iştahta farklılaşma, enerji ve konsantrasyon düzeyinin değişmesi de bunlara eklenebilir. Ancak psikozun belirtileri insandan insana hatta zamandan zamana farklılaşır. En yaygın görülen semptomlar şöyle özetlenebilir:

**Düşünce içeriğinde değişiklikler:** Psikozu deneyimleyen insanlarda düşünme örüntülerinde değişme görülebilir. Örneğin, konsantrasyon sağlama, bir konuşmayı devam ettirme ya da bazı şeyleri hatırlama da güçlükler oluşabilir. Düşünceler karmaşıklaşır ya da aynı konu içeriğinde kalmada zorluk yaşanır.

**Olağandışı inançlar:** Psikoz hastalarında sıklıkla delüzyon adı verilen yanlış inançlar gelişir. Diğerleri tarafından paylaşılmayan bir inanca sıkıca bağlanabilir ve diğerlerinin ikna çabalarına rağmen bu inancını değiştirmez. Örneğin, diğerlerinin kendini izlediğini düşünme, kamerayla takip edildiğini ya da dışarıdan bir güç tarafından kontrol edildiğine inanma.

**Algıda değişimler:** Psikoz sırasında kişiler gerçekten var olmayan sesler işitebilirler, kokular alabilir, tatlar hissedebilir ya da olmayan şeyleri görebilirler. Örneğin, diğerlerinin duymadığı sesler işitmek, görmek ya da olağandışı fiziksel duyumlar hissetmek gibi. Algıdaki bu değişimlere de halüsinasyon denir.

**Duygu durumunda değişimler:** Psikotik atak sırasında sıklıkla duygu durumu değişken bir yapıda seyreder. Kişi olağandışı olarak heyecanlanır, depresif ya da kaygılı hisseder. Kişi çok az duyguya sahiptir ya da çevresindekilere çok az duygusal tepki verir.

**Davranışlardaki değişimler:** Psikotik atak sırasında hastalar genellikle gösterdikleri davranış tarzının dışında davranabilirler. Davranıştaki değişimler yukarıda bahsedilen belirtilerle bağlantılı olarak değişir. Kişi birden gülebilir ya da görünür bir neden olmadan üzgün hale gelebilir. Zamanının büyük kısmını yalnız geçirir ya da iş hayatına ilgisini kaybeder. Bu belirtiler uyku ya da yeme tarzlarını da bozar. Kişi daha az uyumaya başlayabilir çünkü zihnini başka şeyler meşgul eder ya da yemeğine birinin zehir atacağından korkarak yemek yemez.

Psikotik atakları sırasında depresif hisseden hastalar genellikle yaşamın yaşamaya değer olmadığını düşünürler. Suisidal düşünceler ya da kendilerine zarar verici düşünceler sıklıkla akıllarından geçer.

### **2.1.2 Psikozun gidişi yaygınlığı ve sonuçları**

Yeni olgularda şizofreninin yıllık görülme sıklığı 10.000’de 1, yaşam boyu prevalansı ise %0.5 ile %1.5 arasında değişmektedir. Araştırmalara göre şizofreniform bozukluğunun prevalansı diğer psikotik bozukluklara göre oldukça düşüktür. Buna karşı gelişmekte olan ülkelerde gelişen ülkelere göre prevalansı daha yüksektir (21). Şizofreninin prodromal evredeki görünümü, sosyal içe çekilme, ilgi kaybı, öz bakımda bozulma ve olağandışı davranışları içeren belirtilerin kademeli gelişimini içerir. Aktif psikotik semptomların görünümü şizofreni ya da bağlantılı bozuklukla gösterilir. Çoğu araştırma şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların gidişinin bireylere göre farklı olduğuna işaret eder. Remisyon ve atak döneminde bireylerin gösterdikleri semptomlar birbirlerinden farklı olabilir ya da bazı bireylerde diğer semptomlar devam ederken sınırlı belirtilerde (örn: sadece pozitif semptomlarda) iyileşme gösterebilirler.

Pozitif, negatif semptomların ve psikososyal işlevselliğin zaman içinde gidişi birbirlerine paralellik göstermek zorunda değildir. Pozitif semptomların sıklığı hastaneye yatan psikoz hastalarında ilk yıl içinde azalırken, negatif semptomlar nispeten daha stabildir (22). Bunun yanında pozitif belirtiler ilk yıl içinde psikososyal semptomlara göre daha hızlı iyileşme gösterirler (23). Ancak şizofrenide tam olarak iyileşme oranının sadece %13-30 arasında olduğu görülmektedir (24).

Daha iyi prognozun göstergesi olabilecek bir grup faktör yapılan bir çok çalışma ile tanımlanmıştır. Bu faktörler arasında iyi bir tedavi uyumu, akut başlangıç,

daha geç yaşlarda başlama, iç görünün iyi olması, kadın olmak, hızlandırıcı olaylar, duygu durum bozukluklarının eşlik etmesi, tedaviye kadar geçen sürenin kısa olması, ilaç kullanımının düzenli olması, ailede duygu durum bozukluğu öyküsü olması ve ailede şizofreni olmamasıdır (21).

### **2.1.3 İlk Atak Psikoz**

İlk atak psikoz bir psikotik atağın ilk kez yaşanmasıdır. Sıklıkla psikozun ilk epizodu hastayı korkutur, sıkıntıya sokar, kafasını karıştırır. Çünkü psikoz yaşantısı farklı daha önce deneyimlenmemiş bir yaşantıdır. Bunun yanında hastaların korkmalarının diğer bir nedeni de psikozla ilgili negatif stereotipler ve yanlış kanılardır. Bu yanlış varsayımlar kişinin stresini arttırmaktan başka bir işe yaramaz. İlk atak psikoz hastaları bu önyargılara karşın her zaman olumsuz bir prognoza sahip değildir. Hastalar genellikle tedaviye uyum gösterirler (25). Birçok hasta ilk atak psikozu yaşadıkdan sonra tekrar bir psikotik atak geçirmemişlerdir (26). Yani ilk atak psikoz geçiren birinin tekrar atak geçirme olasılığı sanıldığı kadar yüksek değildir ve araştırmalara göre hastaların ilk yıl içindeki relaps oranları oldukça düşüktür. İlk atak psikoz yaşayan her dört hastadan sadece birinde 12 ayın sonunda pozitif semptomlar görülmeye devam eder. Lieberman'ın (1996) yaptığı bir araştırmaya göre ilk atak psikoz hastalarının %86'sı ilk yıl içinde tedavi edilmiş ancak bu hastaların %78'inde en az bir kere relaps görülmüştür (27). Bunun yanında diğer bir araştırmada hastaların %30'unda ilk yıl içinde relaps görülürken, diğer bir çalışmada %60'ında görülmüştür (28).

İlk atak psikozun görünümünün farklılığının ve sonlanışındaki heterojenliğin anlaşılması önemlidir. Geçtiğimiz yüzyılda psikozun tedavisinde büyük bir ilerleme kaydedilmişse de hastaların büyük bir kısmında halen olumsuz sonuçlar görülmektedir (29). Hastalığın seyriyle ilişkili olan faktörler tam olarak anlaşılammıştır.

Semptomların şiddeti ve remisyon önemli göstergeler olmakla birlikte araştırmalar İlk atak psikoz için daha kapsamlı bir öngörülebilirlik sağlayacak psikososyal işlevsellik üzerine odaklanmışlardır. Psikososyal işlevselliğin ölçülmesi psikozun hastanın genel yaşamı üzerindeki etkisini anlamamızı sağlar. Daha da fazlası, uzun süreli hastaneye yatışı olan şizofreni hastalarının ayaktan tedavilerine devam edilmesi ile tedavilerindeki değişimin psikososyal uyumları üzerindeki

etkileri giderek daha önemli hale gelmiştir. Psikososyal sonuçların klinik sonuçlara göre daha kötü olduğu görülmüştür (23). Hemen hemen ilk atak psikoz hastalarının %60'ı ilk yıl içinde psikososyal işlevselliklerini iyileştirmişlerdir (30).

İlk atak psikoz evresini öngörebilecek faktörlerden biri psikoz öncesi işlevselliktir (31, 32, 33). Hastalık öncesi psikososyal uyumun kötü olması, asosyallik, mesleki işlevselliğin kötü olması (34), hayata dair algının olumsuz olması (35) gibi faktörlerin tamamı hastalığın kötü sonuçları ile ilişkilidir. Demografik faktörler; erkek olma, bekar olma ve düşük sosyoekonomik durum (36), eğitim düzeyinin düşük olması (37) kötü prognoz ile ilişkilidir. Sinsi başlangıç ve prodromal belirtilerin uzun süre görülmesi de kötü prognozun işaretçisidir (38). Ek olarak, aile ilişkilerinin kötü olması, ailede belli tutum ve davranışların örneğin, eleştirme, suçlama, aşırı duygusal bağlılığın var olduğu yakın aile ilişkileri içinde olan hastalarda daha kötü prognoz görüldüğü saptanmıştır (39).

İlk atak psikozun sonuçlarının öngörülmesini sağlayacak faktörlerin tanımlanması düşünülenin aksine oldukça karmaşıktır. İlk atak psikozun şiddeti ve gidişi açısından etkili olan faktörler bir ölçüde önceden hesaplanabilir (40). Bu faktörlerin sadece küçük bir kısmı ile hastalığın seyri üzerinde olumlu etki yapması amaçlanan müdahale stratejilerine erişilebilir. Bu yüzden terapötik ölçümlerle prognostik faktörlerin tanımlanması önemlidir.

## **2.2 Nikotin, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları**

Psikoaktif maddeler merkezi sinir sistemini etkileyen, kullanıcının düşüncelerini, ruh halini ve/veya davranışlarını değiştiren, kimyasallardır. Psikoaktif maddeler şu şekilde sınıflandırılabilir; alkol, amfetaminler veya benzer etkili sempatomimetikler, kannabis, kokain, halüsinojenler, inhalanlar, nikotin, opioidler; fensiklidin (PCP) veya arylcyclohexylamines ve sedatif, hipnotik veya anksiyolitikler. Bu maddelerin her birinin benzersiz özellikleri ve etkileri vardır. Kötüye kullanılan bu maddelerden bazılarının düşük düzeyde bağımlılık yapma potansiyelleri (örn, halüsinojenler) varken bazılarının ise yüksek düzeyde bağımlılık yapma potansiyelleri (örn, krak kokain) vardır. Bazılarının tipik olarak dumanı içilir (örn, nikotin, esrar ve krak kokain), bazıları oral yolla mideye girer (örn, halüsinojenler ve sedatifler), diğer bazıları ise burun yoluyla alınırlar (örn, toz kokain ve inhalanlar). Bazı ilaçlar kullanıcının “yukarıda” ya da enerji dolu hissetmesine

neden olur (örn, amfetaminler ve kokain); bazıları kullanıcının “aşağıda” ya da rahatlamış hissetmesine neden olur (örn, sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler); diğer bazıları ise kullanıcıda eş zamanlı olarak her iki türlü etkiye de sebep olurlar. DSM-III-R madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı arasında ayırım yapmaktadır. *Kötüye kullanım* psikoaktif madde kullanımının uyumsuz örüntüsü olarak tanımlanırken *bağımlılık* (kötüye kullanımdan daha ciddi nitelendirilir) “kullanım kontrolünün bozulması” (örneğin fizyolojik bağımlılık) olarak tanımlanır.

Çeşitli kimyasal maddelerin sağlıklı olarak görülen insanlarda bile alımdan sonra halüsinasyon ve/veya delüzyon/paranoyaya neden olduğu bilinmektedir. Bu tür maddelerin bu nedenle önemli birer çevresel stresör oldukları söylenebilir. Bu tür maddelerin beyindeki etki mekanizmalarının keşfedilmesi ile bazı psikiyatrik semptomların nörobiyolojik temellerinin modelinin oluşturulması için önemli gelişmeler sağlanmıştır.

Genel popülasyondaki madde kullanımının son yüzyılda önemli düzeyde arttığı yapılan çalışmalarda açıkça görülmektedir. 1960’lı yıllara kadar alkol haricinde hiçbir psikoaktif madde yaygın kullanım alanı bulamazken, özellikle 1962-1967 yılları arasında batılı ülkelerde kentlerde yaşayan genç erkekler arasında toplumun geleneksel değer yargılarını reddetmenin bir göstergesi olarak esrar kullanımı hızla artmıştır. 1967-1979 yılları arasında özellikle gençlerde esrar kullanımı ile birlikte diğer psikoaktif maddelerin de kullanımı hızla artış göstermiş ve bu dönem içerisinde kırsal kesimlerde ve diğer yaş grupları arasında da yaygınlaşmıştır (41).

Türkiye’de madde kullanımı ile ilgili ilk kapsamlı çalışmalar Ögel ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmış, 15 ilde 15–17 yaş grubundaki 20.000 öğrenci arasında, son bir ay içerisinde alkol kullanımı %17,3, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3,6, uçucu madde kullanımı %8,6, eroin kullanımı %1,6, kokain kullanımı %1,4 ve benzodiazepin kullanımı %3,3 olarak saptanmıştır (42).

Yine Ögel ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada; 2000 yılında 9 ilde 15–17 yaş grubundaki 11.989 öğrenci arasında, son bir ay içerisinde tütün kullanımı %27; son bir ay içerisinde alkol kullanımı %15,9; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3; yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanımı %4,3; son bir ay içerisinde uçucu madde kullanımı %1,9; son bir ay içerisinde eroin kullanımı

%1,2; son bir ay içerisinde ecstasy ve kokain kullanımı %1 olarak tespit edilmiştir (43).

### **2.2.1 Nikotin**

Tütün dünyada en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir (42). Tütünün ortalama %1-3'ünü nikotin oluşturur. Nikotin yüksek oranda toksik bir maddedir ve güçlü fiziksel bağımlılığa yol açar.

Nikotin alımı ile dopamin salgılanır. Böylece içicinin konsantrasyonu artar ve tepki süresi hızlanırken enerji düzeyi yükselir. Sigarayı içen nikotin bağımlıları daha az anksiyete ve karamsarlık, stres, açlık, ve agresivite hissederler. Sigara içme ile güçlü dürtülerde azalma olması pekiştirici etki yaratır ve bu etki nikotin bağımlılığında hızla oluşur.

Beyinde potansiyel nikotin reseptörleri yer alır. Buna karşın, etkilenen reseptör bölgelerinin sayısı kişisel olarak farklılaşmakta ve bu farklılığın genetik olarak belirlenebileceği üzerinde durulmaktadır. (44). Nöronal nikotik asetikolin reseptörleri a4b2 alt birim üzerinde doğal ligand olarak asetil koline sahiptirler. Bu nikotinin bu alt birimler üzerinde oldukça etkili olabileceğini göstermekte ve nöronlar ile interstisyel alanlar arasında dopamin, serotonin,  $\beta$  endorfin, noradrenalin, vazopressin, asetil kolin ve diğer hormonların ekspresyonuna neden olmaktadır ve bunun sonucunda duygu durum, hafıza ve bilişsel becerilerde yükselme olmaktadır.

Nikotinin direkt psikoza tetikleyici etkisi yoktur, buna rağmen tütün kullanımı antipsikotiklerin metabolizmasını etkileyebilmekte ve böylece klinik etkileri azaltmaktadır (45).

### **2.2.2 Alkol**

Alkolün tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Biz insanlık tarihinin M.Ö. 4000 yılına kadar olan kısmını bilmekteyiz ve alkolün bu tarihlerden beri var olduğu bilinmektedir. Özellikle Mezopotamya, Mısır, Akdeniz, Anadolu ülkelerinin alkollü içkiyi tanıdıkları bilinmektedir. (46).

İçki olarak kullanılan alkol iki karbon atomlu etil alkoldür. Alkol vücutta hızla dağılır ve yağ moleküllerinden geçer. Diğer uyuşturucuların beynin bazı bölgelerine etkisine karşın alkol yağca zengin olan beynin tamamına etki eder.

Alkollü içkilerin büyük kısmında etanol (etil alkol) bulunur. Alkolün en önemli etkileri santral sinir sistemi üzerinde yaygın depresyon ve dezinhibisyon yapmasına bağlı olarak gelişen davranışsal değişimlerdir (42,47). Etanol merkezi sinir sistemi yatıştırıcısı olarak kabul edilir ve güçlü ödüllendirici etkiye sahiptir. Biyokimyasal etkileri komplekstir. Hem akut hemde kronik kullanımı olan bireyler incelendiğinde temel olarak nörotransmitter sistemlerinin etkilendiği görülmüştür.

Etanol bağları ile birlikte birçok membranın, iyon kanallarının özellikle GABAa reseptörü ve Ca<sup>2+</sup>- kanallarının fonksiyonlarını değiştirir (48). Kronik alkol kullanımı psikotik semptomların görüldüğü nörolojik ve psikiyatrik sorunlara neden olabilir. Sadece alkol kullanımının tetiklediği psikoz çok nadirdir ve prevelansı üniversite hastanesinde tedavi gören alkol bağımlıları arasında yapılan bir çalışmada sadece %0.4 olarak bulunmuştur (49).

WHO alkol bağımlısını; “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı olarak ruhsal, bedensel, toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, sağaltıma gereksinimi olan bir hastadır.” diye tanımlar. Bir başka tanım ise; alkolün işine engel olduğunu değil de işinin alkol almasına engel olduğunu düşünmeye başlayan kişiyi alkol bağımlısı olarak görür (50).

#### **Alkol bağımlılığının DSM-IV’e göre tanı ölçütleri.**

A) 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı örüntüsü:

1) İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. Alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmeme ya da işte başarı gösterememe; okula gitmeme, okulu asma ya da okuldan kovulma; eş ya da çocuklara gereken ilgi ve özenin gösterilmemesi).

2) Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. Alkol kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme)

3) Alkolle ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. Alkol ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar)

4) Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı (örn. Entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle tartışmalar, kavgalar, fiziksel saldırı).

### **2.2.3 Psikoaktif Maddeler**

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar DSM IV'te, her bir madde iki ayrı kategori oluşturmak üzere, başlıca iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır:

1. Madde Kullanım Bozuklukları: Madde Bağımlılığı, Madde Kötüye Kullanımı

2. Madde Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Bozukluklar: Bu başlık altında, kullanılan maddenin etkilerine bağlı olarak intoksikasyon, kesilme (yoksunluk), intoksikasyon deliryumu, kesilme deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozukluğu yer almaktadır.

Bu bozukluklara yol açan maddeler ise DSM IV'te, ilki alkol olmak üzere şöyle sıralanmıştır: Amfetamin, kafein, kokain, hallüsinojenler, inhalanlar, nikotin, opioidler, fensiklidin, sedatif-hipnotik ve anksiyolitik etkili ilaçlar, birden fazla maddeyi birlikte kullanma, diğer veya bilinmeyen maddeler

### **DSM-IV Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri:**

A) Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1) Tolerans

2) Yoksunluk (kesilme) belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma

3) Maddenin tasarlandığından (niyetlenenden) çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması

4) Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve birçok kez bırakma girişiminde bulunma

5) Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama

6) Kişinin günlük işlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getirememe

7) Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma

Fizyolojik bağımlılık var: Tolerans veya kesilme belirtileri var

Fizyolojik bağımlılık yok: Tolerans veya kesilme belirtileri yok

#### **DSM-IV Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçüleri:**

A) Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri veya daha fazlasının bulunması:

1) Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması

2) Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örn. araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar olması

3) Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı

4) Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınları ile ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme

B) Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması (21).

## **DSM-5'te madde kullanımıyla ilgili bozukların sınıflandırılmasında yapılan değişiklikler**

DSM-5'te DSM-IV'te olan madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı madde kullanım bozukluğu başlığı altında birleştirilerek şiddet yelpazesinde değerlendirilmektedir. Kafein dışında bütün maddeler bu kapsayıcı başlık altında değerlendirilecektir (örn., alkol kullanım bozukluğu, stimulan kullanım bozukluğu gibi.). Ancak tanı koydurucu kriterlerin sayı artırılmıştır. DSM-IV'te madde kötüye kullanım tanısı için tek semptom gerekiyordu, şimdi hafif madde kullanım bozukluğu tanısı 11 semptom içinden en az 2 semptomun olmasını gerektirmektedir. Yasalarla ilgili sorunlar uluslararası kullanımdaki kısıtlılıklar nedeniyle kaldırılmıştır. Aşırı istek (craving) kriterler arasına katılmıştır (51).

### **2.2.4 Kannabis**

Esrar (kannabis), oldukça eski çağlardan beri bilinen ve bağımlılık yapan bir maddedir. Günümüzde, dünyada en yaygın kötüye kullanılan yasadışı maddedir. Batı ülkelerinde yasadışı kullanılan maddeler arasında en yaygın olarak kullanılan madde kannabistir. Kannabisin kötüye kullanım sıklığı sigara, kafein ve alkolden hemen sonra gelir (52).

Kannabis, Kannabis Sativa adı verilen hint keneviri bitkisinden elde edilen bir maddedir. Marihuana kurutulmuş yaprak ve çiçeklerden üretilir. Genellikle sigara (joint) olarak kullanılır ya da pipoda tütün ile karıştırılarak kullanılır veya bong denilen nargile şeklinde kullanılır.

Farmakolojisi çok iyi bilinmemektedir. Tek bir madde değil kompleks bir karışımdır. Esrar dumanından 60'tan fazla cannabinoid izole edilmiştir. 60 cannabinoidten 14'ü iyi çalışılmış ve delta9-THC en iyi bilinen ve psikoaktif olanıdır. Delta8-THC ve cannabidiol ve cannabionol diğerleridir (53).

CB<sub>1</sub> ve CB<sub>2</sub> olmak üzere iki tür cannabis reseptörü vardır. Esas cannabis reseptörü CB<sub>1</sub>'dir. THC'nin fizyolojik etkileri CB<sub>1</sub> reseptörü aracılığı ile sağlanır. CB<sub>1</sub> beyinde duygu durum (mood) ve hafıza ile ilgili görev yapan bölgelerde bulunur (44).

Esrar kullananlarda eğer kişisel ya da ailevi psikoz geçmişi var ise psikotik semptom yaşama riski yüksektir. Bromberg yayınladığı bir çalışmada 31 psikoz hastasının psikoz sendromlarını marihuananın toksik etkisine bağlamıştır. 31 kişinin içindeki 7 kişinin önceden işlevsel olarak psikoz hastası olduğu bildirilmiştir. Yani uyuşturucu psikoz sürecini hızlandırmış olabilir (54).

THC'nin sağlıklı deneklere intravenöz enjeksiyonu ile delüzyonal düşüncelerinin ve stres hormonu kortizol düzeylerinin yükseldiği, hafıza fonksiyonunun bozulduğu görülmüştür (55).

### **2.2.5 Amfetamin Ve Kokain**

Amfetamin ve benzeri maddeler arasında amfetamin, dekstroamfetamin ve metamfetamin gibi feniletilamin yapısında maddeler bulunur ve bunlarla ilişkili bileşenler, oldukça benzer kimyasal bileşenler ile laboratuarda oluşturulmuş maddelerdir. Amfetaminler suda çözünür, genellikle herhangi bir hepatik bir metabolizma olmadan renal yolla atılırlar.

Kokain (benzoilmetil ekgonin) Güney Amerika'da yetişen *koka ağacının* (*Erythroxylum coca*) yapraklarından elde edilen kristalize tropan bir alkaloiddir. Kokain geçtiğimiz birkaç yıl içinde özellikle İskandinavya gibi Avrupa ülkelerinde alt kültürler arasında oldukça popüler ve kolayca bulunabilir bir madde durumuna gelmiştir (56)

Kokain vücuda alındığında periferik etkisi sempatik sinir sistemi üzerine olur. Adrenerjik sinir uçlarından salıverilen noradrenalinin gerilimini engeller ve güçlü sempatomimetik etki oluşturur. Hem kokain hemde amfetaminler monoaminlerin geri alımını inhibe ederek monoaminlerjik nörotransmisyonu arttırırlar. Amfetaminler aynı zamanda beyin nöron butonlarından serbest monoaminler aracılığıyla da hareket eder böylece noradrenalinin, dopamin ve serotoninin postsinaptik etkisinde artış görülür SSS'nde güçlü bağımlılık yapıcı ve pekiştirici etkisi, kokainin dopamin gerilimini özellikle limbik sistemde engellemesi yoluyla gelişir. Hücre aralığında dopaminin artmasına yarayan bu durum keyif ve öfori hali ortaya çıkartır. Hücre aralığında aşırı miktarda biriken dopamin , dopamin reseptörleri taşıyan nöronlarda “down regülasyon” olarak anılan reseptör değişikliklerine neden olur. Düşen reseptör

sayısı madde alınmadığında ortaya çıkan madde isteği ve arayışının açıklanmasını sağlamaktadır (57, 58).

Amfetamin, dopamin ve noradrenalin taşıyıcıları için yüksek düzeyde benzerlik gösterirken serotonin taşıyıcıları için benzerlik düzeyi düşüktür. Buna karşın kokain serotonin taşıyıcıları için yüksek düzeyde benzerlik gösterirken, dopamin ve noradrenalin taşıyıcıları için düşük düzeyde benzerlik gösterir (59).

Amfetamin ve kokainin psikoaktif etkileri benzerdir. Her ikisi de lokomotor uyarılmaya neden olur ve stereotipik davranışlar, anoreksiya, öfori ve keyif duygularını içeren etkiler yaratır. Alımdan sonra kişi daha kendine güvenli, hiperaktif ve daha çok konuşur hale gelir. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk hali azalır bu nedenle amfetaminler performansı arttırmak için de kullanılmaktadır. Amfetaminlerin ve ilişkili bileşenlerin hiperaktivite bozukluğu ya da dikkat sorunu yaşayan hastalarda yararlı etkileri vardır.

Psikotik semptomlar özellikle tekrarlı kullanımlar sonucunda oluşabilir. Görsel ve işitsel halüsinasyonlar, paranoid düşünceler ve agresivite gibi akut paranoid şizofreni semptomlarına benzer semptomlar gelişebilir (60). Antipsikotik tedavi dopaminerjik transmisyon üzerinde etkilidir. Amfetaminlerin kokaine oranla psikotik semptomlarla daha güçlü bir ilişkisi vardır (61). Madde kullanım düzeyinin psikotik semptomların düzeyiyle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (62). Kokainin özellikle güçlü psikolojik bağımlılık yapıcı özelliklere sahip olduğu bildirilmektedir (63).

### **2.2.6 Halüsinojenler**

Halüsinojen terimi “halüsinasyon üreten” anlamına gelmektedir. Halüsinojen, sedasyon, aşırı uyarılma ya da zeka ve bellek bozuklukları gibi etkiler ortaya çıkarmadan bilinci değiştiren bileşiklere denir (64).

Yapısal olarak birbirine benzeyen halüsinojenler doğal ya da sentetik olabilmektedirler. Çok çeşitli halüsinojenler olmasının yanında klasik olarak doğada bulunan hallüsinojenler arasında psilosibin ve meskalin sayılabilir. Diğer doğal hallüsinojenler harmin, harmalin, dimeltiltriptamin (DMT) ve metilendioksimetamfetamin (MDMA ya da extasy) sayılabilir. Sentetik halüsinojenlerden en sık bilineni ise liserjik asit dietilamid (LSD) dir (65).

1950'li yılların ortalarında LSD psikoz modelini anlamak ve şizofreninin daha iyi anlaşılmasında kullanılmıştır. LSD bir yandan psikolojik değişimleri incelemekte kullanılırken diğer yandan LSD ile tedavi teknikleri araştırılmıştır (65,66). Halüsinojenlerden meskalin ve psilosibin ile LSD'nin 5HT2a reseptörü üzerinde antagonist etkileri vardır (67). Bu psikozda serotoninin hipotezi için temel oluşturmuştur (68). Psilosibin birçok bitki ve mantarda bulunur (69) ve genç erişkinler arasında kullanım oranı bölgesel olarak yüksek olabilir (70). Diğer maddelerden MDMA serbest monoamin düzeyini arttırırken fensiklidin (melek tozu) NMDA reseptör antagonistidir (71) Fensiklidinin ve ilgili bileşikleri etkisi Glutamat/NMDA psikoz modelinin temelini oluşturmuştur.

Halüsinojenler tüm duyu modaliteleri üzerinde algısal değişime neden olur ve canlı görsel ve/veya taktıl halüsinasyonların, nadiren de endojen psikoz yaşantısının oluşmasını tetikleyebilir. LSD kullanımı devam eden algısal bozukluklara neden olabilir (72).

Halüsinojen kullanımının uzun dönemli psikoza neden olup olmadığı ya da hastalığın başlangıcında bir başlatıcı rolü olup olmadığı açık değildir. Ancak halüsinojenlerin genetik olarak şizofreniye yatkın hastalarda çeşitli etkilere sahip olabileceği yönünde kanıtlar bulunmaktadır (73). Daha erken yaşta ortaya çıkabilecek bir psikoz yaratabilirler, madde kullanılmadığında sessiz kalan bir psikoz tablosu oluşturabilirler ya da daha önce psikotik hastalık öyküsü olan hastalarda nüksetmeye neden olabilirler (64, 73)

### **2.2.7 İnhalanlar**

İnhalanların kötüye kullanımlarının uzun bir geçmişi vardır. En iyi bilinen örnekler; 200 yıldan daha eski bir tarihte keşfedilen anesteziğin entoksikasyon amacıyla kullanılmasıdır. Eter ve kloroformu da içeren ilk uçucu anesteziğin, eğlendirici ve sinirleri kuvvetlendirici olarak, hem inhalasyon hem de içerek kullanılmıştır (74). Bir kez solunduktan sonra uçucunun kanda seviyesi dakikalar içinde pik yapar ve hızlı bir şekilde merkezi sinir sistemindeki yağları da içeren yağ depolarına alınır. Uçucuların hücresel mekanizmaları tam olarak açıklanamamıştır. entoksikasyon yapan konsantrasyonlar ve yağ çözünürlüğündeki benzerlikler inhalanların alkol ve inhalan anesteziğine benzer nörofizyolojik etkilerinin olabileceği olasılığını akla getirmektedir (75)

Uçucu madde kullananların %70'inde yaşam boyu süren bir duygu durum, anksiyete ve kişilik bozukluğu saptanır (746). Uçucu madde kullanımında majör depresyon ve öz kıyım riski, alkol bağımlılığı, hapisane yaşantısı, bellek bozukluğu sıktır (77). Oluşan belirtilerin çoğu geri dönüşlü olmakla beraber, özellikle kronik toluen kullanımı, şizofrenideki psikotik bulgulara benzer değişiklikler oluşturabilir. En sık görülen belirtiler, paranoid sanrı ve persekütif temalarla ilişkili olabilen işitsel ve görsel varsanılar daha sık olmak üzere, sanrı ve varsanılardır (78,79).

### **2.2.8 Opiyat**

Afyon; Haşhaş bitkisinden elde edilen güçlü bir uyuşturucudur. Kodein, morfin ve eroin gibi opiyat türevleri opiyat reseptörü antagonistidir ve hızlı bir şekilde fiziksel bağımlılık geliştiren maddeler olarak bilinirler. Opioidlerin etki mekanizmaları Santral Sinir Sistemi peptidleri ile etkileşimlerini açıklanmaktadır. Opioidler; mü, kapa, sigma, delta olarak adlandırılan opioid reseptörlerine etki ederler (80). Tıpta güçlü ağrı kesiciler olarak kullanılırlar. Nöroleptik ilaçların bulunmasından önce opiyatlar manik depresif psikoza tedavi etmek için kullanılırlardı (81).

Kontrol dışı kullanımları ciddi psikosomatik güçsüzlüğe, huzursuzluk haline ve disforiye neden olur. Psikotik bozukluğu olan hastalarda kullanımı sınırlandırılmıştır ancak bunu yanında kanıtlar olası bir psikoza koruyucu etki yaptığına ya da hastaların psikotik semptomları kendi kendilerine tedavi amacı ile kullandıklarına dikkat çeker (81,82).

### **2.2.9 Benzodiazepinler**

Benzodiazepinler yüksek dozda sedatif-hipnotik, düşük dozlarda ise anksiyolitik etki gösteren santral sinir sistemi depresanlarıdır. Gaba-A reseptörü üzerinde etkilidirler. Güçlü bağımlılık yapıcı potansiyelleri vardır, bu nedenle birçok ülkede reçetesiz kullanımları sınırlandırılmıştır. Kullanımlarının psikotik semptomlarla ilişkisi yoktur ancak akut psikoza tedavisinde ilaçların yan etkilerini azaltmak için kullanabilmektedirler.

## 2.3 Madde Kullanımı ve Psikotik Bozukluk

### 2.3.1 Komorbidite

Psikotik hastalarla yapılan çalışmaların büyük kısmında odak noktası madde kullanımı olmaktadır. NIMH tarafından yapılan çalışmalara göre şizofreni hastalarında madde kullanımı popülasyonun geri kalanına oranla 4.6 kez daha fazladır (1). Bu çalışmada aynı zamanda şizofreni hastalarının %33.7'sinde alkol kullanım bozuklukları ve %27.5'inde diğer madde kullanım bozuklukları olduğu bulunmuştur.

Klinik araştırmalar şizofreni hastalarının %60'ından daha fazlasında ve ilk atak psikoz hastalarının %40'ından fazlasında yaşam boyu madde kullanım ya da kötüye kullanım öyküsü olduğuna işaret eder (3,12, 83). En sık kullanılan maddeler alkol, kannabis ve uyarıcılar olarak bulunmuştur.

Geçmiş yıllarda yapılan birçok boylamsal çalışma madde kullanımı ve psikotik bozukluk arasındaki güçlü bağlantının nedenlerine odaklanmışlardır Ancak halen psikoz ve madde kullanım yatkınlığı hakkında eldeki veriler çok kısıtlıdır. Psikoz hastalarında madde kullanım arasındaki bağı açıklamaya çalışan bir çok hipotez öne sürülmüştür. Bu hipotezler arasında geleneksel olarak kendi kendini tedavi hipotezi yaygın olarak kabul görmektedir (10). Psikoz hastaları ve madde kullanımı bağlantısının daha yüksek olmasını açıklamaya çalışan ve elde edilen verilere göre geçmişte kannabis kullanımı öyküsü olan hastalarda psikoz gelişme olasılığı yüksektir ve çalışmalara göre kannabis kullanan hastaların %40'ında herhangi bir psikotik atak görülme riski yüksektir (84)

Batel tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni hastaları arasında alkol kullanım yaygınlığı %20-%50, sigara içme prevalansı ise %78-%88 oranında bulunmuştur (85). İlgili çalışmalarda bu oranların sağlıklı örneklem grupları ile diğer psikiyatrik bozukluğu olan örneklem gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmektedir (45, 86). GATA Psikiyatri Kliniğinde iki yıllık veri inceleyen bir başka çalışmaya göre ise, şizofreni hastalarında sigara kullanım yaygınlığı %50 oranında bulunmuştur (87)

Avustralya ve İngiltere'de yapılan 6 aylık ve 1 yıllık prevelans çalışmalarında kannabis kötüye kullanımı ve bağımlılığının 6 aylık prevelansı %13, alkol kötüye

kullanımı ve bağımlılığının 6 aylık prevelansı %18 ve 12 aylık prevelansı %31.6 herhangi bir maddenin 6 ay ve 12 aylık kötüye kullanım oranları %22-27 arasında bulunmuştur (5, 88, 89,90). İngiltere’de yapılan başka bir çalışmada ise ilk atak psikoz hastalarında 1 yıllık alkol kötüye kullanım prevelansı % 11.7 ve madde kötüye kullanım prevelansı % 19.5 saptanmıştır (12). İlk atak psikoz hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların %44’ ünde alkol ve madde kullanımının olduğu ortaya konmuştur.

Psikozda madde kullanımı üzerine yapılan araştırmalar ülkeden ülkeye farklılaşmaktadır. Örneğin; İtalya’da psikoz hastalarında yapılan bir çalışmada yaşam boyu madde kullanım prevelansı % 47 olarak saptanmıştır. Avustralya’da şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada 6 aylık madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı prevelansı % 26.8 ve yaşam boyu prevelans % 59.8 bulunmuştur. Bu oran, Amerika’da %31-42, Fransada %27, İngiltere’de %18.7, Almanya’da %13-5, olarak saptanmıştır (91,92,93,94,95).

El-Guebaly ve Hodgins çalışmalarında şizofreni hastalarının %40’ında düzenli alkol kullanımının olduğunu, %9’unda kannabis kullanımı olduğunu ortaya koymuşlardır (96). Diğer bir çalışmada şizofreni hastalarında alkol kullanımının %47.3, kannabis kullanımının %13 olduğu gözlenmiştir (98). Çalışmalarda kannabis %35 ve alkol %27 en sık kötüye kullanımı olan maddeler olduğu gözlenmiştir.

Madde kullanımı, özellikle alkol ve kannabisin kötüye kullanımı ve bağımlılığı, psikoz hastalarında yaygındır. Bu nedenle psikoz hastalarında madde kullanımının muhtemel sonuçlarının tanımlanması önemlidir.

### **2.3.2 Psikoz ve Madde Kullanımı arasındaki ilişki ve Psikozda Madde Kullanımının Sonuçları:**

Psikoz hastalarında madde kullanımını araştıran araştırmaların odak noktası ikisi arasında nedensel bir ilişki olup olmadığıdır. Psikoz belirtilerinin mi madde kullanımını tetiklediği yoksa madde kullanımının mı psikoza neden olduğu gibi zamansal bir sıra bulunmaya çalışılmıştır. Ancak psikotik bozukluğun sinsi başlangıçlı bir hastalık olması nedeniyle böyle bir zamansal sıralamanın yapılması çok zordur. Çalışmaların birçoğu şizofreni ve madde kullanımının zamansal ortaya çıkışından çok birlikte bulunmalarının nedenleri ile ilgili teoriler önermişlerdir.

Psikoz hastalarında madde kullanımının sonuçları arasında relaps ve yatış süresinin artması, psikiyatrik semptomlarda artış, tedavide uyumsuzluk, HIV riski, evsizlik ve yasal sorunlar, yaşam kalitesinde düşme, intihar ve şiddet davranışlarında artış (97,99,100) gözlenebilmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma ilk atak psikoz hastalarında madde kullanımının etkilerini, madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların demografik verileri incelenerek madde kullanımında etkili faktörlerin araştırılmasını bunun yanında madde kullanımının klinik tablo üzerindeki etkilerinin incelenmesini amaçlayan kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

### 3.2 Kullanılan Gereçler

Araştırmada katılımcılara uygulanmak üzere, bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik anket formu, alkol, sigara ve madde kullanımı anket formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

1. **Bilgilendirilmiş Onam Formu:** Araştırmada katılımcılar için çalışmanın kısa bir özeti, ne amaçla kimin tarafından kullanılacağı bilgisi olan ve istedikleri zaman çalışmadan çıkabileceklerini içeren bir bilgi formu hazırlanmıştır. Çalışmaya kendi rızaları ile katıldıklarına dair imza atmaları istenmiştir.
2. **Sosyodemografik anket formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyodemografik anket formunda, yaş, cinsiyetleri, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, meslekleri ile ilgili sorular yer alır.
3. **Alkol, sigara ve madde kullanımı anket formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan, madde kullanım özellikleri, kullanım miktarları, süreleri, kullanım bozukluklarını değerlendirmek için anket formu hazırlanmıştır.
4. **Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):** Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Şizofreni hastalarının son 1 hafta içerisindeki belirtilerini ve işlevselliğini değerlendirmeyi amaçlayan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam 30 madde ve 3 alt ölçekten oluşur (Pozitif Belirtiler Ölçeği, Negatif Belirtiler Ölçeği ve Genel Psikopatoloji Ölçeği). Her bir madde görüşmeci tarafından, belirti şiddetine göre, 1-7 arası puanla değerlendirilir. PANNS' in uygulama süresi yaklaşık 30-40 dakikadır (101).
5. **Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği :** Depresyon düzeyleri Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir (102). CŞDÖ yarı yapılandırılmış bir görüşme yönergesinin de bulunduğu klinisyenin değerlendirdiği bir ölçektir. CŞDÖ depresyonu değerlendiren toplam 9 maddeden oluşmaktadır: depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla

ilgili alınma duyguları, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon.

İlk atak psikoz hastalarında madde kullanımının klinik ve sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi amacıyla Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne Ekim 2010-Ekim 2013 tarihleri arasında başvuran DSM IV kriterlerine göre hekim tarafından Psikotik Bozukluk tanısı konulmuş ve ilk kez tedaviye başvuran ve klinik hekiminin görüşü alınarak alevli dönemde olmayan, yüz yüze görüşmeye uygun ve koopere olan hastalar görüşmeye alınmıştır. Görüşmeye alınmadan önce hastaların dosyaları taranarak çalışma kriterlerini karşılayan hastalar, hekimin bilgisi dahilinde görüşmeye alınmıştır. Çalışmaya kriterlerini karşılamayan hastalar ise görüşmeye alınmayarak çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya alınan hastalara öncelikle çalışmanın amacı konusunda bilgi verilmiş, çalışmaya katılma konularında gönüllü onamları alınmış ve görüşmeyi diledikleri anda sonlandırma haklarına sahip oldukları açıklanmıştır. Bu bilgilendirme ile onam formunu imzalayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Aşağıdaki çalışma kriterlerini karşılayan hastalar alınmış, dışlama kriterlerine sahip olan hastalar ise çalışma dışı bırakılmıştır. Her bir görüşme yüz yüze yapılmış olup, ortalama 1-1.5 saat sürmüştür.

#### **Çalışmaya alınma kriterleri:**

1. DSM IV'e göre psikotik bozukluk tanısı almış olmak.
2. 17-65 yaş arasında olmak.
3. Daha önce 3 aydan fazla antipsikotik ilaç tedavisi almamış olmak.
4. Son iki hafta içinde hiçbir madde kullanmamış olmak.
5. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.
6. Çalışmada uygulanan ölçekleri yanıtlayabilecek düzeyde koopere olmak.

### **Dışlama Kriterleri:**

1. Mental Retardasyon
2. Beyin hasarı ya da Epilepsi öyküsü olmak
3. Daha önce 3 aydan fazla antipsikotik ilaç tedavisi almış olmak
4. Akut İntoksikasyona bağlı geçici psikotik belirtiler gösteriyor olmak.

Görüşmeye alınan 87 ilk atak psikoz hastasından 2'sinde epilepsi öyküsü olması ve 3'ünde mental retardasyon nedeniyle çalışmaya alınmamışlardır. Çalışmamız sonuç olarak 82 ilk atak psikoz hastası ile tamamlanmıştır.

### **3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

İlk atak psikoz hastalarında madde kullanımının klinik ve sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi amacıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Kliniği ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne Ekim 2010-Ekim 2013 tarihleri arasında başvuran hastalar ile yürütülmüştür.

### **3.4 Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evreni Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Kliniği ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi oluşturmaktadır.

### **3.5 Araştırmanın Örnekleme**

Çalışmanın örnekleme Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Kliniği ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde tedavi görmekte olan, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmak için gönüllü olan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya 82 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların cinsiyet durumu, % 46.3'ü (38) kadın, % 53.7'si (44) erkektir.

### **3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **Araştırmanın bağımlı değişkenleri;**

- PANSS negatif, pozitif, genel ve toplam ölçek puanları

- Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları

### **Araştırmanın bağımsız değişkenleri**

- Sigara, alkol ve madde kullanım durumu
- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Gelir düzeyi
- Meslek durumu
- Eğitim durumu

### **3.7 Verilerin Toplanma Süresi ve Yöntemi**

İlk atak psikoz hastalarında madde kullanımının klinik ve sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi amacıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Kliniği ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne Ekim 2010-Ekim 2013 tarihleri arasında başvuran hastalar ile çalışma yürütülmüştür. Çalışmaya alınan hastalara öncelikle çalışmanın amacı konusunda bilgi verilmiş, çalışmaya katılma konularında gönüllü onamları alınmış ve görüşmeyi diledikleri anda sonlandırma haklarına sahip oldukları açıklanmıştır. Bu bilgilendirme ile onam formunu imzalayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Her bir görüşme yüz yüze yapılmış olup, ortalama 1-1.5 saat sürmüştür.

### **3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmanın analizinde SPSS istatistiksel programı kullanılmıştır. Alkol, sigara ve madde kullanım sıklığı ile demografik değişkenlerin analizinde Ki kare testi, alkol sigara ve madde kullanımı ile kullanılan alt ölçeklerin analizinde Bağlantısız gruplar için t-testi ile hesaplanmıştır.

### **3.9 Süre ve Olanaklar**

Araştırmamızda örneklemden veri toplama süresi 3 yıl süresince sürdürülmüştür.

### **3.10 Etik Açıklamalar**

Araştırma verilerinin toplandığı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne, çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bir tez tanıtım formu ile başvurulmuş ve araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izin alınmıştır. Örnekleme oluşturan kişilere, veri toplama formu ön yüzündeki yönergede çalışmanın amaç ve yararları açıklanmış, formlara isim yazmamaları belirtilmiştir. Araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

## **4. BULGULAR**

### **4.1. İlk Atak Psikoz Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre İncelenmesi**

Çalışmamıza Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanesinde tedavi görmekte olan 82 ilk atak psikoz tanılı hasta alındı.

**Tablo 1a: Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri**

|                      | N  | (%)  |
|----------------------|----|------|
| <b>Cinsiyet</b>      |    |      |
| Kadın                | 38 | 46,3 |
| Erkek                | 44 | 53,7 |
| <b>Medeni Durum</b>  |    |      |
| Bekar                | 54 | 65,8 |
| Evli                 | 28 | 34,1 |
| <b>Eğitim Durumu</b> |    |      |
| Okuryazar değil      | 8  | 9,8  |
| Okuryazar            | 1  | 1,2  |
| İlkokul              | 14 | 17,1 |
| Ortaokul             | 14 | 17,1 |
| Lise                 | 28 | 34,1 |
| Üniversite           | 17 | 20,7 |
| <b>Yaşam Biçimi</b>  |    |      |
| Aile/Eş              | 62 | 75,6 |
| Yalnız               | 14 | 17,1 |
| Arkadaş              | 6  | 7,3  |

**Tablo 1b: Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri**

|  | N | (%) |
|--|---|-----|
|--|---|-----|

| <b>Sosyoekonomik Durum</b> |    |      |
|----------------------------|----|------|
| Düşük                      | 45 | 54.9 |
| Orta                       | 15 | 18.3 |
| Yüksek                     | 22 | 26.8 |
| <b>Meslek</b>              |    |      |
| Çalışmıyor                 | 34 | 41.5 |
| Öğrenci                    | 21 | 25.6 |
| Serbest meslek             | 4  | 4.9  |
| Memur                      | 6  | 7.3  |
| İşçi                       | 11 | 13.4 |
| Emekli                     | 1  | 1.2  |
| Diğer                      | 5  | 6.1  |

İlk atak psikoz hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 1a ve tablo 1b'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde: bireylerin % 46.3'ü (38) kadın, % 53.7'si (44) erkektir. Medeni duruma göre en fazla olanlar % 65.8 oranı ile bekarlar (54) ve %34.1 (28) ile evlilerdi. Eğitim durumuna göre %34.1'inin (28) lise mezunu olduğu ikinci sırada da %20.7 (17) ile üniversite mezunu oldukları bu da yarısından fazlasının lise dengi ve üstü bir okuldan mezun olduklarını göstermektedir. Katılımcıların yaşam biçimine bakıldığında, çoğunluğunun % 75.6'sının (62) ailesiyle yaşadığı ve %17.1'inin (6) de yalnız yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyoekonomik durumları incelendiğinde, %42.7'sinin (45) yarısından azının düşük sosyoekonomik düzeye,

%26.8'inin (22) yüksek sosyoekonomik düzeye , %18.3'ünün (15) ise orta sosyoekonomik düzeye sahip oldukları tespit edilmiştir. En çok görülen meslek grupları herhangi bir işte çalışmayanlar %41.5, (34) ve bu durumu öğrenciler %25.6 (21) oranı ile izlemektedir. Bu durumda ilk atak psikoz hastalarının %67.1'i herhangi bir işte çalışmamaktadır.

**Tablo 1c. İlk Atak Psikoz Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

|                            | Yıl   | SS   |
|----------------------------|-------|------|
| <b>Yaş (Yıl)</b>           | 27.24 | 7.14 |
| <b>Eğitim Süresi (Yıl)</b> | 9.14  | 4.54 |

Araştırma grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları  $27.24 \pm 7.14$  olarak saptandı. Eğitim süresi ortalamalarının  $9.14 \pm 4.54$  yıl olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 2. İlk Atak Psikoz Hastaların Klinik Özellikleri**

|  | SS          |
|--|-------------|
| <b>Hastalığın Başlangıç Yaşı (yıl)</b> | 26.29 7.37  |
| <b>Tedaviye Kadar Geçen Süre (ay)</b>  | 12.51 22.21 |

İlk atak psikoz hastalarında hastalığın başlangıç yaşı ve tedaviye kadar geçen hastalık süreleri tablo 2'de gösterilmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı  $26.29 \pm 7.37$ , hastalığın başlangıcından tedaviye kadar geçen süre ortalamaları ise  $12.51 \pm 22.21$  olarak tespit edildi.

#### **4.2 Araştırma Grubunda Nikotin Kullanım Bozukluklarının Dağılımı**

**Tablo 3: İlk Atak Psikoz Hastalarında Nikotin Kullanım Bozukluklarının Dağılımı**

|                            |            | N  | %    |
|----------------------------|------------|----|------|
| <b>Nikotin Kullanımı</b>   | Yaşam boyu | 47 | 57.3 |
|                            | Şu an      | 42 | 51.2 |
| <b>Nikotin Bağımlılığı</b> | Yaşam boyu | 45 | 54.9 |
|                            | Şu an      | 41 | 50,0 |
| <b>Nikotin Kullanmayan</b> | Yaşam boyu | 35 | 42.7 |
|                            | Şu an      | 41 | 50,0 |

İlk atak psikoz hastalarında nikotin kullanım bozukluklarının dağılımının incelenmesi tablo 3'de gösterilmiştir. Çalışmamıza katılan katılımcıların şu anki ve yaşam boyu nikotin içiciliği oranları sırasıyla, % 51.2 ve % 57.3 olarak bulundu. Şu anki ve yaşam boyu nikotin bağımlılığı oranları sırasıyla % 50.0, % 54.9 bulundu.

#### **4.3 Nikotin Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre İncelenmesi**

**Tablo 4a: Nikotin Kullanım Bozukluklarının (NKB) Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

|                            | NKB(+) |        | NKB(-) |        | İstatistiksel   |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------|
|                            | N(41)  |        | N(41)  |        | Anlamlılık      |
| <b>Cinsiyet</b>            |        |        |        |        |                 |
| <b>Kadın</b>               | 9      | %21.95 | 29     | %35,36 | $\chi^2:19.617$ |
| <b>Erkek</b>               | 32     | %78.04 | 12     | %14,63 | p:0.000         |
| <b>Medeni Durum</b>        |        |        |        |        |                 |
| <b>Bekar</b>               | 33     | %40.24 | 21     | %25.60 | $\chi^2:7.81$   |
| <b>Evli</b>                | 8      | %9.75  | 20     | %24.39 | p:0.10          |
| <b>Sosyoekonomik Durum</b> |        |        |        |        |                 |
| <b>Düşük</b>               | 14     | %17.07 | 31     | %37.80 |                 |
| <b>Orta</b>                | 7      | %8.53  | 8      | %9.75  | $\chi^2:21.21$  |
| <b>Yüksek</b>              | 20     | %      | 2      | %2.43  | p:0.00          |
| <b>Meslek</b>              |        |        |        |        |                 |
| <b>Çalışmıyor</b>          | 12     | %14.63 | 22     | %26.82 |                 |
| <b>Öğrenci</b>             | 13     | %15.85 | 8      | %9.75  |                 |
| <b>Serbest meslek</b>      | 0      | 0      | 4      | %4.87  |                 |
| <b>Memur</b>               | 4      | %4.87  | 2      | %2.43  |                 |
| <b>İşçi</b>                | 9      | %10.97 | 2      | %2.43  |                 |
| <b>Emekli</b>              | 0      | 0      | 1      | %1.21  |                 |
| <b>Diğer</b>               | 3      | %3.65  | 2      | %2.43  |                 |

Nikotin Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi tablo 4a'da gösterilmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve ekonomik durumun nikotin kullanım bozukluğuna etkisi araştırılmıştır. Şu anki

nikotin bağımlılarının % 21.95'i (9) kadın, % 78.04'ü (32) erkektir. Nikotin bağımlılığı cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir ( $\chi^2:19.617$   $p=0.000$ ). Kadınlarla erkeklerin ilk sigaraya başlama yaşları sırasıyla  $18.91\pm4.25$  ve  $17.14\pm4.40$  olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre sigaraya başlama yaşları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p:0.231$ ). Nikotin kullanım bozukluğu bekarlarda % 40.24 (33) yüksek, ve evli olanlarda % 9.75 (8) daha düşük oranlarda idi. Medeni duruma göre anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=7.81$ ,  $p=0.010$ ). Meslek ilişkisine bakıldığında nikotin kullanım bozukluğu en fazla öğrencilerde %15.85 (13) ve sonra en fazla işsizlerde % 14.63 (12) bulundu. Meslek durumu çalışan ve çalışmayanlar olarak kategori edildiğinde çalışan ve çalışmayanlar arasında NKB kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=1.38$ ,  $p=0.347$ ).

**Tablo 4b: Nikotin Kullanım Bozukluklarının (NKB) Sosyodemografik**

**Özelliklere Göre İncelenmesi**

|                      | NKB(+)     | NKB(-)     | İstatistiksel  |
|----------------------|------------|------------|----------------|
|                      | Ort(SS)    | Ort(SS)    | Anlamlılık     |
| <b>Yaş</b>           | 27.43±7,28 | 27,04±7,09 | p:0,806        |
| <b>Eğitim Süresi</b> | 10.46±3.66 | 7,82±4,98  | <b>p:0,008</b> |

İlk Atak Psikoz Hastalarının Nikotin Kullanım Bozukluğu ile Yaş ve Eğitim Sürelerinin İncelenmesi tablo 4b'de gösterilmiştir. Nikotin kullanım bozukluğu olanların yaş ortalamaları  $27.43\pm7,28$ ; nikotin kullanım bozukluğu olmayanların ise  $27,04\pm7,09$  olarak saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p:0.806$ ). NKB (+) olanlarda ortalama eğitim süresi  $10.46\pm3.66$  (yıl), NKB (-) olanlarda ise  $7,82\pm4,98$  olarak bulunmuştur. Eğitim süresi nikotin kullanım bozukluğu olanlarda, nikotin kullanım bozukluğu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**p:0.008**).

**Tablo 5: İlk Atak Psikoz Hastalarının Nikotin Kullanım Bozukluklarına Göre Klinik Özellikleri**

|                                      | <b>NB(+)</b>   | <b>NB(-)</b>   | <b>İstatistiksel Anlamlılık</b> |
|--------------------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|
|                                      | <b>Ort(SS)</b> | <b>Ort(SS)</b> |                                 |
| <b>Hastalığın Başlangıç Yaşı</b>     | 26.21±7,82     | 26.36±6,99     | p:0,929                         |
| <b>Tedaviye kadargeçen süre (ay)</b> | 14,36±26,38    | 10,65±17,19    | p:0,453                         |
| <b>PANSS Tot. Puanı</b>              | 85,68±20,49    | 75,56±20,31    | <b>P:0,027</b>                  |
| <b>PANSS Neg. Puanı</b>              | 17,31±9,07     | 16,85±9,07     | P:0,818                         |
| <b>PANSS Poz. Puanı</b>              | 20,51±6,04     | 16,78±7,69     | <b>P:0,017</b>                  |
| <b>PANSS Gen. Puanı</b>              | 47,85±11,67    | 41,92±10,96    | <b>P:0,020</b>                  |
| <b>Calgary Dep. Puanı</b>            | 5,41±3,37      | 3,97±3,86      | P:0,077                         |

İlk Atak Psikoz Hastalarının Nikotin Kullanım Bozukluklarına Göre Klinik Özelliklerinin İncelenmesi Tablo 5'de gösterilmiştir. İlk psikotik atağın başlangıç yaşı NKB (+)'larda 26.21±7,82; NKB (-)'larda 26.36±6,99; İlk ataktan tedaviye kadar geçen süre NKB (+)'larda 14,36±26,38; NKB (-)'larda ise 10,65±17,19 (ay) olarak saptanmıştır. NKB olanlar ve NKB olmayanlarda yaş, hastalığın başlangıç yaşı ve tedaviye kadar geçen süre açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Nikotin kullanım bozukluğu olanlar ile olmayanların PANNS ölçeği toplam puanı NKB (+)'lerde 85,68±20,49 NKB (-)'lerde 75,56±20,31, genel toplam puanları

NKB (+)'lerde  $47,85 \pm 11,67$ , NKB (-)'lerde  $41,92 \pm 10,96$ , pozitif puanları NKB (+)'lerde  $20,51 \pm 6,04$ , NKB (-)'lerde  $16,78 \pm 7,69$  olarak saptanmıştır. Nikotin kullanım bozukluğu olanların PANSS toplam puanları ile genel punları ve pozitif alt ölçek puanları nikotin kullanım bozukluğu olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**p:0,027; p:0,020; p:0,017**). PANSS Negatif alt ölçek puanları NKB (+)'lerde  $17,31 \pm 9,07$  NKB (-)'lerde  $16,85 \pm 9,07$  olarak saptanmış ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,818). Calgary Şizofrenide Depresyon puanları karşılaştırıldığında NKB (+)'lerde  $5,41 \pm 3,37$ , NKB (-)'lerde  $3,97 \pm 3,86$  saptanmıştır. Anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0.077).

#### 4.4 Araştırma Grubunda Alkol Kullanım Bozukluklarının Dağılımı

**Tablo 6: İlk Atak Psikoz Hastalarında Alkol Kullanım Bozukluklarının Dağılımı**

| Alkol Kullanımı            | N         | %            |
|----------------------------|-----------|--------------|
| <b>Yaşam Boyu Kullanım</b> | <b>42</b> | <b>%51.2</b> |
| Deneme                     | 10        | %12.2        |
| Kötüye Kullanımı           | 15        | %18.3        |
| Bağımlılığı                | 8         | %9.8         |
| <b>Kullanım Yok</b>        | <b>49</b> | <b>%59.8</b> |

İlk atak Psikoz Hastalarında Alkol Kullanım Bozukluklarının Dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Psikoz hastalarının şu anki ve yaşam boyu alkol kullanım oranları sırasıyla % 40.2 (33) ve % 51.2 (42) olarak bulundu. Şuan ki alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının sıklığı %28.1 (23) bulundu.

#### 4.5 Alkol Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre İncelenmesi

**Tablo 7a: Alkol Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

|                            | AKB(+) |        | AKB(-) |        | İstatistiksel   |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------|
|                            | N(23)  |        | N(59)  |        | Anlamlılık      |
| <b>Cinsiyet</b>            |        |        |        |        |                 |
| <b>Kadın</b>               | 2      | %2.43  | 36     | %43.90 | $\chi^2:18.219$ |
| <b>Erkek</b>               | 21     | %25.60 | 23     | %28.04 | p:0.000         |
| <b>Medeni Durum</b>        |        |        |        |        |                 |
| <b>Bekar</b>               | 20     | %24.39 | 34     | %41.46 | $\chi^2:6.331$  |
| <b>Evli</b>                | 3      | %3.65  | 25     | %30.48 | p:0.18          |
| <b>Sosyoekonomik Durum</b> |        |        |        |        |                 |
| <b>Düşük</b>               | 3      | %3.65  | 42     | %51.21 |                 |
| <b>Orta</b>                | 4      | %4.87  | 11     | %13.41 | $\chi^2:31.969$ |
| <b>Yüksek</b>              | 16     | %19.51 | 6      | %7.31  | p:0.00          |
| <b>Meslek</b>              |        |        |        |        |                 |
| <b>Çalışmıyor</b>          | 3      | %3.65  | 31     | %37.80 |                 |
| <b>Öğrenci</b>             | 9      | %10.97 | 12     | %14.63 |                 |
| <b>Serbest meslek</b>      | 0      | 0      | 4      | %4.87  |                 |
| <b>Memur</b>               | 3      | %3.65  | 3      | %3.65  |                 |
| <b>İşçi</b>                | 5      | %6.09  | 6      | %7.31  |                 |
| <b>Emekli</b>              | 0      | 0      | 1      | %1.21  |                 |
| <b>Diğer</b>               | 3      | %3.65  | 2      | %2.43  |                 |

Alkol Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi Tablo 7a'da gösterilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, meslek ve eğitim durumu gibi değişkenlerin alkol kullanım bozukluğuna etkisi araştırılmıştır. Tüm araştırma grubunda alkol kullanım bozukluğu olanların oranı %28.21 oranındadır. Alkol kullanım bozukluğu olanların %6.06'sı (2)'si kadın, %69,69'u (21) erkektir. Alkol kullanım bozukluğunun cinsiyete göre dağılımı

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=18.219$ ,  $p=0.000$ ). Alkol kullanım bozukluğu bekarlarda % 24.39, evli olanlarda % 3.65 olarak saptanmıştır. Medeni duruma göre alkol kullanım bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=6.33$ ,  $p=0.018$ ). Meslek ilişkisine bakıldığında alkol kullanım bozukluğu en fazla öğrencilerde (%10.97) ve sonra en fazla işçilerde (% 6.09) bulundu. Meslek durumu çalışan ve çalışmayanlar olarak kategori edildiğinde çalışan ve çalışmayanlar arasında AKB açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $x^2=3.213$ ,  $p=0.115$ ). Sosyoekonomik duruma göre AKB en fazla yüksek gelir düzeyine sahip hastalarda (%19.51), en az düşük sosyoekonomik düzeyde hastalarda (%3.65) saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeye göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık saptanmıştır ( $x^2:31.969$ ;  $p:0.00$ ).

**Tablo 7b: Alkol Kullanım Bozukluklarının (AKB) Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

|                      | AKB(+)     | AKB(-)     | İstatistiksel  |
|----------------------|------------|------------|----------------|
|                      | Ort(SS)    | Ort(SS)    | Anlamlılık     |
| <b>Yaş</b>           | 27.30±6.95 | 27,22±7,28 | p:0,962        |
| <b>Eğitim Süresi</b> | 11.91±3.05 | 8.06±4.58  | <b>p:0,000</b> |

İlk Atak Psikoz Hastalarının Alkol Kullanım Bozukluğu ile Yaş ve Eğitim Süresine göre incelenmesi Tablo 7b'de gösterilmiştir. AKB (+) olanların yaş ortalaması 27,30±6,95, AKB (-) olanlarınkı 27,22±7,28 saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p:0.962). Eğitim süresi AKB (+) olanların 11,91±3,05, AKB (-) olanlarınkı 8,06±4,58 bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p:0.000$ ). AKB (+) olanların eğitim süresi AKB (-) olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 8: İlk Atak Psikoz Hastalarının Alkol Kullanım Bozukluklarına Göre Klinik Özelliklerinin İncelenmesi**

|                                      | <b>AKB(+)</b>  | <b>AKB(-)</b>  | <b>İstatistiksel</b> |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------------|
|                                      | <b>Ort(SS)</b> | <b>Ort(SS)</b> | <b>Anlamlılık</b>    |
| <b>Hastalığın Başlangıç Yaşı</b>     | 25,91±7.64     | 26,44±7.33     | p:0,773              |
| <b>Tedaviye kadargeçen süre (ay)</b> | 18,39±30.76    | 10,22±17,63    | p:0,135              |
| <b>PANSS Tot. Puanı</b>              | 91,73±22,76    | 76,28±18,59    | <b>p:0,002</b>       |
| <b>PANSS Neg. Puanı</b>              | 17,08±9,41     | 17,08±8,94     | p:0,999              |
| <b>PANSS Poz. Puanı</b>              | 22,34±5,49     | 17,20±7,20     | <b>p:0,003</b>       |
| <b>PANSS Gen. Puanı</b>              | 52,30±10,30    | 42,00±10,90    | <b>p:0,000</b>       |
| <b>Calgary Dep. Puanı</b>            | 5,69±3.16      | 4,31±3.81      | p:0,125              |

İlk Atak Psikoz Hastalarının Alkol Kullanım Bozukluklarına Göre Klinik Özelliklerinin İncelenmesi Tablo 8'de gösterilmiştir. Hastalık başlangıç yaşı AKB (+) 'lerde 25,91±7.64, AKB (-)'lerde 26,44±7.33 saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p:0.773). Hastalığın başlangıcından tedaviye kadar geçen süre karşılaştırıldığında AKB (+)'larda 18,39±30,76, AKB (-)'lerde 10,22±17,63 olarak saptanmıştır. Tedaviye başvurma süreleri istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da alkol kullanım bozukluğu olanların tedaviye alkol kullanım bozukluğu olmayanlara göre daha geç başvurdukları söylenebilir (p:0,135). PANNS ölçeği negatif alt ölçeğinde AKB(+) ve AKB (-) gruplarının puan ortalamaları sırasıyla; 5,69±3.16, 4,31±3.81 olarak saptanmış ve istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0.125). PANSS ölçeği toplam, pozitif ve genel alt ölçekleri AKB (+)'larda sırasıyla 91,73±22,76, 22,34±5,49, 52,30±10,30; AKB (-)'larda sırasıyla 76,28±18,59,

17,20±7,20, 42,00±10,90 olarak saptanmıştır. PANSS ölçeği toplam, pozitif ve genel alt ölçekleri AKB (+) ve AKB (-) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p:0.002, p:0.003, p:0.000**). PANSS toplam, pozitif ve genel alt ölçek puan ortalamalarının AKB (+)'larda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Calgary şizofrenide depresyon puanları AKB (+)'ler için 5,69±3.16, AKB (-)'ler için 4,31±3.81 saptanmıştır. AKB (+) grupta Calgary Şizofrenide Depresyon Puanları AKB (-) gruba göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p.0.119).

#### **4.6 Araştırma Grubunda Madde Kullanım Bozukluklarının Dağılımı**

**Tablo 9: İlk Atak Psikoz Hastalarında Madde Kullanım Bozukluklarının Dağılımı**

| <b>Madde Kullanımı</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|------------------------|----------|----------|
|------------------------|----------|----------|

|                            |    |        |
|----------------------------|----|--------|
| <b>Yaşam Boyu Kullanım</b> | 24 | %29.26 |
| <b>Deneme</b>              | 7  | %8.5   |
| <b>Kötüye Kullanımı</b>    | 10 | %12.2  |
| <b>Bağımlılığı</b>         | 7  | %8.5   |
| <b>Kullanım Yok</b>        | 58 | %70.7  |

İlk Atak Psikoz Hastalarında Madde Kullanım Bozukluklarının Dağılımının İncelenmesi Tablo 9'da gösterilmiştir. Psikoz hastalarının yaşam boyu madde kullanım oranı %29.3 (24) olarak saptandı. Esrar kullanım oranı %29.3 (24), yaşam boyu MDMA kullanımı %9.75 (8), yaşam boyu LSD kullanımı %3.65 (3) yaşam boyu uçucu madde kullanımı %3.65 (3), yaşam boyu Alprazolam %1.21 (1) olarak saptandı. En fazla kullanılan madde Kannabis olarak bulunmuştur. MDMA, LSD, Uçucu madde ve Alprazolam kullananların tamamının (%100) yaşam boyu en az bir kez esrar kullandığı gözlenmiştir. Çoklu madde kullanımı %14.63 (12) olarak saptanmıştır. En sık gözlenen madde kombinasyonları, esrar ve MDMA'dir. Esrar kullanım bozuklukları oranı %20,73 (17) dir.

#### **4.7 Madde Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre İncelenmesi**

##### **Tablo 10a: Madde Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

|                            | MKB(+) |        | MKB(-) |        | İstatistiksel   |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------|
|                            | N(17)  |        | N(65)  |        | Anlamlılık      |
| <b>Cinsiyet</b>            |        |        |        |        |                 |
| <b>Kadın</b>               | 1      | %1.21  | 37     | %45.12 | $\chi^2:14.118$ |
| <b>Erkek</b>               | 16     | %25.60 | 28     | %34.14 | <b>p:0.000</b>  |
| <b>Medeni Durum</b>        |        |        |        |        |                 |
| <b>Bekar</b>               | 14     | %17.07 | 34     | %41.46 | $\chi^2:2.596$  |
| <b>Evli</b>                | 3      | %3.65  | 25     | %30.48 | <b>p:0.153</b>  |
| <b>Sosyoekonomik Durum</b> |        |        |        |        |                 |
| <b>Düşük</b>               | 3      | %3.65  | 42     | %51.21 |                 |
| <b>Orta</b>                | 5      | %6.09  | 10     | %12.19 | $\chi^2:12.317$ |
| <b>Yüksek</b>              | 9      | %10.97 | 13     | %15.85 | <b>p:0.02</b>   |
| <b>Meslek</b>              |        |        |        |        |                 |
| <b>Çalışmıyor</b>          | 4      | %4.87  | 30     | %36.58 |                 |
| <b>Öğrenci</b>             | 6      | %7.31  | 15     | %18.29 |                 |
| <b>Serbest meslek</b>      | 0      | 0      | 4      | %4.87  |                 |
| <b>Memur</b>               | 0      | 0      | 6      | %7.31  |                 |
| <b>İşçi</b>                | 4      | %4.87  | 7      | %8.53  |                 |
| <b>Emekli</b>              | 0      | 0      | 1      | %1.21  |                 |
| <b>Diğer</b>               | 3      | %3.65  | 2      | %2.43  |                 |

Madde Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi Tablo 10'da gösterilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, meslek, ekonomik durum, gibi değişkenlerin madde kullanım bozukluğuna etkisi araştırıldı. Cinsiyete göre bakıldığında tüm araştırma grubunda %1.21 kadın, %25.60 oranında erkek hastada madde kullanım bozukluğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=14,118$ ,

**p=0.000**). Medeni duruma göre; bekarlarda (%17.07) evli olanlara (% 3.65) daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunmamıştır ( $x^2:2.596$ ;  $p:0.153$ ). Madde kullanım bozuklukları ekonomik durumu iyi olanlarda (%10.97), orta düzeyde olanlarda %6.09, düşük düzeyde olanlarda %3.65 olarak saptanmıştır. Ekonomik duruma göre madde kullanım bozuklukları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2:12.317$ ; **p:0.02**) Meslek durumu çalışan ve çalışmayanlar olarak kategori edildiğinde çalışan ve çalışmayanlar arasında MKB açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $x^2=0.661$ ,  $p=0.563$ ).

**Tablo 10b: Madde Kullanım Bozukluklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

|                      | MKB(+)     | MKB(-)     | İstatistiksel |
|----------------------|------------|------------|---------------|
|                      | Ort(SS)    | Ort(SS)    | Anlamlılık    |
| <b>Yaş</b>           | 26.82±7.01 | 27,35±7,22 | P:0,787       |
| <b>Eğitim Süresi</b> | 10.82±2.83 | 8,70±4,81  | P:0,087       |

Yaş ve eğitim süresi açısından madde kullanım bozukluğu olan hastalar ile madde kullanım bozukluğu olmayan hastaları birbirleriyle karşılaştırdık (Tablo 10b). MKB (+) olanların yaş ortalaması 26,82±7,01, MKB (-) olanlarınki 27,35±7,22 saptanmıştır. MKB(+) ve MKB(-) olan hastaların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p:0.787$ ). MKB (+) olan hastaların eğitim süresi 10,82±2,83 yıl, MKB (-) olan hastaların ise 8,70±4,81 yıl olarak bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $p:0.087$ ).

**Tablo 11: İlk Atak Psikoz Hastalarının Madde Kullanım Bozukluklarına Göre Klinik Özelliklerinin İncelenmesi**

|                                       | MKB(+)      | MKB(-)      | İstatistiksel  |
|---------------------------------------|-------------|-------------|----------------|
|                                       | Ort(SS)     | Ort(SS)     | Anlamlılık     |
| <b>Hastalığın Başlangıç Yaşı</b>      | 25.05±7.72  | 26,61±7,30  | P=0,442        |
| <b>Tedaviye kadar geçen süre (ay)</b> | 23.00±34.73 | 9,76±16.90  | <b>P=0,028</b> |
| <b>PANSS Tot. Puanı</b>               | 94,29±24.99 | 77.04±18,28 | <b>P=0,002</b> |
| <b>PANSS Neg. Puanı</b>               | 18,52±10.27 | 16,70±8.71  | P=0,462        |
| <b>PANSS Poz. Puanı</b>               | 23.47±5,49  | 17,38±8.71  | <b>P=0,001</b> |
| <b>PANSS Gen. Puanı</b>               | 52,30±5.75  | 42,95±10.83 | <b>P=0,003</b> |
| <b>Calgary Dep. Puanı</b>             | 5,11±3.77   | 4,58±3.67   | 0,598          |

İlk Atak Psikoz Hastalarının Madde Kullanım Bozukluklarına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi Tablo 17'de gösterilmiştir. Buna göre hastalık başlangıç yaşı MKB (+) 'lerde 25,05±7,72, MKB (-)'lerde 26,61±7,30 bulunmuştur. Hastalığın başlangıcından tedaviye kadar geçen süre karşılaştırıldığında MKB (+)'lerde 23,00±34,73, MKB (-)'lerde 9,76±16,90 olarak saptanmıştır. MKB (+) ve MKB (-) olan hastalar, hastalık başlangıç yaşları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0.442). MKB (+) olan hastalar ile MKB (-) olan hastaların tedaviye başvuruncaya kadar geçen süreleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (**p:0.028**). Buna göre madde kullanım bozukluğu olanların olmayanlara göre daha geç tedaviye başvurdukları söylenebilir. MKB (+) grubu için PANNS toplam, negatif, pozitif ve genel puanları sırasıyla 94,29±24.99, 18,52±10.27, 23.47±5,49 ve 52,30±5.75 bulunmuştur. MKB (-) grubu için bu ölçeklerin puanları sırasıyla 77.04±18,28, 16,70±8.71, 17,38±8.71 ve 42,95±10.83 bulundu. MKB (+) olanların PANSS toplam, pozitif ve genel puanları MKB (-) grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**p:0.02**, **p:0.001**, **p:0.003**). İki grup arasında PANNS negatif alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0.462). Calgary

Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları MKB (+)'ler için  $5,11 \pm 3.77$ , MKB (-)'ler için  $4,58 \pm 3.67$  saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0.598).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızdaki amaç psikoz ve madde kullanımı ve kullanım bozuklukları arasındaki ilişkinin ilk atak psikoz hasta örnekleminde araştırılmasıdır. Bu konuda literatürde özellikle ülkemizde yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Bu alanın önemine vurgu yapmak üzere çalışmamızda ilk atak psikoz hasta örneklemini araştırılmıştır.

Çalışmanın sonuçları psikozda özellikle ilk atak psikozda madde kullanımının önemli düzeyde yüksek olduğuna işaret etmektedir. Çalışmamızda nikotin, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ilk atak psikoz hastalarının klinik ve demografik özellikleri incelenmiş ve literatürde ilk atak psikoz hastalarında nikotin, alkol ve madde kullanımı ve genel popülasyonda nikotin, alkol ve madde kullanımı ve bozuklukları ile ilgili yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

### **Sosyodemografik Veriler ve İlişkili Sonuçlar**

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; bireylerin % 46.3'ü (38) kadın, % 53.7'si (44) erkektir. Yapılan çalışmalarda katılımcıların (% 64), (% 59.2) çoğunluğunun erkek olduğu bulunmuştur. İlk atak hastaların yarısından fazlasının erkek olduğu gözlenmektedir (103,104). Çalışmamızın örneklem grubu cinsiyet dağılımı açısından literatürle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $27.24 \pm 7.15$  olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan ilk atak psikoz hasta örnekleminin medeni durumları incelendiğinde bekar olan hastaların % 63.4 (54) oranla ilk sırada olduğu, evli olan hastaların %34.1 (28) oranıyla ikinci sırada olduğu tespit edilmiştir. Clausen ve ark. 314 ilk atak psikoz hastası ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %94.6'sının bekar olduğu bulmuşlardır (104). İlk atak psikoz hastalarında bekarlık oranının daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısına yakınının %41.5 (34) herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %57'sinin işsiz, %21'inin ise öğrenci olduğu bulunmuştur (103). Çalışmamızda da hastaların çoğunluğunun erkek, bekar ve herhangi bir işte çalışmadıkları saptanmış ve bu sonuçlar literatür ile tutarlı bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre hastaların %34.1 (28)' nin lise mezunu, %20.7'nin niversite mezunu oldukları bulunmuştur. Hastaların yarısından fazlasının lise dengi ve üstü bir okuldan mezun oldukları ve eğitim süresi ortalamasının 9.14±4.54 yıl olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre okuryazar olmayanların % 100'  kadın; ilk ve ortaöğretim mezunlarının % 53.57'si kadın, yükseköğrenim mezunları ise % 70.58'i erkektir. Eğitim durumunun cinsiyete göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastaların yaşam biçimine bakıldığında, % 75.6'sının (62) ailesiyle yaşadığı ve %17.1'inin (14) de yalnız yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyoekonomik durumları incelendiğinde, %42.7'sinin (35) yarısından azının gelirinin düşük sosyoekonomik düzeye sahip oldukları tespit edilmiştir. Literatürdeki sonuçlar ile karşılaştırıldığında hastaların sosyodemografik özelliklerinin diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

### **Araştırma Grubunda Nikotin Kullanım Bozukluklarının Dağılımı ve İlişkili Sonuçlar**

Araştırmada yaşam boyu nikotin kullanım bozukluğu % 57.3 (47), şimdiki nikotin kullanım bozukluğu % 50 (41) bulunmuştur. Literatürde Barnes ve ark. tarafından 152 ilk atak psikoz hastası ile yapılan çalışmada nikotin bağımlılığı oranı % 60, Wade ve ark. tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise %72.8 oranında nikotin bağımlılığı bulunmuştur (105,106). Literatürde ilk atak psikoz hastalarında nikotin kullanımı üzerine yapılan araştırmalar kısıtlı olması nedeni ile kronik şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalar da incelenmiştir.

Çalışmamızda Nikotin Kullanım Bozukluğu olanların PANSS toplam puanları ile genel ve pozitif alt ölçek puanları nikotin kullanım bozukluğu olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde Zhang XY ve ark. tarafından yapılan araştırmada da; 256 ilk atak psikoz hastası nikotin kullanımlarına göre karşılaştırılmış ve PANSS toplam ve genel ölçek puanlarında nikotin kullananların kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (107). Ziedonis ve ark. nikotin kullanımı ile pozitif ve negatif semptomların ilişkili olduğunu, nikotin kullananlarda negatif semptomların daha düşük, pozitif semptomların ise daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (108). Goff ve ark. ise negatif ve pozitif semptomların nikotin kullananlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (109).

Kadın şizofreni hastalarında % 21.95 (9) erkek şizofreni hastalarında ise % 78.04 (32) nikotin kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Llerena ve ark. yaptıkları çalışmada kadın psikoz hastalarında nikotin kullanımı oranını % 13, erkeklerde ise bu oranı % 81 olarak saptamışlardır (110). Uzun ve ark. 116 psikoz hastası ile yaptıkları çalışmada kadınlar arasında nikotin kullanım oranını % 43.1, erkeklerde % 56.9, Gurpegui ve ark. kadın şizofreni hastalarında nikotin kullanım oranını % 49 erkeklerde ise % 75 olarak bulmuşlardır (87, 101). DeLeon ve ark. 360 psikoz hastası ile yaptıkları çalışmada erkek psikoz hastalarının kadın hastalardan daha yüksek oranda nikotin kullanımı olduğunu göstermişlerdir (112). Çalışmamızda da erkek psikoz hastalarında nikotin kullanımı kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve literatürde yapılmış çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Genel popülasyonda nikotin kullanımı yaygınlığı konusunda yapılan araştırmalar incelendiğinde Amerika'da 4414 katılımcı ile yapılan bir araştırmada nikotin bağımlılığı oranı % 24 olarak saptanmıştır (113). Nikotin kullanım prevalansı konusunda 9 ülkede yürütülen bir başka çalışmada ise nikotin kullanım oranı % 26 olarak saptanmıştır (114). 2006 yılında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen "Aile Yapısı Araştırması" na göre Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 33.4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı % 50.6 iken, kadınlarda bu oran % 16.6'dır (115). Çalışmamızda şimdiki nikotin kullanım bozukluğu % 54.9 bulundu. Genel popülasyona göre nikotin kullanım bozukluğunun ilk atak psikoz hastalarında önemli düzeyde yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamızda kadın şizofreni hastalarında % 21.95, erkek şizofreni hastalarında % 78.04 nikotin kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Erkeklerde nikotin kullanımının kadınlara göre yüksek olduğu gözlenmiş, literatürde de değişik kültürlerde yapılan araştırmalarda tütün kullanımı erkeklerde daha sık bulunmuştur (43, 116, 117, 118). Araştırmamızın bulgusu da bu yöndedir.

### **Araştırma Grubunda Alkol Kullanım Bozukluklarının Dağılımı ve İlişkili Sonuçlar**

Şizofreni hastalarında yaşam boyu alkol kullanımı % 51.2 (42) olarak bulunmuştur. Alkol kullanımı olan hastaların % 12.2' si (10) sosyal içici, %18.3'ü (15) alkol kötüye kullanımı ve % 9.8'i (8) alkol bağımlılığıdır. Şimdiki alkol kullanım bozukluk oranı %28.1'dir (23). Literatürde şizofreni hastalarında yaşam boyu alkol kötüye

kullanımı % 12.3 ile % 42.8 arasındadır. Barnes ve ark. tarafından 152 ilk atak psikoz hastası ile yapılan çalışmada alkol kullanım bozuklukları oranı % 27 olarak saptanmıştır (105). Stone ve ark. 502 ilk atak psikoz hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların % 50'de alkol kullanımı olduğunu, % 10'unda alkol kullanım bozukluğu olduğu sonucuna ulaşmışlardır (119). Wade ve ark. 103 ilk atak psikoz hastası ile yaptıkları çalışmada alkol kötüye kullanım oranını % 28 oranında bulmuşlardır (106). Kanada'da El-Guebaly ve Hodgins tarafından yapılan araştırmada şizofreni hastaları arasında düzenli alkol kullanımının % 40 olduğu sonucu bulunmuştur (96). Diğer bir çalışmada ise şizofreni hastaları arasında alkol kullanım oranı % 47.3 olarak saptanmıştır (98). Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) tarafından yapılan araştırmaya göre şizofreni hastaları arasında alkol kullanım bozukluğu oranı % 33.7 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda kadın şizofreni hastalarında % 2,43, erkek şizofreni hastalarında % 25,60 oranında alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır.

Hastalığın başlangıcından tedaviye kadar geçen süre karşılaştırıldığında AKB (+)'larda  $18,39 \pm 30,76$ , AKB (-)'lerde  $10,22 \pm 17,63$  ay olarak saptanmıştır. Tedaviye başvurma süresi istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da, alkol kullanım bozukluğu olanların, alkol kullanım bozukluğu olmayanlara göre tedaviye daha geç başvurdukları söylenebilir ( $p:0,135$ ).

PANSS ölçeği toplam, pozitif ve genel alt ölçek puanları AKB (+)'larda sırasıyla  $91,73 \pm 22,76$ ,  $22,34 \pm 5,49$ ,  $52,30 \pm 10,30$ ; AKB (-)'larda sırasıyla  $76,28 \pm 18,59$ ,  $17,20 \pm 7,20$ ,  $42,00 \pm 10,90$  olarak saptanmıştır. PANSS ölçeği toplam, pozitif ve genel alt ölçek puanları AKB (+) ve AKB (-) gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $p:0.002$ ,  $p:0.003$ ,  $p:0.000$ ). PANSS toplam, pozitif ve genel alt ölçek puan ortalamalarının AKB (+)'lar da daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Green ve ark yaptıkları çalışmada AKB olan ve olmayan hastalarda tedaviye başvurmadan geçen süreyi sırası ile 16,4 ve 14,4 (ay) olarak saptamışlardır (120). İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda da istatistiksel anlamlılık olmasa da AKB (+) hastaların, AKB (-) hastalara göre daha geç tedaviye başvurdukları saptanmıştır. Aynı çalışmada AKB (+) ve AKB (-) hastaların PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bizim

çalışmamızda ise PANSS ölçeği toplam, pozitif ve genel alt ölçekleri AKB (+) ve AKB (-) gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı bulunmuştur. PANSS toplam, pozitif ve genel alt ölçek puan ortalamaları AKB (+)'larda daha yüksektir.

Epidemiyolojik Alan Çalışmalarında (ECA) alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde % 20, kadınlarda % 10; alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı ise erkeklerde % 13.53, kadınlarda %2.82 olarak saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1992 yılında genel popülasyonda yapılan araştırma verilerine göre yaşam boyu alkol kullanım bozuklukları prevalansı % 18.2 olarak saptanmıştır (121). Türkcan ve arkadaşları İstanbul'un geneline uygun seçilen bir örnekleme % 25.6 oranında alkol kullanımı olduğunu bulmuşlardır (122). Çalışmamızda saptadığımız alkol kötüye kullanım oranı genel toplum oranından daha yüksektir. Bu sonuç, genel popülasyonla karşılaştırıldığında ilk atak psikoz hastalarında alkol kullanım bozukluğunun daha fazla görüldüğünü bildiren yayınlarla uyumludur (1).

### **Araştırma grubunda Madde Kullanım Bozukluklarının Dağılımı ve İlişkili Sonuçlar**

Çalışmamızda psikoz hastalarının yaşam boyu Esrar kullanım oranı %29.3 (24), yaşam boyu MDMA kullanım oranı % 9.75 (8), yaşam boyu LSD kullanım oranı %3.65 (3), yaşam boyu Uçucu madde kullanım oranı %3.65 (3), yaşam boyu Alprazolam kullanım oranı %1.21 (1) olarak saptanmıştır. En fazla kullanılan madde Kannabis'dir. MDMA, LSD, Uçucu madde ve Alprazolam kullananların tamamının yaşam boyu en az bir kez esrar kullandığı gözlenmiştir. Çalışmamızda Çoklu madde kullanım oranı %14.63 (12) olarak saptanmıştır. En sık gözlenen madde kombinasyonları, esrar ve MDMA'dir. Çalışmamızda esrar kullanım bozuklukları oranı % 20,73 (17) olarak bulunmuştur. Esrar dışında başka herhangi bir madde kullanım bozuklukları saptanmamıştır.

Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) tarafından yapılan araştırmaya göre şizofreni hastalarında madde kullanım bozukluğu oranı % 27.5 olarak saptanmıştır (1). Klinik çalışmalar ilk atak psikoz hastalarında yaşam boyu madde kullanımı ve

kullanım bozukluğu oranını % 40 olarak saptamıştır (3, 12,123). Sevy S ve ark. 118 ilk atak psikoz hastası ile yaptığı çalışmada % 23 oranında madde kötüye kullanımı saptanmıştır (13). Barners ve ark. tarafından 152 ilk atak psikoz hastası ile yapılan çalışmada ise madde kullanım oranı % 35 olarak bulunmuştur (105). Stone JM ve ark. 502 ilk atak psikoz hastası ile yaptıkları çalışmada kannabis kullanım oranını % 19, kannabis kullanım bozuklukları oranını ise % 23 olarak bulmuşlardır (119). Wade ve ark. kannabis kötüye kullanımını %41.7, diğer madde kötüye kullanımını % 14, çoklu madde kötüye kullanımını % 22 oranlarında bulmuşlardır (106). İngiltere’de yapılan başka bir çalışmada ise ilk atak psikoz hastalarında 1 yıllık madde kötüye kullanım prevalansı % 19.5 olarak saptanmıştır (12). Hambrecht M. H. tarafından yapılan bir çalışmada ilk atak psikoz hastalarında madde kötüye kullanım oranı % 23 bulunmuştur (83). Avustralya’da şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada 6 aylık madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı prevalansı % 26.8 ve yaşam boyu prevalans % 59.8 bulunmuştur. Bu oranlar Amerika’da %31-42, Fransa’da %27, İngiltere’de %18.7 olarak bulunmuştur (91,92,93). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki çalışmalarla tutarlı bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların % 1.21’inde, erkeklerin % 25.60’ında madde kullanım bozukluğu saptanmıştır. Bu duruma göre erkeklerde kadınlara göre madde kullanım bozuklukları çok daha fazladır. Yapılan diğer çalışmalarda da erkeklerde madde kullanımının kadınlardan yüksek olduğu gösterilmiştir ( 83, 124, 125, 126, 127).

Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri ve ölçek puanları karşılaştırıldığında; hastalığın başlangıcından tedaviye kadar geçen süre MKB (+) olanlarda  $23,00\pm34,73$ , MKB (-) olanlarda  $9,76\pm16,90$  olarak saptanmıştır. MKB (+) ile MKB (-) olan hasta grupları arasında tedaviye başvuruncaya kadar geçen süre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.028). Buna göre madde kullanım bozukluğu olanların olmayanlara göre daha geç tedaviye başvurdukları söylenebilir. Green ve ark. yılında yaptıkları çalışmada da madde kullanımı olanların, madde kullanım bozukluğu olmayanlara göre tedaviye daha geç başvurduklarını saptamıştır (120). MKB (+) grubu için PANNS toplam, negatif, pozitif ve genel puanları sırasıyla  $94,29\pm24,99$ ,  $18,52\pm10,27$ ,  $23,47\pm5,49$  ve  $52,30\pm5,75$  olarak bulunmuştur. MKB (-) olan hasta grubu için bu puanlar sırasıyla

77.04±18,28, 16,70±8.71, 17,38±8.71 ve 42,95±10.83 bulunmuştur. MKB (+) olan hastaların PANSS toplam, pozitif ve genel puanları, MKB (-) olan hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.02, p:0.001, p:0.003). Kamali M. ve ark. çalışmalarında madde kullanan ilk atak psikoz hastalarında pozitif semptomların daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (128). Benzer şekilde Green ve ark. madde kullanım bozukluğu olan ilk atak psikoz hastalarında ortalama PANSS pozitif puan şiddetini madde kullanım bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek bulmuşlardır (120).

Çalışmada en fazla kullanılan maddeler nikotin %50, alkol %28.1 ve esrardır %20.71. Ancak literatürdeki çalışmalarda ilk atak psikoz hastalarında nikotin kullanımını araştırılmadığı için yurt dışı kaynaklarda en fazla kullanım bozukluğu olan maddelerin alkol ve esrar olduğu belirtilmektedir (83, 124, 125, 126, 127). Çalışmamızın sonuçları literatürle tutarlıdır.

Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) tarafından yapılan araştırmaya göre şizofreni hastaları arasında herhangi bir madde kullanım bozukluğu görülme olasılığı genel popülasyona göre 4.6 kat daha fazladır (1). İngiltere örneklemini ile yapılan bir çalışmada ilk atak psikoz hastalarında madde kullanımını genel popülasyona göre 2 kat daha fazla bulunmuştur (11). Almanya'da yapılan bir çalışmada da sonuçlar benzer yöndedir (94). ECA çalışmasında madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı oranları sırasıyla % 15 ve % 13 bulunmuştur. Almanya'da yapılan bir çalışmada madde kötüye kullanımının 3 aylık sıklığı 2 ayrı grupta % 17.6 ve % 34.6 saptanmıştır (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1992 yılında genel popülasyonda yapılan araştırma verilerine göre yaşam boyu madde kullanım bozuklukları prevalansı % 6.05 olarak saptanmıştır (121). Bulgularımız, genel popülasyonla karşılaştırıldığında ilk atak psikoz hastalarında madde kullanım bozukluğunun daha fazla görüldüğünü bildiren yayınlarla uyumludur.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı; ilk atak psikoz hastalarında madde kullanım örüntülerinin ve sıklığının ve madde kullanımının demografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin araştırılmasıdır. Böylece bu konudaki ihtiyaçlar, tedavi planı, hizmet alanında öncelikler belirlenebilir. Bunun yanında son yıllarda gerek alkol ve madde kullanım oranlarındaki artış, gerekse ülkemizde bu alanda yapılmış çalışmaların az olması nedeniyle bu çalışma ile bu alana dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

Psikozun yıllık görülme sıklığı 10.000’de 1, yaşam boyu prevalansı ise % 0.5 ile %1.5 arasındadır. Bu yüzden ilk atak psikoz hastalarına ulaşmak kolay olmamıştır. Örneklem sayısının az olması araştırmanın kısıtlılığıdır. Madde kullanımı yasal sorunlar doğurabileceğinden ya da hastalar toplumsal olarak etiketlenmekten korktukları için madde kullanımlarını gizli tutabilmekte veya yanlış bilgi verebilmektedirler. Bu faktör de araştırmamızın sınırlılıklarından biridir. Ancak hastaların polikliniğimizde tedavi gören hastalardan seçilmesi ve sistematik güncellenen dosyalama sistemi olması bu eksiklikleri azaltmaktadır. Çalışmada verilerin bireysel görüşme yaparak çalışmacı tarafından toplanması verilerin güvenilirliğini arttırmaktadır.

Alkol- madde kullanım bozukluğunun varlığı psikotik bozukluğun tedaviye daha az yanıt vermesine sebep olan, tedaviye uyumu bozan, atak ve hospitalizasyon sayısını arttıran sonuç olarak hastalığın prognozu üzerinde negatif etki yaratan bir tablo oluşturmaktadır. Bunun dışında alkol ve madde kullanım bozukluğu kendi başına bireylerin iş, sosyal ve aile hayatlarını negatif yönde etkileyerek işlevselliklerini bozmaktadır. Özellikle psikotik hastalarda komorbiditenin çok yüksek oranlarda bildirilmesi bu hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğunun önemini arttırmaktadır.

Psikotik hastalarda ve genel toplumda alkol madde kullanım bozukluğu geliştirme açısından risk taşıyan bireylerin erken dönemde tespit edilmesi açısından daha spesifik ölçme yöntemlerinin geliştirilmesi önemlidir. Psikotik bozukluğun değerlendirilmesinde, eştanılar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi programlarında sadece psikotik bozukluk değil, alkol-madde kullanım bozukluğunun da ele alınması, gereken müdahalelerin yapılması psikotik bozukluğun prognozu açısından önemlidir.

## 7.KAYNAKLAR

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL ve ark. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264:2511–2518.
2. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2009;35:2:383-402.
3. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K ve ark. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin* 1990;16:31–56.
4. Buhler B, Hambrecht M, Löffler W, An Der HW, Hafner H. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse—a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophrenia Research* 2002;54:243–251.
5. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science* 1996;168:612-619.
6. Drake RE, Osher FC, Wallach BA. Alcohol use and abuse in schizophrenia: A prospective community and study. *The journal of nervous and mental disease* 1989;177;7:408-414.
7. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161:716–727.
8. Ruschena, D, Mullen PE, Burgess P, Cordner SM, Barrywalsh J, Drummer OH ve ark. Sudden death in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry: the journal of mental science* 1998;172:331–336.
9. Addington J, Williams J, Young J, Addington D. Suicidal behaviour in early psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109:116–120.

10. Khantzain EJ. The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 1985;142: 1259-1264.
11. Barnett JH, Werners U, Secher SM, Katherine EH, Rossa B, Masson K. ve ark. Substance use in a population-based clinic sample of people with first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:515-520.
12. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I ve ark. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1999;174:150–153.
13. Sevy S, Robinson DG, Solloway S, Alvir JM, Woerner MG, Bilder R, Gve ark. Correlates of substance abuse in patients with first episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;104:367-374.
14. Silver H, Abboud E. Drug abuse in schizophrenia: comparison of patients who began drug abuse before their first admission with those who began abusing drug and clinical correlates. *Schizophrenia Research* 1994;13:57-63.
15. Thornhill H, Clare, C, May R. Escape, Enlightenment and Endurance: Narratives of recovery from psychosis. *Anthropology and Medicine* 2004;11: 181-199.
16. Kruger, A. Schizophrenia: Recovery and Hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000;24:29-37.
17. Bentall, RP. *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. England: Penguin Books;2003.
18. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16:11-23.
19. Crow TJ. Craddock and Owen vs Kraepelin: 85 years late, mesmerised by "polygenes". *Schizophrenia Research* 2008;103(1-3):156-160.

20. Allot P, Loganathan L, ve Fulford KWM. Discovering hope for recovery from a British Perspective: a review of a selection of recovery literature; implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Mental Health* 2004; 21:13-33.
21. Amerikan Psikiyatri Birliği: APA. (2001) *DSM-IV TR: Tanı Ölçütleri El Kitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
22. McGorry PD, Edwards J, Mihailopoulos C, Harrigan SM, ve Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:305-326.
23. Salokangas RKR. Living situation, social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;96:459-468.
24. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laksa E, Siegel C, Wanderling J et al. Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:506-517.
25. Lieberman J, Jody D, Geisler S, Alvir J, Loebel A, Szymanski S et al. Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1993;50(5):369-376.
26. Michael T, Compton MD, Broussard B. *First Episode Psychosis: A Guide for People with Psychosis and Their Families*. New York: Oxford University Press; 2009.
27. Lieberman JA. Pharmacotherapy for patients with first episode, acute and refractory schizophrenia. *Psychiatric Annuals* 1996; 26:515-518.
28. Kane JM. Schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 1996;334:34-42
29. Verdoux H. Have the times come for early intervention in psychosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;103:321-322.
30. Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattson M, Wieselgren IM. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002;106:276-85.

31. Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2000;45:1-9.
32. Johnstone E, MacMillan JF, Frith CD, Benn DK, Crow TJ. Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry* 1990;157:182-189.
33. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *British Journal of Psychiatry* 2004;185:452-459.
34. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry* 1998;172:53-59.
35. Alanen YO, Ugelstad E, Armelius B, Lehtinen K, Rosenbaum B, Sjostrom R. Schizophrenia and psychotherapy. In Alanen YO, Ugelstad E, Armelius B, Lehtinen K, Rosenbaum B, Sjostrom R, editors. *Early treatment for schizophrenic patients: Scandinavian psychotherapeutic approaches*. Oslo: Scandinavian University, 1994: 15-27.
36. Bromet EJ, Jandorf L, Fennig S, Lavelle J, Kovasznay B, Ram R et. al. The Suffolk County Mental Health Project: demographic, premorbid and clinical correlates of 6-month outcome. *Psychological Medicine* 1996;26:953-962.
37. Wieselgren IM, Lindström LH. A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93:9-19.
38. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine* 2003;33:97-110.
39. Lieberman JA, Alvir JM, Koreen A, Geisler S, Chakos M, Sheitman B, Woerner M. Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1996;14:13-21.

40. Jenkins JH. Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. In: Jenkins JH, Barrett RJ editors. Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience. Cambridge: Cambridge University Press, 2004; p. 29-61.
41. Fishburne PM, Abelson HI, Cisin I. National Survey on drug abuse main finding [e-book]. Washington DC, US Government Printing Office; 1980 [cited 2010 September 23]. Available from NetLibrary database.
42. Ögel K, Tamer D, Karalı A, Çakmak D. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları El Kitabı [e book]. Amatem Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; 1998 [cited 2010 September 23]. Available from NetLibrary database.
43. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3(4): 242-246.
44. Latt N, Conigrave K, Saunders JB, Marshall EJ, Nutt D. Addiction Medicine. Oxford: Oxford University Press 2009.
45. De Leon J. Smoking and vulnerability for schizophrenia. Schizophrenia Buletin 1996;22:405-409.
46. Atabek E. Alkol ve İnsan. İstanbul: Kelebek Yayınları; 1997.
47. Coşkunol H. Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1996.
48. Davies M. The role of GABAA receptors in mediating the effects of alcohol in the central nervous system. Journal Psychiatry Neuroscience 2003; 28(4):263-274.
49. Soyka M, Taschner B, Clausius N. Neuroleptic treatment of alcohol hallucinosis: case series. Pharmacopsychiatry 2007;40(6):291-292.
50. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1. Ankara ;1997.
51. Amerikan Psikiyatri Birliği: APA. *DSM-V TR: Tanı Ölçütleri El Kitabı* ( E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2013.

52. Tevfik A, Uzbay İT. Kannabinoidler: Ödüllendirici ve Bağımlılık Yapıcı Etkilerinin Nörobiyolojisi ve Nöropsikofarmakolojisi Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi* 2006;7(3):140-149.
53. Çakmak D, Balkan R, Tüz C. Esrar etkileri ve Bağımlılığı. İstanbul;2006.
54. Joyce HL, Pedro H, Robert BM, John GL. Substance Abuse. Philadelphia:Lippincott Williams &Wilkins;2005.
55. D'Souza DC, Perry E, Macdougall L, Ammerman Y, Cooper T, Wu YT et. al. The psychotomimetic effects of intravenous delta-9- tetrahydrocannabinol in healthy individuals: implications for psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2004;29(8):1558-1572.
56. Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Jónsdóttir H et. al. Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;117:133-8.
57. Johanson CE, Fischman MW The pharmacology of cocaine related to its abuse. *Pharmacology Review* 1989;41(1):3-52.
58. Seiden LS, Sabol KE, Ricaurte GA. Amphetamine: effects on catecholamine systems and behavior. *Annual Review Pharmacology Toxicology* 1993 33:639-677.
59. White FJ, Kalivas PW. Neuroadaptations involved in amphetamine and cocaine addiction. *Drug Alcohol Dependence* 1998; 51(1-2):141-153.
60. Curran C, Byrappa N, McBride A. Stimulant psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2004 ;185(3):196-204.
61. Mahoney JJ, Kalechstein AD, De La Garza R, Newton TF. Presence and Persistence of Psychotic Symptoms in Cocaine- versus Methamphetamine-Dependent Participants. *American Journal on Addiction* 2008;17(2):83-98.
62. Batki SL, Harris DS. Quantitative drug levels in stimulant psychosis: relationship to symptom severity, catecholamines and hyperkinesia. *American Journal on Addiction* 2004;13(5):461-470.

63. Bolla KI, Cadet JL, London ED. The neuropsychiatry of chronic cocaine abuse. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 1998; 10(3):280-289.
64. Pechnick RN, Ungerlieder JT. Hallucinogens. In: Joyce HL, Pedro H, Robert BM, John GL editors. *Substance Abuse*. Philadelphia :Lippincott Williams &Wilkins, 2005: 313-321
65. Öztürk Ö, Genç Y, Beyazyürek M. Hallüsinojen kullanımıyla ilişkili akut ve kronik durumlar ile tedavi yaklaşımları. *Bağımlılık Dergisi* 2007;8(2):102-107.
66. Richard A . The Pharmacology of Classical Hallusinogens and Related Designer Drugs. In:Ries EK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R editors. *Addiction Medicine*. Philedelphia :Lippincott Williams &Wilkins, 2009:215-231.
67. Fantegrossi WE, Murnane KS, Reissig CJ. The behavioral pharmacology of hallucinogens. *Biochemical Pharmacology* 2008;75(1):17-33.
68. Geyer MA, Vollenweider FX. Serotonin research: contributions to understanding psychoses. *Trends in Pharmacological Sciences* 2008; 29(9):445-453
69. Carod FJ. Neurological syndromes associated with the ingestion of plants and fungi with a toxic component. *Nature Reviews Neurology* 2003;36(10):951-960.
70. Hermle L, Kovar KA, Hewer W, Ruchsow,M. Hallucinogen-induced psychological disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008;76(6):334-342.
71. Javitt DC, Zukin SR. Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *American Journal on Addiction* 1991; 148(10):1301-1308.
72. Lerner AG, Gelkopf M, Skladman I, Oyffe I, Finkel B, Sigal M et. al. Flashback and Hallucinogen Persisting Perception Disorder: clinical aspects and pharmacological treatment approach. *Israel Journal of Psychiatry Related Science* 2002;39(2):92-99
73. Özden YS. *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Alfabe Basım; 2004.
74. Balster RL, Cruz SL, Howard MO, Dell CA, Cottler LB. Classification of abused inhalants. *Addiction* 2009;104(6): 878-882.

75. Dinwiddie SH. Abuse of inhalants: a review. *Addiction* 1994;89:925-939.
76. Wu LT, Howard OM. Psychiatric disorders in inhalant users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 88:146–155.
77. Yucel M, Takagi M, Walterfang M, Lubman DI. Toluene misuse and long-term harms: A systematic review of the neuropsychological and neuroimaging literature. *Neuroscience & Biobehavioral Review* 2008; 32:910–926.
78. Filley CM, Halliday W, Kleinschmidt-DeMasters BK. The effects of toluene on the central nervous system. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology* 2004; 63:1-12.
79. Dankı D, Dilbaz N, Okay T. Madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozuklukta atipik antipsikotik tedavisi: bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi* 2005; 6:136-141.
80. Noeline L, Conigrave K, Saunders JB, Marshall EJ, Nutt D. *Addictional Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
81. McKenna GJ. Methadone And Opiate Drugs: Psychotropic Effect And Self-Medication. *Annals New York Academy of Sciences* 1982;398:44-53.
82. Brizer DA, Hartman N, Sweeney J, Millman RB. Effect of methadone plus neuroleptics on treatment-resistant chronic paranoid schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1985;142(9):1106-1107.
83. Hambrecht M, Hafner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry* 1996;40(11):55-63 .
84. Moore TH, Zammi S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et.al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370(9584):319-328.
85. Batel P. Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry: the journal of Association of European Psychiatrists* 2000;15(2):115-122.

86. Helzer JD, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Study on Alcohol* 1988;49(3):219-224.
87. Uzun Ö, Cansever A, Basolu C, Özşahin A. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey. *Drug Alcohol Dependence* 2003;70:187-192.
88. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24:443-55.
89. Brown, S. Substance misuse in a chronic psychosis population. *Psychiatric Bulletin* 1998; 22: 595-598.
90. Graham HL, Maslin J, Copello A, Birchwood M, Mueser KT, McGovern D et.al.. Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001;36, 448-455.
91. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Acute effect of drug abuse in schizophrenia patients: Clinical observations and patients self-report. *Schizophrenia Bulletin* 1991; 16,:69-79.
92. Dervaux A, Bayle FJ, Laqueille V, Bourdel MC, Le Borgne MH, Olie JP et.al. Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking or anhedonia? *American Journal of Psychiatry* 2001;158: 492-494.
93. Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TRE. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2001;179: 509-513.
94. Hambrecht M, Hafner H. Cannabis vulnerability, and the onset of schizophrenia: An epidemiological perspective. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry* 2000;34:46-475.
95. Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R et.al. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1993;242:362-372.

96. El-guebaly N, Hodgins DC. Schizophrenia and substance abuse: Prevalence issues. *Canadian Journal of Psychiatry* 1992;37:704-710.
97. Drake RE, Brunette MF. Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. In Galanter M, editor. *Recent developments in alcoholism the consequences of alcohol*. New York: Plenum Press, 1998:285-299.
98. Margolese HC, Malchy L, Negrete J, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: Levels and consequences. *Schizophrenia Research* 2003;188:1-10.
99. Addington J, Addington D. Effects of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1998;172(33):134-136.
100. Sorbara F, Liraud F, Abalan, Verdoux H. Substance use and the course of early psychosis: A 2 year follow up of first admitted subjects. *European Psychiatry* 2003;18:133-136.
101. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32
102. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A ve ark. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000;37: 82-86.
103. Gonzalez-Pinto A, Alberich S, Barbeito S, Gutierrez M, Vega P, Ibiiez B et. al. Cannabis and first-episode psychosis: Different long-term outcomes depending on continued or discontinued use. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37(3):631-639.
104. Clausen L, Hjørthøj CR, Thorup A, Jeppesen P, Petersen L, Bertelsen M et.al. Change in cannabis use, clinical symptoms and social functioning among patients with first-episode psychosis: a 5-year follow-up study of patients in the OPUS trial. *Psychological Medicine* 2014;44:117-126.
105. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM.. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2006;188:237-242.

106. Wade D, Harrigan S, Edwardsn J, Burgess PM, Whelan G, McGorry PD. Course of substance misuse and daily tobacco use in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*,2006;81(2-3):145-150.
107. Zhang XY, Chen DC, Xiu MH, Haile CN, He SC, Luo X et.al. Cigarette smoking, psychopathology and cognitive function in first-episode drug-naive patients with schizophrenia: a case-control study *Psychology Medicine* 2013;43(8):1651-60.
108. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:204-206.
109. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medical side effects. *American Journal of Psychiatry*1992;149:1189-1194.
110. Llerena A, De La Rubia A, Peias-Lledi EM, Diaz FJ, De Leon J. Schizophrenia and tobacco smoking in a Spanish psychiatric hospital.*Schizophrenia Research* 2003;60(2-3):313-317.
111. Gurpegui M, Martinez-Ortega JM, Aguilar MC, Diaz FJ, Quintana HM, De Leon J. Smoking initiation and schizophrenia: A replication study in a Spanish sample.*Schizophrenia Research* 2005;76(1):113-118.
112. DeLeon J, Dadvand M, Canuso C, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:453-455.
113. Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Archives of general psychiatry* 2001;58(9):810-816.
114. Roberts B, Gilmore A, Stickley A, Kizilova K, Prohoda V, Rotman D et. al. Prevalence and psychosocial determinants of nicotine dependence in nine countries of the former soviet union. *Nicotine and Tobacco Research*, 2013;15(1): 271-276.
115. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Halkın Sağlık Eğitimi Aylık Faaliyet Raporu Kılavuzu, Ankara; 2008

116. Adelekan ML, Abiodun OA, Obayan AO, Oni G, Ogunremi OO. Prevalence and pattern of substance use among undergraduates in a Nigerian University. *Drug Alcohol Dependence* 1992;29(3):255-61.
117. Karam E, Melhem N, Mansour C, Maoulouf W, Saliba S, Chami A. Use and abuse of licit and illicit substances; prevalence and risk factors among students in Lebanon. *European Addiction Research* 2000;6(4):189-97.
118. Hansen MA, Schumacher C, Ingle DE, Middaugh JP, Mehrkens HL. Tobacco use among Alaska youth. *Alaska Medicine* 1996;38(1):26-30.
119. Stone JM, Fisher B, Major B, Chisholm J, Woolley J, Lawrence N et.al. Young on behalf of the MiData Consortium; Cannabis use and first-episode psychosis: relationship with manic and psychotic symptoms and with age at presentation. *Psychological Medicine* 2014;44:499–506.
120. Green AI, Tohen MF, Hamer RM, Strakowski SM, Lieberman JA, Glick I et.al. First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: Acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophrenia Research*,2004;66(2-3):125-135.
121. Drinking In The United States: Main Findings From The 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) 1998;6:20:67.
122. Türkcan A, Akvardar Y, Aytaçlar S. İstanbul'da alkol kullanımının yaygınlığı. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Antalya;1997.
123. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry* 1990; 48: 224-230.
124. Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J, Carlson G, Kvasznay B, Schwartz JE. Prevalence and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients. *Psychological medicine* 1998;28(6): 1411-1419.
125. DeQuardo JR, Carpenter CF, Tandon R. Patterns of substance abuse in schizophrenia: Nature and significance. *Journal of Psychiatric Research* 1994;28(3):267-275.

126. Arndt S, Tyrrell G, Flaum M, Andreasen NC. Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment. *Psychological medicine* 1992;22(2):379-388.
127. Zisook S, Heaton R, Moranville J, Kuck J, Jernigan T, Braff D. Past substance abuse and clinical course of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 1992;149(4):552-553
128. Kamali M, McTigue O, Whitty P, Gervin M, Clarke M, Browne S et.al. Lifetime history of substance misuse in first-episode psychosis: prevalence and its influence on psychopathology and onset of psychotic symptoms. *Early Intervention in Psychiatry* 2009;3(3):198-203.

## 8.EKLER

### EK-1

**Ege Üniversitesi**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM**

**Projenin Başlığı:** İlk Epizod Psikoz Hastalarında Alkol ve Madde Kullanımının Klinik ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi

**Araştırmacılar:** Doç.Dr. Bülent Kayahan, Nilüfer Şener

**Çalışmanın Başlama Tarihi**

01.10.2010

**Çalışmanın Bitiş Tarihi**

**Araştırmanın Tanıtımı ve Amacı:** Bu çalışmada ilk epizod psikoz hastalarındaki alkol ve madde kullanımının klinik ve demografik değişkenlere göre araştırılması amaçlanmaktadır.

**Araştırmanın Prosedürü:** Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizden nikotin, alkol ve madde kullanımınız ile ilgili bilgiler alınacaktır. Tam olarak anlamadığınız tüm soruları sorabilirsiniz. Bunun yanında görüşmeyi yapan klinisyen depresyon ölçeği ile negatif pozitif semptom ölçeklerini görüşme sırasında sizden aldığı bilgiler doğrultusunda dolduracaktır.

**Araştırmanın Riskleri ve Yaratabileceği Rahatsızlıklar:** Bu araştırmanın beklenen hiçbir riski veya yaratabileceği rahatsızlık yoktur. Kendi hakkınızda cevaplamamız gereken bazı sorularda kendinizi çok rahatsız hissederseniz bu soruları yanıtlamayabilirsiniz.

**Yararlar:** Bu araştırma sonunda elde edebileceğimiz bulgular, ilgili literatüre katkı sağlamanın yanı sıra sizin de kendinizle ilgili farkındalık kazanmanızda yararı olacaktır.

**Gizlilik:** Kayıtların gizli tutulacağından emin olabilirsiniz. Araştırmanın bulguları yayınlansa bile isminiz hiçbir materyalde görünmeyecektir.

**Araştırmayı Bırakma:** Bu araştırmaya katılmanız tamamen sizin seçiminizdir. Katılmayı reddedebilir ya da araştırmadan istediğiniz an herhangi bir cezai işleme ya da bir kayba uğramaksızın çekilebilirsiniz.

**Onay:** Gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirilmiş onayı okudum ve anladım. Onayımı geri çekebileceğimi ya da istediğim zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebileceğimi ve bırakabileceğimi anladım.

---

**Katılımcının imzası**

**Tarih**

**EK-2**

**İLK ATAK PSİKOZ VE ALKOL SİGARA MADDE KULLANIMI  
ARAŞTIRMASI  
SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU**

|                                    |   |  |  |   |
|------------------------------------|---|--|--|---|
| <b>Cinsiyet :</b>                  | <input type="checkbox"/> Erkek                | <input type="checkbox"/> Kadın                             |  |   |
| <b>Doğum Tarihi:</b>               |   |  |  |   |
| <b>Medeni Durum:</b>               | <input type="checkbox"/> Bekar                | <input type="checkbox"/> Evli                              | <input type="checkbox"/> Eş vefat                  | <input type="checkbox"/> Boşanmış /<br>Ayrı     |
| <b>Eğitim Durumu :</b>             | <input type="checkbox"/> Okur-<br>yazar değil | <input type="checkbox"/> Okur-yazar                        | <input type="checkbox"/> İlkokul                   | <input type="checkbox"/> Ortaokul               |
|                                    | <input type="checkbox"/> Lise                 | <input type="checkbox"/> Üniversite                        | <input type="checkbox"/> Üniversite üstü           |   |
| <b>Mesleki Durum :</b>             | <input type="checkbox"/> İşsiz                | <input type="checkbox"/> Öğrenci                           | <input type="checkbox"/> Serbest Meslek            | <input type="checkbox"/> Memur                  |
|                                    | <input type="checkbox"/> İşçi                 | <input type="checkbox"/> Emekli                            | <input type="checkbox"/> Diğer.....                |   |
| <b>Askerlik :</b>                  | <input type="checkbox"/> Tecilli              | <input type="checkbox"/> Hastalığı ne-<br>deniyle yapmamış | <input type="checkbox"/> Yapmış                    | <input type="checkbox"/> Askerde<br>hastalanmış |
| <b>Sosyal Güvence :</b>            | <input type="checkbox"/> Yok                  | <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı                    | <input type="checkbox"/> SSK                       | <input type="checkbox"/> Bağ Kur                |
|                                    | <input type="checkbox"/> Yeşil<br>Kart        | <input type="checkbox"/> Özel                              | <input type="checkbox"/> Diğer.....                |   |
| <b>Sosyoekonomik du-<br/>rum:</b>  | <input type="checkbox"/> Düşük                | <input type="checkbox"/> Orta                              | <input type="checkbox"/> Yüksek                    |   |
| <b>Şimdiki Yaşam Bi-<br/>çimi:</b> | <input type="checkbox"/> Ailesiyle<br>yaşiyor | <input type="checkbox"/> Akrabalarıyla<br>kalıyor          | <input type="checkbox"/> Arkadaşlarıyla<br>yaşiyor | <input type="checkbox"/> Yalnız yaşı-<br>yor    |
|                                    | <input type="checkbox"/> Diğer.....           |  |  |   |

**Hastalığın Başlangıcından İlk Tedaviye Kadar Geçen Süre :.....( ay )**

**Daha önce psikiyatrik yardım aldınız mı?**

Evet

Hayır

**Yanıtınız evet ise:**

Teşhis:.....

Kullanılan ilaçlar:.....

Tedavi süresi:.....

**PSİKOZ HASTALARINDA NİKOTİN KULLANIM SIKLIĞI ANKET  
FORMU**

**1) Hiç Sigara İçtiniz mi?**

Evet  Hayır

**2) Günde Ne Kadar Sigara İçiyorsunuz?.....**

**3) Kaç Yılda Beri Sigara İçiyorsunuz ?.....**

**4) Ne Zamandan Beri Paket Taşıyorsunuz?.....**

**5) Hiç Sigara İçmeyi Bırakmayı Denediniz mi?**

Evet  Hayır

**6) Kaç Kez Sigara İçmeyi Bırakmayı Denediniz ?.....**

**7) Ne Kadar Süreyle Sigara İçmeyi Bırakmayı Denediniz ?..... (birden fazla denemeniz olduysa her bir denemeniz için sigarayı içmeyi bırakma sürenizi belirtiniz)**

**8) Sigara İçtiğiniz Dönemlerde Hastalık Belirtilerinde Azalma Oldu mu?**

Evet  Hayır

**9) Sigara İçtiğiniz Dönemlerde Hastalık Belirtilerinde Artma Oldu mu?**

Evet  Hayır

## PSİKOZ HASTALARINDA ALKOL KULLANIM SIKLIĞI ANKET FORMU

1) Alkol Kullanıyor musunuz?

- Evet  Hayır

2) İlk alkol aldığınızda kaç yaşındaydınız?.....

3) Ne Kadar Sıklıkla Alkol Kullanıyorsunuz ?.....

- Her gün  
 Haftada 3-4 gün  
 Haftada 1-2 gün  
 Ayda 1-3 gün  
 Ayda 1'den az  
 Sadece özel günlerde  
 Kullanmıyorum

4) Ne Kadar Miktarda Alkol Kullanıyorsunuz ?(...şişe/...kadeh v.b.)  
Günde.....

Haftada.....

5) Ne Kadar Zamandır düzenli Alkol Kullanıyorsunuz ?.....

6) En çok aldığımız alkollü içki türü hangisidir?

- a) Bira e) Likör  
b) Rakı f) Votka  
c) Sarap g) Cin  
d) Viski h) Diğer (Yazınız).....

7) En son ne zaman alkollü içki içtiniz?.....

8) Kullandığımız Alkol Miktarını Arttırmak İhtiyacını Hissettiniz mi ?

- Evet  Hayır

9) Kullandığımız Alkol Miktarı Aynı Olmasına Rağmen Alkolün eskisine göre daha az

etkilediğini fark ettiğiniz oldu mu?

- Evet  Hayır

Yanıtınız Evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız Hayır ise bir sonraki soruya geçiniz.

9A) Aynı miktarda alkol almanıza rağmen alkolün fiziksel etkilerinde azalma olduğunu fark ettiğiniz oldu mu?

- Evet  Hayır

**10) Alkol Kullanmadığınız Dönemlerde Kendinizi Huzursuz Ve Sıkıntılı Hisseder misiniz?**

Evet  Hayır

**11) Alkol Kullanmadığınız Dönemlerde Sıkıntınızı Azaltmak İçin Alkol Kullandığınız Oldu mu?**

Evet  Hayır

**12) Hiç Alkolü Bırakmayı yada Azaltmayı Denediniz mi?**

Evet  Hayır

**13) Kaç Kez Bırakmayı Denediniz?.....**

**14) Her bir Alkol Bırakma Denemenizde Ne Kadar Süreyle Alkol Kullanmayı Durdurdunuz ?**

**15) Alkol Almaya Başladıktan Sonra Yakınlarınızın (Anne, Baba, Eş, Çocuk ve ya Arkadaş)Yardımlı Olmadan İçmeyi Durdurabilir misiniz?**

Evet  Hayır

**16) Alkol Kullanmak, Alkol Bulmak ve Alkolün Etkilerinden Kurtulmak İçin Çaba Harcadığınız Oldu mu?**

Evet  Hayır

**17) Alkol Kullandığınız İçin Sizinle Yakınlarınız ( Eş, anne ,baba, çocuk, arkadaş ) Arasında Sorun Yaşadığı Oldu mu ?**

Evet  Hayır

**18) Alkol Kullandığınız İçin İşte veya Okulda Sorun Yaşadığınız Oldu mu?**

Evet  Hayır

**19) Alkol Kullandığınız Yasalarla Sorun Yaşadığınız Oldu mu? (trafik kazası yada tartışma...)**

Evet  Hayır

**Yanıtınız Evet ise Kaç kere.....**

**20) Alkol Kullandığınız İçin Sağlık Sorunu Yaşadığınız Oldu mu?**

Evet  Hayır

**21) Alkol Kullandığınız İçin Bir Psikiyatriste Başvurdunuz mu?**

Evet  Hayır

**22) Alkol Kullandığınız Zamanlarda Hastalık Belirtilerinde Artma Oldu mu?**

Evet  Hayır

**23) Alkol Kullandığınız Zamanlarda Hangi Belirtilerinizde Azalma Oldu mu?**

**24) Alkol Kullandığınız Zamanlarda Kendinize Ve ya Çevrenize Saldırgan Davranışlarınızda Artma Oldu mu?**

Evet  Hayır

**25) Alkol Kullandığınız Dönemlerde Hiç İntihar Girişiminde bulundunuz mu?**

Evet  Hayır

Yanıtınız Evet ise

Kaç kez intihar girişiminde bulundunuz? ..... kez

Ne şekilde yaşamınızı sonlandırmaya çalıştınız?.....

**26) Ailenizde Alkol Kullanan Bireyler Var mı?**

Evet  Hayır

Belirtiniz.....

## PSİKOZ HASTALARINDA MADDE KULLANIM SIKLIĞI ANKET FORMU

1) Aşağıdaki Maddelerden Herhangi Birini Kendinizi İyi Hissetmek Veya Sıkıntınızı Azaltmak İçin Kullandınız mı?

|                           | EVET | HAYIR |
|---------------------------|------|-------|
| Metilfenidat ( ritalin )  |      |       |
| MDMA ( Extasy )           |      |       |
| Kafein                    |      |       |
| Esrar                     |      |       |
| Halusinojen( LSD )        |      |       |
| Uçucu Madde               |      |       |
| Eroin                     |      |       |
| Morfin                    |      |       |
| Pethidin ( Dolantin )     |      |       |
| Methadon                  |      |       |
| Fensiklidin ( Melek Tozu) |      |       |
| Nervium, Xanax            |      |       |
| İmovan                    |      |       |
| Akineton                  |      |       |
| Kokain                    |      |       |
| Yeşil Reçeteli İlaçlar    |      |       |
| Diğer                     |      |       |
|                           |      |       |
|                           |      |       |

**Bu maddeyi ya da maddeleri ilk kez kaç yaşındayken kullandınız?  
Kullandığınız maddenin karşısına yazınız.**

|                          | Yaş |                           | Yaş |
|--------------------------|-----|---------------------------|-----|
| Metilfenidat ( ritalin ) |     | Pethidin ( Dolantin )     |     |
| MDMA ( Extasy )          |     | Methadon                  |     |
| Kafein                   |     | Fensiklidin ( Melek Tozu) |     |
| Esrar                    |     | Nervium, Xanax            |     |
| Halusinojen( LSD )       |     | İmovan                    |     |
| Uçucu Madde              |     | Akineton                  |     |
| Eroin                    |     | Kokain                    |     |
| Morfin                   |     | Yeşil Reçeteli İlaçlar    |     |

**İlk kullandığınız madde hangisiydi?....**

**2) Ne Kadar Sıklıkla Maddeyi Kullanıyorsunuz?(Haftada, Günde.... kez)  
(Kullandığınız her bir maddenin yanındaki boşluğa yazınız)**

|                          | Gün/Hafta<br>...kez |                           | Gün/Hafta<br>...kez |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| Metilfenidat ( ritalin ) |                     | Pethidin ( Dolantin )     |                     |
| MDMA ( Extasy )          |                     | Methadon                  |                     |
| Kafein                   |                     | Fensiklidin ( Melek Tozu) |                     |
| Esrar                    |                     | Nervium, Xanax            |                     |
| Halusinojen( LSD )       |                     | İmovan                    |                     |
| Uçucu Madde              |                     | Akineton                  |                     |
| Eroin                    |                     | Kokain                    |                     |
| Morfin                   |                     | Yeşil Reçeteli İlaçlar    |                     |

**3) Ne Kadar Miktarda X'..... Maddesini Kullanıyorsunuz?(.....adet)**

|                          | Gün/Hafta<br>...kez |                           | Gün/Hafta<br>...kez |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| Metilfenidat ( ritalin ) |                     | Pethidin ( Dolantin )     |                     |
| MDMA ( Extasy )          |                     | Methadon                  |                     |
| Kafein                   |                     | Fensiklidin ( Melek Tozu) |                     |
| Esrar                    |                     | Nervium, Xanax            |                     |
| Halusinojen( LSD )       |                     | İmovan                    |                     |
| Uçucu Madde              |                     | Akineton                  |                     |
| Eroin                    |                     | Kokain                    |                     |
| Morfin                   |                     | Yeşil Reçeteli İlaçlar    |                     |

**(Kullandığınız her bir maddenin yanındaki boşluğa yazınız)**

**4) Ne Kadar Zamandan Beri X'..... Maddesini kullanıyorsunuz?(kullandığınız madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

**4A)İlk düzenli kullanmaya başladığınız madde hangisiydi?**

**5) Son bir ay içinde X'..... Maddesini kullandınız mı? (kullandığınız madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

**6) Kullandığınız X'..... Maddesinin Miktarını Arttırmak İhtiyacını Hissettiniz mi? (kullandığınız madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**7) Kullandığınız X'..... Maddesinin Miktarı Aynı Olmasına Rağmen X'..... Maddesinin Fiziksel Etkilerinde Azalma Oldu mu?(kullandığınız madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**8) X'.....Maddesini Kullanmadığınız Dönemlerde Kendinizi Huzursuz Ve Sıkıntılı Hisseder misiniz?(kullandığınız madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**9) Bu Dönemlerde Sıkıntınızı Azaltmak İçin X'..... Maddesini Kullandığınız Oldu mu? (kullandığınız madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**10) Hiç X'..... Maddesini Bırakmayı Denediniz mi? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**11) Kaç Kez Bırakmayı Denediniz?.....**

**12) Ne Kadar Süreyle X'..... Maddesini Bırakmayı Başardınız?.....**

**13) X'..... Maddesini Kullanırken Yakınlarınızın ( Anne, Baba, Eş, Çocuk Arkadaş Uyarısı Olmadan Kullanmayı Bırakabilir misiniz? ? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**14) X'..... Maddesini Kullanmak, X'..... Maddesini Bulmak veya X'..... Maddesinin Etkilerinden Kurtulmak İçin Çok Zaman Harcadığınız Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**15) X'..... Maddesini Kullandığımız İçin Sizinle Yakınlarımız ( Eş ,anne, baba , çocuk, arkadaş ) Arasında Sorun Yaşadığı Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**16) X'..... Maddesini Kullandığımız İçin İşte veya Okulda Sorun Yaşadığımız Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**17) X'..... Maddesini Kullandığımızda Yasalarla Sorun Yaşadığımız Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**18) X'..... Maddesini Kullandığımız İçin Sağlık Sorunu Yaşadığımız Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**19) X'..... Maddesini Kullandığımız İçin Bir Psikiyatriste Başvurdunuz mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**20) X'.....Maddesini Kullandığımız Zamanlarda Hastalık Belirtilerinde Artma Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**21) X'.....Maddesini Kullandığımız Zamanlarda Hastalık Belirtilerinde Azalma Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**22) X'.....Maddesini Kullandığınız Zamanlarda Kendinize Veya Çevrenize Saldırgan Davranışlarınızda Artma Oldu mu? ? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**23) X'.....Maddesini Kullandığınız Dönemlerde Hiç İntihar Girişiminde Bulundunuz mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**24) X'.....Maddesini Kullandığınız Zamanlarda İlaçların Yan Etkilerinde Azalma Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**25) X'.....Maddesini Kullandığınız Zamanlarda İlaçların Yan Etkilerinde Artma Oldu mu? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

**26) Ailenizde X'..... Maddesini Kullanan Bireyler Var mı? (madde ya da maddelerin isimlerini belirterek yanıtlayınız)**

Evet  Hayır

Belirtiniz.....

## EK-3

### Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

**1. Depresyon:** Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısından fazlasında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

**2. Umutsuzluk:** Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok

1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor.

2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

**3. Değersizlik Duygusu:** Başka insanlarla karşılaştırdığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor.

2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanının yarısının azında

3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor.

**4.Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri:** Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı?

Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. Yok

1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

**5. Patolojik Suçluluk:** Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

**6. Sabah Depresyonu:** Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok

1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

**7. Erken Uyanma:**Sabahları normalden daha erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok

1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor 2. Orta: Coğunlukla (haftada en fazla 5 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor 3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

**8. Özkıyım:** Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok

1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır

3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn: şans eseri farkedilme yada etkisiz yöntem)

**9.Gözlenen Depresyon:** Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözle için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok

1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir.

2. Orta: Kişi görüşme boyunca sikkın, tek düze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir.bazen ağlar ya da ağlamaklı olur.

3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

**EK-4****POZİTİF NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ**

|     |  |                             |
|-----|--|-----------------------------|
| P1  | Sanrılar   | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| P2  | Düşünce Dağınıklığı                              | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| P3  | Varsanılar                                       | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| P4  | Taşkınlık  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| P5  | Büyüklik duyguları                               | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| P6  | Şüphencilik/kötülük görme                        | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| P7  | Düşmanca tutum                                   | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| N1  | Duygulanımda küntleşme                           | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| N2  | Duygusal içecekilme                              | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| N3  | İlişki kurmada güçlük                            | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| N4  | Pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme   | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| N5  | Soyut düşünme geçülüğü                           | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| N6  | Konuşmanın kendiliğinden- akııcı olmasının kaybı | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| N7  | Stereotipik düşünme                              | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G1  | Bedensel kaygı                                   | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G2  | Anksiyete  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G3  | Suçluluk duyguları                               | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G4  | Gerginlik  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G5  | Manyerizm ve vücut duruşu                        | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G6  | Depresyon  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G7  | Motor yavaşlama                                  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G8  | İşbirliği kuramama                               | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G9  | Olağandışı düşünce içeriği                       | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G10 | Yönelim bozukluğu                                | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G11 | Dikkat azalması                                  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G12 | Yargılama ve içgörü eksikliği                    | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G13 | İrade bozukluğu                                  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G14 | Dürtü bozukluğu                                  | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |

|     |                              |                             |
|-----|------------------------------|-----------------------------|
| G15 | Zihinsel aşırı uğrası        | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |
| G16 | Aktif biçimde sosyal kaçınma | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) |

## ÖZGEÇMİŞ

Nilüfer Şener 1984 yılında Manisa'da doğdu. İlköğrenimden sonra, İzmir Atakent Anadolu Lisesi'ni tamamladı. 2007 yılında Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümünü bitirdi. Mezuniyetinin ardından 1 yıl süre ile bir özel eğitim merkezinde çalıştıktan sonra, 2009-2012 yılları arasında Ege Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık biriminde psikolog olarak çalıştı. 2009 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programına başladı. 2010 yılında Hipnoz enstitüsünden Hipnoz eğitimini tamamladı. 2012 yılında Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışmaya başladı ve şu an grup ve bireysel terapiler ile psikoeğitim gruplarını devam ettirmektedir. Halen İleri Düzey Transaksiyonel Analiz, Psikodrama ve Aile Danışmanlığı eğitimlerine devam etmektedir.