

Buprenorfin/Nalokson Yerine Koyma Tedavisinin Erken Döneminde Tedavi Başarısını Öngören Faktörler*

Cavid Guliyev^a

Anka Psikiyatri ve Psikoterapi Tıp Merkezi

L. İlhan Yargıç^b

İstanbul Üniversitesi

Öz

Opiyat bağımlılığı kronik ve yineleyici bir hastalıktır. Opiyat bağımlılığı tedavisi sırasında hastaların, opiyat ya da başka bağımlılık yapıcı maddeler kullanmaları ve tedaviden sonra opiyat kullanımına geri dönmeleri oldukça sık görülür. Bu çalışmanın amacı buprenorfin/nalokson kombinasyonu ile yapılan opiyat yerine koyma tedavisine yanıtı belirleyen faktörleri saptamaktır. Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yataklı Servisi'nde yatan ve taburcu edildikten sonra Bağımlılık Polikliniği'nde buprenorfin/nalokson yerine koyma tedavisi uygulanan 50 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Tedavinin başlangıcında hastalara Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi, Levenson Psikopati Ölçeği, Görsel Analog Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği uygulandı. Üç ayın sonunda tedaviye devam eden hastalar başarılı kabul edildi. Tedaviye üç ay devam eden hastalarla daha erken ayrılan hastalar başlangıçta elde edilen ölçek puanları açısından karşılaştırıldı. Araştırmamızda yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet, madde kullanım şekli, stres, tıbbi durum, iş-destek durumu, madde ve alkol kullanımı, yasal durum, aile-sosyal ilişkiler, psikiyatrik durum, maddeye aşırma, kişilik özellikleri, psikopati düzeyi ve sosyal (çevresel) etkenlerin erken dönem tedavi başarısını öngöremediği saptanmıştır. Bu çalışma buprenorfin/nalokson yerine koyma tedavisine iyi cevap veren belli bir hasta tipi olmadığını, tedavi için başvuran her hastanın tedaviden yararlanma olasılığı olduğunu ve bu konuda önyargılarla hareket edilmemesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Opiyat bağımlılığı • Eroin • Tedavi • Öngörücü faktörler • Buprenorfin • Yerine koyma tedavisi

* Bu çalışma Dr. Cavid Guliyev'in Prof. Dr. L. İlhan Yargıç danışmanlığında hazırlanan aynı başlıklı uzmanlık tezinden üretilmiştir.

a Dr. Cavid Guliyev, Özel Anka Psikiyatri ve Psikoterapi Tıp Merkezi, Malatya

Çalışma alanları: Eroin bağımlılığı

Elektronik posta: cavid00@yahoo.com

b Yetkilendirilmiş yazar

Prof. Dr. L. İlhan Yargıç, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Fatih, İstanbul 34930

Çalışma alanları: Bağımlılıklar; Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Elektronik posta: iyargic@hotmail.com

Opioid bağımlılığı; kronik, yineleyici, dünyada birçok insanı etkileyen ve git-tikçe yaygınlaşan bir hastalıktır (Tellioglu, 2010). Kişiyeye ve topluma verdiği zararlar nedeniyle opiyat bağımlılığının tedavisi oldukça önemlidir. Bağımlılık tedavisi; farmakolojik yaklaşımların yanı sıra psikososyal değişkenlere dikkat edilerek uygulanacak geniş kapsamlı bir tedavi ve rehabilitasyon programı gerektirir. Klasik (abstinens yönelimli) tedavi modelleri ile tedavi edilen opiyat bağımlılarında relapslar çok sık ve çabuk görülmektedir. Opiyat agonist (yerine koyma) tedavisinin opiyat bağımlısı hastaların eroinden tamamen ya da kısmen uzak kalabilme olasılığını arttırdığı bilinmektedir. Ancak agonist sürdürüm tedavisi alan opiyat bağımlısı hastaların dahi %50'sinden fazlasının tedavinin ilk üç haftası içinde ya tedaviyi bıraktığı ya da tedaviden çıkarıldığı tahmin edilmektedirler (Petry ve Bickel, 1999).

Türkiye'de, T.C. Sağlık Bakanlığı opiyat yoksunluğundan arındırma ve opiyat yerine koyma tedavilerinde buprenorfin/nalokson kombinasyonu içeren dilaltı tabletlerin kullanımını onaylanmıştır. Buprenorfin kısmi bir opiyat agonistidir ve kötüye kullanıma potansiyeli tam agonistlere göre oldukça düşüktür. Opiyat kötüye kullanımından uzak kalmayı başaramayan kişilerde, nüks ile oluşabilecek riskler nedeniyle, idame tedavi (opiyat yerine koyma tedavisi) uygulanır. Buprenorfin ile idame tedavisinin opiyat kullanıcılarını tedavide tutma, yasa dışı madde kullanımını azaltma, HIV yayılmasını önleme ve hastaların sosyal yaşamlarını düzene koyma yönünden etkinliği kanıtlanmıştır (Gowing ve Ali, 2006).

Tedavi programına uzun süre devam eden ve maddeden uzak kalan kişilerin, diğer bir deyişle tedavi sonuçları iyi olan kişilerin, bireysel bazı özellikleri bakımından diğerlerinden farklı olduğu görülmektedir. Madde bağımlılığı tedavisinde başarıyı öngören faktörler; kişisel faktörler (kişilik özellikleri, eş tanılar, antisosyal kişilik bozukluğu, psikopati ve madde kötüye kullanımı, motivasyon), kişilerarası faktörler (akran grubu, aile ilişkileri), çevresel faktörler (kullanılan maddeye erişebilme kolaylığı, sosyal ortam) ve sosyodemografik faktörler (cinsiyet, yaş, yasadışı madde kullanımı, suçta karışma) olarak sınıflandırılabilir (Turan, 2010). Tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında; yüksek eğitim seviyesi, iş imkânlarının fazlalığı, tedaviye başlarken yüksek motivasyon sahibi olmak, tedavi sırasında sağlık uzmanları ile iyi ilişkiler geliştirmek, ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olması, büyük yaşta olmak ve yüksek sosyoekonomik statü bulunmaktadır (Howard ve McCaughrin, 1996;

Vogt, 2000). Bu konuda yapılmış pek çok araştırma vardır ancak bu araştırmalar, evrenleri (hapisanede kalan ya da tahliye olanlar, denetim altındakiler vb.), katılımcıların sosyodemografik özellikleri, süreleri ve yöntemleri açısından farklılıklar gösterdiklerinden karşılaştırma yapmak zordur.

Türkiye’de 20 adet Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi bulunmaktadır ve bu merkezlerde 500 civarında yatak vardır. Opiyat bağımlılığı tedavisi yapan merkez sayısı oldukça kısıtlıdır ve T.C. Sağlık Bakanlığı yeni merkezlerin açılması için çalışma yürütmektedir. Türkiye’de opiyat bağımlılığı tedavisinin sonuçlarıyla ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Bu araştırmada tedavi programına alınan opiyat bağımlılarının tedavi programlarını başarıyla tamamlamalarına imkân sağlayan ve başarısızlığa yol açabilecek etkenlerin belirlenmesi ve incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlarla tedaviye uyumu kötü olabilecek hastalar henüz sürecin başında belirlenip tedavinin başarıyla sonuçlanmasını arttıracak önlemler alınması planlanmıştır.

Yöntem

Örnekleme

Bu çalışma ön test-son test, tekrarlayan ölçümlü deneysel modelin kullanıldığı doğal bir takip çalışmasıdır. Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda Temmuz - Eylül 2011 tarihlerinde opiyat bağımlılığı tanısıyla izlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaşları arasındaki ardışık 50 hasta çalışmaya alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Algılanan Stres Ölçeği (Cohen ve Williamson, 1988); yanıtlayıcının yaşamını ne ölçüde katlanılamaz, kontrol edilemez ve aşırı yüklü olarak algıladığına bağlı olarak yaşanan stresin düzeyini ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireylerden belirli duyguları ya da düşünceleri son bir ay içerisinde ne sıklıkta yaşadıklarını 0 (hiç) ile 5 (çok sık) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. Maddelerden alınan puanlar toplama

arak yanıtlayıcının algıladığı stres düzeyi belirlenmekte ve yüksek puan, algılanan stres düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık Cronbach Alfa katsayısı .84; iki gün arayla gerçekleştirilen iki ölçüm sonucunda elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .85 olarak bulunmuştur.

Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması Yerlikaya ve İnanç (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmada ölçeğin güvenilirliğini sınamak üzere hesaplanan iç tutarlık Cronbach Alfa katsayısının .84 olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçları ASÖ Türkçe çevirisinin yeterli iç tutarlılığa ve ölçüt geçerliğine sahip olduğu yönündedir.

Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞÖ): Bağımlılık şiddetini belirlemek üzere geliştirilen bu ölçek (McLellan, 1980), 140 maddeden oluşan yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır. Alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan hastalarda, kullanılan alkolden ve maddeden dolayı ortaya çıkan tıbbi, mesleki, yasal, ailesel ve psikiyatrik sorunları belirleyerek bu alanlarda tedaviye olan gereksinimin miktarını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Bu ölçek; tıbbi durumla ilgili 11 madde, iş destek durumuyla ilgili 24 madde, yasal durumla ilgili 30 madde, alkol ve madde kullanımı ile ilgili 27 madde, aile-sosyal ilişkilerle ilgili 26 madde ve psikiyatrik durumla ilgili 22 madde içeren 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekte görüşmeci her sorun alanının şiddetini 10'lu (0-9) derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ölçek, hastanın her bir alanda yaşamı boyunca ve son 30 günde yaşadığı sorunların görüşmeci tarafından belirlenen önemini ve şiddetini yansıtmaktadır. Puanların yükselmesi bireyin tedavi veya danışma gereksiniminin fazla olduğunu göstermektedir (Demirbaş, 2003).

Görüşme süresi 45 dakika ila 60 dakika arasında değişmektedir (Demirbaş, 2003). Ölçeği kullanabilmek için eğitim almak gereklidir. Bu çalışmanın ikinci yazarı ölçeğin kullanımı ile ilgili eğitim almış, birinci yazarı bu konuda eğitmiştir. Bu ölçeğin sonuçlarının nasıl değerlendirildiği ile ilgili detaylı bilgi Demirbaş'ın (2003) çalışmasında bulunmaktadır.

Görsel Analog Ölçeği (GAÖ): Görsel analog ölçme yöntemi (Price, McGrath, Raffi ve Buckingham, 1983), ağrı gibi bazı öznel yaşantıların sayısal değerlere çevrilmesi için geliştirilmiştir. Şiddetin ölçümü için 100 mm'lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek,

nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir (Wewers ve Lowe, 1990). Madde bağımlılığında aş erme için bir uca “hiç arzulamıyorum”, diğer uca “çok yoğun arzuluyorum” yazılır ve hastadan o anki duygusunu bu çizgi üzerinde göstermesi istenir (Assadi, Radgoodarzi ve Ahmadi-Abhari, 2003). Aş erme duygusunun hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın aş erme şiddetini belirtir. Görsel Analog Ölçeği'nin bir dili yoktur ve uygulaması kolaydır. Testin değerlendirmesinde hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır.

Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT): Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (Zuckerman, Kuhlman, Joireman ve Kraft, 1993), kişiliğin beş boyutunu ölçen 89 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca sosyal kabul veya yanıtma hataları gösteren katılımcıları belirlemek amacıyla oluşturulmuş 10 maddelik “seyreklik” ölçeği bulunmaktadır.

Nörotisizm-anksiyete Ölçeği 19 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek sık sık duygusal çöküntü yaşama, gerginlik, endişe, kararsızlık, kendine güven eksikliği ve eleştiriye duyarlı olmayı tanımlamaktadır. Aktivite Ölçeği 17 maddeden ve iki alt-ölçekten oluşmaktadır. Genel Aktivite Alt-Ölçeği genel aktivite ihtiyacı, gevşeyememe ve gevşeme fırsatı doğduğunda değerlendirememeyi ifade etmektedir. İşe harcanan çaba alt-ölçeği zor ve mücadele gerektiren işleri tercih etme, yoğun yaşam ve yüksek enerji seviyesini tanımlamaktadır. Sosyallik Ölçeği 17 maddeden ve iki alt-ölçekten oluşmaktadır. Partiler ve Arkadaşlar Alt-Ölçeği bir kişinin sahip olduğu arkadaş sayısını, arkadaşlarıyla geçirdiği zamanın miktarını ve partilerde girişkenliği değerlendirmektedir. Yalnızlığa Tahammülsüzlük Alt-Ölçeği yalnız olmak veya yalnız yapılan aktiviteler yerine başkalarıyla birlikte olma tercihini ifade etmektedir. Dürtüsel Heyecan Arayışı Ölçeği 19 maddeden ve iki alt-ölçekten oluşmaktadır. Dürtüsellik Alt-Ölçeği plan yapma eksikliği ve düşünmeden aklına geleni yapma eğilimini tanımlamaktadır. İkinci alt-ölçek Heyecan Arayışı, yeni deneyim ve heyecanlar peşinde koşmayı ve bu tür deneyimler uğruna risk alma isteğini değerlendirmektedir. Saldırganlık-düşmanlık Ölçeği 17 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek sözlü saldırıda bulunmaya hazır olmayı, kabalığı, düşüncesizliği veya antisosyal davranışı, intikamcılığı ve garazkârlığı, çabuk sinirlenmeyi ve başkalarına karşı tahammülsüzlüğü tanımlamaktadır.

Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi'nde yanıtların “Evet” ya da “Hayır” şeklinde verilmesi istenir. “Evet” cevabı verilen maddenin değeri “1”, “Hayır” cevabı

verilen maddenin değeri "0" olarak hesaplanır. ZKKT'deki bazı maddeler ters puanlanmaktadır. Alt-ölçeklerin puanları, evet veya ters puanlanan hayır cevaplarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır.

ZKKT'nin toplamının ve alt-ölçeklerinin kabul edilebilir bir iç tutarlılığı bulunmaktadır. Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlık Cronbach Alfa katsayıları .70 - .80 arasındadır (Zuckerman, 2002).

Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ): Levenson'un Psikopati Ölçeği (Levenson, Kiehl ve Fitzpatrick, 1995) iki alt-ölçekten ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Bu iki alt ölçeğin her biri, psikopatiyle ilgili olduğu varsayılan alanlardan birine işaret etmektedir. 16 soru birincil psikopatiyi, 10 soru ise ikincil psikopatiyi ölçmektedir (Levenson ve ark., 1995). Birincil psikopati; vurdumduymaz, manipülatif, duygusuz, güvenilmez, bencilce diğer kişileri kullanma, yaşananlardan ders almama ve empati yapmama eğilimine işaret ederken ikincil psikopati, ya da nörotik psikopati, aşırı dürtüsellik ve yetersiz davranış kontrolü ile karakterize sosyal sapkınlığa işaret etmektedir. İkincil psikopatlar duygusal bir bozukluğun etkisi altında antisosyal davranışlara girişirler ve madde bağımlılığı gibi klinik örneklerde daha yaygın olmaları muhtemeldir. Birincil psikopatinin genetik, ikincil psikopatinin ise çevresel olduğu varsayılmaktadır. Birincil psikopatinin dışarıya dönük, kendine güvenen, dominant ve kaygı düzeyi düşük; ikincil psikopatinin ise içine kapanık, kendine güveni az, duygusal olarak değişken ve antisosyal hayat stilini benimsemiş kişileri içerdiği düşünülmektedir. LPÖ 1-4 arası derecelendirilen Likert tipi bir ölçektir. Bazı maddeler ters puanlanmaktadır. LPÖ'den elde edilen yüksek puan fazla derecede psikopatiyi ifade etmektedir.

Birincil psikopatinin Alfa değeri .83, ikincil psikopatinin Alfa değeri .63 olarak bildirilmiştir (Levenson ve ark., 1995). Engeler ve Yargıç (2004) tarafından Türkçeye uyarlanan Levenson Psikopati Ölçeği, orijinaline benzer ancak biraz daha düşük iç tutarlılık değerleri vermiştir. Birincil psikopati için Alfa değeri .76, test-tekrar test korelasyonu .77; ikincil psikopatinin alfa değeri .51, test-tekrar test korelasyonu .68 olarak belirlenmiştir (Engeler ve Yargıç, 2004).

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF): Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği Turan (2010) tarafından geliştirilmiştir. Bu konuyla ilgili bir pilot çalışma yapılmıştır. Bu pilot çalışmada denetim görevlisi, uzman rehberler ve bağımlılık alanında çalışan

uzman psikiyatristlerden elde edilen verilere dayalı olarak, tedavi ve takip programında başarı sağlayacak veya başarısızlığa yol açabilecek etkenler belirlenmiş ve bu etkenler iki gruba ayrılmıştır. Birinci grupta arkadaş ve aile çevresi, sosyal ve mesleki yaşam ve yasal yaptırımla ilgili etkenler (arkadaş çevresinin olumsuz baskısı, aile ve arkadaş grubunun madde kullanımına karşı tutumu, aile üyelerinin ve arkadaşların bırakma konusundaki desteği, arkadaş ve aileye karşı bırakma konusunda duyulan sorumluluk hissi, içinde bulunulan sosyal çevrede madde kullanımının yaygınlığı ve maddeye erişim kolaylığı, madde kullanımının sosyal ve mesleki yaşamdaki etkileri, bireyin yasal yaptırıma karşı tutumu) yer alır. İkinci grupta ise bireyin madde kullanımı hakkındaki farkındalık durumu ve bırakma konusundaki isteği ve motivasyonu gibi etkenler bulunur. Bu etkenlerin ölçülmesi amacıyla iki alt ölçek oluşturmuştur. “Sosyal ve Yasal Faktörler” alt ölçeği 17 maddeden, “Psikolojik Faktörler” alt ölçeği ise 11 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi bu ölçekte bazı maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan, iki alt ölçekten elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilmektedir.

Kesim noktası 60,5 olarak seçildiğinde duyarlılığı %95,6, özgüllüğü %89,4 olarak saptanmıştır. Buna göre minimum 21, maksimum 84 puan alınabilen 21 maddelik bu testte, 60,5 puandan düşük puan alanların tedavide başarısız olma olasılığı %96 duyarlılık düzeyi ile daha fazladır (Turan, 2010).

Uygulama Süreci

DSM-IV tanı ölçütlerine göre opiyat bağımlılığı tanısı konan hastalar hastaneye yatırılarak buprenorfin/nalokson kombinasyonu içeren tabletlerle arındırma tedavisine alındı. Daha sonra ayaktan ayda bir kontrollere gelen hastalara buprenorfin/nalokson kombinasyonu içeren tabletlerle sürdürüm tedavisine devam edildi. Buprenorfin/nalokson dozu, hastanın ihtiyacına ve klinisyenin kararına göre esnek olarak belirlenmekteydi. Hastaların günlük en fazla 8 mg Buprenorfin kullanmasına izin verildi ve hastaların hepsi bu doza çıktılar. Araştırma kapsamında hastalarla ilk görüşme yataklı serviste yapıldı. Hastanın taburculuğundan sonraki birinci, ikinci ve üçüncü aylarda birer görüşme daha yapılarak her bir hasta ile toplam dört görüşme yapıldı. Hastalarla serviste yapılan ilk görüşmede hastalara Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF), Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞÖ), Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT),

Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ), Görsel Analog Ölçeği (GAÖ) ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) uygulandı. Ayaktan takip sırasında hastalara ayda bir idrarda madde tarama testleri uygulanmıştır. Bu testlerde idrarda opiyat, kokain, kanabis, benzodiyazepin ve amfetamin arandı. İdrarında bu maddelerden herhangi biri pozitif çıkan hastalar tedaviden çıkarıldı.

Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Araştırmanın istatistik analizleri SPSS 19.0 istatistik paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Analizlerde araştırma örnekleminin ($n = 50$) sosyodemografik bilgileri betimsel istatistikleri olarak aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde verilmiştir. Araştırmada gruplar arası fark analizleri ki-kare testi, bağımsız gruplar t -testi ve bağımlı gruplar t -testleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri tespit etmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek sonuçlarının istatistiksel analizi sırasında çok sayıda t -testi kullanıldığı için anlamlılık düzeyi belirlenirken Bonferroni düzeltilmesi uygulanmış ve $p < .001$ olarak saptanmıştır.

Bulgular

Sosyodemografik Özellikler ve Bunların Tedavi Sonucuyla İlişkisi

50 katılımcınının 41'i (%82,0) erkek, 21'i (%42,0) evliydi; 17'si (%34,0) opiyatı damar içine vermekteydi. Katılımcıların yaş ortalaması 38,3'tü (ss: 13,05). Katılımcıların 17'si (%34,0) yatarak yapılan arındırma tedavisi sonrasındaki üç ayın sonuna kadar tedavi programına devam etmiştir. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ya da madde kullanım şekli (damardan ya da diğer) ile tedaviyi tamamlamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

İlk Görüşmedeki Ölçek Puanlarının Tedavi Sonucuyla İlişkisi

Katılımcılara ilk görüşmede uygulanan Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ), Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (ZKKT), Görsel Analog

Tablo 1

Tedaviye Devam Eden ve Etmeyen Hastaların İlk Görüşmede Uygulanan Psikolojik Testlerin Sonuçlarındaki Farkları (t-Testi)

Ön Test Değişkenleri	Grup	n	X	SS	t
LPÖ Birincil	Devam Eden	17	33,06	9,22	.57
	Devam Etmeyen	33	31,67	7,56	
LPÖ İkincil	Devam Eden	17	26,00	4,39	.09
	Devam Etmeyen	33	25,88	4,73	
LPÖ Toplam	Devam Eden	17	59,06	11,12	.49
	Devam Etmeyen	33	57,55	10,05	
BÖF Sosyal Yasal	Devam Eden	17	32,24	4,630	-.64
	Devam Etmeyen	33	33,00	3,700	
BÖF Psikolojik	Devam Eden	17	29,35	2,317	.53
	Devam Etmeyen	33	28,97	2,481	
BÖF Toplam	Devam Eden	17	61,59	5,512	-.25
	Devam Etmeyen	33	61,97	4,838	
Algılanan Stres Ölçeği	Devam Eden	17	50,18	7,44	1.00
	Devam Etmeyen	33	47,91	7,65	
ZKKT Seyreklik	Devam eden	17	2,94	2,02	-1.03
	Devam etmeyen	33	3,52	1,79	
ZKKT Nörotisizm Anksiyete	Devam eden	17	9,41	4,27	.10
	Devam etmeyen	33	9,27	4,71	
ZKKT Aktivite	Devam eden	17	8,24	3,91	-.39
	Devam etmeyen	33	8,64	3,23	
ZKKT Genel Aktivite	Devam eden	17	4,82	2,07	.16
	Devam etmeyen	33	4,73	1,91	
ZKKT İşe Harcanan Çaba	Devam eden	17	3,41	2,03	-.92
	Devam etmeyen	33	3,91	1,70	
ZKKT Sosyallik	Devam eden	17	6,06	2,54	-1.47
	Devam etmeyen	33	7,15	2,46	
ZKKT Partiler Arkadaşlar	Devam eden	17	3,24	2,28	-1.13
	Devam etmeyen	33	3,88	1,69	
ZKKT Yalnızlığa Tahammülsüzlük	Devam eden	17	2,82	1,38	-1.11
	Devam etmeyen	33	3,27	1,35	
ZKKT Dürtüsel Heyecan Arayışı	Devam eden	17	9,88	3,66	.38
	Devam etmeyen	33	9,45	3,87	
ZKKT Dürtüsellik	Devam eden	17	3,82	1,81	-.11
	Devam etmeyen	33	3,88	1,69	
ZKKT Heyecan Arayışı	Devam eden	17	6,06	3,05	.53
	Devam etmeyen	33	5,58	3,08	
ZKKT Saldırganlık Düşmanlık	Devam eden	17	7,88	3,20	.17
	Devam etmeyen	32	7,72	3,14	
Görsel Analog Ölçeği	Devam Eden	17	63,24	34,68	1.00
	Devam Etmeyen	33	52,12	38,37	

Not. LPÖ *Birincil*: Levenson Psikopati Ölçeği – Birincil Psikopati Alt Ölçeği; LPÖ *İkincil*: Levenson Psikopati Ölçeği – İkincil Psikopati Alt Ölçeği; LPÖ *Toplam*: Levenson Psikopati Ölçeği toplamı; BÖF Sosyal Yasal: Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği – Sosyal ve Yasal Faktörler Alt Ölçeği; BÖF Psikolojik: Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği – Psikolojik Faktörler Alt Ölçeği; BÖF Toplam: Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği toplamı; ZKKT Seyreklik: Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi; ZKKT – Nörotisizm-Anksiyete; ZKKT – Aktivite; ZKKT – Genel Aktivite; ZKKT – İşe Harcanan Çaba; ZKKT – Sosyallik; ZKKT – Partiler-Arkadaşlar; ZKKT – Yalnızlığa Tahammülsüzlük; ZKKT – Dürtüsel Heyecan Arayışı; ZKKT – Dürtüsellik; ZKKT – Heyecan Arayışı; ZKKT – Saldırganlık-Düşmanlık.

Ölçeği (GAÖ) ortalama puanları ve tedaviyi tamamlayan ve tamamlamayanların karşılaştırılması Tablo 1'de verilmiştir. Bu testlerin hiçbirisinde tedaviye başlamadan önce alınan puanlarla tedavinin sonucu arasında ilişki saptanmamıştır. Ayrıca Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği'nin hiçbir maddesi tek başına da anlamlı ($p < .01$) bir sonuç vermemiştir.

Katılımcılara ilk görüşmede uygulanan Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği'nin (BŞÖ) tedaviyi tamamlayan ve tamamlamayanlar arasındaki karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği ile elde edilen sonuçlara göre bağımlılığın herhangi bir alanı ile ilgili şiddet, tedavinin sonucu ile ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 2
İlk Görüşmede Uygulanan Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞÖ) Sonuçları ile Tedaviyi Tamamlama Arasındaki İlişki (t-Testi)

Ön Test Değişkenleri	Grup	n	X	SS	t
BŞÖ Tıbbi Durum – Şiddet	Devam eden	17	2,88	2,93	.82
	Devam etmeyen	33	2,21	2,66	
BŞÖ Tıbbi Durum – Kompozit	Devam eden	17	0,19	0,33	.31
	Devam etmeyen	33	0,16	0,30	
BŞÖ İş ve Destek Durumu – Şiddet	Devam eden	17	6,29	2,34	-.20
	Devam etmeyen	33	6,39	1,25	
BŞÖ İş ve Destek Durumu – Kompozit	Devam eden	17	0,66	0,20	.84
	Devam etmeyen	33	0,60	0,22	
BŞÖ Yasal Durum – Şiddet	Devam eden	17	3,47	3,20	-.27
	Devam etmeyen	33	3,73	3,27	
BŞÖ Yasal Durum – Kompozit	Devam eden	17	0,17	0,23	-.18
	Devam etmeyen	33	0,18	0,23	
BŞÖ Alkol-Madde Durumu – Şiddet	Devam eden	17	7,94	1,03	.72
	Devam etmeyen	33	7,73	0,98	
BŞÖ Alkol-Madde Durumu – Kompozit	Devam eden	17	0,61	0,06	.87
	Devam etmeyen	33	0,59	0,06	
BŞÖ Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Şiddet	Devam eden	17	7,24	1,39	.85
	Devam etmeyen	33	6,88	1,41	
BŞÖ Aile ve Sosyal İlişkiler Durumu – Kompozit	Devam eden	17	0,59	0,16	-.09
	Devam etmeyen	33	0,60	0,15	
BŞÖ Psikiyatrik Durum – Şiddet	Devam eden	17	5,41	2,37	1.05
	Devam etmeyen	33	4,64	2,52	
BŞÖ Psikiyatrik Durum – Kompozit	Devam eden	17	0,61	0,18	1.78
	Devam etmeyen	33	0,50	0,21	

Tartışma

Bu çalışmada buprenorfin/nalokson kombinasyonu içeren tabletlerle arındırma tedavisi yapılan ve ardından sürdürüm tedavisine alınan opiyat bağımlısı 50 hastanın 17'si (%34,0) tedavi programı için öngörülen üç aylık süreyi tamamlamıştır. Tedavi başarımız literatür verileriyle uyumludur. Opiyat bağımlılığı için sürdürüm tedavisi alan hastaların çoğunun ilk 3 ay içinde nüks ettikleri bildirilmiştir (Hubbard ve Marsden, 1986; Hunt ve Bepalec, 1974). Ancak bazı çalışmalarda tedaviyi sürdürme daha yüksek oranda bildirilmiştir. Örneğin bir çalışmada (Stancliff ve ark., 2012) hastaların %68'inin 3. ayın sonunda tedaviye devam ettiklerini bildirmiştir. Bu çalışmanın yöntem açısından diğer çalışmalardan en önemli farkı, bu çalışmada tedavi sırasında idrarda opiyat ya da aranan diğer maddelerden birinin bir kez bile tespitinin tedaviden çıkarma sebebi olmasıdır.

Tedavinin başarısını etkileyen etmenleri inceleyen çalışmalarda çok farklı yöntem ve ölçütler kullanıldığı için birbiriyle karşılaştırmak zordur. En başta tedavinin başarılı olup olmadığını belirleme ölçütü çalışmalar arasında çokça değişmektedir. Opiyat yerine koyma tedavileri bir zarar azaltma yöntemi olduğu için hastanın maddelerden tamamen uzak kalması beklenmemektedir. Genellikle çalışmalarda tedavi sırasındaki eş zamanlı madde kullanım ve opiyat kullanım oranları da verilmektedir. Tedavinin başarısı olarak en sık alınan ölçüt hastanın tedaviye devamıdır.

Hastaların tedaviyi tamamlamaları ile hastaların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, eğitim durumları, madde kullanım şekilleri (damar içi ya da diğer), kişilik özellikleri, psikopatik kişilik özellikleri, tedaviye başladıkları sırada algıladıkları stres düzeyleri, maddeye karşı duydukları isteğin şiddeti ve Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kısacası hangi hastanın tedavide daha başarılı olacağını tahmin etmek bu değişkenlere bakarak mümkün olmamıştır. Bu sonuçlar hastaların belli olumsuz özelliklerine bakarak tedavi sonuçlarıyla ilgili baştan ümitsizliğe kapılmanın doğru olmadığını düşündürmektedir.

Opiyat bağımlılığı tedavisinin sonucunu yordayan, etkileyen ve yöneten etmenlerle ilgili çalışmalar kısıtlıdır (Ziedonis ve ark., 2009) ve bu çalışmalar genellikle yatan hastalara ve klonidin tedavisine odaklanmıştır. Yatan hastalarda

yapılan bazı çalışmalarda yaş, cinsiyet, madde kullanım süresi, eğitim, psikopatoloji ve çalışma durumu, tedavi başarısını yordayamamıştır (San, Camí, Peri, Mata ve Porta, 1989). Opiyat kullanımına karşı duyulan isteğin şiddeti, daha önce yapılan bir çalışmada da tedaviyi erken bırakmayla ilişkili bulunmamıştır (Scherbaum, Heppekausen ve Rist, 2004). Literatürdeki bu çalışmaların bulguları, bizim bulgularımızla uyumludur.

Ancak diğer bazı çalışmalarda genç yaştakilerde (Backmund, Meyer, Eichenlaub ve Schütz, 2001; Ghodse ve ark., 2002; Gössling, Gunkel, Schneider ve Melles, 2001), bekarlarda (Pérez de los Cobos, Trujols, Ribalta ve Casas, 1997), eğitim seviyesi düşük olanlarda (Backmund ve ark., 2001), daha şiddetli madde kullanım bozukluğu ve tıbbi sorunlar yaşayanlarda (Franken ve Hendriks, 1999) tedavi sonuçlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir. Damar içi kullanım olmasının tedavi sonucunu etkilediği bulgusu da (McCann ve ark., 1997) bu çalışmanın bulgularıyla çelişmektedir.

Poirier ve arkadaşları (Poirier ve ark., 2004) Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği'nde yüksek puan alanlarda buprenorfinin daha iyi sonuç verdiğini bildirmişlerdir. Eş zamanlı alkol, kokain ya da esrar kullanımının klinik gidişi olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Ziedonis ve ark., 2009). Bizim hastalarımızda tedavi öncesi eş zamanlı madde kullanımı çok nadir olduğu, tedavi sırasında buna sıfır tolerans gösterildiği için sonuçlar üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Bu çalışmada, tedavinin başında maddeye karşı duyulan isteğin şiddeti ile tedaviyi tamamlama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Metadon sürdürüm tedavisindeki hastaların (Ilgen, Jain, Kim ve Trafton, 2008) metadon dozunu almadan hemen önceki yüksek stres seviyelerinin maddeye aş erme üzerinde anlamlı etkisi olduğu bildirilmiştir. Strese karşı koymadaki yetersizliğin depresmeye yol açabileceği belirtilmektedir. Buprenorfin/nalokson tedavisinin madde isteğini yeterli düzeyde bastırması sayesinde, ilk başta duyulan aş erme seviyesinin tedavi sonucunu belirlemede etkili olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (nörotisizm-anksiyete, aktivite, genel aktivite, işe harcanan çaba, sosyallik, partiler-arkadaşlar, yalnızlığa tahammülsüzlük, dürtüsel heyecan arayışı, dürtüsellik, heyecan arayışı, saldırganlık-düşmanlık) puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Poirier ve arkadaşları (Poirier ve ark., 2004)

aynı testte dürtüsellik ve yalnızlığa tahammülsüzlük alt ölçeklerinde düşük puan almanın buprenorfin tedavisinin başarısını arttırdığını bildirmişlerdir. Metadon tedavisi gören kişilerle yapılan bir çalışmada (Brooner, Schmidt ve Herbst, 1994), madde bağımlılığının ciddiyeti ile nörotisizm arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur.

Birçok çalışmada antisosyal kişilik özellikleri olan kişilerin tedaviyi tamamlamadan bıraktıkları bildirilmiştir (Carroll, Ball ve Rounsavill, 1993; Verheul, Van den Bosch ve Ball, 2005). Antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarının eşzamanlı görülmesinin tedaviye devamı azalttığı ve relaps olasılığını yükselttiğini ileri sürülmüştür (Verheul ve ark., 2005). Bu çalışmada tedaviye devam eden ve etmeyen gruplar arasında Levenson Psikopati Ölçeği (birincil, ikincil ve toplam) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Psikopati; benmerkezcilik, oyunculuk, manipüle etmeye yatkınlık, empati yapamama, suçluluk ve pişmanlık duygularından uzak olma ve sosyal normlara, özellikle yasalara karşı gelmeye yatkınlık gibi duygusal, kişilerarası ve davranışsal özellikleri içeren çok karmaşık bir kişilik yapısıdır. Psikopatinin madde kullanım bozuklukları ile birlikte görülme oranı oldukça yüksektir. Antisosyal kişilik bozukluğunun madde kullanımını etkileyen tek kişilik bozukluğu olduğunu ve antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan olguların tedavilerinin daha başarısız olduğu bildirilmiştir (Haro ve ark., 2004). Bunun yanında bazı araştırmalar antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış madde bağımlılarının tedavi başarısının antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almamış madde bağımlılarına benzer olduğunu bildirmiştir (Brooner, Kidorf, King ve Stoller, 1998; Marlowe, Patapis ve DeMatteo, 2003). Bu farklılıklar iki şekilde yorumlanabilir. Birincisi, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler tipik madde tedavisinde başarılı olamamakta, diğer taraftan yapılandırılmış ve yakından takip içeren müdahalelere daha olumlu cevap vermektedirler. İkincisi, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler arasında seviye açısından farklılıklar olmaktadır. Buna göre antisosyal kişilik bozukluğu seviyesi yüksek olan kişiler tedavide başarısız olmaktadır (Marlowe ve ark., 2003).

Bu çalışmada tedaviye devam eden ve etmeyen gruplar arasında, Bağımlılık Tedavisi Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (sosyal, psikolojik ve toplam) puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu sonuç aynı ölçekle farklı bir örnekleme yapılan çalışmanın (Turan, 2010) sonucuyla uyumlu değildir.

Turan'ın denetimli serbestlik grubunda aynı ölçeği kullanarak yaptığı bir çalışmada (Turan, 2010), tedavide başarılı olan olgular başarılı olmayanlara göre tedavi süresince maddeyi bırakma konusunda aile ve arkadaş çevresinden daha fazla olumlu destek aldıklarını; aile ve madde kullanmayan arkadaşları ile ilişkilerini önemsediklerini ve maddeden uzak kaldıklarında sosyal hayatlarında olumlu gelişmeler meydana geldiğini bildirilmiştir. Ayrıca tedavide başarılı olan olguların daha bağımsız ve kendi ayakları üstünde durabilen kişiler olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada tedaviye devam eden ve etmeyen grupların Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bazı çalışmalarda stresle tedavi sırasında ve sonrasında opiyat kullanımı arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir (Brooner ve ark., 1998).

Bu çalışmada tedaviye devam eden ve etmeyen gruplar arasında Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Çeşitli alt ölçeklerde farklı sonuçlar bildiren çalışmalar vardır. Çalışan hastaların metadon programlarında daha uzun kalmaya, yoğun suç geçmişleri olan hastaların ise tedaviyi bir an önce bırakmaya eğilimli oldukları ve tedaviye katılımlarının zayıf olduğu bildirilmiştir (Lang ve Belenko, 2000). Sosyal uyum seviyeleri yüksek olan, daha çok arkadaşı bulunan, psikiyatrik tedavi geçmişi az veya hiç olmayan, uyuşturucu ticaretine daha az karışan kişilerin tedavi programını tamamladıkları belirtilmiştir (Lang ve Belenko, 2000). Daha fazla iş imkânı olması ve ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunduğu bildirilmiştir (Howard ve McCaughrin, 1996; Vogt, 2000). Bir çalışmada, eroin bağımlılarında en sık rastlanan eş tanının depresyon olduğu ve depresyon seviyesi yüksek olguların tedavide başarısız olup madde kullanmaya devam ettikleri saptanmıştır (Teesson ve ark., 2008). Depresyonun tedavi başarısını nasıl etkilediği hâlâ bilinmemekle birlikte bazı araştırmacılar depresyonun tedavi uyumunu etkilediğini belirtmektedir (VanVoorhis, 2000). Buna karşın Hubbard (2006), tedavi başarısı açısından depresyonda olan ve olmayanların eşit şekilde performans gösterdiklerini bulmuştur.

Bir metaanaliz çalışmasında (Brooner ve ark., 1998) fiziksel ve ruhsal sağlık ile tedavi sırasında ve sonrasında madde kullanma arasında genel olarak zayıf bir ilişki olduğu, depresyonun tedavi sırasında ve sonrasında devam eden kullanım ile hafif pozitif korelasyon gösterdiği, ayrıca stresli hayat olaylarının

da hafif derecede pozitif bir ilişki gösterdiği vurgulanmıştır. Aynı çalışmada araştırmacılar yasal problemler, suç davranışı (tutuklanma, mahkûmiyet, genel suç davranışı ya da belirli suçlara dâhil olma) ve yasal durumun (şartlı tahliye ya da diğer yasal baskı, gözetim altında olup olmama) tedavi sırasında veya sonrasında opiyat kullanımına etkilerini araştırmışlardır. Suç davranışı ve yasal problemler devam eden kullanım ile hafif düzeyde pozitif bir ilişki gösterirken yasal durumun hafif düzeyde bir negatif ilişki gösterdiği belirtilmiştir. Buna göre yasal sorunlar arttıkça tedavi sırasında veya sonrasında opiyat kullanımının azalmaktadır. Yine aynı çalışmada işsiz kişilerin tedavi sırasında veya sonrasında opiyat kullanımına devam etmelerinin daha olası olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızda elde edilen sonuçların bazı literatür verileriyle uyuşmaması, çalışmamızın homojen bir grupta yapılmış olmasına bağlı olabilir. Servisimizde yatan opiyat bağımlılarının servis uyumu ve diğer hastalarla ilişkilerinde sorun olmamasına dikkat edilmektedir. Bu bağlamda servisimize psikopati düzeyi düşük ve belirgin davranış problemi olmayan hastalar alınmaktadır. Bu nedenle çalışma grubumuz psikopatik özellikleri ve davranış sorunları görece düşük olan bir örneklemden oluşmaktadır. Ayrıca diğer bazı araştırmaların belli bir maddeyi kullanan hastalarla sınırlı olmamasının da sonuçları etkilediği düşünülebilir. Örneğin Turan'ın (2010) yaptığı çalışmada daha çok esrar kullanımı olan, maddeyi yeni kullanmaya başlayan ve daha çok kötüye kullanma düzeyinde olan hastalarla çalışılmıştır. Farklı madde kullanıcılarının değişik profillere sahip olduğu bilinmektedir.

Araştırmamızın sonuçları, Buprenorfin/Nalokson yerine koyma uygulamasının eroin bağımlılığı tedavisinin erken döneminde yararlı olduğunu ve bazı olumsuz özelliklere sahip kişilerin bu tedaviden yarar görme şanslarının diğer kişilerle aynı olduğunu, dolayısıyla hastaların Buprenorfin/Nalokson tedavisine kabul edilmesinde ön yargıyla davranılmaması gerektiğini düşündürmektedir.

Extended Abstract

Predictive Factors for Treatment Success in the Early Period of Buprenorphine/Naloxone Maintenance Treatment for Opiate Addiction*

Cauid Guliyev^a

Anka Center of Psychiatry and Psychotherapy

L. İlhan Yargıç^b

İstanbul University

Abstract

The aim of this study is to determine the factors that influence the treatment response and to contribute to the development of treatment protocols that are specific to our society. This study was conducted on 50 patients who were diagnosed with opiate addiction in the İstanbul Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, İstanbul University. They were first interviewed at the inpatient ward during detoxification and were followed up monthly at the Addiction Outpatient Unit after discharge. During the first and the fourth interview (at the end of the third month) the Addiction Severity Index (ASI), the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, the Levenson Psychopathy Scale, the Addiction Treatment Success Factors Predicting Scale, the Visual Analog Scale, and the Perceived Stress Scale were administered. During the interviews at the first, second, and third months after discharge, the Visual Analog Scale was administered. At each visit, a urine sample was collected from the patients in order to screen for opiates, cocaine, cannabis, benzodiazepines, and amphetamines. The patients with a positive urine test result for any substance were excluded from the follow up. A total of 50 opiate addicted patients were included in the study, 82% (n = 41) of them were males, 18% (n = 9) were females, and their ages were between 20 and 69 years. We found that age, educational level, gender, type of substance use, perceived stress, medical condition, business-support status, drug and alcohol use, legal status, family and social relationships, psychiatric condition, craving, personality traits, psychopathy, and social and environmental factors did not have predictive value for short term treatment success among patients with opiate addiction.

Keywords: Opiate addiction • Heroin • Treatment • Buprenorphine/Naloxone • Opioid replacement

* This article is based on the psychiatry residency thesis prepared by Dr. Cauid Guliyev under the supervision of Prof. Dr. İlhan Yargıç.

a Cauid Guliyev (PhD, MD), Anka Center of Psychiatry and Psychotherapy, Malatya Turkey
Research areas: Heroin addiction
Email: cauid00@yahoo.com

b **Corresponding author**
Prof. L. İlhan Yargıç (PhD, MD), Psychiatry Department, İstanbul Medical Faculty, İstanbul University, Capa,+ Fatih, İstanbul 34930 Turkey
Research areas: Addiction; Adult attention deficit; Hyperactivity disorder
Email: iyargic@hotmail.com

Opiate addiction is a chronic, recurrent disease that affects many people globally (Tellioglu, 2010). Opiate maintenance treatments have been proven to be the most effective approach for opiate addiction. Opiate maintenance treatment with buprenorphine increases treatment attendance, decreases the use of illegal drugs, prevents HIV transmission, and improves social well-being (Gowing & Ali, 2006). However, dropping out of addiction treatment and abusing opiate or other addictive substances during and after opiate addiction treatment are very common (Petry & Bickel, 1999). Predictive factors for treatment success in substance addiction treatment have been classified as personal, interpersonal, environmental, and demographical factors (Turan, 2010). High education level, presence of job opportunities, motivation at the beginning of the treatment, having good relation with treatment staff, psychological and physical wellbeing, old age, and high socio-economic status have been reported to influence treatment outcome (Howard & McCaughrin, 1996; Vogt, 2000). Developing new strategies for improving treatment outcomes is crucial. The aim of this study is to determine the factors that influence the treatment response and to contribute to the development of treatment protocols that are specific to our society.

The study was conducted on 50 patients who were diagnosed with opiate addiction in the, İstanbul Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, İstanbul University. They were first seen as an inpatient during detoxification period and they were followed at the Addiction Outpatient Unit after discharge. During the first interview and the interview which was done at the end of the third month after discharge, the Turkish version of the Addiction Severity Index (ASI) (Demirbaş, 2003; McLellan, 1980), the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (Zuckerman, 2002; Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta & Kraft, 1993), the Levenson Psychopathy Scale (Engeler & Yargıç, 2004; Levenson, Kiehl, Kent & Fitzpatrick, 1995), the Addiction Treatment Success Factors Predicting Scale (Turan, 2010), the Visual Analog Scale (Assadi, Radgoodarzi, & Ahmadi-Abhari, 2003; Price, McGrath, Rafii, & Buckingham, 1983; Wewers & Lowe, 1990) and the Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen & Williamson, 1988) with an adapted version of PSS in Turkish (Yerlikaya & İnanç, 2007) were provided to the participants. During the interviews at the first, second, and third months after discharge, the Visual Analog Scale was administered. At each visit, a urine sample was collected from the patients in

order to screen for opiates, cocaine, cannabis, benzodiazepines and amphetamines. The patients with a positive urine test result for any substance were excluded from the follow up.

Among the 50 opiate addicted patients were included in the study, 82% ($n = 41$) of them were males, 18% ($n = 9$) were females, and their ages were between 20 and 69 years. The average age of the patients was 38.28 (SD \pm 12.96). Forty-four percent of these patients ($n = 22$) were never married, 42% ($n = 21$) were married, 10% ($n = 5$) were divorced, and 4% ($n = 2$) were widowed. Fifty-four percent of patients ($n = 27$) had 11 years or more of education, 26% ($n = 13$) had 5 years, 20% ($n = 10$) had 8–10 years of education. We found that age, educational level, gender, type of substance use, perceived stress, medical condition, business-support status, drug and alcohol use, legal status, family and social relationships, psychiatric condition, craving, personality traits, psychopathy, and social and environmental factors did not have predictive value for short term treatment success among patients with opiate addiction.

Among the patients who continued the treatment and did not use any illegal substance, we found a decrease in impulsivity, excitement seeking, craving and anxiety, also better family and social relationships, and improvement in psychiatric conditions.

Our treatment success was comparable with previous studies. It has been reported that most of the patients in opioid maintenance treatment relapse in the first three months (Hubbard & Marsden, 1986; Hunt & Bepalec, 1974). However, some studies have reported higher success rates (Stancliff et al., 2012).

Studies for determining the predictive factors in opiate treatment are scarce (Ziedonis et al., 2009). Among inpatients, their age, gender, duration of substance use, education, psychopathology, and occupational status did not predict the outcome (San, Cami, Peri, Mata, & Porta, 1989). Craving for opiates was not found to be related to early treatment drop-outs (Scherbaum, Heppekausen, & Rist, 2004). The results of these studies are compatible with ours. However, some studies reported poorer results among patients who are of younger age (Backmund, Meyer, Eichenlaub, & Schütz, 2001; Ghodse et al., 2002; Gössling, Gunkel, Schneider, & Melles, 2001), have a lower education status (Backmund et al., 2001), more severe substance dependence, medical problems (Franken &

Hendriks, 1999), and being unmarried (Pérez de los Cobos, Trujols, Ribalta, & Casas, 1997). Also the finding that history of intravenous drug use influences treatment results contradicts with our finding (McCann et al., 1997).

We did not find a relation between opiate craving at the beginning of the treatment and treatment completion. However, some studies suggest that craving may affect treatment outcome (Ilgen, Jain, Kim, & Trafton, 2008).

In this study, the ASI scores did not predict the treatment outcome. Poirier et al. (2004) reported that the patients who had higher scores on the ASI did better with buprenorphine maintenance treatment. Several studies reported that various subscales were related with treatment outcome. Lang and Belenko (2000) reported that employment status and criminal history were important. Vogt (2000) reported psychological and physical wellbeing was effective on outcome.

The data about the relationship between psychiatric history and treatment outcome is also contradictory. Teesson et al. (2008) reported that depression was the most common psychiatric comorbid disorder among patients with opiate addiction and depressed patients had a worse treatment outcome for addiction. While VanVoorhis (2000) claims that depression effects treatment compliance, Hubbard (2006) reports no relationship between depression and treatment completion. A meta-analysis (Brooner, Kidorf, King, & Stoller, 1998) reported a weak correlation between depression and substance abuse during and after addiction treatment.

We did not find any significant difference between subjects who completed the treatment and treatment drop-outs on the subscales of the Zuckerman-Kuhlman Personality Test. Poirier et al. (2004) reported that low scores on impulsivity and intolerance to loneliness subscales of the same test increased the treatment success. In another study with methadone, there was a positive relationship between neuroticism subscale score and addiction severity (Brooner, Schmidt, & Herbst, 1994).

Many studies report that patients with antisocial personality traits do not complete addiction treatment (Carroll, Ball, & Rounsaville, 1993; Haro et al., 2004; Verheul, Van den Bosch, & Ball, 2005). We did not find a significant relation between treatment completion and Levenson Psychopathy Scale scores. There are also other studies reporting that patients with antisocial persona-

lity disorder have similar outcomes in treatment compared to other patients (Brooner et al., 1998; Marlowe, Patapis, & DeMatteo, 2003). The discrepancy between these findings can be explained by the severity of antisocial traits as the key factor (Marlowe et al., 2003).

Contrary to our findings, Brooner et al. (1998) reported a relationship between stress level and opiate abuse during and after the completion of treatment. As a result of this study, we can conclude that the addiction treatment may be beneficial for any opiate dependent patient who can adhere to the treatment.

Kaynakça/References

Assadi, S. M., Radgoodarzi, R., & Ahmadi-Abhari, S. A. (2003). Baclofen for maintenance treatment of opioid dependence: A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 3(16), 1-10.

Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D., & Schütz, C. G. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend*, 64(2), 173-180.

Brooner, R. K., Kidorf, M., King, V. L., & Stoller, K. (1998). Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(3), 249-260.

Brooner, R. K., Schmidt, C. W., & Herbst, J. H. (1994). Personality characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. In P. T. Costa Jr., & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (pp. 149-174). Washington, DC: American Psychological Association.

Carroll, K. M., Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (1993). A comparison of alternate systems for diagnosing antisocial personality disorder in cocaine abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(7), 436-443.

Cohen, S., & Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 19-28). Newbury Park, CA: Sage.

Demirbaş, H. (2003). *Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeğinin geçerlilik- güvenilirlik çalışması* (Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir.

- Engeler, A., & Yargıç, İ. (2004, Eylül). *Levenson Psikopati Ölçeği (LSRP)'nin Türkçe uyarlamasının klinik olmayan bir populasyon üzerinde güvenilirliği*. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sunulan bildiri, Kuşadası, Aydın.
- Franken, I. H., & Hendriks, V. M. (1999). Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatr Services, 50*(6), 813-817.
- Ghodse, A. H., Reynolds, M., Baldacchino, A. M., Dunmore, E., Byrne, S., Oyefeso, A. ... Crawford, V. (2002). Treating an opiate-dependent inpatient population: A one-year follow-up study of treatment completers and noncompleters. *Addictive Behavior, 27*(5), 765-778.
- Gowing, L. R., & Ali, R. L. (2006). Opioid bağımlılığı tedavisinde detoksifikasyonun yeri. *Current Opinion in Psychiatry, 2*(3), 138-143.
- Gössling, H. W., Gunkel, S., Schneider, U., & Melles, W. (2001). Frequency and causes of premature termination (drop-out) during in-patient opiate detoxification. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 69*(10), 474-481.
- Haro, G., Mateu, C., Martinez-Raga, J., Valderrama, J. C., Castellano, M., & Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *European Psychiatry, 19*(4), 187-192.
- Howard, D. L., & McCaughrin, W. C. (1996). The treatment effectiveness of outpatient substance misuse organizations between court-mandated and voluntary clients. *Substance Use and Misuse, 31*, 895-926.
- Hubbard, D. J. (2006). Should we be targeting self-esteem in treatment for offenders: Do gender and race matter in whether self-esteem matters? *Journal of Offender Rehabilitation, 44*(1), 39-57.
- Hubbard, R. L., & Marsden, M. E. (1986). Relapse to use of heroin, cocaine, and other drugs in the first year after treatment. In F. Tims, & C. Leukefeld (Eds.), *Relapse and recovery in drug abuse, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 72* (pp. 157-166). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Hunt, W. A., & Bepalec, D. A. (1974). Relapse rates after treatment for heroin addiction. *Journal of Community Psychology, 2*, 85-87.
- Ilgen, M., Jain, A., Kim, H. M., & Trafton, J. A. (2008). The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1170-1175.

- Lang, M. A., & Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 145-160.
- Levenson, M., Kiehl, K., & Fitzpatrick, C. (1995). Assessing psychopathic attitudes in a non-institutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 151-158.
- Marlowe, D. B., Patapis, N. S., & DeMatteo, D. S. (2003). Amenability to treatment of drug offenders. *Federal Probation, 67*, 40-46.
- McCann, M. J., Miotto, K., Rawson, R. A., Huber, A., Shoptaw, S., & Ling, W. (1997). Outpatient non-opioid detoxification for opioid withdrawal. Who is likely to benefit? *American Journal of Addictions, 6*(3), 218-223.
- McLellan, A. T. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 168*(1), 26-33.
- Pérez de los Cobos, J., Trujols, J., Ribalta, E., & Casas, M. (1997). Cocaine use immediately prior to entry in an inpatient heroin detoxification unit as a predictor of discharge against medical advice. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23*(2), 267-279.
- Petry, N. M., & Bickel, W. K. (1999). Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence. *Psychiatric Services, 50*(2), 219-227.
- Poirier, M. F., Laqueille, X., Jalfre, V., Willard, D., Bourdel, M. C., Fermanian, J., & Olié, J. P. (2004). Clinical profile of responders to buprenorphine as a substitution treatment in heroin addicts: Results of a multicenter study of 73 patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 8*, 267-672.
- Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *International Association for the Study of Pain, 17*, 45-56.
- San, L., Camí, J., Peri, J. M., Mata, R., & Porta, M. (1989). Success and failure at inpatient heroin detoxification. *British Journal of Addiction, 84*(1), 81-87.
- Scherbaum, N., Heppekausen, K., & Rist, F. (2004). Is premature termination of opiate detoxification due to intensive withdrawal or craving? *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 72*(1), 14-20.
- Stancliff, S., Joseph, H., Furst, T., Fong, C., Comer, S. D., Roux, P. (2012). Opioid maintenance treatment as a harm reduction tool for opioid-dependent individuals in NYC: The need to expand access to buprenorphine in marginalized populations. *Journal of Addictive Diseases, 31*, 278-287.

Teesson, M., Millis K., Ross, J., Darke, S., Williamson, A., & Havard, A. (2008). The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: Findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Addiction, 103*, 80-88.

Tellioglu, T. (2010). Buprenorphine: A new alternative in the treatment of opioid addiction. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 20*(3), 263-265.

Turan, R. (2010). *Madde kullanım nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükümlenmiş kişilerin tedaviyi başarıyla tamamlamalarını öngören etkenlerin irdelenmesi* (Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir.

VanVoorhis, P. (2000). An overview of offender classification systems. In P. VanVoorhis, M. Braswell, & D. Lester (Eds.), *Correctional counseling and rehabilitation* (pp. 81-110). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.

Verheul, R., Van den Bosch, L. M. C., & Ball, S. A. (2005). Substance abuse. In J. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 463-476). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Vogt, I. (2000). Gender differences in help-seeking behavior of heroin users in Germany. In A. Springer & A. Uhl (Eds.), *Illicit drugs* (pp. 261-274). Innsbruck: Studienverlag.

Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health, 13*, 227-236.

Yerlikaya, E. E., & İnanç, B. (2007, Ekim). *Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçe çevirisinin psikometrik özellikleri*. IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi'nde yayınlanan sunulan bildiri, İzmir.

Ziedonis, D. M., Amass, L., Steinberg, M., Woody, G., Krejci, J., Annon, J. J. ... Ling, W. (2009). Predictors of outcome for short-term medically supervised opioid withdrawal during a randomized, multi center trial of buprenorphine-naloxone and clonidine in the NIDA clinical trials network drug and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 99*, 28-36.

Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKKT): An alternative five-factorial model. In B. De Road & M. Perugini (Eds.), *Big five assessment* (pp. 337-396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber Pub.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(4), 757-68.