

# DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

## *Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5*

Gülcan Güleç, Ferdi Köşger, Altan Eşsizöğlü

### Özet

DSM-5'te alkol madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ile ilgili en göze çarpan değişiklik "bağımlılık bozuklukları olarak yeni oluşturulan kategoridir. Bu kategoride şimdilik sadece kumar oynama bozukluğu tanımlanmıştır. Belki de DSM-5'teki değişiklikler arasında en çok ses getirecek olan da budur. Çünkü tanı ölçütlerini genişletme 'normal' olan günlük davranışların bozukluk olarak değerlendirilmesine neden olabilir. Ayrıca kafein ve kannabis yoksunluğu da DSM-5'te tanımlanmıştır. DSM-IV'te madde ile ilişkili bozukluklar başlığı altında toplanan bozukluklar DSM-5'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları adı altında toplanmıştır. Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı "madde kullanım bozuklukları" başlığı altında birleştirilmiştir. Madde kötüye kullanımındaki "yasal sorunlar yaşama" ölçütü çıkarılmış "aşırma ya da madde kullanımına yönelik güçlü bir istek ya da dürtü" ölçütü getirilmiştir. DSM-5'te kötüye kullanım kavramı artık hafif şiddette madde kullanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Yeni ölçütlerle bağımlılık oranlarında bir değişiklik olup olmayacağı yapılacak çalışmalarla takip edilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** DSM-5, bağımlılık, davranışsal bağımlılık.

### Abstract

When we compare the categories about alcohol, and substance-related disorders in DSM-IV and DSM-5, the new category, named addictive disorders is the most striking change. Only gambling disorder have been identified currently in this category. This may be the most remarkable change among the changes in the DSM-5. Because the expansion of the existing diagnostic criteria may cause the assessment of 'normal behavior' as a disorder. Additionally, withdrawal of caffeine and cannabis are defined in the DSM-5. Disorders collected under the title of substance-related disorders in the DSM-IV were collected under the name of substance-related and addictive disorders in the DSM-5. Specific criterias for substance abuse and substance addiction have been combined into the name of "substance use disorders". In substance abuse, "experienced legal problems" criteria was removed and "a strong desire or urge or craving for substance use" criteria has been introduced. Henceforth, substance abuse is defined as a mild form of substance use disorders in the DSM-5. A change in the prevalence of substance use disorders should be investigated by the new researches.

**Key words:** DSM-5, addiction, behavioral dependence.

**SINIFLAMA,** bir ya da birden fazla amaç için klinik bir fenomenin kabul edilmiş bazı kriterlere göre kategoriler şeklinde düzenlenerek söz konusu klinik fenomenin karma-

şıklığının azaltılması sürecidir (Zimmerman ve Spitzer 2005). Böylece tedavi ve koruma çalışmalarının geliştirilmesi amaçlanır. Tıbbi rahatsızlıkların aksine ruhsal bozukluklar davranış, düşünce ve emosyonlarda normalden bir sapma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu da ruhsal bozukluklar tanımında belirsizliğe neden olmaktadır. Spitzer 1973'te homoseksüaliteyi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabının ikinci baskısından (DSM-II)'den çıkartılmasını gerekçelendirirken bir ruhsal bozukluk tarifi yapmıştır. Bu tarife göre ruhsal ya da psikiyatrik sağlık durumunun psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmesi için bu durumun ya sürekli bir şekilde öznel sıkıntıya yol açması ya da sürekli bir şekilde sosyal etkinlik veya işlevsellikte bozulmaya neden olması gerekmektedir. (Zimmerman ve Spitzer 2005).

Madde bağımlılığı olan kişiler 19. yüzyılda günahkâr veya suçlu olarak kabul edilirken bilimsel gelişmeler ve sosyal reformları takiben 1951 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hasta olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bağımlılık, daha sonra Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından bir bozukluk olarak kabul edilmiştir (Ayvayışık 2009).

Bu yazıda bir "bozukluk" olarak alkol-madde kullanımının, DSM'nin tarihsel süreç içerisinde nasıl yer aldığı kısaca gözden geçirilecek ve Mayıs 2013'te yayınlanan DSM-5'in (APA 2013) ne gibi değişiklikler getirdiği ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

## DSM ve Alkol-Madde Kullanımı

DSM, başlangıçta Amerika Birleşik Devletleri'nde ruhsal bozukluklar hakkında istatistiksel bilgi toplama ihtiyacını karşılamak amacıyla geliştirilmiştir. DSM'nin 1952 yılındaki ilk baskısında madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında ele alınmış ve oldukça sınırlı yer verilmiştir (APA 1952). 1968 yılında basılan DSM-II, madde kullanımını ilk baskısına benzer şekilde ele almıştır (APA 1968). DSM-III'ün 1980 yılında basımı ile birlikte birçok değişiklik gündeme gelmiştir. Pek çok bozukluk için açık tanı ölçütlerinin tanımlanması DSM-III ile olmuştur. DSM-III ile ilk kez madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı yapılmış, bağımlılık tanısı için fizyolojik bağımlılık belirtilerinin saptanması gerektiği vurgulanmıştır (APA 1980). DSM-IV ile madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanılarına hiyerarşik bir yaklaşım getirilmiştir (APA 1994). Madde kötüye kullanımının, madde bağımlılığından daha hafif bir bozukluk olduğu ve bağımlılığın başlangıç noktası olduğu düşünülmüştür. Ayrıca tolerans ve yoksunluk, bağımlılık tanısı için şart olmaktan çıkarılmıştır (Bilici 2012, NIH 2015).

DSM-IV-TR (APA 2000), madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar bölümü bakımından DSM-IV'e benzemektedir. Her ikisinde de madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklar olmak üzere iki kategori içermektedir. Madde kullanım bozuklukları, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olarak iki alt kategoriden oluşur. Madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ise; madde intoksikasyonu, madde yoksunluğu ve madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar olmak üzere üç kategoriden oluşur. Bu bölümde ele alınan bozukluklara neden olan maddeler; alkol, amfetamin ve benzer etkili ajanlar, kafein, esrar, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin ve benzeri maddeler, sedatif-hipnotik-anksiyolitik etkili ilaçlar şeklinde sınıflandırılmıştır (Jaffe ve Anthony 2005).

DSM-IV-TR'de kafein için bağımlılık, kötüye kullanım ve yoksunluk tanımlanmamıştır (APA 2000). Esrar, halusinojen, fensiklidin, inhalanlar için yoksunluk, nikotin için ise kötüye kullanım ve intoksikasyonu tanımlanmamıştır. Ayrıca en az 3 ayrı gruptan madde kullanımı durumu çoğul madde bağımlılığı olarak tanımlanmıştır.

Madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozuklukları arasında; intoksikasyon deliryumu, yoksunluk deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu sayılmaktadır. Madde kullanımının yol açtığı kalıcı 3 bozukluktan; madde kullanımının yol açtığı demans ve madde kullanımının yol açtığı amnestik bozukluk “deliryum, demans, amnestik ve diğer bilişsel bozukluklar” bölümünde ve halusinojenlerin yol açtığı kalıcı algı bozukluğu “halusinojenlerle ilgili bozukluklar” bölümünde yer almıştır (APA 2000).

## DSM-5 ile Neler Değişti?

DSM-IV ile DSM-5 arasında büyük oranda bir örtüşme olmakla birlikte birkaç önemli farklılık vardır. Bu farklılıklar aşağıda sıralanmıştır (APA 2000, APA 2013, NIH 2015).

DSM-IV'te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar şeklindeki başlık, DSM-5'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları olarak değiştirilmiştir (Hasin ve ark. 2013).

1. DSM-IV'de madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeler 11'e ayrılmışken DSM-5'de 10'a ayrılmıştır. DSM-5'teki sınıflandırma; alkol, kafein, esrar, halusinojenler (fensiklidin bu gruba dahil edilmiş ve grup kendi içinde fensiklidin ve diğer halusinojenler olarak ayrılmıştır), inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimulanlar), nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir. DSM-IV'ten farklı olarak çoklu madde bağımlılığı tanısı DSM-5'de bulunmamaktadır (Jaffe ve Anthony 2005, Hasin ve ark. 2013).
2. DSM-5'te, DSM-IV'ten farklı olarak, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı altında sıralanmıştır. Ancak madde kötüye kullanımı tanı ölçütleri arasında sayılan “madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar” ölçütü terk edilmiş, onun yerine daha önce olmayan ve “craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü” tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir. Daha önce tanı koymak için yeterli olan üç tanı ölçütü sayısı ise ikiye düşürülmüştür (Hasin ve ark. 2013, NIH 2015).
3. DSM-IV'te gidiş belirleyicileri; erken tam remisyon (hasta 1 aydan uzun 12 aydan kısa bir sürede bağımlılık ölçütlerini karşılamıyorsa), kalıcı tam remisyon (bağımlılık ölçütleri 12 aydan uzun bir süredir karşılanmıyorsa), erken kısmi remisyon (1 aydan uzun ama 12 aydan kısa sürede 1-2 ölçüt mevcutsa) kalıcı kısmi remisyon (12 aydan uzun süredir 1-2 ölçüt karşılanıyorsa), agonist tedavide remisyon (12 aydan uzun süredir buprenorfin veya metadon sürdürüm programını başarılı bir şekilde sürdürüyorsa), denetimli çevrede remisyon olarak tanımlanmıştır (Jaffe ve Anthony 2005). DSM-5'te erken remisyon, kalıcı remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon belirleyicileri bulunmaktadır. Erken remisyon demek için 1 aydan uzun, 12 aydan kısa süre

içinde bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerinden hiç birini karşılamaması gerekirken, DSM-5'te bu süre 3 aydan uzun 12 aydan kısa olarak değiştirilmiştir. Ancak DSM-5 ile birlikte getirilmiş olan aşerme (craving) ölçütünün varlığı remisyon belirleyicisinin kullanılmasına engel değildir (Hasin ve ark. 2013). DSM-IV tolerans ve yoksunluk ile kendini gösteren fizyolojik bağımlılığın belirlenmesine önem verirken, fizyolojik bağımlılık gösteren ve fizyolojik bağımlılık göstermeyen belirleyicileri DSM-5'te bulunmamaktadır (Hasin ve ark. 2013). Şiddet, DSM-5'te yeni tanımlanmış bir belirleyicidir. Madde kullanım bozuklukları tanı ölçütlerinden 2-3 tanesinin karşılanması durumunda hafif, 4-5 tanesinin karşılanması durumunda orta, 6 ve daha fazlasının karşılanması durumunda şiddetli belirleyicisi kullanılmaktadır (Hasin ve ark. 2013).

4. Kafein kullanım bozukluğu tanısı DSM-5'te de bulunmamaktadır. Ancak kafein yoksunluğu tanımlanmıştır. Kafein kullanımını bıraktıktan ya da azalttıktan sonraki 24 saat içinde; baş ağrısı, yorgunluk-uyusukluk, disforik-çökkün duygudurum ya da kolay kızma, konsantrasyon güçlüğü, grip benzeri (bulantı, kusma, kaslarda gerginlik ya da ağrı) belirtilerden en az 3 tanesi mevcutsa kafein yoksunluğu tanısı konulabilmektedir (Hasin ve ark. 2013, APA 2013).
5. Kafeinin kullanım bozukluğu, tütünün ise intoksikasyonu tanımlanmadığı için, bu iki madde hariç tüm madde intoksikasyonlarına "hafif şiddete kullanım bozukluğu ile", "orta ve ciddi şiddette kullanım bozukluğu ile" ve "madde kullanım bozuklukları olmaksızın" belirleyicileri tanımlanmıştır. Esrar, opiyat, amfetamin ve kokain intoksikasyonları algı bozukluğu ile giden ve algı bozukluğu olmayan olarak 2 alt gruba ayrılmıştır. Yukarıda tanımlanan belirleyiciler bu iki alt grup için de geçerlidir (APA 2013).
6. DSM-5'te esrar yoksunluğu ilk kez tanımlanmıştır. Esrar kullanımını bıraktıktan yaklaşık bir hafta sonra; kolay kızma, öfke ve saldırganlık, uyku sorunu, iştah azalması-kilo kaybı, huzursuzluk, çökkün duygudurum, karın ağrısı-sarsılma/titreme, terleme, ateş, ürperme, baş ağrısı gibi bedensel belirtilerden birinin olması ölçütlerinden en az 3'ünün karşılanıyor olması bu tanıyı koydurmaktadır. (APA 2013, Hasin ve ark. 2013).
7. DSM-5'te fensiklidin intoksikasyonunda kullanılan algı bozukluğu ile giden belirleyicisi kaldırılmıştır.
8. Sedatif-hipnotik-anksiyolitik yoksunluğu için algı bozukluğu olan ve algı bozukluğu olmayan belirleyicileri kullanılmıştır.
9. DSM-IV-TR'de en az 3 gruptan madde kullanımını çoğul madde kullanımı ile ilişkili bozukluk tanımlanmışken bu tanıya DSM-5'te yer verilmemiştir (Hasin ve ark. 2013).
10. Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar tanı grubu DSM-5'te karşımıza çıkan yeni bir kategoridir ve sadece kumar oynama bozukluğunu içerir. Kumar oynama bozukluğunun DSM-5 ile sınıfı değişmekle birlikte tanı ölçütleri hemen hemen aynı kalmıştır. DSM-IV-TR'deki 10 ölçütten sadece "kumar oynamak için gereken parayı sağlamak üzere sahtekârlık, dolandırıcılık, hırsızlık, zimmetine para geçirme gibi yasa dışı eylemlerde bulunur" tanı ölçütü dışarda bırakılmıştır (APA 2000). DSM-IV-TR'ye göre 10 ölçütten 5 tanesi tanı koymak için yeterliken, DSM-5'e göre 9 ölçütten 4'ü yeterlidir. Şiddet belir-

leyicisi açısından; 4-5 ölçütle hafif, 6-7 ölçütle orta, 8-9 ölçütle şiddetli kumar oynama bozukluğu tanısı konulabilmektedir. Ayrıca “dönemsel” ve “sürekli” diğer belirleyicilerdir. Madde ile ilişkili bozukluklarda olduğu gibi “erken” ve “tam remisyon” belirleyicileri de tanımlanmıştır (APA 2013, Hasin ve ark. 2013).

11. DSM-5'te madde/ilaç kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar içinde DSM-IV-TR'den farklı olarak, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar ve bipolar bozukluklar yer almaktadır. DSM-IV-TR'de bipolar bozukluklar ve depresyon “duygudurum bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılırken DSM-5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar ve depresif bozukluk olmak üzere iki ayrı grup olarak sınıflandırılmıştır. DSM-IV-TR'de var olan madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozuklukları yerine DSM-5'de madde/ilaç kullanımının yol açtığı depresif bozukluklar ve madde /ilaç kullanımının yol açtığı duygudurum bozuklukları tanımlanmıştır. Madde kullanımının yol açtığı obsesif-kompulsif bozukluk ilk defa DSM-5'de tanımlanmıştır. Her bir bozukluk ilişkili bölümde tanımlanmaktadır (APA 2013).

### “Addictive” mi? “dependence” mi?

DSM-III-R basıldığında, madde ile ilişkili bozuklukların, ilaç arama davranışını sorgulayan bir dizi ölçütle tanımlanması önemli bir başarı olarak görülmüştü. Çünkü bu hali ile değerlendiriciler arası güvenilirliği ve geçerliliği sağlanmaktaydı. O dönemde DSM-III-R'de bu sendromun tanımlanma biçimi oy birliği ile kabul edilmişken kullanılacak olan kavram üzerinde fikir ayrılıkları oluşmuştur. O'Brein'in (2011) bildirdiğine göre; klinisyenler, “addiction” veya “addictive bozukluk” olarak isimlendirilmesini önerirken, klinisyen olmayanlar “addiction” kelimesinin aşğılayıcı olduğu ve hastaların dışlanmasına neden olacağından, daha yalın bir kelime olan “dependence” in uygun olacağı üzerinde durmuşlardır (O'Brein 2011). Aynı zamanda “addictive” (iptila, müptela olmak, alışkın, alışkanlık) kelimesinin, “çapraz bulmaca çözmek”, “egzersiz yapmak” gibi sıradan gündelik faaliyetler için kullanılmasının da kavramı önemsizleştirdiği öne sürülmüştür (Jaffe ve Anthony 2005). Klinisyenlerin, “dependence” kelimesinin “farklı olmasına karşın normal” anlamında kullanıldığına işaret etmesine ve depresyon, anksiyete tedavisinde verilen ilaçlar ile ortaya çıkan tolerans ve yoksunluğa da bu isim verilmesine rağmen DSM-III-R'de tanımlanan kontrolsüz ilaç arama davranışı sendromu için 1 oy farkla “dependence” kavramı seçilmiştir (O'Brein 2011).

O'Brien (2011), DSM-5'teki terminoloji değişikliğinin nedenini anlattığı makalesinde, “dependence” kelimesinin, DSM-III-R'den önce, merkez sinir sistemi üzerine etkili olan bir ilacın ani kesilmesinde ortaya çıkan belirtileri tanımlamak için kullanıldığını, bu durumun psikiyatristler dışındaki doktorlar için kafa karıştırıcı olduğunu (APA 2013), bağımlılık hakkında eğitim verenlerin tıp öğrencilerine ve doktorlara normal fizyolojik yanıtı “fiziksel dependence” olarak, DSM'de “dependence” olarak tanımlananın ilaç arama davranışını ise “addiction” olarak anlattığını ve bu durumun DSM'deki “dependence” in fiziksel olmadığı hatalı çıkarımına neden olduğunu bildirmektedir. İki kavramın karışmasının en önemli sonucunun da, opiatlarla ağrı tedavisi yapan doktorların yoksunluk ya da tolerans geliştiren hastalarına “addiction” yaratmaktan korkarak yetersiz ağrı tedavisi uygulamaları olduğu bildirilmektedir (O'Brein 2011). Bu nedenlerle DSM-5 hazırlanırken bazı çalışma komisyonu üyelerinin “addiction” kelimesinin son

yıllarda küçük düşürücü bir anlam ifade etmemesi nedeniyle, bu kelimeye dönmeyi teklif etmişlerdir. Çeşitli toplantılarda dinleyicilere bu konu sorulduğunda “addiction” sözcüğü onay görmesine rağmen madde kullanım bozuklukları gibi daha nötral bir ifadeye karar kılınmış ancak genel bölüm “madde ile ilişkili ve ‘addictive’ bozukluklar” olarak isimlendirilmiştir (O’Brein 2011).

## **Madde Kötüye Kullanımı ve Madde Bağımlılığına Karşı Madde Kullanım Bozuklukları**

DSM-IV ve DSM-IV-TR’de madde bağımlılığının temel özelliği, “madde kullanımına bağlı belirgin sorunlara rağmen bireyin madde kullanımını sürdüreceğine işaret eden bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtiler göstermesidir” (Jaffe ve Anthony 2005). Tolerans, yoksunluk ve kompulsif ilaç alma davranışı ile sonuçlanan kendi kendine ilaç uygulama söz konusudur (APA 2000). Tolerans ve yoksunluk bulgularının yanı sıra madde niyetlenildiğinden daha uzun süre ve daha fazla miktarda kullanılır, kullanımı sınırlandırmaya karşı güçlü bir istek ya da başarısız girişimler vardır, madde kullanımı için çok fazla zaman harcama, günlük aktivitelerde azalma, maddenin neden olduğu fiziksel-psikolojik sorunlara rağmen kullanmaya devam etme söz konusudur (Chung ve ark. 2012).

DSM-IV-TR’ye göre madde kötüye kullanımının temel niteliği; tekrarlayan madde kullanımına bağlı yineleyen, önemli olumsuz sonuçlar olmasına karşın uyum bozucu bir madde kullanımının olmasıdır (APA 2000). Maddeyle ilişkili sorun aynı 12 aylık dönemde yineleyici bir şekilde ortaya çıkmış ya da süreklidir. Kişi, yapmakta olduğu işleri yerine getirmekte güçlük yaşamaktadır, fiziksel olarak zararlı olacak koşullarda yineleyen bir madde kullanımı vardır, çok sayıda yasal sorun, toplumsal ve kişilerarası alanlarda sorun vardır. Ancak kişi o madde için bağımlılık ölçütlerini karşılamamaktadır (Chung ve ark. 2012). DSM-IV-TR çalışma grupları bu kavramı madde bağımlılığı bulunmayan ancak toplumsal davranış bakımından madde ile ilgili kötü uyum gösteren durumları tanımlamak için kullanırken, DSÖ bu terimi kullanmamaktadır (APA 2000). Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasınının 10. Baskısında (International Classification of Diseases-ICD-10), “zararlı madde kullanımı” kategorisi bulunmaktadır ve bu kavram zihinsel ya da fiziksel sağlık ile sınırlıdır. Çünkü ICD, belli bir maddeyle ilgili bir kullanım örüntüsünü onaylamamakta, yasal ya da evlilik sorunları gibi olumsuz toplumsal sonuçları zararlı kullanım için bir kanıt olarak yeterli görmemektedir (Jaffe ve Anthony 2005).

DSM-IV’te kötüye kullanım kavramı bağımlılığın daha erken ve hafif dönemi olarak temellendirilmiştir. Pratikte ise kötüye kullanım ölçütleri bir hayli şiddetli olabilmektedir (APA 2013b). İlaç kullanımı ve ilaç bağımlılığı arasında bir ara durumu destekleyen kanıtlar halen yeterli düzeyde değildir. DSM-IV’e göre bağımlılığın 2 ölçütünü karşılayan ancak kötüye kullanım ölçütlerini karşılamadığı için (sadece alkollü araç kullanan bir kişi kötüye kullanım tanısı alabiliyorken) madde kullanımı ile ilgili hiçbir tanı konulamayan “tanısal yetimler” mevcuttur (Peer ve ark 2013). Bu nedenlerle madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanıları, DSM-5’te madde kullanım bozuklukları adı altında tek bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (APA 2013).

DSM-IV’te, madde kötüye kullanımı tanısını koymak için son 12 aylık dönemde 4 ölçütten 1 veya daha fazlasının karşılanması, madde bağımlılığı tanısı için ise, 7 ölçütten 3 veya daha fazlasının karşılanması gerekmektedir. DSM-5’te 11 madde kullanım

bozuklukları tanı ölçütünden son 12 ayda herhangi 2 veya daha fazlasının karşılanması tanı koydurmaktadır (APA 2000, APA 2013).

Tanı ölçütleri arasından yasal sorun yaşama ölçütünün çıkarılma nedeni olarak kültürel farklılıklar ve ölçütün uluslararası uygulamasındaki güçlükler gösterilmektedir (APA 2013b). Ayrıca çalışmalar bu ölçütün yaygınlığının düşük ve psikometrik özelliğinin (ayırıcı özelliği düşük, faktör yüklenmesi az) zayıf olduğunu göstermiştir. Bu nedenle yasal sorunların madde kullanım bozuklukları için geçerli bir ölçüm olamayabileceği, şans faktöründen çok fazla etkilendiği için kesin bir klinik gösterge olamayabileceği düşünülmüştür (Peer ve ark 2013).

Meyer, DSM-5'teki değişiklikleri "kozmetik değişiklikler" olarak tanımlamakta ve komitenin geçmişteki hataları tekrarladığını öne sürmektedir. Ona göre, tüm madde kullanım bozuklukları için ortak bir ölçüt seti kullanmak ve çok önemli bazı farklılıkları ihmal etmek (ki bunlar tedavi ve ilaç seçiminde ayırıcı özellik taşıyor) bu hatalardan biridir (Meyer 2011, Peer ve ark 2013). Meyer'e göre, alkol kullanımı ile ilgili ağır içiciliğin standardı kabul edilmiştir (erkekler için 5 birim alkol/gün kadınlar için 4 birim alkol/gün). Ayrıca bu standartlar, tedavi sonuçlarını değerlendirilmede halen kullanılmaktadır. Alkol bağımlılığının şiddetini belirlerken, ağır içiciliğin yanında ağır içilen gün /içilen gün, ağır içici olunan yıllar, alkol yoksunluk nöbetleri gibi faktörlerin tümü önem taşıyor, bu faktörlerin göz ardı edilerek alkol kullanım bozukluğu ölçütlerinin belirlenmesi bir hatadır (Meyer 2011). Alkol bağımlısı kişilerle yapılan toplum temelli çalışmalar, bu hastaların tamamen ayık kalma ihtimallerinin çok düşük olduğunu, ağır-orta içme dönemlerine girip çıktıklarını göstermektedir. Tedavi sınırı olarak belirlenen nokta, tedaviyi, tedavi beklentisini ve tedavi başarısını etkilemektedir (Meyer 2011).

Ayrıca DSM-III-R ve DSM-IV'teki ortak madde kullanım bozuklukları kategorik yaklaşımı, daha çok psikososyal ölçütler üzerine temellendirilmiştir (APA 1987, APA 1994). DSM-5'e göre, alkolle özel bir ölçüt olmaksızın, 2 psikososyal ölçütün varlığı ile alkol kullanım bozukluğu tanısı konulabilmektedir. Kötüye kullanım ve bağımlılık tanılarının tek kategori altında toplanması ile bağımlılık tanısına 3 psikososyal ölçüt daha eklenmiştir. Oysa alkol kullanmama şeklinde bir geleneği olan kültürlerde alkolizmin psikososyal sonuçları daha yaygın olma eğilimindeyken, ağır içiciliğin bile olağan görüldüğü kültürlerde sağlık sorunları ve sonuçları daha yaygındır. Bu nedenle Meyer, DSM-IV'te kültürel geçerliliğin olmadığını iddia etmektedir (Meyer 2011). Ayrıca prognostik önemi olan uyku anormallikleri ya da bilişsel yetersizlik gibi sağlık sonuçlarını katmadan 4 psikososyal ölçüt ile daha şiddetli bir bozukluk da tanımlanabilmektedir. Oysa bağımlılığın (içme davranışı) şiddeti ile içmenin sonuçlarının şiddeti birbirlerinden farklıdır (Meyer 2011).

West ve Miller'a göre de (2011), DSM-5'te şiddetin belirlenmesinde sorun bulunmaktadır. Şiddeti ne belirlemelidir? Davranışa yönelten motivasyonun gücü mü (inhibe etme kapasitesindeki yetersizliği de içerebilir) yoksa zararın derecesi mi? Bu noktada eşik değer belirlenmesinde sorunlar bulunmaktadır ve bunun için henüz geçerli bir ölçüm bulunmamaktadır. Şiddetin derecesini belirlerken, bağımlılık potansiyeli olan davranışa odaklanmaktan ziyade mevcut ya da potansiyel zararın değerlendirilmesine odaklanılırsa daha pragmatik bir bakış sağlanabileceği bildirilmektedir. Her bir madde için şiddet belirleyicisi ayrı ayrı olabilir. Örneğin; nikotin bağımlılığında kişinin sigara içmeden rahat bir şekilde sürdürebildiği sürenin uzunluğu, dürtünün gücü, motivasyon-

nel sistemdeki bozulma olabilirken, diğer olgularda tüketim düzeyi ya da aktivitenin sıklığı ölçü olabilir (West ve Miller 2011).

DSM-5 madde kullanım bozuklukları tanı ölçütleri belirlenirken tüketim miktarının/tüketim sıklığının bir ölçüt olarak değerlendirilmiş ancak bu modelleri destekleyen yeterli çalışmanın olmaması ya da var olan çalışmaların desteklememesi nedeniyle bu faktörler kriterler arasına alınmamıştır (Cherpitel ve ark. 2010, Haşin ve ark. 2013). Ayrıca alkol için belirlenen miktarların uluslararası karşılaştırma çalışmalarının olmadığı, esrar kullanıcıları arasında kullanım paterninin belirsiz olduğu, diğer yasadışı maddelerin kullanım paterninin belirlenmesinin ise daha da zor olduğu da bildirilmiştir (Haşin ve ark. 2013).

Madde kullanım bozuklukları tanı ölçütlerinden “madde etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara rağmen madde kullanma ölçütü” (6. ölçüt, DSM-IV'e göre madde kötüye kullanımı'nin 4. ölçütü) ile “büyük olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal soruna rağmen madde kullanımı ölçütü” (9. ölçüt, DSM-IV'e göre bağımlılığın 7. ölçütü) ve “yineleyici madde kullanımı nedeniyle iş- okul-evde yükümlülüklerini yerine getirememeye ölçütü” (5. ölçüt, DSM-IV'e göre madde kötüye kullanımı'nin 1. ölçütü) ile “madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki, keyif veren aktiviteler azaltılır ya da bırakılır ölçütü” (7. ölçüt, DSM-V'e göre bağımlılığın 6. ölçütü) arasında kesişme vardır. Komite, bu kesişimi fark etmiş ve çalışma grubundan bunun üzerine çalışılmasını istemiştir. Bu konu üzerinde çalışmak ve 4 ölçütü 2'ye düşürmek için gerekli analizlerin yapılması için yeterli zaman olmaması, çalışma grubunun eski bir çalışmasının ölçüt sayısında azalmayı açık bir şekilde desteklememesi üzerine madde kullanım bozuklukları ölçüt sayısı 11 olarak kalmıştır (Schuckit 2013).

Bir bozukluğun fazla sayıda ölçüt ile tanımlanması, aynı tanıyı alan hastaların homojenitesinde soruna neden olabilmektedir. Tanı ölçütlerinden birbirinden tamamen farklı iki grup ölçütü karşılayan hastalar aynı tanıyı alabilmektedir (Meyer 2011).

Madde kullanım bozuklukları için DSM-5 ölçütlerine yönelik önerilerin gerekçelerinin açıklandığı makalede (Haşin ve ark. 2013), DSM-IV'ün madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara yaklaşımında bazı sorunlu alanlar olduğu belirtilmektedir. Öncelikle madde kötüye kullanımı tanısının geçerlik ve güvenilirliği madde bağımlılığı tanısına göre daha düşüktür. Aksini gösteren çalışmalara rağmen madde kötüye kullanımı, madde bağımlılığı'nın prodromal bir evresi gibi gösterilmektedir. Hatta tüm bağımlı bireylerin, kötüye kullanım ölçütlerini karşıladığı gibi yaygın bir varsayım vardır. Oysa “tanısal yetimler”, kötüye kullanımdan daha ciddi bir durumdayken tanı alamamaktadırlar. Konu ile ilgili yayınlanan 39 makalede 200 bin kişi üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde; faktör analizleri sonucunda (bağımlılık ve kötüye kullanım ölçütlerine uygulandığında) tüm ölçütler tek bir faktörde ya da yüksek derece korelasyon gösteren iki faktörde toplanmaktadır. Bu bulguların gösterdiği iki önemli sonuç vardır; ilki DSM-IV'ün kötüye kullanım ve bağımlılık ölçütleri tek boyutludur ve alta yatan tek bir hastalığı işaret etmektedir. İkincisi ise kötüye kullanım ve bağımlılık ölçütleri, şiddet spektrumu içinde karışık bir şekilde yer alır. Ayrıca yasal sorunlar çok düşük yaygınlıkta görülmektedir ve düşük bir ayrıcalığa sahiptir (Haşin ve ark. 2013).

Castaldelli-Maia ve arkadaşlarının (2014) çalışmasına göre; %15 olgu aynı yıl içinde başta kötüye kullanım tanısı alırken daha sonra madde kullanım bozuklukları ölçütlerini karşılar hale gelmektedir. Olguların %10'u ise önce bağımlılık tanısı alırken daha sonra



kötüye kullanım tanısı almaktadırlar. Bağımlılık tanısı konulmadan önce kötüye kullanım saptananların oranı ise %75'tir. Yazarlar, farklı ülkelerde uygulanabilirliği araştırılmadan iki tanının birleştirilmesini eleştirmektedirler. Peer ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, DSM-IV'e göre kötüye kullanım tanısı alanların yarısının DSM-5'e göre hafif şiddette madde kullanım bozuklukları tanısı aldığı, diğer yarısının tanı almadığı ya da orta şiddette madde kullanım bozuklukları tanısı aldığı saptanmıştır. Bu sonuçlarla, DSM-IV'teki madde kötüye kullanımı tanısının DSM-5'e göre farklı şiddette madde kullanımına işaret ettiğini ileri sürmüşlerdir (Peer ve ark. 2013) Fizyolojik bağımlılık belirteci öngörücü geçerliliği çelişkili olduğu için DSM-5'ten çıkarılmıştır (Haşin ve ark. 2013).

## DSM-5'teki Değişiklikler Yaygınlık Oranlarını Değiştirir mi?

DSM-5'teki madde kullanım bozuklukları tanı ölçütlerindeki değişikliğin bu bozukluğun yaygınlık oranını nasıl değiştireceği merak edilen başka bir konudur. Yapılan bir çalışmada, 6000 mahkûm arasında kokain kullanım bozukluğu yaygınlığı %13 azalırken (Proctor ve ark. 2012), kronik ağrısı olan hasta örnekleminde yapılan bir çalışmada ise kokain kullanım bozukluğu yaygınlığı %2 azalmıştır (Boscarino ve ark. 2011).

Peer ve arkadaşlarının çalışmasında (2013), DSM-IV ve DSM-5 arasında alkol kullanım bozukluğu tanısı için %95.2 (sırasıyla; %63'e karşı %63,5), kokain kullanım bozukluğu tanısı için %98.2 (sırasıyla; %61.5'e karşı %62.2), opiyat kullanım bozukluğu tanısı için %99 (sırasıyla; %34.7'e karşı %34.8), esrar kullanım bozukluğu için %92.9'luk (sırasıyla; %39.4'e karşı %41.0) tanısız uyum saptanmıştır. Bu çalışmada, DSM-IV ve DSM-5'e göre yaygınlık oranlarındaki farklılıktan, "tehlikeli durumlarda madde kullanımı" ölçütündeki değişiklik sorumlu tutulmuştur (Peer ve ark. 2013).

Chung ve arkadaşları (2012), DSM-5'e göre nikotin kullanım bozukluğu oranının DSM-IV'e göre olduğundan %44.3 oranında daha yaygın olduğunu saptamıştır. DSM-IV'e göre konulan alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı tanıları ile karşılaştırıldığında, DSM-5'e göre alkol kullanım bozukluğu tanısı, yapılan çalışmalarda %0.8 ile %61.7 arasında daha yaygın olarak saptanmaktadır (Kelly ve ark. 2014). Dowson ve arkadaşları (2013), DSM-5'e göre hafif alkol kullanım bozukluğu tanısının DSM-IV'e göre konulan alkol kötüye kullanımı tanısından %30 daha fazla, orta şiddetli alkol kullanım bozukluğu tanısının ise %12.8 daha fazla olduğunu saptamıştır. Peer ve arkadaşları (2013), DSM-5 ölçütleri ile değerlendirildiğinde, esrar kullanım bozukluğu yaygınlığını %4.1, Mewton ve arkadaşları (2013) ise %14.8 daha az saptadıklarını bildirmiştir. Ergenlerle yapılan bir çalışmada (525 kişi), DSM-IV'e göre %2.7 olan nikotin bağımlılığı tanısına karşılık DSM-5'e göre %4 nikotin kullanım bozukluğu, DSM-IV'e göre %3.2 alkol kötüye kullanımı ve %0.6 alkol bağımlılığı tanısına karşılık DSM-5'e göre %4.6 alkol kullanım bozukluğu, DSM-IV'e göre %8.2 esrar bağımlılığı ve esrar kötüye kullanımı tanısına karşılık DSM-5'e göre %10.7 esrar kullanım bozukluğu tanısı konulmuştur (Kelly ve ark. 2014).

Madde kullanım bozuklukları için 2 ölçüt eşiği seçilmesinin gerekçesi olarak, DSM-IV'e göre konulan madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı yaygınlık oranlarına benzer oranlara iki ölçüt ile ulaşılması gösterilmektedir. Ancak bu eşik, hafif şiddet düzeyinin, gerçek olgular olmayışı ve heterojen gruplar içermesi sebebi ile eleştirilmektedir (Hasin ve ark. 2013).

DSM-IV'ten DSM-5'e geçiş ile yaygınlığın artması, oluşturulan iki ölçütlük eşliğin geçerliliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır. Tanı koyma süreci, sağlıklı ile hastayı ayırabilmek bakımından oldukça önemlidir. Bu süreç sonunda, kimin tedaviye ihtiyacı olduğunun belirlenmesinin yanında, patolojinin altında yatan etiyolojik faktörlerin belirlenmesi ve patolojiye yönelik etkili tedavi yöntemlerinin belirlenmesi gelecektir. Geçerliliği sorgulanan bir tanı koyma süreci ile yapılacak araştırmalar yanlış pozitif vakalar üzerinden yürüyeceğinden sonuçları sınırlı olacaktır (Chung ve ark. 20123).

## **Hayatın Boyunca, Bir İçkiyi Ondan Başka Bir Şey Düşünemeyecek Kadar İstedin mi?**

İnsan beyin görüntüleme çalışmaları biyolojik olarak ipucunun tetiklediği craving yanıtını alkol bağımlılarında göstermiştir. Bu bulgu alkol kullanım bozukluğu ile ilgili tedavi çalışmalarının sonuç değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Aşermenin doğası çok boyutlu olabilir ve fizyolojik ya da davranışsal bir durumu yansıtmadığı tartışmalıdır (Cherpitel ve ark. 2010). Aşerme, şiddetli alkol kullanım bozukluğuna sahip kişilerde tanısal açıdan daha yüksek oranda ayırt edici özelliğe sahiptir (Cherpitel ve ark. 2010). Aşermenin madde kullanım bozuklukları tanısı için geçerli bir gösterge olduğu ve bağımlılık farmakoterapisinin anahtar hedefi olduğu bildirilmektedir. Başlangıçta, DSM-5 tanı ölçütleri arasına aşermenin alınmasının diğer ölçütlerin gücünü azaltabileceğinden endişelenilse de yapılan çalışmalarda aşermenin madde bağımlılığı olan hastayı tanımlamada diğer 10 ölçüte ilave olarak az miktarda bilgi sağladığı bildirilmiştir. Alkol kullanıcıları arasında alkol kullanım bozukluğu yaygınlığının dört ülkenin acil bakım birimlerine başvuranlar arasından seçilen örneklem üzerinden değerlendirildiği bir çalışmada, Polonya'da %14, ABD'de %41 oranında alkol kullanım bozukluğu yaygınlığı saptanmıştır. Aynı çalışmada aşerme ölçütü ilave edildiğinde oranlar çok az bir farklılık göstermekteydi. Ancak aşermenin ICD ve DSM sistemlerinin karşılaştırılabilmesini arttırdığı için DSM-5 madde kullanım bozuklukları tanı ölçütü olarak kalmasına karar verildiği bildirilmektedir (Peer ve ark. 2013, Hasin ve ark. 2013). Çünkü ICD sistemi genel popülasyonda, alkol bağımlılığının tanımlanması açısından DSM sistemine göre daha geniş ve net veriler sağlamaktadır. Ayrıca ICD sisteminin geçerliliği DSM'ye göre biraz daha yüksektir (Cherpitel ve ark. 2010).

## **Nikotin ve Aşerme**

Hem ergenlerde hem de genç yetişkinlerde nikotin kullanım bozukluğunun en sık saptanan tanı ölçütü aşerme ve toleranstır. DSM-5 ile birlikte nikotin kullanım bozukluğu oranları artmasına karşılık DSM-IV'e göre konulan nikotin bağımlılığı tanısı ile DSM-5'e göre konulan şiddetli nikotin kullanım bozukluğu oranları benzerlik göstermektedir. Artan yaygınlıktan aşerme ölçütü ve çok zaman harcama ölçütünün eşliği düşürmesi sorumlu tutulmaktadır (Chung ve ark. 2012). DSM-5 ile birlikte semptomatik olguların kapsamının genişlemesi, nikotin kullanım bozukluğu tanısı alanlar arasındaki heterojenitenin artmasına neden olabilir (Chung ve ark. 2012).

## **Madde Kullanımının Yol Açtığı Ruhsal Bozukluklar**

Psikoaktif maddeler bağımlılık, kötüye kullanım, intoksikasyon ve yoksunluk sendromundan başka organik ruhsal bozukluk olarak da tanımlanabilen sendromları ortaya

çıkarabilir (Jaffe ve Anthony 2005). Maddenin indüklediği bu psikiyatrik bozukluklar DSM-III'ten beri tanımlanmaktadır. Bu sendromlar bağımsız psikiyatrik bozukluklara benzemekle birlikte bu tanının konulması için belirtilerin madde kullanımı bırakıldıktan sonraki bir ay içerisinde gerilemesi gerekmektedir. "Organik" terimi, diğer ruhsal bozuklukların organik bir temeli olmadığı imasını içinde barındırmasından dolayı terk edilmiştir. DSM-5'te de benzer yaklaşım kullanılmış, ayrıca maddenin indüklediği bipolar bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk ilave edilmiştir (Schuckit 2013)

Her ne kadar çalışmalar iki ya da üç fincan düzenli kahve kullanımının uykusuzluk, yorgunluk gibi çekilme belirtilerine neden olduğunu gösterse de klinik olarak önemli bir düzeyde kullanım bozukluğu tanısını destekleyen yeterli ve açık deliller olmaması nedeniyle kafein kullanım bozukluğu tanısı DSM-5'te de yer almamıştır (APA 2013, APA 2013b).

## Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluklar

Kumar oynama bozukluğu ilk kez DSM-III'te bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlandı (APA 1980, Christensen ve ark. 2015). DSM-IV'te başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozukluğu başlığı altında yer almıştır (Christensen ve ark. 2015). DSM-5 ile birlikte ise madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları ana kategorisinin madde ile ilişkili olmayan bozukluk başlığı altına taşınmıştır. Kumar oynama bozukluğu bu grupta sınıflanan tek davranışsal bağımlılıktır (Christensen ve ark. 2015). Pek çok kumar oyuncusu dürtüsel değildir. Kumar oynayanlar arasında duygudurum ve anksiyete bozukluklarının sıkça görülmesi bu grup bozukluklar içinde de sınıflanabileceğini düşündürülebilir. Ancak kumar oynama bozukluğu göreceli olarak yaygın, ciddi, iyi tanımlanmış bir durumdur ve sonuçlarına rağmen tekrarlayıcı davranışsal bir durum olarak madde kullanım bozuklukları başlığına daha uygun görünmektedir (Schuckit 2013). Çünkü kumar oynama bozukluğu, madde bağımlılığı'deki bilişsel, nörolojik, genetik ve davranışsal özelliklerle benzerlik gösterir. Kumar oynama bozukluğunda yüksek oranda madde bağımlılığı eşiğinin bulunmadığıdır. Kaygı veya zihinsel meşguliyet, kontrol kaybı ve kumarla ilgili kayıplar hasta ile hasta olmayana ayırmada güçlü yordayıcılardır (Christensen ve ark. 2015).

Davranışsal bağımlılıklar konusunda normal bir davranışın patolojik hale getirilmesi ve günlük yaşamın tıbbi bir durum olarak ele alınması, olduğundan fazla tanı konulmasına ve gereksiz tedavi girişimlerine neden olarak sağlık sistemine zarar vermesi nedeniyle eleştirilmektedir. Tanı ölçütlerinin genişletilmesinin, duyulan bu endişeleri haklı çıkarma potansiyeli her zaman vardır (Markel 2012). Bu kategori altında başka bozuklukların tanımlanabilmesi için; patolojik olduğu düşünülen durumun geçerli bir şekilde tanımlanması, klinik özellikleri ve klinik gidişinin açık bir şekilde tarif edilmesi, tarif edilenin yeni bir durum olduğunun, eski bir durumun değişik bir türü olmadığı gösterilmesi, bu durumun yaşamı kötüleştirdiği ya da anlamlı bozukluğa neden olduğunun gösterilmesi gerekmektedir (Schuckit 2013).

## Sonuç

Uluğ (2013), DSM-5'te yapılması öngörülen bazı yeniliklerin, sistem içinde tıkanıklık yaşanan bazı konularda köklü değişiklikler getireceği beklenirken (kişilik bozukluklarına boyutsal yaklaşım örneğinde olduğu gibi) beklenen köklü değişikliklerin çoğunun yapı-

lamamış olduğunun görüldüğünü bildirmektedir. DSM-5'te madde kullanım bozuklukları alanında da önemli bir değişiklik yapılamamıştır.

Uzun zamandır bağımlılık bozuklukları ile arasında paralellik bulunduğu düşünülen patolojik kumar oynamanın bağımlılık bozuklukları kapsamına alınması en önemli değişiklik gibi durmaktadır. Zaten patolojik kumar oynamanın tanı ölçütleri de tolerans, yoksunluk, kumar oynama davranışını kontrol edememe, psikososyal sonuçları, kumar oynama üzerine kafa yorma ile ilgilidir. (Zimmerman ve Spitzer 2005). Schuckit (2013) DSM-IV'te bağımlılık ölçütleri değerlendirildikten sonra kötüye kullanım ölçütleri olup olmadığı da değerlendirilmekteyken, DSM-5'te tek tanı listesinden değerlendirilme yapıldığını, bu nedenle DSM-5'in madde kullanım ölçütlerinin daha sade ve kullanımının daha kolay olduğunu bildirmektedir. Yazara göre DSM-5 açık ve kolay bir siddet belirleme yöntemi geliştirmiştir. DSM-5'e göre sadece işlevsellik ve kişiler arası sorunlar üzerinden hafif madde kullanım bozuklukları tanısı konulabilir ve kişinin tedavi sürecine girmesi sağlanabilir (Schuckit 2013). Schuckit'in söylemleri ile bir yandan teselli olurken diğer yandan ICD-11'de konu ile ilgili ne gibi değişikliğin yapılacağını beklemekteyiz.

## Kaynaklar

- APA (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1st edition (DSM-I). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition (DSM-II). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised 3rd edition (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association
- APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013b) Substance-related and addictive disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association. Available from <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.
- Ayvaşık B (2009) Alkol ve madde bağımlılığında bilişsel süreçler:beyindeki yapısal değişiklikten bağımlılığa giden yol. In Psikopatolojilerde Bilgi İşleme Süreçleri (Ed. M Irak). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Bilici R (2012) Alkol madde kullanım bozukluklarında tanı ölçütleri. In Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı (Eds. C Evren, K Ögel, B Uluğ):35-42. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Boscarino JA, Rukstalis MR, Hoffman SN, Han JJ, Erlich PM, Ross S et al. (2011) Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria. *J Addict Dis*, 30:185-194.
- Castaldelli-Maia JM, Silveira CM, Siu ER, Wang YP, Milhorance IA, Alexandrino-Silva C et al. (2014) DSM-5 latent classes of alcohol users in a population-based sample:results from the Sao Paulo Megacity Mental Healthy survey, Brazil. *Drug Alcohol Depend*, 136: 92-99.
- Cerpitel CJ, Borges G, Ye Y, Bond J, Cremonte M, Moskalewicz J et al (2010). Performance of a craving criterion in DSM alcohol use disorders. *J Stud Alcohol Drugs*, 71: 674-684.
- Christensen DR, Jackson AC, Dowling NA, Volberg RA, Thomas SA (2015) An examination of a proposed DSM-IV pathological gambling hierarchy in a treatment seeking population:similarities with substance dependence and evidence for three classification systems. *J Gambli Study*, 31:787-805.
- Chung T, Martin CS, Maisto SA, Comelius JR, Clark DB (2012) Greater prevalence of DSM-5 nicotine use disorder compared to DSM-IV nicotine dependence in treated adolescents and young adults. *Addiction*, 107:810-818.

- Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF (2013) Differences in the profiles of DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders: implications for clinicians. *Alcohol Clin Exp Res*, 37 (Suppl 1):305–313
- Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A et al. (2013) DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*, 170:834–851.
- Jaffe JH, Anthony JC (2005) Substance-related disorders: introduction and overview. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. (Eds HI Sadock, VA Sadock):1137–1167. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP (2014) Concordance between DSM-5 and DSM-IV nicotine, alcohol, and cannabis use disorder diagnoses among pediatric patients. *Drug Alcohol Depend*, 140: 213–216.
- Markel H (2012) The DSM gets addiction rights. Available from [http://www.nytimes.com/2012/06/06/opinion/the-dsm-gets-addiction-right.html?\\_r=3&](http://www.nytimes.com/2012/06/06/opinion/the-dsm-gets-addiction-right.html?_r=3&).
- Meyer RE (2011) A commentary on addiction and dependence in DSM-V. *Addiction* 106: 868–897.
- Mewton L, Slade T, Teesson M (2013) An evaluation of the proposed DSM-5 cannabis use disorder criteria using Australian national survey data. *J Stud Alcohol Drugs*, 74: 614–621.
- NIH (2015) Fact sheet: alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. Bethesda, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- O'Brien C (2011) Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106:1-3.
- Peer K, Rennert K, Lynch KG, Farrer L, Gelemer J, Kranzler HR (2013) Prevalence of DSM-IV and DSM-5 alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use disorders in a largely substance dependent sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 127:215–219.
- Proctor SL, Kopak AM, Hoffmann NG (2012) Compatibility of current DSM-IV and proposed DSM-5 diagnostic criteria for cocaine use disorders. *Addict Behav*, 37:722–728.
- Schuckit MA (2013) Editor's corner: DSM-5-ready or not, here it comes. *J Stud Alcohol Drugs*, 74: 661–663.
- Uluğ B (2013). DSM-5 ne getiriyor: bize ve hastalarımıza. *Türk Psikiyatri Derg*, 24(2):i.
- Zimmerman M, Spitzer R (2005) Psychiatric classification. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. (Eds HI Sadock, VA Sadock):1003–1033. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- West R, Miller P (2011) What is the purpose of diagnosing addiction or dependence and what does this mean for establishing diagnostic criteria. *Addiction*, 106:863–865.

---

**Gülcan Güleç**, Doç.Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir; **Ferdi Köşger**, Uzm.Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir; **Altan Eşsizioğlu**, Doç. Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Gülcan Güleç, Osmangazi Üniv. Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hast. ABD, Eskişehir, Turkey. E-mail: gulcangulec@yahoo.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol17/no4/](http://www.cappsy.org/archives/vol17/no4/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 1 Mart/March 1, 2015 - **Çevrimiçi yayım/Published online** 25 Mart/March 25, 2015

---