

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ

DANIŞMAN: PROF. DR. İLHAN YARGIÇ

**MADDE KULLANIMI NEDENİYLE DENETİMLİ SERBESTLİK VE
TEDAVİ TEDBİRİNE HÜKMOLAN KİŞİLERİN TEDAVİYİ
BAŞARIYLA TAMAMLAMALARINI ÖNGÖREN ETKENLERİN
İRDELENMESİ**

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

UZMAN PSİKOLOG REYHAN TURAN

İSTANBUL 2010

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

DANIŞMAN: PROF. DR. İLHAN YARGIÇ

**MADDE KULLANIMI NEDENİYLE DENETİMLİ SERBESTLİK VE
TEDAVİ TEDBİRİNE HÜKMOLAN KİŞİLERİN TEDAVİYİ
BAŞARIYLA TAMAMLAMALARINI ÖNGÖREN ETKENLERİN
İRDELENMESİ**

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

UZMAN PSİKOLOG REYHAN TURAN

İSTANBUL 2010

TEŞEKKÜR

Öncelikle engin bilgi ve tecrübesinden sonsuz faydalandığım çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. İlhan YARGIÇ'a, tez izleme komitemde bulunup, değerli fikirleri ve yönlendirmeleri ile çalışmama yardımcı olan Sayın Prof. Dr. Füsun SOKULLU AKINCI ve Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU'na, eğitimime ve tez çalışmalarına katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma, araştırmamın veri toplama aşamasında bana yardımcı olan başta psikolog Sultan KALELİ olmak üzere İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü elemanlarına, çalıştığım kurumda hoşgörü ve manevi desteklerini gördüğüm bölüm başkanım Sayın Prof. Dr. Süheyla ARTEMEL ve çalışma arkadaşlarıma ve araştırmamın her aşamasında bana maddi manevi destek olup cesaret veren sevgili anneme, babama ve kardeşime çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<i>Sayfa No</i>
1. Giriş ve Amaç	1
1.1. Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı	3
1.1.1. Genel Olarak	3
1.1.2. Tanı ve Sınıflama	6
1.1.3. Epidemiyoloji	8
1.1.4. Komorbidite	14
1.1.5. Etiyoloji	16
1.1.6. Madde Kullanım Bozukluklarının Oluşumunu Açıklayan Teoriler	19
1.1.7. Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılık Tedavisi	23
1.1.8. Kötüye Kullanılan ve Bağımlılık Yapan Maddeler	29
1.2. Madde Kullanımının Hukuki Yönü	34
1.2.1. Suç Kavramı ve Teorileri	34
1.2.2. Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanma Suçu	38
1.2.3. Bazı Ülkelerin Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanımına Yaklaşımı	39
1.2.4. Türkiye’de Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanılmasına İlişkin Suçlar	41
1.2.5. Kullanmak için Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Satın Almak, Kabul Etmek veya Bulundurmak Suçu	42
1.2.6. Yaptırım: Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri	44
1.2.7. Denetimli Serbestlik Uygulamasının Tarihsel Gelişimi	51
1.2.8. Denetimli Serbestlik (Gözetim) Kurumunun Değişik Ülkelerdeki Gelişim Süreci	53
1.3. Zorunlu Madde Tedavisi ve Tarihsel Gelişimi	57
1.4. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Başarıyı Öngören Faktörler	70
1.4.1. Kişisel Faktörler	70
1.4.2. Kişilerarası Faktörler	82
1.4.3. Çevresel Faktörler	86
1.4.4. Sosyodemografik Faktörler	88
2. Gereç ve Yöntem	97

2.1.	Katılımcılar	97
2.1.1.	Ana Çalışma	97
2.1.2.	Pilot Çalışma	97
2.2.	Kullanılan Araçlar	98
2.2.1.	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği	98
2.2.2.	Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi	99
2.2.3.	Levenson Psikopati Ölçeği	103
2.2.4.	Sosyodemografik Veri Toplama Formu	106
2.2.5.	Adli Dosya İncelemesi	107
2.3.	Bağımlılık Tedavisinde Başarılı ve Başarısız Olan Katılımcıların Belirlenmesi	107
2.4.	Prosedür	107
2.5.	Verilerin İstatistiksel Analizi	108
3.	Bulgular	109
3.1.	Sosyodemografik Özellikler ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulgular	109
3.2.	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörlere İlişkin Bulgular	114
3.3.	Tedavi Programında Başarılı Olan ve Olmayan Olguların Kişilik Özelliklerine İlişkin Bulgular	133
3.4.	Tedavi Programında Başarılı Olan ve Olmayan Olgularda Psikopatik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulgular	136
4.	Tartışma	138
5.	Sonuç	168
6.	Özetler	169
6.1.	Özet (Türkçe)	169
6.2.	Abstract (English)	170
7.	Kaynaklar	172
	Ekler	209
	Sosyodemografik Veri Toplama Formu	209
	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği	213
	Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi	215
	Levenson Psikopati Ölçeği	219
	Özgeçmiş	221

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1	Yaş ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	109
Tablo 2	Yaş Gruplarına Göre Kullanılan Madde Sayısı	110
Tablo 3	Cinsiyet ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	110
Tablo 4	Medeni Durum ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	111
Tablo 5	Eğitim Durumu ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	111
Tablo 6	Çalışma Durumu ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	112
Tablo 7	Maddeye Başlama Yaşı ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	112
Tablo 8	Yakalanan Madde ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	113
Tablo 9	Kullanılan Madde ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	113
Tablo 10	Sabıka Kaydı ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler	114
Tablo 11	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 1. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	115
Tablo 12	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 2. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	115
Tablo 13	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 3. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	116
Tablo 14	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 4. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	116
Tablo 15	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 5. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	117
Tablo 16	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 6. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	117
Tablo 17	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 7. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	118
Tablo 18	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 8. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	118
Tablo 19	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 9. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	119

Tablo 20	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 10. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	119
Tablo 21	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 11. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	120
Tablo 22	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 12. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	121
Tablo 23	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 13. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	121
Tablo 24	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 14. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	122
Tablo 25	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 15. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	122
Tablo 26	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 16. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	123
Tablo 27	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 17. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	123
Tablo 28	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 18. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	124
Tablo 29	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 19. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	124
Tablo 30	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 20. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	125
Tablo 31	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 21. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	125
Tablo 32	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 22. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	126
Tablo 33	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 23. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	126
Tablo 34	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 24. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	127
Tablo 35	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 25. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	127

Tablo 36	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 26. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	128
Tablo 37	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 27. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	129
Tablo 38	Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 28. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları	129
Tablo 39	Çalışmaya Katılan Tüm Olgular İçin Her Bir Ölçek Sorusunun, Ölçek Toplam Puanı İle Korelasyonu ve Soru Çıkarıldığında Ölçek Cronbach Katsayısı	130
Tablo 40	Sosyal ve Yasal Faktörler Alt-Ölçeği ile Psikolojik Faktörler Alt-Ölçeği İlişkisi	131
Tablo 41	Nörotisizm-Anksiyete Değişkeninin T-Testi Sonuçları	134
Tablo 42	Aktivite Değişkeninin T-Testi Sonuçları	134
Tablo 43	Sosyallik Değişkeninin T-Testi Sonuçları	134
Tablo 44	Dürtüsel Heyecan Arayışı Değişkeninin T-Testi Sonuçları	135
Tablo 45	Saldırganlık-Düşmanlık Değişkeninin T-Testi Sonuçları	135
Tablo 46	Birincil Psikopati Değişkeninin T-Testi Sonuçları	136
Tablo 47	İkincil Psikopati Değişkeninin T-Testi Sonuçları	136
Tablo 48	Toplam Psikopati Değişkeninin T-Testi Sonuçları	137

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

- | | | |
|----------------|---|-----|
| Şekil 1 | Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 5. ve 10. Maddeleri Çıkarıldıktan Sonra Toplam Puanının Tedavi Başarısını Öngörme ROC Eğrisi | 132 |
| Şekil 2 | Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 5., 10., 25., 26., 27., ve 28. Maddeleri Çıkarıldıktan Sonra Toplam Puanının Tedavi Başarısını Öngörme ROC Eğrisi | 133 |

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde ve dünyada madde bağımlılığı hızla artmakta, tehlikeli boyutlara varmaktadır. Kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yaşamını yok eden, insanı insan olmaktan çıkararak madde bağımlılığı yalnızca bireysel sağlık sorunu olmayıp toplum sağlığı, toplumsal düzen ve gelecek için bir tehdittir. Bağımlılık bireyi bir maddenin esiri yapan, özgürlüğünü ve özerkliğini elinden alan bir süreçtir (Landry, 1994). Yıkıcı etkileri bireyi fiziksel gücünden, ailesinden, işinden koparmakta, çaresiz bir köle haline getirmektedir. Madde bağımlılığı kişide hem bir takım fiziksel, psikolojik hasarlara neden olmakta, hem de işgücü kaybına yol açmakta, ailevi sorunlar yaratmakta ve toplumsal düzeni olumsuz yönde etkilemektedir.

Maddeler yalnızca kullanan kişiyi etkilemekle kalmayıp, o kişinin içinde bulunduğu toplumun düzenini etkilediği için bu maddelerin yasal olarak kontrol altına alınması ve madde kullanımının yasaklanması gereğini ortaya çıkarmıştır. 2005 yılında Türk Ceza Kanunu'nda yapılan değişikliklerle madde bağımlısına ve kullancısına bir suçlu gözüyle değil, tedaviye muhtaç bir birey gözüyle bakılmaya başlanmıştır. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Müdürlüğü Denetimli Serbestlik Daire Başkanlığı tarafından yürütülen programa göre madde bağımlılarına tedavi olma alternatifi getirilmiştir. Böylece madde kullanan kişiler ceza infaz kurumlarına alınmadan toplum içinde denetlenmekte ve tedavilerini tamamlamaktadırlar.

Denetimli serbestlik alternatif bir ceza infaz sistemidir. Şüpheli sanık veya hükümlüler için ceza infaz kurumlarının bir alternatifi olan bu sistemde, belli şartlar ve yükümlülüklerle bağlı olarak serbest bırakılırlar ve kendilerine bir takım yükümlülükler getirilir. Bu sistem kişiyi toplumdan koparmadan ıslah etmeyi amaçlar ve yeniden topluma kazandırmayı hedefler. Denetlemede amaç, daha güvenli ve huzurlu toplumlar oluşturmak için suçtan zarar görenlerin

çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması, basit suçlardan hükümlülerin ceza infaz kurumlarının dışında tutulması ve suç tekrarının önlenmesidir (Özkaya, 2008).

Birçok madde kullanım bozukluğu olan kişi, ailelerinden, işyerlerinden veya adli otoritelerden gelen baskılarla tedaviyi kabul etmek zorunda kalmaktadır. Tedavi için içsel olarak motive olmak her zaman iyi bir prognostik belirti kabul edilmesine rağmen birçok araştırma tedaviye gönüllü başlayan kişilere kıyasla yasal bir zorunluluk olarak tedaviye başlayanların programda daha uzun süre kaldıklarını ve benzer başarılar gösterdiklerini saptamıştır. Bunun yanı sıra yasal zorunluluk olarak tedavi ve takipleri yapılan kişiler arasında başarısızlık oranının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.

Gerek gönüllü gerekse yasal zorunluluk olarak başlanan tedaviler ve denetimler kapsamında belirlenen programa uzun süre devam eden ve maddeden uzak kalan kişilerde bazı bireysel etkenlerin ön plana çıktığı görülmektedir. Çeşitli çalışmalar, bireylerin madde kullanım düzeyinin yoğunluğu ve kronikleşme özelliği ile programda kalma süresi ve maddeyi yeniden kullanmama olasılığı arasında negatif bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Denetim altında tutulan kişilerde anksiyete, duygudurum, antisosyal veya diğer kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların bulunmasının programı bırakma veya maddeye tekrar başlamanın bir göstergesi olduğunu ileri süren araştırmalar bulunmaktadır (Hiller, Knight ve Simpson, 1999).

Madde kullanan kişilerin çoğu bir iş bulmakta veya işlerini devam ettirmekte zorlanmaktadır. Bu bağlamda araştırmalar işsiz olan kişilerin tedavi ve denetim programını daha çabuk bıraktıkları ve maddeyi tekrar kullanmaya başladıklarını göstermektedir.

Bir başka çalışmada madde kullanmaktan dolayı tutuklanan ve haklarında zorunlu tedavi ve denetim kararı verilen kişiler arasında kadınların, yetişkinlerin, eğitim seviyesi yüksek, evli veya uzun süreli ilişkisi olanların, eroin kullanmayanların ve geçmişte başka bir suçtan mahkum olmayanların programda daha uzun süre kaldıkları, tedavi ve denetimleri sona erdikten sonra maddeye tekrardan başlamadıkları saptanmıştır (Sinha, Easton ve Kemp, 2003).

Madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükmolan kişilerin tedavi programını tamamlamalarında başarı veya başarısızlığa yol açabilecek etkenlerin ortaya konulması ve incelenmesi araştırmanın ana amacını oluşturmaktadır. Araştırmanın genel amacı çerçevesinde şu sorulara yanıt aranacaktır: 1) Madde bağımlılığı tedavisinde başarılı olan ve olmayan olgular sosyodemografik özelliklere göre nasıl bir dağılım göstermektedir? 2) Madde bağımlılığı tedavisinin başarısını öngören faktörler nelerdir? 3) Tedavi programında başarılı olan ve olmayan olguların kişilik özellikleri nelerdir? 4) Tedavi programında başarılı olan ve olmayan olgularda psikopatik özellikler nasıl bir dağılım göstermektedir?

1.1. Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı

1.1.1 Genel Olarak

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren, insanlar ot, alkol ve diğer uyuşturucu maddeleri kullanarak, vücut ve bilinçlerini değiştirme yolları aramışlardır. Bu sürecin sonunda elde edilen bulgular, modern tıbbın gelişmesi, lezzetli şarap ve likörlerin yapılması gibi bilimsel ve kültürel yaşantıya önemli katkılar sağlamıştır. Bazı dinler, bilinç ve algıyı değiştiren maddeleri kullanarak tanrısal güç ile cemaatlerine yardım etme yolları aramıştır. Zihin ve bedeni etkileyen maddelerin faydalı amaçlar için kullanılması sürecinde bir olgunun açıklık kazandığı görülmektedir: Toplumsal ve kültürel sınırlar boyutunda, zihin ve bedeni etkileyen bu maddelerin kullanımını kontrol edemeyen ve bağımlılık tuzağına düşen birçok insan bulunmaktadır.

Bağımlılık genellikle tek bir gecede oluşmamaktadır. Kullanımın sürekli hale gelmesi ve toleransın oluşması belli bir zaman dilimi içinde ve gittikçe artan düzeyde madde alımının sonucunda gerçekleşmektedir. Başlangıçta kişi maddeyi boş zamanını eğlenceli geçirmek amacıyla kullanmış olabilir. Örneğin, iş çıkışı günün yorgunluğunu ve stresini üzerinden atmak için bazı kişiler bir veya iki kadeh şarap içmeyi adet haline getirebilirler. Başka biri

arkadaşlarıyla özel bir anı paylaşmak amacıyla ara sıra esrar içebilir veya bir başkası sınavına çalışırken uzun süre uyanık kalmak için kokain kullanmaya başlayabilir.

Bazı kişiler sadece belirli durumlarda madde kullanabilmektedir. Ancak diğer şansız birçok kişi için madde kullanımı giderek artmakta ve maddenin verdiği hazzı düşünme, maddeyi satın alma, hazırlama ve kullanma ile geçirilen zaman ve verilen önem hızla çoğalmaktadır. Bir süre sonra madde ile ilgili tüm düşünce ve eylemler kişinin hayatının merkezi haline gelmektedir. Diğer yandan, mesleki, ailevi, sosyal ve toplumsal sorumlulukları yerine getirme kapasitesi ise giderek azalmaktadır. Madde kullanan kişinin kullandığı miktarı çoğaltmasıyla fiziksel bağımlılık gelişmekte ve madde alınmadığında çeşitli bedensel rahatsızlıklar ortaya çıkmakta ve kişi hastalanmaktadır. Bağımlılık arttıkça, maddeye karşı tolerans da artmaktadır. Bir başka deyişle, kişi maddeye bağımlı olduğunda, maddeye başlama dozu yeterli gelmemekte, aynı etkinin sağlanabilmesi için, kişi giderek daha fazla miktarda ve daha sık madde kullanma ihtiyacı duymaktadır.

Birçok madde yasadışı (kanunlarca kullanılması yasak olan maddeler) olduğundan, kullanan kişiler suç işlemeye (uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak veya ticareti yapmak, maddenin etkisi altındayken araba kullanmak gibi suçlar) yatkın hale gelmektedirler. Madde kullanımı süreklilik kazandığında, bağımlı olan kişiler için, işini devam ettirmek zorlaşmakta ve hatta imkansız hale gelmekte, ilişkileri bozulmakta, ailelerini kaybedebilmektedirler. Kullandıkları maddeyi düzenli olarak elde edebilmek için hırsızlık, fahişelik veya uyuşturucu madde satıcılığı gibi yasadışı yollara başvurabilmektedirler. Maddenin etkisi altındayken cinayet işleyebilmekte veya başkalarını yaralayabilmekte (örneğin trafik kazası veya yangına neden olmak) ve başkalarına bulaşıcı hastalık (AIDS, hepatit vb.) geçirebilmektedirler. Ve nihayetinde bu kişilerin bağımlılıkları ölmelerine yol açabilmektedir (intihar, kötü beslenme, yüzsek dozda madde alımı, maddeye bağlı fiziksel

problemler). Hiçbir bağımlı, maddeyi ilk defa kullanırken böylesine trajik bir deneyim yaşayabileceğine inanmaz.

Kötüye kullanılan ve bağımlılık yapan; eskiden beri toksik madde, uyuşturucu madde, yasadışı madde, drug, pskoaktif madde gibi çeşitli isimlerle anılan ve kullanıldığında, merkezi sinir sistemini etkileyerek kişinin zihinsel durumunda ve davranışlarında değişiklik yapan maddeler artık günümüzde “madde” kelimesi ile adlandırılmaktadır (Tosun, 2002).

Madde kullanımıyla ilgili problemler bireyle sınırlı değildir; kişinin ailesini, yaşadığı sosyal çevreyi ve toplumu tümünden etkileyen bir güce sahiptir. Bir başka deyişle, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı kişinin biyopsikososyal bütünlüğünü bozmakla kalmayıp, toplumsal yaşama da büyük zararlar vermekte, ailelerin parçalanmasına, iş ve trafik kazalarına ve hatta cinayete, iş ve işgücü kaybına yol açmaktadır.

Amerika’da madde kötüye kullanımının verdiği zarar yılda 484 milyar doları geçmektedir. Sağlık giderleri, gelir ve kazancın kaybedilmesi, suç ve trafik kazalarının yol açtığı masraflar madde kullanımının neden olduğu maddi zararların başında gelmektedir. Madde kötüye kullanımı önemli bir toplumsal sağlık problemidir. Amerika’da en sık görülen sağlık sorunları madde kötüye kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Örneğin, araştırmalar sigara alışkanlığının, kanser orijinli ölümlerin % 11-% 30’u ile alakalı olduğunu göstermektedir. Bilim adamları, sigara, kokain, ecstasy, amfetamin ve steroid bağımlılığı ile kardiovasküler hastalıkların gelişmesi arasında anlamlı ilişki olduğunu öne sürmektedirler. Toplumsal yaşamla ilgili pek çok problem madde kullanımı ile artmaktadır. Örneğin, Amerika’daki araştırmalar, trafik kazası yapmış olan sürücülerin % 10-% 20’sinin kaza sırasında, cinayet, hırsızlık ve yaralama gibi suçlara karışmış kişilerin neredeyse yarısının olay sırasında maddenin etkisi altında olduklarını göstermektedir. Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin üçte biri çocuklarına fiziksel veya cinsel istismarda bulduklarını itiraf

etmişlerdir. Amerika’da yapılan geniş kapsamlı incelemeler, evsizlerin % 31’nin madde bağımlısı olduğunu, cezaevindeki yetişkinlerin % 60’ının madde ile ilgili suçlar işlediklerini, kokain bağımlısı kadınların hamilelikleri sırasında madde kullanmaya devam ettiklerini ve özel eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (National Institute on Drug Abuse, 2008).

1.1.2. Tanı ve Sınıflama

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA) ve Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) madde kullanımı ile ilgili problemlerin birer tıbbi bozukluk olduğunu bildirmiş ve bu bozuklukları spesifik tanı kriterleri kullanarak tarif etmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanmış olan mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin dördüncü gözden geçirilmiş baskısında (DSM-IV-TR) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilmiş olan hastalıkların uluslar arası sınıflamasının gözden geçirilmiş onuncu versiyonunda (ICD-10) maddeyle bağlantılı bozuklukların kriterleri, maddelerin bağımlılık düzeyindeki kullanımının belirtileri olarak ifade edilmekte ve tolerans ve yoksunluk sendromuna ilaveten psikolojik ve sosyal işlevsizliği de kapsamaktadır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000), DSM-IV-TR’de, maddeleri şu şekilde sıralamıştır: 1) alkol, 2) amfetamin veya benzer etkili simpatomimetikler, 3) kafein, 4) kannabis (hint keneviri, esrar), 5) kokain 6) halüsinojenler 7) inhalanlar, 8) nikotin 9) opiyatlar, 10) fensiklidin (phencyclidine, PCP veya benzer etkili arilsikloheksilaminler, 11) sedatifler, hipnotikler ve ansiyolitikler, 12) çoğul madde ve 13) diğer ve bilinmeyen madde.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR’de, “Madde ile İlişkili Bozuklukları” (Substance-Related Disorders) iki gruba ayırmakta ve bunları aşağıdaki gibi sınıflandırmaktadır:

- 1) Madde Kullanım Bozuklukları: Madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı.
- 2) Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar: Madde entoksikasyonu, madde yoksunluğu, madde kullanımının yol açtığı deliryum, madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans, amnestik bozukluk, madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk, madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı uyku bozukluğu.

Madde kötüye kullanımının tanı kriterleri DSM-IV-TR'de aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

A) 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden en az birinin olması ve klinik olarak bozulmaya veya sıkıntıya yol açan uyumsuz madde kullanımı:

- (1) iş, okul veya evle ilgili başlıca yükümlülükleri yerine getirmede başarısızlıkla sonuçlanan yineleyici madde kullanımı (örneğin, madde kullanımına bağlı tekrarlayan devamsızlıklar, düşük iş performansı, maddeye bağlı okul devamsızlığı, okuldan uzaklaştırılma veya atılma, çocukları ve ev işlerini ihmal etme)
- (2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici madde kullanımı (örneğin, maddenin etkisi altındayken araba kullanmak veya bir makineyi çalıştırmak)
- (3) madde kullanımı ile ilişkili yineleyici yasal sorunlar (örneğin, maddeye bağlı davranım bozukluğu nedeniyle tutuklanmalar)
- (4) maddenin yol açtığı veya kötüleştirdiği, ısrarlı ve yineleyici sosyal veya kişilerarası problemlerin olmasına rağmen devam eden madde kullanımı (örneğin, eşle entoksikasyonun sonuçları hakkında tartışma, fiziksel kavga)

B) Bu belirtiler madde bağımlılığının kriterlerini karşılamamalıdır.

Madde bağımlılığının teşhis kriterleri DSM-IV-TR'de şu şekilde tanımlanmıştır:

A) 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olması ve

linik olarak bozulmaya veya sıkıntıya yol açan uyumsuz madde kullanımı:

(1) tolerans, aşağıdaki maddelerden biriyle tanımlanmak üzere:

a- entoksikasyon veya istenilen etkiye ulaşabilmek için yüksek miktarda maddeye ihtiyaç duyma

b- aynı miktarda maddenin devamlı kullanımı sonucu istenilen etkide azalma

(2) yoksunluk, aşağıdaki maddelerden biriyle tanımlanmak üzere:

a- karakteristik yoksunluk sendromu

b- yoksunluk belirtilerinden kurtulmak veya kaçınmak için aynı (veya çok benzer) maddenin alınması

(3) amaçlanandan daha çok miktarda veya uzun süre madde kullanma

(4) maddeyi bırakmak veya kontrol etmek için ısrarlı istek ya da başarısız çaba gösterme

(5) madde bulmak (örneğin, birçok doktora gitmek veya uzun mesafe araba kullanmak), kullanmak (örneğin, ardı ardına içme) veya etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcama

(6) madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence faaliyetlerinden vazgeçmek

(7) maddenin yol açtığı veya kötüleştirdiği, tekrarlayan ve ısrarcı fiziksel veya psikolojik problemlerin varlığına rağmen madde kullanımının devam etmesi.

1.1.3. Epidemiyoloji

Madde kullanım bozuklukları toplumun her bölümünü ve bütün sosyoekonomik grupları etkilemektedir. Madde kullanımının toplum üzerindeki etkisini hesaplamak ve ortaya koyabilmek çok zordur. Çünkü bu maddelerin zararlı etkilerinin bir kısmı hemen ortaya çıksa da birçoğu uzun yıllar sonra kendisini gösterir. Polis kayıtları, tıbbi problemler, madde bağımlılığı tedavisi yapan programlara başvuru ve taramalara yansıyanlar problemin yüzeyde görülür kısmıdır. İş kaybetme riski, fazla madde kullanımının getirdiği sosyal etiket ve problemi inkar etmeye yol açan diğer faktörler veri toplamayı daha da güçleştirir.

Uyuşturucu kullanım trendleri bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye değişmektedir. Birleşmiş Milletler Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Programının (UNDCP) 2008 yılında yayınladığı Dünya Uyuşturucu Raporuna göre, dünya çapında 15-64 yaşları arasındaki kişilerin % 3.9'u esrar, % 0.6'sı amfetamin, % 2'si MDMA (ecstasy), % 0.4'ü kokain ve % 0.3'ü eroini 2006/7 yılı içinde en az bir kere kullanmıştır.

UNDCP raporuna göre, sentetik uyuşturucular ve özellikle amfetamin kullanımı hızlı bir artış göstermektedir. 2006 yılında insanların % 0.6'sı amfetamin kullanmıştır. Amfetamin kullanıcılarının yaklaşık % 55'i Asya'da bulunmaktadır. Kuzey Amerika'da yaklaşık 4 milyon kişi amfetamin kullanmaktadır. Avrupa'da ise üç milyon kadar insan bu maddeyi kullanmaktadır. Genel olarak koka bitkisinden elde edilen maddeler Amerika kıtasında yer alan ülkelerde esrardan sonra kullanılan en yaygın maddedir. 2006/7 yılında dünya çapında yaklaşık 16 milyon kişi (15-64 yaşları arasındaki kişilerin % 0.4'ü) kokain kullanmıştır. Kokain kullanımı en fazla Kuzey Amerika'da (7 milyon kişi), Batı ve Orta Avrupa'da (4 milyon kişi) ve Güney Amerika'da (3 milyon kişi) görülmektedir. Esrar dünya üzerinde en çok kullanılan maddedir. Rapora göre, 2006 yılında 15-64 yaşları arasındaki kişilerin % 3.9'u esrar kullanmıştır. Esrar kullanımının en yaygın olduğu ülkeler sırasıyla Okyanus Bölgesi, Kuzey Amerika ve Afrika'dır. Son olarak dünya çapında 17 milyon kişi opiyat türü maddeler kullanmaktadır. Opiyat kullanıcılarının neredeyse yarısından fazlası Asya'da (10 milyon kişi) bulunmaktadır. Avrupa ise opiyat kullanımının en yaygın olduğu ikinci kıtadır. Yaklaşık 4 milyon kişi opiyat kullanmaktadır.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyarıcı Bağımlılığı İzleme Merkezi (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) tarafından hazırlanan 2006 yılına ait rapora göre esrar Avrupa'da en sık kullanılan yasadışı maddedir. Yaklaşık 65 milyon Avrupalı yetişkinin (% 20'si 15-64 yaşları arasında) bu maddeyi en azından bir kere denedikleri tahmin edilmektedir. Esrar kullanımı özellikle gençler arasında daha yaygındır. Rapor, 2004 yılında

15-34 yaşları arasındaki Avrupalı gençlerin % 3-% 44'ünün bu maddeyi denediğini, % 3-% 20'sinin taramanın yapıldığı tarihten bir sene öncesinde kullandığını göstermektedir.

Birçok Avrupa ülkesinde en sık kullanılan ikinci yasadışı madde amfetamindir. Rapora göre, bu maddenin genel popülasyonda görülme oranı düşük olmasına karşın, gençler arasında oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Yakın zamanda yapılan araştırma sonuçlarına göre Avrupa'da amfetamin kullanımının hayat boyu yaygınlık oranı yetişkinler arasında % 0.1 - % 5.9 arasında değişmektedir. Hemen hemen 10 milyon Avrupalı hayatlarında bir kere bu maddeyi denemiş, 2 milyondan fazlası ise son bir sene içinde amfetamin kullanmıştır. Rapora göre, Avrupalı gençlerin ortalama % 4.8 'i amfetamin maddesini denemiş ve % 1.4'ü ise bir sene önce kullanmıştır.

MDMA (ecstasy) Avrupalı yetişkinlerin % 2-% 7.1'i tarafından denenmiştir. Yaklaşık 9 milyon Avrupalı bu maddeyi denemiş ve neredeyse 3 milyon kişi bir sene önce kullandığını belirtmiştir. Avrupa ülkelerindeki genç yetişkinler arasında hayat boyu yaygınlık oranı MDMA maddesi için % 5.2' dir.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyarıcı Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin hazırladığı rapora göre, yetişkinler arasında LSD maddesinin hayat boyu yaygınlık oranı % 0.2-% 5.9 arasında değişmektedir. 15-34 yaş grubu için bu oran % 0.3-% 9 arasında değişmekte, 15-24 yaş grubu için ise % 4.5'i geçmemektedir. Geniş çaplı bu araştırmada, yaklaşık 10 milyon Avrupalının en az bir kere kokain maddesini denediği saptanmıştır. Bu sayı tüm yetişkinlerin % 3'ünü yansıtmaktadır. Diğer maddelerde olduğu gibi kokain maddesi genç yetişkinler tarafından daha sık kullanılmaktadır. Hayat boyu yaygınlık oranının 15-34 yaş grubu arasında (% 1-% 10) daha yüksek olduğu görülmektedir.

2000-2004 yılları arasında, 15-64 yaşları arasındaki 1000 kişiden 1-8'inin opiyat kullandığı ileri sürülmektedir. Özellikle opiyat kullanımının İrlanda, İtalya, Lüksemburg ve Avusturya'da daha fazla olduğu, Almanya ve Hollanda'da ise daha az olduğu saptanmıştır.

Amerika'da Ulusal Madde Kötüye Kullanımı Enstitüsü (National Institute on Drug Abuse) tarafından 2007 yılında gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, 13 yaşındaki öğrencilerin % 10.3'ü bir sene önce en az bir kere esrar, % 0.8'i eroin, son bir ay içinde % 0.6'sı kokain ve ecstasy ve % 0.6'sı amfetamin kullanmıştır. 15 yaşındaki öğrencilerin % 24.6'sı bir sene önce en az bir kere esrar, % 8'i eroin, son bir ay içinde % 1.3'ü kokain, % 1.2'si ecstasy ve % 0.4'ü amfetamin kullanmıştır. 17 yaşındaki öğrencilerin % 31.7'si bir sene önce en az bir kere esrar, % 0.9'u eroin, son bir ay içinde % 2'si kokain, % 1.6'sı ecstasy ve % 0.6'sı amfetamin kullanmıştır.

12 yaş ve üzerindeki yaklaşık 15 milyon Amerikalının son bir ay içinde en az bir kere esrar içtikleri saptanmıştır. 12 yaş ve üzerinde yaklaşık 36 milyon Amerikalı hayatlarında en az bir kere kokain kullanmıştır. 3 milyon Amerikalı ise son bir ay içinde kokain kullandığını belirtmiştir. 18-25 yaşları arasındaki genç yetişkinlerin % 6.9'u son bir yıl içinde kokain kullanmıştır. Aynı araştırmada 731000 kişinin son bir ay içinde amfetamin, % 0.2'sinin ise ecstasy kullandığı görülmektedir. Son olarak araştırma sonuçları, son bir ay içinde eroin kullananların sayısının 2005 yılında 136000 olduğunu ancak 2006 yılında bu sayının 338000'e yükseldiğini göstermektedir (National Institute on Drug Abuse, 2000, 2004, 2005, 2006a, 2006b).

Ülkemizde madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı hakkında yeterli bilimsel araştırma yapılamamış, hastane ve polis kayıtları dışında yeterli bilgi elde edilememiştir. Ancak bazı araştırma, hastane ve polis kayıtlarından elde edilen verilere göre madde kullanımının toplumda giderek yaygınlaştığı ve maddeye başlama yaşının düştüğü görülmektedir.

Emniyet Genel Müdürlüğü'ne bağlı Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2007 yılına ait raporuna göre, uyuşturucu maddeyle ilgili yaklaşık 25000 kişi yakalanmıştır. Uyuşturucu madde kullanmaktan dolayı yakalanan 5765 kişinin

% 82'sinin esrar, % 6.8'inin eroin, % 0.1'inin afyon, % 1.4'ünün kokain, % 9.7'sinin ecstasy ve % 0.1'inin captagon maddesi kullandığı tespit edilmiştir. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 2007 yılında madde kullanmaktan dolayı haklarında polis tarafından yasal işlem yapılan kişilerin genel bir profilini ortaya çıkarmak amacıyla bir araştırma yapmıştır. Bu çalışmanın kapsamını 2007 yılı içerisinde maddeyle ilgili suç işleyenler hakkında yasal işlem başlatılıp madde kullandığını beyan eden ve araştırmaya katılmaya istekli olan 803 kişi oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, madde kullanıcılarının % 4.1'inin kadın, % 95.8'inin ise erkek olduğu görülmektedir. Madde kullananların % 42.5'inin ilkokul mezunu olduğu, % 47.6'sının hiç evlenmediği, % 45.1'inin evli ve % 5.6'sının boşanmış olduğu gözlenmektedir. Madde kullanma nedeni olarak ilk sırada merak ikinci sırada arkadaş etkisi ve üçüncü sırada ise ailevi ve kişisel sorunlar yer almaktadır. Kullanım sıklığına göre, maddeler içerisinde en sık kullanılan maddenin % 73.3 oranla esrar, % 12.7 oranla eroin, % 3.9 oranla ecstasy olduğu görülmektedir. Madde kullanan kişilerin % 83.2'sinin daha önce tedavi gördüğü anlaşılmaktadır. Madde kullananların sabıka kayıtlarına bakıldığında % 48.7'sinin daha önceden sabıkasının olmadığı, % 18.7'sinin sadece madde dışı konularda sabıkası olduğu, % 14.3'ünün hem maddeyle bağlantılı hem de madde dışında konulardan sabıkasının olduğu görülmektedir (Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2007).

Ögel ve diğer. (2006) İstanbul'da okuyan 10. sınıf öğrencileri arasında 2001 ve 2004 yılında yapılan araştırma verilerini kullanarak madde kullanım yaygınlığının 3 yıllık süreç içindeki değişimini saptamaya çalışmışlardır. Araştırmaya 15-17 yaş grubunda 3500 öğrenci katılmıştır. Öğrenciler arasında yaşam boyu en az bir kere kullanım yaygınlığı en yüksek olan madde alkoldür (% 51.2). Alkolü sırasıyla tütün (% 41.37), uçucu maddeler (% 5.9), esrar (% 5.8), benzodiyazepin (% 3.7), ecstasy (% 3.1) ve eroin (% 1.6) takip etmektedir. Yaşam boyu en az bir kere tütün, alkol ve madde kullanımı riski cinsiyete göre

karşılaştırıldığında erkeklerin benzodiyazepin kullanımı hariç diğer tüm maddeler için kızlardan daha fazla risk taşıdığı görülmüştür. Yüksek gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarında, düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre tütün, alkol ve flunitrazepam kullanma riskinin daha yüksek olduğu, yaşam boyu en az bir kere tütün, alkol ve eroin kullanma riskinin ise özel okula giden öğrencilerde diğer okullara gidenlere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

2007 yılında TBMM tarafından “okulda şiddet “olaylarını konu alan bir araştırmada ise detaya girilmeden madde kullanımı sorulmuştur. Bu araştırma dahilinde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından seçilen 60 ildeki 261 okulda öğrenim gören 26009 öğrenciye yönelik yapılan çalışmaya göre, son üç ay içinde uyuşturucu/uyarıcı madde kullanım oranı % 2.9 olarak tespit edilmiştir. Tedavi merkezlerinden, yatarak tedavi olan bağımlılara ait verilerde, veri sağlayan merkez sayısı her geçen yıl artmakla birlikte, tüm merkezlerden veri sağlanması henüz mümkün olamamıştır. Sağlık Bakanlığınca sağlanan 2008 yılı verilerine göre 2145 bağımlı yatarak tedavi görmüştür. Mevcut verilere bakıldığında, tedavi olan hastaların % 52.6’sı afyon türevi kullanmaktan, % 29.6’si esrar kullanmaktan, % 2.4’ü stimulant ve % 3.4’ü kokain kullanmaktan dolayı tedavi altına alınmışlardır. Tedavi altına alınan bağımlıların % 52.5 ilk kez tedaviye başvurmuş, % 45.8’i daha önce de tedavi olduklarını beyan etmişlerdir. Tedaviye başvuru şekline bakıldığında % 56.9’u kendisi, % 31’i ailesi ve arkadaşları, % 8.8’i polis, mahkeme yönlendirmesi ile tedavi merkezine gelmiştir. Ölüm olaylarında 2007 yılına göre % 14’lük bir artış gözlemlenmektedir. 2007’de 139 olan madde kullanımı nedeniyle ölüm, 2008’de 159 olarak tespit edilmiştir. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünce 2008 yılında yayınlanan bir araştırmaya göre, 2005 yılında uyuşturucu suçlarından ceza tevkif evlerinde bulunan kişi sayısı (4125), 2008 yılında (15447) % 275 artış göstermiştir. 2008 yılı verilerine göre, uyuşturucu suçundan ceza evinde bulunanlar (% 14), adam öldürme suçundan (% 19) sonra

en yüksek grubu oluşturmaktadır. Uyuşturucu madde imal ve ticareti suçunu işleyenlerin, toplam uyuşturucu suçlarındaki oranı % 95'dir. Kullanmak amacıyla bulundurmamak suçunun da içinde yer aldığı diğer uyuşturucu suçları geri kalan % 5'lik dilim içindedir (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2009).

1.1.4. Komorbidite

Komorbidite, bir hastaya iki veya daha çok psikiyatrik bozukluk teşhisinin birlikte konulmasıdır. Epidemiyolojik çalışmalara göre, 10 madde kullanıcısının en az 6'sında başka psikiyatrik bozukluklar görülmektedir. Ayrıca, akıl hastası olan kişilerin % 25-% 60'ında madde kullanım bozukluğu gözlenmektedir. Sadece bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış hastalara oranla, iki teşhis konulmuş kişilerin daha ciddi psikopatolojilerinin olduğu, hastanelerin acil servislerini daha sık kullandıkları ve psikiyatrik birimlerine daha fazla yatırıldıkları gözlenmektedir (Lambert, LePage ve Schmitt, 2003; Martin-Santos ve diğer., 2006). Araştırmalar, herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış madde kullanıcılarının enfeksiyon, HIV ve hepatit gibi bulaşıcı hastalıklara daha fazla maruz kaldıklarını (King, Kidorf, Stoller ve Brooner, 2003), işsizlik ve sokakta yaşama gibi psikososyal bozulmaya daha sık karşı karşıya geldikleri ve şiddet veya suça daha yatkın olduklarını göstermektedir (Cuffel, Shumway ve Chouljian, 1994).

Çok sayıda çalışma, tedavi gören şizofren hastalarının yaklaşık % 50'sinin aynı zamanda alkol veya madde bağımlısı olduğunu ileri sürmektedir (Regier ve diğer., 1990). Depresyon semptomları ve ruh halindeki dengesizlik madde kullanım bozukluğunda görülen psikolojik belirtilerin başında yer almaktadır. Regier ve diğer. (1990) yapmış oldukları çalışmada, afektif bozukluğu olan hastaların % 32'sinde aynı zamanda alkol bağımlılığı ve % 18'inde madde kullanım bozukluğu tespit etmişlerdir.

Araştırmalar, madde bağımlısı ve majör depresyon tanısı almış hastaların aktivitelerinde benzer değişimlerin oluştuğunu göstermektedir. Örneğin, iritabilite, disforik

ruh hali ve haz alamama gibi yoksunluk belirtileri, sinir sistemindeki dopamin ve serotonin gibi kimyasal ileticilerin kontrol ettiği nörotransmitterlerin faaliyeti ile ilişkilidir.

Araştırmalar, nörotransmitterlerin faaliyetinde gözlenen söz konusu bu değişimlerin benzer şekilde depresyon hastalığında da gözlemlendiğini kaydetmektedir (Valkow, 2003).

Panik atak bozukluğu olan hastaların % 36'sında aynı zamanda madde kullanım bozukluğuna rastlanmaktadır (Kessler, Nelson ve McGanagle, 1996). Sosyal fobi ve madde bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştıran yeterli sayıda çalışma olmamasına rağmen, bir araştırmada, Myrick ve Brady (1997) kokain bağımlısı kişilerde sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığını % 13.9 olarak saptamışlardır. Stres sonrası travma bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, stres sonrası travma bozukluğu teşhisi konmuş erkek hastaların % 30-% 50'sinde, kadın hastaların % 25-% 30'unda aynı zamanda madde kullanım bozukluğunun olduğunu göstermektedir (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes ve Nelson, 1995).

Yakın zamanda yapılan araştırmalar madde kullanım bozukluğu ve yeme bozukluklarının bir arada bulunma olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Birçok çalışma, tedavi gören bulimia hastasında, madde kullanım bozukluğunun yaygınlık oranını yaklaşık % 28 olarak saptamıştır. Baker ve diğer. (2007), depresyon, nevroz ve çocukluk dönemi cinsel istismarı ile bulimia ve madde kullanım bozuklukları arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Hathaway (2003), 104 esrar kullanıcısı ile yaptığı araştırmasında, katılımcıların % 40'ının yaşam boyu en az bir kere panik atak geçirdiklerini göstermiştir. Bir başka çalışmada, Grella, Greenwell, Prendergast ve Sacks, (2008) cezaevinde uyuşturucu madde tedavisi gören 280 suçluda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını araştırmıştır. Sonuçlara göre, madde kullanan suçluların yaklaşık üçte biri (% 33.2) duygudurum bozukluğu, özellikle majör depresyon (% 26) teşhis kriterlerine uymaktadır. Sadece % 2.9'u psikotik kriterlere uyum

göstermektedir. Yaklaşık % 24'ü kaygı bozukluklarının herhangi birinin teşhis kriterlerini karşılamaktadır (% 11.4'ü stres sonrası travma bozukluğu ve % 10.4'ü panik bozukluk). Madde kullanan suçluların % 13.2'sinde borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu ve % 42.1'inde ise antisosyal kişilik bozukluğu tanı kriterlerine uygunluk gözlenmektedir.

1.1.5. Etiyoloji

Araştırma ve klinik veriler, neden bazı kişilerin maddeye bağımlı olduğunu diğerlerinin ise bağımlılık geliştirmedini açıklayacak tek bir nedensel faktör ortaya koyamamaktadır. Buna karşın, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığına yol açan çeşitli etkenler ileriye sürülmektedir.

Asilik – İsyankarlık: Kendini toplumun bir üyesi olarak görmeyen, toplum kurallarına uymayan, başarılı ve sorumluluk sahibi olmanın gerekliliğine inanmayan veya toplumsal yaşama karşı isyankar bir tutum sergileyen gençlerin madde kötüye kullanımı, suç işleme ve okuldan ayrılma gibi uyumsuz davranışlar gösterme olasılıkları daha yüksektir (Bachman, Lloyd ve O'Malley, 1981; Kandel, 1982).

Davranış Bozukluğu Olan Arkadaşlar: Suça eğilim, madde kötüye kullanımı, şiddet içeren faaliyetler veya okuldan ayrılma gibi uyumsuz davranışlar gösteren arkadaş çevresine sahip olan gençler de antisosyal akran grubuna benzer tutumlar sergilemektedir (Barnes ve Welte, 1986; Farrington, 1991).

Uyumsuz Davranışa Dair Olumlu Düşünce ve Tutumlar: Genellikle ergenlik döneminden önce gençler uyuşturucu ve şiddet karşıtı düşüncelere sahip olurlar ve insanların neden uyuşturucu kullandıkları, suç işledikleri ve okulu bıraktıklarını anlayamazlar. Ancak bu düşünceleri, daha önceden kabul etmedikleri veya anlamakta zorlandıkları uyumsuz davranışları sergileyen arkadaşları olduğunda büyük ölçüde değişir. Antisosyal davranışlara olumlu yaklaşım gençleri benzer davranışları sergilemeye itmektir (Huesmann ve Eron, 1984).

Uyumsuz Davranışların Erken Yaşta Ortaya Çıkması: Bir kişi ne kadar erken okulu bırakır, uyuşturucu kullanmaya başlar, suç işler ve cinsel yönden aktif olursa, ileride bu tür davranışların kronikleşme olasılığı o kadar artar (Elliott, Huizinga ve Ageton, 1989). Araştırmalar, madde kullanmaya on beş yaşından önce başlayanların ileride bağımlı olma riskinin on dokuz yaşından sonra başlayanlara göre iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Robins ve Przybeck, 1985).

Olumsuz Ebeveyn Modeli: Araştırmalar alkol veya madde bağımlısı anne-baba tarafından yetiştirilen çocukların ileride alkol veya madde kullanma ile ilgili sorun yaşama olasılıklarının yüksek olduğunu göstermektedir (Goodwin, 1985). Suç geçmişi olan bir ailedeki çocuk benzer şekilde suça meyilli olmaktadır (Bohman, 1978). Slavin (1990) anneleri yirmili yaşlarda doğum yapan çocukların kendilerinin de ileride yirmili yaşlarda ebeveyn olduklarını, okulu erken yaşta terk eden anne-babaya sahip gençlerin de okulu erken bıraktıklarını bulmuştur.

Sorunlu Aile Yönetimi: Zayıf ebeveynlik becerileri, davranış ve tutumlar için belirgin beklentilerin olmaması, çocukları koruma ve gözetmede başarısızlık, aşırı derecede sert ve tutarsız ceza yöntemlerinin uygulanmasını kapsamaktadır. Bu tür bir ailede yetişen çocukların her türlü sağlık ve davranış problemi yaşama riski yüksek olmaktadır (Thornberry, 1994).

Çelişkili Aile Tutumları: Anne-babası boşanmış çocuklarda suç işleme ve uyuşturucu madde kullanma riski daha yüksek olmasına rağmen, araştırmalar çocuklarda bu tür uyumsuz davranışlara yol açan etkenin tek başına boşanma sürecinin olmadığını göstermektedir. Aile yapısından ziyade, aile üyeleri arasındaki çelişki, çocuklardaki davranış bozukluğuna yol açan önemli bir faktördür (Loeber ve Dishion, 1984). Çelişki ve çatışma dolu bir çevrede büyüyen çocukların her türlü davranış bozukluğu geliştirme olasılığı oldukça yüksek görünmektedir.

Uyumsuz Davranışlara Olumlu Yaklaşma: Madde kötüye kullanımı ve suçla ilgili ebeveyn tutumları çocukların tutum ve davranışlarını etkilemektedir (Brook ve diğer., 1990). Araştırmalar kanuna karşı gelmeyi mazur gören ebeveyne sahip çocukların suç işlemeye meyilli olduklarını ve aile içi ve dışı şiddet davranışı gösteren anne-babanın çocuklarının şiddet yanlısı olma riski taşıdıklarını göstermektedir (Hawkins ve Weis, 1985). Alkol veya madde kullanan veya çocuklarının kullanmasını tolere eden anne-babanın bulunduğu ailelerde, çocuklar ergenlik döneminde büyük bir olasılıkla alkol veya madde kullanımıyla ilgili ciddi sorunlar yaşayacaklardır. Eğer anne-baba alkol veya madde kullanma davranışına çocuklarını dahil ediyorlarsa (örneğin çocuktan sigarayı yakmasını veya buzdolabından bir bira getirmesini istemek gibi) bu risk daha da yüksek olacaktır (Ahmed, Bush, Davidson ve Ianotti, 1984).

Antisosyal Davranışların Erken Yaşta Ortaya Çıkması ve Kronik Seyir Göstermesi: Ortaöğretimin ilk yıllarında saldırgan davranışlarda bulunan veya dürtülerini kontrol etmekte sorun yaşayan erkek çocuklarının, madde kullanım bozukluğu, suç işleme ve şiddet gibi antisosyal davranış sergileme olasılıkları daha fazladır (Loebner, 1988). Okuldaki saldırgan davranışların, izolasyon, içine çekilme veya hiperaktivite ile birleşmesi halinde, ergenlik döneminde ciddi sorunların ortaya çıkma olasılığı daha da yükselmektedir (Kelman ve Brown, 1982).

Akademik Başarısızlık: Okuldaki başarısızlık, madde kötüye kullanımı, suç işleme, şiddet ve okulu bırakma riskini arttırmaktadır. Çocuklar birçok nedenle başarısız olabilmektedir ancak başarısızlık deneyiminin kendisi davranış problemi gösterme olasılığını yükseltmektedir (Farrington, 1991).

Okula Karşı İlgisizlik: Okula ilgisiz olan çocuklar, genellikle öğrenci rolünü hayatlarının önemli bir parçası olarak algılamamaktadırlar. Araştırmalar, okula ve eğitime

karşı ilgisi olmayan çocuklarda davranış bozukluklarının daha sık ortaya çıktığını göstermektedir (Johnston, O'Malley ve Bachman, 1991).

Maddeyi Kolay Elde Etme: Bir toplumda alkol veya maddeye erişim ne kadar kolay olursa, o maddeyi kötüye kullanma riski de o kadar yüksek olur (Gorsuch ve Butler, 1976). Okul çevresinde maddeyi kolay elde etmeyle ilgili algının madde kullanma riski ile bağlantılı olduğu saptanmıştır.

Madde Kullanımı ve Suçu Olumlu Karşılıyan Toplumsal Kural ve Normlar: Madde kötüye kullanımı veya suç hakkında belirli olmayan veya bunlara olumlu yaklaşan yasa ve toplumsal standartlar, gençlerin antisosyal davranışlar sergileme riskini yükseltmektedir. Madde kullanımını etkileyen bir yasaya örnek olarak alkollü içkilere konulan vergileri vermek mümkündür. Yüksek vergiler alkol kullanma oranını düşürmektedir (Levy ve Sheflin, 1985). Alkol ve madde kullanımını etkileyen yerel kurallara örnek de okullarda ve işyerlerinde konulan yönerge ve yönetmeliklerdir.

Toplumun Geçiş ve Hareketlilik Düzeyi: Çocuklar ilkokuldan ortaokula, ortaokuldan liseye geçtiklerinde madde kullanımı, okulu bırakma ve antisosyal davranışlarda anlamlı bir yükselme görülebilir (Gottfredson, 1988). Hareketlilik oranı yüksek olan toplumlarda, uyuşturucu madde kullanımı ve suç işleme oranlarının da yüksek olduğu görülmektedir. Bir toplumda insanlar ne kadar sık taşınırsa o kadar fazla suça maruz kalırlar (Farrington, 1991).

1.1.6. Madde Kullanım Bozukluklarının Oluşumunu Açıklayan Teoriler

Birçok kimse herhangi bir maddeyi kullandığı halde, kötüye kullanma aşamasına geçmemekte, kötüye kullanan birçok kişi ise bağımlı hale gelmemektedir. Bu nedenle, madde kullanımının nedenleri üzerine birçok teori geliştirilmiştir.

Psikodinamik Teoriler: Klasik psikanalitik yaklaşıma göre, birey toplumu tarafından onaylanmayan cinsel ve agresif dürtülere karşı savunma mekanizması olarak madde kullanmaktadır. Freud, arkadaşı Wilhelm Fleiss'e yazmış olduğu mektupta, alkol, morfin,

sigara, vb. bağımlılığının birincil bağımlılık olarak varsaydığı mastürbasyonun yerine geçtiğini, yedeği olduğunu belirtmektedir (Freud, 1954). Ayrıca Dr. Schreber vakasını açıklarken Freud alkolizmi homoseksüelliğe karşı bir savunma olarak öne sürmektedir (Freud, 1958). Diğer psikanalistler alkolizmin oral döneme saplantı ve gerileme sonucu ortaya çıktığını, bağımlılık ve öfke arasındaki nevrotik çelişkiye bir tepki olarak geliştiğini ve intiharın yavaş gerçekleşen türü olduğunu ileri sürmektedirler (Menninger, 1938; Fenichel, 1945).

Objekt ilişkileri ve benlik psikolojisi teorileri üzerine odaklanan modern psikanalistler ise alkol ve madde kötüye kullanımını: 1) zayıf ego gelişimiyle baş etme gayreti, 2) patolojik narsisizm evresine geri dönüş veya saplantı veya 3) benlik duygusundaki yetersizlikle mücadele etme çabası olarak tanımlamaktadırlar (Kernberg, 1975; Khantzian, 1981; Levin, 1987). Bu görüşe göre, alkol ve diğer maddeler benlik bütünlüğündeki temel eksikliğin yerine geçen içsel bir denge duygusu sağlamaktadır. Diğer psikanalitik görüşler madde kötüye kullanımı ve bağımlılığını, duygudurum veya kaygı bozukluklarının yanı sıra, sınırda, narsisistik veya antisosyal kişilik bozuklukları ve psikoz gibi var olan duygusal problemleri kendi kendine tedavi etme girişimi, benlik ile ilgili kaygıları azaltma ve kabul edilemez öfke ve düşmanlık duygularını yok etme çabaları, onaylanmayan bağımlılık ihtiyaçlarını ifade etme yolları, aşağılık duygularını veya güçsüzlüğü telafi etme gayreti ve durumsal stresle mücadele etme yolu olarak açıklamaktadır (Kaufman, 1985; Peele, 1998).

Davranışçı Teoriler: Bu yaklaşıma göre madde kötüye kullanımı, ilk defa alkol ve madde kullanımını takip eden pozitif pekiştirmenin sonucu oluşan koşullu davranışsal tepkidir. Kullanılan madde yarattığı keyif alma duygusu ile güçlü bir pekiştirici etken görevi görmekte ve bir süre sonra kullanan kişinin davranışını kontrol altına almaktadır. Madde kullanımı başlangıçta hoş duyum amacıyla motivasyon sağlasa da, bazı çevresel koşullar altında madde kullanımının caydırıcı sonucu da aynı şekilde pekiştirici etki sağlamaktadır.

Kötüye kullanılan maddelerin çoğu, ilk defa alınışlarından hemen sonra olumlu bir tecrübe, alınış amaçlarına uygun bir etki (mesela öfori veya kaygı azalması) ortaya çıkarırlar ve böylece bu maddeler daha sonraki “madde arama davranışı” için bir olumlu pekiştirici olarak rol oynarlar ve kişilerin madde kullanımına yol açan davranışlarının sıklığı artar. Bazı maddeler ise, ortaya çıkan zıt/ters etkileri sebebiyle “madde arama davranışını” azaltıcı bir etkiye sahiptirler (Tosun, 2002). Davranışçı yaklaşımda madde arayışını açıklayan iki öneri bulunmaktadır. Birinci yaklaşıma göre kullanılan madde, yoksunluğun ortaya çıkardığı acıdan kaçınmak için içsel, biyolojik ödül görevi görmektedir. İkinci görüşe göre, maddenin verdiği öfori veya haz alma duygusu ile kullanmayla ilgili deneyimler arasında bağlantı kurulmaktadır. Bu mekanizmalar birbiriyle etkileşim içinde olabileceği gibi birbirinden bağımsız da ortaya çıkabilmektedir. Beklenti, model alma, taklit etme ve identifikasyon madde kötüye kullanımında rol oynayan önemli süreçlerdir.

Kognitif-Davranışçı Teoriler: Kognitif-davranışçı teorisyenlerden Aaron Beck (1993) ve Albert Ellis (1988), zihinsel şema veya benlik değerleri hakkında bozulmuş zihinsel inançlar üzerine odaklanmışlardır. Bu tür bozulmuş veya mantıksız inançlar bireyin bazı tetikleyici etkenlere uygun tepkiler vermesini zorlaştırmaktadır. Uygun tepki verme becerisinden yoksun oluş madde kötüye kullanımını da içeren bir dizi olumsuz davranışa yol açabilmektedir

Psikososyal Teoriler: Kaplan (1996) kendine zarar verme ve kendini değersiz görmenin madde kötüye kullanımını belirlemede merkezi rol oynadığını ileri sürmektedir. Bu araştırmacıya göre, bireyin kendisi hakkındaki negatif duygu ve düşünceleri, ve bu durumu yaratan sosyal değersizlik deneyimleri, kişileri kendini değersiz görmeyi azaltacak ve pozitif benlik tutumlarını arttıracak şekilde davranma yönünde motive etmektedir. Bu yaklaşım, insanların neden normatif yapıyı reddedip kusurlu (örneğin madde kullanımı, madde kullanan arkadaş grubu, madde alt-kültürü) yapıyı kabul ettiklerini açıklamaktadır.

Elliott, Huizinga ve Ageton (1985) madde kullanımı hakkında entegre sosyolojik kuram ileriye sürmüşlerdir. Araştırmacılar, uyumsuz akranlarla kuvvetli bağ kurmanın madde kötüye kullanımının birincil nedeni olduğunu ileri sürmektedirler. Uyumsuz akranlarla bağ kurmak, aile ve okul ile zayıf geleneksel bağlar geliştirme, uyumsuz davranış ve sosyal düzensizlik sonucu meydana gelmektedir.

Sosyal gelişim teorisi, bağıın birey ve sosyalleştirici (aile, okul, arkadaş grubu ve diğer toplumsal kurumlar) arasında kurulduğunu ileri sürmektedir. Bu nedenle, bir kişinin davranışı, bağ kurduğu sosyalleştirici aracın norm ve değerlerine göre şekillenmektedir (Hawkins ve Weis, 1985).

Genetik Teoriler: Tek ve çift yumurta ikizleri ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalar ve kalıtsal yatkınlık belirteçleri üzerine yapılan araştırmalar kuşaklararası alkolizm geçişinde etkili olan genetik faktörün varlığına işaret etmektedir. Ancak alkol dışındaki diğer maddelerle oluşan kötüye kullanım veya bağımlılık üzerinde genetik faktörlerin rolü ile ilgili araştırma verileri yetersizdir (Tosun 2002).

Nörobiyolojik Teoriler: Bu yaklaşımda, bağımlılık süreci beyin kimyasal aktivitesindeki geçici değişiklik ile açıklanmaktadır. Nörokimyasal değişimin meydana geldiği beyin bölgesi, mezolimbik-dopaminerjik sistemin içinde yer almaktadır. Gerçekte, bağımlılık yapan tüm maddeler mezolimbik sistemde dopamin boşalmasını çoğaltmaktadır.

Diğer bir görüş, beyinde alkol, nikotin vb. dışarıdan düzenli olarak alınan kimyasalların gücünü aşacak şekilde peptidler oluşturan yapının hipotalamus olduğunu ileri sürmektedir. Ayrıca, bir bağımlının aşırı arzusunu tatmin etme sürecinde beyindeki kimyasallardan endorfinin sürekli olarak üretilme ve boşaltılması sonucu pozitif pekiştirme meydana gelmektedir. Bir kişi normal endojen reseptör fonksiyonuna ve nörotransmitter konsantrasyonuna sahip olsa bile, kötüye kullanılan bir maddenin uzun süre kullanılması, giderek beyindeki reseptör sistemlerini değiştirir ve beyinde bu alışılan maddenin de içinde

olduğu yeni bir denge durumu (homeostasis) ortaya çıkar ve sonuçta beyin bu yeni denge durumunu sürdürebilmek için dış kaynaklı maddenin varlığına ihtiyaç duyar. Bu maddeye karşı, merkezi sinir sisteminde tolerans gelişmesinin mekanizmasını, reseptör seviyesindeki bu tür değişikliklerle açıklamak mümkündür (Tosun, 2002).

1.1.7. Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılık Tedavisi

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının tıbbi, sosyal ve psikolojik zararlarını azaltmanın en etkili yolu tedavidir. Bağımlılık tedavisi, maddenin birey, aile ve toplumdaki diğer kişiler üzerinde yarattığı zararlı etkilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak için uygulanan tıbbi, psikolojik ve sosyal müdahaleler olarak tanımlanmaktadır. Kullanılan maddeyi tamamen bırakmak çoğu tedavide başlıca amaç olmasına rağmen kullanım miktarı ve sıklığında düşüş sağlama da zarar azaltmayı karşılayabilmektedir (Straussner, 2004).

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tedavileri, daha ucuz ve daha az yoğun metotların uygulandığı kısa süreli programların (örneğin, maddenin bırakılması için tedaviye yönlendirme ve kendine yardım programları hakkında bilgi verme amaçlı danışmanlık hizmetleri) yanı sıra daha pahalı ve daha yoğun metotların uygulandığı uzun süreli programları (örneğin, yatarak arındırma ve uzun süreli rehabilitasyon programları) içermektedir. Ayrıca madde tedavisinde, biyolojik, psikanalitik, davranışçı, kognitif ve nörokimyasal yaklaşım gibi farklı bakış açıları etkin olabilmektedir. Bireysel, grup ve aile terapisi, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı tedavilerinde yaygın olarak kullanılan terapi türleridir (Straussner, 2004).

Uygulanan tedavinin türü, yeri veya yoğunluğu ne olursa olsun, tedavinin etkili olabilmesi için şu özelliklere önem verilmelidir (U.S. Department of Health and Human Services, 2004):1) sadece belirli bir tedavi tüm kişiler için uygun olmayabilir, 2) tedavi gereçleri hazırda ulaşılır olmalıdır, 3) etkili tedavi, kişinin sadece bağımlılıkla ilgili değil diğer ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmalıdır, 4) tedavi ve hizmet planı, bireyin değişen

ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sık sık değerlendirilmeli ve değiştirilmelidir, 5) bireyin durum ve katılımı etkili tedavi için kritik öneme sahiptir, 6) danışmanlık ve davranışçı terapiler, etkili bağımlılık tedavisinin önemli unsurlarıdır, 7) bazı tür bozukluklarda, ilaç terapisi, danışmanlık ve davranışçı terapilerle birleştirildiğinde olumlu sonuçları artmaktadır, 8) uyuşturucu madde kullanan ve aynı zamanda başka bir ruhsal bozukluğa sahip olan kişilerin her iki bozukluğu entegre programlarla tedavi edilmelidir, 9) yoksunluk belirtilerinin ortadan kaldırılması bağımlılık tedavisinin başlangıç aşamasıdır ve yalnızca yoksunluk sendromununun tedavi edilmesi kronik madde bağımlılığını iyileştirmede etkili olmaz, 10) tedavinin etkili olması için bireyin gönüllü olması şart değildir, 11) tedavi boyunca olası madde kullanımı sürekli kontrol edilmelidir ve 12) diğer kronik ve nüks eden hastalıklarda olduğu gibi bağımlılığın tedavisi uzun bir süreçtir ve madde bırakıldıktan sonra da hastalığın izlenmesi ve değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Müdahale: Madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı tespit edildikten sonra, hekimin teşhis ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermesi ve bireyin tedaviye hazır olup olmadığını değerlendirmesi gerekmektedir.

Bağımlılık davranışında tutum değişikliği sürecini açıklayan ve geniş çapta kabul gören insan davranışı modeli “transteorik modeldir”. Bu yaklaşıma göre, davranışsal değişim bir dizi aşama sonucu gerçekleşmektedir: düşünme öncesi aşama (değişmeyi aklına bile getirmeme), düşünme aşaması (değişmeyi düşünme), harekete geçme aşaması (değişmek için çaba sarfetmek) ve muhafaza aşaması (değişiklikleri muhafaza etmek).

Müdahale anında kişinin hangi aşamada olduğunu anlamak müdahaleyi daha etkili kılmaktadır. Örneğin, düşünme öncesi aşamadaki bir kişi, madde kullanım bozukluğu ve sonuçları ile ilgili temel eğitimden, harekete geçme aşamasındaki bir kişi ise bağımlılık yapıcı maddelerden kaçınmaya yardımcı olacak beceriler geliştirmeden daha fazla

yararlanmaktadır. Müdahalenin amacı kişinin düşünme öncesi aşamadan harekete geçme (tedavi) aşamasına ulaşabilmesidir (Chafetz, 1967).

Madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı tedavisinin kabul edilmesi ve kişinin tedaviye başlamasında destekleyici tarzda yürütülen kısa müdahalelerin çok etkili olduğu görülmektedir. Kısa müdahaleler, hekimin ofisinde gerçekleştirilen madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı hakkında eğitim ve maddeyi bırakma ile ilgili planın tartışılıp karara varıldığı bir veya daha fazla görüşmeyi içermektedir. Madde kullanımının kişinin yaşamı üzerindeki etkisini fark etmesi sağlanmaktadır (Ögel, Taner ve Yılmazçetin, 2003). Kısa müdahalelerde, motivasyon artırıcı görüşmeler, madde kullanan kişinin maddeyi bırakmaya karar vermesini sağlamak için iyi bir araç olmaktadır.

Arındırma- Temizleme (Detoksifikasyon): Arındırma, kullanılan uyuşturucu maddenin bırakılmasından sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin kaldırılmasını hedefler. Arındırma işlemi ayrı bir tedavi modelinden çok ana tedaviyi oluşturan öncü tedavidir. Arınma uyuşturucu maddenin vücuttan temizlenme sürecidir ve tedavinin sadece başlangıcıdır. Birçok maddenin detoksifikasyonu için ilaçlar bulunmaktadır. Bazı durumlarda, özellikle benzodiyazepin, alkol ve barbituratların arındırma işleminde, ilaç tedavisi bir zorunluluk olabilmektedir ve yoksunluk sendromu tedavi edilmezse tıbbi açıdan tehlikeli olabilir ve hatta ölüme yol açabilir.

Arındırma işlemi bağımlılıkla ilişkili psikolojik, sosyal ve davranışsal problemleri çözmeye yönelik uygulanmaz; bu nedenle iyileşme için gerekli olan uzun süreli davranışsal değişiklikler meydana getirmez. Detoksifikasyon en fazla diğer psikolojik tedavi ve rehabilitasyon programları ile birleştirildiğinde yararlı olmaktadır (Kleber, 1996).

Psikolojik tedavi – Psikoterapi: Terapi kişinin kendini tanıması, anlaması ve kendini değerlendirme yetisini kazanmasını, madde kullanmaya başlama nedenlerinin araştırılmasını ve bununla ilgili etkenlerin ortadan kaldırılmaya çalışılmasını, söz konusu maddelerin

kendisinde yarattığı etkileri tanımasını, tekrar kullanmaya başlamasının engellenmesi için gerekli bilgi ve yetileri kazanmasını ve dış dünyaya karşı kendisini hazırlamasını sağlamaya yöneliktir (Tosun 2002). Bu amaç doğrultusunda farklı psikoterapi yöntemleri uygulanabilmektedir.

Nüks önleme programları önce alkol kullanımıyla ilgili sorunların tedavisi için geliştirilmiş, daha sonra genel olarak madde bağımlılığının tedavisine adapte edilmiş kognitif-davranışçı terapi türüdür. Kognitif-davranışçı yaklaşımlar, uyumsuz davranış örüntülerinin gelişmesinde öğrenme süreçlerinin önemli rol oynadığını ileri süren teoriye dayanmaktadır. Madde bağımlılığının tedavisinde nüks önleme yaklaşımı daha çok özdenetimi geliştirmeye yönelik stratejilerden yararlanmaktadır. Kullanılan teknikler arasında, sürekli kullanımın olumlu ve olumsuz sonuçlarının irdelenmesi, maddeye duyulan şiddetli arzunun erken dönemde tanınması amacıyla otokontrol mekanizmalarının geliştirilmesi, kullanmayla ilgili yüksek risk oluşturan durumların tespit edilmesi ve yüksek risk oluşturan durumlarla ve kullanma isteğiyle başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi bulunmaktadır (Carroll ve diğer., 1994).

Matriks modeli uyarıcı madde kullanıcılarını tedaviye bağlamak ve temiz kalmalarına yardımcı olmak için bir çerçeve sağlamaktadır. Bu terapi sürecinde kişiler, bağımlılıkla ilgili kritik konuları öğrenmekte, eğitilmiş ve deneyimli bir terapistten destek ve görüş almakta, kendine yardım grupları ile iletişime geçmekte ve idrar testi ile madde kullanıp kullanmadıkları izlenmektedir. Ayrıca program, bağımlılıktan etkilenen aile üyelerinin eğitimini de kapsamaktadır. Terapist ve birey arasındaki etkileşim gerçekçi ve direktir. Terapistin yaklaşımı, kişinin kendilik değerini, kendine güvenini ve onurunu yükseltecek şekilde olmaktadır. Birey ve terapist arasındaki pozitif ilişki, bireyin tedaviye devam etmesini belirleyen en kritik unsurdur (Huber ve diğer., 1997).

Destekleyici – ekspresif psikoterapi eroin ve kokain bağımlılarına adapte edilmiş zaman sınırlı ve odaklı psikoterapi türüdür. Terapinin iki temel unsuru bulunmaktadır: 1) hastaların kişisel deneyimlerini rahat bir şekilde tartışmalarına yardımcı olacak destekleyici teknikler ve 2) kişilerarası ilişkilerle ilgili konuların belirlenmesi ve çalışmada hastalara yardımcı olacak ekspresif teknikler. Maddenin sorunlu duygu ve davranışlar üzerindeki rolü ve bu problemlerin maddeye başvurmadan nasıl çözülebileceği konusuna odaklanılmaktadır (Woody, McLellan, Luborsky ve O'Brien 1995).

Bireysel madde danışmanlığı, bireyin yasadışı madde kullanımını azaltması veya sonlandırmasına odaklanır. Ayrıca, iş durumu, yasadışı aktiviteler, aile ve sosyal ilişkiler ve hastanın iyileşme programının üzerinde durulur. Bireysel madde danışmanlığı, madde kullanan kişilere, maddeden uzak durmaları ve temiz kalmalarını sağlayacak başa çıkma stratejileri ve araçları geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bağımlılık danışmanı, kişiyi 12-adım programlarına katılması, tıbbi ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması, iş bulma ve diğer hizmetlerden yararlanması için cesaretlendirir ve yol gösterir (McLellan, Arndt, Metzger, Woody ve O'Brien 1993).

Davranışçı psikoterapi, arzu edilen davranışın ödüllendirilmesiyle ileride bu davranışın tekrarlanacağı prensibine dayanmaktadır. Terapötik aktiviteler arasında, spesifik görevlerin uygulanması, arzu edilen davranışların üzerinden geçilmesi ve kaydedilmesi, ilerlemenin değerlendirilmesi ve belirlenmiş amaçlara ulaşıldığında ayrıcalık ve ödüller verilmesi bulunmaktadır. Terapi bireyin üç tür kontrolü kazanmasını amaçlar (Azrin ve diğer., 1996): 1) uyarıcı kontrolü- bireyin madde kullanmayla bağlantılı durumlardan kaçınmasına ve madde kullanımıyla bağdaşmayan aktivitelerde daha çok zaman geçirmeyi öğrenmesine yardımcı olur, 2) dürtü kontrolü- madde kullanımıyla ilgili düşünce, duygu ve planları tanıma ve değiştirmede kişiye yardımcı olur ve 3) sosyal kontrol- maddeden uzak

durmasında bireye yardımcı olacak aile üyeleri ve kişi için önemli olan diğer insanları da sürece dahil eder.

12-adım programı bağımlılıktan kurtulmak için belirlenmiş bir dizi prensibi içermektedir. Başta Adsız Alkolikler tarafından alkol bağımlılığı için bir tür iyileşme metodu olarak önerilmiştir. 12-adım prensipleri ilk defa 1939 yılında yayımlanan “*Adsız Alkolikler: 100 Adamın Alkolizmden Kurtulmasının Hikayesi*” adlı kitapta ortaya konulmuştur. Bu metot daha sonra diğer madde kullanıcıları tarafından benimsenmiş ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. 12-adım programlarında üzerinde durulan prensipler arasında, bireyin bağımlılığını kontrol edemediğini kabul etmesi, dayanıklılık verecek gücü tanımak, deneyimli bir üyenin yardımıyla geçmiş hataları irdelemek, bu hataları telafi etmek, yeni bir davranış şifresi ile yeni bir hayatı yaşamayı öğrenmek ve benzer bağımlılığı yaşayan diğer kişilere yardım etmek bulunmaktadır (VandenBos, 2007).

Rehabilitasyon: Madde tedavisi uzun ve zor bir süreçtir. Tedavi sürecinde kişi maddeyi bıraktıktan sonra maddeden tamamen arınmış bir ortamda kalması gerekmekte ve kişiden tedavi sırasında edindiği yeni becerileri günlük hayatta uygulaması beklenmektedir. Madde tedavisinden sonra kişinin gelişimi yakından takip edilmelidir. Bu noktada tedavi gören kişinin maddeye yeniden başlamaması için madde alt-kültüründen kopması ve yeni sosyal ilişkiler kurması önem taşımaktadır.

Detoksifikasyon tedavisinden ve psikoterapi sürecinden sonra, kişinin yeniden toplumsallaşması amacıyla kendisine iş bulunması, yeni bir sosyal çevre edinmesinin desteklenmesi ve aile ve sosyal çevresinin tekrar düzenlenmesi gerekmektedir. Bu süreçte aileye, madde kullanmayan arkadaşlara ve yakın çevreye önemli görevler düşmektedir. Eğer kişinin bir ailesi ve evi yoksa, barınabileceği bir yerin bulunması, mesleği yoksa meslek kazandırılması ve iş bulunmasına yardımcı olunması gerekmektedir. Bireyin maddeden uzak bir yaşam kurması nüksün önlenmesi açısından da önem teşkil etmektedir (Tosun, 2002).

1.1.8. Kötüye Kullanılan ve Bağımlılık Yapan Maddeler

Amfetamin ve Benzeri Maddeler: Amfetamin ve benzeri maddeler merkezi sinir sistemini uyararak kişiye canlılık, neşe ve güçlülük hissi veren, uyku ve iştah kaçırıcı ve etkileri geçtikten sonra kişide yorgunluk ve çöküntüye yol açan sentetik maddelerdir. Uyarıcı ilaçlar arasında en çok bilinen klasik amfetaminler arasında amphetamine sülfate (benzedrine), methamphetamine (desoxyn), dextroamphetamine (dexedrine) ve methylpheniadte (ritalin) bulunmaktadır. Psikomotor uyarıcı etkilerinin çoğu dopaminerjik sistem üzerinden gerçekleştirilir. Amfetaminlerle ilişkili maddelerin başında burun akıntısını önlemek için kullanılan efedrin propranolamine gelir. En yaygın kullanılanı “ecstasy” adıyla bilinen methylenedioxymethamphetaminedir (MDMA) (Tosun, 2002).

Amfetamin ağızdan alındığında 1 saatte etki eder, entoksikasyon belirtileri 24 saat sürer. Düşük dozda amfetamin alındığında iştahsızlık, solunumun ve kalp atışının hızlanması ve göz bebeklerinin büyümesi gibi fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Orta dozda amfetamin alındığında ağız kuruluğu, vücut ısısının artması, terleme, baş ağrısı, görme bozukluğu, baş dönmesi ortaya çıkabilmektedir. Yüksek dozda alındığında solgunluk, çok hızlı ve düzensiz kalp atışı, tremor, koordinasyon bozukluğu veya bayılma görülebilmektedir. Amfetamin enjekte edildiğinde kan dolaşımının aniden hızlanmasının neden olduğu beyin kanaması veya kalp krizi sonucu ölüm meydana gelebilmektedir. Amfetaminin ruhsal etkileri arasında, kaygı, genel sinirlilik hali, saldırganlık, yüksek enerji, konuşkanlık, insanlara karşı yakınlık hissetme ve aşırı kendine güven hissi bulunmaktadır. Etki geçtikten sonra kişi kendini yorgun ve halsiz hisseder. Baş ağrısı ve baş dönmesi gözlenir (O'Connor, 2008).

“Designer amphetamines” adı verilen yeni tür amfetamin benzeri maddeler dopaminerjik sistem üzerine etkileri nedeniyle kişiyi daha aktif hale getirirken, serotonerjik sistem üzerine olan etkileri nedeniyle hallüsinojenik özellikler gösterirler. Ancak LSD gibi

klasik halüsinojenlere göre daha az oryantasyon bozukluğu ve algı distorsiyonuna sebep olurlar. Klasik amfetaminlere benzer etkileri vardır. Buna karşın farklı olarak özellikle MDMA (ecstasy) kullananlarda görülen ve ölümlle sonuçlanabilen hipotermi ayırıcı yan etkidir. Hipotermi, ecstasynin beyinde serotonin salınımını arttırmasına, alındığı sosyal ortamın özelliklerine ve yoğun fiziksel aktiviteye bağlı olarak ortaya çıkar (Tosun, 2002).

Esrar (hint keneviri): Esrar, “herba cannabis” adı verilen, ılıman iklimlerde yetişen ve pek çok türü olan kenevir bitkisinden elde edilir. En tanınmış türü Hint keneviridir. Hint kenevirinin köklerinde, gövdesinde, yapraklarında ve çiçeklerinde esrara özgü etkiyi sağlayan aktif maddeler bulunmaktadır. En yaygın olarak bulunun aktif madde “delta-9-tetrahydro-cannabinol” (delta-9-THC) en fazla bitkinin çiçek kısmında bulunmaktadır. Marihuana bitkinin gövde, sap ve yapraklarının kesilip, kurutulduktan ve kıyıldıktan sonra sigara içilir hale getirilmiş şekline verilen addır (Tosun, 2002).

Esrarın kullanımı insanlık tarihi kadar eskidir. Keyif verici ve sarhoş edici etkisinden başka, onlarca sektörde hammadde olarak kullanılır. İnsanlık tarihinde genellikle psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan tıbbi ilaçların bileşenlerinden biri olarak yer alırdı. Keyif verici etkisi nedeniyle kullanımı çok yaygındır. Esrar pek çok farklı şekilde kullanılmaktadır. Yaygın olarak sigara ile içilir. Fakat ağızdan yutularak, çiğnenerek, bazen de çay veya kek gibi gıda maddelerine karıştırılarak da alınabilir.

Hint kenevirinin en önemli maddesi olan delta-9-THC insan vücudunda hızla II-Hydroxy-delta-9-THC’ye dönüşür ve esrarın bu metaboliti merkezi sinir sistemi üzerinde etkilidir (Tosun, 2002).

Esrarın belirtileri kullanımdan kısa bir süre sonra başlar. Nefes yolu ile alınmışsa 3 saat, ağız yolu ile kullanılmışsa 3-5 saat içinde geçer. Öfori, kaygı, muhakeme bozukluğu, toplumsal çekilme ve şüphecilik en sık görülen psikolojik belirtilerdir. Fiziksel belirtiler genellikle iki saat içinde gelişir ve konjoktivite ya da kan oturması, iştah artması, ağız kurulu

ve taşikardi kullanımdan sonra ortaya çıkan fiziksel belirtilerdendir. Esrar çok miktarda özellikle ağızdan alındığında, entoksikasyon bittikten sonra da devam eden ve genellikle paranoid hezeyanların ön planda olduğu uzun süreli bir psikotik tabloya yol açabilmektedir (Yargıç, 2007).

Kokain: Kokain, “erythroxylian coca” olarak adlandırılan bitkinin yapraklarında doğal olarak bulunan uyarıcı bir maddedir. Saf madde olarak yaklaşık 100 yıldır varolmakla beraber, koka yapraklarını çiğneme alışkanlığı hemen hemen 2000 yıldan beri süregelmektedir. İlk kez 1860 yılında izole edilmiştir. 1880 yılında ise vasokonstruksiyon etkisi nedeni ile lokal anestetik olarak kullanılmaya başlanmıştır. En sık kullanım şekli ezilmiş tozun buruna çekilmesidir. Deri altına ya da damara enjeksiyon yolu ile ya da sigara gibi içmek tarzında da kullanılabilir (Adalet Bakanlığı, 2007). Kokainin davranışsal etkilerini, birincil olarak dopamin reuptake blokajı yoluyla gösterdiği ileri sürülse de norepinefrin ve serotonin reuptake sistemini de bloke ettiği bilinmektedir.

Kokainin etkileri kullanımdan hemen sonra başlar ve 24 saat içinde tamamen kaybolur. Kokainin fiziksel belirtileri arasında taşikardi, terleme ya da titreme, iştahsızlık ve kilo kaybı, kan basıncında yükselme, psikomotor ajitasyon, kas zayıflığı, solunumun baskılanması, kardiyak aritmiler, konfüzyon, distoni ya da koma, uykusuzluk ve hiperpreksi bulunmaktadır. Öfori, aşırı hareketlilik, düşüncede hızlanma, basınçlı konuşma, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, kaygı, hipervijilans, öfke ve yargılama bozukluğu en sık görülen psikolojik belirtilerdendir (Yargıç, 2007).

Halüsinojenler: Halüsinojenler, bireyin gerçeklik algısının ciddi biçimde bozulduğunun bir göstergesi olan halüsinasyonlara yol açan maddelerdir. Maddenin etkisi altındayken kişi gerçek gibi görünen ancak var olmayan görüntüler görür veya sesler duyar. Bazı halüsinojenler hızlı ve yoğun emosyonel değişikliklere yol açar. Halüsinojen maddeler, sinir hücreleri ve serotoninin nörotransmitterleri arasındaki iletişimi bozarak etki ederler.

Beyin ve omurilikte yaygın olarak bulunan serotonin, davranış, duygudurum, açlık, vücut ısısı, cinsel aktivite, kas kontrolü ve duyuşsal algıyı kapsayan denetim sistemini kontrol etmede rol oynamaktadır (Tosun, 2002).

LSD (lysergic acid diethylamide) halüsinojenler arasında en yaygın olarak kullanılan maddedir. Diğer halüsinojenler arasında meskalin(mescaline), psilosibin (psilocybin) ve ibogen (ibogaine) bulunmaktadır ve LSD'ye benzer etkiler yapmaktadır.

Çoğunlukla ağız yoluyla kullanılan halüsinojenler inhalasyon, sigara ve intravenöz enjeksiyon yoluyla da alınabilmektedir. LSD'nin etkisi genellikle alındıktan 30-90 dakika sonrası görölmeye başlar ve 12 saat kadar sürer. LSD'nin duygusal ve fizyolojik etkileri alınan miktara ve kişinin o andaki psikolojik durumuna göre değişebilmektedir. LSD'nin fizyolojik etkileri arasında kan dolaşımının ve kalp atışının hızlanması, baş dönmesi, iştahın azalması, ağız kuruluğu, terleme, hissizlik ve tremor bulunmaktadır. Ancak maddenin en belirgin etkileri duygu ve algılarda görölmektedir. Kullanan kişi farklı heyecanları kısa sürede yoğun olarak yaşayabilir ve hızlı bir şekilde değişik heyecanlar arasında geçiş görölebilir. LSD'nin meydana getirdiği halüsinasyon ve delüzyonlar kullanan kişide panik hissine yol açabilir. Kullanan kişinin zaman ve kendilik algısı bozulur. LSD kullanan kişide farklı boyutlarda zihinsel doyum hissi yaratsa da, bazı durumlarda kötü düşünceler, kontrolü kaybetme, yoğun kaygı ve ölüm korkusu gibi olumsuz duygular ortaya çıkarabilmektedir (National Institute on Drug Abuse, 2008).

Opiyatlar: Afyonun İngilizce karşılığı "opium"dur. Afyon ve benzeri maddelerin tümüne "opioid" adı verilmektedir. Opiyatlar arasında afyon sakızı, morfin, kodein de sayılabilir. Doğal opiyatlar kimyasal yapılarına göre iki gruba ayrılır: 1) fenatren grubu alkaloidler (morfin, kodein, tebain) ve 2) benzilizokinolin grubu alkaloidler (papavene, noskapin, narsein). Yarı sentetik opiyatlar doğal olarak bulunan opiyatlardan sentez edilen eroin ve hidromorfondur. Eroin bağımlılığı en yaygın olan ve etkisi çabuk başlayan bir

maddedir. Farmakolojik olarak morfine çok benzer ve kuvvetli bir analjeziktir. Beyinde eroïn morfine dönüştürülür ve beyindeki sinir hücrelerindeki opiyat alıcılarına hızla yapışır. Yoğunlaşmanın şiddeti, ne kadar madde alındığına, maddenin beyne ne kadar hızla girdiğine ve beyindeki opiyat reseptörlerine ne kadar çabuk yapıştığına bağlıdır. (Tosun, 2002). Beyaz ile koyu kahve arasında değişen renklere toz halinde olabilen eroïn enjekte edilerek, burundan çekilerek ve ağız yoluyla kullanılabilir. Damar yoluyla kullanıldığında etkisi çok hızlı görülür.

Belirtiler opiyat alımından 2-5 dakika sonra başlayan uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler, 10-30 dakika süren öforinin ardından başlar. Alınan opiyat türüne, alım yoluna, alınan miktara bağlı olarak 2-6 saat süren yorgunluk, halsizlik, sıkıntı, üzüntü, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, sosyal işlevselliğin bozulması ve yargılama gücü psikolojik belirtilerdir. Gözbebeğinde genişleme, uyku hali ya da koma, peltek konuşma, dikkat ya da bellek bozukluğu, kan dolaşımının yavaşlaması fizyolojik belirtilerin en sık görülenleridir (Yargıç, 2007). Sokaklarda satılan eroïnün ne kadar saf olduğu bilinmemesi özel bir risk durumu yaratır. Kullanan kişiler bilmeden yüksek dozda kullanabilir ve koma ile birlikte ölüm söz konusu olabilir. Yüksek doz belirtileri arasında tepkisizlik, yavaş solunum, beden ısısında düşme, kalp atışlarının yavaşlaması, tansiyon düşüklüğü ve koma bulunmaktadır.

İnhalan Maddeler: İnhalasyon yoluyla kullanılan ve “uçucu” maddeler veya “çözücüler” diye adlandırılırlar. Uçucu, yani gaza dönüşebilen sıvı maddelerdir. Pahalı olmayan, kolayca elde edilebilen, ev işleri ve endüstriyel amaçlar için yaygın olarak kullanılan maddelerdir. Bunlar, boya tineri, kuru temizleme maddelerini, benzin, uhu, oje ve bali gibi yapıştırıcı maddeleri kapsar. Aerosol denilen maddeler spreydir ve bu maddelerin içine sinek öldürücüler, deodorantlar, saç spreyleri, boya spreyleri gibi maddeler girmektedir. İnhalan maddeler genellikle burundan dumanı çekerek, aerosol spreyleri direkt

ağza veya burna sıkarak, plastik veya kağıt torbaların içinde maddeyi döküp burna veya ağza çekerek, bez parçasının üstüne dökülen maddeyi koklayarak, nikrit oksit ile dondurulmuş balonları içine çekerek kullanılmaktadırlar.

Alındıktan birkaç dakika sonra maddenin belirtileri ortaya çıkar. Konuşmanın bozulması, koordineli hareketlerde yeteneksizlik ve baş dönmesi görülür. Ayrıca halüsinasyon ve delüzyonlar meydana gelebilir. Etkileri kısa süreli olduğundan, kullanıcılar etkinin daha uzun sürmesi için maddeyi tekrar tekrar kullanabilirler. Bu durum bilinç kaybı ve hatta ölümün meydana gelmesine yol açabilir. Uzun süreli kullanımda, ani ölüm, kısa süreli hafıza kaybı, kol ve bacaklarda spazm, kalıcı beyin hasarları, kemik iliğine zarar, ciğer ve böbreklere zarar ve ölümcül zehirlenmeler görülmektedir (Adalet Bakanlığı, 2007).

1.2. Madde Kullanımının Hukuki Yönü

1.2.1. Suç Kavramı ve Teorileri

Madde kullanım suçlarını incelemeye başlamadan önce suç kavramından kısaca bahsetmek gerekmektedir.

Suçun başlangıcı insanın var olmasına kadar dayanır. Farklı boyutlarıyla değişik disiplinlerden araştırmacıların ilgisini çekmesi ve suçla ilgili yapılan çalışmaların artmasıyla birlikte tüm bu çalışmaların tek bir başlık altına toplanması kriminoloji biliminin doğmasına yol açmıştır. Kriminoloji suçu inceleyen bilim dalıdır. Suçun tanımıyla ilgili pek çok görüş bulunmaktadır (Bohm, 1985).

Sosyo-kültürel bilimler suç teşkil eden insan davranışını toplumdaki mevcut sosyal normlardan sapış olarak tanımlamaktadırlar. Suçlu ise içinde yaşadığı toplumun normları ile kişisel kuvvetleri arasında denge kuramamış olan kişidir. Garofalo tabi suçları tarif ederken insanların merhamet, dürüstlük gibi esaslı, altruist duygularını ihlal eden hareketlerden ibaret bulunduğunu ileri sürmüştür. İhering'e göre suç, toplum halinde yaşama şartlarına yönelmiş her türlü saldırdır. Durkheim'e göre suç kolektif bilincin kuvvetli ve belirmiş tutumlarını

ihlal eden fiillerdir. Thomas ve Znaniecky eserlerinde sosyal psikolojik açıdan suç, kişinin kendini mensubu saydığı grupta, varlığı toplum dayanışması ile çelişkili gösteren fiil olarak tanımlamışlardır (Dönmezer, 1994).

Sutherland ise suçun öğrenilmiş bir davranış olduğunu, iletişim içindeki diğer kişilerden öğrenildiğini, suç öğrenmenin aynı zamanda suç işlemek için gerekli olan güdü, mantık, tutum ve teknikleri de öğrenmek anlamına geldiğini, suç eylemiyle ilgili güdü ve niyetin yasalarda belirtilen tanımlardan öğrenildiğini, suç öğrenme sürecinin herhangi bir davranışı öğrenmeyle aynı olduğunu ancak sadece bu ihtiyaç ve değerlerle açıklanamayacağını ileri sürmektedir (Beirne, 1994).

Suç topluma zarar verdiği ya da tehlikeli olduğu kanun koyucu tarafından kabul edilen ve belirtilen eylem, davranış, tavır ve harekettir. Her devir ve zamanda bir hareketin topluma zarar vermekte olduğu veya tehlikeli bulunduğu fikir ve kanaatinde olan kanun koyucular sözü geçen fiilleri kanunlarla yasaklar ve ceza müeyyidesiyle karşılarlar. Topluma zarar vermek, toplumun çoğunluğuna zarar vermek veya tehlikeli olmak demektir. Pozitif hukuka göre suç, cezai müeyyide ile korunan normlara uymama şeklinde tanımlanmaktadır. Ceza ise suç işleyen kimse hakkında, toplum adına düzenlenerek uygulanan kanuni müeyyidedir. Ceza hukuku anlamında bir fiilin suç sayılabilmesi için kanunda açık bir şekilde belirtilmiş ve karşılığında bir cezanın konmuş olması gerekir (Dönmezer, 1994).

Suç kavramını açıklayan farklı yaklaşımlar bulunmaktadır:

Biyokimyasal yaklaşım: Bu yaklaşım aynı zamanda biyolojik, yapısal, genetik ve antropolojik yaklaşım olarak da anılmaktadır. Bu alanda en eski yaklaşım kriminal antropolojidir ve modern kriminolojinin babası sayılan Cesare Lombroso tarafından 1876 yılında geliştirilmiştir. Lombroso pozitivist yaklaşımın ilk temsilcilerindendir. Pozitivist yaklaşım suçun nedenlerini açıklarken bilimsel metodu kullanır oysa klasik yaklaşım suçun özgür irade kavramıyla açıklar. Genel olarak biyolojik teoriler kalıtım ve vücut organ

işlevsizliğinin suça eğilime neden olduğunu ileri sürmektedir (Brown, Esbensen ve Geis, 2004).

Psikolojik Kriminoloji: Psikolojik kriminoloji ile ilgili çalışmalar ilk defa 1914 yılında yapılmaya başlanmıştır. Araştırmalarda özellikle üzerinde durulan suçluların zeka seviyesinde farklılık olup olmadığıdır ve sonuçlar genel olarak suç işleyen ve işlemeyen kişilerin zeka seviyeleri arasında sekiz puanlık bir fark olduğunu göstermiştir. Bu fark belki çok büyük değildir ancak araştırmacılar bu farkın dürtüsellığı ve gözüpekliği arttırdığını savunmaktadırlar. Diğer psikokriminolojistler, psikopat, sosyopat veya antisosyal kişilik bozukluğu ile suç arasında anlamlı ilişki olduğunu ileri sürmektedirler (Brown ve diğer., 2004).

Ekolojik Kriminoloji: İlk defa 1920’li yıllarda Chicago Üniversitesi’nde geliştirilmiştir. Sosyal kriminoloji ile çok yakından ilgilidir. Ekoloji bir organizma ve çevresi arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Kriminolojik açıdan ise bu tür teoriler genellikle insanlardan ziyade insanların içinde yaşadığı düzensiz ve çarpık eko-alanların suça yol açtığını ileri sürmektedir (Brown ve diğer., 2004).

Anomi: Anomi kavramı ilk defa modern sosyolojinin babası sayılan Emile Durkheim tarafından geliştirilmiş ve 1938 yılında Amerika’da yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu tür teoriler, suçun, insanların emellerini (maddi durum, eğitim, meslek, ve her türlü statü simgesi) çok yüksek tuttukları ve kaçınılmaz olarak bu süreç boyunca amaçlarına ulaşmada bireyleri zorlayacak engellerin çıktığı “Amerikan rüyasının” sonucu oluştuğunu savunmaktadır. Bu durumda yapılması gereken ya istekleri azaltmak ya da fırsatları çoğaltmaktır (Bohm, 1985).

Öğrenme Teorileri: Taklit etme ve model almayla ilgili fikirler 1890’lardan beri etkisini göstermesine rağmen, öğrenme teorileri 1947 yılında Edwin Sutherland tarafından geliştirilen “aykırıların birleşmesi” (differential association) teorisini takip etmiştir. Bu teori

suçlu davranışı öğrenmenin bir ürünü olarak göstermektedir (Sokullu-Akıncı, 1999).

Çoğunlukla akran grubu teorileri şeklinde basitleştirilmesine rağmen bundan daha fazlasını ifade etmektedir. Öğrenme teorisi, insanlar için neyin olumlu ve olumsuz pekiştirici olduğunun analizini içermektedir.

Kontrol Teorileri: Kriminolojide kontrol teorileri tümüyle sosyal kontrol ile ilgilidir. Kontrol teorisi 1969 yılından beri kriminoloji alanına hakim olmaktadır. Bireyin, aile, öğretmen, vaiz, koç veya polis memuru gibi sosyalleştirme araçları ile ilişkisi üzerine odaklanmaktadır. Bu tür otorite figürleri ile kurulan bağın toplumla kurulan bağı nasıl belirlediği ve sonuçta kişiyi yasalarla sorun yaşamaktan nasıl uzak tuttuğunu incelemektedir (Brown ve diğer., 2004).

Etiketleme Teorileri / Sosyal Damgalama Teorisi: George Herbert Mead ve Thomas tarafından Chicago Üniversitesi'nde geliştirilmiş ve Becker, Lemert, Short ve Nye gibi birçok yazarı etkilemiştir. Becker'e göre sapma, toplum tarafından insanların bazı davranışlarına konulan damgalama ile oluşur. Sapma bir eylemin niteliğinden çok bir fiille suçluluğa ilişkin kural ve cezaların uygulanmasıdır. Suçlu ise damgalanarak toplum dışına itilmiş kişidir (Sokullu-Akıncı, 1999).

Radikal Teoriler: 1960-1970'li yıllarda kapitalist toplum ile ilgili Marksist eleştirilerden etkilenecek geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre suç, sınıf mücadelesinin yansıması olarak görülmekte, suçlular ise primitif isyankarlar olarak kabul edilmektedir. Sadece praksiler (teorik anlayışa dayanan aydınlatılmış hareketler) yoluyla yeni sosyalist toplum kurulabilir ve suç ortadan kalkabilir (Brown ve diğer., 2004).

Feminist Kriminoloji: Çok uzun zamandır feminist düşünceler etkisini gösterse de özellikle 1990'lı yıllarda olgunlaşmıştır. Bu yaklaşım suçun nedeni olarak patriarşi kavramı yani erkek hakimiyeti üzerinde durmaktadır (Brown ve diğer., 2004).

1.2.2. Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanma Suçu

Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımı yasalarca suç haline getirilmiştir. Madde bağımlılığı toplumsal sağlık problemi olarak kabul edilmekte ve madde kullanımı ile ilgili suçlar topluma karşı işlenmiş suçlar olarak düşünölmektedir. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlarda korunan hukuksal değer, toplumun esenliği kapsamında genel sağlıktır (Güngör ve Kınacı, 2001; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen). Uyuşturucu madde kullanılmasının yasaklanması ile bireyin sağlığına zarar vermesinin önüne geçilmesi ve toplumun sağlıklı bireylerden oluşması istenmektedir.

Kanun koyucunun uyuşturucu veya uyarıcı maddeler konusunda bireylerin yaşamına bu şekilde müdahalesinin sembolik bir anlam taşıdığı görölmektedir. Bu maddelerin kullanılmasının bir uyuşturucu madde kültürü ile birlikte ortaya çıkması ve toplumun özümsemediği ve yücelttiği değerlerin reddini veya bunlara karşı yabancılaşmayı ifade etmesi karşısında toplumun bu maddelerden korktuğunu ve bunları kullananları hoş karşılamadığını ortaya koymaktadır. Madde kullanan kişilerin maddenin oluşturduğu ruhsal çöküntü nedeniyle değişik suçlar işlemesi toplumun huzurunu bozmaktadır (Dönmezer, 1994; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen).

Ayrıca kişide bağımlılık yapan maddelerin kullanılmasıyla bağlantılı birçok psikolojik, fiziksel ve sosyal bozukluk ortaya çıkabilmekte ve kişi maddeyi elde etmek veya bu hususta gerekli parayı sağlamak üzere yasadışı yollara başvurabilmektedir (Bayraktar, 1985; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen). Uyuşturucu madde bir yandan onu kullanan kişinin bedensel ve ruhsal yapısını olumsuz yönde etkilerken diğer yandan oluşturduğu bozukluğun doğacak çocuklarına kalıtım yoluyla geçmesine ve soyun bozulmasına yol açabilmektedir (Ziyalar, 1982; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen). Madde kullanarak çocuklarına kötü örnek

olan anne-babaların çocuklarının da benzer tutum ve davranışlar göstermeleri ve toplum düzenini tehlikeye sokmaları mümkün olabilmektedir (Yokuş-Sevük, 2007).

Bu suçlar cezalandırılmak suretiyle, hem birey uyuşturucu veya uyarıcı maddenin etkisinden korunmakta, hem de toplum uyuşturucu maddelerin dolaylı etkilerine karşı koruma altına alınmaktadır. Kısaca, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına yönelik fiiller, kişiye zararlı olmasının yanında toplumun geleceğine, ortak değerlerine, ahlak ve genel sağlığına büyük zararlar vereceği endişesi ile suç olarak düzenlenmiştir (Akbulut, 2002; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen).

1.2.3. Bazı Ülkelerin Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanımına Yaklaşımı

Amerika Birleşik Devletleri: Amerika'da psikoaktif uyuşturucuların kullanımı tamamen yasaklanmış olup, tıbbi amaçla kullanılması ise bu maddelerin kötüye kullanılma olasılığına bağlı olarak sıkı kontrole tabidir. Amerika'da alınan tedbirlere rağmen madde kötüye kullanımı gittikçe artmakta ve toplum açısından tehlikeli sonuçlar doğurmaktadır. Amerikan Hükümeti 2000'li yılların başında "uyuşturucu ile savaş" adı altında uyuşturucu madde kullanımı ve satışına karşı mücadele başlatmıştır (Hodulık, 2001; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen). Amerika'da birçok eyalet cezaevlerinde madde bağımlısı suçluların tedavi ihtiyaçları karşılanırken, Kaliforniya gibi bazı eyaletler ise saldırgan olmayan uyuşturucu madde suçlularını hapsetmek yerine denetimli serbestlik veya toplum temelli tedavi programları uygulamaktadır (French, McCollister, Alexandre, Chitwood ve McCoy, 2004; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen).

Amerika Birleşik Devletleri'nde rehabilitasyon amaçlı hapsetmeye alternatif ve uyuşturucu madde kullanımını azaltmasına yönelik olarak "Uyuşturucu Tedavi Mahkemeleri" kurulmuştur. Bu mahkemeler uyuşturucu bağımlılarına suçludan daha çok hasta kişiler olarak bakmaktadır. Uyuşturucu tedavi mahkemeleri uyuşturucu ile mücadelenin yarattığı yüksek maliyetlerin ve tedavi harcamalarının azaltılmasına ve

uyuşturucu suçlularının gelecekte ceza adalet sisteminde yer almamalarına bir seçenek oluşturmaktadır (Territo, Halsted ve Bromley, 2004; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen). Bu mahkemelerin başlıca amaçları kişi ile toplum temelli tedavi arasında bağ kurarak uyuşturucu kullanımını azaltmaktır.

İskandinav Ülkeleri: Uyuşturucu ile çok kararlı bir şekilde mücadele etmenin gerekliliği ve bunun için kullanılan araçların ise esas olarak cezalandırmaya yönelik olması kabul görmektedir. Uyuşturucu kullanıcıları ve bağımlılarını kontrol altına almak için İskandinav ülkelerinde uyuşturucu kullanımı suç olarak düzenlenmiştir. 1966 yılında Finlandiya, 1969 yılında İzlanda ve 1988 yılında İsveç'te uyuşturucu kullanımı suç olarak düzenlenmiştir. Ayrıca, İskandinav ülkelerinde uyuşturucu denetimini sağlamak için uyuşturucu bağımlılarının tedavilerine önem verilmektedir. Örneğin, sanık tedaviye tabi tutulmada istekli olursa, belli hallerde hapsedme yerine toplumsal yaptırımlar söz konusu olabilmektedir. Cezaevleri, uyuşturucu bağımlıları için özel bakım ve metadon programı içeren özel tedaviler uygulamakta ve kişinin zararını azaltmaya yönelik hizmetler sunmaktadır (Traskman, 2004; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen).

Almanya: Almanya'da uyuşturucu maddelere ilişkin suçlar özel ceza kanunları alanında düzenlenmiştir. 1 Mart 1994 tarihinde yürürlüğe giren Uyuşturucu Maddeler Kanunundaki düzenlemeler ile uyuşturucu madde ticareti yapanlarla etkin mücadele ve uyuşturucu bağımlılarının tedavi edilmesi hedeflenmiştir. Alman hukukunda uyuşturucu maddelerin kişi tarafından kullanılması suç değildir ancak izinsiz olarak uyuşturucu madde bulundurmaya suçtur ve kişinin bulundurmadan dolayı sorumluluğu söz konusu olabilmektedir. Ancak failin sadece kendi ihtiyacı için az miktarda uyuşturucu madde bulundurması ve bu amaçla imal, ithal, ihraç, transit geçme gibi eylemler halinde mahkemenin ceza vermemesi mümkündür. Ayrıca bir kimse başkalarının uyuşturucu maddeye izinsiz kullanımı, edinilmesi ve tevdi hususunda alenen veya özel olarak bir fırsat

oluşturursa veya bu fırsatı sağlarsa veya bir kişinin uyuşturucu kullanmasına yol açarsa cezalandırılmaktadır (Yokuş-Sevük, 2007).

Macaristan: Macaristan Ceza Kanunu'nda konuya ilişkin sadece iki hüküm bulunmaktadır: Uyuşturucu maddelerin kötüye kullanılması ve hastalık derecesinde bağımlılığa neden olma. Kişinin sadece kendi ihtiyacı için uyuşturucu temin etmesi cezalandırılmamaktadır. Diğer bir ifadeyle, kişinin kendi tüketimi için az miktarda uyuşturucu madde üretmek, temin etmek, bulundurmamak cezasızlık nedenidir. Uyuşturucu kullanımı cezalandırılmasa da ondan önce veya sonra gelen hareketlerin cezalandırılması suretiyle tüketimde dolaylı olarak cezalandırılmaktadır (Yokuş-Sevük, 2007).

Çin: Çin'de uyuşturucu kullanımı hızla artmaktadır ve bu durum doğrudan yasadışı uyuşturucu kullananlara yönelik bir dizi kamu politikasının gelişmesini teşvik etmiştir. 1990 yılında kabul edilen ve uyuşturucuyu yasaklayan düzenlemelere göre, yasadışı uyuşturucu kullanımı ile ilgili ceza üç aşamada uygulanmaktadır. İlk defa kullanan suçlular için para cezası ve/veya yerel bir hapisanede 15 güne kadar gözaltında tutulmasına karar verilmektedir. Ayrıca bunlardan uyuşturucu bağımlısı olanlar uyuşturucuyu bırakmaları için zorunlu olarak tedavi görecekları kurumlara 1 aydan 6 aya kadar yerleştirilmektedir. Son olarak zorunlu tedaviden sonra madde kullanımı nüks eden kullanıcıların 1-3 yıl süreyle çalıştırılarak eğitilecekleri zorunlu uyuşturucu tedavi kurumlarına yerleştirilmesi söz konusu olabilmektedir (Li, Zhou ve Stanton, 2002; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen).

1.2.4. Türkiye'de Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanılmasına İlişkin Suçlar

Uyuşturucu ve uyarıcı madde suçları, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun özel hükümler kitabının Toplum Karşı Suçlar başlıklı kısmının "Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar" başlığını taşıyan 3. bölümünde düzenlenmiştir. 5237 sayılı TCK'nın sistematığı doğrultusunda uyuşturucu veya uyarıcı maddelere ilişkin suçlar: 1) uyuşturucu veya uyarıcı

madde temin suçları, 2) uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar olarak iki gruba ayrılmıştır.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde temini suçları; a) uyuşturucu veya uyarıcı madde imal, ithal ve ihraç suçu (TCK m.188/1), b) uyuşturucu veya uyarıcı madde satma, satışa arz etme, başkalarına verme, nakletme, sevk etme, depolama, satın alma, kabul etme veya bulundurma suçu (TCK m.188/3), c) uyuşturucu üretiminde kullanılan madde temini suçu (TCK m. 188/7) şeklinde gruplandırılabilir.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar ise, a) uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma suçu (TCK m.190/1), b) uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını özendirme suçu (TCK m. 190/2), c) kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak suçu (TCK m. 191) şeklinde gruplandırılabilir.

Bu çalışmada sadece kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak suçu ele alınacaktır.

1.2.5. Kullanmak için Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Satın Almak, Kabul Etmek veya Bulundurmamak Suçu

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak suçu 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesinde düzenlenmiştir. TCK m. 191/1'e göre: "Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır".

Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesinde, uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi satın almak, kabul etmek ve bulundurmaktan söz edilmekte ancak maddenin uyuşturucu veya uyarıcı madde olması bakımından bir ayırım yapılmamaktadır. Bir başka ifadeyle, kullanmak için temin edilen maddenin cinsi önemsiz olup, bulundurulmuş, satın alınan ve kabul edilen uyuşturucu maddenin eroin, kokain, morfin veya esrar olmasıyla bunların dışında bir

uyuşturucu veya uyarıcı madde olmasının, ayrıca maddenin sert veya yumuşak olmasının bu suçun oluşumunda bir önemi bulunmamaktadır (Yokuş-Sevük, 2007).

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu soyut tehlike suçu olduğundan failin cezalandırılabilmesi için somut bir zarar veya tehlikenin ortaya çıkma gerekliliği aranmamaktadır. Soyut tehlike suçlarında suçun kanuni tarifinde yer alan fiilin icra edilmesi yeterli olup, hareketin korunan hukuki değer açısından gerçekten bir tehlike meydana getirip getirmediğinin araştırılıp tespit edilmesi gerekli değildir. Bu bağlamda, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde temin etmeye yönelik hareketler olarak TCK m. 191/1’de öngörülen satın alma, kabul etme veya bulundurma hareketlerinin, korunan hukuksal değer olan kamu sağlığı bakımından bir tehlike yaratmış olduğu varsayılmıştır. Bu tür hareketler söz konusu olduğu anda kamunun sağlığı üzerinde bir zarar doğması olasılığı yaratan bir duruma sebebiyet verilmiştir (Yokuş-Sevük, 2007).

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçlarında fail herkes olabilir; failin belirli bir sıfat, nitelik ve özellik taşıması gerekmez (Tezcan, Erdem ve Önok, 2007; Yokuş-Sevük, 2007’den naklen). Failin uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi ilk defa kullanmak için temin eden kimse olmasıyla, bağımlılık nedeniyle kullanmak için maddeyi temin eden kişi olması arasında herhangi bir fark yoktur. Failin bu durumu suçun oluşumunu etkilemez. Ancak suçun faili uyuşturucu veya uyarıcı maddeye bağımlı olan kişi ise dava devam ederken hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilebilirken, bu suçun faili uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi kullanmamakla birlikte bu maddeleri satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi ise sadece denetimli serbestlik tedbirine karar verilebilir (Güngör ve Kınacı, 2001; Yokuş-Sevük, 2007’den naklen). Bu suçun mağduru genel olarak toplumdur, suçun işlenmesiyle,

toplumu oluşturan barış esasına dayalı bir hukuk toplumunda yaşama hakkına sahip olan herkes mağdur olmaktadır (Özgenç, 2006; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen).

1.2.6. Yaptırım: Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri

Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesinde kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçundan dolayı açılan davada, fail uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi ise, hakkında mahkeme tarafından tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine, fail kullanmamakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi ise, hakkında mahkeme tarafından sadece denetimli serbestlik tedbirine karar verilebilir (TCK m. 191/2).

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişiye uygulanan tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin amacı kişinin kötü alışkanlıklarından kurtulmasını sağlamak ve sağlığına kavuşturmadır. Kişinin sağlığına kavuşması ile kamunun sağlığının korunması da söz konusu olacaktır. Öte yandan kullanmayan fail hakkında verilen denetimli serbestlik tedbiri ise, kişinin uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi kullanmak için temin etmesinin kendisi ve toplum için bir tehlike oluşturduğu düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bir başka deyişle, fail maddeyi kullanmakla, hem kendisi tehlike içinde bulunmaktadır hem de maddeyi kullanma ya da failin maddeyi kullanmamakla birlikte satın almak, kabul etmek ve bulundurmak suretiyle ortaya koymuş olduğu kullanma olasılığı toplum için tehlike oluşturmaktadır (Yokuş-Sevük, 2007).

Denetimli serbestlik, özel biçimde seçilmiş suçlular hakkında kamu davasının açılmasının veya duruşma yapılmasının ya da cezaya hükmedilmesinin koşullu olarak geri bırakılması ve özgür bırakılan sanık hakkında onun kişiliğini hedef tutan bir denetleme ve yönlendirme sisteminin uygulanmasıdır (Zafer, 2004; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen).

Denetimli serbestlik tedbiri, hal ve gidişatın gözetim altında bulundurulmasını ifade etmektedir. Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları

Yönetmeliğinin 4. maddesine göre, “Denetimli serbestlik, mahkemece belirtilen koşullar ve süre içinde, denetim planı doğrultusunda suça sürüklenen çocuk, şüpheli, sanık veya hükümlünün toplumla bütünleşmesi açısından ihtiyaç duyduğu her türlü hizmet, program ve kaynaklarının sağlandığı toplum temelli uygulamayı” ifade eder.

Yeni ceza yasası ile öngörülen denetimli serbestlik tedbiri kişinin toplum içinde iyileştirilmesine yöneliktir. Bu tedbirle, suçlu yaşamını özgürce sürdürmekte, ancak bu özgürlüğün yararsızlığı anlaşıldığında cezaevine gönderilmesi mümkün olabilmektedir. Suçlu ailesi ve sosyal çevresi ile normal ilişkilerini sürdürerek kendi kendini yönetme olanağından tamamıyla yoksun kalmamaktadır. Ayrıca denetimli serbestlik tedbiri ile kişinin kendi geçimini sağlamaya devam etmesi ve cezaevinin olumsuz etkilerinden korunması sağlanmaktadır (Zafer, 2004; Yokuş-Sevük, 2007’den naklen).

Denetimli serbestlik, “Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ve Koruma Kurulları” tarafından yürütülmekte, kuruluş, görev, çalışma esas ve usulleri 5402 sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu’nda düzenlenmiştir. 3 Temmuz 2005 kabul tarihli ve 5402 sayılı bu Kanun, 27 Temmuz 2005 tarihli 25881 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığının görevleri arasında, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılması söz konusu olduğunda, koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin özenle uygulanmasını sağlamak yer almaktadır (DSYMKK Kanunu m.14/1-d). Adalet komisyonunun bulunduğu yerdeki Cumhuriyet Başsavcılığına bağlı olarak kurulan denetimli serbestlik ve yardım merkezi şube müdürlüğü, TCK m.191/3 gereğince rehberlikle ilgili görevleri yerine getirmekle görevlidir. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıcılarının tedavi sırasındaki ve tedavi sonrasındaki denetimli serbestlik tedbirinde görevli uzmanın, özellikle bu maddelerin yol açtığı sorunlar ve bunların çözümü konusunda özel olarak eğitilmesi gereklidir. Nitekim, Denetimli

Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliği'nin 90. maddesinde, TCK'nın 191. maddesinin üçüncü fıkrası gereğince hakim tarafından belirlenmemesi halinde, şube müdürlüğü veya büro tarafından, rehberlikle ilgili görevleri yerine getirmek üzere, çocuk ve yetişkin ayrımı gözetilerek; "suç türleri dikkate alınarak" şube müdürlüklerinde veya bürolarda çalışanların veya bulunmaması halinde, büro dışından sosyolog, öğretmen, sosyal çalışmacı, psikolog, özel eğitim uzmanı veya psikolojik danışman ve rehberin, rehber olarak görevlendirilmenin yapılacağı belirtilmektedir (Yokuş-Sevük, 2007) .

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanma suçunda öngörülen denetimli serbestlik tedbirinin, ya dava devam ederken uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmayan sanık hakkında veya sanığın uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi olması halinde ise tedavi ile birlikte uygulanması öngörülmüştür (TCK m. 191/2).

Türk Ceza Kanunu'nun m. 191/2 gereğince; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmamakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran sanık hakkında mahkeme sadece denetimli serbestlik tedbirine karar verebilir. Kullanmayan fail için tedavi kararı verilemez. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmanın tedaviyi gerektiren bir hastalık olarak görülmesi nedeniyle mahkeme kovuşturma yaptığı sanık hakkında uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığını bilirkişi marifetiyle tespit etmelidir. Bu suçun faili her ne kadar uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmasa da, failin satın alma, kabul etme veya bulundurma hareketlerinin kendisi ve toplum için bir tehlike oluşturduğu düşüncesiyle denetimli serbestlik tedbirine tabi tutulmaktadır. Kişinin ileride uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaktan korunmasını sağlamak amacıyla bu tedbire tabi tutulmasına karar verilmektedir (Yokuş-Sevük, 2007) .

Hakkında denetimli serbestlik tedbiri kararı verilen kişi, bu tedbirin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranan

kişi hakkında açılmış olan davanın düşmesine karar verilir. Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uyulmaması halinde ise davaya devam olunarak hüküm verilir (TCK m. 191/5).

Türk Ceza Kanunu m. 191'deki suçun uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmayan faili için öngörülecek denetimli serbestlik tedbirinin ne kadar süre uygulanacağına ilişkin bir düzenleme maddede yer almamakla birlikte TCK m. 191/4'de öngörülen azami denetimli serbestlik süresi olan 3 yıl, tedavi ile birlikte uygulanan denetimli serbestliğe özgü düzenlenmiştir.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedavi ile birlikte denetimli serbestlik tedbiri kararı verilmektedir. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında tedaviye karar verilmeden, sadece denetimli serbestlik tedbirine karar verilmesi söz konusu değildir.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullananlar için cezalandırma yerine tedavinin gerekliliğini savunanlar, tedavinin kişiyi, uzun süre özgürlüğünden yoksun bırakma ile birleştirilmesini ve uyuşturucu kullanmanın ileride bağımlılığa dönüşmesi tehlikesi karşısında tedavi tedbirinin zorunluluğunun kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedirler (Traskman, 2004; Yokuş-Sevük, 2007'den naklen). Türk hukuk öğretisinde de, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişiler için zorunlu tedavi uygulamasının gerekliliği belirtilmiştir. Zorunlu tedavi ile maddeyi kullandığı tespit edilen kişinin doğrudan doğruya resmi hastaneye oradan ihtisaslaşmış merkezlere yönlendirilmesi; tedavi süreci hakkında hastane, merkez ve savcılığın iletişim halinde olması ve tedaviden kaçınılması halinde kovuşturma açmak yerine zorunlu tedavinin mutlaka tamamlanmasının gerekliliği vurgulanarak; bu işleyişin bağımlılığı önleyeceği belirtilmiştir (Bayraktar, 1985; Yokuş-Sevük, 2007).

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişinin tedavisi, bu konuda hizmet veren yatılı ve yatılı olmayan kurumlarda yerine getirilir. Türkiye'deki uyuşturucu tedavi

merkezlerine bakıldığında, bu konuda İstanbul, Ankara ve İzmir başta olmak üzere Elazığ, Samsun, Manisa, Adana ve Denizli’de bulunan Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinin (AMATEM) hizmet verdiği bilinmektedir. Ayrıca küçük çaplı bazı özel merkezlerde tedavi olanağı bulunmaktadır. Ancak ülke geneli için bu merkezler yeterli değildir.

Failin tekrardan uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmasını önlemek ve toplumla uyumlu hale gelmesini sağlamak amacıyla tedavi tedbiriyle birlikte denetimli serbestlik tedbiri öngörülmüştür (Soyaslan, 2005; Yokuş-Sevük, 2007’den naklen). Denetimli serbestlik tedbiri, tedavi süresince devam eder. Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren 1 yıl süreyle devam olunur (TCK m. 191/4).

Tedavinin süresi tıbbi bir değerlendirme olduğundan hekimler tarafından belirlenecektir. Kanunda tedavi süresi belirlenmemiştir ancak denetimli serbestlik tedbirinin süresi, tedavi süresinin sona erdiği tarihten itibaren 1 yıl olarak belirtilmiştir. Bu şekilde kanun koyucu tedavinin sonuçlarını takip etmekte ve dolayısıyla kişiyi denetlemektedir. Tedaviden sonra denetimli serbestlik tedbirine devam edilmesinin nedeni, tedaviden sonra failin, kendisini suça iten çevrede yeniden kullanmaya başlamasını önlemek ve failin yaşamını bir süre denetim altına alarak, yeniden suç işlemesini önlemektir (Soyaslan, 2005; Yokuş-Sevük, 2007’den naklen).

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişinin yeniden toplumsallaşması açısından önemli olan tedavi sonrası 1 yıllık denetim süresi yeterli olmadığı kanısına varılırsa, denetimli serbestlik süresinin uzatılmasına karar verilebilir (TCK m. 191/4). Uzatılma kararı verildiğinde, tedbirin süresi 3 yıldan fazla olamaz. Mahkeme, denetimli serbestlik süresinin uzatılmasına karar verirken, denetimle görevli rehberlik edecek uzmanın sunduğu raporları dikkate alacaktır.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı hükmolunan ceza, ancak tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmaması halinde infaz edilir (TCK m. 191/5). Davanın düşmesi veya cezanın infaz edilmiş sayılması için sadece tedavi tedbirinin olumlu sonuçlanması yetmez, ayrıca denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranılması gerekir (Yokuş-Sevük, 2007).

Tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin yerine getirilmesiyle ilgili düzenlemeler Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ve Koruma Kurulları Yönetmeliği'nin 10. bölümünde belirtilmektedir (m. 82, 83 ve 84).

Tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri kararı, yerine getirilmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Cumhuriyet başsavcılığınca ilam denetimli serbestlik genel defterine kaydedildikten sonra şube müdürlüğü veya büroya iletilir.

şube müdürlüğü veya büro, hakkında tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilen kişiye, tedbirin yerine getirilmesi amacıyla 10 gün içinde sağlık kurumuna sevk edilmek üzere başvurması için bildirim yapar. Sanık veya hükümlünün; haklı, geçerli ve gerektiğinde belgelendirilebilen mazereti olmaksızın şube müdürlüğü veya büroya; 10 gün içinde başvurmaması hâlinde, şube müdürlüğü veya büroca ilgili defterdeki kayıt kapatılarak durum Cumhuriyet başsavcılığı aracılığıyla mahkemeye bildirilir.

Hükümlünün belirlenen süre içinde şube müdürlüğü veya büroya başvurması halinde, sağlık kurumuna sevk yazısı yazılarak 5 gün içinde bu kuruma başvurması istenir. Kişi sevk tarihinden itibaren 5 gün içinde sağlık kurumuna başvurmaz ise durum şube müdürlüğü veya büroya bildirilir.

Sağlık kurumunca yapılan tetkik ve muayene sonucu, bağımlı olmayanların hakkında takip programı hazırlanarak sanık veya hükümlüye bildirilir. Ayrıca programın bir örneği şube müdürlüğü veya büroya gönderilir. Yapılan tetkik ve muayene sonucunda bağımlı

olduğu anlaşılanlar ise, sağlık kurumunca madde bağımlılığı tedavi merkezine sevk ederek, durumu şube müdürlüğü veya büroya bildirir. Sanık veya hükümlü 3 gün içinde madde bağımlılığı tedavi merkezine başvurur. Şube müdürlüğü veya büroca sanık veya hükümlünün sevk olunan madde bağımlılığı tedavi merkezine başvurup başvurmadığı takip edilir.

Sağlık kurumu, kişinin kuruma başvurduğu tarih, tedavinin başladığı tarih, uygulanacak tedavi programı ile tedavinin tamamlandığı tarih şube müdürlüğü veya büroya bildirmekle yükümlüdür. Kişi hakkında ilgili sağlık kurumu tarafından bir tedavi programı yapılır. Kişinin belirlenen bu tedavi programına uymaması halinde durum, kurum tarafından şube müdürlüğü veya büroya iletilir.

Türk Ceza Kanunu m. 191/3'de hakkında denetimli serbestlik tedbirine karar verilen kişiye rehberlik edecek bir uzmanın görevlendirileceği öngörülmüştür. Şube müdürlüğü veya büro öncelikle kendi kurumlarında bulunan bu suçta rehberlik görevini yerine getirebilecek görevlileri, bulunmaması halinde ise Yönetmelikte belirlenen diğer kurumlardaki uzman kişilerden birini rehber olarak görevlendirir. Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilen kişi için görevlendirilen rehber, hazırladığı denetim planı doğrultusunda, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir. Ayrıca rehber, kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek mahkemeye gönderilmek üzere şube müdürlüğüne veya büroya verir.

Sanık veya hükümlünün sağlık kurumunca belirlenen tedavi programına uyup uymadığı, şube müdürlüğü veya büro ile rehber tarafından her zaman denetlenir.

5237 sayılı Kanununun 191 inci maddesinin dördüncü fıkrasında belirtilen tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süre ile devam edilir. Tedavi sona erdikten sonra sağlık kurumu tarafından gönderilen

rapor, sanık veya hükümlü hakkında düzenlenecek denetim raporu ile birlikte mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Ayrıca tedavi tamamlandıktan sonra gerektiğinde sanık veya hükümlü hakkında gözden geçirilmiş denetim planı hazırlanabilir.

Tedavi tamamlandıktan sonra devam eden denetimli serbestlik tedbiri süresince, şube müdürlüğü veya büroca gerekli görülmesi hâlinde sanık veya hükümlü, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığının tespit edilmesi için sağlık kurumuna sevk edilebilir. Sanık veya hükümlünün Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumuna sevk yazısı yazılarak 5 gün içinde bu kuruma başvurusu istenir.

Sağlık kurumuna sevk tarihinden itibaren beş gün içinde sağlık kurumuna başvurmaması, denetim planına uymadığının şube müdürlüğü veya büro tarafından tespit edilmesi, belirlenen tedavi programına uymadığının sağlık kurumunca bildirilmesi veya tedavi tamamlandıktan sonra devam eden denetimli serbestlik tedbiri süresince uyuşturucu veya uyarıcı madde kullandığının tespit edilmesi hâlinde, sanık veya hükümlü şube müdürlüğü veya büro tarafından denetim planına uyması yönünde uyarılır, gerekli görüldüğünde gözden geçirilmiş denetim planı hazırlanır. Uyarıya rağmen denetim planına uyulmaması halinde, kayıt kapatılarak evrak mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Ayrıca durum ilgili sağlık kuruluşuna bildirilir.

Tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri sona erdiğinde kayıt kapatılır ve evrak mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir.

1.2.7. Denetimli Serbestlik Uygulamasının Tarihsel Gelişimi

Denetimli serbestlik ceza yargılamasının bir parçası ve bir ceza infaz yöntemidir. Sosyal anlamda denetimli serbestlikte, kişinin ıslahı ve topluma kazandırılması esastır. Türk hukuk sisteminde denetimli serbestlik; kişinin işlediği bir suç nedeniyle tutuklanması ya da mahkemece hakkında mahkumiyet kararı verilmesi sonucunda ceza evine girmesi yerine, cezasını toplum içerisinde gözetim ve denetim altında çekmesini ifade eder. Buna göre,

denetimli serbestlik alternatif bir infaz sistemidir. Şüpheli, sanık veya hükümlüler için hapsin alternatifi olan bu sistemde, şarta bağlı olarak serbest bırakılmakta ve kendilerine bir takım yükümlülükler getirilmektedir (Usta, 2005).

İlk önceleri İngiltere ve Amerika'da uygulanmaya başlayan bu kurum, zamanla Kıta Avrupa'sına da geçmiş ve deneme süresi içinde failin bir gözetim memurunun bakım ve nezareti altına konulması sistemleştirilmiştir. Kürek cezasının uygulandığı zamanlarda, cezası infaz edilen failin kendi başına bırakılmayarak serbest hayatta da kontrol altında bulundurulması ve cezaevlerinde reform yapılması fikri, bu kurumun geliştirilmesinin sebepleridir. 1776 yılında Richard Whister tarafından Philedelphia'da kurulan bir dernek, cezaevin, terk etmiş olan mahkumları kendi hallerine bırakmamış, becerilerine uygun iş temin etmeye başlamıştır. Daha sonra, İngiltere'de John Howard (1726-1790) ve Elisabeth Fry (1780-1845) yapmış oldukları bir çok seyahatte mahkumların halk tarafından sürekli ziyaret edilmelerini, kendi hallerine bırakılmamalarını bütün dünyaya yayarken, diğer taraftan da cezaevlerini terk etmiş bulunan mahkumların yardıma ihtiyaç duydukları bu süre içinde yalnız bırakılmayarak, onlara iş temin edilmesi suretiyle tekrardan suç işlemelerine engel olunması ve suçlulukla mücadele edilmesi fikrini savunmuşlardır (Önder, 1963).

İngiltere ve Amerika'dan sonra gözetim müessesesi sonunda Kıta Avrupa'sındaki ülkelere de yayılmıştır. Ancak bu ülkeler daha temkinli davranmış ve ilk önce sadece küçük suçluların koşullu salıverilmeleri sırasında gözetim altına alınmalarıyla başlanmış, daha sonra ise sistem yetişkin suçlular hakkında da uygulamaya koyulmuştur. Ancak sadece koşullu salıverilme ile sınırlı bir uygulama yoluna gidilmiştir. Sistemin faydalarının yararlarının görülmesi ile birlikte sınırları da genişletilerek erteleme sistemine de uygulanmıştır. Kara Avrupa'sındaki bu görüş ve uygulamalar Amerika ve İngiltere'deki gibi hızlı bir gelişme gösterememiş ve bu nedenle ancak 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren

başlayan ve gittikçe genişleyip değişikliğe uğrayan bir yaklaşımla bugünkü durumuna erişebilmiştir (Erbaş, 1996).

1.2.8. Denetimli Serbestlik (Gözetim) Kurumunun Değişik Ülkelerdeki Gelişim Süreci

İngiltere: Bu sistemin ilk izleri İngiltere’de kolonilere sevk cezasında görülmektedir. 1678 ve 1682 tarihleri arasında ölüm cezasına çarptırılan mahkumların cezaları infaz edilmemiş, bunun yerine Avustralya ve Amerika’ya sürgün edilmişlerdir. Hakimler hükümlerinde ölüm cezası yerine kolonilere sürgün cezasını tespit edip, hüküm fıkrasında da mahkumun bir daha İngiltere’ye dönmemesine karar vermeye başlamışlardır. Ayrıca hükme uymayıp İngiltere’ye dönenlerin cezalarının infaz edileceği de gösterilmeye başlanmıştır (Önder, 1963).

Daha sonraları uygulanan bu sistemin sertliğini hafifletmek üzere kolonilere gönderilmiş olan mahkumlara bir süre izinli olarak İngiltere’ye dönmelerine müsaade edilmiş ve kendilerine izin kağıdı verilerek polis nezareti altında kalmak şartıyla İngiltere’ye kabul edilmelerine başlanmıştır. İngiltere’de gözetim altında tutulmaları ceza hukukunda gözetim sisteminin başlangıcını teşkil etmektedir.

Bundan sonra cezanın önemli bir kısmının İngiltere’de infaz edilmiş olması halinde, geri kalan kısmının koşullu salıverilerek kolonilerde infaz edilmesine başlanmıştır. (Önder, 1963).

Önceleri uygulanmış olan izin sisteminin iyi sonuçlar verdiği görülmesi üzerine, ağır hapse mahkum olup kolonilere sevk edilen mahkumlarda da aynı sistemin uygulanmasına başlanmıştır. İngiltere’de geçirdiği günlerin elindeki izin kağıdına kaydedileceği 1869 tarihli Habitual Criminal Act tarafından tespit olunmuştur. Bu kanuna göre, İngiltere’ye gelen mahkum ikamet adresi ve adres değişikliklerinde de yeni adresini polise derhal bildirmek zorundaydı. Polis bu mahkumların yardım kuruluşları ile bağlantıya geçmesini ve bu kuruluşlarla hareketlerinin kontrol edilmesini temin ettiği gibi bu süre

içinde bir yerde çalışan mahkumun iş sahibinden de tutum ve tavırları konusunda bilgi alırdı. Sonraları Hakim Matthew Davenport Hill tarafından “probation” sistemi uygulanmaya başlandıktan sonra, failin gözetim altına alınması ve bu iş ile de gönüllü olarak çalışmak isteyen kişilerin görevlendirilmesine başlandı. Böyle İngiltere’de gözetim kurumu meydana gelmiş oldu (Önder, 1963).

Amerika: İngiltere’deki uygulamanın etkisiyle koşullu salıverilen kimseler üzerinde Boston ve Massachusetts eyaletlerinde “paroles system” şeklinde gözetim sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Cezanın belli bir kısmının infazından sonra koşullu salıverilmelerine önceleri eyalet valilerince karar verilirken, zamanla bu görev ceza infazı ile ilgili makamlara geçmiş ve bu makamlarda koşullu salıverilen kimsenin bu süre içinde gözetim altında bulundurulmalarına da karar verilmeye başlamışlardır.

Gözetim sistemi önceleri sadece koşullu salıverilenler hakkında uygulanmaktaydı. Daha sonraları mahkumiyet yoluna gitmeden serbest bırakılan küçükler hakkında da uygulanmaya başlanarak bugünkü gözetim sisteminin esasları belirlemeye başlamıştır. Boston’da 16 yaşından küçüklerin cezalarının tespiti yerine, her bakımdan kendisine güvenilir kimselerin denetimi altına konulmaya başlanmıştır. Uygulamada olumlu sonuçlar veren bu sistem zamanla kanunlaştırılıp özellikleri tespit edilmiştir. İlk önceleri denetim işi gönüllü olarak çalışan kimseler tarafından yapılmakta iken, 1878’de Boston, 1880 senesinde de Massachusetts eyaletlerinde, devlet memurları tarafından yapılacağı kabul edilmiş, ayrıca özel şahısların da gözetim memuru olarak hizmet görmelerine izin verilmiştir (Önder, 1963).

Belçika: Kıta Avrupa’ında cezanın tecili sistemini ilk olarak Belçika kabul etmiştir. Fakat Belçika sisteminde gözetime yer verilmemiş, ancak sistemin uygulanışı sırasında bazı müellifler tarafından, deneme süresi içinde suç işleyerek mükerrir olanlarda neden gözetim sisteminin yokluğuna bağlanmış ve bir denetim teşkilatı kurulması konusunda güçlü bir

düşünce başlamıştır. Sonuç olarak, 15 Mayıs 1912 tarihli Kanun ile sadece küçük suçlular hakkında gözetimin tatbik edileceği kabul edilmiştir (Önder, 1963).

Fransa: 19. yüzyılın sonlarına doğru, Anglo-Amerikan uygulaması ilke olarak parlamentoda benimsenmiş ise de, bu sadece bir görüşten ibaret kalmıştır. Bu dönemde söz konusu olan kurum, 1884 yılında senatör Berenger'in "Cezaların Hafifleştirilmesi ve Ağırlaştırılması Hakkındaki" kanun önerisinde yer alan fikirlere dayanmaktadır. Bu önerinin içeriği çeşitli uluslararası kongrelerde tartışılmış ve tasarının esasları arasında yer alan "cezaların infazının geri bırakılması" konusu ilk defa Belçika'da 1882'de kabul edildikten sonra, Fransa'da ise 1891 yılında kanunlaşabilmiştir.

Denetimli serbestlik kurumunun kendiliğinden olgunlaşıp Fransız ceza hukukunda yer alması için 20. yüzyılın ortalarına kadar beklemek gerekmiştir. Buna karşın denetimli serbestlik konusunda suçlu küçüklerin durumuna ilişkili fikirlerin oldukça hızlı bir şekilde gelişme gösterdiği görülmüştür. Gözetimle salıverme biçimindeki sistem 2 Şubat 1945 tarihli kararname ile kabul edilmiştir (Erbaş, 1996). Yetişkinler hakkında ise, aynı sistem karmaşık ve bir çok engellerden geçtikten sonra kanunlaşabilmiştir. 1950'li yıllarda Fransız Hükümeti sistemi bazı şehirlerde sınırlı olarak deneme girişimlerinde bulunmuştur. 1952 yılında ise hükümet tarafından bu denemelerin resmileştirilmesi amacıyla bir kanun teklifi sunulmuş ancak meclis tarafından reddedilmiştir. Nihayet, Fransız Ceza Usul Kanununun 738 ve devamındaki maddelerinde yerini bulan gözetimli erteleme kanunlaştırılmıştır (Erbaş, 1996).

Almanya: Tecil sistemi Kara Avrupa'sında yaygınlaşırken, Almanya'da da sistemin gözetim ile birlikte kabulü konusunda güçlü bir akım belirlemiştir. Yapılan her kanun tasarısında tecil ve gözetim sistemi kabul edildiyse de bu tasarılar kanunlaşmamıştır. Ancak, 16 Şubat 1923 tarihli "Çocuk Muhakemeleri Kanununun" 9/11. maddesinde küçükler hakkında gözetim sisteminin uygulanabileceğini kabul etmek suretiyle sistem Almanya

uygulanmasına girmiştir. Ancak, 4 Ağustos 1953 tarihli, değişikliğe uğramış “Alman Ceza Kanununun” 24. maddesinde gözetimi yetişkin suçlular için kabul etmiştir (Önder, 1963).

İsviçre: İngiliz-Amerikan hukukunun etkisi altında kabul edilmiş ve ilk önce 1838 senesinde St. Galen Kantonunda koşullu salıverilen kimseler hakkında, 1864 senesinde de Aargau Kantonunda ceza infazında progresif sistemin kabulü neticesi bu sistemin son aşaması olan koşullu salıverilmeye zorunlu bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Daha sonra, 29 Ekim 1892 tarihinde Cenevre Kantonu tecil sistemini gözetim ile birlikte kabul etmiş, takibinde diğer kantonlar da tecilde gözetim, ihtiyari olarak uygulanmak suretiyle, sistem İsviçre’ye girmiştir. 1918 tarihli İsviçre Ceza Kanunu Tasarısı ve 1937 Ceza Kanunu, sistemi kabul ve ihtiyari olarak uygulanmasına yer vermişlerdir (Önder, 1963).

Yakın Zamanda Uygulamalar: 1960’lı yılların sonlarına doğru, kısa süreli hapis cezalarına seçenek olarak, erteleme, para cezası ve özgürlüğü sınırlayıcı başkaca yaptırımlar gündeme gelmiştir (Öztürk ve Erdem, 2005). Örneğin, Alman Ceza Kanunu m. 47/1’e göre, mahkeme 1 aydan fazla ve 6 aydan az kısa süreli hapis cezasına, fail üzerinde etkide bulunmak veya hukuk düzenini savunmak bakımından bu cezaya mahkumiyeti zorunlu kılan fiile veya failin kişiliğine ilişkin özel durumlar varsa, özel nitelikleri kıldığı takdirde hükmedebilmektedir. Bu koşullar bulunmadığı takdirde hapis cezasına değil, para cezasına hükmetme olanağı söz konusudur. Avusturya Ceza Kanunu m. 37’de, 5 yıla kadar hapis cezasını gerektiren suçlar için para cezaları lehine biçimsel bir öncelik koşulu öngörülmektedir. Buna göre, suçun beş yıldan daha fazla hapis cezasını gerektirmemesi durumunda, 6 aya kadar hapis cezasına, ancak genel veya özel önleme nedenleri bunu zorunlu kılıyorsa, hükmedilebilmektedir. Benzer yöndeki düzenlemeler, Portekiz CK m. 43 ve Polonya CK m. 54/1’de de görülmektedir. Kısa süreli hapis cezalarını sınırlandırma amacını güden bir suç politikası anlayışı Hollanda, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’nde bulunmaktadır (Öztürk ve Erdem, 2005).

1.3. Zorunlu Madde Tedavisi ve Tarihsel Gelişimi

Zorunlu müdahaleler, akıl hastalığı veya madde kötüye kullanımı ile ilgili tedaviye ihtiyaç duyan ama tedaviyi kabul etmeyen ya da tedavi kurallarına uymayan kişileri tedaviye bağlamak için kullanılan stratejilerdir. Kişinin tedavi olmayı veya tedavinin şartlarını ret ettiği durumlarda tercih ve özgürlüğü elinden alınmaktadır (Mueser, Noordsy, Drake ve Fox, 2003).

Zorunlu müdahale ve tedaviler bireyin özdenetimini ve motivasyonunu azaltmaktadır. Motivasyon ve özdenetim tedavide geliştirilmesi amaçlanan kuvvetler olduğundan, söz konusu stratejiler dikkat ve özenle uygulanmalıdır.

Zorunlu müdahaleler sıklıkla madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı tedavisinde uygulanmaktadır. Aslında, çoğu madde tedavisi zorunlu olarak yapılmaktadır. Birçok kullanıcı aile üyeleri, işverenler, mahkeme veya polis tarafından tedaviye zorlanmaktadır. Örneğin, şiddet bulunmayan bir suçtan tutuklanan bir kişi hakkında mahkeme ayaktan veya yatarak madde tedavisine karar verebilir.

Klinik ortamda zorunlu tedaviler genellikle mahkeme kararı ile yönlendirilen kişilere uygulanmaktadır. Önerilen zorunlu tedavi zararlı davranışları azaltmak gibi olumlu sonuçlar doğurabilmektedir. Müdahalenin aynı zamanda kişinin gelişen motivasyon ve özdenetimi üzerinde olumlu veya olumsuz etkileri olabilmektedir. Zorunlu tedavi uygulanmasıyla ilgili karar, üç sorunun göz önüne alınmasını gerektirir: Zararı önlemek için zorunlu tedavi gerekli midir? Zorunlu tedavi kişinin iyileşmeyle ilgili motivasyonu ve kararlılığını nasıl etkilemektedir? Zorunlu tedavi kişinin özdenetimini nasıl etkilemektedir? Her bir soru zorunlu müdahalelerin, tedavinin farklı amaçları üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. İlk soru, güvenliği temin etmek gibi toplumsal amacı ifade etmektedir. İkinci soru, iyileştirmek için motivasyon ve kararlılığı geliştirmek gibi ruh sağlığı ve madde tedavisine özgü amacı yansıtmaktadır. Üçüncü soru ise özdenetimi geliştirmede kişilere yardım etmek gibi

iyileşme-odaklı tedavilerde özellikle önemli olan amacı ifade etmektedir (Mueser, Noordsy, Drake ve Fox, 2003).

Zorunlu müdahaleler ilk olarak Amerika'da gelişmeye başlamıştır. 1914 yılında kabul edilen Harrison Kanunu ile yasa düzenleyiciler tedavi protokolü için çağrıda bulunmuşlardır. Zorunlu tedaviler toplum ve madde kullanıcıları için bir tehdit oluşturduğuna inanılan kronik davranışların ortadan kaldırılmasına yönelik yasal çare ihtiyacı ile ortaya çıkmıştır. Zorunlu müdahaleler ceza sistemine dahil olanların yanı sıra suç işlememiş ancak davranışlarını kontrol edemeyen kişilere de uygulanmaktadır. Zorunlu tedavi, esas itibariyle, kendi başına ihtiyacı olan hizmetleri alamayan veya almak istemeyen kişilere uygulanan tedavi biçimidir. Son 25 yıl boyunca, zorunlu tedavi süreci, tedavinin yararı, kişi tarafından hissedilen zorlamanın doğası ve özgürlükleri ihlal edilmiş bu kişilere yönelik yasal korumanın yeterliliği hakkında devam eden tartışmaları harekete geçirmiştir (Taxman ve Messina, 2002).

Zorunlu tedavi, ulusal uyuşturucu madde politikasının Harry Aslinger tarafından yapılandırıldığı dönemde ortaya çıkmıştır. Uyuşturucu tüketimini azaltmak ve kullanımı cezalandırmak için ülkenin gücünü kullanmanın üzerinde önemle durulmuştur. Yasal olmayan madde kullanımının yol açtığı madde kullanım bozukluklarının da yasadışı olarak tanımlanması bu yaklaşımının bir sonucudur. 1914 yılında kabul edilen Harrison Kanunu, yasadışı madde kullanma ile ilgili davranışların suç sayılması ve bağımlıları cezalandırma eğilimini kapsayan yasal çareleri başlatmıştır. Bu çalışmaların odağında ülkenin yürütme gücünü yükseltmek olmasına karşın, yasa uygulayıcıları örneğin polis teşkilatının narkotik bölümü sertifikalı bağımlıların hapsedilmesine alternatif olarak tedavi sağlayacak bir programı önermiştir (Lindblad, 1988; Inicardi, 1988).

Zorunlu tedavi programlarının ilk versiyonu Amerikan Kamu Sağlığı sistemi tarafından 1930'lı yıllarda idare edilen uyuşturucu madde tedavi çiftlikleridir. Söz konusu

çiftlikler suç işleyenlerin yanı sıra gönüllü eroin bağımlılarını kabul etmekteydi. Ancak bu merkezlerin bazı temel tasarım hatalarından kaynaklanan kısıtlı başarıları olmuştur. Örneğin, program gönüllü hastaların belli bir iyileşme aşamasına ulaşana kadar tedavide tutacak mekanizmalardan yoksundu veya bağımlı çiftlikten ayrıldıktan sonra gerekli olan tedavi sonrası izleme ve destek hizmetlerini sağlayamıyordu. Bu programlar bazı değişikliklerle geliştirilebilecek kapasiteye sahip olmalarına rağmen başarısızlık örneği olarak gösterildi. Yapılabilecek değişiklikler arasında, gönüllü katılımcılar da dahil olmak üzere minimum zorunlu kalış süresinin belirlenmesi, program tamamlandıktan sonra yakın ve etkili gözetleme ve denetleme, çiftlikteki yaşam koşullarının toplumun diğer kesimleriyle uyumlu hale getirilmesi ve tedavi sonrası denetlemede yasadışı davranışların tekrarı ihtimaline karşı zorlamalı uygulamaların önemini vurgulama bulunmaktadır (Taxman ve Messina, 2002).

Yaklaşık otuz yıl sonra, 1960'lı yılların başlarında eroin bağımlılarının sayısındaki artış sonucunda, Kaliforniya Eyaleti madde kullanıcıları için zorunlu tedavi programlarını yeniden oluşturmuştur. 1960'lı yıllardaki programlar uyuşturucu madde tedavi çiftlikleri deneyimi sonucu motivasyonu düşük ve isteksiz bağımlı nüfusun kompulsif davranışlarına yönelik geliştirilmiştir. Bu programlar, tutuklanan ve ceza sistemi tarafından yönlendirilen bağımlılar da dahil olmak üzere her türlü bağımlıya hizmet veriyordu. Daha da önemlisi, zorunlu tedavi süreci suça karışmamış istekli ve tedaviye gönüllü bağımlıları ve yakınları veya kendi kendine zarar verdiğini ya da toplum için tehlike oluşturduğunu düşünen yöneticiler tarafından tedaviye gönülsüz yönlendirilen bağımlıları kabul etmekteydi.

Bir sonraki zorunlu tedavi programları tedavi süresi ve toplum içinde gözetim üzerinde durmaktaydı. İlk program 1961 yılında Kaliforniya'da bağımlının suç işleyip işlememesine bakılmaksızın yedi yıllık bir kurumsal süre için başlatılmıştır. Narkotik Bağımlılığını Kontrol Komisyonu (The Narcotic Addiction Control Commission) 1966 yılında New York'da kurulmuştur ve bağımlıların üç-beş yıllık bir süre için yasal olarak

kayıt altına alınmış olmaları şartı aranmıştır. Federal Narkotik Bağımlılığı Rehabilitasyon Kanunu (The Federal Narcotics Addict Rehabilitation Act) 1966 yılında kabul edildi. Bu kanun bağımlılar için zorunlu tedaviyi ve tedavi sonrası bakım ve denetlemeyi sağlamıştır. Yasal statü (örneğin yönlendirilmiş, mahkum edilmiş veya gönüllü başvuru) minimum kalış süresini etkilememiştir (Taxman ve Messina, 2002).

Bilim adamları müdahalenin tedaviye yönelik mahiyetini etkileyen pek çok prosedürle ilgili hususları açığa çıkarmışlardır. David Wexler, kanun, kurallar, prosedür ve avukatların rolleri, hakimler ve yasal danışmanların bireyde zihinsel yeniden yapılanmayı mı (örneğin, bireyi problem davranışının doğasını anlaması için teşvik etmek) yoksa davranışı reddetme veya önemsiz görmeyi mi vurguladıklarını irdelemiştir.

Pazarlık politikası ve açık mahkumiyet senaryoları ikinci amaca hizmet etmektedir. Buna karşın bireyin tüm davranışlarını açığa çıkaran ve onun bu davranıştaki rolünü belirleyen tüm yasal süreçler tedavi amaçlıdır. Benzer şekilde, bireyi görüşmelere ve tedavi programlarının belirlenmesi sürecine dahil etmenin olumlu sonuçlar getirdiği görülmüştür. Gözetim altında salıvermenin bir parçası olan davranışsal kontrat süreci, bireyi sorunlu davranışın, ve bazı başarıları elde etmek için gerekli sürenin tanımlanmasına katılımını sağlamaktadır. Diğer taraftan, bu işlem uyumu çoğaltmaktadır çünkü sorunlu davranışa hitap etmede gerekli olan içsel ve dışsal motivasyonu ortaya çıkarmaktadır (Wexler, 1996; Taxman, Soule ve Gelb, 1999).

Tarihsel olarak, zorunlu tedavi programları ceza sistemi temelli tedavi modelleri ile eşanlamli sayılmaktaydı. Bu programlar, 1970 yılından önce çeşitli yasal statüdeki (özel programlara yönlendirilmiş suçlular, hüküm giymiş suçlular, vb.), tedaviye gönüllü olan ve tedaviyi isteksiz kabul eden bağımlılar için tanımlanmaktaydı. Bu programlar 1980'li yıllardan beri ceza sistemine dahil olmamış gönüllü ve gönülsüz uyuşturucu madde bağımlılarının tedavisine yönelik uygulamalar üzerine yoğunlaşmaktadır. Ayrıca söz konusu

programların yararlarını ve etkili olup olmadıklarını inceleyen az sayıda çalışma yapılmıştır. “Uyuşturucu ile savaş” akımının yükselişi ve ceza sisteminin yaygın olarak kullanılmaya başlanması ile söz konusu programlarının resmi uygulaması seyrekleşmiştir (Hafesmeister ve Amirshahi, 1992). Ceza sisteminin uygulanmasıyla uyuşturucu madde kullanan kişilerin tutuklanması, mahkum edilip cezaevine gönderilmesi artmıştır. Altı milyon yetişkinin ceza sisteminin kontrolü altına alınması ile sosyal kontrolün sağlanması amaçlanmıştır (Amerika Birleşik Devletleri Adalet Bakanlığı, 2000). Ceza sistemine dahil olan uyuşturucu madde suçlularının tedaviye gereksinim duyduklarına yönelik anlayış tutuklamalardaki artış ile orantılı bir şekilde yaygınlaşmıştır (Taxman, 1998). Bu dönemde, şartlı salıverme, uyuşturucu tedavi mahkemeleri, cezaevinde tedavi gibi farklı uygulamalarla denemeler yapılmıştır.

Zorlama (coercion) kavramı, ceza sisteminin çeşitli aşamalarında değişik ağırlık derecesindeki bir dizi seçeneği yansıtmakla birlikte, daha geniş anlamda, tedaviye gönülsüz katılan bağımlılara yönelik olarak kullanılmaktadır. Örneğin ceza sistemine dahil olan bir bağımlı için zorlamalı tedavi, denetimli kontrol veya şartlı salıverme, uyuşturucu mahkemesinin hakiminin tedavi veya cezaevi tercihini sunması ya da hakim mahkeme emri olarak denetimli kontrol veya cezaevinde tedavi kararı vermesi gibi farklı yaptırımları içermektedir. Ceza sistemine dahil olmayan bir bağımlı için zorlama, sosyal kurumlar (sosyal yardım, sağlık, işverenler, vb.) ve destek mekanizmaları (eş, aile, vb.) tarafından yapılan baskıların sonucu bireyin tedaviye gönülsüz katılmasını ifade etmektedir. Tedavi programlarını inceleyen geniş ölçekli bir araştırmada, hastaları tedaviye yönlendiren birincil kaynakların % 47’sinin aile ve arkadaşlar, % 33’ünün ceza sistemi, % 10’unun sosyal danışmanlık kurumları, % 5’inin sağlık sistemi ve % 5’inin ise değişik kaynaklar olduğu bulunmuştur (Farabee, Prendergast ve Anglin 1998).

1975 yılından sonra, zorunlu tedavi programlarının yerini, ayaktan metadon tedavisi, terapötik toplulukları ve Sokak Suçlarına Tedavi Alternatifleri (Treatment Alternatives to Street Crime) projesine benzer ceza sisteminin yönlendirdiği toplum temelli tedavi programları almıştır. Madde Kötüye Kullanımı Ulusal Enstitüsü (National Institute on Drug Abuse) 1960'lı yılların sonundan itibaren toplum temelli tedavi programları ile ilgili geniş ölçekli üç araştırmaya sponsor olmaktadır: 1969-1972 yılları arasında "Madde Kötüye Kullanımı Bildirim Programı" (Drug Abuse Reporting Program / DARP), 1979-1981 yılları arasında "Tedavi Sonucunu Değerlendirme Çalışmaları" (Treatment Outcome Prospective Studies / TOPS) ve 1990-1995 yılları arasında "Madde Kötüye Kullanımı Tedavi Sonucu Çalışmaları" (Drug Abuse Treatment Outcome Studies / DATOS). Bu çalışmaların her birinde, danışmanlık hizmetleri, kısa süreli yatarak tedavi, terapötik toplulukları ve metadon tedavisi olmak üzere dört halk sağlığı tedavi programına katılan bağımlıların tedavi sonuçları ayrıntılı olarak incelenmektedir. Bu çalışmalar ceza sistemine dahil olan ve olmayan bağımlıları ayrı ayrı incelemektedir. Çalışma sonuçları, tedavide kalma süresi, madde kullanımının ve tutuklanmaların azalmasıyla ilgili olarak ceza sistemiyle tedaviye yönlendirilenlerin sisteme dahil olmayanlarla benzer sonuçlar veya biraz daha iyi sonuçlar elde ettiklerini göstermiştir (Taxman ve Messina, 2002).

Yasal zorlamanın etkisini ilk araştıranlardan McGlothlin (1979), değişik tedavi programlarındaki yasal olarak tedaviye yönlendirilen kişilerin tedavi sonuçlarıyla ilgili bir dizi çalışma yapmıştır. Araştırmalarında, ağırlıklı olarak metadon tedavisi ve terapötik topluluklarını incelemiştir. Yasal olarak tedaviye yönlendirilen kişiler, genellikle denetimli kontrole tabi tutulan veya şartlı salıverilen ya da mahkeme kararı ile tedaviye yönlendirilen bağımlılardır. McGlothlin tedavi programlarının türüne göre, zorunlu tedavi gören kişilerle gönüllü katılanlar arasında bazı farklılıklar saptamıştır. Araştırmacı, metadon tedavisine katılan ve zorunlu tedavi gören kişilerin tedavide kalma sürelerinin gönüllü katılanlarla

benzer olduğunu, ancak denetimli kontrol altındaki yaşı büyük hastaların tedaviye daha kısa süre devam ettiklerini bulmuştur.

Toplum temelli tedavi hizmetleri, her türlü madde bağımlıları için oluşturulmuş en yaygın tedavi programlarından birisidir (De Leon, Melnick, Schoket ve Jainchill 1993; Taxman ve Bouffard, 2000). De Leon (1988) tedavide kalma ve tedavi sonuçları üzerinde yasal sevk etkisini değerlendirmek için terapötik toplulukları ile ilgili yapılmış çalışmaları incelemiştir. Yasal sevk genellikle madde kullananları bir tedavi seçeneğine yönlendiren denetimli kontrol, şartlı salıverme, mahkeme kararı ve mahkumiyet şartlarını ifade etmektedir. De Leon incelemeleri sonucunda yasal yoldan sevk edilenler ve edilmeyenlerin tedavi sonuçları arasında çok az bir fark olduğunu görmüştür.

Farabee ve diğer. (1998) zorlamalı tedavinin etkinliğini araştıran çeşitli çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Araştırmacılar zorlayıcı önlemlerin kullanılmasının suçluların tedavide daha uzun süre kalmalarına yol açtığını bulmuşlardır.

Tedaviye erken başlanmasının pozitif tedavi sonuçlarıyla bağlantılı olduğu görülmektedir (DeLeon ve Jainchill, 1986). Birçok çalışma tedaviye katılma ve tedaviyi tamamlama oranlarının yasal olarak tedaviye yönlendirilen ve gönüllü hastalarda benzer olduğunu göstermektedir. Ayrıca, metadon tedavisi ile ilgili yapılmış iki çalışmada, zorunlu olarak tedavi gören hastaların madde kullanımı ve suç işleme sıklığının tedavi sırasında ve sonrasında anlamlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır. Güvenli Toplum için Tedavi Alternatifleri Projesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, uzun süredir eroin bağımlısı yetişkin hastaların, metadon tedavisine kıyasla, uyuşturucudan arınmış (drug-free) tedavi programından daha fazla yararlandıkları (örneğin tutuklanma ve madde kullanım oranlarının düşmesi) görülmüştür (Taxman ve Messina, 2002).

Madde kullanan kişiler tedaviye, yasal, ailevi, mesleki veya tıbbi baskıların yanı sıra bağımlılıklarına ve bununla bağlantılı davranışlara son verme arzusu gibi pek çok farklı

nedenle başlamaktadır (DeLeon, 1988; Farabee ve diğer., 1998). Tedavinin gerektirdiği şartlara uymada başarısız olmanın sonuçları da tedaviye başlama nedenleri gibi farklılık göstermektedir. Miller ve Flaherty (2000) ceza sistemine dahil olan ve olmayan hastalar için zorunlu madde bağımlılığı tedavisi ile ilgili çalışmalarını gözden geçirmiş ve alternatif tedavi programlarına katılmanın sonuçlarını irdelemişlerdir. Çalışmaları sonucunda mahkum edilmiş yasadışı madde kullananlar için zorunlu tedavinin olumlu sonuçlar verdiğini görmüşlerdir. Tedavi programlarının şartlarına uyan suçluların psikososyal statülerinde gelişme gözlenmekle birlikte kriminal aktivitede azalma saptanmıştır. Zorunlu tedavi gören katılımcılar tedaviye zorlanmayanlara benzer şekilde şartlara uyum sağlamışlardır. Nitekim, Güvenli Toplum İçin Tedavi Alternatifleri Projesinin değerlendirilmesinde yasal baskı ile metadon tedavisindeki hastaların tedavide kalma ve tedavi süresince denetim şartlarına uyum göstermeleri arasında ilişki olduğu görülmüştür (Miller ve Flaherty, 2000).

Zorunlu tedavi günümüzde İngiltere, Amerika, Çin, Hollanda, Yeni Zelanda, İtalya, Almanya, Kanada ve İspanya gibi dünyanın birçok ülkesinde uygulanmaktadır. Ancak, zorunlu madde tedavisinde uygulanış biçimi, yasal zorlamanın seviyesi, ve hedeflenen suçlu tipi gibi yönlerden ülkelerarasında farklılık gözlenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde zorunlu tedavinin odak noktasını uyuşturucu madde suçluları oluştururken, İngiltere ve Hollanda'da uyuşturucu madde dışında başka türde suçlar işlemiş kişiler de hedef alınmaktadır. Avrupa'da mahkemeler tedavi şartı ile hapis cezası kararı verebilmektedir. Avusturya, Almanya ve Hollanda'nın dışındaki birçok Avrupa ülkesi suçlunun tedaviye başlamak için rızasını aramaktadır (Stevens ve diğer., 2005).

Yeni Zelanda ve İsveç'te zorunlu tedavi yasası yürürlüktedir. Yeni Zelanda'da 1966 yılında kabul edilen Alkolizm ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Kanunu (Alcoholism and Drug Addiction Act) ile kullanma dışında başka suç işlemeyenler iki yıla kadar zorunlu tedavi görmektedirler. Bu kanunla yılda yaklaşık iki yüz kişi hakkında işlem yapılmaktadır

(New South Wales Standing Committee on Social Issues, 2004). İsveç'in 1988 tarihli Alkoliklerin, Madde Kötüye Kullananların ve Uçucu Madde Kötüye Kullananların Bakımı (Care of Alcoholics, Drug Abusers and Abusers of Volatile Solvents) ile ilgili yasa madde kullananlarının LVM evleri adıyla bilinen bakım enstitülerinde altı aya kadar veya amaçlanan bakım ve iyileşme seviyesine ulaşılan kadar kalmalarını sağlamaktadır. LVM evlerinde uygulanan zorunlu bakımın amacı tedaviden çok kişileri gönüllü olarak bağımlılık tedavisine başlamayı kabul etmeleri yönünde motive etmektir (European Committee for the Prevention of Torture and Unhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2003).

Madde bağımlılığı tedavisinin madde kullanımı ve suçun azalması ve sağlık ve iş veriminin yükselmesi yönünde etkili olduğunu belirten çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Prendergast, Podus, Chang ve Urada, 2002). Tedavinin olumlu sonuçları, Amerika'da gerçekleştirilen Madde Kötüye Kullanımı Tedavi Sonucu Çalışmaları (Drug Abuse Treatment Outcome Studies / DATOS) ve İngiltere'de yapılan Ulusal Tedavi Sonuçları Araştırması Çalışması (National Treatment Outcomes Research Study / NTORS) gibi geniş ölçekli çalışmalarla da gösterilmiştir (Simpson, Joe ve Broome, 2002).

Avrupa'daki araştırmalar, terapötik toplulukları ve ayaktan tedavi programlarının zarar azaltma yönünden etkileri üzerine yoğunlaşmaktadır. Fransa, Hollanda ve İsveç'te yapılan çalışmalar metadon programlarının suç, ölüm ve bulaşıcı hastalıkların oranlarını azalttığını doğrulamaktadır (Facy, 1996). İtalya'da gerçekleştirilen çalışmalardan birinde, ilaç tedavisinin yanı sıra psikososyal danışmanlık hizmetlerinin sunulduğu durumlarda olumlu sonuçların daha da arttığı görülmektedir. Buna karşın, Almanya'daki bir araştırma, diğer tedavi yöntemlerine kıyasla metadon programlarında tedavi sonrası relaps ve ömür boyu suç işleme riskinin daha fazla olduğunu ileri sürmektedir (Stevens ve diğer., 2003).

Birçok çalışma tedavinin içeriği ve uygulanış biçiminin tedavi sonuçlarını etkilediğini göstermektedir. Yüksek program bütünlüğü, programın değerlendirilmesi, birkaç

ay süren programlar, uzman/hasta oranının yüksek olması, motivasyon artırıcı terapi, kognitif-davranışçı yaklaşımlar, çok sayıda grup terapi oturumları ve tedavi sonrası bakım tedavinin başarısını etkileyen önemli faktörlerdir (Prendergast, Podus ve Chang, 2000).

Madde bağımlılığı birçok biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörden etkilenen kronik ve tekrar eden bir bozukluktur. Bu faktörleri göz önünde bulunduran tedavi programı çeşitli süreçleri içermektedir. Genel olarak tedavi planı oluşturulurken şu hizmetlerin verilmesi beklenmektedir: 1) Görüntüleme ve değerlendirme- tıbbi, psikiyatrik ve madde kötüye kullanımı, 2) detoksifikasyon, 3) tıbbi değerlendirme- hamilelik testi, AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanısı ve tedavisi, 4) tıbbi tedavi, 5) tedavi planı- tıbbi, psikiyatrik ve madde kötüye kullanımı, 6) danışmanlık ve terapi- grup, bireysel, aile ve çift, 7) yatarak tedavi, 8) madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı hakkında eğitim- öğretici dersler, etkileşim grupları, videolar, konuyla ilgili okuma ve yazma alıştırmaları, 9) relaps önleme hizmetleri, 10) kriz müdahale, 11) madde testi ve denetimi, 12) kendi-kendine eğitim ve destek grupları, 13) AIDS eğitimi, testi ve danışmanlığı, 14) akıl sağlığı hizmetleri- gerekli görüldüğünde ilaç tedavisi ve 15) madde bağımlısı ve ailesi için sosyal ve diğer destek hizmetleri (CSAT, 2005).

Yasal olarak madde bağımlılığı tedavisine yönlendirilmiş ve toplum içinde denetimleri yapılan kişilerin sayısının fazla olması bu hizmetlerin tümünün verilmesini zorlaştırmaktadır. Toplum içinde denetim ve tedavileri yapılan kişiler genellikle ayaktan tedavi ve danışmanlık hizmetleri almaktadırlar. Kısa süreli müdahaleler tedavi alternatifleri arasında ön plana çıkmaktadır. Danışman bu tür bir müdahale sürecinde “FRAMES” yaklaşımı veya diğer motivasyon artırıcı görüşme tekniklerini kullanabilmektedir (CSAT, 2005). Örneğin:

- Geribildirim (Feedback): Kişiyi madde kullanımıyla ilgili riskler hakkında geribildirimde bulunmak.

- Sorumluluk (Responsibility): Kişiyi değişim için sorumluluk bilincini aşmak.
- Tavsiye (Advice): Danışmanın kişinin değişmesi için tavsiyelerde bulunması.
- Menü (Menu): Kişiyi kendine-yardım ve tedavi alternatiflerinin sunulması.
- Empati (Empathy): Danışmanın madde kullanan kişiye empatik bir şekilde yaklaşması.
- Yetkinlik Gücü (Self-Efficacy): Madde kullanan kişinin yetkinlik gücünün artırılmasına yönelik çalışmalar.

Yasal olarak tedaviye yönlendirilmiş kişilerin tedavilerinde yaygın olarak izlenen bir başka yöntem de ayıklık için güdülemedir (contingency management treatment). Ayıklık için güdüleme tedavileri basit bir davranışçı prensip üzerine odaklanmaktadır- eğer bir davranış pekiştirilirse veya ödüllendirilirse, bu davranışın gelecekte ortaya çıkma olasılığı artacaktır. Madde bağımlılığı tedavisinde, maddeden uzak bir yaşam biçimiyle tutarlı diğer davranışların yanı sıra ayıklık bu davranışçı prensipler kullanılarak pekiştirilebilmektedir.

Ayıklık için güdüleme programları davranış modifikasyonu prensiplerine dayanmakta ve davranışçı yaklaşımın bazı temel ilkelerini merkez almaktadır. İlk olarak, hedeflenen davranış (örneğin ayık kalmak) tespit edilebilecek şekilde çevre yeniden düzenlenmektedir. Tedavinin bu yönü, haftada iki veya üç defa idrar testi yapılması gibi objektif değerlendirmeyi içermektedir. İkinci olarak, somut pekiştireçler hedeflenen davranış ortaya çıktığı her seferinde verilmektedir. Bu pekiştireçler çoğunlukla jeton, klinik imtiyaz veya perakende mallarla veya servislerle değiştirilebilen kuponları içermektedir. Örneğin, uzun süre madde kullanmayan ve temiz kalan kişilere yemek kuponu, kalacak yer, giyecek ve para vermek veya fazladan metadon eve götürmelerine izin vermek gibi ödüllerle bu kişilerin ayıklıklarının devamının sağlanacağı amaçlanmaktadır. Hedeflenen davranış ortaya çıkmadığında, kişi ödül alamamaktadır (Petry ve Simcic, 2002).

Ancak ödülleri elde etmeyle bağlantılı olan zaman ve para, madde tedavisi uygulayan sağlık kuruluşlarının kaynaklarının üstünde olabilmektedir. Masrafları düşürmek için sağlık kuruluşları parasal ve parasal olmayan ödülleri göz önüne alabilmekte (örneğin, bir hafta boyunca park yeri tahsis edilmesi veya metadon tedavisinin bekleme sırasında öncelik tanınması) veya bağışlardan elde edilen ödülleri verebilmektedirler (Amass, 1997; Petry ve Simcic, 2002'den naklen). Bununla beraber, ödüllerin miktarı veya değeri çok az olduğunda veya mevcut ödüller madde tedavisi gören kişilerce çekici bulunmadığında, prosedür istenilen etkiyi yaratamamaktadır (Petry ve Simcic, 2002).

Ödül ve ceza yöntemi ile yasal olarak madde tedavisine yönlendirilen ve toplum içinde denetimleri yapılan kişilerin tedavinin kurallarına uymaları ve ayık kalmaları amaçlanmaktadır. Ancak madde tedavisi gören kişileri motive etmek için pozitif pekiştirme ceza yönteminden daha önemli olmaktadır (Gendreau, 1995). Tedavi sürecinde görev alan uzmanların, bu kişilerin manipülatif başa çıkma stratejileri ve suçlu düşünme tarzları ile sürekli ilgilenmek durumunda kaldıkları için kolaylıkla negatif davranışlara odaklanıp ceza yöntemini kullanabilmektedirler. Pozitif pekiştirme cezaya göre davranışı değiştirmede daha etkilidir. Kullanılan ödüller arasında gözetimin derecesinin azaltılması, diğer hizmetlerden yararlanılması (örneğin, meslek eğitimi ve kalacak yer bulunması gibi), tedavi grubunda yüksek statü ve diğer simgesel ödüller (jeton veya kupon) bulunmaktadır. İstenilen davranışın pekiştirilmesinde dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli nokta ödüllerin yanı sıra, tedavi gören kişileri motive edecek yeni yöntemler geliştirmektir. Dışsal motivasyon kişisel değişimi başlatmada önemli rol oynamaktadır (CSAT, 2005).

Amerika'da hakimler ve savcılar tedavi kurallarına uymayan kişilere yasal yaptırım uygulamanın olumlu etkileri olduğunu görerek ceza verme sistemini benimsemişlerdir. Yasal yaptırımlar, kişinin davranışlarının sorumluluğunu alması üzerine odaklanan bir dizi ölçümü içermektedir. Söz konusu sorumluluk kademeli yaptırımlar yoluyla elde edilmektedir.

Örneğin, yasal olarak ayaktan tedaviye yönlendirilen bir kişi haftada üç defa idrar testi yaptırmaktadır. Testin ilk defa pozitif çıkmasında, kişinin relapsa neden olan faktörlerin ortaya çıkartılmasına yardımcı olacak terapi grubuna katılması sağlanabilmekte veya daha sık test yaptırması istenebilmektedir. Eğer testler pozitif çıkmaya devam ederse, kişi yatarak tedavi gibi daha yoğun bir tedavi programına yönlendirilmektedir. Öte yandan eğer kişi suçlu bulunup, tedaviye başlaması amacıyla hapis cezası ertelenmişse, tedavi kurallarına uymamanın karşılığında söz konusu hapis cezası uygulanmaktadır. Bu noktada motive edici yaklaşıma göre, tedavi programına katılan diğer kişilerin tedavi kurallarına uyulmadığında başlarına ne geleceğini görmeleri önemlidir (CSAT, 2005). Araştırmacılar davranışın tek başına ceza ile değişmeyeceğini belirtmekte ve hedeflenen davranış (ayık kalmak) ortaya çıktığında kişiyi motive edecek ödüllerin verilmesinin önemi üzerinde durmaktadırlar (Marlowe ve Kirby, 1995).

Birçok araştırma ayıklık için güdüleme yöntemini uygulayan tedavi programlarının olumlu sonuçlar elde ettiklerini göstermektedir. Higgins ve diğer. (1993) ayaktan tedavi gören kokain bağımlılarını rasgele 12-adım programına veya ayıklık için güdüleme yönteminin kullanıldığı davranışçı terapiye yönlendirmişlerdir. Araştırma sonunda, ayıklık için güdüleme tedavisine katılanların 12-adım programına katılanlardan anlamlı olarak daha uzun süre tedavide kaldıkları bulunmuştur (Petry, 2002'den naklen). Bir başka araştırmada Higgins ve diğer. (1994) davranışçı terapi ve negatif idrar testi karşılığında kupon kazanmanın tedavi sonucu üzerindeki etkilerini irdemişlerdir. Çalışmada davranışçı terapi uygulanan katılımcıların bir kısmına ayık kaldıklarında kupon verilmiş, diğerlerine ise ayık kaldıklarında kupon verilmemiştir. Kupon verilen grubun dörtte üçü tedaviyi başarı ile tamamlamışlardır. Öte yandan kupon verilmeyen katılımcıların ancak % 40'ı tedaviyi başarıyla tamamlamışlardır (Petry, 2002'den naklen). Kuponların etkisini daha da yalıtılmak için, Higgins ve diğer. (2000) negatif idrar testi sonucunda kupon kazanan ve idrar testi

sonucu göz önüne alınmadan kupon verilen kokain bağımlılarının tedavideki başarılarını karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda, negatif idrar testi ile kupon kazananların tedavi sürecinde diğer gruba göre daha uzun süre temiz kaldıkları bulunmuştur (Petry, 2002'den naklen).

1.4. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Başarıyı Öngören Faktörler

1.4.1. Kişisel Faktörler

Kişilik Özellikleri: Tedavi sonucunu etkileyen bireysel özelliklerden birisi özdeğerlilikdir. Steffenhagen (1980) özdeğerlilik kavramının madde kötüye kullanımı ile ilgili teorisinin yapı taşı olduğunu belirtmektedir. Steffenhagen'a (1980) göre özdeğerlilik sosyalleşme süreci boyunca yavaş yavaş gelişmektedir. Yazar, özdeğerliliğin gelişiminde sosyal baskıların önemli rol oynadığını ileri sürmektedir.

Adler, insanı uyum yeteneği olan, insanlığın yücelmesi için yaratıcı ve yapıcı çabalar gösteren bir varlık olarak tanımlar. Öznel yaşantılar insanın bedeni içinde gelişir ve bunların belirleyicileri, kişinin değer yargıları, tutumları ilgi alanları ve düşünce biçimleridir.

Davranışlar çevredeki gerçek olaylardan çok, bireyin onları görüş biçimi ve yorumlamasından etkilenir. Adler'e göre, insanın davranışları ancak toplumsal içeriği ile incelenebilir. Kişide bir bedensel kusur varsa, kişinin bunu nasıl karşıladığı, yaşamını nasıl etkilediği önemlidir. İnsanın varoluşunda yetersizlik duygusu vardır, bu normaldir ve davranışları güdüleyen bir güçtür. Kişi amaçlarına ulaşmak için yetersizlik duygularıyla mücadele etmesini öğrenmelidir (Adler, A., çev., 2000). Amaçlara ulaşmak için gayret etmek ve amaca erişmekle ilgili algı kavramları özdeğerlilik açısından madde kötüye kullanımı teorisinin önemli parçalarıdır. Ayrıca bu iki kavram kültürel amaçlara ulaşmayı da içeren daha sosyal temelli teorilerle bağdaşmaktadır. Örneğin, alt-kültüre mensup bir birey bazı fırsatları baskın kültürün belirlemiş olduğu yasal yollardan değerlendiremeyeceğini algıladığında, ya söz konusu amaçlara bağlılığında ya da yasal yolların kullanılmasında

(anomi) azalma meydana gelecektir (Merton, 1957). Buradaki bağıllığın azalması özdeğerliliğin korunmasına yönelik bir girişim olarak yorumlanabilmektedir. Bununla birlikte, yasal yolların kullanılmasına yönelik bağıllığın azalması özdeğerliliği yasadışı yollardan kazanmaya kalkışmakla sonuçlanabilmektedir.

Steffenhagen (1980) yüksek özdeğerliliğin gelişiminin diğer birçok psikolojik kavramla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Bunların arasında, aşağılık duygusu ve sosyal ilgi ve başkalarına karşı merak ve alaka bulunmaktadır. Steffenhagen aşağılık duygusu ve sosyal ilginin yanı sıra özdeğerlilik teorisinin üçüncü unsuru olarak amacın algılanışını göstermiştir. Güvensizlik ve düşük özdeğer, madde kullanımıyla ilgili ulaşılamayacak amaçların ifade edilmesi ve bununla ilgili teminatların geliştirilmesi ile sonuçlanabilmektedir.

Keyif alma ve öfori bağımlılığı açıklayan faktörler arasında gösterilmektedir. Psikolojik temelli özdeğerlilik kavramından farklı olarak, Bejerot (1980) zevk alma kavramını biyolojik orijinli faktör olarak tanımlamakta ve zevk almaya karşı bağımlılık duygusunun kendini koruma içgüdüsünden daha kuvvetli olabileceğini ileri sürmektedir. Bir başka ifadeyle, zevk duygusu nedeniyle bağımlılık bir süre sonra en önemli etken haline gelmekte ve başka nedenlerle madde kullanmaya başlayan bağımlı bir kişi başlamasına yol açan bu faktörleri ortadan kaldırırsa bile bağımlılığı zevk almak amacıyla devam edebilecektir.

Birçok araştırma uyuşturucu madde kullanımıyla kaygının azaldığı ve bağımlılıkta önemli bir etken olduğunu ileri sürmektedir (Ausubel, 1980; Wikler, 1980). Sorunları unutmak için madde kullanmak oldukça sık ifade edilmektedir. Kaygının azalması özdeğerlilik kavramı ile yakından ilişkili olabilmekte ve bağımlılık durumunda özdeğerliliğin davranışsal bir göstergesi gibi algılanabilmektedir.

Heyecan arayışı kişilik özelliği olarak, bağımlıların macera, heyecan ve değişmiş bilinç durumlarını yaşama eğilimlerini ifade etmek için kullanılmaktadır. Birçok çalışma uyuşturucu madde bağımlılarının yüksek oranda heyecan arayışı özelliğine sahip olduklarını göstermektedir (Galigio ve Stein, 1983). Zuckerman (1979) öğrencilerle yapmış olduğu çalışmasında heyecan arayışı özelliği yüksek olanların her türlü maddeyi esrardan başlayarak düşük olanlara kıyasla daha kolay kullanabileceklerini bulmuştur. Galizio ve Rosenthal (1983) benzer şekilde üniversite öğrencileriyle yaptıkları araştırmada heyecan arayışı ve madde kötüye kullanımı arasında anlamlı ilişki saptamışlardır. Khavari, Mabry ve Humes (1977) kadın ve erkek sendika çalışanı ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında, sonuçların kullanılan maddenin türüne bağlı olarak değişiklik göstermesiyle birlikte, psikodelik maddeler ve katılımcıların yeni ve geleneksel olmayan deneyimler yaşama arayışı arasında kuvvetli ilişkinin olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca araştırmacılar, esrar kullananların diğer madde kullanıcılarından farklı olarak sosyal yönden daha fazla kabul görmek arzusunda olduklarını saptamışlardır. Buna karşılık, psikodelik maddelerin kullanımı kaygı, sosyal uyarılma ihtiyacı ve dışa dönüklük ile alakalı bulunmuştur. Bu konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda, heyecan arayışı ile uyarıcı ve hallüsinojen madde kullanımı arasında pozitif, depresan madde kullanımı arasında ise negatif ilişkinin olduğu gözlenmektedir (Carol ve Zuckerman, 1977; Galigio ve Stein, 1983).

Heyecan arayışı yüksek olan bağımlıların çeşitli türde maddeleri aynı anda kullandıkları, maddeye daha erken ve merak nedeniyle başladıkları ve bu özellik üzerinde cinsiyetin etkisinin olmadığı bulunmuştur (Sutker, Archer ve Allain, 1978). Ayrıca şartlı salıverilme sürecinde başarılı ve başarısız olanların heyecan arayışı özelliği yönünden farklılık göstermedikleri saptanmıştır (Platt ve Scurra, 1974). Terapötik toplulukları programında başarılı tedavinin bağımlıların heyecan arama özelliğini azalttığını fakat benzer

değişikliğinin hapisteki madde bağımlısı suçlularda bulunmadığı ileri sürülmektedir (Skolnick ve Zuckerman, 1979).

Craig (1982) eroin bağımlılarının kişilik özellikleri ile ilgili yapılmış araştırmaları incelediği çalışmasında, bütün araştırmaların bağımlıların düşük benlik algısına sahip olduklarını saptadıklarını belirtmektedir. Bağımlıların içinde buldukları çevrenin kendilerine bir yapı ve destek sağlaması açısından çevreye bağlanma eğilimi gösterdikleri görülmektedir. Bağımlıların başarı motivasyonlarının yüksek olduğunu ifade etmelerine karşın günlük davranışlarının bununla uyuşmadığı ileri sürülmektedir. Araştırmalarda uygulanan bir çok test sonucu, bağımlıların tedaviye uyum ve bağlılığı zorlaştıracak şekilde düşmanca tavırlar sergiledikleri, ilgiyi arzuladıkları, agresif, isyankar, sorumsuz, oyuncu, dürtüsel ve bağımsız olduklarını göstermektedir.

Birçok araştırmacı depresyonun tedaviye uyumu etkileyen önemli bir karakteristik olduğunu ileri sürmektedir (Kennedy ve Serin, 1997; VanVoorhis, 2000). Ancak depresyonun tedavi başarı veya başarısızlığını nasıl etkilediği hala bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar depresyonu potansiyel uyum faktörü olarak görmesine karşılık depresyonun etkisini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Hubbard (2007) 344 erkek ve 102 kadın uyuşturucu madde suçlusu ile yapmış olduğu çalışmasında kognitif-davranışçı terapi uygulayan programlarda kişilik özelliğinin tedavi sonuçlarını nasıl etkilediğini incelemiştir. Araştırmacı depresyonun programı başarıyla tamamlayanlar ve başarısız olup tekrardan maddeye başlayanlar arasında farklılık arz etmediğini, bir başka ifadeyle depresyonda olan ve olmayanların eşit şekilde performans gösterdiklerini bulmuştur.

Komorbidite: Ulusal epidemiyolojik araştırmalar ve birçok klinik çalışma madde kullanım bozukluklarının, alkol kötüye kullanımı, duygudurum, kaygı ve kişilik bozuklukları ile birlikte görüldüğünü ortaya koymaktadır (Degenhardt, Hall ve Lynskey, 2001; Havassy, Alvidrov ve Owen, 2004). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2000) tarafından geliştirilmiş

olan mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin 4. gözden geçirilmiş baskısının (DSM-IV-TR) birinci ekseninde bulunan klinik bozukluklar ve klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar ve ikinci ekseninde yer alan kişilik bozuklukları ve mental retardasyon ile birlikte görülen madde kullanım bozukluklarının, başarısızlık, düşük iş verimi, sağlık durumunun bozulması, nöropsikolojik bozukluk, AIDS, hepatit, sosyal işlevsizlik, şiddet, suç işleme, yoksulluk ve düşük yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin ve Burr, 2000). Madde kullanım bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmesinin özellikle bipolar bozukluk tanısı almış kişilerde intihar riskini arttırmaktadır (Dalton, Cate-Carter, Mundo, Parikh ve Kennedy, 2003).

Birçok araştırma, madde kötüye kullananların % 30-% 60'ına aynı zamanda kişilik bozuklukları, majör depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk başta olmak üzere psikiyatrik bozukluk teşhisi konulduğunu göstermektedir. Çalışmalar madde kullanım bozukluğuyla birlikte görülen diğer bozukluklar arasında en sık rastlanan bozuklukların sırasıyla kişilik bozuklukları (özellikle antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu), travma sonrası stres bozukluğu da dahil olmak üzere kaygı bozuklukları ve depresyon olduğunu ileri sürmektedir. Bazı araştırma verileri, uyuşturucu madde kullanan erkeklere daha çok antisosyal kişilik bozukluğu, kadınlara ise depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu tanısının konulduğunu göstermektedir. Uyuşturucu madde kullanan nüfusta şizofreni hastalığı yaygın olarak görülmemesine rağmen, bu hastalığa sahip kişilerin büyük bir kısmı uyuşturucu madde kullanmaktadır (Regier ve diğer., 1990).

Aynı anda birden fazla psikiyatrik bozukluğun bulunması madde kötüye kullanım tedavisini çeşitli şekillerde zorlaştırmaktadır. Örneğin, araştırmalar depresyon tanısı konulmuş bireylerin relapsa yol açan çevresel etkenlere direnmekte güçlük çektiklerini bildirmektedir. Bu nedenle, madde kullanım bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluk tanısını eşzamanlı olarak almış bireylerin tedavisinin kişiye özgü düzenlenmesi

gerekmektedir. Örneğin, benzodiazepin gibi anti-anksiyete ilaçları ile birlikte uygulanan standart terapi için kaygı bozukluğu olan opiyat kullanıcıları uygun aday olarak görülmemektedir çünkü bu ilaçlar ikinci bir bağımlılık meydana getirebilmektedir (Goodwin ve Jamison, 1990).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Psikopati ve Madde Kötüye Kullanımı: Her insan çevresiyle sürekli etkileşim halindedir ve çevresine uyum sağlamaya çalışır. Kendi yararına olan, ama çevresine de ters düşmeyen çözümler geliştirir. Kendi dürtüleriyle çevre istemlerini bağdaştırmaya çalışır. Bu amaca genellikle egonun düzenleyici, uzlaştırıcı ve bütünleyici işlevleri ile ulaşılır. Kişilik bozukluklarında uyumsuzluk ego ile çevre arasındadır. Kişilik bozukluğu kendini insanlar arası ilişkilerde gösterir. Kısaca kişilik bozukluğu, kişinin kültürüne göre beklenenden önemli derecede sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür, yaygındır ve esnekliği yoktur, ergenlik veya genç erişkinlik yıllarında başlar, zamanla kalıcı olur, sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açar (Uzun, b.t.).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2000) tarafından yayınlanan DSM-IV-TR'nin ikinci ekseninde belirtilen kişilik bozuklukları, A, B ve C kümesi olarak üç gruba ayrılmıştır. Paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları A kümesinin, antisosyal, borderline (sınırdan), histrionik ve narsisistik kişilik bozuklukları B kümesinin ve kaçınan, bağımlı, obsesif-kompulsif ve pasif-agresif kişilik bozuklukları C kümesinin içinde yer almaktadır.

Madde kötüye kullanımı ile ortaya çıkan davranışlar kişilik bozukluklarında görülen davranış örüntülerine benzeyebilir. Eğer belirli bir kişilik bozukluğu madde kullanım bozuklukları ile birlikte görülmekteyse, kişi maddeyi bıraktığı zaman sadece kişilik bozukluğunun belirtileri devam edecektir. Madde kullanımı kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasını tetikleyebilir veya var olan bozukluğu ağırlaştırabilir. Ayrıca duygudurum, kaygı ve psikotik bozukluklar gibi diğer psikiyatrik bozukluklar kişilik bozukluklarının seyri ve

ciddiyetini olumsuz yönde etkileyebilir (APA, 2000). Kişilik bozuklukları arasında antisosyal kişilik bozukluğu madde kötüye kullanımı ile ilişkili sorunları olan nüfusta daha yüksek bir oranda görülmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğunun DSM-IV-TR teşhis kriterleri şu şekildedir:

- A) Aşağıdakilerden 3'ünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını saymama ve başkalarının haklarına saldırma örüntüsü:
- 1- tutuklanmasını gerektirecek eylemlerde tekrar tekrar bulunmakla belirli, yasalara uygun toplumsal davranış biçimine ayak uyduramama,
 - 2- sürekli yalan söyleme, takma isimler kullanma ya da kişisel çıkarı, zevki için başkalarını aldatma ile belirli dürüst olmayan tutum,
 - 3- dürtüsellik ya da gelecek için tasarılar yapmama,
 - 4- yineleyen kavga, dövüş ya da saldırılarla belirli olan kolay öfkeye kapılma ve saldırganlık,
 - 5- kendisinin ya da başkalarının güvenliğini umursamama,
 - 6- bir işi sürekli götürememe ya da mali yükümlülüklerini tekrar tekrar yerine getirememe ile belirli sürekli bir sorumsuzluk,
 - 7- başkalarına zarar vermiş, kötü davranmış ya da başkasından bir şey çalmış olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli vicdan azabı çekmeme,
- B) Kişi en az 18 yaşındadır.
- C) 15 yaşından önce başlamış davranım bozukluğunun kanıtları vardır.
- D) Antisosyal davranış sadece şizofreni ya da bir manik epizodun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Antisosyal kişilik bozukluğu teşhisi konmuş kişiler sıklıkla empatiden uzak, duygusuz, alaycı, başkalarının duygularını, haklarını ve acılarını hor gören insanlardır.

Kibirli, aşırı dik başlı ve kendini beğenmiş olabilirler. Güzel ve rahat konuşabilir, sahte cazibeleri ile insanları kendilerine çekebilirler. Bu kişiler sorumsuz ve cinsel ilişkilerinde sömürücü olabilirler. Karşı cinsle ilişkilerinde genellikle çok eşlidirler. Ebeveyn olarak, çocuğun kötü ve yetersiz beslenmesi, minimal hijyen yetersizliğinden çocuğun hastalanması, yemek ve kalacak yer için komşulara veya yakınlarla bağımlı olma, evde yokken çocukla ilgilenecek, ona bakacak kimsenin olmaması, evin ihtiyaçları için gerekli olan parayı çarçur etme gibi sorumsuz davranışlar sergilerler. Antisosyal kişilik bozukluğu olan insanlar başka insanların elindeki gücü alması gerektiğine inanır böylece hiç kimse bu gücü kendisine zarar vermek için kullanamaz. Diğer taraftan yönetici olmayan ya da kontrol etmeyen insanları kullanılmaya açık, zayıf ve savunmasız olarak düşünürler. Yaşamak için başkalarını manipüle etmek, aldatmak ve gereken her şeyi yapmak bu kişiler için çok normaldir. Sonuç olarak antisosyal kişiler şüpheli ve hatta kanunlara aykırı davranışlarda bulunurlar, çünkü kuralların kendileri için geçerli olmadığına inanırlar (Patrick, 2007).

Antisosyal kişiler genelde diğer insanları tehditlerle ya da saldırgan yaklaşımlarla korkuturlar. Bağımsız olmaları kendilerine aşırı güven duymalarından ziyade başkalarına güvensizlikten kaynaklanır. Her hangi bir baskı, otorite karşısında (patron, polis ya da benzeri kişiler) ya da finansal problemler (vergi ya da borçlar) karşısında öfkelenirler. Genelde başkalarına verdikleri zarar karşısında duygusuz ve umursamazdırlar. Bu acımasızlık insanlarla ve hatta sevdiklerini söyledikleri kişilerle olan ilişkilerinde bile esası oluşturur (Patrick, 2007).

Psikopati kelimesi psikiyatri ve klinik psikolojide, empati veya vicdan eksikliği ve düşük dürtü kontrol veya kendi çıkarları için bir kimseyi veya durumu sömürme eğilimi ile karakterize davranışları belirtmede kullanılmaktadır. Psikopati kelimesinin yaygın olarak kullanılmasına karşın mental bozuklukları sınıflandırma sistemi olan ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-IV-TR ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan

ICD-10'da tam karşılığı bulunmamaktadır. DSM-IV-TR, psikopati ile kuvvetli bir ilişkisi olan antisosyal kişilik bozukluğunu tanımlarken, ICD-10 disosyal kişilik bozukluğunu tanımlamaktadır.

Günümüz klinik uygulamalarında psikopati, Robert Hare tarafından tasarlanan ve teşhis kriterlerinin belirtildiği Psikopati Kontrol Listesi-Gözden Geçirilmiş Baskısı (Psychopathy Checklist-Revised / PCL-R) ile değerlendirilmektedir (Vitacco, Rogers, Neumann, Harrison ve Vincent, 2005). Hare psikopatları, başkalarını kontrol etmek ve kendi bencil ihtiyaçlarını karşılamak için cazibelerini, sindirme yöntemini, gözdağı vermeyi ve şiddeti kullanan kişiler olarak tanımlamaktadır. Bu kişiler vicdan azabı hissetmeden ve başkalarını hor görerek istediklerini alabilmekte ve hoşuna gittiği gibi davranabilmekte, suçluluk ve pişmanlık duymadan sosyal norm ve beklentileri yerle bir edebilmektedirler (Harris, Rice ve Lalumière, 2001).

Psikopati birincil ve ikincil olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Birincil psikopati kibir, vurdumduymazlık, manipülatif davranışlar ve yalancılık ile karakterize iken, ikincil psikopati daha çok dürtüsellik, iç sıkıntısı, sorumsuzluk ve uzun süreli amaçların eksikliği gibi özelliklerle karakterizedir (Patrick, 2007).

Sellbom, Ben-Porath, Lilienfeld, Patrick ve Graham (2005), birincil psikopatide saldırgan davranışlar, kibir, kendini üstün görme, korkusuzluk ve başkalarını umursamama gibi özellikler görüldüğünü belirtmektedirler. Araştırmacılar, ikincil psikopatide dürtüsellik, kızgınlık, kaygı ve stresin ön plana çıktığını, olumsuz duygulanımlara tepki olarak da bazen "ihtiras suçu" olarak da ifade edilen şiddet suçunun işlenebileceğini öne sürmektedirler.

Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan birçok kişi alkol, esrar, eroin gibi çeşitli maddeleri kullanmaktadır. Yasadışı madde kültürü, bu kişilerin yüksek benlik imajı ihtiyacını destekleyen dramatik dünya görüşleriyle uyumaktadır. Sonuç olarak, suç işleyebilir veya heyecan arayışı ile riskli davranışlarda bulunabilirler. Genellikle kokain ve

amfetamin gibi uyarıcı maddeleri tercih etmektedirler. Antisosyal kişilik bozukluğu olan madde bağımlıları tedaviye ağır bir depresyon içinde ve bütün sistemlerin kendilerini başarısızlığa uğrattığı hisleriyle başlayabilirler. Özellikle yoksunluk sendromu süresince intihar riski gösterirler (APA 2000).

Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay ve Mulvaney (2001) psikiyatrik komorbidite ve tedavi sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemişler ve eksen I ve II komorbiditesinin en ağır problemlere neden olduğunu saptamışlardır. Miller, Brown ve Sees (2001) antisosyal kişilik bozukluğunun madde bağımlılığı tedavisinin başarısını olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedirler. Verheul, van den Bosch ve Ball (2005) antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarının bir arada görülmesinin tedaviye bağlılığı azalttığı ve relaps olasılığını yükselttiğini ileri sürmektedirler. Yüzeysel duygulanım, büyülenme, empati eksikliği ve pişmanlık duymama gibi özelliklerle karakterize antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesi tedaviye olumlu tepki vermeyi zorlaştırmaktadır (Marmorstein ve Iacono, 2005).

Motivasyon Faktörü: Motivasyon (güdüleme) dilimize güdü, harekete geçiren güç olarak yerleşmiştir. Güdü, istekleri, arzuları, gereksinimleri, dürtüleri ve ilgileri kapsayan genel bir kavramdır. Gdüler organizmayı (1) uyarır ve faaliyete geçirir, (2) organizmanın davranışını belirli bir amaca doğru yöneltir (Cüceloğlu, 1996).

Tedavi için motivasyonun rolü karmaşık bir yapı göstermektedir. Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde motivasyon konusundaki tartışmalar genellikle hastaların yardım almayı arzu etmeleri ve tedavi başlamadan önce değişmek istemeleri gerektiği varsayımı üzerine odaklanmaktadır (Oxley, 1966). Bazı yazarlar, düşük motivasyon ifadesini direnç (resistance) kavramı ile benzer şekilde kullanmaktadır. Ayrıca, düşük motivasyon, inkar gibi savunma mekanizmalarının bir belirtisi ve bazı kişilerin madde kullanımını

kontrol etmelerini imkansız hale getiren yapısal etkenlerin bir sonucu olarak açıklanmaktadır (Milam ve Ketcham, 1981).

Sosyal çalışma araştırmacıları kişilik özellikleri görüşünü genişletmiş ve motivasyonun, bireyin kapasiteleri (kişisel güç ve sınırlar) ve fırsatlarının (çevresel kaynak ve eksiklikler) bir kombinasyonu ile birlikte normal başa çıkma becerilerinde bozulmaları, sorunlu davranışsal örüntülerin sürekliliğini ve tedavi edici müdahalelere tepkileri açıklayabileceğini ileri sürmüşlerdir (Ripple, Alexander ve Polemis, 1964).

Değişim için motivasyon, hastanın stres seviyesi, amaçları ve bu amaçlara verdiği değer ve sonuçlarla ilgili beklentileri (hastanın amaçlarının ulaşılabilir olduğuna ilişkin inançları), özyeterlilik algısı (kişinin kurallara uygun davranabileceği ve tedavinin amaçlarına ulaşabileceğine inanması), sosyal destek sistemlerini kapsayan çevresel kaynaklar ve sınırlılıklar ve kişisel beceri repertuarı (madde kullanmaya ilişkin baskılara direnme kapasitesine sahip olmak) gibi faktörlerden etkilenmektedir (Hanson ve El-Bassel, 2005).

Birçok araştırma gönüllü olarak tedavi programına katılan kişilerin, mahkemeler tarafından haklarında zorunlu tedavi kararı verilen kişilere göre içsel motivasyonlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Knight, Hiller, Broome ve Simpson, 2000). Bunun yanı sıra gerek zorunlu gerekse gönüllü tedavi görenlerin kendi içinde motivasyon açısından farklı deneyimler yaşadıklarını ileri süren araştırmacılar da bulunmaktadır. Sonuç olarak, ceza almaktan kaçınan ve dolayısıyla dışsal motivasyonun yüksek olması beklenen madde bağımlısı suçlular üzerindeki içsel motivasyonun etkisinin daha ileri düzeyde araştırılması gerekmektedir.

Tedavi motivasyonu ile ilgili teoriler, madde bağımlılarının problemlerinin ciddiyeti ve tedavinin gerekli olduğunu algılamaları ile tedaviye devam etme ve olumlu sonuç alma arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Prochaska ve DiClemente (1984) tarafından

geliştirilen etkileşimsel değişim modeli, tedaviye başlayan hastaların, değişime hazır olmaya bağlı olarak, henüz düşünme öncesi aşamada olanlar yani daha henüz bir problemin varlığını ya da tedaviye ihtiyaç olduğunu kabul etmeyen hastalardan, bir problemi olduğunu kabul eden ve davranışlarını değiştirmeye yönelik girişimlerde bulunmaya istekli hastalara kadar bir aralıkta değerlendirileceğini belirtmektedir. Değişime hazır olma boyutları ve aşamaları farklılık gösteren başka modeller olmasına rağmen, hastaların değişmeye karşı ifade ettikleri motivasyon düzeyinde çeşitlilik gösterdikleri ve bunun tedavi sırasındaki davranışlarını etkilediği konusunda genel bir görüş birliği vardır.

Araştırmalar değişmeye karşı motivasyonu yüksek olan hastaların, düşük olanlara göre tedavide daha uzun süre kaldıkları, programı tamamladıkları ve tedavide elde edilen kazanımları zaman içinde daha fazla koruduklarını göstermektedir. Örneğin, De Leon, Melnick ve Kressel (1997) rehabilitasyon merkezindeki 1000'den fazla madde bağımlısı üzerinde değişime karşı motivasyon ve tedaviye hazır olma arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmacılar, kullanılan maddeye bakılmaksızın, tedaviye başlamadan önce değişim için motivasyon ve tedaviye hazır olma seviyesi düşük olan hastaların tedaviyi daha erken bıraktıklarını saptamışlardır.

Madde bağımlısı kişilere yasal olarak uygulanan zorunlu tedavi ve takip programları çoğaldıkça, tedavi sonuçları üzerinde dışsal motivasyonun etkisini inceleyen araştırmaların sayısında da artış gözlenmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar tedaviye mecbur bırakılan kişilerin tedaviden olumlu sonuçlar elde ettiklerini göstermektedir. Dışsal motivasyon, hapis cezasından kaçınmak amacıyla ifade edilen motivasyon da dahil olmak üzere, madde kullanan kişilerin tedaviyi başarıyla tamamlama olasılığını artırıyor gözükmektedir. Bu kritik bir saptamadır, özellikle tedaviye devam etme süresi, relaps ve tekrar suç işleme eğilimini de kapsayan tedavi sonuçlarını belirleyici kuvvetli bir etkendir (Cosden ve diğer., 2006).

Bazı araştırmalar, yasal olarak zorunlu madde tedavisi gören kişilerin, ceza sisteminin dışındaki ve gönüllü olarak tedavi gören kişilere kıyasla daha düşük kişisel motivasyona sahip olduklarını, madde kötüye kullanımını probleminin varlığını daha az kabul ettiklerini ve yardım almaya daha isteksiz olduklarını bulmuştur (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller ve Pulliam, 2003; DiClemente, Bellino ve Neavins, 1999). Buna karşın birçok çalışma, haklarında mahkemeler tarafından zorunlu tedavi kararı verilen kişilerin tedaviye başlama konusunda içsel ve dışsal olarak değişen oranlarda baskılar yaşadıklarını ileri sürmektedir (Gregoire ve Burke, 2004). Ryan, Plant ve O'Malley (1995) tedavi için içsel ve dışsal motivasyonun her ikisine sahip olan hastaların tedavide daha uzun süre kaldıkları, diğer taraftan içsel motivasyonu düşük olan hastaların ise tedaviyi tamamlamadan ayrıldıklarını göstermektedirler.

1.4.2. Kişilerarası Faktörler

Akran Grubu: Akran grubuyla özdeşleşmenin uyuşturucu madde kullanmaya başlama ve bağımlılığın gelişmesi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Johnson (1980) madde kötüye kullanımında alt-kültürün etkisini incelediği çalışmasında, değerler, davranım normları ve rollerle ilgili önemli fikirler ileri sürmektedir. Araştırmacı, bu etkenlerin madde kullanımında akran baskısını nasıl belirlediği üzerinde durmaktadır. Değerler, alt-grubun doğru olduğuna inandığı yargılar hakkındaki paylaşılan düşüncelerdir. Davranım normları, grup içindeki statüye bağlı olarak ve belirli durumlarda ortaya konulması gereken davranışla ilgili beklentilerdir ve grubun işlev gördüğü belli başlı aktiviteleri yönetirler. Roller belirli statü veya sosyal pozisyona bağlı uygun davranışlarla ilgili beklentilerdir. Johnson'a göre, uyuşturucu madde kullanan ve uyuşturucu madde kullanımını kurallara uygun bir davranış olarak değerlendiren bir grupla özdeşleşmiş bireylerin madde kullanması söz konusu grup tarafından beklenmektedir.

Akran grubunun madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı üzerindeki etkilerini araştıran birçok çalışmada, sapkın akran ilişkileri olduğu belirlenen uyuşturucu madde kullanıcılarının söz konusu ilişkileri olmayanlara göre daha olumsuz tedavi sonuçları elde ettiklerini göstermektedir. Özellikle arkadaş grubu içinde görülen madde kötüye kullanımının yüksek relaps oranları ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Goehl ve diğer., 1993). Buna göre, antisosyal arkadaş çevresinin iyileşme sürecini negatif etkilediğini söylemek mümkündür. Tedavi çabaları, sosyal becerilerin geliştirilmesi ve uyuşturucu madde kullanılmayan sosyal sistemlerin kurulmasını amaçlasa da, genellikle hastalar bu girişimlerinde başarısız olmaktadır. Birçok hasta tedavi öncesi sahip olduğu antisosyal arkadaş grubu ile bağlantıyı kesebilmekte fakat çoğu zaman yeni kurdukları ilişkilerde de yine uyuşturucu madde kullanan veya kullanımı destekleyen insanlar yer almaktadır (Hawkins ve Fraser, 1987). Özellikle tedavi merkezli destek sistemlerini bıraktıkları zaman, suça eğilimli ve madde kullanan akran ilişkileri geçmişli olan hastalar için tekrardan madde kullanmaya başlama riski oldukça yüksektir.

Chabrol ve diğer. (2007) 559 lise öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada, esrar kullanan arkadaş grubuna ve esrar kullanımına karşı olumlu beklentilere sahip olmanın madde kötüye kullanımı için risk faktörü oluşturduğu sonucuna varmışlardır.

Harrison (1997) mahkeme kararıyla gözetim altında tutulan 1.032 ergenle yaptığı çalışmada, denetlenen gençlerin toplumda uyuşturucu maddelere kolayca erişilebildiğini ileri sürmekte ve toplumdaki yasa ve normların uyuşturucu madde kullanımını kolaylaştırdığını ifade etmektedirler. Ailelerine bağlı olmadıklarını ve ebeveynlerinin kendilerini yeteri kadar gözlemediklerini bildirmektedirler. Okulda, akademik yönden başarısız ve ilgisizdirler. Arkadaş gruplarının ise kendileri gibi suça bulaşmış ve madde kullanan kişilerden oluştuğu görülmektedir. Sosyal becerileri ise yetersiz bir gelişim ortaya koymaktadır.

Aile İlişkileri: Aile ilişkileri ile ilgili teori ve araştırmalar insanların neden ve nasıl uyυřturucu madde kullanmaya başladıklarını açıklayan öneriler sunmakla kalmamakta aynı zamanda madde kötüye kullanımının nasıl sürelilik kazandığı ve relaps oranlarının neden belirtildiği kadar yüksek olduğunu da irdelemektedir.

Jenerasyonlar arası yaklaşıma bağlı olarak Bowen (1978) aileyi, karşıt güçlerin (kaynaşma ve farklılaşma) birbirini dengelediği emosyonel sistem olarak tanımlamaktadır. Aile sisteminin sağlıklı gelişimi, dolayısıyla kişiliğin sağlıklı gelişimi ancak içtenlik ve otonominin aile üyelerince desteklenmesiyle gerçekleşmektedir. Anne babalar, çocuklarının bağımsızlık uğruna giriştikleri çabaları destekledikleri ve zor durumlarda onlara yardımcı oldukları takdirde, çocuklarda bireyselleşme ve bağımsızlık duygusunun kolayca geliştiği görölmöür. Dengeli, duygusal ve toplumsal etkileşimin güçlü olduğu aile ortamında, yeterli güven, sevgi ve sevecenlik içinde büyüyen çocuklar, gelişimleri için gerekli deneyimleri elde edebilirler. Bu tür aile ortamlarında, aile üyelerinin kendilerine düşen sorumlulukların bilincinde olması ve çocuğa bağımsızlık yolunda yeterli olanakların hazırlanması, onun sağlam bir kişilik yapısına sahip olmasını sağlar (Yavuzer, 1994).

Uyυřturucu madde bağımlılığı, kapalı aile sistemindeki çocuğun kendini kısıtlanmış hissetmesi sonucu, başkaldırma ve cezalandırma veya yok edici ve kendi kendini cezalandırıcı yaşam stilini benimseme yoluyla aile ile kaynaşmaktan kaçınma girişimi biçiminde açıklanmaktadır (Textor, 1987). Ayrıca, uyυřturucu madde bağımlılığı bireyin kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü koruma ve bağımlı kişinin ailesi tarafından empoze edilen duygulardan çok kendi duygularını yaşamakta özgür olma çabası şeklinde açıklanmaktadır (Weidman, 1983).

Aile sistemleri yaklaşımında madde bağımlılığı, ailenin koruduğu bağımlılığın aynı zamanda sistemin iç dengesini koruma görevini üstelendiği belirtilmektedir (Schwartzman, 1988). Bu yaklaşıma göre, uyυřturucu madde kullananların aile sistemi çoğunlukla aile içi

problemlerin üzerine yıkıldığı bağımlı aile üyesinin etrafında etkin olmaktadır. Ayrıca, bağımlılık, bozulmuş evlilik ilişkileri, duygusal mesafe ve samimiyetin olmamasından dolayı acı çeken ve birbiriyle çatışan ebeveynin birlikte kalmasına yardımcı olmaktadır (Textor, 1987). Evlilik ilişkileri genellikle, çözümlenmeyen çelişkiler, ebeveynlerden birisinin (çoğunlukla anne) uyuşturucu madde kullanan çocukla aşırı ilgilenmesi ve sonucunda bağımlı çocuk ve aşırı ilgili ebeveynin ailenin duygusal olarak birbirine bağlanmış çifti haline gelmesi ile karakterizedir (Schwartzman, 1988).

Madde kötüye kullanımında aile ilişkilerinin etkisini inceleyen araştırmalar, uyuşturucu madde kullananların ailelerinde, aile içi ve dışında söz konusu olan sınırsal problemler, sağlıksız ve yıkıcı roller (örneğin rollerin değişmesi, çocuğun anne veya baba rolünü üstlenmesi, rol katılığı ve karmaşası) ve yetersiz iletişim ve etkileşim örüntüsü gibi bir dizi yapısal sorunu ortaya koymaktadır (Mackenson ve Cottone, 1992). Searight ve diğer. (1991) uyuşturucu madde kullanan ergenlerin ailelerinin, düşünce ve duygularını ifade etmede daha sınırlı, kişisel sınırlara saygılarının daha az, diğerlerine karşı ilgi ve güvenlerinin yetersiz, duygusal yönden daha çok mesafeli olduklarını ve evde daha negatif bir atmosfer yarattıklarını bulmuşlardır.

Gorsuch (1980) anne-babanın madde kullandığı durumlarda, çocuğun ebeveynin davranışlarını taklit etmesinin bağımlılıkta önemli rol oynadığını ileri sürmektedir. Araştırmacıya göre, ebeveynin alkol ve madde kullanmasının iki yönden etkisi olabilmektedir. Madde kullanımı anne-babanın çocuklarıyla ilişkilerinin zayıf olması ve yetiştirme konusunda yetersiz tutum ve tavırlar sergilemeleri sonucunu doğurabileceği gibi, uyuşturucu maddelerin problemlerin çözümünü kolaylaştırdığı şeklinde yanlış bir modeli çocuklara aktarmaları sonucunu da ortaya koyabilmektedir.

Schulenberg ve Maggs (2002) araştırmalarında ergenlik dönemi akran gruplarında alkol ve madde kullanımının yaygınlığını ve sosyalleşme açısından etkilerini incelemişlerdir.

Aile ilişkileri olumsuz ve özdeğerleri eksik gençlerin akran gruplarının baskı ve yaptırımlarına daha hassas, madde bağımlılığı, suça eğilim gibi toplum tarafından onaylanmayan tutum ve davranışlara daha yatkın oldukları saptanmıştır.

Lavee ve Altus (2001), detoksifikasyon programından sonra altı ay boyunca madde kullanmayan 25 hasta ve programdan sonra tekrar maddeye başlayan 25 hasta ile yapmış oldukları araştırmada, maddeye tekrardan başlayanların, duyguların kısıtlı bir şekilde ifade edildiği, farklı görüşlerin kabul edilmediği, üyelerin sorumluluk almaktan kaçındığı, güvensizliğin yüksek ve kaynaşmanın az olduğu ve kişilerarası çelişkilerden doğan stres duygusunun yaygın olarak yaşandığı ailelerden geldiklerini bulmuşlardır.

1.4.3. Çevresel Faktörler

Kullanılan Maddeye Erişebilme Kolaylığı: Birçok araştırma maddeye kolayca erişilebilen belirli yerler olduğunu ve bu yerlerde yasadışı yollardan uyuşturucu madde satışının oldukça sık gerçekleştiğini ileri sürmektedir. Örneğin Amerika'daki büyük şehirlerin "ghetto" adı verilen ve yoksulluk içinde yaşayan azınlık mahallelerinde eroin ve diğer yasadışı maddelerin rutin olarak satışının yapıldığı belirtilmektedir. Opiyat türü maddeler, Asya, Orta-Doğu ve Güney Amerika'nın afyon ekiminin yapıldığı kırsal bölgelerinde yaygın olarak bulunmaktadır.

Erişebilirlik, maddeyi elde etme kolaylığı veya zorluğunu, özellikle maliyet ve ulaşmak için gereken fiziksel çabanın miktarına bağlı olarak belirlenen bir dizi fiziksel, sosyal ve ekonomik şartları ifade etmektedir. Eğer maddenin fiyatı yüksek ve ulaşmak için sarf edilmesi gereken eforun miktarı fazlaysa, madde kullanma eğilimi düşecektir.

Erişebilirlik sosyal açıdan da açıklanabilir çünkü yasadışı maddelere bazı sosyal gruplarda daha kolay erişilebilmektedir. Bazı okullar, mahalleler veya diğer sosyal durumlarda, yasadışı maddeler grubun bütün üyeleri tarafından kullanılmasa da yaygın olarak kullanılmaktadır (Smart, 1980).

Eroin bağımlıları diğer bağımlılarla (kısmen madde ihtiyaçlarını karşılamak için) yakın ilişki içindedirler. Gettolarda yapılan gözlemler, eroin maddesinin kolay ulaşılabilir olduğunu ve birçok genç kişinin bu maddeyi denediği ancak bir kısmının bağımlı olduğunu göstermektedir. Bağımlı olanların ise madde kullanmayan arkadaşlarıyla ilişkilerini sonlandırdıkları görülmektedir (Smart, 1980). Ayrıca bu tür çevrelerde yaşayan ailelerin en azından bir üyesi uyuşturucu madde kullanmaktadır (Kandel, Kessler ve Margulies, 1978).

Erişebilirlik kavramı gerçek olabildiği gibi ayrıca algılanabilmektedir. Gerçek erişebilirlik, maddelerin fiyatını, yakın çevredeki satıcı ve satın alınacak yerlerin sayısını dikkate almaktadır. Algılanan erişebilirlik ise madde kullanan ve kullanmayan kişilerin söz konusu erişebilirlik hakkındaki tahminlerini içermektedir. Uygulamada, gerçek erişebilirlik bilinmemekte ve sübjektif tahminlere dayanmaktadır. Algılanan erişebilirliğin uyuşturucu madde kullanımını öngörmesi açısından önemli bir faktör olduğunu destekleyen çalışmalardan biri Smart (1977) tarafından lise öğrencileri ile yapılmıştır. Araştırmacı algılanan erişebilirliğin altı maddeden dördünün (esrar, eroin, alkol ve sigara) öngörülmesi açısından anlamlı olduğunu ancak LSD ve sakinleştiriciler için anlamlı olmadığını saptamıştır.

Madde kullanımında erişebilirliğin önemini vurgulayan diğer destekler sağlık alanında çalışan bağımlılarla ilgili yapılan çalışmalardan gelmektedir. İş yerlerinde sürekli olarak maddelerle temas halinde olabilen doktor, hemşire ve eczacıların diğer meslek gruplarındakilere kıyasla bağımlı olma riski daha yüksektir (Goldstein ve Kalant, 1990).

Sosyal Ortam: Sutherland (1939) geliştirmiş olduğu aykırılıkların birleşmesi teorisinde, sapkınlığın öğrenildiğini ve bu tür davranışların içselleştirilmesinin, antisosyal davranışların süresinin, sıklığının, yoğunluğunun ve önceliğinin bir işlevi olduğunu ileri sürmektedir. Bu yaklaşıma göre, üniversite ortamında, kişi uyuşturucu madde kullanan grupla ne kadar fazla zaman geçirirse, madde kullanması o kadar muhtemel olacaktır.

Becker ve Strauss (1956), madde kötüye kullanımında sosyalleşmenin oynadığı rolü vurgulamaktadırlar. Gerginlik, sıkıntı, sosyal boşalım ihtiyacı, sosyal stres ve akran grubunun madde kullanımını onaylaması, nörotik savunma mekanizmalarına gerek olmadan uyuşturucu probleminin gelişmesi için yeterli olabilmektedir. Buna göre, yüksek özdeğere sahip bireylerin sosyal ortam sonucu uyuşturucu madde kullanmaları açıklık kazanmaktadır.

Ergenlik döneminde akran baskısı oldukça kuvvetlidir. Kabul edilme ihtiyacı özellikle bu gelişim yıllarında önemli hale gelmekte ve gençlerden oluşan alt-gruplarda aşırı madde kullanımını dikkate almaya yardımcı olmaktadır. Baskı her zaman açık ve belirgin olmayabilir; çoğu zaman kapalı ve sinsidir. Esrar kullanımında, aykırıların birleşmesi özellikle önemlidir çünkü kişi maddeyi denemek ve sonrasında maddeyi temin etmek için diğer kullanıcılarla birlik olmalıdır. Birleşmenin sonucu ortaya çıkan tercih ve zorunluluğun her ikisi de üstün gelmektedir (Joe, Chastain, Marsh ve Simpson, 1990a).

Luthar ve D'Avanzo (1993) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, madde kötüye kullanımında çevresel farklılıkları incelemişlerdir. Uyuşturucu madde kullanımı ve kişisel psikopatoloji ve sosyal yetkinliği yansıtan davranışlar arasındaki ilişki sosyodemografik açıdan farklı olan iki grupta araştırılmıştır. İlk grup banliyöde yaşayan zengin ailelerden gelen 264 öğrenciden oluşmaktadır. İkinci grup ise şehir içinde yaşayan ve sosyoekonomik seviyesi düşük ailelerden gelen 224 öğrenciden oluşmaktadır. Sonuçlar, banliyöde yaşayan ve sosyoekonomik seviyesi yüksek ergenlerin diğer gruptaki gençlere göre daha fazla uyuşturucu madde kullandıklarını göstermektedir. Ayrıca, sosyoekonomik seviyesi yüksek ailelerden gelen gençlerin madde kullanmalarının uyumsuzluk göstergeleri ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir.

1.4.4. Sosyodemografik Faktörler

Cinsiyet: Tarihsel olarak, toplum sağlığı ile ilgili çalışmaların diğer alanlarında olduğu gibi madde kötüye kullanımı ile ilgili araştırmalarda, öznelerin büyük bir kısmı

erkektir. Ancak son yıllarda madde kötüye kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda kadınlara yönelik konuları çalışmanın öneminin vurgulandığı görülmektedir.

Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığını açıklayan teorilerin cinsiyet-spesifik veya cinsiyet-duyarlı olduğunu belirtmektedir. Depresyon, davranım bozukluğu, fiziksel ve cinsel istismar, doğum öncesinde uyuşturucu maddelere maruz kalma, ve aile işlevsizliği, kadın ve erkekler açısından, madde kötüye kullanımının öngörülmesinde söz konusu olan ayırt edici değişkenler arasında bulunmaktadır. Bazı durumlarda, öngörücü değişkenler erkekler ve kadınlar için kuvvetli olabilmektedir (cinsiyet-duyarlı). Başka durumlarda ise, madde kullanımını tahmin edici değişkenler ya sadece erkelere ya da sadece kadınlara uygulanabilmektedir (cinsiyet-spesifik). Önleme ve tedavi müdahaleleri ile ilgili risk faktörlerindeki cinsiyete dayalı farklılıklar geniş bir biçimde irdelenmemiştir. Oysa, cinsiyet-duyarlı ve cinsiyet-spesifik risk faktörlerini hedef alacak şekilde tasarlanan ve psikososyal ve zihinsel gelişimde cinsel farklılıkların tespit edildiği yönlendirmeleri gerçekleştiren müdahalelerle kadın ve erkekler için daha iyi tedavi sonuçlarının alınabileceği olasılığını göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Rosenbaum, 1980).

Madde Kötüye Kullanımı ve Ruhsal Sağlık Hizmetleri Dairesi tarafından her yıl 25000'den fazla katılımcı ile gerçekleştirilen 1999 yılı Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Ev Halkı Taraması'na (National Household Survey on Drug Abuse – NHSDA) göre, 12 yaşından büyük erkeklerin % 8.1'i ve kadınların % 4.5'i anketin yapıldığı tarihten bir ay öncesinde yasadışı madde kullanmıştır (Zickler, 2000). Johnston, O'Malley ve Bachman (1996, 1997) 13, 15 ve 17 yaşındaki çocuklar, üniversite öğrencileri ve genç yetişkinler arasında madde kötüye kullanımını incelemiştir. Elde edilen verilere göre, erkekler kızlara kıyasla yasadışı maddeleri daha fazla kullanmakta, madde kullanmaya daha erken yaşta başlamakta ve daha uzun süre madde kullanmaktadır.

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı kadın tutuklularda erkeklere göre daha yaygın görülmektedir. Araştırmalar, uyuşturucu madde suçu işlemiş kadınların erkek suçlulara göre şiddet içermeyen (uyuşturucu madde bulundurmak, fahişelik, ufak hırsızlık, vb.) suçları daha fazla işlediklerini, madde kötüye kullanımı ile ilgili testlerden daha çok pozitif sonuç aldıklarını ve suç geçmişlerinin olmadığını veya uyuşturucu ticaretine karışmadıklarını göstermektedir. Kadın tutukluların çoğunun alkol ve esrar kullanımı ile ilgili geçmişleri bulunmaktadır (U.S. Department of Justice - Bureau of Justice Istatistics, 1994). Fagan (1994) kadınların uyuşturucu madde ticaretine karışmalarının son yıllarda arttığını ancak bu faaliyet alanında yine de erkeklerin gerisinde kaldıklarını belirtmektedir.

Araştırmalar madde kötüye kullanımına yol açan sürecin erkek ve kadınlarda farklı olduğunu göstermektedir. Kadınların uyuşturucu madde kullanmaya başlamaları erkeklerle olan ilişkilerine bağlanmaktadır (Rosenbaum, 1980). Kadınlar madde kullanma alışkanlıklarını erkelere göre daha çok ailevi nedenlerle sonlandırmaktadırlar. Ayrıca, cinsel ve fiziksel istismar deneyiminin madde kötüye kullanımı sürecinde özellikle kadınlar için önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Kadınların madde kullanmasında rol oynayan etkenler arasında, çocukluk döneminde yetişkin biri tarafından cinsel ilişkiye zorlanmak, kardeş veya diğer yakınlar için bakıcı sorumluluğunun alınması, ev içindeki ağır sorumluluklar (temizlik yapmak, yemek pişirmek, aileye destek olmak için para kazanmak gibi) ve erken ebeveyn olmak bulunmaktadır (Anderson, 1998).

Gren, Polen, Dickinson, Lynch ve Bennett (2002) 293 hasta ile yapmış olduğu çalışmada tedavi sürecini öngören etkenler üzerinde cinsiyet farklılıklarını incelemiştir. Araştırma verilerine göre, tedaviye başlama, tamamlama ve tedavide geçirilen süre cinsiyete göre değişmemekte, ancak bu sonuçları öngören faktörler belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Tedaviye başlama kadınlarda alkol teşhisi ile öngörülürken, erkeklerde bir işi veya evli olmasıyla ilişkili görülmektedir. Tedaviye başlamada başarısızlık kadınlarda

psikiyatrik bozukluk teşhisi ile erkeklerde ise eğitim seviyesinin düşük olmasıyla belirleyici olmaktadır. Tedaviyi tamamlama kadınlarda yüksek gelir seviyesi ve yasal sevk süreci ile ilişkili görülürken, erkeklerde yaş büyüklüğü ilişkili bulunmaktadır. Tedaviyi tamamlamada başarısızlık kadınlarda daha çok yüksek bağımlılık seviyesi ile, erkeklerde ise psikiyatrik durumun kötü olması, ilaç tedavisi görülmesi, ve tedaviye başlama motivasyonu ile ilgili bulunmuştur. Tedavide daha fazla zaman geçirmek kadınlarda alkol veya opiyat bağımlılığı teşhisi ve yasal sevk süreci ile ilişkili, erkeklerde daha az psikiyatrik bozukluk teşhisi, yüksek eğitim seviyesi ve daha önce 12-adım programına katılım ile alakalı olduğu görülmüştür.

Yaş: Yaş tedaviye uyum faktörü olarak görülebilmektedir. Genç suçlularla çalışanlar, tedavi programlarının uygulanmasında bu kişilerin ortaya koydukları zorluğu kolayca anlayabilirler. Kuşkusuz, genç suçluların ortalama yaşı etkili tedavinin uygulanmasında yetişkin suçlulara göre farklı zorluklar ortaya koymaktadır. Diğer taraftan, yaş tek başına tedavideki uyumun değerlendirilmesi söz konusu olduğunda gerekli kesinliği sağlamamaktadır. Ancak, bireyin olgunluk seviyesi hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir ve olgunluk seviyesi hakkında bilgi edinmek kişinin değişme ihtiyacına nasıl yaklaştığını ve başkalarıyla nasıl ilgili olduğunu etkilemektedir. Yaş tek başına yeterli bilgi sağlamamaktadır, çünkü olgunluk derecesi aynı genel yaş grubu içinde geniş çapta değişkenlik gösterebilmektedir (örneğin genç suçlulardan oluşan grup içinde, genç suçlu ve yetişkin suçlu grubu arasında bulunan değişkenlik kadar değişkenlik bulunabilmektedir (Cady, Winters, Jordan, Solberg ve Stinchfield, 1996).

Genç insanları tedavi programına katılmaları yönünde cesaretlendirmek oldukça zor bir süreçtir (Beynon ve diğer., 2001). Fakat, uyuşturucuya başlama ve tedaviye katılma arasındaki zamanı azaltmak özellikle ağır uyuşturucuları kullananlar için oldukça önemlidir. Alkol ve esrar kullananlarda kötüye kullanımdan bağımlılığa geçiş belirli bir sürede gerçekleşmektedir, kokain

ve opiyat kullananlarda ise kötüye kullanım ve bağımlılık aynı yıl içinde meydana gelme eğilimi göstermektedir. Bu nedenle bağımlılık gelişmeden zamanında müdahalede bulunulması son derece önemlidir. Birçok çalışma yaşın tedavi sonucunu öngören önemli bir faktör olduğunu ve gençlerin yetişkinlere göre daha sık tedaviyi tamamlamadan bıraktıklarını göstermektedir (Ridenour, Cottler, Compton, Spitznagel ve Cunningham-Williams, 2003).

Grella, Hser, Joshi ve Anglin (1999) hastaların karakter özellikleri, tedavide kalma süresi ve tedavi sonuçları üzerinde yaş farklılıklarını incelemişlerdir. Araştırmaya katılanların 551'i yatarak, 571'i ayaktan tedavi görmektedir. Genç yetişkinler (30 yaşından küçük) yatarak tedavi görenlerin % 51'ini ve ayaktan tedavi görenlerin ise % 39'unu oluşturmaktadır. Madde kullanmaya direnç göstermek için tedavide uzun süre kalma ve kendi kendine yeterli olmanın her iki grupta maddeden uzak durmayı olumlu etkilediği saptanmış, ancak tedavide kalış ve maddeden uzak durma arasındaki ilişki her iki gruptaki genç katılımcılar için daha kuvvetli olduğu bulunmuştur. Her iki yaş grubundaki katılımcılar tedaviden sonra diğer madde kullanan kişilerle iletişimlerini azaltmış, fakat yatarak tedavi gören genç yetişkinler için madde kullanan akranların etkisinin madde kullanmaya direnmek için düşük özyeterlilik duygusu ile daha bağlantılı olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, araştırma sonuçları, yatarak tedavi gören yaşı büyük yetişkinlerin uzun bir tedavi geçmişlerinin ve tedavi sonrası madde kullanmaya direnmek için özyeterliliklerinin daha düşük olduğunu bildirmektedir.

Yasadışı Madde Kullanımı, Suç ve Tedavi: 1980'li yıllarda, ceza sisteminin gözetimindeki uyuşturucu madde kullanıcılarının sayısı önemli ölçüde artmıştır (İnciardi, 1993). Birçok çalışma cezaevindeki tutukluların yarısından fazlasının uyuşturucu testinin pozitif çıktığını ve daha da fazlasının uzun bir uyuşturucu ve alkol problemi geçişinin olduğunu bulmuştur (Peters, 1993). Uyuşturucu madde bağımlılığı ve suç arasındaki ilişki tedavi gören uyuşturucu bağımlılarındaki yasadışı faaliyet oranlarının yüksek olmasıyla da

ortaya konulmaktadır. Örneğin, bir araştırmada opiyat kullanan erkeklerin % 99'u suça karıştıklarını ve % 60'ı en az bir sene hapis yattıklarını belirtmişlerdir (Lehman ve Simpson, 1990). Ayrıca, tedavi sonrası tekrardan maddeye başlayanlarda yeniden suç işleme oranının yüksek olduğu görülmektedir (Joe, Chastain, Marsh ve Simpson, 1990b).

Uyuşturucu madde ve suç arasındaki bağlantı tedavide her iki konu üzerinde durulmasının önemini vurgulamaktadır. Gerçekten de, madde kullanımı tedavisinde ilerleme kaydetme ve suç oranları ve madde kullanımında azalma arasında yakın ilişki olduğu gözlenmektedir. Bir çalışmada, tedavi gören eroin bağımlılarından programı başarıyla tamamlayanların 2 yıllık gözlem sürecinde tutuklanma oranlarında % 20 azalma kaydedilmiştir (Platt, Husband ve Taube, 1990-1991). Başka bir araştırmanın sonuçları, ayaktan tedavi gören opiyat bağımlılarından programı tamamlayarak bağımlılıklarından kurtulanların daha az mal varlığına karşı suç işledikleri ve hapiste daha kısa süre kaldıklarını ortaya koymuştur (Lehman ve Simpson, 1990).

Fobelo 1999 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, 3 yıl boyunca denetimli kontrole tabi tutulandan tedavi programını başarıyla tamamlayanların mahkum olup cezaevine girme olasılıklarının anlamlı derecede azaldığını saptamıştır. Sinha, Easton ve Kemp (2003) uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin gözetim altındaki suçlularda gelecekte suç işleme riskini azalttığını ve tedavinin etkisinin özellikle yaşı büyük olanlarda daha kuvvetli olduğunu bulmuşlardır. Hearnden (2000) Londra'daki 278 gözetim altındaki uyuşturucu madde suçlusu üzerinde yapmış olduğu çalışmasında denetimin madde kullanımı ve suç üzerindeki etkisini incelemiştir. Sonuçlar uyuşturucuya bağlı suçlarda ve madde kullanımında belirgin bir azalmanın gerçekleştiğini göstermiştir.

Tedavinin suç oranlarında azalmaya yol açtığını gösteren birçok çalışmanın yanı sıra tedavi ve suç arasında ilişki kuramayan araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Hepburn ve Albonetti (1994) tedavi ve denetimin, gözetim altındaki madde bağımlılarının tekrardan suç

işleme olasılıklarını etkilemediğini bulmuşlardır. Benzer şekilde, Chanhatasilpa, MacKenzie ve Hickman (2001) yetişkin uyuşturucu madde suçlularına yönelik 15 toplum temelli ayaktan tedavi programını incelemişlerdir. Çalışmaları sonucunda, sadece toplum içinde gözetim ve kontrolün kimyasal madde bağımlısı suçlularda düşük derecede olumlu değişim meydana getirdiğini bulmuşlardır.

Diğer Sosyodemografik Faktörler: Hiller, Knight ve Simpson (1999) ceza sistemi alanında tedaviden erken ayrılma ile ilişkili etkenler arasında, psikiyatrik tedavi geçmişi, yüksek kaygı ve depresyon derecesi, mahkum edilmenin hemen öncesinde işsiz kalma, kokain bağımlılığı, öz-denetim ve yeterlilik seviyesinin ve sosyal bağların zayıf olması gibi faktörlerin bulunduğunu ileri sürmektedirler. Bu araştırmacılar, tedaviden ayrılmanın en güçlü habercisinin, Suçluluk Yaşam Şekli Görüntüleme Formu'na dayanarak geliştirmiş oldukları ve suç işlemiş kişinin suçlulukla bağlantılı yaşam şeklini (örneğin sorumsuzluk, kendi isteklerine düşkünlük, kişilerarası ilişkileri ihlal etmek, sosyal kuralları yıkmak) ölçen suçluluk sınıflama sisteminden yüksek puan almak olduğunu belirtmektedirler.

Lang ve Belenko (2000) tedavi programını tamamlayan suçluların sosyal uyum seviyelerinin yüksek olduğu, daha çok arkadaşları bulunduğu, psikiyatrik tedavi geçmişinin az veya hiç olmadığı, uyuşturucu ticaretine daha az karıştıkları, daha az korunmasız cinsel ilişkiye girdikleri ve daha az silahla veya bıçakla saldırıya maruz kaldıklarını ileri sürmektedirler.

Huebner ve Cobina (2007), 2000 yılında Illinois'de gerçekleştirilmiş ve denetim ve gözetim altındaki suçlularla yapılmış bir çalışmanın verilerini kullanarak uyuşturucu kullanımı, tedavi hazırlığı ve tedaviyi tamamlama arasındaki etkileşimi incelemişlerdir. Projeye 30 Kasım ve 30 Aralık 2000 tarihleri arasında gözetim ve denetim altında tutulan 3017 suçlu katılmıştır. Araştırmacılar, genç, şehirde yaşayan ve gözetim ve denetim altındayken tekrardan tutuklanan kişilerin daha çabuk yeniden suç işlediklerini bulmuşlardır.

Evli olmanın yeni bir uyuşturucu madde suçunun işlenme sürecini geciktirdiği görülmektedir. Öte yandan, erkeklerin, denetim altındaki siyahların ve sabıka kaydı olanların uyarıcı veya uyuşturucu madde kullanma suçu dışında bir suça daha fazla karıştıkları saptanmıştır. Araştırmacılar, daha önceden uyuşturucu suçundan tutuklanan kişilerin tedaviyi tamamlamada daha başarısız olduklarını bulmuşlardır. Evli ve çalışıyor olma tedaviyi tamamlama ile pozitif ilişki içindedir. Tedaviyi tamamlayanların % 73'ünün bir işte çalıştıkları ve bu grubun yarısından fazlasının evli olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, denetim altındaki siyah, düşük eğitim seviyesine sahip ve genç olanların başarısızlık oranları daha yüksektir.

Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalar da bezer sonuçlar elde etmişlerdir. Tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında yüksek eğitim seviyesi, daha fazla iş imkanları, tedaviye başlarken yüksek motivasyona sahip olmak, tedavi sırasında sağlık uzmanları ile iyi ilişkiler geliştirmek, ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olması, yaşın büyük olması ve yüksek sosyoekonomik statü bulunmaktadır (Howard ve McCaughrin, 1996; Vogt, 2000). Bazı araştırmalar tedavi sonucu ve cinsiyet arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığını göstermektedir (Prendergast, Podus, Chang ve Urada, 2002). Ancak başka çalışmalar da kadınların tedavi sonrası suç işleme eğilimlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Kadınlara özel tedavi uygulanması gerektiği ve kadınların madde kullanma, suç işleme ve tedaviye katılım modellerinin farklı olduğu ileri sürülmektedir (Vogt, 2000).

Brook ve diğer. (2001) çevresel faktörler, ailenin yasadışı madde kullanması, ebeveynin çocuk yetiştirme uygulamaları, ergen kişilik özellikleri ile ergenlerin uyuşturucu madde kullanması arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 2837 Kolombiyalı genç ve anneleri ile görüşme yapılmıştır. Araştırma sonuçları bazı çevresel faktörlerin (örneğin şiddet, erişilebilirlik, ve maçoluk), ailenin madde kullanması, anne-baba-çocuk arasında mesafeli

ilişki ve geleneksel olmayan davranışların ergenlerin madde kullanmasında risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Benda ve Pope (2006) 46-65 yaşları arasında Vietnam savaşında görev almış 600 evsiz erkek gaziye incelemiştir. Bu çalışmanın amacı tedavi sonrası 2 yıllık izleme programından sonra yeniden yatarak tedaviye alınmayı öngören faktörlerin belirlenmesidir. Araştırmacılar en kuvvetli faktörler arasında, komorbidite, intihar düşünceleri, hafıza kaybı, çocukluk döneminde cinsel ve fiziksel istismara uğramanın bulunduğunu ileri sürmektedirler.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

2.1.1. Ana Çalışma

İstanbul il sınırları içinde madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükmolan kişiler araştırmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır. Veriler, 2007 ile 2008 yıllarında T. C. Adalet Bakanlığı İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne intikal etmiş ve madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükmolmuş kişiler arasından tesadüfi olarak seçilen 115 kişiden toplanmıştır. 19 yaşın altında olanlar ve ilkokul eğitimi olmayan ya da okuma-yazma bilmeyenler çalışmaya dahil edilmemiştir. 19-55 yaşları arasındaki katılımcıların 110'u erkek (yaş ortalaması 29), 5'i kadın (yaş ortalaması 28), 39'u (% 34) ilkokul, 29'u (% 25) ortaokul, 34'ü (% 30) lise, 9'u (% 8) üniversite mezunu, 4'ü (% 3) üniversite öğrencisi, 33'ü (% 29) evli, 75'i (% 65) bekar, 4'ü (% 3) dul ve 3'ü (% 3) imam nikahlıdır.

2.1.2. Pilot Çalışma

Araştırmanın uygulama bölümüne başlamadan önce, katılımcıların tedavi programında başarı ve başarısızlıklarını öngörmesi muhtemel faktörlerin belirlenmesi amacıyla bir pilot çalışma yapılmıştır. Bu çalışma kapsamında, denetimli serbestlik ve yardım merkezlerinde çalışan 17 denetim görevlisi ve uzman rehber ile bağımlılık alanında çalışan 4 uzman psikiyatriste, "Madde kullanımı nedeniyle haklarında tedavi ve denetimli serbestlik kararı verilen kişilerin tedavi ve takip programında başarılı olmalarını sağlayan etkenler nelerdir?" ve "Madde kullanımı nedeniyle haklarında tedavi ve denetimli serbestlik kararı verilen kişilerin tedavi ve takip programında başarısız olmalarına yol açan etkenler nelerdir?" şeklinde iki açık uçlu sorunun yer aldığı anket formu verilmiştir. Pilot çalışma sonunda elde edilen veriler, ana çalışmada kullanılmıştır.

2.2. Kullanılan Araçlar

Araştırmadaki katılımcıların tedavi sürecinde başarılı veya başarısız olmalarını öngören faktörleri ortaya çıkarmak için “Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği”, kişilik özelliklerini değerlendirmek için “Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi” ve psikopatik özellikleri ölçmek için “Levenson Psikopati Ölçeği” uygulanmıştır. Ayrıca sosyodemografik ve klinik özellikleri saptamak için oluşturulmuş ve yarı yapılandırılmış “Sosyodemografik Veri Toplama Formu” kullanılmıştır. Katılımcılar hakkındaki hukuki veriler ve tedavi bilgileri adli dosya incelemesi ile elde edilmiştir.

2.2.1. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği

Pilot çalışma sonucunda, denetim görevlisi ve uzman rehberler ile bağımlılık alanında çalışan uzman psikiyatristlerden elde edilen verilere göre tedavi ve takip programında başarı ve başarısızlığa yol açabilecek etkenler belirlenmiş ve iki gruba ayrılmıştır. Bunlardan ilki, arkadaş ve aile çevresi, sosyal ve mesleki yaşam ve yasal yaptırımla ilgili etkenlerin (arkadaş çevresinin olumsuz baskısı, aile ve arkadaş grubunun madde kullanımına karşı tutumu, aile üyeleri ve arkadaşların bırakma konusundaki desteği, arkadaş ve aileye karşı bırakma konusunda duyulan sorumluluk hissi, yaşanan sosyal çevrede madde kullanımının yaygınlığı ve maddeye erişim kolaylığı, madde kullanımının sosyal ve mesleki yaşamdaki etkileri, bireyin yasal yaptırıma karşı tutumu) bulunduğu gruptur. Diğeri ise bireyin madde kullanımı hakkındaki farkındalık durumu ve bırakma konusundaki istek ve motivasyonu gibi etkenlerin bulunduğu gruptur. Bu etkenlerin ölçülmesi amacıyla iki alt-ölçek oluşturulmuştur. Sosyal ve Yasal Faktörler Alt-Ölçeği 17 maddeden (madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 19, 25, 26, 27, 28), Psikolojik Faktörler Alt-Ölçeği ise 11 maddeden (madde 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24) oluşmaktadır. Likert tipi ölçek kullanılmıştır (“Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün”, 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= genellikle katılmıyorum, 3= genellikle

katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum). Bazı maddeler ters puanlanmaktadır (madde 1, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 20, 24, 26). Toplam puan iki alt-ölçekten elde edilen puanların toplanmasıyla meydana gelmektedir.

2.2.2. Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi

Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi (Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire – ZKPQ) Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta ve Kraft (1993) tarafından geliştirilmiştir. ZKPQ kişiliğin beş boyutunu ölçen 89 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca sosyal kabul veya yanıtma hataları gösteren katılımcıları elimine etmek amacıyla oluşturulmuş 10 maddelik Seyreklik (Infrequency) ölçeği bulunmaktadır.

Nörotisizm-Anksiyete (Neuroticism-Anxiety) ölçeği 19 maddeden meydana gelmektedir. Bu ölçek sık sık duygusal çöküntü yaşama, gerginlik, endişe, kararsızlık, kendine güven eksikliği ve eleştiriye duyarlı olmayı tanımlamaktadır. Aktivite (Activity) ölçeği 17 maddeden ve iki alt-ölçekten oluşmaktadır. Genel Aktivite (General Activity) alt-ölçeği genel aktivite ihtiyacı, gevşeyememe ve gevşeme fırsatı doğduğunda değerlendirememeyi ifade etmektedir. İşe Harcanan Çaba (Work Effort) alt-ölçeği zor ve mücadele gerektiren işleri tercih etme, yoğun yaşam ve yüksek enerji seviyesini tanımlamaktadır. Sosyallik (Sociability) ölçeği 17 maddeden ve iki alt-ölçekten meydana gelmektedir. Partiler ve Arkadaşlar (Parties and Friends) alt-ölçeği bir kişinin sahip olduğu arkadaş sayısı, arkadaşlarıyla geçirdiği zamanın miktarı ve partilerde girişkenliği değerlendirmektedir. Yalnızlığa Tahammülsüzlük (Isolation Intolerance) alt-ölçeği yalnız olmak veya yalnız yapılan aktiviteler yerine başkalarıyla birlikte olma tercihini ifade etmektedir. Dürtüsel Heyecan Arayışı (Impulsive Sensation Seeking) ölçeği 19 maddeden ve iki alt-ölçekten oluşmaktadır. Dürtüsellik (Impulsivity) alt-ölçeği plan yapma eksikliği ve düşünmeden aklına geleni yapma eğilimini tanımlamaktadır. İkinci alt-ölçek olan Heyecan Arayışı (Sensation Seeking) yeni deneyim ve heyecanlar peşinde koşmayı ve bu tür deneyimler uğruna risk alma isteğini değerlendirmektedir. Saldırganlık-Düşmanlık

(Aggression-Hostility) ölçeği 17 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek sözlü saldırıda bulunmaya hazır olma, kabalık, düşüncesizlik veya antisosyal davranış, intikamcılık ve garezkarlık, çabuk sinirlenme ve başkalarına karşı tahammülsüzlüğü tanımlamaktadır.

Zuckerman – Kuhlman Kişilik Testinde yanıtların “Evet” ya da “Hayır” şeklinde verilmesi istenir (“Önemsiz şeyler hakkında kaygılanmam”, E= Evet, H= Hayır). Evet cevabı verilen maddenin değeri “1”, Hayır cevabı verilen maddenin değeri ise “0” olarak hesaplanır. ZKPQ’daki bazı maddeler ters puanlanmaktadır. Bir başka deyişle, bu maddeler için evet cevabı “0”, hayır cevabı “1” değerini almaktadır. Alt-ölçeklerin puanı evet veya ters puanlanan hayır cevaplarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır.

ZKPQ’nun total ve alt-ölçeklerinin kabul edilebilir bir iç tutarlılığı bulunmaktadır. Amerikan popülasyonunun (kadın ve erkek) total ve alt-ölçek skorları tatmin edici alfa değerleri (.70 - .80) göstermektedir (Zuckerman, 2002). Yalnızca Aktivite (Activity - Act) ölçeğinin Genel Aktivite (General Activity) alt-ölçeği kadın grubu için orta derecede alfa değerine (.56) sahiptir. Zotes (1999) ZKPQ’yu İspanyolcaya uyarlamış ve İspanyol popülasyonu üzerinde yapmış olduğu güvenilirlik çalışmasında benzer sonuçlar bulmuştur (Zuckerman, 2002’den naklen). Ancak Aktivite ölçeğinin ikinci alt-ölçeği olan İşe Harcanan Çaba (Work Effort) erkek ve kadın popülasyonunda düşük alfa değeri vermiştir (sırasıyla .47 ve .50). ZKPQ’nun Japon ve Alman popülasyonu üzerinde yapılmış olan güvenilirlik çalışmalarında da yüksek alfa değerleri elde edilmiştir (Shiomi, Kuhlman, David, Zuckerman ve Joireman, 1996; Ostendorf ve Angleitner, 1994; Zuckerman, 2002’den naklen). Ancak Çin popülasyonu üzerinde yapılan çalışmada 4 ölçeğin alfa değerinin .61 - .68 arasında değiştiği saptanmış, sadece Nörotisizm-Anksiyete (Neuroticism-Anxiety - N-Anx) ölçeğinin alfa değeri (.81) oldukça yüksek bulunmuştur (Wu ve diğer., 2000; Zuckerman, 2002’den naklen).

ZKPQ testi 153 Amerikan üniversite öğrencisine 3-4 hafta ara ile iki defa verilmiştir (Zuckerman, 2002). Test-tekrar test teknikleri ile hesaplanan güvenilirlik katsayılarının Dürtüsel Heyecan Arayışı (Impulsive Sensation Seeking - ImpSS) ölçeği için .80, Nörotisizm-Anksiyete (Neuroticism-Anxiety - N-Anx) ölçeği için .84, Saldırganlık-Düşmanlık (Aggression-Hostility - Agg-Host) ölçeği için .78, Aktivite (Activity - Act) ölçeği için .76 ve Sosyallik (Sociability - Sy) ölçeği için .83 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik katsayıları kadın ve erkek örneklem için benzer sonuçlar göstermiştir.

Ölçeğin yapı geçerliliği, ZKPQ, Costa ve McCrae (1992) tarafından geliştirilen NEO-PI-R (NEO Kişilik Envanteri - NEO Personality Inventory) ve Eysenck, Eysenck ve Barrett (1985) tarafından geliştirilen EPQ-R'ın (Eysenck Kişilik Testi - Eysenck Personality Questionnaire) karşılıklı ilişkileri incelenerek ve 5 faktörlü kişilik modeli ZKPQ ve NEO-PI-R ve iki faktörlü kişilik modeli EPQ-R arasında ne derece örtüşmenin olduğunu görebilmek üzere faktör analizi yapılarak gösterilmiştir (Zuckerman ve diğer., 1993). Çalışmaya 157 üniversite öğrencisi katılmıştır. 4 faktör varyansın % 74'ünü açıklamıştır. Birinci faktör Dışadönüklük (Extraversion – E), ikinci faktör Nörotisizm (Neuroticism – N), üçüncü faktör NEO-PI-R'ın Vicdanlılık (Conscientiousness), EPQ-R'ın Psikotisizm (Psychoticism) ve ZKPQ'nun Dürtüsel Heyecan Arayışı (Impulsive Sensation Seeking - ImpSS) olarak tanımlanmıştır. Dördüncü faktör ise NEO-PI-R'ın Hoşluk (Agreeableness) ve Açıklık (Openness) ve ZKPQ'nun Dürtüsel Heyecan Arayışı (Impulsive Sensation Seeking - ImpSS) ile oluşmuştur. Sonuçlar, her 3 ölçek tarafından temsil edilen faktörler arasında yüksek derecede uyum olduğunu göstermiştir. Nörotisizm her 3 test için de hemen hemen benzer sonuçlar vererek ikinci faktöre yüklenmiştir (.90 ve üstü). Diğer faktörlerdeki uyum yine yüksek olarak bulunmuştur: Dışadönüklük ve Sosyallik ölçekleri 1. faktöre (.76 ve .88), Vicdanlılık, Dürtüsel Heyecan Arayışı ve Psikotisizm ölçekleri 3. faktöre (-.86, .74 ve .80), Hoşluk ve Saldırganlık-Düşmanlık ölçekleri 4. faktöre (.81 ve -.72) yüklenmiştir. NEO-PI-

R'ın Deneyimlere Açık Olma ölçeği 4. faktöre ve ZKPQ'nun Aktivite ölçeği 1. faktöre yüklenmiştir.

ZKPQ diğer kişilik ölçekleri ile de pozitif korelasyon göstermektedir. ZKPQ, NEO, EPQ, Buss ve Plomin (1984) tarafından geliştirilen EASI, Zuckerman, Eysenck ve Eysenck (1978) tarafından geliştirilen SSS V ve Block ve Block (1980) tarafından geliştirilen Ego-Kontrol (Ego-Control) ve Ego-Esneklik (Ego-Resilience) ölçeklerinin karşılıklı ilişkileri incelenmiştir (Zuckerman, 2002). EPQ ve NEO'nun Dışadönüklük ve EASI'nın Sosyallik ölçeği ile ZKPQ'nun Sosyallik ölçeği yüksek pozitif korelasyon vermiştir (sırasıyla $r = .70$, $r = .70$ ve $r = .67$). ZKPQ'nun Nörotisizm-Anksiyete ölçeği, EPQ ve NEO'nun Nörotisizm ve EASI'nın Duyarlılık ölçeği ile yüksek pozitif korelasyon göstermiştir ($r = .79$, $r = .79$ ve $r = .68$). ZKPQ'nun Dürtüsel Heyecan Arayışı ölçeği, EPQ'nun Psikotisizm, EASI'nın Dürtüsellik, Ego-Kontrol ve SSS V total skoru ile yüksek pozitif korelasyon ($r = .55$, $r = .70$, $r = .63$ ve $r = .66$) ve NEO'nun Vicdanlılık ölçeği ile orta derecede negatif korelasyon vermiştir ($r = -.51$). ZKPQ'nun Saldırganlık-Düşmanlık ölçeği, NEO'nun Hoşluk ölçeği ile yüksek negatif korelasyon ($r = -.63$) ve EASI'nın Duyarlılık ve Dürtüsellik ölçekleri ile orta derecede pozitif korelasyon göstermiştir ($r = .46$ ve $r = .42$). ZKPQ'nun Aktivite ölçeği, EASI'nun Aktivite ölçeği ile yüksek pozitif korelasyon vermiştir ($r = .59$).

Thornquist ve Zuckerman (1995), Hare'nin (1991) Öz Bildirim Psikopati Ölçeğini kullanarak tedavi programına katılan madde bağımlısı tutukluların psikopati seviyelerini değerlendirmişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar, Newman ve Kosson (1986) tarafından geliştirilen pasif-kaçınma öğrenmesi ile ilgili bir görev üzerinden değerlendirilmişlerdir. Bütün deneklere ZKPQ ölçeği verilmiştir. Araştırmacılar, psikopati değerlendirmeleri ile ZKPQ'nun Dürtüsel Heyecan Arayışı ölçeği arasındaki korelasyonu sadece beyaz ırktan olanlarda bulmuşlar ancak Afrikalı-Amerikan veya İspanyol ırkından olanlarda böyle bir ilişki saptamamışlardır. ZKPQ'nun Dürtüsel Heyecan Arayışı ölçeği ile pasif-kaçınma

hataları (ceza sinyallerine tepki vermemeyi öğrenme) arasında ise yüksek uyum saptanmıştır (Zuckerman, 2002'den naklen).

2.2.3. Levenson Psikopati Ölçeği

Levenson'un Psikopati Ölçeği (Levenson Self-Report Psychopathy – LSRP) iki alt-ölçekten ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Bu iki ölçeğin her biri, psikopatiyle ilgili varsayılan alanlardan birini işaret etmektedir. 16 soru Birincil Psikopatiyi, 10 soru ise İkincil Psikopatiyi ölçmektedir (Levenson, Kiehl, ve Fitzpatrick, 1995). Birincil psikopati, vurdumduymaz, manipülatif, duygusuz, güvenilmez, bencilce diğer kişileri kullanma, yaşananlardan ders almama ve empati yapmama eğilimine işaret ederken, ikincil psikopati veya 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 olan ve klinik popülasyonlarda daha yaygın olması muhtemeldir. Birincil psikopatının genetik, ikincil psikopatiyle ilgili özelliklerin ise çevresel olduğu varsayılmaktadır (Skeem, Kerr, Johansson, Andershed ve Louden, 2007). Birincil psikopatının dışarıya dönük, kendine güvenen, dominant ve kaygı düzeyi düşük, ikincil psikopatının ise içine kapanık, kendine güveni az, duygusal olarak değişken ve antisosyal hayat stilini benimseme gibi karakteristik özellikleri içerdiği düşünülmektedir. LSRP Likert tipi bir ölçektir (“Başkalarının duygularıyla oynamaktan hoşlanırım”, 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= genellikle katılmıyorum, 3= genellikle katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum). Bazı maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan, birincil ve ikincil psikopati alt-ölçeklerinden elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. LSRP ölçeğinden elde edilen yüksek puan fazla derecede psikopatiyi ifade etmektedir. Benzer şekilde, yüksek puan alınan her bir alt-ölçek yüksek derecede birincil veya ikincil psikopatiye işaret etmektedir.

Levenson ve diğer. (1995) her iki alt-ölçeğin tatmin edici bir iç tutarlılığı olduğunu bildirmektedirler. Birincil psikopatinin alfa değeri oldukça yüksektir (.83). İkincil psikopatinin alfa değeri birincil psikopatininkinden daha düşük olmakla birlikte (.63) 10 soruluk bir ölçek için kabul edilebilirdir. Lynam, Whiteside ve Jones (1999) birincil ve ikincil psikopati alt-ölçeklerinin iç tutarlılığı ile ilgili benzer alfa değerleri ortaya koymaktadırlar ($\alpha = .84$ birincil psikopati için, $\alpha = .68$ ikincil psikopati için). Lynam ve diğer. (1999) çalışmalarında, birincil ve ikincil psikopati arasında anlamlı ancak orta derecede korelasyon olduğunu göstermektedirler ($r = .43$). LSRP'yi kullanan başka araştırmacılar da ölçeğin güvenilirliği ile ilgili olarak kabul edilebilir değerler saptamışlardır (Ferrigan, Valentiner ve Berman, 2000; Brinkley, Schimitt, Smith ve Newman, 2001).

Psikopati ile ilgili yapılan çalışmalarda psikopatinin erkeklerde biraz daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Levenson ve diğer. (1995) LSRP'yi kullanarak yapmış oldukları çalışmalarında, erkeklerin kadınlardan hem birincil hem de ikincil psikopati açısından daha yüksek skorlar aldıklarını saptamışlardır.

Levenson ve diğer. (1995) LSRP'inin geçerliliğini iki farklı şekilde göstermişlerdir. İlk olarak LSRP skorları, heyecan ve macera arama ve zarardan kaçınmayı saptayan Zuckerman Uyarım Arama Envanteri (SSS) gibi ilgili ölçeklerle karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda LSRP ve SSS'nin ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikopatik eğilimler, heyecan ve macera arama ile pozitif, zarardan kaçınma ile negatif korelasyon göstermiştir. İkinci olarak Levenson ve diğer. (1995), LSRP'den elde edilen yüksek skorların, alkol/uyuşturucu madde kullanma, kopya çekme ve intihal gibi üniversite öğrencileri arasındaki antisosyal davranışları öngörüp öngörmediğini belirlemeye çalışmışlardır. Birincil ve ikincil psikopati alt-ölçeklerinin her ikisinin de antisosyal davranışlarla pozitif korelasyon gösterdikleri saptanmıştır. Özetle bu çalışma sonunda antisosyal davranışlar ve etik olmayan

eylemlerle birincil ve ikincil psikopati arasında, klinik olmayan bir popülasyon üzerinde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Miller, Gaughan ve Pryor (2008) 271 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmalarında, LSRP faktörleri ile kişilik özellikleri ve bozuklukları arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Faktör 1'in (birincil psikopati) antagonistik (karşıt) kişilerarası stil (örn. düşük düzeyde hoşluk, yüksek narsisistik kişilik bozukluğu ve prototipik psikopati değerleri) ile, Faktör 2'nin ise (ikincil psikopati) negatif duygusallık (örn. nörotisizm), disinhibisyon (örn. düşük vicdan derecesi) ve geniş ölçüde kişilik bozuklukları semptomları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

LSRP diğer psikopati ölçekleri ile de pozitif korelasyon vermektedir. Hare'nin (1991) Öz Bildirim Psikopati Ölçeği (Hare Self-Report Psychopathy Scale – HSRP) ile total, birincil ve ikincil psikopati yüksek pozitif korelasyonlar (sırasıyla $r = .64$, $r = .66$ ve $r = .42$) vermiştir (Lynam ve diğer., 1999). Ancak LSRP ile orta seviyede korelasyon gösteren psikopati ölçekleri de vardır. Elwood, Poythress ve Douglas (2004) LSRP'nin birincil ve ikincil psikopati skorları ile Hare P-SCAN'ın alt ölçekleri arasında .20 ile .37 aralığında pozitif korelasyon bulmuşlardır. Benzer bir şekilde, Brinkley ve diğer. (2001) Wisconsin'deki minimum güvelikli bir cezaevindeki mahkumlar üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında PCL-R (Psikopati Kontrol Listesi – Psychopathy Checklist Revised) ile LSRP'yi karşılaştırmışlardır. Korelasyonlar pozitif ve anlamlı olmakla beraber orta dereceli olarak bulunmuştur (.13 - .38). Bu çalışma ile LSRP'nin kriminal popülasyonlarda da kullanabilen geçerli bir ölçek olduğu görülmektedir.

2005 yılında Engeler tarafından Türkçeye uyarlanan Levenson Psikopati Ölçeği orijinaline benzer ancak biraz daha düşük iç tutarlılık değerleri vermiştir. 212 katılımcıdan oluşan örneklemin birincil psikopati için alfa değeri .76, test-tekrar test korelasyonu .77 olarak bulunmuştur. İkincil psikopatinin güvenilirliği .51, test-tekrar test korelasyonu .68

olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerliliği ise yine Türkçeye uyarlanan ve insana güvensizliği, yalancılık ve hesaplı pohpohlayıcı tutum gibi kişilerarası manipülasyonu içeren davranışları ölçen MACH-VI (Christie ve Geis, 1970; Engeler, 2005'den naklen), bilişsel ve emosyonel empatiyi ölçen Davis'in (1980) Kişilerarası Tepkisellik İndeksi ve öğrenci popülasyonunda etik olmayan davranışları ve antisosyal eylemleri ölçen AAS (Levenson ve ark., 1995; Engeler, 2005'den naklen) ile karşılaştırılmasıyla gösterilmiştir. Birincil ve ikincil psikopati AAS ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir (sırasıyla $r = .48$ ve $r = .25$). Birincil psikopati MACH-IV ile yüksek korelasyon vermiştir ($r = .56$). İkincil psikopati ise beklenenden biraz daha düşük korelasyon vermekle birlikte yine pozitif bir korelasyon vermiştir ($r = .25$). Birincil psikopati ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksinin alt-ölçeklerinden Empatik Düşünce ve Perspektif Alma ile negatif bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (sırasıyla $r = -.40$ ve $r = -.26$). İkincil psikopati ise Perspektif Alma ile negatif, Kişisel Rahatsızlık ile pozitif anlamlı ilişki göstermiştir (sırasıyla $r = -.37$ ve $r = .33$). Ayrıca üniversite popülasyonunda etik olmayan ve antisosyal eylemlerin en çok birincil psikopatiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçları, erkeklerin kadınlardan birincil psikopatide daha yüksek ortalamaya sahip olduklarını göstermiştir.

2.2.4. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Çalışmada kullanılan, sosyodemografik ve klinik özellikleri saptamak için oluşturulmuş ve yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Toplama Formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümdeki sorular; adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, yaşadığı yer, sosyo-ekonomik düzeyi vb. sosyodemografik verileri elde etmek için hazırlanmıştır. Sonraki sorularda, maddeye başlama yaşı, madde kullanımına bağlı yaşam sorunları ve bunların başlangıç yaşı, tedaviye ilk başvuru yaşı ve sayısı, madde kullanımına bağlı gelişen adli-idari sorunlar, evlilik ve aile sorunları, özkıyım girişimleri, yakın

akrabalarda madde bağımlılığı ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi demografik veriler yer almaktadır.

2.2.5. Adli Dosya İncelemesi

Araştırmada, retrospektif yöntem kullanılarak adli dosya incelemesi yapılmıştır. Bu çalışma kapsamında, katılımcıların daha önceden suç işleyip işlemedikleri (sabıka kaydı), mahkemeye yansıyan ve olay anında ele geçirilen madde veya maddelerin neler olduğu, madde kullanımı dışında başka suçlardan devam etmekte olan davaların olup olmadığı ve tedavi takip formları ve test sonuçlarıyla ilgili bilgilendirme yazıları incelenmiştir.

2.3. Bağımlılık Tedavisinde Başarılı ve Başarısız Olan Katılımcıların Belirlenmesi

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM'e (Alkol ve Madde Araştırma Tedavi Eğitim Merkezi) yönlendirilen denetimli serbestlik olgularının tedavi olup olmadıkları ile ilgili karar sadece idrar testlerine bakılarak verilmektedir. Bir başka deyişle, standart bir tedavi programı uygulanmamakta, sadece madde kullanıp kullanmadıkları tespit edilmektedir. Tahlillerin sonucu bağımlılık merkezi tarafından denetimli serbestlik ve yardım merkezlerine yazı ile bildirilmektedir. Bu çalışmada bağımlılık tedavisinde başarılı ve başarısız olan katılımcıları belirlemek amacıyla dosyalarından elde edilen tedavi takip formları ve test sonuçlarıyla ilgili bilgilendirme yazıları temel alınmıştır. AMATEM'deki tedavi programında madde kullanıcıları 3 haftada bir idrar testi yaptırmaktadırlar. Üst üste 6 temiz tahlil sonucunda kişiye heyet tarihi verilmekte ve heyet toplanıncaya kadar testler devam etmektedir. Bu çalışmada belirlenen başarı kriteri 8 aylık bir sürede heyet raporunun alınmış olmasıdır. Söz konusu sürede heyet raporu alamamış katılımcılar başarısız olarak belirlenmiştir.

2.4. Prosedür

Katılımcılar, anketler verilmeden önce araştırma ve ölçekler hakkında bilgilendirilmiş ve katılıp katılmamak konusunda serbest oldukları belirtilmiştir.

Katılımcıların sorulara dürüst cevap vermesi amacıyla bilgilerin kesinlikle gizli tutulacağı ve tüm kayıtların anonim olarak kaydedileceği vurgulanmıştır. Anketler, denetim görevlileri tarafından katılımcılara verilmiş ve tüm soruların yanıtlanıp yanıtlanmadığı kontrol edildikten sonra toplanmıştır.

2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 15.0) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin iki gruplu karşılaştırılmasında bağımsız t testi kullanılmıştır. Genel güvenilirlik için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. İki alt ölçek arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tedavi başarısında kesim noktasını belirlemek için ROC eğrisi analizi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde çift yönlü sınanmış ve değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, tablolaştırılarak bulgular bölümünde yorumlanmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Tedavi Sonucuna Etkisine İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci amacı olguların sosyodemografik özelliklerine göre tedavi sonucunun anlamlı farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymaktır. Bu amaçla Sosyodemografik Veri Toplama Formundan elde edilen verilere göre tedavide başarılı ve başarısız madde kullanıcılarının yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi özelliklere göre dağılımları ve bu özelliklerin tedavi sonucunu etkileyip etkilemediği tablolar halinde verilmiştir.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının yaş ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1.

Yaş ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

	Tedavi Sonucu				Toplam	<i>p</i>		
	Başarısız		Başarılı					
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%				
	19-25	12	25.5	26	38.2	38	33.0	0.001
	26-30	11	23.4	29	42.6	40	34.8	
Yaş	31 ve üstü	24	51.1	13	19.1	37	32.2	
	TOPLAM	47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 1’de görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre, yaş grupları dağılımında homojen yapı sağlanamamıştır ($p < 0.05$). 19-25 ve 26-30 yaş grubunda tedavi daha başarılı olmuştur.

31 yaş ve üstü katılımcıların 19-25 ve 26-30 yaş grubuna göre tedavide daha başarısız olmalarında çoklu kullanımın etkisinin olup olmadığını görmek amacıyla yaş gruplarına göre kullanılan madde sayısının dağılımı incelenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2.

Yaş Gruplarına Göre Kullanılan Madde Sayısı

		Yaş Grubu			Toplam	
		19-25	26-30	31 ve üstü		
Olgunun Kullandığı Madde	Bir Madde	<i>N</i>	23	28	17	68
		%	60.0	70.0	45.9	59.1
	Birden Fazla Madde	<i>N</i>	15	12	20	47
		%	39.5	30.0	54.1	40.9
TOPLAM		<i>N</i>	38	40	37	115
		%	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 2’de görüldüğü gibi birden fazla madde kullanımı 31 ve üstü yaş grubunda daha fazladır. Ayrıca 31 ve üstü yaş grubundaki 37 kişiden 25’i (% 67.5) 10 seneden fazla bir süredir madde kullanmakta ve 18’inin (% 48.7) sabıka kaydı bulunmaktadır.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının cinsiyet ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3.

Cinsiyet ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Cinsiyet	Erkek	47	100.0	63	92.6	110	95.7	0.057
	Kadın	0	0	5	7.4	5	4.3	
	TOPLAM	47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 3’de görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre, cinsiyet grupları dağılımında homojen yapı sağlanmıştır ($p>0.05$). Buna göre cinsiyet tedaviyi etkilememektedir.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının medeni durum ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4.

Medeni Durum ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Medeni Durum	Evli	14	29.8	22	32.4	36	31.3	0.403
	Bekar	28	59.6	44	64.7	72	62.6	
	Dul	3	6.4	1	1.5	4	3.5	
	İmam Nikahlı	2	4.3	1	1.5	3	2.6	
	TOPLAM	47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 4’de görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre, medeni durum dağılımında homojen yapı sağlanmıştır ($p>0.05$). Buna göre medeni durum tedaviyi etkilememektedir.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının eğitim durumu ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 5’de görülmektedir.

Tablo 5.

Eğitim Durumu ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Eğitim Durumu	İlkokul	19	40.4	20	29.4	39	33.9	0.033
	Ortaokul	12	25.5	17	25.0	29	25.2	
	Lise	16	34.0	18	26.5	34	29.6	
	Üniversite Öğren.	0	0	4	5.9	4	3.5	
	Üniversite	0	0	9	13.2	9	7.8	
TOPLAM	47	100.0	68	100.0	115	100.0		

Tablo 5’de görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre, eğitim durumu dağılımında homojen yapı sağlanamamıştır ($p<0.05$). Üniversite öğrencisi ve üniversite mezunlarının tümü tedavide başarılı olmuştur. Lise ve lise altı eğitim düzeyinde tedavi başarısı hemen hemen yarı yarıyadır.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının çalışma durumu ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 6’da görülmektedir.

Tablo 6.

Çalışma Durumu ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	31	66.0	57	83.8	88	76.5	0.026
	Çalışmıyor	16	34.0	11	16.2	27	23.5	
TOPLAM		47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 6’da görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre çalışma durumu dağılımında homojen yapı sağlanamamıştır ($p<0.05$). Buna göre çalışanların, çalışmayanlara göre tedavileri daha başarılı olmuştur.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının maddeye başlama yaşı ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7.

Maddeye Başlama Yaşı ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Maddeye Başlama Yaşı	18 ve altı	27	57.4	23	33.8	50	43.5	0.030
	19-25	14	29.8	36	52.9	50	43.5	
	26 ve üstü	6	12.8	9	13.2	15	13.0	
TOPLAM		47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 7’de görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre maddeye başlama yaşı dağılımında homojen yapı sağlanamamıştır ($p<0.05$). 19 yaşından önce maddeye başlayanların tedavileri daha başarısız olmuştur.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının yakalanan madde ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8.

Yakalanan Madde ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Yakalanan Madde	Esrar	38	80.9	60	88.2	98	85.2	0.199
	Eroin	3	6.4	0	0	3	2.6	
	Ecstasy	4	8.5	6	8.8	10	8.7	
	Kokain	2	4.3	2	2.9	4	3.5	
	TOPLAM	47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 8’de görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre yakalanan madde dağılımında homojen yapı sağlanmıştır ($p>0.05$). Buna göre yakalanan madde tedaviyi etkilememektedir.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının kullanılan madde ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 9’da görülmektedir.

Tablo 9.

Kullanılan Madde ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Kullanılan Madde	Bir Madde	20	42.6	48	70.6	68	59.1	0.003
	Birden Fazla Madde	27	57.4	20	29.4	47	40.9	
TOPLAM		47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 9’da görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre kullanılan madde dağılımında homojen yapı sağlanamamıştır ($p<0.05$). Sadece bir madde kullananların tedavileri daha başarılı olmuştur.

Araştırma grubunu oluşturan madde kullanıcılarının sabıka kaydı ve tedavi sonucuna göre dağılımları Tablo 10’da görülmektedir.

Tablo 10.

Sabıka Kaydı ve Tedavi Sonucuna Göre Frekans ve Yüzdeler

		Tedavi Sonucu				Toplam		<i>p</i>
		Başarısız		Başarılı				
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Sabıka	Sabıkasız	24	51.1	59	86.8	83	72.2	0.000
Kaydı	Sabıklı	23	48.9	9	13.2	32	27.8	
TOPLAM		47	100.0	68	100.0	115	100.0	

Tablo 10’da görüldüğü gibi, tedavi sonucuna göre sabıka kaydı dağılımında homojen yapı sağlanamamıştır ($p < 0.05$). Sabıkasız olmayanların tedavileri daha başarılı olmuştur.

3.2. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörlere İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci amacı, katılımcıların kendileri ve çevreleriyle ilgili subjektif olarak algıladıkları bazı özelliklerin tedavi başarısı üzerine etkisini araştırmaktır. Bu amaçla, katılımcıların, araştırmacı tarafından geliştirilen Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde yer alan 28 maddenin her birine vermiş oldukları cevapların ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Tedavide başarılı olan ve olmayan gruplarda anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla bağımsız t-testi uygulanmıştır. Ayrıca Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach katsayısı hesaplanmış ve iki alt-ölçek (sosyal ve yasal faktörler alt-ölçeği ve psikolojik faktörler alt-ölçeği) arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek toplam puanı kesim noktası için duyarlılık, özgüllük değerleri hesaplanmış ve “receiver operating characteristics” ROC eğrisi çizilmiştir.

Tablo 11’de 1. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 11.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 1. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

1. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Arkadaşlarımın veya arkadaşlarım ile yaptığımız aktivitelerin madde kullanmamda etkisi olduğunu düşünüyorum.	Başarısız	47	3.47	0.62	4.76	0.000
	Başarılı	68	2.56	1.20		

Tablo 11’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Arkadaşlarımın veya arkadaşlarım ile yaptığımız aktivitelerin madde kullanmamda etkisi olduğunu düşünüyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Arkadaşlarımın veya arkadaşlarım ile yaptığımız aktivitelerin madde kullanmamda etkisi olduğunu düşünüyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 12’de 2. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 12.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 2. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

2. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Maddeden uzak durmam ve olumsuz davranışlarımı değiştirmem konusunda yeterli arkadaş desteğine sahibim.	Başarısız	47	1.81	0.71	-7.92	0.000
	Başarılı	68	3.15	1.00		

Tablo 12’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Maddeden uzak durmam ve olumsuz davranışlarımı değiştirmem konusunda yeterli arkadaş desteğine sahibim.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Maddeden uzak durmam

ve olumsuz davranışlarımı değiştirmem konusunda yeterli arkadaş desteğine sahibim.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 13’de 3. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 13.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 3. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

3. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Arkadaşlarımlayken kendime güvenim artıyor. Tek başımayken kendimi savunmasız ve güçsüz hissediyorum.	Başarısız	47	2.32	0.84	6.34	0.000
	Başarılı	68	1.40	0.72		

Tablo 13’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Arkadaşlarımlayken kendime güvenim artıyor. Tek başımayken kendimi savunmasız ve güçsüz hissediyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Arkadaşlarımlayken kendime güvenim artıyor. Tek başımayken kendimi savunmasız ve güçsüz hissediyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 14’de 4. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 14.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 4. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

4. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Madde kullanımı nedeniyle aile, sosyal ve mesleki yaşamda ciddi sorunlarla karşılaşmadım.	Başarısız	47	2.83	1.15	1.06	0.291
	Başarılı	68	2.59	1.24		

Tablo 14’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Madde kullanımı nedeniyle aile, sosyal ve mesleki yaşamda ciddi sorunlarla

karşılaştım ve zarar gördüm.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 15’de 5. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 15.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 5. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

5. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Düzenli olarak görüşmelere gitmem ve tahlil yaptırmam konusunda işyerimden kolayca izin alabiliyorum.	Başarısız	47	2.30	1.08	-1.05	0.294
	Başarılı	68	2.51	1.09		

Tablo 15’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Düzenli olarak görüşmelere gitmem ve tahlil yaptırmam konusunda işyerimden kolayca izin alabiliyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 16’da 6. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 16.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 6. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

6. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Ailem maddeyi bırakmam konusunda bana her zaman destek ve yardımcı olmaktadır.	Başarısız	47	2.74	0.97	-3.38	0.001
	Başarılı	68	3.37	0.98		

Tablo 16’da görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Ailem maddeyi bırakmam konusunda bana her zaman destek ve yardımcı olmaktadır.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Ailem maddeyi bırakmam

konusunda bana her zaman destek ve yardımcı olmaktadır.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 17’de 7. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 17.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 7. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

7. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Ailem ve arkadaş çevremden bazı kişiler madde kullandığımı öğrenirse çok utanırım.	Başarısız	47	1.83	0.89	-10.15	0.000
	Başarılı	68	3.40	0.76		

Tablo 17’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Ailem ve arkadaş çevremden bazı kişiler madde kullandığımı öğrenirse çok utanırım.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p < 0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Ailem ve arkadaş çevremden bazı kişiler madde kullandığımı öğrenirse çok utanırım.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 18’de 8. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 18.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 8. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

8. Madde	Deneğin tedavi sonucu	N	M	SD	t	p
Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek.	Başarısız	47	3.23	0.76	4.94	0.000
	Başarılı	68	2.35	1.05		

Tablo 18’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem

gerek.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 19’da 9. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 19.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 9. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

9. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün.	Başarısız	47	3.38	0.71	3.82	0,000
	Başarılı	68	2.74	1.00		

Tablo 19’da görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 20’de 10. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 20.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 10. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

10. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Ailem madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır.	Başarısız	47	1.51	0.88	1.76	0.080
	Başarılı	68	1.26	0.61		

Tablo 20’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Ailem madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 21’de 11. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 21.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 11. Maddesi İçin T-Testi Değerleri

11. Madde	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Arkadaş çevremdeki herkes madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır.	Başarısız	47	2.94	0.82	6.99	0.000
	Başarılı	68	1.85	0.82		

Tablo 21’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Arkadaş çevremdeki herkes madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Arkadaş çevremdeki herkes madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 22’de 12. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 22.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 12. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

12. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Manevi ve ahlaki değerler iç dünyamda önemli bir yere sahiptir.	Başarısız	47	3.15	0.72	-2.31	0.023
	Başarılı	68	3.47	0.74		

Tablo 22’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Manevi ve ahlaki değerler iç dünyamda önemli bir yere sahiptir.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Manevi ve ahlaki değerler iç dünyamda önemli bir yere sahiptir.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 23’de 13. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 23.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 13. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

13. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Madde kullanımıyla ilgili bir problemimin olduğuna inanmıyorum.	Başarısız	47	3.15	0.91	1.61	0.110
	Başarılı	68	2.82	1.16		

Tablo 23’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Madde kullanımıyla ilgili bir problemimin olduğuna inanmıyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 24’de 14. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 24.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 14. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

14. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Maddeden uzak durduğumda aile ve iş hayatımda olumlu gelişmeler meydana geliyor.	Başarısız	47	2.68	0.93	-4.21	0.000
	Başarılı	68	3.41	0.90		

Tablo 24’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Maddeden uzak durduğumda aile ve iş hayatımda olumlu gelişmeler meydana geliyor.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Maddeden uzak durduğumda aile ve iş hayatımda olumlu gelişmeler meydana geliyor.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 25’de 15. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 25.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 15. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

15. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Maddeyi bırakma ve yaşamıma bir düzen verme konusunda ileriye dönük planlar yapıyorum.	Başarısız	47	2.85	0.69	-5.55	0.000
	Başarılı	68	3.50	0.56		

Tablo 25’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Maddeyi bırakma ve yaşamıma bir düzen verme konusunda ileriye dönük planlar yapıyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Maddeyi bırakma ve yaşamıma bir düzen verme konusunda ileriye dönük planlar yapıyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 26’da 16. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 26.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 16. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

16. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum.	Başarısız	47	3.00	0.63	16.38	0.000
	Başarılı	68	1.32	0.47		

Tablo 26’da görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 27’de 17. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 27.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 17. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

17. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Çevremdeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekiyorum.	Başarısız	47	2.30	0.86	7.96	0.000
	Başarılı	68	1.29	0.49		

Tablo 27’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Çevremdeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekiyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi

sonucu başarısız olanlar “Çevremdeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekiyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 28’de 18. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 28.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 18. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

18. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Boş zamanlarımı değerlendirecek faaliyetler bulmakta güçlük çekiyorum.	Başarısız	47	2.57	0.93	5.77	0.000
	Başarılı	68	1.66	0.77		

Tablo 28’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Boş zamanlarımı değerlendirecek faaliyetler bulmakta güçlük çekiyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Çevremdeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekiyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 29’da 19. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 29.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 19. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

19. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Ailemi kaybetmeyi asla göze almam.	Başarısız	47	3.36	0.76	-3.90	0.000
	Başarılı	68	3.81	0.47		

Tablo 29’da görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Ailemi kaybetmeyi asla göze almam.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre

istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Ailemi kaybetmeyi asla göze almam.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 30’da 20. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 30.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 20. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

20. Madde	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Başarabileceğime ve kontrolün bende olduğuna dair inancım tam.	Başarısız	47	2.79	0.66	-7.56	0.000
	Başarılı	68	3.62	0.52		

Tablo 30’da görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Başarabileceğime ve kontrolün bende olduğuna dair inancım tam.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Başarabileceğime ve kontrolün bende olduğuna dair inancım tam.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 31’de 21. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 31.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 21. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

21. Madde	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Hayatta başarılı olmak ve bir yerlere gelmeyi istiyorum.	Başarısız	47	3.43	0.54	-2.47	0.015
	Başarılı	68	3.66	0.48		

Tablo 31’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Hayatta başarılı olmak ve bir yerlere gelmeyi istiyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı

olanlar “Hayatta başarılı olmak ve bir yerlere gelmeyi istiyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 32’de 22. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 32.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 22. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

22. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Kaybetmeyi göze alamayacağım önemli şeylere sahibim.	Başarısız	47	3.40	0.74	-4.02	0.000
	Başarılı	68	3.84	0.41		

Tablo 32’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Kaybetmeyi göze alamayacağım önemli şeylere sahibim.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Kaybetmeyi göze alamayacağım önemli şeylere sahibim.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 33’de 23. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 33.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 23. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

23. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Geleceğe ait hiçbir beklentim yok. Sadece günümü yaşıyorum.	Başarısız	47	1.70	0.72	2.90	0.004
	Başarılı	68	1.37	0.52		

Tablo 33’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Geleceğe ait hiçbir beklentim yok. Sadece günümü yaşıyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu

başarısız olanlar “Geleceğe ait hiçbir beklentim yok. Sadece günümü yaşıyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 34’de 24. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 34.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 24. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

24. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyacım olduğunu düşünüyorum.	Başarısız	47	2.32	0.98	2.56	0.012
	Başarılı	68	1.87	0.90		

Tablo 34’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyacım olduğunu düşünüyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p < 0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyacım olduğunu düşünüyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 35’de 25. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 35.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 25. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

25. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Denetimli serbestlik tedbiri süresince uzman ile uyumlu ve işbirliğine açık bir ilişki içindeyim.	Başarısız	47	3.30	0.83	-3.37	0.001
	Başarılı	68	3.74	0.56		

Tablo 35’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Denetimli serbestlik tedbiri süresince uzman ile uyumlu ve işbirliğine açık bir ilişki içindeyim.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Denetimli serbestlik tedbiri süresince uzman ile uyumlu ve işbirliğine açık bir ilişki içindeyim.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 36’da 26. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 36.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 26. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

26. Madde	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini yerine getirmek ve düzenli tahlil yaptırmak yerine cezaevine girmeyi tercih ederim.	Başarısız	47	1.38	0.71	4.20	0.000
	Başarılı	68	1.01	0.12		

Tablo 36’da görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini yerine getirmek ve düzenli tahlil yaptırmak yerine cezaevine girmeyi tercih ederim.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarısız olanlar “Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini yerine getirmek ve düzenli tahlil yaptırmak yerine cezaevine girmeyi tercih ederim.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 37’de 27. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 37.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 27. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

27. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Ailemin ya da yakın çevrem madde kullanımı nedeniyle yakalandığımı öğrenmelerini istemediğim için tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini eksiksiz yerine getiriyorum.	Başarısız	47	2.04	0.86	-8.73	0.000
	Başarılı	68	3.44	0.84		

Tablo 37’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Ailemin ya da yakın çevrem madde kullanımı nedeniyle yakalandığımı öğrenmelerini istemediğim için tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini eksiksiz yerine getiriyorum.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Ailemin ya da yakın çevrem madde kullanımı nedeniyle yakalandığımı öğrenmelerini istemediğim için tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini eksiksiz yerine getiriyorum.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 38’de 28. madde için tedavide başarılı ve başarısız olan grubun ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 38.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 28. Maddesi İçin T-Testi Sonuçları

28. Madde	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Yakalanmam ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolmam aklımı başıma getirdi. Madde kullanmamın bir sorun olduğunu anladım.	Başarısız	47	2.11	0.81	-11.69	0.000
	Başarılı	68	3.62	0.57		

Tablo 38’de görüldüğü gibi, Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinde, “Yakalanmam ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolmam aklımı başıma getirdi. Madde kullanmamın bir sorun olduğunu anladım.” faktörü olgunun tedavi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavi sonucu başarılı olanlar “Yakalanmam ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolmam aklımı başıma getirdi. Madde kullanmamın bir sorun olduğunu anladım.” düşüncesine daha fazla katılmaktadır.

Tablo 39’da Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değerleri görülmektedir.

Tablo 39.

Çalışmaya Katılan Tüm Olgular İçin Her Bir Ölçek Sorusunun, Ölçek Toplam Puanı İle Korelasyonu ve Soru Çıkarıldığında Ölçek Cronbach Katsayısı

Madde	Ölçek Toplamı İle Korelasyon	Cronbach (soru çıkarsa)
1	0.457	0.874
2	0.597	0.870
3	0.512	0.873
4	0.100	0.886
5	0.151	0.883
6	0.376	0.877
7	0.678	0.868
8	0.543	0.872
9	0.389	0.876
10	0.110	0.881
11	0.616	0.870
12	0.276	0.878
13	-0.046	0.888
14	0.422	0.875
15	0.603	0.872
16	0.781	0.866
17	0.563	0.872
18	0.510	0.873
19	0.410	0.876
20	0.651	0.871
21	0.323	0.878
22	0.438	0.876
23	0.392	0.876
24	0.276	0.879
25	0.397	0.876
26	0.477	0.876
27	0.597	0.870
28	0.707	0.868

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı tüm grup için 0.879 bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin iç tutarlılığının iyi derecede ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğunu göstermektedir. Madde analizinde istatistiksel olarak anlamsız çıkan 4., 5., 10. ve 13. maddeler dışında, tüm olgular için her bir ölçek sorusunun, ölçek toplam puanı ile iyi ve orta derecede korele olduğu görülmektedir (Tablo 39).

Tablo 40'da iki alt-ölçek arasındaki korelasyon değeri görülmektedir.

Tablo 40.

Sosyal ve Yasal Faktörler Alt-Ölçeği ile Psikolojik Faktörler Alt-Ölçeği İlişkisi

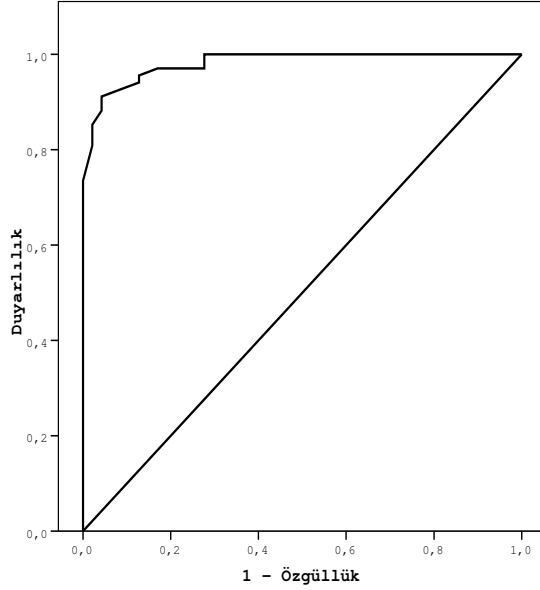
	N=115	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Sosyal ve Yasal Faktörler Alt-Ölçeği	0.752	0.000
Psikolojik Faktörler Alt-Ölçeği		

Tablo 40'da görüldüğü gibi, iki alt-ölçek arasındaki korelasyon Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde korelasyon katsayısının iyi derecede olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin madde analizinde istatistiksel olarak anlamsız bulunan 5. ve 10. maddeleri çıkarıldığında, ROC eğrisi altında kalan alan \pm standart hata, 0.981 ± 0.009 olarak bulunmuştur ($p<0.05$) (Şekil 1). Kesim noktası 78.5 olarak seçildiğinde duyarlılık % 91.2, özgüllük % 95.7 olarak saptanmıştır. Buna göre minimum 26, maksimum 104 puan alınabilen 26 maddelik bu testte, 78.5 puandan düşük puan alanların tedavide başarısız olma olasılığı % 91 duyarlılık düzeyi ile daha fazladır.

Şekil 1.

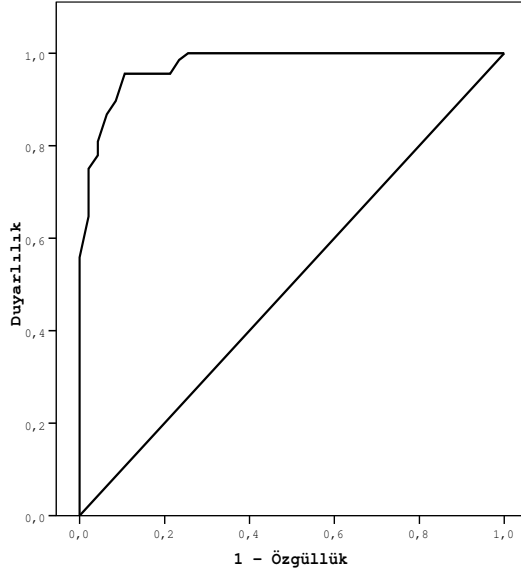
Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 5. ve 10. Maddeleri Çıkarıldıktan Sonra Toplam Puanının Tedavi Başarısını Öngörme ROC Eğrisi



Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin madde analizinde istatistiksel olarak anlamsız bulunan 5. ve 10. maddeleri ve bunlara ilaveten 24., 25., 26., 27. ve 28. maddeleri çıkarıldıktan sonra, ROC eğrisi altında kalan alan \pm standart hata, 0.974 ± 0.012 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$) (Şekil 2). Kesim noktası 60.5 olarak seçildiğinde duyarlılık % 95.6, özgüllük % 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.

Şekil 2.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 5., 10., 24., 25., 26., 27., ve 28. Maddeleri Çıkarıldıktan Sonra Toplam Puanının Tedavi Başarısını Öngörme ROC Eğrisi



3.3. Tedavi Programında Başarılı Olan ve Olmayan Olguların Kişilik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın üçüncü amacı, madde bağımlılığı tedavisinde başarılı olan ve olmayan olgular arasında kişilik özellikleri açısından anlamlı farklılıklar olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu amaçla, katılımcıların, kişiliğin beş boyutunu ölçen Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testinden almış oldukları puanların ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Tedavide başarılı olan ve olmayan gruplarda anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla bağımsız t-testi uygulanmıştır.

Tablo 41’de tedavide başarılı ve başarısız olan grubun Nörotisizm-Anksiyete ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 41.

Nörotisizm-Anksiyete Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Kişilik Özellikleri	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Nörotisizm- Anksiyete	Başarısız	47	7.57	2.92	2.54	0.012
	Başarılı	68	6.03	3.38		

Tablo 41’de görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarısız olanların Nörotisizm- Anksiyete puanı ortalaması, tedavi sonucu başarılı olanların Nörotisizm- Anksiyete puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 42’de tedavide başarılı ve başarısız olan grubun Aktivite ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 42.

Aktivite Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Kişilik Özellikleri	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Aktivite	Başarısız	47	8.87	2.68	-3.90	0.000
	Başarılı	68	10.74	2.40		

Tablo 42’de görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarılı olanların Aktivite puanı ortalaması, tedavi sonucu başarısız olanların Aktivite puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 43’de tedavide başarılı ve başarısız olan grubun Sosyallik ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 43.

Sosyallik Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Kişilik Özellikleri	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sosyallik	Başarısız	47	7.02	2.23	-2.45	0.016
	Başarılı	68	8.19	2.69		

Tablo 43’de görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarılı olanların Sosyallik puanı ortalaması, tedavi sonucu başarısız olanların Sosyallik puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 44’de tedavide başarılı ve başarısız olan grubun Dürtüsel Heyecan Arayışı ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 44.

Dürtüsel Heyecan Arayışı Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Kişilik Özellikleri	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Dürtüsel Heyecan Arayışı	Başarısız	47	12.34	1.97	9.73	0.000
	Başarılı	68	6.97	3.41		

Tablo 44’de görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarısız olanların Dürtüsel Heyecan Arayışı puanı ortalaması, tedavi sonucu başarılı olanların Dürtüsel Heyecan Arayışı puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 45’de tedavide başarılı ve başarısız olan grubun Saldırganlık-Düşmanlık ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 45.

Saldırganlık-Düşmanlık Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Kişilik Özellikleri	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Saldırganlık-Düşmanlık	Başarısız	47	10.36	3.15	7.72	0.000
	Başarılı	68	6.29	2.49		

Tablo 45’de görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarısız olanların Saldırganlık-Düşmanlık puanı ortalaması, tedavi sonucu başarılı olanların Saldırganlık-Düşmanlık puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

3.4. Tedavi Programında Başarılı Olan ve Olmayan Olgularda Psikopatik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Araştırmanın dördüncü amacı, madde bağımlılığı tedavisinde başarılı olan ve olmayan olgular arasında psikopatik özellikler açısından anlamlı farklılıklar olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu amaçla, katılımcıların, iki alt-ölçeği olan Levenson Psikopati Ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Tedavide başarılı olan ve olmayan gruplarda anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla bağımsız t-testi uygulanmıştır.

Tablo 46’da tedavide başarılı ve başarısız olan grubun Birincil Psikopati ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 46.

Birincil Psikopati Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Psikopatik Özellikler	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Birincil Psikopati	Başarısız	47	35.57	4.87	8.24	0.000
	Başarılı	68	27.49	5.38		

Tablo 46’da görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarısız olanların Birincil Psikopati puanı ortalaması, tedavi sonucu başarılı olanların Birincil Psikopati puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$).

Tablo 47’de tedavide başarılı ve başarısız olan grubun İkincil Psikopati ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 47.

İkincil Psikopati Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Psikopatik Özellikler	Tedavi Sonucu	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
İkincil Psikopati	Başarısız	47	25.28	3.89	6.82	0.000
	Başarılı	68	20.60	3.41		

Tablo 47’de görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarısız olanların İkincil Psikopati puanı ortalaması, tedavi sonucu başarılı olanların İkincil Psikopati puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 48’de tedavide başarılı ve başarısız olan grubun Psikopati ölçeğinin toplam puanlarının ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 48.

Toplam Psikopati Değişkeninin T-Testi Sonuçları

Psikopatik Özellikler	Tedavi Sonucu	N	M	SD	t	p
Topam Psikopati	Başarısız	47	60.85	7.23	9.24	0.000
	Başarılı	68	48.09	7.32		

Tablo 48’de görüldüğü gibi, tedavi sonucu başarısız olanların Toplam Psikopati puanı ortalaması, tedavi sonucu başarılı olanların Toplam Psikopati puanı ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, istatistiksel çözümler sonucu elde edilen bulguların yorumlarına yer verilmiştir. Amaçlara ilişkin bulguların yorumları, sonuçlar bölümündeki sıraya uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmanın birinci amacına ilişkin bulgular, 31 yaşından küçük olanların, eğitim seviyesi yüksek olanların, çalışanların, maddeye 18 yaşından sonra başlayanların, sadece bir madde kullananların ve sabıka kaydı olmayanların tedavide daha başarılı olduklarını göstermektedir (Tablo 1, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7, Tablo 9 ve Tablo 10). Sonuçlar cinsiyet, medeni durum ve yakalanan maddenin tedavi sonucuna etkisi olmadığını göstermektedir (Tablo 3, Tablo 4 ve Tablo 8).

19-25 ve 26-30 yaş grubu olguların tedavilerinin 31 ve üstü yaş grubuna kıyasla daha başarılı olması konuyla ilgili yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermemektedir. Genellikle madde kullanımı nedeniyle zorunlu tedaviye hükmedilen kişiler için genç yaş uygulamayı başarmada bir risk faktörü olarak görülmektedir (Gendreau, Little ve Goggin, 1996; Marlowe, Patapis ve DeMatatteo, 2003; Peters, Haas ve Murrin, 1999). Yine gönüllü tedavi görenler arasında yapılan çalışmalarda da genç yaşta olanların tedavide daha başarısız oldukları saptanmıştır (Agosti, Nunes ve O'Connell, 1996; Anderson ve Berg, 2001; Claus ve Kindleberger, 2002; Copeland ve Hall, 1992; Martinez-Raga, Marshall, Keaney, Ball ve Strang, 2002). Ancak, başka araştırmacılar yaşın tedavi sonucunu belirleyen bir faktör olmadığı görüşündedirler (Finney ve Moos, 1992; McLellan ve diğer. 1994; Rounsaville, Dolinsky, Babor ve Meyer, 1987).

Yaşın tedaviye etkisi ile ilgili bu çalışmada elde edilen sonuç, bir başka deyişle 31 yaş ve üstü olguların tedavide başarısız olmalarının nedeni uzun süredir ve birden fazla madde kullanmaları ve suça eğilimli olmaları kısaca daha ağır vaka olmaları olarak yorumlanabilir.

Eğitim seviyesi yüksek olan olguların düşük olanlara göre tedavide daha başarılı oldukları ile ilgili bulgu bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir. Tedavide başarısızlık ve tedaviyi tamamlayamama ile düşük eğitim seviyesi arasında bağlantı kuran birçok çalışma mevcuttur (Butzin, Saum ve Scarpitti, 2002; Claus, Kindleberger ve Dugan, 2002; Knight, Logan ve Simpson, 2001). Agosti ve diğer. (1996) ayaktan tedavi gören 198 kokain kullanıcısıyla yapılmış oldukları çalışmalarında, tedavi programını başarıyla tamamlayanların eğitim seviyelerinin programı bırakanlardan daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Aynı şekilde, Means ve diğer. (1994) eğitim seviyesi yüksek kişilerin tedavi programını başarıyla tamamladıklarını bulmuşlardır. Eğitim seviyesinin yüksek olması, bu kişilerin işlevselliklerinin daha iyi, bağımlılıklarının şiddetinin daha hafif ve bilişsel düzeylerinin daha iyi olması gibi çeşitli faktörler üzerinden etkili olabilir.

alışan olguların tedavilerinin çalışmayan olgulara göre daha başarılı olmasıyla ilgili bulgu bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir. alışan kişilerin tedavide daha başarılı olduklarını görmekteyiz. Bu ilişkiyi açıklamak üzere çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Örneğin, birçok araştırma meslek sahibi olup çalışmanın tedavi başarısıyla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (Platt, 1995; Wolkstein ve Spiller, 1998). Çalışma, retken sosyal ve profesyonel ilişkilere geçiş olarak görülmektedir (Brewington, Arella, Deren ve Randell, 1987; Comerford, 1999). Ayrıca alışma kendine güven ve benlik değerini yükseltmekte ve bağımsızlığı destekleyerek madde kullanımını azaltmaktadır (Comerford 1999; Wolkstein, Bausch ve Weber, 2000). Düzenli iş daha az depresyon ve psikolojik problem ile ilişkilendirilmiş (Wolkstein ve diğer., 2000; Zanis, Metzger ve McLellan, 1994) ve madde bağımlılarınin tedaviyi düzenli takip etmelerine katkı sağladığı bulunmuştur (McLellan, 1983; Platt, 1995). Roll, Prendergast, Richardson, Burdon ve Ramirez (2005) madde kullanımını nedeniyle zorunlu tedaviye yönlendirilen 99 kişiyle yapılmış oldukları

araştırmalarında, çalışanların tedaviyi başarıyla tamamlama oranlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Son olarak çalışmama veya düzenli iş sahibi olmamayı tedaviyi tamamlamadan bırakma ile ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır (Butzin ve diğer., 2002; Choi ve Ryan, 2006).

Araştırma sonuçları, madde kullanmaya 19 yaşından önce başlayan olguların, 19-25 yaşları arasında ve 26 ve üstü yaşlarda başlayan olgular ile karşılaştırıldığında tedavide daha başarısız olduklarını göstermiştir. Konuyla ilgili daha önce yapılmış çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, Lang ve Belenko (2000), madde kullanımı nedeniyle zorunlu tedavi gören 150 kişi ile yapmış oldukları araştırmalarında maddeye geç yaşta başlayanların tedavi programını başarıyla tamamladıklarını, maddeye erken yaşta başlayanların ise tedavi programını tamamlayamadan bıraktıklarını saptamışlardır. Agosti ve diğer. (1996) erken yaşta kokain kullanmaya başlayan kişilerin tedavilerinin başarısız olduğunu bulmuşlardır. Birçok araştırma erken yaşta madde kullanmaya başlama ile ileride maddeye bağımlı olma olasılığı ve psikiyatrik problemlerin yaygınlığı arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Anthony ve Petronis, 1995; Brunswick ve Boyle, 1979; Kandel, Yamaguchi ve Chen, 1992; Schuckit ve Russell, 1983).

Araştırma sonucuna göre sadece bir çeşit madde kullananlar, birden fazla madde kullananlara göre tedavide daha başarılı olmuşlardır. Bu konuda yapılmış çalışmalar benzer bulgular elde etmişlerdir. Çoklu kullanım (birden fazla maddenin kullanımı) tedavide başarı oranını azaltmaktadır (Agosti ve diğer., 1996; Maglione, Chao ve Anglin, 2000; Martinez-Raga, Marshall, Keaney, Ball ve Starng, 2002). Ayrıca oklu kullanım ile birlikte birçok psikolojik problemin görüldüğü ve madde kullanımının bırakılmasından sonra dürtüsel düşünce ile relapsın oluşma riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Yucel ve Lubman, 2007).

Araştırmada sabıkası olan olguların olmayanlara göre tedavide daha başarısız olmaları ile ilgili bulgu konuyla ilgili yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir. Tedaviden önce çeşitli suçlardan tutuklanmış ve ceza almış kişilerin tedavileri daha başarısız olmaktadır (Gendreau ve diğer., 1996; Marlowe ve diğer., 2003; Peters ve diğer., 1999). Ward, Mattick ve Hall (1998) tedaviyi başarıyla tamamlayanların suç geçmişlerinin az veya hiç olmadığını ileri sürmektedirler. Ayrıca, suç geçmişi uzun olanların tedavi programını tamamlamadan bıraktıklarında tekrardan madde kullanmaya ve suç işlemeye başladıklarını belirtmektedirler.

İlk bölümde araştırmaya alınan kişilerle ilgili objektif bazı sosyodemografik verilerin tedavi başarısı üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu bölümde ise aynı kişilerin kendileri ve çevreleriyle ilgili sübjektif olarak algıladıkları bazı özelliklerin tedavi başarısı üzerine etkisi araştırılmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın ikinci amacına ilişkin bulgular, tedavide başarılı ve başarısız olan olguların Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 28 maddesine verdikleri cevapların ortalamaları arasındaki anlamlı farklılıklara göre yorumlanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre tedavide başarılı olan olgular tedavide başarılı olmayanlarla karşılaştırıldıklarında, arkadaşlarının veya arkadaşlarıyla yaptıkları aktivitelerin madde kullanmalarında etkisi olduğunu düşünmemekte (Tablo 11), maddeyi bırakma konusunda yeterli arkadaş desteğine sahip olduklarına inanmakta (Tablo 12), arkadaşlarından güç almamakta ve tek başınayken kendilerini zayıf hissetmemekte (Tablo 13), ailelerinin maddeyi bırakmakta destek olduklarını belirtmekte (Tablo 16), aile ve arkadaş çevrelerinden bazı kişilerin madde kullandıklarını öğrendiklerinde mahcup olacaklarını ifade etmekte (Tablo 17), arkadaş çevrelerindeki herkesin madde kullanımını doğal karşıladığı ve bırakma konusunda baskı uygulamadıkları fikrine katılmadıklarını söylemekte (Tablo 21), maddeden uzak durduklarında aile ve iş hayatlarında olumlu

gelişmelerin olduğuna inanmakta (Tablo 24) ve ailelerini kaybetmeyi asla göze almadıklarını ifade etmektedirler (Tablo 29). Bu sonuçlara göre, tedavide başarılı olan olgular tedavi süresince maddeyi bırakma konusunda aile ve arkadaş çevresinden olumlu destek almışlar, aile ve madde kullanmayan arkadaşları ile ilişkilerini önemsemişler ve maddeden uzak kaldıklarında sosyal hayatlarında olumlu gelişmeler meydana gelmiştir. Ayrıca tedavide başarılı olan olgular daha bağımsız ve kendi ayakları üstünde durabilen kişilerdir.

Araştırmadan elde edilen aile ve arkadaş çevresine ilişkin bulgular bu konuda yapılmış çalışma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir. Aile üyeleri ve arkadaşlar madde kullanan kişinin tedaviye başlamasında veya tedavi programının kurallarına uymasında kritik rol oynamaktadır. Araştırmalar, tedavi sırasındaki aile ilişkilerinin kalitesi ile tedavi sonucu arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, aile hayatı ve ilişkileri ve relaps (maddeyi bıraktıktan sonra tekrardan başlanması) arasında güçlü ve belirgin bağlantı bulunmaktadır. Bu nedenle madde bağımlılığı tedavilerinde ailenin ele alınıp sürece dahil edilmesi önem kazanmaktadır. Knight ve Simpson (1996) aile üyeleri arasındaki kişilerarası çatışmanın tedavi sonucunu olumsuz etkilediğini ileri sürmektedirler. Araştırmacılar tedavi altındaki 439 eroin bağımlısının aile ve arkadaşlarıyla ilişkilerini incelemiş ve tedavi sonucu üzerindeki etkisini açıklamışlardır. Çalışmaları sonucunda, aile üyeleri arasındaki çatışma ve arkadaş grubunun antisosyal davranışları ile tedavi sırasındaki madde kullanımı ve yasadışı aktiviteler arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır. Broome ve diğer. (1997) bozuk aile ilişkileri ve antisosyal davranışlar gösteren arkadaşlara sahip olmanın tedaviye katılım, tedavi sırasındaki ilerleme ve tedavi sonucu üzerinde negatif etkiler yarattığını saptamışlardır. Broome ve diğer. ailenin madde kullanan kişinin tedavi amaçlarına ve iyileşme çabalarına destek vermemesinin tedavi sonuçlarının istenen düzeye erişmesini engellediği sonucuna varmışlardır.

Deskovitz ve diğeri. (2004) işlevsel aile olmanın kişinin madde tedavisi üzerindeki önemini vurgulamaktadırlar. Araştırmacılar, tedavi sırasında madde kullanan kişilerin sevdikleri ile verimli ilişkiler kurmaları, özellikle güvenlerini tekrardan kazanmaları ve sağlıklı iletişim yolları bulmaları için cesaretlendirilmelerinin olumlu sonuçlar doğurduğunu vurgulamaktadırlar. Aile yapısının sağlamlaşması ile bağımlı kişide güvenlik hissinin sağlanacağı ve ilişkilerin daha açık hale geleceği belirtilmektedir. Buna karşın iletişimin bozuk olduğu ailelerde, aile ve madde kullanan kişi arasında kırgınlık, dargınlık ve suçluluk duyguları mevcut olmaktadır. Sonuçta, bu tepkiler madde kullanan kişinin tedavi sürecinde tedaviyi bırakmasına veya tedaviyi tamamladıysa tekrardan kullanmasına yol açacak stresli durumlar ortaya çıkarmaktadır (Gideon, 2007).

Araştırmalar, madde tedavisini destekleyen ve madde kullanmayan arkadaşların tedavi motivasyonu ve tedavi sonucu üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Goehl, Nunes, Quitkin, ve Hilton, 1993; Havassy, Hall, ve Wasserman, 1991). Öte yandan, birçok araştırmacı maddeyi bırakan kişi üzerinde arkadaşların yasadışı madde kullanımıyla ilgili aktivitelerinin zararlı etkileri üzerinde durmuşlardır (Bartholomew, Hiller, Knight, Nucato ve Simpson, 2000; Havassy, Wasserman ve Hall, 1995; Longabaugh, Beattie, Noel, Stout ve Malloy, 1993). Richardson (1999) maddeyi bıraktıktan sonra tekrardan başlayan kişiler için kullanma sıklığının, madde bağımlılığı olan arkadaş çevresinin olumsuz etkileri ile yakından ilişkili olduğunu, madde kullanan kişilerle ilişkileri kesmenin ve aile üyeleri ile daha yakın olmanın ise tedavi sonucunu olumlu etkilediğini ileri sürmektedir (Ellis, Bernichon, Yu, Roberts ve Herrell, 2004'den naklen).

Madde kullanmayan arkadaşların tedavi gören kişiler üzerindeki olumlu etkilerini Feldman, Caplinger ve Wodarski (1983) madde kullanan gençlerle yapmış oldukları deneysel bir çalışma ile göstermişlerdir. Çalışmalarında katılımcıları 3 gruba ayırmışlardır: (a) sapkın davranış gösteren birkaç gencin ve sosyal uyumu yüksek birçok gencin karışık

bulunduğu grup, (b) sadece antisosyal gencin bulunduğu grup ve (c) sadece sosyal uyumu yüksek olan gencin bulunduğu grup. Gruplar tedavi programı kapsamında birçok aktiviteye katılmışlardır. Sosyal uyumu yüksek ve antisosyal gencin bulunduğu karışık gruptaki antisosyal gençlerin antisosyal davranışlarında anlamlı bir şekilde azalma saptanmıştır. Bu sonuca göre araştırmacılar, sosyal uyumu yükseltmeye yönelik aktivitelerin ve sosyal uyumu yüksek arkadaşlarla birlikte zaman geçirmenin madde kullanan ve sapkın davranışlar gösteren gençlerin rehabilite edilmelerinde olumlu etkileri olduğunu ileri sürmektedirler.

Bu konuda yapılan çalışmaların genel görüşüne uygun olarak, sosyal destek üyelerinin (aile ve arkadaş çevresi) de madde kullanması söz konusu olduğunda, verilen destek tedavi gören kişinin maddeyi bırakmasını zorlaştırmaktadır. Diğer taraftan, sosyal destek üyelerinin madde kullanan kişinin sorunlarının ve maddeyi bırakmakta karşılaştığı zorlukların farkında olmaması halinde tedavi gören kişi maddeden uzak kalma çabalarına gerekli ve ilgili desteği alamamaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre tedavide başarılı olan olgular tedavide başarılı olmayanlarla karşılaştırıldıklarında, maddeyi bırakmak için yaşadıkları muhiti ve arkadaş çevrelerini değiştirmeye gerek duymamakta (Tablo 18) ve yaşadıkları çevrede maddenin kolayca ve ucuza temin edildiğini düşünmemektedirler (Tablo 19). Buna göre tedavide başarılı olan olguların yaşadıkları çevrede madde kullanımıyla ilgili yasadışı aktiviteler yaygın değildir. Bu konuyla ilgili az sayıda araştırma bulunmakla birlikte benzer sonuçlar elde edilmiştir. Madde kullanımının ve satışının yaygın olduğu yerleşim alanlarında yaşayan kişiler yasadışı maddelerle ve uyuşturucu satıcıları ile daha fazla muhatap olmakta ve buralardaki madde kullanan kişilerle (komşular, arkadaşlar ve aile) iletişim içine girmektedirler. Ayrıca, bu tip yerlerde yaşayanlar yasadışı madde kullanımını tolere edici norm ve değerleri benimsemek durumuna gelebilmektedirler. Araştırmacıların kullandığı “kolektif sosyalizasyon” kavramı, belirli bir sosyal kontekst içindeki rol modellerinin

bağımsız etkisini vurgulamaktadır. Maddeye bağlı davranışlar söz konusu olduğunda, yaşanan bölgedeki yüksek yoksulluk seviyesi ve işsizlik ile bağlantılı sınırlı sayıda pozitif sosyal rol modelleri ve/veya sosyo-ekonomik başarıyı teşvik edici sınırlı sayıda sosyal destek ağlarını ifade etmektedir. Sosyal organizasyon ve kaynak eksikliği sonucu söz konusu yaşam bölgesi madde sorununa karşı gelmekte zorlanmaktadır. İstatistikler madde kullanımını teşvik eden veya kullanıma karşı olumlu tavır gösteren toplulukların bağımlılık riskini yükselttiğini göstermektedir (Hicks ve diğer., 2007).

Erken yaşta madde kullanmaya başlama riskinin maddenin yaygın olduğu yaşam bölgelerinde daha yüksek olduğu görülmektedir. Fite, Wynn, Lochman ve Wells (2009) ergenlerle yapmış oldukları çalışmalarında erken yaşta madde kullanımının en önemli etkeninin suç ve madde kullanımının yoğun olduğu yerleşim bölgelerinde yaşamak olduğunu bulmuşlardır. Bir başka araştırmada benzer şekilde madde kullanımının yaygın olduğu bölgelerde yaşayan gençlerin kokain gibi maddelerle daha sık karşılaştıkları ve deneme fırsatlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (Crum, Lillie-Blanton ve Anthony, 1996).

Vaillant (1966) opium bağımlısı kişilerin maddeden uzak kalmalarında önemli gördüğü faktörler arasında madde kullanımının yaygın olduğu yaşam bölgesinin değiştirilmesini belirtmiştir. Maddux ve Desmond (1981) çalışmaları sonucunda 54 tedavi gören ve iyileşen eski bağımlıların maddeden uzak kalmalarındaki beş etkeni belirtmişlerdir: 1) tedaviyi bırakmamak, 2) madde kaynaklarından uzak bir yerde yaşamak 3) dini toplantılara katılmak 4) bir işte çalışmak ve 5) 1 yıl boyunca gözetim altında tutulmak.

Joe, Chastain ve Simpson (1985) uzun süre bağımlı olanların ve maddeyi bırakmakta zorlananların genellikle çevresel ve maddenin kolay ulaşılır olması gibi etkenlere karşı duyarlılık gösterip etkilendiklerini bildirmektedirler (Simpson ve Marsh, 1986'dan naklen).

Araştırma sonuçlarına göre tedavide başarılı olan olgular tedavide başarılı olmayanlarla karşılaştırıldıklarında, denetimli serbestlik tedbiri süresince uzman ile uyumlu

ve işbirliğine açık bir ilişki içinde olduklarını belirtmekte (Tablo 35), denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini yerine getirmek yerine cezaevine girmeyi tercih etmediklerini söylemekte (Tablo 36), aile veya yakın çevrelerinin madde kullanımını nedeniyle yakalandıklarını öğrenmelerini istemedikleri için denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini eksiksiz yerine getirdiklerini ifade etmekte (Tablo 37) ve yakalanmaları ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolmalarının madde kullanmalarının bir sorun olduğunu anlamalarına yardımcı olduğunu belirtmektedirler (Tablo 38). Tedavide başarılı olanlar uygulamanın kurallarına uyarak tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinden fayda görmüşlerdir. Yasal zorunluluk olarak tedavinin en önemli amacı bireyin yeniden toplumda psikolojik ve sosyal işlevselliğini kazanmasıdır. Bu süreçte madde kullanan kişiden yasal ve tıbbi otoritelerin belirlemiş olduğu kurallara uyarak kendi kendine yetebilen, üretken ve maddeden uzak bir yaşam biçimini benimsemesi beklenmektedir.

Kuralların uygulanması sadece madde kullanan kişilerin tedavi ve gözetim sürecinde anlaşmazlıklarını ortadan kaldırmak ve düzeni sağlamak amaçlı değil, aynı zamanda ve daha önemli olarak bireylerin yeni değerler kazanmaları ve sosyal davranış modellerini içselleştirmeleri amaçlıdır. Ancak yasal olarak tedaviye yönlendirilen kişilerin sürece uyumlarının sağlanması bağımlılıkları ile ilgili biyolojik, sosyal ve psikolojik problemleri nedeniyle her zaman kolay olmamaktadır. Araştırmalar, madde kullanan çoğu kişinin tedaviyi tamamlamadan bırakmaları veya tedavide başarısız olmalarının nedeni olarak kurallara erken ve sık sık karşı gelmelerini göstermektedir. Öte yandan sürece etkili bir şekilde dahil olan ve kurallara aktif bir şekilde uyan kişilerin daha hızlı iyileştikleri görülmektedir. Tedavinin başarılı bir şekilde tamamlanması yasal olarak tedaviye yönlendirilen kişiler için daha önem kazanmaktadır. Çünkü düzelmelerin suçun azalması ve toplum güvenliğinin artması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi ve gözetim kurallarına uyma genellikle randevulara düzenli gitme, programı düzenli izleme ve terapi oturumlarına aktif katılımı ifade etmektedir (Sung, Belenko ve Feng, 2001). Birçok araştırma etkili ve başarılı tedavinin, programın gereklerine uyma, danışmanlarla uyumlu ilişkiler içinde olma ve sosyal ve psikolojik işlevsellik ile mümkün olduğunu göstermektedir (Broome, Simpson ve Joe, 1999; Joe, Simpson, Greener ve Rowan-Szal, 1999).

De Leon (1988) tedavi kurallarına uymayı üç aşamada göstermiştir:

(1) İtaat (compliance): Disiplin cezası almak veya programdan çıkartılarak hapse girmek gibi negatif sonuçlardan kaçınmak için kurallara bağlılık.

(2) Uymak (conformity): İyileşen topluluğun normlarına bağlılık göstererek kabul görmeyi sağlamak.

(3) Bağlılık (commitment): Yıkıcı davranış ve tutumları değiştirme yönünde kişisel kararlılık geliştirmek.

De Leon (1988) bağlılık aşamasını geçen kişilerin mükemmel sonuçlar elde ettiklerini ileri sürmektedir. De Leon, uzun süreli izleme çalışmasında, tedaviden 5-7 yıl sonra tedaviyi başarıyla tamamlayanların % 90'ının bir işte çalıştıkları ve hiçbir suç işlemedikleri, % 70'inin ise tamamen maddeden temizlendiklerini saptamıştır.

Konuyla ilgili yapılan araştırmalar, tedaviyi tamamlamadan bırakanların programın kurallarına uymakta çelişki yaşadıkları ve programı bir ceza gibi algıladıklarını, öte yandan başarıyla tamamlayanların programı tedavi ve iyileşme sürecinin önemli bir parçası olarak gördükleri ve programı yürüten uzmanları daha olumlu değerlendirdiklerini göstermektedir (Inciardi, 1995; Strauss ve Falkin, 2000).

Birçok araştırma, madde kullanan kişi ve danışman arasındaki ilişkinin tedavi başarısını etkilediğini göstermektedir. Örneğin, Bell, Montoya ve Atkinson (1997) 139 madde kötüye kullanan kişiyle yapmış oldukları araştırmalarında, danışman ile bağ kurma ve

psikolojik işlevsellik seviyesi arasında ilişki olduğunu, kişinin danışmanıyla güvene dayalı bir ilişki içine girmesinin psikolojisini olumlu yönde etkilediğini bulmuşlardır. Ayrıca danışmanlarıyla güçlü ilişki geliştirenlerin tedavi sürecinde daha çok ilerleme kaydettikleri saptanmıştır.

Araştırma bulgularına göre tedavide başarılı olan olgular tedavide başarılı olmayanlarla karşılaştırıldıklarında, manevi ve ahlaki değerlerin iç dünyalarında önemli bir yere sahip olduğunu belirtmekte (Tablo 22), maddeyi bırakma ve yaşamlarına düzen verme konusunda ileriye dönük planlar yaptıklarını söylemekte (Tablo 25), maddeyi bırakmak istediklerini ve önlerine kullanmak için fırsat çıktığında hayır deyebildiklerini ifade etmekte (Tablo 26), çevrelerindeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekmediklerini belirtmekte (Tablo 27), boş zamanlarını değerlendirmekte güçlük çekmediklerini ifade etmekte (Tablo 28), başarabileceklerine ve kontrolün kendilerinde olduğuna inandıklarını ifade etmekte (Tablo 30), hayatta başarılı olmak bir yerlere gelmek istediklerini belirtmekte (Tablo 31), kaybetmeyi göze alamayacakları önemli şeylere sahip olduklarını söylemekte (Tablo 32), geleceğe ait beklentilerinin olduğunu belirtmekte (Tablo 33) ve maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyaç duymadıklarını söylemektedirler (Tablo 34). Bu sonuçlara göre, maddeyi bırakmaya hazır ve motivasyonları yüksek olanlar tedavide daha başarılı olmuşlardır. Motivasyon ile tedavi sonucu arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer araştırmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Madde kötüye kullanım ve bağımlılığının tedavisinde tedavi motivasyonu önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Madde kullanan kişilerin maddeyle ilgili problemlerinin farkında olup yardım için istekli olmaları değişim için önemli birer adım olarak görülmektedir. Motivasyon odaklı tedavilerde madde kullananlardan, ileriye dönük planlar yapmaları, yetkinlik beklentilerinin (self-efficacy) yüksek olması, tedavi amaçlarının ulaşılabilir olması, empati göstermeleri ve değişim için çaba sarf etmeleri beklenmektedir.

Birçok çalışma motivasyonu düşük kişilerin tedavide başarısız olduklarını göstermiştir.

Örneğin, Simpson ve Joe (1993) motivasyonu düşük eroin bağımlılarının metadon tedavisini tamamlamadan bıraktıklarını saptamışlardır. De Leon, Melnick, Kressel ve Jainchill (1994) terapötik topluluklarda motivasyonu düşük kişilerin tedavisinin daha başarısız olduğunu bulmuşlardır.

Madde kullanımı yüzünden yakalanan kişiler her ne kadar yasal baskı ile tedaviye başlasalar da, yasal zorunluluk tek başına iyileşmenin gerçekleşmesi için yeterli olmamaktadır. Araştırma sonuçları, tedavi motivasyonu ve tedaviye hazır olmayı tedavinin başarılı bir şekilde tamamlanmasında önemli olduğunu göstermektedir. Joe, Simpson ve Broome (1999) yapmış oldukları geniş kapsamlı çalışmalarında, motive olan kişilerin tedavi sürecine daha hızlı ve etkili katıldıklarını bulmuşlardır. Araştırmacılar, motivasyonu yüksek kişilerin tedavi için daha fazla güven ve bağlılık geliştirdiklerini, danışmanlarıyla daha iyi ilişkileri olduğunu ve tedaviyi tamamladıklarını saptamışlardır.

De Leon (1996) tedaviye hazır olmanın en yüksek seviyesinin, inkar ile başlayan motivasyon sürecinin son aşaması olduğunu ileri sürmektedir. Başlangıçtaki inkar problemi çözülmedikçe ve madde kullanımı ile ilgili kararsızlık giderilmedikçe, kişinin alışkanlığının olumsuz sonuçlarını fark etmesi ve değişim için kararlı olması zorlaşmaktadır. Tedavi motivasyonunun tam olarak gelişebilmesi için, dışsal motivasyonun (örneğin, cezaevine girme korkusu) içsel motivasyona (örneğin, maddeden kaynaklanan zorluklardan kaçınma ve maddeden uzak yaşama arzusu) dönüşmesi gerekmektedir.

Hiller, Knight, Leukefeld ve Simpson (2002) yasal denetim altındaki 419 madde kullanan kişiyle yapmış oldukları çalışmalarında, 6 aylık tedavi sürecinin sonunda, yardıma istekli ve tedaviye hazır olanların tedavi sürecine daha çabuk bağlılık gösterdiklerini ve başarılı olduklarını bulmuşlardır.

Flynn, Joe, Broome, Simpson ve Brown (2003) Amerika'nın 8 ilinde buluna 45 tedavi merkezindeki kokain bağımlılığı tedavisinde başarılı olan 708 kişinin 5 yıllık izleme çalışmasında olguların % 33'ünü idrar ve saç testinde madde kullanmadıkları ve son bir yılda yasadışı faaliyete karışmadıkları için araştırmaya dahil etmişlerdir. Katılımcılar bu süre boyunca maddeden uzak bir yaşam kurmalarının en önemli nedenleri arasında değişmek için yüksek motivasyon, ailenin olumlu etkisi, dini inanç ve maneviyatın verdiği güç ve madde tedavisinin yardımını belirtmişlerdir.

Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin iç tutarlılığı yüksektir (Tablo 39). Sosyal ve Yasal Faktörler ve Psikolojik Faktörler alt-ölçeklerinin arasında pozitif yönde iyi düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo 40). Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin 4. maddesi ("madde kullanımı nedeniyle aile, sosyal ve mesleki yaşamda ciddi sorunlarla karşılaşmadım") ve 13. maddesi ("madde kullanımıyla ilgili bir problemimin olduğuna inanmıyorum") bu grupta tedavi başarısını öngörmemekteyse de madde kullanımına bağlı sorunların ve madde probleminin farkındalık durumunu ölçmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Başka çalışmalarda ve denetimli serbestlik uygulaması dışındaki bağlılık tedavisi gruplarında (son 5 soru değerlendirmeye katılmadan) uygulanması halinde bu maddeler anlamlılık kazanabilir. Genel bağlılık tedavisi gruplarında inkar daha ön planda olabilir ve bu maddelerde anlamlı farklar çıkabilir. Bunun için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmalarda yer alması düşüncesiyle bu maddeler ölçekte korunmuştur. Bu bağlamda 4. ve 13. maddeler korunarak tedavi başarısını öngörmeyen 5. madde ("düzenli olarak görüşmelere gitmem ve tahlil yaptırmam konusunda işyerimden kolayca izin alabiliyorum") ve 10. madde ("ailem madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır") ölçekten çıkarılarak kesme noktası belirlenmiştir (Şekil 1). Ayrıca ölçeğin 24. maddesindeki "maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyacım olduğunu

düşünüyorum” ifadesine tedavide başarılı olan olgular başarısız olanlara göre anlamlı olarak daha az katılmışlardır. Tedavide başarılı olan olgular genellikle, madde kullanımı bağımlılık seviyesinde olmayan ya da madde kullanmaya yeni başlayan ve yakalanarak yasal yoldan tedaviye yönlendirilen kişilerden oluşmaktadır. Buna göre 24. maddeye verdikleri yanıtla bağlantılı olarak tedavide başarılı olan olguların yasal yaptırımdan yeteri kadar faydalanarak ve yetkinlik güçlerine güvenerek profesyonel yardıma ihtiyaç duymadıkları sonucu çıkarılabilir. Ancak denetimli serbestlik uygulaması dışındaki bağımlılık tedavisi gruplarında bu maddeye verilen düşük puan tedavi başarısını öngörmeyebilir. Çünkü bağımlılık tedavisi grupları için 24. madde bağımlılık probleminin farkındalığını ve tedavi için motivasyonu değerlendirmektedir. Bu durumda 24. maddeye verilecek yüksek puan ile tedavi başarısı arasında anlamlı ilişki olacaktır. Bunun yanı sıra 25., 26., 27., ve 28. maddeler spesifik olarak denetimli serbestlik uygulamasıyla ilgili maddelerdir. Ölçeğin denetimli serbestlik uygulaması dışındaki bağımlılık tedavisi gruplarında da kullanılması amacıyla anlamsız çıkan 5. ve 10. maddelere ilaveten son beş madde de (madde 24, 25, 26, 27 ve 28) ölçekten çıkarıldıktan sonra kesme noktası saptanmıştır (Şekil 2).

Araştırmanın üçüncü amacına ilişkin bulgular, tedavide başarılı olan olguların Nörotisizm-Anksiyete seviyelerinin tedavide başarısız olanlardan anlamlı olarak daha düşük (Tablo 41), Aktivite (Tablo 42) ve Sosyallik (Tablo 43) seviyelerinin daha yüksek ve Dürtüsel Heyecan Arayışı (Tablo 44) ve Saldırganlık- Düşmanlık (Tablo 45) seviyelerinin daha düşük olduğunu göstermiştir.

Kişilik özelliklerinin tedavi başarısını öngörmesiyle ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Genellikle madde kullanan ile kullanmayan kişilerin kişilik özellikleri arasında fark olup olmadığı çalışılmıştır. Örneğin, Brooner Schmidt ve Herbst (1994) metadon tedavisi gören kişilerle yapmış oldukları araştırmalarında, madde bağımlılığının ciddiyeti ile nörotisizm arasında pozitif ilişki olduğunu bulmuşlardır. Ruiz, Pincus ve

Dickinson (2003) 200 öğrenci ile yapmış oldukları çalışmalarında yüksek nörotisizm seviyesi ile alkol bağımlılığı ve alkol ile bağlantılı problemler arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir. Madde kötüye kullanan suçlularla yapılan bir araştırmada, alkol bağımlılığı olan kişilerin kaygı seviyelerinin alkol kullanımını az olanlardan ve yoğun olarak esrar kullananların nörotisizm seviyelerinin arada sırada kullananlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Fishbein ve Reuland, bt).

Tedavide başarılı olan olguların Nörotisizm-Anksiyete seviyelerinin tedavide başarısız olan olgularınkinden anlamlı olarak daha düşük çıkmasıyla ilgili bulgu, bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir

Ball (1995) ayaktan tedavi gören kokain bağımlıları ile yapmış olduğu araştırmada tedavi süresince madde kullanmaya devam edenlerin Nörotisizm-Anksiyete seviyelerinin tedavi süresince madde kullanmayanlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ball ve Schottenfeld (1997) ayaktan madde tedavisi gören hamile ve yeni doğum yapmış 92 kadınla gerçekleştirmiş oldukları çalışmalarında, Nörotisizm-Anksiyete seviyesinin bağımlılık ciddiyetini öngördüğünü saptamışlardır. Bazı araştırmalarda kaygı bozukluklarının tedavi sonucuna etkisi incelenmiştir. İki çalışmada kaygı ve/veya duygudurum bozuklukları söz konusu olduğunda maddenin bırakılmasının zorlaştığı veya bırakıldıktan sonra relapsın olduğu bulunmuştur (Driessen, Meier, Hill, Wetterling, Lange ve Junghanns, 2001; Kushner, Abrams, Thuras, Hanson, Brekke ve Sletten, 2005). Eroin bağımlıları ile yapılan uzun süreli çalışmada, en sık rastlanan eş tanının depresyon olduğu ve depresyon seviyesi yüksek olanların tedavide başarısız olup madde kullanmaya devam ettikleri saptanmıştır (Teesson, Mills, Ross, Darke, Williamson ve Havard, 2008). Holton, Riley, ve Tyrer (1992) benzodiazepin bağımlısı 41 kişiyle yapmış oldukları araştırmada, olumsuz tedavi sonuçları ile kaygı ve nörotisizm seviyesinin yüksek olması arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır.

Tedavide başarılı olan olguların Aktivite seviyelerinin başarısız olanlardan anlamlı olarak daha yüksek çıkmasıyla ilgili bulgu bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermemektedir. Ball (1995) kokain bağımlıları ile yapmış olduğu çalışmasında tedaviyi tamamlayanlar ve tamamlamayanlar arasında Aktivite ölçeği ile ilgili anlamlı bir fark bulamamıştır. Yoğun çalışma ve enerjiyi değerlendiren Aktivite ölçeği Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testinin iç tutarlılığı en düşük ölçeğidir (Ball, 1995). Ancak bazı araştırmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin aktivite ölçeğinden düşük puan aldıklarını göstermektedir. Örneğin, Wang ve diğer. (2002) majör depresyon tanısı almış 85 ve majör depresyon tanısı almamış 82 kişiyle yapmış oldukları çalışmalarında majör depresyon tanısı almış olanların almayanlara göre Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testinin Nörotisizm-Anksiyete ve Saldırganlık-Düşmanlık alt-ölçeklerinden daha yüksek, Sosyallik ve Aktivite alt-ölçeklerinden ise daha düşük puan aldıklarını saptamışlardır. Bir başka araştırmada, sınırda (borderline) kişilik bozukluğuna sahip kişilerin Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testinin Nörotisizm-Anksiyete ve Dürtüsel Heyecan Arayışı alt-ölçeklerinden yüksek, Aktivite alt-ölçeğinden ise düşük puan aldıkları gösterilmiştir (Gomà-i-Freixanet, Soler, Valero, Pascual ve Sola, 2008). Araştırma sonuçları ile bağlantılı olarak tedavide başarısız olan olguların Aktivite puanlarının başarılı olanlara göre daha düşük olması psikopati seviyelerinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Tedavide başarılı olan olguların Sosyallik seviyelerinin başarısız olanlardan anlamlı olarak daha yüksek çıkmasıyla ilgili bulgu bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermemektedir. Ball (1995) kokain bağımlıları ile yapmış olduğu çalışmasında tedaviyi tamamlayanlar ve tamamlamayanlar arasında Sosyallik açısından anlamlı bir fark bulamamıştır. Ancak, araştırmada kokain kullananların daha az patolojik olanlar ve daha çok patolojik olanlar şeklinde iki tipe ayrılabilceğini belirtmiştir. Daha çok patolojik olanların Dürtüsel Heyecan Arayışı, Nörotisizm-Anksiyete ve Saldırganlık-Düşmanlık seviyelerinin

yüksek, Sosyallik seviyelerinin düşük olduğunu, madde bağımlılıklarının ciddi ve psikiyatrik problemlerin söz konusu olduğunu söylemiştir. Gurrera (1990) madde kötüye kullanımı ve antisosyal, histrionik, narsisistik ve sınırda (boderline) kişilik bozukluğu ile ilişkili olan böyle bir kişilik tipinin varlığıyla ilgili araştırmaları çalışmasında gözden geçirmiştir (Ball, 1995'den naklen). Graña, Muñoz ve Navas (2009) madde bağımlılığı tedavisi gören 568 kişiyle yapmış oldukları araştırmalarında, madde kullananları A (madde bağımlılık derecesi az olan) ve B (madde bağımlılık derecesi yüksek olan, kronikleşmiş bağımlılık) tipi şeklinde ikiye ayırmışlar ve A tipi grubun dışadönüklük ölçeğinden B tipi gruptan daha yüksek puan aldığını ve B tipi grubun birçok patolojik kişilik özelliğine sahip olduğunu saptamışlardır. Bu bulgularla bağlantılı olarak, tedavide başarısız olanların Sosyallik seviyelerinin düşük olması, psikopati seviyelerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Tedavide başarılı olan olguların Dürtüsel Heyecan Arayışı seviyelerinin tedavide başarısız olan olgularınkinden anlamlı olarak daha düşük çıkmasıyla ilgili bulgu, bu konuda yapılmış araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir.

Kişilik özellikleri arasında dürtüsellik ve yenilik/heyecan arayışı, genellikle bağımlılıkla ilgili davranışlarla ilişkili olduğundan tedavi sonucunu etkileyen potansiyel prediktörler olarak kapsamlı olarak incelenmiştir. Birçok çalışma, dürtüsellik ve heyecan (veya yenilik) arayışı kişilik özelliklerine madde kötüye kullananlarda daha sık rastlandığını göstermektedir (Limson ve diğer., 1991; Bab-Milkic, MiJalkovic ve Marinkovic, 1995; Sher, Wood, Crews ve Vandiver, 1995; Moeller ve diğer., 2001'den naklen). Sigara içenlerin de yüksek heyecan arayışı özelliğine sahip oldukları ileri sürülmektedir (C.S. Pomerleau, O.F. Pomerleau, Flessland ve Basson, 1992; Moeller ve diğer., 2001'den naklen). Ayrıca TPQ'nun (Üç Boyutlu Kişilik Testi- Tridimensional Personality Questionnaire) Yenilik Arayışı ölçeğinden yüksek puan alanların bağımlılıklarının daha ciddi olduğu bulunmuştur (Muntaner ve diğer., 1989; Moeller ve diğer., 2001'den naklen). Benzer şekilde, Ball,

Carroll ve Rounsaville (1994) kokain kullanan 335 kişiyle yapmış oldukları araştırmalarında, heyecan arayışı, madde kullanımının ciddiye ve psikiyatrik bozuklar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırma sonuçları, yüksek heyecan arayışı özelliğine sahip olanların madde kötüye kullanımı ile ilgili daha ciddi semptomlar ortaya koydukları, psikososyal işlev bozukluğu gösterdikleri, birden fazla maddeyi aynı anda kötüye kullandıkları ve madde kullanmaya erken yaşta başladıklarını göstermiştir. Ayrıca yüksek heyecan arayışı özelliği seviyesi ile antisosyal kişilik bozukluğu arasında ilişki saptanmıştır (Moeller ve diğer., 2001'den naklen).

Yenilik/heyecan arayışı seviyesinin tedaviye devam etme ile doğrudan bağlantılı olduğu bulunmuştur. H.M. Kravitz, Fawcett, McGuire, M. Kravitz ve Whitney (1999) TPQ'nun yenilik arayışı ölçeğinden yüksek puan alanların alkol bağımlılığı tedavisini tamamlamadan bıraktıklarını saptamışlardır (Moeller ve diğer., 2001'den naklen). Bir başka araştırmada, 50 kokain bağımlısı ile yapılan 3 aylık klinik deneme sonucunda dürtüsellik özelliğinin tedavi sonucunu öngören bir faktör olduğu ortaya çıkmıştır. Barratt Dürtüsellik Ölçeği ile değerlendirilen dürtüsellik, kokain kullanımının ciddiye ve tedaviyi tamamlamadan bırakma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Moeller ve diğer., 2001). Benzer sonuçlar, kokain bağımlısı Afrika kökenli Amerikalı 141 kişiyle yapılan diğer bir çalışma ile elde edilmiştir (Patkar ve diğer., 2004). Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Zuckerman Heyecan Arayışı Ölçeğinin kullanıldığı araştırmada, heyecan arayışı ve dürtüsellik ölçeğinden alınan yüksek puanlar ile pozitif idrar testi sonuçları arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, yüksek dürtüsellik ve heyecan arayışı özelliklerinin olumsuz tedavi sonucu ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Eroin bağımlısı kokain kullanan kişilerle yapılan iki ayrı araştırmada, yenilik arayışı ve tedaviyi başarıyla tamamlama arasındaki ilişki incelenmiştir. Birinci araştırmada, yüksek yenilik arayışı özelliğine sahip olanların tedaviyi tamamlamadan bıraktıkları saptanmıştır

(Roll, Saules, Chudzynski ve Sodano, 2004). İkinci araştırmada, heyecan arayışı seviyesinin yüksek olduğu olguların tedaviyi tamamlamadan bıraktıkları, ancak tedavinin erken aşamalarında devam oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Helmus, Downey, Arfken, Henderson ve Schuster, 2001). Ball (1995) kokain kullanan 450 kişiyle yapmış olduğu araştırmasında, Dürtüsel Heyecan Arayışı ölçeğinden yüksek puan alanların madde kullanımı ile ilgili daha ciddi sorunları olduğunu ve tedaviyi başarıyla tamamlayamadıklarını saptamıştır.

Yenilik/heyecan arayışı özellikleri ile relaps arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Örneğın, Meszaros ve diğer. (1999) erkek alkol bağımlıları ile yapmış oldukları araştırmada, Yenilik Arayışı ölçeğinden yüksek puan almanın relapsı öngördüğünü saptamışlardır (Moeller ve diğer., 2001'den naklen). McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola ve Kaplan (1995) kokain bağımlısı 95 kişiyle yapmış oldukları çalışmalarında, relapsa neden olan durumsal ve kişilerarası faktörleri belirlemişlerdir. Araştırmacılar, durumsal faktörler arasında yüksek heyecan arayışı seviyesini göstermişlerdir (Moeller ve diğer., 2001'den naklen).

Tedavide başarılı olan olguların Saldırganlık-Düşmanlık seviyelerinin tedavide başarısız olan olgularınkinden anlamlı olarak daha düşük olmasıyla ilgili bulgu, bu konuda yapılmış diğer araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir. Birçok çalışma antisosyal ve düşmanlık kişilik özellikleri ile tedaviyi tamamlamadan bırakma arasında bağılantı olduğunu göstermektedir (Alterman ve Cacciola, 1991; Carroll, Ball ve Rounsaville, 1993; Kranzler, Del Boca ve Rounsaville, 1996; Petry ve Bickel, 2000'den naklen). Woody ve diğer. (1985) madde bağımlılığı tedavisi gören ve depresyon veya düşmanlık seviyeleri yüksek kişilerin tedavi sırasında ve sonrasında zayıf gelişme gösterdiklerini saptamışlardır (Rao, Broome ve Simpson, 2004'den naklen). Düşmanlık seviyeleri yüksek madde bağımlıları aynı zamanda saldırgan özelliklere sahip olmakta (McCormick ve Smith, 1995; Rao, Broome ve Simpson,

2004'den naklen), genellikle tedavi sürecine etkin katılım gösterememekte ve tedaviyi tamamlamadan bırakmaktadırlar (Joe, Simpson ve Broome, 1999; Rao, Broome ve Simpson, 2004'den naklen).

Rao, Broome ve Simpson (2004) depresyon ve düşmanlık özelliklerinin metadon tedavisinin uzun süreli sonuçlarını öngörüp öngörmediğini araştırmışlardır. 727 opium bağımlısının 1 yıl, 432 opium bağımlısının ise 5 yıl sonrası için tedavi sonuçları üzerinde depresyon ve düşmanlık özellikleri analiz edilmiştir. Çalışmanın sonunda her iki grupta yüksek düşmanlık seviyesi ile yoğun madde kullanımı ve suç işleme arasında ilişki bulunmuştur. Araştırmacılar, düşmanlık özellikleri yüksek olguların, tedavi sırasında danışmanlarla etkili iletişim kuramadıkları ve tedaviden yarar sağlayamadıklarını ileri sürmüşlerdir. Putt, Dowd ve McCormick (2001) 132 alkol, uyuşturucu madde veya her iki maddeyi kötüye kullanan ve yatarak tedavi gören kişilerle yapmış oldukları araştırmalarında düşmanlık ve saldırganlık özelliklerinin tedavi sonucu üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Araştırmacılar, tedavinin 3. ve 12. ayında saldırganlık ve düşmanlık seviyeleri yüksek olan olguların madde kullanmaya devam ettiklerini saptamışlardır.

Hiller ve Knight (1999) madde kullanımı nedeniyle yakalanarak 6 aylık zorunlu tedaviye hükmedilen kişiyle yapmış oldukları çalışmalarında, tedavide başarısız olan olguların düşmanlık seviyelerinin yüksek olduğu, antisosyal davranışlar gösteren arkadaş çevresine sahip oldukları ve yetkinlik becerilerinin düşük olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde, Hiller, Knight, Saum ve Simpson (2006) gözetim altındaki madde kullanan 406 kişiyle yapmış oldukları araştırmalarında yüksek düşmanlık seviyesi ile tedaviyi tamamlamadan bırakma arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır.

McCormick ve Smith (1995) tedavi gören ve madde kötüye kullanım bozukluğuna sahip 3367 kişide saldırganlık ve düşmanlık özellikleri ve tedavi performansını araştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda, saldırganlık ve düşmanlık seviyeleri yüksek olan

olguların madde kullanımını tetikleyen durumlarla daha fazla karşı karşıya kaldıklarını ve ileride bu gibi bir durumda kaldıklarında madde kullanmaya karşı gelmek konusunda kendilerine daha az güvendiklerini saptamışlardır.

Patkar ve diğer. (2004) 3 ay süresince ayaktan tedavi gören kokain bağımlısı Afrika kökenli Amerikalı 141 kişiyle yapmış oldukları araştırmalarında, 60 kişilik kontrol grubu oluşturmuşlar ve saldırganlık, dürtüsellik ve heyecan arayışı özelliklerinin her iki grupta farklılık gösterip göstermediğini incelemişlerdir. Araştırma sonuçları, kokain bağımlılarının her üç kişilik özelliğinin kontrol grubundan daha yüksek seviyede olduğunu göstermiştir. Ayrıca araştırmacılar, bu üç değişkenin kombinasyonunun tedaviyi başarıyla devam ettirme ve tedavi süresince maddeden uzak kalmayı anlamlı olarak öngördüğünü bulmuşlardır. Yüksek seviyede saldırganlık, dürtüsellik ve heyecan arayışı özellikleri gösteren olguların tedavi sonucunun olumsuz olduğu görülmüştür. Ayaktan tedavi gören kokain bağımlısı 450 kişiyle yapılan diğer bir çalışmada, Saldırganlık-Düşmanlık seviyesi yüksek olan olguların tedavide daha başarısız oldukları, bağımlılıklarının ciddi olduğu ve bu nedenle yatarak tedaviye yönlendirildikleri bulunmuştur (Ball, 1995).

Araştırmanın dördüncü amacına ilişkin bulgular, tedavide başarılı olan olguların Birincil Psikopati (Tablo 46), İkincil Psikopati (Tablo 47) ve Toplam Psikopati (Tablo 48) puanlarının tedavide başarısız olan olgulardan anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir. Araştırmadan elde edilen bu bulgular, konuyla ilgili yapılmış diğer çalışma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir.

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 görülme oranı genel popülasyonda düşük olmasına karşın suç işleyenler arasında anlamlı olarak yüksektir. Ayrıca madde kullanım bozuklukları ile

birlikte görülme oranı da oldukça yüksektir. Araştırmalar psikopatinin genellikle tedaviye zayıf cevap verdiğini ve olumsuz tedavi sonucu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Başarılı tedaviye engel teşkil eden faktörler arasında, temel psikopatik kişilik yapısını oluşturan, aldatma, manipülasyon, ve pişmanlık duygusunun olmamasının yanı sıra, zayıf motivasyon, kurallara uymama ve terapötik ilişkiye bağlılık geliştirememe gibi genel problemlerin bulunduğu ileri sürülmektedir.

Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay ve Boardman (1998) metadon tedavisi gören opium bağımlısı kişilerle yapmış oldukları araştırmalarında, psikopati seviyeleri yüksek olguların tedavi süresince kokain ve benzodiazepin kullandıklarını ve tedaviyi başarıyla tamamlama olasılıklarının düşük olduğunu bulmuşlardır (Taylor ve Lang, 2007'den naklen). O'Neil, Lidz ve Heilbrun (2003) madde kötüye kullanan ergenlerle yapmış oldukları çalışmalarında, psikopati seviyeleri yüksek olguların tedaviden sonra tekrardan suç işledikleri, tedavi kurallarına uymadıkları ve tedaviye katılımın kalitesinin düşük olduğu, tedavi süresince pozitif idrar testi verdikleri ve klinik olarak az gelişim gösterdiklerini saptamışlardır (Taylor ve Lang, 2007'den naklen).

Madde kötüye kullanımı tedavisi ile ilgili yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada cezaevinde madde tedavisi gören kadınların psikopatik özellikleri incelenmiştir. Richards, Casey ve Lucente (2003) enstitü ve programla ilgili kurallara karşı gelmeyi üç zaman periyodunda analiz etmişlerdir: Tedavi öncesindeki program kurallarını ihlal, tedavi sırasındaki program kurallarını ihlal ve tedavi sonrasındaki program kurallarını ihlal. Enstitü ile ilgili kural ihlalleri, şiddetli, yıkıcı, diğer ciddi, hafif ve total ihlal şeklinde derecelendirilmiştir. Ayrıca maddeyle ilgili kural ihlalleri ve idrar testi yaptırmak istememeyi içeren programla ilgili ihlaller PCL-R ile analiz edilmiştir. Sonuçta, psikopati seviyeleri yüksek olan olguların daha problemliler oldukları, enstitü ve programla ilgili kuralları daha fazla ihlal ettikleri, tedavi süresince az değişim gösterdikleri, değişim

gösterdiklerinde bunun uzun zaman aldığı ve serbest bırakıldıklarında tekrardan suç işlediklerini bulmuşlardır (Taylor ve Lang, 2007'den naklen).

Smith ve Newman (1990) cezaevindeki 360 erkek katılımcıyla yapmış oldukları araştırmalarında psikopati ve madde kullanım bozukluklarının birlikte görülme sıklığını ve tedaviye etkisini incelemişlerdir. Çalışmaları sonucunda psikopati seviyesi yüksek ve madde kullanım bozukluğuna sahip olguların maddeyle ilgili problemlerinin tedaviye rağmen devam ettiğini saptamışlardır. Carroll, Ball ve Rounsaville (1993) kokain kullanan 399 kişiyle yapmış oldukları çalışmalarında, antisosyal kişilik bozukluğu teşhisi almış kokain bağımlılarının maddeye genç yaşta bağımlı oldukları ve yüksek oranda psikososyal işlev ve psikiyatrik bozukluk gösterdiklerini saptamışlardır. Ayrıca, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı ile tedaviyi tamamlamadan bırakma ve kısa süreli iyileşme arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

Leal, Ziedonis ve Kosten (1994) 12 haftalık metadon programı kapsamında kokain kullanan ve antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan 94 kişinin ilaç tedavisine nasıl tepki verdiklerini araştırmışlardır. Araştırmacılar, ilk iki haftada ASKB ve ASKB tanısı almayanların negatif idrar testi oranları arasında anlamlı fark olmadığını, ancak son iki haftada ASKB tanısı almayan olguların negatif idrar testi oranlarının anlamlı olarak yükseldiğini, ASKB tanısı alanların oranlarında ise hiçbir değişiklik olmadığını göstermişlerdir.

Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah ve Spitznagel (2003) psikiyatrik bozukluklarla tedavi sonucu arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Madde bağımlısı 401 kişinin tedavi başladıktan 12 ay sonraki madde kullanım durumlarını değerlendirmişlerdir. Çalışmaları sonucunda, araştırmacılar, fobisi olan kadınlar için tedavi sonucunun olumlu, depresyon ve antisosyal kişilik bozukluğu olan erkekler için ise tedavi sonucunun olumsuz sonuçlandığını bulmuşlardır.

Haro, Mateu, Martinez-Raga, Valderrama, Castellano ve Cervera (2004) kişilik ve madde kullanım bozukluğunun aynı anda görülmesinin tedavi üzerindeki etkilerini incelemiştir. Tedavi gören ve opium kullanan 74 kişiyle yapmış oldukları araştırmalarında, sınırda kişilik bozukluğunun en yaygın, antisosyal kişilik bozukluğunun ise madde kullanımını etkileyen tek kişilik bozukluğu olduğunu bulmuşlardır. Araştırmacılar, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan olguların tedavilerinin daha başarısız olduğu sonucuna varmışlardır. Van Steele, Blumer ve Moberg (2004) psikopati ve madde bağımlılığı tanısı almış cezaevindeki kişilerle yapmış oldukları araştırmalarında, psikopati seviyeleri yüksek olan olguların tedavilerinin daha başarısız olduğunu saptamışlardır.

Kokkevi, Stefanis, Anatasopoulou ve Kostogianni (1998) madde kötüye kullanan 173 kişiyle yapmış oldukları araştırmalarında, kişilik bozukluklarının yaygınlığını ve tedaviyi başarıyla devam ettirme üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmacılar, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan olguların ASKP tanısı almayan olgulardan daha erken yaşta maddeye başladıkları ve tedavi programını daha çabuk bıraktıklarını bulmuşlardır.

Bazı araştırmalar antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış madde bağımlılarının ASKB tanısı almamış madde bağımlılarına benzer tedavi başarısı elde ettiklerini göstermiştir (Brooner, Kidorf, King ve Steller, 1998; Longabaugh ve diğer., 1994; Messina, Wish ve Nemes, 1999; Marlowe, Patapis ve DeMatteo, 2003'den naklen). Araştırma sonuçları arasındaki bu çeşitlilik iki etkene bağlanabilmektedir. İlk olarak, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler tipik madde tedavisinde başarılı olamamakta, öte yandan yapılandırılmış ve yakından takip içeren müdahalelere daha olumlu cevap vermektedirler. İkinci olarak antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış olgular arasında seviye açısından farklılıklar olmaktadır. Buna göre antisosyal kişilik bozukluğu seviyesi yüksek olan kişiler tedavide başarısız olmaktadır (Marlowe, Patapis ve DeMatteo, 2003).

Bu çalışmayla yasal zorunluluk olarak madde bağımlılığı tedavisine yönlendirilmiş kişilerin başarısını öngören faktörler ortaya konulmuştur. Araştırmanın birçok güçlü olduğu nokta vardır. Türkiye’de denetimli serbestlik yeni bir uygulama olduğundan, bu konuda çok fazla araştırma yapılmamıştır. Ayrıca tedavi başarısını öngören etkenler çok yönlü olarak ele alınıp analiz edilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin tedavi başarısı üzerindeki etkileri irdelenmiştir. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği ile tedavi sonucunu etkileyebilecek sosyal, yasal ve psikolojik faktörler saptanmıştır. Bu ölçeğin iç tutarlılığı oldukça iyidir. Olgular soruları samimi ve içten yanıtlamışlardır. Tedavide başarılı ve başarısız olan olguların kişilik özellikleri irdelenmiş ve aralarında anlamlı fark olup olmadığı analiz edilmiştir. Son olarak madde kullanan kişiler arasında yaygın olarak görülen psikopati incelenmiş ve yine tedavi sonucu üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Kişilik özellikleri ve psikopatinin değerlendirilmesine yardımcı olan ölçekler uluslararası yaygın olarak kullanılan ve geçerlilik ve güvenilirlikleri ispatlanmış ölçeklerdir. Olgular bu iki testin sorularını yine samimi ve içten yanıtlamışlardır. Tedavide başarılı ve başarısız olguları belirlerken objektif olması açısından laboratuvar çalışması sonucuyla belirlenmiş idrar testi sonuçları kriter olarak alınmıştır.

Bu çalışmanın bazı sınırları bulunmaktadır. Olguların büyük bir çoğunluğunu madde kullanan erkekler oluşturmaktadır. Araştırmalar madde kullanan kadınların tedavisini bazı faktörlerin farklı etkilediğini göstermektedir. Araştırmaya 19 yaş ve üstü kişiler dahil edilmiştir. Ergenlerin farklı dinamikleri söz konusu olduğundan tedaviyi etkileyen faktörler bu grup için farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle kadın ve ergen popülasyonunun ayrıca çalışılmasında fayda görülmektedir. Olguların kullandıkları madde yoğun olarak esrardır. Türkiye’de kolay bulunabilir ve ucuz olması ve zararsız olduğu gibi yanlış bir kanının yaygın olması nedeniyle esrar en fazla kullanılan yasadışı maddedir. Tedavi başarısını öngören etkenler değişik maddeler için farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple esrar

dışındaki diğer maddeleri kullananların daha eşit dağılım gösterdiği araştırma grubunu incelemek yararlı olacaktır. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM'deki (Alkol ve Madde Araştırma Tedavi Eğitim Merkezi) tedavi programında madde kullanıcıları 3 haftada bir idrar testi yaptırmaktadırlar. Üst üste 6 temiz tahlil sonucunda kişiye heyet tarihi verilmekte ve heyet toplanıncaya kadar testler devam etmektedir. Bu çalışmada belirlenen başarı kriteri 8 aylık bir sürede heyet raporunun alınmış olmasıdır. Söz konusu sürede heyet raporu alamamış katılımcılar başarısız olarak belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, tedavi başarısını etkileyen ve sosyal faktörler arasında bulunan aile ve arkadaş desteğini tedavi ve denetim sürecinde kuvvetlendirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Kişinin iyileşmek için istekli olması; aile ve sosyal çevrenin de kişiye destek vermesi olumlu ilerleyiş yönünden önemlidir. Kişinin tedavi sürecine zaman zaman aile üyelerinin de katılımının sağlanması; aile üyelerinin bağımlılık ve tedavi sürecinin doğası ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesi ve onların desteğinin alınması faydalı olabilmektedir. Madde kullanan kişi tedavi sürecinde madde kullanan arkadaşlarıyla görüşmeye devam etme eğilimi gösterebilir. Bu durumda, kişinin madde kullananların yanında bulunmasının kendisi için ne kadar tehlikeli olduğunun farkına varması sağlanmalıdır. Kişinin madde kullanımını bırakması açısından madde kullandığı çevresinden uzaklaşarak yeni bir çevre edinmesi önemlidir. Kişi eski çevresini değiştirmedikçe tedavide başarılı olması zorlaşmaktadır. Denetim ve tedavi kurallarına uyma, yasal yaptırımla ilgili duygu ve düşünceler, madde kullanan kişinin sorumluluklarının bilincine vardırılması, tedavi sürecinde kişiye rehberlik eden denetim görevlisi ve madde kullanan kişi arasındaki ilişkinin niteliği gibi uygulamayla ilgili önemli konuların üzerinde durulup tedavinin başarısı için madde kullanan kişiyle uzlaşma sağlanmaya çalışılmalıdır. Madde kullanan kişilerle çalışan denetim görevlisi ve tedavide görevli uzman doktorlar bu

kişilere empatik bir şekilde yaklaşarak, kişiyle kurulan iletişimin güçlenmesi, hem de kişinin farkındalığı artırılarak kendi değişim sürecinin kontrolünü elde etmesi sağlanmalıdır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, kişinin tedaviye hazır ve motivasyonunun yüksek olması tedavi başarısını olumlu etkilemektedir. Buna göre, madde kullanan kişilerle çalışan denetim görevlilerinin motivasyon artırıcı görüşme tekniklerini uygulayarak, kişinin madde kullanmayla ilgili düşünce ve davranışları arasındaki çelişkinin azaltılması, maddenin bırakılması ile ilgili ileriye dönük planlar yapılması ve kişinin yetkinlik gücünün yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapmalarında fayda vardır. Bu çalışmada kullanmak amacıyla geliştirilen ve tedavi başarısını öngören sosyal, yasal ve psikolojik faktörlerin değerlendirilmesinde yararlanılan Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin bundan sonra bu alanda yapılacak araştırmalarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Beş boyutlu kişilik modeli madde kullanım bozukları gibi birçok psikiyatrik bozukluğun etioloji ve tedavisi hakkında önemli bilgiler vermektedir (Sher ve Trull, 1994; Ball, 1995'den naklen). Normal kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi ciddi problemler ortaya çıkmadan önce kolay ve erken saptanması açısından klinik olarak faydalı olmaktadır. Ayrıca bağımlılık tedavisinin başarısını öngörmesi açısından da önemli olduğu literatürde ve bu çalışmada gösterilmiştir. Beş boyutlu kişilik modeli olası psikopatolojiye dikkat çekmektedir. Tedavi başarısı üzerinde etkisi olan kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi başka bir psikiyatrik bozukluğun tespit ve tedavi edilmesinde kolaylık sağlamaktadır.

Madde kullanım bozukluklarının yanı sıra başka bir psikiyatrik bozukluğun görüldüğü durumlarda kombine tedavi yaklaşımlarının madde kullanımının azaltılması ve nükslerin önlenmesinde yararlı olacağı öngörülebilir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, psikopati tedavi başarısını öngören önemli bir faktördür. Antisosyal kişilik özelliklerine sahip kişilerin madde tedavisinde izlenecek yöntemler kısıtlı olmasına rağmen olumlu

sonuçlar verebilmektedir. Vaillant (1975) antisosyal madde kullanıcıları için etkili teşvikler sunan oldukça yapılandırılmış davranışçı programların ve yakından denetimin başarılı olduğunu ileri sürmektedir (Brooner, Kidorf, King ve Stoller, 1998'den naklen).

2005 yılında Türk Ceza Kanunu'nda yapılan değişikliklerle madde bağımlısına ve kullanıcılarına bir suçlu gözüyle değil, tedaviye muhtaç bir birey gözüyle bakılmaya başlanmış ve madde bağımlılarına tedavi olma alternatifi getirilmiştir. Denetimli serbestlik uygulamasıyla madde bağımlısı olduğunu kabul etmeyen, bu konuda hiç tedavi görmemiş veya tedavisini sürdürememiş ve suça eğilimli kişilere ulaşmak mümkün olmuştur. Ayrıca bu uygulamayla toplumun bağımlılık konusunda bilinçlenmesi sağlanmış, madde kötüye kullananların ve bağımlılarının tedavi edilmeleri ve topluma yeniden kazandırılmaları ile ilgili ilke önem kazanmıştır. Ancak denetimli serbestlik tedbirinin yeni olması itibariyle uygulamada bazı eksikliklerin olduğu görülmektedir. Öncelikle bağımlılık tedavisi yapan kurumlar arasında denetimli serbestlik ile ilgili farklı uygulamalar söz konusudur. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin 2008 yılında hazırlamış olduğu Denetimli Serbestlik Uygulamalarının Standardizasyonu Görev Grubu Raporu'na göre merkezlerin (Ankara AMATEM, İstanbul AMATEM, İzmir AMATEM ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağımlılık Tedavi Merkezi) tedavi süreleri 1 ay ile 1 yıl arasında ve görüşme sayıları ise 4 ile 12 arasında değişmektedir. Bu kurumlarda günlük bakılan denetimli serbestlik olgusu ortalaması ise 12 ile 100 arasında değişmektedir. Raporun sonuçlarına göre uygulamayla ilgili farklılıklar yeni bir standardizasyon çalışmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Madde kullanımı nedeniyle yakalanarak zorunlu tedaviye yönlendirilen kişilerin büyük bir kısmı bağımlı olup olmadıkları tespit edilmeden doğrudan bağımlılık tedavi merkezlerine gönderilmektedir. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı teşhisinin yapılması birçok açıdan önemlidir. Bağımlı olan kişilerin daha yoğun bir tedavi programına yönlendirilmesi faydalı olacaktır. Öte yandan madde kullanımı ciddi seviyede olmayan kişileri bağımlı kişilerle bir araya

getirmek bağımlı kişilerden etkilenmelerine yol açabilmektedir. Bağımlılık merkezleri denetimli serbestlik olgularına bakmakta yetersiz kalmaktadır. Gönüllü tedavi olmak isteyen hastalara yetişmekte zorlanmaktadırlar. Bu nedenle denetimli serbestlik olgularına bakabilecek merkez sayısını arttırmak bu tıkanmaları önleyebilecektir. Denetimli serbestlik olguları bağımlılık merkezlerinde belirli aralıklarla idrar tahlili yaptırmaktadırlar. Tahlillerin sonucu bağımlılık merkezi tarafından denetimli serbestlik ve yardım merkezlerine yazı ile bildirilmektedir. Hükümlünün tedavi olup olmadığı kararı sadece idrar testlerine bakılarak verilmektedir. Bir başka deyişle, standart bir tedavi programı uygulanmamakta, sadece madde kullanıp kullanmadıkları tespit edilmektedir. Ayrıca madde bağımlılığına eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk veya tıbbi bir sorunun olup olmadığı test edilmemektedir. Bağımlı olan kişilerin kendi kendilerine maddeyi bırakmaları oldukça zordur. Yoksunluk belirtileri ağır olabilmektedir. Bağımlı kişilerin maddeyi bırakmalarında tek başına yasal yaptırım yeterli olamamaktadır. Bu nedenle seyrek madde kullananlarla, madde kötüye kullanımı olan olgular bağımlı olanlardan ayrı tedavi edilmelidir. Bağımlı oldukları tespit edilen kişiler bağımlılık merkezlerine yönlendirilmeli, madde kötüye kullanımı olanlar ise belirli hastanelerde programa alınmalıdır. Madde kötüye kullanımı olan kişiler bu hastanelerdeki programın kurallarına uymadıkları takdirde bağımlılık tedavi merkezlerine yönlendirilmelidir. Bağımlı olan kişilere standart bağımlılık tedavisi uygulanmalıdır. Yoksunluk belirtileri yakından izlenmeli ve tedavi edilmelidir. Arındırma sürecinin sonunda bağımlılık gruplarında terapiye katılmaları sağlanmalıdır. Madde bağımlılığına eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk söz konusu olduğunda doğru bir şekilde tespit edilip kombine tedavi uygulanmalıdır. Tedavi olup olmadığına ilişkin karar idrar tetkiklerine, terapi gruplarına katılıma ve sosyal ve psikolojik gelişime göre verilmelidir. Denetimli serbestlik olgularının tedavisi bittikten sonra tekrardan maddeye başlayıp başlamadıklarını tespit etmek için bağımlılık merkezine çağrılıp idrar tahlili yapılmalıdır. Tedavi merkezlerinin ve bu

merkezlerdeki uzman sayısının arttırılması ile denetimli serbestlik olgularının tedavisinin kalitesinin yükseleceği ve bu kişilerin yeniden topluma kazandırılacağı dşnlmektedir.

Bağımlılığın gelişmesine neden olan mekanizmalar hakkında ne kadar çok ve doğru bilgi edinilirse, insan sağlığını tehdit eden bu bozukluğa karşı alınacak tedbirlerin ve tedavi Şekillerinin kalitesinin de artacağı dşnlmektedir. Düzenli madde kullananların bağımlı olma riski hemen hemen aynıdır. Ancak araştırmaların da göstermiş olduğu gibi genel popülasyonda en kritik durumda genęler bulunmaktadır. Bu alışma, ergenlik döneminde genęlerin madde kullanımını azaltacak yeni yöntemler geliştirme olanağını da yaratacaktır. Ayrıca madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı konusunda yapılacak çok sayıda inceleme başka alanlarda yapılan çalışmaları olumlu etkileyecektir. Özellikle lkemizde yeni olan denetimli serbestlik ve tedavi tedbirinin başarılı bir Şekilde uygulanması açısından araştırma bulgularının faydalı olduğu dşnlmektedir.

5. SONUÇ

Bu çalışmada, zorunlu tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolan kişilerin tedavi başarısını öngören faktörler irdelenmiştir. Sosyodemografik bulgulara göre, 31 yaşından küçük olanlar, eğitim seviyesi yüksek olanlar, çalışanlar, maddeye 18 yaşından sonra başlayanlar, sadece bir madde kullananlar ve sabıka kaydı olmayanlar tedavide başarılı olmuşlardır. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinden elde edilen bulgulara göre, aile ve arkadaş çevresinin olumlu desteğini alanlar, madde kullanımının yaygın olmadığı çevrede yaşayanlar, yasal yaptırım hakkında olumlu düşünüp, uygulamanın kurallarına uyanlar ve rehberleriyle uyumlu iletişim içinde olanlar, madde tedavisine hazır, motivasyonu yüksek ve maddeden uzak bir gelecek planlayanlar tedavide başarılı olmuşlardır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, tedavide başarılı olan olguların Nörotisizm-Anksiyete, Dürtüsel Heyecan Arayışı ve Saldırganlık- Düşmanlık seviyeleri tedavide başarısız olanlardan anlamlı olarak daha düşük, Aktivite ve Sosyallik seviyeleri ise daha yüksektir. Son olarak, tedavide başarılı olan olguların Birincil, İkincil ve Toplam Psikopati ortalama puanları tedavide başarısız olan olgularınkinden anlamlı olarak daha düşüktür.

6. ÖZETLER

6.1. Özet (Türkçe)

Amaç: Bu çalışmada, madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükmolan kişilerin tedaviyi başarıyla tamamlamalarını öngören etkenler irdelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya, 2007 ile 2008 yıllarında T. C. Adalet Bakanlığı İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne intikal etmiş ve madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükmolmuş kişiler arasından tesadüfi olarak seçilen 115 kişi katılmıştır. 19-55 yaşları arasındaki olguların 110'u erkek 5'i kadındır. Sosyodemografik özelliklerin tedavi başarısı üzerindeki etkisini saptamak amacıyla yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Toplama Formu kullanılmıştır. Olguların kendileri ve çevreleriyle ilgili subjektif olarak algıladıkları bazı özelliklerin tedavi başarısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği kullanılmıştır. Tedavi başarısı ve kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişki olup olmadığını saptamak için Zuckerman-Kuhlman Kişilik Testi ve tedavi başarısı ile psikopati arasında anlamlı ilişki olup olmadığını bulmak için de Levenson Psikopati Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Perason Ki-Kare testi sonucu elde edilen bulgulara göre, 31 yaşından küçük olanlar, eğitim seviyesi yüksek olanlar, çalışanlar, maddeye 18 yaşından sonra başlayanlar, sadece bir madde kullananlar ve sabıka kaydı olmayanlar tedavide başarılı olmuşlardır. Tedavide başarılı ve başarısız olan olguların Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeğinin her bir maddesine verdikleri puanlar arasında anlamlı farklar olup olmadığı bağımsız t-testi ile saptanmıştır. Buna göre tedavi başarısını öngören sosyal, yasal ve psikolojik faktörler belirlenmiştir. Tedavi başarısı ve kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişki olup olmadığı bağımsız t-testi ile incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, tedavide başarılı olan olguların

nörotisizm-anksiyete, dürtüsel heyecan arayışı ve saldırganlık- düşmanlık seviyeleri tedavide başarısız olanlardan anlamlı olarak daha düşük, aktivite ve sosyallik seviyeleri ise daha yüksektir. Bağımsız t-testi sonuçları tedavide başarılı olan olguların birincil, ikincil ve toplam psikopati ortalama puanlarının tedavide başarısız olan olgularınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir. **Tartışma:** Madde bağımlılığı tedavisinin başarısı ile ilişkili etkenler hakkında ne kadar çok ve doğru bilgi edinilirse, insan sağlığını tehdit eden bu bozukluğa karşı alınacak tedbirlerin ve tedavi şekillerinin kalitesinin de artacağı düşünülmektedir.

6.2. Abstract (English)

Objective: In this study, the factors predicting outcome of drug addiction treatment of people under community corrections supervision were examined. **Method:** 115 people (between the ages of 19 and 55) who were diverted to the Directorate of Probation and Support Center of the Chief Public Prosecutor's Office of Turkish Republic Ministry of Justice due to drug use between 2007 and 2008 participated in this study. 110 of the subjects are male and 5 of them are female. In order to determine the effect of the socio-demographic characteristics on the success of treatment a semi-structured questionnaire was used. The Scale of Factors Predicting the Success of Drug Addiction Treatment, developed by the researcher, was used to determine some factors which were perceived subjectively by the participants concerning themselves and their environment effecting the success of treatment. To find out whether there is a significant relationship between the success of treatment and personality characteristics, Zuckerman-Kuhlman Personality Test (ZKPQ) was used. Moreover, to assess if there is a significant relationship between the success of treatment and psychopathy, Levenson Self-Report Psychopathy (LSRP) was used.

Results: According to the findings obtained by Pearson Chi-Square test, people younger than 31 years of age, those with higher educational level, those having any job, those who

began abusing drugs after 18 years old, those abusing only one drug and those without criminal record were successful in treatment. To examine whether if there are significant differences between the scores given by the successful and unsuccessful subjects to each item of the Scale of Factors Predicting the Success of Drug Addiction Treatment, the independent t-test was used. According to the results obtained, the social, legal and psychological factors predicting the success of treatment were determined. The independent t-test was used to analyze whether if there is a significant relationship between the success of treatment and personality characteristics. According to the results of the study, the neuroticism-anxiety, impulsive sensation seeking and aggression-hostility levels are significantly lower whereas activity and sociability levels are higher in subjects being successful in treatment than those being unsuccessful in treatment. The results of the independent t-test demonstrated that the mean scores of primary, secondary and total psychopathy scales are significantly lower in subjects being successful than those being unsuccessful in treatment. **Discussion:** It is thought that the more we learn about the factors associated with the success of the treatment of drug addiction, the more the quality of the precautions and the treatment methods will increase.

7. KAYNAKLAR

- Adalet Bakanlığı (2007). *Madde Kullanımı Olan Hükümlülerle Çalışma Personel Kitabı*. Ankara: Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları.
- Ahmed, S., Bush, P., Davidson, F., & Ianotti, R. (1984). *Predicting children's use and intentions to use abusable substances*. Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, Anaheim, CA.
- Adler, A. (2000). *Sosyal duygunun gelişiminde bireysel psikoloji*. (H. Özgü, Çev.). İstanbul: Hayat Yayınları (Orijinal çalışma basım tarihi 1924).
- Agosti, V., Nunes, E., & Ocepeck-Welikson, K. (1996). Patients factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 29-39. 15 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, T. (1998). Drug identity change processes, race and gender. *Substance Use and Misuse*, 33, 2469-2483.
- Anderson, S., & Berg, J. E. (2001). The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research and Theory*, 9, 239-251. 16 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Anthony, J. C., & Petronis K. R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15. 17 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.

- Ausubel, D. P. (1980). An interactional approach to narcotic addiction. In D. J. Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (pp. 4-7). (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Azrin, N. H., Acierno, R., Kagan, E., Danahue, B., Besalel, V., & McMahon, P. T. (1996). Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. *Behavioral Research and Therapy*, *34*(1), 41-46.
- Bachman, J., Lloyd, D., & O'Malley, P. (1981). Smoking, drinking and drug use among American high school students: Correlates and trends, 1975-1979. *American Journal of Public Health*, *71*, 59-69.
- Baker, J. H., Mazzen, S. E., & Kendler, K. S. (2007). Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: Common genetic and environmental influences. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(8), 673-678.
- Ball, S. A. (1995). The validity of an alternative five-factor measure of personality in cocaine abusers. *Psychological Assessment*, *7*(2), 148-154.
- Ball, S. A., & Schottenfeld, R. S. (1997). Five-factor model of personality and addiction, psychiatric and AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misusers. *Substance Use & Misuse*, *32*(1), 25-41. 22 Ekim 2009, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089709027295>.
- Barnes, G., & Welte, J. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade-students in New York State. *Journal of Studies on Alcohol*, *47*, 53-62.
- Bartholomew, N. G., Hiller, M. L., Knight, K., Nucatola, D. C., & Simpson, D. D. (2000). Effectiveness of communication and relationship skills training for men in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *18*(3), 217-225. 19 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Becker, H. S., & Strauss, A. (1956). Careers, personality and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 62, 253-263.
- Beirne, P. (1994). *The origin's and growth of criminology: Essays on intellectual history, 1760-1945*. Brookfield VT: Dartmouth Printing.
- Bejerot, N. (1980). Addiction to pleasure: A biological and social-psychological theory of addiction. In D.J. Lettieri, M. Sayers, & H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (pp. 246-255). (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Bell, D. C., Montoya, I. D., & Atkinson, J. S. (1997). Therapeutic connection and client progress in drug abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 215-224. 20 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Benda, B. B., & Pope, S. K. (2006). Spiritual well-being, relationships and work satisfaction in the treatment of homeless veterans with alcohol/other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1), 109-124.
- Beynon, C., Bellis, M. A., Millar, T., Meier, P., Thomson, R., & Mackway, J. K. (2001). Hidden need for drug treatment services: Measuring levels of problematic drug use in the North West of England. *Journal of Public Health Medicine*, 23(4), 286-291.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resilience in the organization of behavior. In W.A. Collin (Ed.), *The Minnesota symposium on child psychology, V. 13: Development of cognition, affect and social relations* (pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Bohm, R. (1985). Criminology's paper role: A rejoinder. *The Criminologist*, 10(5), 4-8.
- Bohman, M. (1978). Some genetic aspects of alcoholism and criminality. *Archives of General Psychiatry*, 35, 269-276.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Brewington, V., Arella, L., Deren, S., & Randell, J. (1987). Obstacles to the utilization of vocational services: An analysis of the literature. *The International Journal of the Addictions*, 22(11), 1091-1118.
- Brinkley, C. A., Schmitt, W. A., Smith, S. S., & Newman, J. P. (2001). Construct validity of a self-report psychopathy scale: Does Levenson's self-report psychopathy scale measure the same constructs as Hare's psychopathy checklist-revised? *Personality and Individual Differences*, 31, 1021-1038.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 116, 111-267.
- Brook, J. S., Brook, D. W., De La Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E., & Montaya, I. (2001). Influence of parental child-rearing practices and environment on adolescent drug use. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 183-203.
- Broome, K. M., Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 127-135. 20 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Broner, 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.

- 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. 3 Kasım 2009, Elsevier Science Direct.
- Brown, S., Esbensen, F., & Geis, G. (2004). *Criminology* (5th ed.). Cincinnati: LexisNexis Anderson.
- Brunswick, A. F., & Boyle, J. M. (1979). Patterns of drug involvement: Developmental and secular influences on age at initiation. *Youth & Society*, *11*, 139-162.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. New York: Wiley.
- Butzin, C. A., Saum, C. A., & Scarpitti, F. R. (2002). Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program. *Substance Use & Misuse*, *37*, 1615-1633. 17 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., McKay, J. R., & Mulvaney, F. D. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *61*, 271-280.
- Cady, M. E., Winters, K. C., Jordan, D. A., Solberg, K. B., & Stinchfield, R. D. (1996). Motivation to change as a predictor of treatment outcome for adolescent substance abusers. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *5*(1), 73-91.
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, *28*, 67-79.
- Carol, E. N., & Zuckerman, M. (1977). Psychopathology and sensation seeking in "downers", "speeders", and "trippers": A study of the relationship between personality and drug of choice. *International Journal of Addiction*, *12*, 591-601.

- 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. 28 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Carroll, K., Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P., & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry, 51*, 989-997.
- Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 44. DHHS Publication No. (SMA) 05-4056. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 6 Kasım 2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A80017>.
- Chabrol, H., Chauchard, E., Mabila, J.D., Mantoulan, R., Adèle, A., & Rousseau, A. (2007). Contributions of social influences and expectations of cannabis use in high-school students. *Addictive Behaviors, 32*(8), 1602-1627.
- Chanhathasilpa, C., MacKenzie, D., & Hickman, L. J. (2001). The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders: A review assessment of the research. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 383-393.
- Choi, S., & Ryan, J. P. (2006). Completing substance abuse treatment in child welfare: The role of co-occurring problems and primary drug of choice. *Child Maltreatment, 4*, 313-325. 17 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Claus, R. E., & Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs, 34*, 25-31.

- Claus, R. E., Kindleberger, L. R., & Dugan, M. C. (2002). Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, *34*(1), 69-74. 17 Ekim 2009, <http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=198125>.
- Comeford, A. W. (1999). Work dysfunction and addiction: Common roots. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *16*, 247-253. 17 Ekim 2009, Elsevier, Science Direct.
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). *American Journal of Psychiatry*, *160*(5), 890-895. 30 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Copeland, J., & Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, *87*, 883-890. 16 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Cosden, M., Nasch, J. E., Campos, E., Greenwell, A., Barazani, S., & Walker, S. (2006). Effects of motivation and problem severity on court-based drug treatment. *Crime & Delinquency*, *52*(4), 599-618.
- Craig, R. J. (1982). Personality characteristics of heroin addicts: Review of empirical research 1976-1979. *International Journal of Addiction*, *15*, 701-710.
- Crum, R. M., Lillie-Blanton, M., & Anthony, J. C. (1996). Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, *43*(3), 155-161. 20 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Cuffel, B., Shumway, M., Chouljian, T. (1994). A longitudinal study of substance abuse and community violence in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, *182*, 704-708.

- Cüceloğlu, D. (1996). *İnsan ve davranışı* (9. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Dalton, E. J., Cate-Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S. V., & Kennedy, J. L. (2003). Suicide risk in bipolar patients: The role of comorbid substance use disorders. *Bipolar Disorders, 5*, 58-61.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: Comparisons of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders and psychosis. *Addiction, 96*, 1603-1614.
- De Leon G., & Jainchill, N. (1986) Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*(3), 203-208.
- De Leon, G. (1988). Legal pressure in therapeutic communities. *Journal of Drug Issues, 18*(4), 625-640.
- De Leon, G., Melnick, G., Schoket, D., & Jainchill, N. (1993). Is the therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 25*(1), 77-86.
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 20*, 495-515.
- 21 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23*, 169-189.
- DiClemente, C., Bellino, L., & Neavins, T. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health, 23*, 86-92.

- Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W., & Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviors after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249-255. 22 Ekim 2009, <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/36/3/249>.
- Dönmezer, S. (1994). *Kriminoloji* (8. Baskı). İstanbul: Beta Basım.
- Ellis, A., McInterney, J. F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. J. (1988). *Rational emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon Press.
- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., & Herrell, J. M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27, 213-221. 19 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Elliott, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elwood, C. E., Poythress, N. G., & Douglas, K. S. (2004). Evaluation of the Hare P-SCAN in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 36, 833-843.
- Engeler, A. (2005). *Psikopati ve antisosyal kişilik bozukluğu*. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Erbaş, C. (1996). Tarihi gelişim içinde gözetimle erteleme (denetimli serbestlik) ve Fransa'daki uygulanması ile konuya ilişkin Türk Ceza Kanunu öntasarı metinleri. *Yargıtay Dergisi*, 22(1-2),18-42.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2003). *Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Strasburg: Council of Europe.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *2006 Annual report: the state of the drugs problem in Europe*. 10 Kasım 2008, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2006>
- Fagan, J. (1994). Women and drugs revisited: Female participation in the cocaine economy. *Journal of Drug Issues*, *24*(2), 179-226.
- Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation*, *62*(1), 3-10.
- Farrington, D. (1991). Childhood aggression and adult violence. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 5-29). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Feldman, R. A., Caplinger, T. E., & Wodarski, J. S. (1983). *The St. Louis conundrum: The effective treatment of antisocial youths*. Englewood Cliffs, N.Y: Prentice Hall.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Ferrigan, M. M., Valentiner, D. P., & Berman, M. E. (2000). Psychopathy dimensions and awareness of negative and positive consequences of aggressive behavior in a non-forensic sample. *Personality and Individual Differences*, *28*, 527-538.
- Finney, J. W., & Moos, R. H. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*, 142-153.
- Fishbein, D. H., & Reuland, M. (bt). *Psychopathology predicts frequency and type of drug abuse among jail inmates*. 22 Ekim 2009, National Criminal Justice Reference Service. <http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=141123>.
- Fite, P. J., Wynn, P., Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2009). The influence of neighborhood disadvantage and perceived disapproval on early substance use initiation. *Addictive Behaviors*, *34*(9), 769-771. 20 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.

- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Looking back on cocaine dependence: Reasons for recovery. *American Journal on Addictions, 12*(5), 398-411. 21 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Fobelo, T. (1999). *Three year recidivism tracking of offenders participating in substance abuse treatment programs*. Austin, TX: Criminal Justice Policy Council.
- Freud, S. (1954). Letter 79, December 22, 1897. In M. Bonaparte, A. Freud & E. Kris (Eds.), *The origins of psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes: 1887-1902*. London: Imago. (Original work published 1897.)
- Freud, S. (1958). Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia. In K. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 1-82). London: Hogarth Press. (Original work published 1911.)
- Galigio, M., & Stein, F. S. (1983). Sensation seeking and drug of choice. *International Journal of Addiction, 18*, 1039-1048.
- Galizio, M., & Rosenthal, D. (1983). Sensation seeking, reinforcement, and student drug use. *Addictive Behavior, 8*, 243-252.
- Gendreau, P. (1995). What works in community corrections: Promising approaches in reducing criminal behavior. *IARCA Journal on Community Corrections, 6*, 5-12.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What Works! *Criminology, 34*, 575-596. 15 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Gideon, L. (2007). Family role in the reintegration process of recovering drug addicts. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 51*(2), 212-226.

- Goehl, L., Nunes, E., Quitkin, F., & Hilton, I. (1993). Social networks and methadone treatment outcome. The costs and benefits of social ties. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 19*, 251-262. 19 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Goldstein, A., & Kalant, H. (1990). Drug policy: Striking the right balance. *Science, 249*, 1513-1521.
- Gomà-i-Freixanet, M., Soler, J., Valero, S., Pascual, J. C., & Sola, V. P. (2008). Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BDP diagnosis vs. normal-range controls. *Journal of Personality Disorders, 22*(2), 178-190. 20 Kasım 2009, <http://www.atypon-link.com/GPI/doi/abs/10.1521/pedi.2008.22.2.178?journalCode=pedi>
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Gorsuch, R., & Butler, M. (1976). Initial drug abuse: A review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin, 83*, 120-137.
- Gorsuch, R. L. (1980). Interactive models of non-medical drug use. In D. J. Lettieri, M. Mayers & H.V. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (pp. 18-23) (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: Government Printing Office.
- Gottfredson, G. (1988). *Issues in adolescent drug use*. Baltimore: John Hopkins University.
- Graña, J. L., Muñoz, J. J., & Navas, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 418-423. 24 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.

- Green, C. A., Polen, M. R., Dickinson, D. M., Lynch, F. L., & Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*(4), 285-295.
- Gregoire, T. K., & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*, 337-343.
- Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V., & Anglin, M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 151-166.
- Grella, C. E., Greenwell, L., Prendergast, M., Sacks, S. (2008). Diagnostic profiles of offenders in substance abuse treatment programs. *Behavioral Sciences and Law, 26*, 369-388.
- Hafesmeister, T., & Amirshahi, A. J. (1992). Civil commitment for drug dependency: The judicial response. *Loyola of Los Angeles Law Review, 26*(1), 39-104.
- Hanson, M., & El-Basei, N. (2005). Motivating substance-abusing clients through the helping process. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (2nd ed.) (pp. 39-64). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of psychopaths among us*. New York: Pocket Books.
- 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. 1 Kasım 2009, EBSCO Academic Search Complete.

- Harris, G. T., Rice, M. E., & Lalumière, M. (2001). Criminal violence: The roles of psychopathy, neurodevelopmental insults, and antisocial parenting. *Criminal Justice and Behavior, 28*(4), 402-426.
- Harrison, R. S. (October, 1997). *Drug and alcohol use among juvenile probationers in Utah*. 21 Aralık 2008, http://www.utcourts.gov/resources/reports/drugal97/execsum.htm?PRNT_VRSN=PRNT_VRSN
- Hathaway, A. D. (2003). Cannabis effects and dependency concerns in long-term frequent users: A missing piece of the public health puzzle. *Addiction Research and Theory, 11*, 441-458.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1995). Social relationships, and abstinence from cocaine in an American treatment sample. *Addiction, 90*, 699-710. 19 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Havassy, B. E., Alvidrov, J., & Owen, K. K. (2004). Comparison of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: Implications for treatment and service delivery. *American Journal of Psychiatry, 161*, 139-145.
- Hawkins, J., & Weis, J. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention, 6*(2), 73-97.
- Hawkins, J. D., & Fraser, M. W. (1987). The social networks of drug abusers before and after treatment. *International Journal of the Addictions, 22*, 343-355.
- Hearnden, I. (2000). Problem drug use and probation in London: An evaluation. *Drugs: Education, Prevention, and Policy, 7*(4), 367-380.
- Helmus, T. C., Downey, K. K., Arfken, C. L., Henderson, M. J., & Schuster, C. R. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence, 61*(3), 287-295. 24 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.

- Hepburn, J., & Albonetti, C. A. (1997). Probation revocation: A probational hazards model of the conditioning effects of social disadvantage. *Social Problems, 44*(1), 120-138.
- Hicks, B. M., Blonigen, M., Kramer, M. D., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Iacono, W. G., & McGue, M. (2007). Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: A longitudinal twin study. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 433-447.
- Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (1999). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal, 79*(4), 411-430. 22 Mart 2008, <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/rechpubs/CJ-YR.html>.
- Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C., & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior, 29*(1), 56-75. 21 Ekim 2009, <http://cjb.sagepub.com/cgi/content/abstract/29/1/56>.
- Hiller, M. L., Knight, K., Saum, C.A., & Simpson, D. D. (2006). Social functioning treatment dropout, and recidivism of probationers mandated to a modified therapeutic community. *Criminal Justice and Behavior, 33*(6), 738-759. 27 Ekim 2009, <http://cjb.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/6/738>.
- Holton, A., Riley, P., & Tyrer, P. (1992). Factors predicting long-term outcome after chronic benzodiazepine therapy. *Journal of Affective Disorders, 24*, 245-252. 23 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- 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.

- Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brthen, P., & Rawson, R. (1997). Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychological perspective. *Journal of Addictive Diseases, 16*, 41-50.
- 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.
- Huebner, B. M., & Cobina, J. (2007). The effect of drug use, drug treatment participation, and treatment completion on probationer recidivism. *Journal of Drug Issues, 37*(3), 619-641.
- Huesmann, L., & Eron, L. (1984). Cognitive processes and the persistence of aggressive behavior. *Aggressive Behavior, 10*, 243-251.
- Inciardi, J. A. (1988). Some consideration on the clinical efficacy of compulsory treatment: Reviewing the New York experience. In C. Leukfeld & F. Timms (Eds.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice* (NIDA Research Monograph 86, DHHS Publication No. ADM 89-1578, pp. 126-138). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Inciardi, J. A. (1993). Introduction: A response to the war on drugs. In J.A. Inciardi (Ed.), *Drug treatment and criminal justice* (pp. 1-4). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Inciardi, J. A. (1995). The therapeutic community: An effective model for corrections-based drug abuse treatment. In K. C. Haas & G. P. Alpert (Eds.), *The dilemmas of corrections: Contemporary readings* (pp. 406-417). Prospect Heights, IL: Waveland.
- Iverson, L. (2006). *Speed, ecstasy, ritalin: The science of amphetamines*. Oxford, New York: New York University Press.

- Jaffe, J. H. (1977). Factors in the etiology of drug use and drug dependence, two models: Opiate use and tobacco use. In A. Schector (Ed.), *Rehabilitation aspects of drug dependence* (pp. 23-68). Cleveland, OH: CRC Press.
- Joe, G. W., Chastain, R. L., Marsh, K. L., & Simpson, D. D. (1990a). Reasons for addiction stages. In D. D. Simpson & S. B. Sells (Eds.), *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up* (pp. 77-102). Malabar, FL: Krieger Publishing.
- Joe, G. W., Chastain, R. L., Marsh, K. L., & Simpson, D. D. (1990b). Relapse. In D. D. Simpson & S. B. Sells (Eds.), *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up* (pp. 121-136). Malabar, FL: Krieger Publishing.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 113-125. 21 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Greener, J. M., & Rowanzal, G. A. (1999). Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive Behaviors*, 24(5), 649-659. 20 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Johnston, B. D. (1980). Toward a theory of drug subcultures. In D. J. Lettieri, M. Sayers & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (pp. 110-119) (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967). Washington, DC: Government Printing Office.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1991). *Drug use among American high school seniors, college students and young adults, 1975-1990. Volume I: High school seniors*. (DHHS Publication No. [ADM] 91-1813). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1996). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1995. Volume I: Secondary school students*. (NIH Publication No. 96-4139). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1997). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1995. Volume II: College students and young adults*. (NIH Publication No. 98-4140). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2007). *KOM 2007 Raporu*. 20 Kasım 2008, <http://www.kom.gov.tr/Tr/KonuDetay.asp?BKey=61&KKey=157>.
- Kandel, D. B., Kessler, R. C., & Margulies, R. Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into states of drug use: A developmental analysis. In D. B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research and drug use: Empirical findings and methodological issues* (pp. 73-98). Washington, DC: Hemisphere.
- Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry*, 21, 328-347.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 447-457. 17 Ekim 2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1405637>.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 345-378.
- Kaufman, E. (1985). *Substance abuse and family therapy*. New York: Grune & Stratton.

- Kellam, S., & Brown, H. (1982). *Social adaptational and psychological antecedents of adolescent psychopathology ten years later*. Baltimore, MD: John Hopkins University.
- Kennedy, S., & Serin, R. (1997). Treatment responsivity: Contributing to effective correctional programming. *The International Community Corrections Association (ICCA) Journal*, April, 46-52.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGanagle, K. A. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 4-11.
- Khantzian, E. J. (1981). Some treatment implications of the ego and self-disturbances in alcoholism. In M. H. Bean, E. J. Khantzian, J. E. Mack, G. E. Vaillant & N. E. Zimberg (Eds.), *Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism* (pp. 163-188). New York: Free Press.
- Khavari, K. A., Mabry, E., & Humes, M. (1977). Personality correlates of hallucinogen use. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 172-178.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., & Brooner, R. K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: Changes during drug abuse treatment. *Journal of Addictive Disorders*, 19, 65-83.
- Kleber, H. D. (1996). Outpatient detoxification from opiates. *Primary Psychiatry*, 1, 42-52.

- Knight, D. K., & Simpson, D. D. (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 417-429. 18 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(1/2), 101-115.
- Knight, D. K., Logan, S. M., & Simpson, D. D. (2001). Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 1-18. 17 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23(6), 841-853. 2 Kasım 2009, Elsevier Science Direct.
- Kushner, M., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, K., Brekke, M., & Sletten, S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 1432-1443. 22 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Lambert, M. T., LePage, J. M., & Schmitt, A. L. (2003). Five year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1350-1353.
- Landry, M. J. (1994). *Understanding drugs of abuse: The process of addiction, treatment and recovery*. Washington, GC: American Psychiatric Press.
- 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. 17 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.

- Lavee, Y., & Altus, D. (2001). Family relationships as a predictor of post-treatment drug abuse relapse: A follow-up study of drug addicts and their spouses. *Contemporary Family Therapy*, 23(4), 513-530.
- Leal, J., Ziedonis, D., & Kosten, T. (1994). Antisocial personality disorder as a prognostic factor for pharmacotherapy of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 35(1), 31-35. 29 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Lehman, W. E. K., & Simpson, D. D. (1990). Criminal involvement. In D. D. Simpson & S. B. Sells (Eds.), *Opioid addiction and treatment* (pp. 157-176). Malabar, FL: Krieger Publishing.
- Levenson, M., Kiehl, K., & Fitzpatrick, C. (1995). Assessing psychopathic attitudes in a non-institutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 151-158.
- Levin, J. D. (1987). *Treatment of alcoholism and other addictions: A self-psychology approach*. Northvale, NJ: Aronson.
- Levy, D., & Sheflin, N. (1985). The demand for alcoholic beverages. An aggregate time-series analysis. *Journal of Public Policy and Marketing*, 4, 47-54.
- Lindblad, R. (1988). Civil commitment under the federal narcotic addict rehabilitation act. *Journal of Drug Issues*, 18(4), 595-624.
- Littrell, J. (2001). What neurobiology has to say about why people abuse alcohol and other drugs. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(3), 23-40.
- Loeber, R., & Dishion, T. (1984). Boys who fight at home and school: Family conditions influencing cross-setting consistency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 759-768.

- Longabaugh, R., Beatties, M., Noel, N., Stout, R., & Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, *54*(4), 465-478. 19 Ekim 2009, <http://www.pire.org/detail.asp?core=364>.
- Luthar, S. S., & D'Avanzo, K. (1999). Contextual factors in substance use: A study of suburban and inner-city adolescents. *Developmental Psychopathology*, *11*(4), 845-867.
- Lynam, D. R., Whiteside, S., & Jones, S. (1999). Self-reported psychopathy: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, *73*, 110-132.
- Mackenson, G., & Cottone, R. R. (1992). Family structural issues and chemical dependency: A review of the literature from 1985 to 1991. *American Journal of Family Therapy*, *20*, 227-241.
- Maddux, J. F., & Desmond, D. P. (1981). *Careers of opioid users*. New York: Praeger.
- Maglione, M., Chao, B., & Anglin, M. D. (2000). Correlates of outpatient drug treatment drop-out among methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs*, *32*, 221-228.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, *39*, 223-252.
- Marlowe, D. B., & Kirby, K. C. (1999). Effective use of sanctions in drug courts: Lessons from behavioral research. *National Drug Court Institute Review*, *2*(1), 1-32.
- Marlowe, D. B., Patapis, N. S. & DeMatteo, D. S. (2003). Amenability to treatment of drug offenders. *Federal Probation*, *67*, 40-46. 15 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2005). Longitudinal follow-up of adolescents with late-onset antisocial: A pathological yet overlooked group. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*, 1284-1291.

- Martin-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Imaz, M. L., Navinés, R., Pascual, J. C., & Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European Journal of Psychiatry*, 20(3), 147-156.
- Martinez-Raga, J., Marshall, E. J., Keaney, F., Ball, D., & Strang, J. (2002). Unplanned versus planned discharges from inpatient alcohol detoxification: Retrospective analysis of 470 first-episode admissions. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 277-281. 16 Ekim 2009, <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/37/3/277>.
- McCormick, R. A. & Smith, M. (1995). Aggression and hostility in substance abusers: The relationship to abuse patterns, coping style and relapse triggers. *Addictive Behaviors*, 20(5), 555-562. 26 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- McGlothlin, W. (1979). Criminal justice clients. In R. L. Dupont, A. Goldstein & J. O'Donnell (Eds.), *Handbook of drug abuse* (pp. 203-209). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- McLellan, A. T. (1983). Patient characteristics associated with outcome. In J. R. Cooper, F. Altman, B. S. Brown & D. Czechowicz (Eds.), *Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art* (DHHS Publication No. ADM 87-1281, pp. 500-529). Washington, DC: United States Government Printing Office.
- McLellan, A. T., Arndt, I., Metzger, D. S., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269(15), 1053-1959.
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G., Woody, G. E., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: Role of treatment services. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 62(6), 1141-1158. 16 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.

- Means, L. B., Small, M., Capone, D. M., Capone, T. J., Condren, R., Peterson, M., & Hayward, B. (1989). Client demographics and outcome in outpatient cocaine treatment. *International Journal of the Addictions*, 24(8), 765-783. 17 Ekim 2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2606587>.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace.
- Merton, R. K. (1957). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Milam, J. R., & Ketcham, K. (1981). *Under the influence: A guide to the myths and realities of alcoholism*. Seattle, WA: Madrona.
- Miller, N., & Flaherty, J. (2000). Effectiveness of coerced addition treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 9-16.
- Miller, S., Brown, J., & Sees, C. (2001). A preliminary study identifying risk factors in drop-out from a prison therapeutic community. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11, 189-197.
- Miller, J. D., Gaughan, E. T., & Pryor, L. R. (2008). The Levenson Self-Report Psychopathy Scale: An examination of the personality traits and disorders associated with the LSRP factors. *Assessment*, 15(4), 450-463.
- Moeller, F., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A., & Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 193-198. 24 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Mueser, K. M., Noordsy, D. L., Drake, R. R., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: The Guildford Press.
- Myrick, D., & Brady, K. (1997). Social phobia in cocaine-dependent individuals. *American Journal of Psychiatry*, 6, 99-104.

- National Institute on Drug Abuse (2000). *NIDA research report: Heroin abuse and addiction* (NIH Publication No. 05-4165). Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information.
- National Institute on Drug Abuse (2004). *NIDA research report: Cocaine abuse and addiction* (NIH Publication No. 99-4342). Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information.
- National Institute on Drug Abuse (2005a). *NIDA research report: Inhalant abuse* (NIH Publication No. 00-3818). Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information.
- National Institute on Drug Abuse (2005b). *NIDA research report: Marijuana abuse* (NIH Publication No. 05-3859). Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information.
- National Institute on Drug Abuse (2006a). *NIDA research report: MDMA abuse* (NIH Publication No. 06-4728). Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information.
- National Institute on Drug Abuse (2006b). *NIDA research report: Methamphetamine abuse and addiction* (NIH Publication No. 06-4210). Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information.
- National Institute on Drug Abuse (2008). *Drug abuse and addiction: Magnitude*. 10 Kasım 2008, <http://www.nida.nih.gov/about/welcome/aboutdrugabuse/magnitude/>.
- National Institute on Drug Abuse (July 23, 2008). *NIDA InfoFacts: Hallucinogens - LSD, peyote, psilocybin, and PCP*. 20 Kasım 2008, <http://www.nida.nih.gov/Infofacts/hallucinogens.html>.
- New South Wales Standing Committee on Social Issues (2004). *Report on the Inebriates Act 1912*. Sydney: New South Wales Parliament.

- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.
- O'Connor, P. G. (2008). *Amphetamines*. 20 Kasım 2008, <http://www.merck.com/mmpe/print/sec15/ch198/ch198k.html>.
- Oxley, G. B. (1966). The caseworker's expectations and client motivation. *Social Casework*, 47, 432-437.
- Öğel, K., Taner, S. ve Yılmazçetin, R. (2003). *Ergenlerde madde kullanım bozukluklarına yaklaşım kılavuzu*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Öğel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, S., Doğan, O., Uğuz, S., Yenilmez, C., Bilici, M., Tamar, D. ve Liman, O. (2004). Türkiye'de dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.
- Önder, A. (1963). *Ceza hukukunda tecil ve benzeri müesseseler*. İstanbul.
- Özkaya, M. C. (24 Mart 2008). *Denetimli serbestlik nedir?* 24 Mart 2008, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/denetimliserbestlik3.htm>.
- Öztürk, B. ve Erdem, M. R. (2005). *Uygulamalı ceza hukuku ve emniyet tedbirleri hukuku* (8. Baskı). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Patkar, A. A., Murray, H. W., Mannelli, P., Gottheil, E., Weinstein, S. P., & Vargare, M. J. (2004). Pre-treatment measures of impulsivity, aggression and sensation-seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, 23(2), 109-122. 24 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Patrick, C. J. (2007). Antisocial personality disorder and psychopathy. In W. O'Donohue, K.A. Fowler & S.O. Lilienfeld (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 109-167). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Peele, S. (1998). *The meaning of addiction* (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Peters, R. H. (1993). Drug treatment in jails and detention settings. In J.A. Inciardi (Ed.), *Drug treatment and criminal justice* (pp. 44-80). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Peters, R. H., Haas, A. L., & Murrin, M. R. (1999). Predictors of retention and arrest in drug court. *National Drug Court Institute Review*, 2, 33-60. 16 Ekim 2009, <http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=177390>.
- Petry, N. M., & Bickel, W. K. (2000). Gender differences in hostility of opioid-dependent outpatients: Role in early treatment termination. *Drug and alcohol Dependence*, 58(1-2), 27-33. 25 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Petry, N. M. (2002). Contingency management in addiction treatment. *Psychiatric Times*, 19(2). 13 Kasım 2009, <http://www.psychiatric-times.com/display/article/10168/53961?verify=0>.
- Petry, N. M., & Simcic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: Clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse*, 23, 81-86. 13 Kasım 2009, Elsevier Science Direct.
- Platt, J. J., & Scurra, W. (1974). Peer adjustments of parole success in institutionalized heroin addicts: Personality correlates and validity. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 511-515.
- Platt, J. J., Husband, S. T., & Taube, D. (1990-1991). Major psychotherapeutic modalities for heroin addiction: A brief overview. *International Journal of the Addiction*, 25, 1453-1477.
- Platt, J. J. (1995). Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin*, 17(3), 416-433. 17 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.

- Prendergast, M. L., Podus, D., & Chang, E. (2000). Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: An examination using meta-analysis. *Substance Use & Misuse, 35*, 1931-1965.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparative group studies. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 53-72.
- Prochaska, J. D., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Putt, C. A., Dowd, E. T., & McCormick, R. A. (2001). Impact of pre-existing levels of hostility and aggression on substance abuse treatment outcome. *Counselling Psychology Quarterly, 14*(2), 139-147. 25 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Rao, S. R., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2004). Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users. *Addiction, 99*, 579-589. 25 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Mental Association, 264*, 2511-2518.
- Ridenour, T. A., Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L., & Cunningham-Williams, R. M. (2003). Is there a progression from abuse disorders to dependence disorders? *Addiction, 98*(5), 635-644.
- Ripple, L., Alexander, E., & Polemis, B. (1964). *Motivation, capacity and opportunity*. Chicago: University of Chicago Press.

- Robins, L., & Przybeck, T. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In C. Jones & R. Batties (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (pp. 178-192). (NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. ADM 85-1335). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Rosenbaum, M. (1980). *Women on heroin*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S., Babor, T. F., & Meyer, R. E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 505-513.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Dickinson, K. A. (2003). NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of Personality Assessment*, *81*(3), 226-236. 22 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, *20*, 279-297.
- Schuckit, M. A., & Russell, J.W. (1983). Clinical importance of age at first drink in a group of young men. *American Journal of Psychiatry*, *140*, 1221-1223.
- Schulenberg, J., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, *14*, 54-70.
- Schwartzman, J. (1988). Continuities and discontinuities in the family treatment of substance abuse. In F. Walsh & C. Anderson (Eds.), *Chronic disorders and the family* (pp. 105-125). New York: Haworth Press.
- Searight, H. R., Manley, C. M., Binder, A. F., Krohn, E., Rogers, B. J., & Russo, J. R. (1991). The families of origin of adolescent drug abusers: Perceived autonomy and intimacy. *Contemporary Family Therapy*, *13*, 71-81.

- Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., Lilienfeld, S. O., Patrick, C. J., & Graham, J. R. (2005). Assessing psychopathic personality traits with the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment, 85*(3), 334-343.
- Simpson, D. D., & Marsh, K. L. (1986). Relapse and recovery among opioid addicts 12 years after treatment. In F. M. Tims & C. G. Leukefeld (Eds.), *Relapse and recovery in drug abuse* (NIDA Research Monograph 71, pp. 86-103). Washington, DC: U.S. Government Office.
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, 30*, 357-368. 21 Ekim 2009, <http://psycnet.apa.org/>.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 59*, 538-544.
- Sinha, R., Easton, C., & Kemp, K. (2003). Substance abuse treatment characteristics of probation-referred young adults in a community-based outpatient program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29*(3), 585-597.
- Skeem, J., Kerr, M., Johansson, P. Andershed, H., & Louden, J. (2007). Two-types of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 395-409.
- Skolnick, N., & Zuckerman, M. (1979). Personality change in drug abuse: A comparison of therapeutic community and prison groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 768-770.
- Slavin, R. (1990). *Cooperative learning theory, research and practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Smart, R. G. (1977). Perceived availability and the use of drugs. *Bulletin on Narcotics, 29*, 59-63.

- Smart, R. G. (1980). An availability–proneness theory of illicit drug abuse. In D. J. Lettieri, M. Sayers & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967, pp. 46-49). Washington, DC: Government Printing Office.
- Smith, S. S., & Newman, J. P. (1990). Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 430-439. 28 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Sokullu-Akıncı, F. (1999). *Kriminoloji* (2. Baskı). İstanbul: Beta Basım.
- Steffenhagen, R. A. (1980). Self-esteem theory of drug abuse. In D. J. Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967, pp. 157-163). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Stevens, A., Berto, D., Heckman, W., Kersch, V., Oeuvray, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., & Uchtenhagen, A. (2003). *QCT Europe: Literature review summary*. Canterbury, UK: University of Kent.
- Stevens, A., Berto, D., Heckman, W., Kersch, V., Oeuvray, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., & Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use & Misuse*, 40(3), 269-283.
- Strauss, S. M., & Falkin, G. P. (2000). The relationship between the quality of drug user treatment and program completion: Understanding the perceptions of women in a prison-based program. *Substance Use & Misuse*, 35, 2127-2159. 20 Ekim 2009, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=934090>.
- Straussner, S. L. A. (2004). Assessment and treatment of clients with alcohol and other drug abuse problems: An overview. In S. L. A. Straussner (Ed.), *Clinical work with substance abusing clients* (pp. 3-35). New York: Guilford Pres.

- Sung, H., Belenko, S., & Feng, L. (2001). Treatment compliance in the trajectory of treatment progress among offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*, 153-162. 21 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Sutherland, E. (1939). *Principles of criminology*. Philadelphia: Lippincott.
- Sutker, P. B., Archer, R., & Allain, A. (1978). Drug abuse patterns, personality characteristics and relationships with sex, race and sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1374-1378.
- Taxman, F. S. (1998). *Reducing recidivism through a seamless system of care: Components of effective treatment, supervision and transition services in the community*. Washington, DC: Office of National Drug Control Policy, Treatment and Criminal Justice System Conference.
- Taxman, F. S., Soule, D., & Gelb, A. (1999). Graduated sanctions: Stepping into accountable systems and offenders. *Prison Journal, 79*(2), 182-204.
- Taxman, F. S., & Bouffard, J. A. (2000). The importance of systems issues in improving offender outcomes: critical elements of treatment integrity. *Justice Research and Policy, 2*(2), 9-30.
- Taxman, F. S., & Messina, N. P. (2002). Civil commitment: One of many coerced treatment models. In C. G. Leukefeld, F. Tims & D. Farabee (Eds.), *Treatment of drug offenders* (pp. 283-298). New York: Springer.
- Taylor, J., & Lang, A. R. (2007). Psychopathy and substance use disorders. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychotherapy* (pp. 495-511). New York, NY: Guilford Publications.

- Teesson, M., Millsi 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. 23 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Textor, M. R. (1987). Family therapy with drug addicts: An integrated approach. *American Journal of Psychiatry*, 57, 495-507.
- Thornberry, T. (1994). *Violent families and youth violence*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Tosun, M. (2002). Madde ile ilişkili bozukluklar. E. İlkay, (Ed.), *Cerrahpaşa psikiyatri içinde* (171-318). İstanbul: İ.Ü. Basım ve Yayınevi.
- Trull, T. J., Sher, K. S., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-253.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (2009). *Bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık ile mücadele 2009 yılı ulusal raporu*. 15 Ocak 2010, http://www.tubim.gov.tr/Dosyalar/Raporlar/2009_tubim_rapor.pdf.
- Türkiye Psikiyatri Derneği (2008). *Denetimli serbestlik uygulamalarının standardizasyonu görev grubu raporu*. Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi: Yazar. 25 Aralık 2009, <http://www.psikiyatri.org.tr/PageContentsPopup.aspx?Id=133>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *World drug report: Global illicit drug trends*. 1 Aralık 2008, <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR.html>.
- U.S. Department of Health and Human Services (2004). *National treatment improvement evaluation study (NTIES), 1992-1997*. Ann Arbor, MI: Interuniversity Consortium for Political and Social Research.

- U.S. Department of Justice - Bureau of Justice Statistics (1994). *Women in prison: Survey of state prison inmates, 1991*. 20 Aralık 2008, <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/wopris.pdf>.
- U. S. Department of Justice (2000). *Crime and victimization in America statistical overview*. 8 Aralık 2008, <http://www.ojp.gov/ovc/ncvrv/2002/pdf/text/statisticaloverview.txt>.
- Usta, İ. (15 Aralık, 2005). Denetimli serbestlik ve yardım hizmetleri (denetim). *Sesleniş Gazetesi*,5.
- Uzun, Ö. (b.t.). *Kişilik bozuklukları*. 19 Aralık 2008, <http://ankarapsikiyatri.googlepages.com/ki%C5%9Filikbozukluklar%C4%B1>.
- Vaillant, G. E. (1966). A twelve year follow-up of New York narcotic addicts: IV. Some characteristics and determinants of abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 123, 573-584. 20 Ekim 2009, <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/123/5/573>.
- Van Stelle, K. R., Blumer, C., & Moberg, D. P. (2004). Treatment retention of dually diagnosed offenders in an institutional therapeutic community. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 585-597. 2 Kasım 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*, (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.

- Vitacco, M. J., Rogers, R., Neumann, C. S., Harrison, K., & Vincent, G. (2005). A comparison of factor models on the PCL-R with mentally disordered offenders: The development of four factor model. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 526-545.
- 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.
- Volkow, N.D. (2003). The dual challenge of substance abuse and mental disorders. *National Institution on Drug Abuse (NIDA) Notes*, 18(5). 16 Kasım 2008, http://www.nida.gov/NIDA_notes/NNvol18N5/DirRepVol18N5.html.
- Wang, W., Cao, M., Zhu, S., Gu, J., Liu, J., & Wang, Y. (2002). Zuckerman-Kuhlman's personality questionnaire in patients with major depression. *Social Behavior and Personality : An International Journal*, 30(8), 757-764. 20 Kasım 2009, <http://www.highbeam.com/doc/1P3-270887941.html>.
- Ward, J., Mattick, R. P., & Hall, W. (1998). How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 305-336). Amsterdam: Overseas Academic Publishers.
- Weidman, A. (1983). The compulsive adolescent substance abuser: Psychological differentiation and family process. *Journal of Drug Education*, 13, 161-172.
- Wexler, D. B. (1996). Therapeutic jurisprudence and the criminal courts. In D. B. Wexler & B. J. Winick (Eds.), *Law in a therapeutic key: Developments in therapeutic jurisprudence* (pp. 157-170). Durham, NC: Carolina Academic Press.
- Wikler, A. (1980). A theory of opioid dependence. In D. J. Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS Publication No. ADM 80-967, pp. 174-179). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Wolkstein, E., & Spiller, H. (1998). Providing vocational services to clients in substance abuse rehabilitation. *Directions in Rehabilitation Counseling, 9*, 65-78.
- Wolkstein, E., Bausch, R., & Weber, G. (2000). *Work as a critical component of recovery*. Paper presented at New York University. 17 Ekim 2009, http://www.med.wright.edu/citar/sardi/files/word_work.doc.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry, 144*, 590-596.
- Yargıç, İ. (2007). Psikoaktif madde kullanımı ile ilgili acil durumlar. *Türkiye Klinikleri, 3*(42), 32-40.
- Yavuzer, H. (1994). *Çocuk psikolojisi* (11. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yokuş-Sevük, H. (2007). *Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar*. Ankara: Seçkin Kitabevi.
- Yucel, M., & Lubman, D. I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioral dysregulation in human drug addiction: Implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug Alcohol Review, 26*, 33-39. 17 Ekim 2009, EBSCO Academic Search Complete.
- Zanis, D. A., Metzger, D. S., & McLellan, T. (1994). Factors associated with employment among methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11*, 443-447. 17 Ekim 2009, Elsevier Science Direct.
- Zickler, P. (September, 2000). Gender differences in prevalence of drug abuse traced to opportunities to use. *National Institute on Drug Abuse (NIDA) Notes, 15*(4). 20 Aralık 2008, http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol15N4/Prevalence.html
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

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), 757-768.

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

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Bir araştırma yapmak amacıyla sizlere bu formu veriyoruz. Araştırmamızdaki olgular, haklarında denetimli serbestlik kararı verilmiş madde kullanan kişiler arasından seçilecektir. Dolayısıyla sizler tesadüfen katılmış oluyorsunuz. Sizden istediğimiz anketimize ciddi ve samimi cevaplar vermenizdir. Araştırmamıza katılmakla bize yaptığınız yardım için şimdiden teşekkür ederiz.

- 1) Adı Soyadı:
- 2) Doğum Tarihi ve Yeri:
- 3) Uyuğu:

<input type="radio"/> TC	<input type="radio"/> KKTC	<input type="radio"/> DİĞER:
--------------------------	----------------------------	------------------------------
- 4) Medeni Durumu:

<input type="radio"/> Evli	<input type="radio"/> Bekar	<input type="radio"/> Dul	<input type="radio"/> Evlenip boşanmış, tekrar evlenmiş
<input type="radio"/> Kız / Erkek arkadaşıyla yaşıyor	<input type="radio"/> İmam nikahlı		
- 5) Çocuğunuz var mı? (varsa kaç tane):
- 6) Şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
- 7) Nerede oturuyorsunuz? (hangi il ve ilçede)
- 8) Anne ve babanızın medeni durumu nedir?

<input type="radio"/> Evli ve birlikteler	<input type="radio"/> Boşanmış
<input type="radio"/> İkisinden biri evli	<input type="radio"/> İkisi de başkasıyla evli
- 9) Eğitim durumunuz nedir?

<input type="radio"/> Yüksek lisans	<input type="radio"/> Lisans	<input type="radio"/> Lise
<input type="radio"/> Ortaokul	<input type="radio"/> İlkokul	
<input type="radio"/> Terk (hangisinden terk olduğunu belirtin)		
- 10) Eşinizin eğitim durumu nedir?

<input type="radio"/> Yüksek lisans	<input type="radio"/> Lisans	<input type="radio"/> Lise
<input type="radio"/> Ortaokul	<input type="radio"/> İlkokul	
<input type="radio"/> Terk (hangisinden terk olduğunu belirtin)		
- 11) Şu anda düzenli bir işiniz var mı?

<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet
Varsa hangi işle uğraşıyorsunuz?	
- 12) Bu işte ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

<input type="radio"/> 5 seneden daha uzun	<input type="radio"/> 1-3 sene arası
<input type="radio"/> 3-5 sene arası	<input type="radio"/> 1 seneden daha az
- 13) Bu kaçınıcı işiniz?.....

- 14) Daha önceki işinizden ayrılma nedeniniz?
- 15) Ailenin gelir durumu nasıl bir geçim düzeyi sağlıyor?
 Çok iyi İyi
 Normal Yetersiz
- 16) Küçükken ciddi bir rahatsızlık geçirdiniz mi?
 Bilmiyorum Hayır
 Evet (evetse nedir?)
- 17) Kim tarafından büyütüldünüz?.....
- 18) Aile içinde şiddet var mı? Varsa hangi yönde?
 Fiziksel Cinsel
 Diğer
- 19) Yasaya aykırı davranışta hiç bulundunuz mu?
 Hayır
 Evet (evetse açıklayınız)
- Evet ise, madde almış mıydınız?.....
- 20) Hiç hapisaneye girdiniz mi?
 Hayır
 Evet (evetse neden?)
- Evet ise, maddenin etkisi altında mıydınız?.....
- 21) Birinci derecede akrabalarınızda psikiyatrik bir hastalık var mı?
 Hayır
 Evet (evetse nedir?)
- 22) Birinci derecede akrabalarınızda madde kullanan var mı?
 Hayır
 Evet (evetse kim, ne kullanıyor?)
- 23) Madde kullanımına bağlı fiziksel rahatsızlığınız var mı?
 Hayır
 Evet (evetse belirtiniz)
- 24) Madde kullanımını dışında psikolojik rahatsızlığınız var mı?
 Hayır
 Evet (evetse belirtiniz)
- 25) Daha önce veya şu an kendinize zarar verme davranışı oldu mu? (evet ise açıklayınız):.....
- 26) İntihar girişiminde bulundunuz mu? (evet ise hangi nedenle, nasıl intihar girişiminde bulunduğunuzu belirtiniz):.....

- 27) İntihar girişiminden sonra tedavi gördünüz mü?.....
- 28) Sigara kullanıyor musun? (evetse günde ne kadar)
- 29) Geçmişte kullandığınız madde(ler) nedir?
- 30) Halen kullandığınız madde(ler) nedir?
- 31) İlk defa kaç yaşında kullanmaya başladınız?
- 32) Kaç senedir madde kullanıyorsunuz?
- 33) Kaç yaşında maddeye bağımlı hale geldiniz?
- 34) Günlük kullanma miktarınız nedir (şu anda bıraktıysanız kullandığınız zamanki miktarı belirtiniz)?
- Günün büyük bir kısmı madde etkisinde
- Madde etkisinde olan dönem ayık dönemden daha az
- Günün belirli zamanları madde alınıyor
- Her gün kullanmıyor
- 35) Daha önce ayaktan / yatarak tedavi gördünüz mü?
- Cevabınız evet ise, yatarak mı ayaktan mı, kaç kez belirtiniz
- 36) Kendi başınıza daha önceden bırakma girişiminde buldunuz mu?
- Hayır Evet (ne zaman?).....
- 37) Bırakma girişiminden sonra tekrar kullanmaya başlama nedeniniz?
- Ölüm Kaza
- Hastalık İflas
- Arkadaş ortamı Cinsel problemler
- Tecavüze uğramak Boşanma
- Evlilik sorunları İş kaybı
- Ekonomik sorunlar Organ kaybı
- Diğer, açıklayınız
- 38) Aileniz madde kullandığının farkında mı? (farkındaysa size karşı tutumları nasıl açıklayın):
- 39) Madde kullanımının aileye olumsuz etkisi var mı?
- Yok
- Var (varsa açıklayınız).....
-
- 40) Yaşadığımız yer (oturduğunuz mahalle) yasadışı işler yapmayı tetikliyor mu?
- Evet Hayır Kısmen
- Evet ya da kısmeni işaretlediyseniz ne yönde ve nasıl işleyen bir etki var? Belirtiniz (örneğin oturduğu mahallede birçok kişinin geçimini yasadışı işlerle karşılaması)
-

- 41) Arkadaşlarınız arasında daha önce herhangi bir fiil nedeniyle yargılanan oldu mu?
 Evet Hayır
 Evet ise yargılanma sebebini belirtiniz.
- 42) Hakkınızda soruşturma / kovuşturma açılmasına / verilen hükme ilişkin tutumunuz nedir?
 Suçluyum, hak ettim Suçsuzum, hak etmedim.
 Diğer (açıklayınız).....
- 43) Aşağıdaki altı olasılıktan hangisi sizin bu programdaki hedefinizi en iyi şekilde açıklamaktadır? Birden fazla seçenek varsa öncelikli olanı işaretleyin.
 Maddeyi tamamen bırakmak istiyorum. Maddeden tamamen uzak kalmanın tek çözüm olduğuna inanıyorum.
 Maddeden tamamen uzak durmanın gerekliliğine inanıyorum. Benim için kontrollü kullanmanın imkansız olduğunu bilsem, maddeyi tamamen kesmek isterim.
 Maddeyi tamamen bırakmamın gerekli olduğuna inanmıyorum. Maddeyi kullanmayı hafif ve problemsiz seviyeye indirmek isterim.
 Maddeyi tamamen bırakmamın gerekli olduğuna inanmıyorum. Madde alımını orta ve problemsiz seviyeye indirmek isterim.
 Maddeyi tamamen bırakmamın gerekli olduğuna inanmıyorum.
- 44) Samimi ve gerçekçi görüşünüze göre, denetimli serbestlik programındaki başarı şansınızı nasıl görüyorsunuz? 0'dan 100'e kadar bir rakam yazınız (örneğin %60 gibi)

- 45) Şimdiye kadar yaptırmış olduğunuz testlerin sayısını ve sonuçlarını belirtiniz (2 temiz + 2 pis gibi):

BAĞIMLILIK TEDAVİSİNİN BAŞARISINI ÖNGÖREN FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir dizi ifade listelenmiştir. Her biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen siz bazılarıyla aynı fikirde olacaksınız ve bazılarıyla da aynı fikirde olmayacaksınız. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadeyle aynı fikirde olduğunuzun veya olmadığının derecesini en iyi tanımlayan ya da her bir ifadenin size ne kadar uyduğunun derecesini belirten rakamı daire içine alınız.

1 = Kesinlikle katılmıyorum *3 = Genellikle katılıyorum*
2 = Genellikle katılmıyorum *4 = Kesinlikle katılıyorum*

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) Arkadaşlarımın veya arkadaşlarım ile yaptığımız aktivitelerin madde kullanmamda etkisi olduğunu düşünüyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Maddeden uzak durmam ve olumsuz davranışlarımı değiştirmem konusunda yeterli arkadaş desteğine sahibim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Arkadaşlarımlayken kendime güvenim artıyor. Tek başımayken kendimi savunmasız ve güçsüz hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Madde kullanımını nedeniyle aile, sosyal ve mesleki yaşamda ciddi sorunlarla karşılaşmadım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Düzenli olarak görüşmelere gitmem ve tahlil yaptırمام konusunda işyerimden kolayca izin alabiliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ailem maddeyi bırakmam konusunda bana her zaman destek ve yardımcı olmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ailem ve arkadaş çevremden bazı kişiler madde kullandığımı öğrenirse çok utanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Ailem madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Arkadaş çevremdeki herkes madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Manevi ve ahlaki değerler iç dünyamda önemli bir yere sahiptir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Madde kullanımıyla ilgili bir problemimin olduğuna inanmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1 = Kesinlikle katılmıyorum 3 = Genellikle katılıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum 4 = Kesinlikle katılıyorum

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 14) Maddeden uzak durduğumda aile ve iş hayatımda olumlu gelişmeler meydana geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Maddeyi bırakma ve yaşamıma bir düzen verme konusunda ileriye dönük planlar yapıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Çevremdeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18) Boş zamanlarımı değerlendirecek faaliyetler bulmakta güçlük çekiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Ailemi kaybetmeyi asla göze almam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Başarabileceğime ve kontrolün bende olduğuna dair inancım tam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21) Hayatta başarılı olmak ve bir yerlere gelmeyi istiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22) Kaybetmeyi göze alamayacağım önemli şeylere sahibim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23) Geleceğe ait hiçbir beklentim yok. Sadece günümü yaşıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24) Maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyacım olduğunu düşünüyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25) Denetimli serbestlik tedbiri süresince uzman ile uyumlu ve işbirliğine açık bir ilişki içindeyim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26) Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini yerine getirmek ve düzenli tahlil yaptırmak yerine cezaevine girmeyi tercih ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27) Ailemin ya da yakın çevremde madde kullanımı nedeniyle yakalandığımı öğrenmelerini istemediğim için tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini eksiksiz yerine getiriyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28) Yakalanmam ve denetimli serbestlik tedbirine hükümlenmem aklımı başıma getirdi. Madde kullanmamın bir sorun olduğunu anladım. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ZUCKERMAN – KUHLMAN KİŞİLİK TESTİ

YÖNERGELER: Aşağıdaki sayfalarda insanların kendilerini tanımlamakta kullanabileceği bir dizi ifade göreceksiniz. Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi tanımlayıp tanımlamadığına karar veriniz. Daha sonra cevabınızı cevap kağıdında işaretleyiniz.

Eğer bir ifade size uyuyor ise veya sizi tanımladığına karar verdiyseniz cümlenin başındaki boşluğa E seçeneğini işaretleyerek “DOĞRU” cevabını veriniz. Eğer ifade size uymuyorsa veya sizi tanımlamıyorsa, boşluğa H seçeneğini işaretleyerek “HAYIR” cevabını veriniz.

E = EVET

H = HAYIR

Cevabınızdan emin olmasanız bile Doğru (E) veya Yanlış (H) seçeneklerinden birini seçerek her ifadeyi yanıtlayınız.

- ___1. Yeni bir işe, onu nasıl yapacağımı fazla planlamadan başlama eğilimindeyimdir.
- ___2. Önemsiz şeyler hakkında kaygılanmam.
- ___3. Önemsemediğim birinin başkalarının önünde aşağılandığını görmek hoşuma gider.
- ___4. Hoşlanmadığım bir insanla hiç karşılaşmadım.
- ___5. Sadece oturarak ve dinlenerek zaman geçirmekten hoşlanmam.
- ___6. Bir şeyi yapmadan önce ne yapacağım hakkında genellikle düşünürüm.
- ___7. Kendim ve yeteneklerim hakkında çok emin değilimdir.
- ___8. Kafam bozulduğunda fena şeyler söylerim.
- ___9. Eğlencelerde ve partilerde konuşmaları genellikle ben başlatırım.
- ___10. Daima gerçeği söyledim.
- ___11. Tepem attığında küfretmek benim için doğaldır.
- ___12. Tek başıma gezmekten rahatsız olmam ve genellikle bunu büyük bir grupla olmaya tercih ederim.
- ___13. Çoğu insana göre daha meşgul bir hayat sürerim.
- ___14. Sıklıkla ani kararlarla içimden geldiği gibi hareket ederim.
- ___15. Görünürde bir neden olmadığı halde çoğunlukla kendimi rahatsız hissederim.
- ___16. Neredeyse hiçbir zaman sokaklara çer-çöp atmam.
- ___17. Hiçbir insanla temasım olmadan bir yerde, bir süre için yalnız kalmak beni rahatsız etmez.

- ___18. Çok çaba ve konsantrasyon (yoğunlaşma) gerektiren karmaşık işleri severim.
- ___19. İleriyi planlarken ayrıntılar üzerinde çok nadiren fazla zaman harcarım.
- ___20. Bazen kendimi huzursuz ve gergin hissederim.
- ___21. Birine vurma isteği neredeyse hiçbir zaman içimden geçmez.
- ___22. Arkadaşlarımla mümkün olduğunca çok zaman geçiririm.
- ___23. Hayatta mücadele gerektiren işler için fazla enerjim yoktur.
- ___24. Biraz korkutucu olsalar bile, yeni ve heyecan verici deneyimleri ve hisleri yaşamaktan hoşlanırım.
- ___25. Belli bir nedeni olmadan vücudumu çoğu kez fazla gergin hissederim.
- ___26. Oyunlarda hep kazanırım.
- ___27. Kendimi sıklıkla eğlenceli toplantıların odağı olarak görürüm.
- ___28. Tekdüze işlere kıyasla mücadele gerektiren işleri severim.
- ___29. Karmaşık bir işe başlamadan önce ayrıntılı planlar yaparım.
- ___30. Çoğunlukla duygusal açıdan kendimi üzüntülü hissederim.
- ___31. Biri beni incitirse onun üzerinde düşünmemeye çalışırım.
- ___32. Hiç canım sıkılmadı.
- ___33. Her zaman bir şeyler yapıyor olmak hoşuma gider.
- ___34. Önceden plan yapmadan veya kesin bir güzergahı ya da zamanlaması olmadan seyahate çıkmaktan hoşlanırım.
- ___35. Başkalarının düşüncesiz sözleri ve davranışlarından kolay incinmeye ve aşırı duyarlı olmaya yatkınım.
- ___36. Birçok alışveriş merkezinde, ite kaka başka insanların önüne geçmezsen işini halledemezsin.
- ___37. Çok sayıda gelip geçici arkadaşla ihtiyaç duymam.
- ___38. Sadece uzanıp yatmaktan ve hareketli bir şey yapmamaktan hoşlanırım.
- ___39. Olayların nasıl gelişeceğini belli olmadığı yeni durumlara girmekten hoşlanırım.
- ___40. Tanımadık yerlerde bile hiç kaybolmam.
- ___41. Çok kolay korkarım.
- ___42. İnsanlar beni kızdırırsa, bunu onlara söylemekte tereddüt etmem.
- ___43. Büyük eğlencelerde ve davetlerde rahatsız olabilirim.
- ___44. Her dakika bir şeyler yapma ihtiyacı hissetmem.
- ___45. Sırf heyecan olsun diye bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.

- ___46. Bazen paniklerim.
- ___47. İnsanlara öfkelendiğimde bunu onlardan saklamaya çalışmam.
- ___48. Eğlencelerde tanıdık olsun veya olmasın birçok insanla kaynaşmaktan hoşlanırım.
- ___49. Mümkün olduğunca boş zaman sağlayan bir işi tercih ederim.
- ___50. İlgi alanlarımı sıklıkla değiştirme eğilimindeyimdir.
- ___51. Çoğunlukla karşılaştığım insanların benden daha iyi olduklarını düşünürüm.
- ___52. Kuyrukta insanlar önüme geçtiğinde hiç kızmam.
- ___53. Sadece hafta sonu değil hafta içinde de sosyal faaliyetlerden hoşlanırım.
- ___54. Genellikle acelem varmış gibi görünürüm.
- ___55. Bazen biraz korkutucu şeyler yapmaktan hoşlanırım.
- ___56. Bazen duygusal açıdan kötü olduğumda aniden bacaklarım tutmuyormuş gibi hissedirim.
- ___57. Öfkeli olduğumda bile genellikle ağır küfürlü sözler söylemem.
- ___58. Kendi başıma bir şey üzerinde çalışmak yerine arkadaşlarımla “takılmayı” tercih ederim.
- ___59. Tatildayken, yatıp uzanmaktansa aktif sporlarla uğraşmayı tercih ederim.
- ___60. Her şeyi bir kere denerim.
- ___61. Çoğunlukla kendimden emin olamam.
- ___62. Bana hakaret eden veya duygularımı inciten insanları kolaylıkla affedebilirim.
- ___63. Belli bir zaman için, bir yerde sosyal açıdan yalıtılmış olmak beni rahatsız etmez.
- ___64. Ağır işler veya egzersizle kendimi yormaktan hoşlanırım.
- ___65. Birçok değişikliğin veya heyecanın olduğu, hareketli ve çok seyahat edilen bir yaşam biçimini tercih ederim.
- ___66. Sıklıkla diğer insanların önemsiz gördüğü şeyler hakkında tasalanırım.
- ___67. İnsanlar benimle aynı görüşte olmadığı zaman onlarla tartışmaya girmekten kendimi alıkoyamam.
- ___68. Genellikle yalnız kalmaktan hoşlanırım; böylece dikkatimi dağıtacak sosyal aktiviteler olmadan istediğim şeyleri yapabilirim.
- ___69. İlk kez okuduğum bir şeyi anlamakta herhangi bir sorunum hiç olmadı.
- ___70. Bazen sadece eğlenmek için “çılğınca” şeyler yaparım.
- ___71. Tercih yapmakta çoğu kez zorlanırım.
- ___72. Çok sinirliyimdir.

- ___73. Asla herhangi bir şey kaybetmedim.
- ___74. Sabah kalkar kalmaz faal olmaktan hoşlanırım.
- ___75. Kaybolacak dahi olsam bilmediğim bir şehri veya kentin bir bölümünü kendi başıma dolaşmaktan hoşlanırım.
- ___76. Kaslarım o kadar gergin ki, kendimi çoğu zaman yorgun hissediyorum.
- ___77. Sevmediğim insanlara karşı biraz kaba olmamı engelleyemem.
- ___78. Çok sosyal bir insanım.
- ___79. Sürpriz şekilde ne yapacağı belli olmayan arkadaşları tercih ederim.
- ___80. Bazen herhangi bir neden olmadığı halde içimden sık sık ağlamak gelir.
- ___81. Hava ne kadar sıcak veya soğuk olursa olsun her zaman rahatımdır.
- ___82. Bir grubun önemli bir parçası olduğumu hissetmeye ihtiyaç duyarım.
- ___83. Her zaman bir şeylerle meşgul olmaktan hoşlanırım.
- ___84. Sık sık yeni ve heyecan verici olaylar ve fikirlerin peşinden o kadar sürüklenirim ki muhtemel olumsuz sonuçları hiç düşünmem.
- ___85. Önemsiz şeylerin beni sinirlendirmesine izin vermem.
- ___86. Sinirlendirici olsalar bile, diğerlerine karşı daima sabırlı davranırım.
- ___87. Genellikle işlerimi yalnız görmeyi tercih ederim.
- ___88. Çok konsantrasyon veya çaba gerektirmeyen rutin işlerden zevk alabilirim.
- ___89. Dürtüleriyle (aklına estiği gibi) hareket eden biriyimdir.
- ___90. Gerçek bir neden olmadan sıklıkla kendimi rahatsız ve huzursuz hissederim.
- ___91. Sıklıkla başkalarıyla münakaşa ederim.
- ___92. Arkadaşlarımla birlikte olmaya belki de gerekenden daha fazla zaman harcıyorum.
- ___93. Biri benden faydalanırsa bu beni rahatsız etmez.
- ___94. Bir şeyler yaparken onları çok enerjik bir tarzda yaparım.
- ___95. “Çılgın” kuralsız partilerden/eğlencelerden hoşlanırım.
- ___96. Bir şey satın aldıktan sonra sıklıkla yanlış tercih yaptığım konusunda tasalanırım.
- ___97. İnsanlar bana bağırırsa ben de onlara bağırırım.
- ___98. Çoğu insanın sahip olduğundan daha fazla arkadaşım var.
- ___99. Sıklıkla insanlar, işleri yavaş yavaş ve kendimi yormadan yapmam için uyarırlar.

LEVENSON PSİKOPATI ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir dizi ifade listelenmiştir. Her biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen siz bazılarıyla aynı fikirde olacak ve bazılarıyla da aynı fikirde olmayacaksınız. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadeyle aynı fikirde olduğunuzun veya olmadığının derecesini en iyi tanımlayan ya da her bir ifadenin size ne kadar uyduğunuzun derecesini belirten rakamı daire içine alınız.

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum
4 = Kesinlikle katılıyorum

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sık sık canım sıkılır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Günümüzde, yakamı sıyırabildikten sonra, başarı için herhangi bir şeyi yapmanın doğru olduğunu düşünüyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Bir şeyi yapmadan önce, ortaya çıkabilecek sonuçları ayrıntılı bir şekilde gözden geçiririm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Hayattaki başlıca amacım; elde edebildiğim kadar çok sayıda lüks ve pahalı şeyler elde etmektir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Başladığım işlere olan ilgimi çabucak kaybederim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Başka kimselerle birçok ağız kavgası yapmışımdır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Bir şeyi beğendirmek için çok uğraşsam bile, onun hakkında yalan söylemezdim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Zaman zaman kendimi aynı tür dertlerin içinde bulurum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Başka kimselerin duygularıyla oynamaktan hoşlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Tek bir amacın peşine uzun süre düşebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Kendimi düşünmek benim başlıca önceliğimdir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. İstedğim şeyleri yapmaları için, başkalarına duymak istedikleri şeyleri söylerim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Başkalarına haksızlık olacağı için hile yapmak doğru değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Aşk gereğinden fazla önemsenmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Benim başarımla başka birinin zararı pahasına elde edilecek olursa rahatsız olurum. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum
4 = Kesinlikle katılıyorum

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 16. | Hayal kırıklığına uğradığımda, kendimi kaybedercesine öfkeyle patlarım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Benim için, yakamı sıyrabildikten sonra herhangi bir şeyin yapılması uygundur. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Problemlerimin birçoğu, insanların beni tam olarak anlamamasından kaynaklanır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Başarı en güçlü olanların hayatta kalması esasına dayanır; mağluplara aldırış etmem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Başlangıçta, herhangi bir şeyin çok ilerisini planlamam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Sözlerim veya davranışlarım başkasının duygusal olarak acı hissetmesine yol açarsa, kendimi kötü hissederim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Çok para kazanmak benim en önemli amacımdır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Bırakın başkaları yüksek değerler üzerinde tasalansın; ben günlük çıkarıma bakarım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Gerçekten akıllıca bir üçkağıda çoğu kez hayranlık duyarım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Aldatılacak kadar aptal insanlar genellikle bunu hak ederler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Amaçlarımı gerçekleştirirken başkalarına zarar vermemeye gayret ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Turan, Reyhan
Akademik Unvanı : Öğretim Görevlisi
Doğum Yeri ve Tarihi : Eskişehir / 1971
Tel (İş) : (216) 578 00 00 – 1893
Posta Adresi : Yeditepe Üniversitesi İnönü Mah. Kayışdağı Cad. 26 Ağustos
 Yerleşimi 34755 Kadıköy – İstanbul
E-posta : rturan@yeditepe.edu.tr

Kadrosunun Bağlı Bulunduğu

Birim : Fen-Edebiyat Fakültesi
Bölüm : İngiliz Dili ve Edebiyatı

Öğrenim Durumu

LİSE

Lise : Notre Dame De Sion Fransız Kız Lisesi
Mezuniyet Yılı : 1990

LİSANS

Üniversite : Orta Doğu Teknik Üniversitesi
Akademik Birim : Fen-Edebiyat Fakültesi
Bölüm : Psikoloji
Mezuniyet Yılı : 1995

YÜKSEK LİSANS

Üniversite : İstanbul Ticaret Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler
Anabilim Dalı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Başlığı : Alkol Bağımlılarının Benlik Bilinçleri ile Sosyal Uyum
 Düzeyleri Arasındaki İlişki
Mezuniyet Yılı : 2004

DOKTORA

Üniversite : İstanbul Üniversitesi
Enstitü : Adli Tıp
Anabilim Dalı : Sosyal Bilimler
Tez Başlığı : Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik ve Tedavi
 Tedbirine Hükmolan Kişilerin Tedaviyi Başarıyla
 Tamamlamalarını Öngören Etkenlerin İrdelenmesi
Mezuniyet Yılı : 2010

Bildiği Diller

1 : Fransızca (ileri seviyede)
2 : İngilizce (ileri seviyede)

Koordinatörlük Görevleri

1 : Yeditepe Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi İngiliz Dili ve
 Edebiyatı Bölümü Yüksek Lisans Koordinatörü (2000 -)

Üyesi Olduğu Bilimsel/Mesleki Kuruluşlar

1 : Türk Psikologlar Derneği (1998 -)

Makaleler

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makaleler

1 : Şirin, A. ve Turan, R. (2007). Alkol bağımlılarının benlik bilinçleri ile sosyal uyum düzeyleri arasındaki ilişki. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, 26, 133-154.

Bildiriler

Uluslararası kongre, sempozyum, panel gibi bilimsel toplantılarda sunularak, programda yer alan tam metin olarak yayınlanan bildiri

1 : Turan, Reyhan; Banu, Sayiner; Didem, Sözen. “*Tobacco Consumption Among Academic Staff*” Warsaw: 20th European Health Psychology Conference, August 30th – September 2nd Poland, 2006.

Ulusal kongre, sempozyum, panel gibi bilimsel toplantılarda sunularak, programda yer alan özet metin olarak yayımlanan bildiri ya da poster veya gösteri

1 : Turan, Reyhan; S. Merve Aloğlu Şentürk, Didem Sözen ve Banu Sayiner, “*Üniversite Öğrencilerinin Nikotin İçeren Maddelere Bakış Açısı ve Nikotin Tüketimi*”. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, VI. Anadolu Adli Bilimler Kongresi. 6-9 Eylül 2007. (Poster Sunumu).