



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

KUMAR BAğIMLILIğI VE İNTERNET BAğIMLILIğININ
ERKEN DÖNEM UYUMSUZ şEMALAR VE BAş ETME
YÖNTEMLERİ YÖNÜNDEN KARşILAşTIRILMASI

Dr. Yasemin Arıkoğlu

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/ 2022



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

KUMAR BAğIMLILIğI VE İNTERNET BAğIMLILIğININ
ERKEN DÖNEM UYUMSUZ şEMALAR VE BAş ETME
YÖNTEMLERİ YÖNÜNDEN KARşILAşTIRILMASI

Dr. Yasemin Arıkoğlu

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali aykyl

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2022

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalanma imkânı bulduğum, hekimliğe bütüncül yaklaşımını örnek almaya çalıştığım, tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım ve kıymetli hocam Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ'ye,

Eğitimim boyunca büyük ilgi ve emekle her sorumu yanıtlayan, psikiyatriye ve insana farklı bir bakış açısı geliştirmemi sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU'na; uzmanlık eğitimim boyunca katkılarıyla beni meslek hayatıma hazırlayan değerli hocam Doç. Dr. Hayriye Dilek HAMURCU'ya; kısa süreli çalışma imkânım olmasına rağmen uzmanlık sürecimde bana çok faydalı olacak bilgi ve tecrübelerini paylaştığı için değerli hocam Doç. Dr. Ahmet KOKURCAN'a,

Asistanlık eğitimim ve tez sürecimde deneyim ve desteğini hiç esirgemeyen Uzm. Dr. Fatma Betül ESEN'e ve kliniğimizin tüm uzman doktorlarına,

Bu süreçte birlikte çalışma imkânı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma, değerli psikiyatri hemşirelerine, kıymetli psikologlarımıza ve tüm personelimize,

Mesleğime olan katkılarından dolayı tüm hastalarım ve yakınlarıma,

Her koşulda desteklerini ve sevgilerini benden esirgemeyen anne ve babama, çocukluğumun anılarını renklendiren kardeşlerime,

Beraber çıktığımız bu yolda sonsuz sabrı ve sevgisi ile daima yanımda olan, yolun sonunu göremediğim zamanlarda bana ışık tutan, biricik eşim Dr. Sezer ARIKOĞLU'na,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Yasemin ARIKOĞLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIK.....	3
2.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI	5
2.2.1. İnternet Bağımlılığı Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması	5
2.2.2. Epidemiyoloji.....	10
2.2.3. Etiyoloji.....	11
2.2.3.1. Kuramsal yaklaşımlar.....	11
2.2.3.2. Nörobiyolojik Model.....	13
2.2.3.3. Genetik	14
2.2.4. Komorbidite	15
2.2.5. Tedavi.....	16
2.2.5.1. Psikoterapi Seçenekleri	16
2.2.5.2. Farmakolojik Tedavi	17
2.3. KUMAR BAĞIMLILIĞI.....	19
2.3.1. Kumar bağımlılığı tanı kriterleri ve sınıflandırılması	19
2.3.2. Epidemiyoloji.....	22
2.3.3. Etiyoloji.....	24
2.3.3.1. Nörobiyoloji	25
2.3.3.2. Genetik	27
2.3.4. Kumar bağımlılığı tedavi	27
2.3.4.1. Psikososyal Müdahaleler.....	28
2.3.4.2. Farmakolojik Tedavi	29

2.4. ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ.	31
2.4.1. Şema Kavramı Ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	31
2.4.2. Şema Alanları ve Şema Boyutları	32
2.4.3. Şemalar İle Başa Çıkma Biçimleri	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. YÖNTEM.....	39
3.1.1. Araştırmanın Amacı	39
3.1.2. Araştırmanın Varsayımı	39
3.1.3. Araştırmanın Tipi	39
3.1.4. Araştırmanın Yeri.....	39
3.1.5. Örneklemenin Oluşturulması	39
3.2. VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ	41
3.2.1. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF).....	41
3.2.2. Sosyodemografik veri formu	42
3.2.3. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5/CV).....	42
3.2.4. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)	42
3.2.5. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ).....	43
3.2.6. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF-3).....	43
3.2.7. Young Telafi Ölçeği (YTÖ).....	44
3.2.8. Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRGH).....	44
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	44
4. BULGULAR	46
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ	74
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER.....	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
Ek-1. EtiK Kurul Onayı Ve Tez Onay Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek2-Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek3-SosyodemografiK Veri Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek4-South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT).	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 5- İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 6- Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF-3).....	Hata! Yer işareti

tanımlanmamış.

Ek 7- Young Telafi Ölçeği (YTÖ) **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Ek 8- Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRGH) **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

9. ÖZGEÇMİŞ **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**



KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
COMT	: Katekolamin-O-Metil Transferaz
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ICD	: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
İB	: İnternet Bağımlılığı
İBÖ	: İnternet Bağımlılığı Ölçeği
KB	: Kumar Bağımlılığı
KG	: Kontrol Grubu
KOB	: Kumar Oynama Bozukluğu
OKB	: Obsesif- Kompulsif Bozukluk
PKO	: Patolojik Kumar Oynama
PFK	: Prefrontal Korteks
SOKTT	: South Oaks Kumar Tarama Testi
YŞÖ	: Young Şema Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Young İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri	7
Tablo 2. Ko ve Arkadaşları Tarafından Önerilen İnternet Bağımlılığı Ölçütleri.....	7
Tablo 3. Tao ve Arkadaşlarının Geliştirdiği İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri	8
Tablo 4. İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütlerinin İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçütleri ile Karşılaştırılması	10
Tablo 5. Kumar Oynama Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri (19)	20
Tablo 6. ICD 11 Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri	21
Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	47
Tablo 8. Katılımcıların Suisid Öyküsü, Sigara-Alkol Kullanımı ve Ailede Psikiyatrik Tanı Açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 9. Kumar Bağımlılığı Grubu Klinik Özellikleri.....	50
Tablo 10. Kumar Bağımlılığı Grubu Tercih Edilen Oyun Türleri Dağılımı.....	51
Tablo 11. İnternet Bağımlılığı Grubunda Yer Alan Bireylerin İnternet Erişimi ve İnterneti Kullanım Özelliklerinin Dağılımları	52
Tablo 12. İnternet Bağımlılığı Grubunda Yer Alan Bireylerin İnternet Kullanım Amaçlarının Dağılımları	53
Tablo 13. Grupların Young Şema Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 14. Grupların Young Telafi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 15. Grupların Young-Rygh Kaçınma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 16. SOKTT Puanları İle Young Şema Ölçeği, Young Telafi Ölçeği Ve Young-Rygh Kaçınma Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon.....	59
Tablo 17. İnternet Bağımlılığı Ölçeği Puanları ile Young Şema Ölçeği, Young Telafi Ölçeği ve Young-Rygh Kaçınma Ölçeği Puanları Arasında İlişki	61

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. TUIK Raporu	5
----------------------------	---



ÖZET

Kumar Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Baş Etme Yöntemleri Yönünden Karşılaştırılması

Amaç: Çalışmamız kumar bağımlılığı (KB) ve internet bağımlılığında (İB) görülen erken dönem uyumsuz şemalar ile başa çıkma davranışlarının karşılaştırılmasını amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmaya kumar oynama sorunu nedeniyle başvuran 50 kişi, internet kullanım sorunu nedeni ile başvuran 49 kişi ve psikiyatrik tanı ve tedavi süreci olmayan 46 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcılar DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) aracı ile değerlendirildi. Katılımcıların tamamına sosyodemografik veri formu, Young Şema Kısa Form-3 Ölçeği, Young Telifi Ölçeği ve Young Kaçınma Ölçeği uygulandı. İB grubunda yer alan katılımcılara İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ); KB grubunda yer alan katılımcılara South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda KB olan bireylerin başarısızlık, iç içe geçme/bağımlılık, ayrıcalık/ yetersiz özdenetim şemalarında kontrol grubuna göre; terk edilme, cezalandırıcılık, kusurluluk şemalarında İB grubuna göre anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı gözlemlendi. İB olan bireylerin KB ve kontrol grubuna grubunda hiçbir şema boyutunda anlamlı yükselme göstermediği bulundu. Grupların baş etme yöntemleri incelendiğinde; KB grubunun kaçınma yöntemlerinden psikosomatizm alt ölçeği ile diğer gruplardan farklılaştığı, İB grubunun ise telif yöntemlerinden asilik ve kendi yönelimlilik alt ölçeği ile diğer gruplardan farklılaştığı görüldü. Kumar bağımlılığı grubunda SOKTT ölçek puanları ile duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon /güvensizlik, iç içe geçme /bağımlılık, terk edilme, cezalandırıcılık, kusurluluk şema boyutları puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptandı. Ayrıca bu grupta SOKTT ölçek puanları ile telif yöntemlerinden eleştiriye tahammülsüzlük alt ölçeği puanı arasında pozitif yönlü ilişki tespit edildi. İB grubunda İBÖ puanları ile şema, telif ve kaçınma yöntemleri puanları arasında ilişki bulunmadı.

Sonuç: Bulgularımız ışığında belirli şema boyutları KB; belirli baş etme yöntemleri ise KB ve İB için risk faktörü olarak görünmektedir. KB ölçek puanları ile bazı şema boyutları ve eleştiriye tahammülsüzlük telif yöntemi arasında anlamlı ilişki bulduk. Nedensellik ilişkisinin kurulabilmesi için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: internet bağımlılığı, kumar bağımlılığı, şema, baş etme

ABSTRACT

Comparison of Gambling Addiction and Internet Addiction in terms of Early Maladaptive Schemas and Coping Methods

Objective: Our study aims to compare early maladaptive schemas and schema coping behaviors in gambling addiction (GA) and internet addiction (IA).

Methods: The study comprised 50 applicants with gambling difficulties, 49 applicants with internet use disorders, and 46 healthy controls who had not received a psychiatric diagnosis or treatment. The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5-CV) tool was used to assess the participants. All subjects completed a sociodemographic data form, as well as the Young Schema Short Form-3 Scale, Young Compensation Scale, and Young Avoidance Scale. Participants in the IA group took the Internet Addiction Scale (IAS), whereas those in the KB group took the South Oaks Gambling Screening Test (SOCTT).

Results: In our study, it was observed that individuals with GA scored significantly higher than the control group in failure, enmeshment, insufficient self-control schemes. In our study, it was observed that individuals with GA scored significantly higher than the IA group in abandonment, punitiveness, and defectiveness schemes. It was found that individuals with IA did not show a significant increase in any schema dimension in the GA and control groups. When the coping methods of the groups are examined; It was observed that the GA group differed from the other groups with the psychosomatism subscale, which is one of the avoidance methods, while the IA group differed from the other groups with the subscale of Rebellion and Egocentrism from the compensatory methods. In the gambling addiction group, a positive correlation was found between the SOCTT scale scores and the scores of emotional deprivation, social isolation, enmeshment, abandonment, punitiveness, and defectiveness schema dimensions. In addition, a positive correlation was found between the SOCTT scale scores and the intolerance of criticism subscale score, which is one of the compensatory methods, in this group. In the IA group, no correlation was found between the IAS scores and the schema, compensation and avoidance methods scores.

Conclusion: In the light of our findings, certain schema dimensions were GA; certain coping methods appear to be risk factors for GA and IA. The GA scale scores, some schema dimensions, and the intolerance of criticism compensatory approach were found to be significantly correlated. For a causal relationship to be established, longitudinal studies are required.

Keywords: internet addiction, gambling addiction, schema, coping



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılık terimi genelde alkol ve madde ile ilişkilendirilmesine rağmen son zamanlarda terimin kapsamı genişletilerek bazı davranışlar da bağımlılık çatısı altında değerlendirilmeye başlanmıştır (1). ‘Davranışsal Bağımlılık’ terimi işlevsel olmayı engelleyen davranışlar için duyulan tekrarlı dürtüler olarak tanıtılmıştır (2).

Davranışsal bağımlılıkların psikiyatrik sınıflandırmadaki yeri üzerinde tartışmalar devam etmektedir (3). Çalışmalardan elde edilen sonuçlar hem madde bağımlılıkları hem de davranışsal bağımlılıklar için fenomenoloji, epidemiyoloji, kişilik faktörleri, genetik, nörobiyolojik süreçler, iyileşme ve tedavi ile ilgili pek çok benzerlik olduğunu göstermektedir (4,5). Davranışsal bağımlılık başlığı altında tartışılan çeşitli tanılar olmakla beraber; kumar oynama bozukluğu (KOB) ve oyun oynama bozukluğu dışındaki başlıkların tanısallık geçerliliği hakkında fikir birliği oluşmamıştır (6).

Kumar oynama bozukluğu, işlevsellikte bozulmaya neden olacak şekilde kumar oynama davranışının kontrol edilememesi ile ortaya çıkan, kronik ve tekrar eden davranışlar olarak tanımlanmaktadır (7). KOB sağlık problemleri, işsizlik, mali zorluklar, aile içi şiddet, artmış boşanma oranları, intihar eğiliminde artış ile ilişkilendirilmiştir ve bir halk sağlığı problemidir (8).

İnternet bağımlılığı (İB), internetin aşırı kullanılması arzusunun kontrol edilememesi, yoksun kalındığında huzursuzluk hissinin olması şeklinde tanımlanır. Alan yazında bu problemi tanımlamak amacı ile çeşitli adlandırmaların yapıldığı gözlemlenmiştir (5). Temelde bu adlandırmalar yakın anlamlı olarak kullanılmakta olup, ortak vurgusu internetin problemli kullanımıdır. İB’nin yol açtığı ailevi, akademik ve sosyal sorunların yanı sıra ruhsal bozukluklar ile ilişkili olabileceği gözlenmiştir (4,5,9).

Erken dönem şemalar Young’a (2003) göre anılardan, duygulardan, bilişlerden ve fiziksel duyumlardan oluşan, kişinin kendisi ve başkaları ile olan ilişkileri açısından hayatı süresi yinelenen yaygın bilişsel kalıplardır. Şemalar, genellikle erken yaşam dönemlerinde gelişmekte, katı ve değişime dirençli olmalarından dolayı hayatın ilerleyen dönemlerinde işlevsiz hale gelebilmektedir. Şema terapi perspektifinden bakıldığında başa çıkma biçimleri işlevsel olmayan şemaların neden olduğu rahatsız edici duygudan kaçınabilmek için geliştirilmiş yanıtlardır. Böylece şemanın oluşturduğu yoğun duygu ile baş edebilmek sağlansa da

söz konusu uyum bozucu şemanın sürekliliğine yol açılmış olur. Uyumsuz başa çıkma stilleri biliş, duygu veya davranış olarak ortaya çıkabilir (10).

Erken dönem uyumsuz şemalar ve uyumsuz başa çıkma stilleri çeşitli psikopatolojik belirti ve tanılarının temelini oluşturur. Araştırmalar, uyumsuz erken dönem şemaların depresyon, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir (10).

Ball (1998) madde bağımlılığı hastalarının kişilik özellikleri nedeni ile tedaviye uyum ve olumlu yanıt verme olasılıklarının düşük olduğunu belirtmiştir. Şema terapinin kişilik bozukluklarında etkinliğini göz önüne alarak, bağımlılık tedavilerinde erken dönem uyumsuz şemaları merkez alan terapi yaklaşımı önermiştir (11). Olumsuz duygusal ve bilişsel durumlarla başa çıkma stratejileri olarak uyumsuz davranış kalıplarının kullanılmasının psikopatolojide bir istisnadan çok kural olduğu ifade edilmiştir. Davranışsal bağımlılıklarının bir baş etme stratejisi olarak ortaya çıkabileceği bu nedenle teşhis ve tedavide göz önünde bulundurulması gereken bir durum olduğu belirtilmiştir (12).

Tüm veriler göz önüne alındığında erken dönem uyumsuz şemalar ve başa çıkma stratejileri davranışsal bağımlılıkların altında yatan birtakım psikopatolojileri açıklayabilir. Şema terapi yönteminin, uyumsuz baş etme stratejileri ve erken dönem şemaları bütüncül şekilde ele alarak tedaviye uyum ve olumlu yanıt ihtimalini yükselteceği düşünülebilir.

Bildiğimiz kadarıyla, kumar bağımlılığı (KB) ve İB'nin erken dönem uyumsuz şemaları ile şema başa çıkma davranışlarının (kaçınma ve telafi) karşılaştırıldığı bir çalışma yoktur. Ülkemizde ve dünyada giderek yaygın bir sorun haline dönüşen KB ve İB'ye şema terapi penceresinden bakarak uyumsuz şemaların ve başa çıkma davranışlarının tespit edilmesi, uygun müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi, bilimsel bir ihtiyaç olarak karşımızda durmaktadır.

Araştırmamızda KB ve İB olan bireyler arasında erken dönem uyumsuz şemaları ve şemalarla baş etme yöntemlerini belirleyip karşılaştırarak altta yatan psikopatolojinin aydınlatılmasına ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlayıp sağlamayacağını sınımayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIK

Bağımlılık; hastalar, klinisyenler, araştırmacılar, politika yapıcılar ve diğer birçok insan grubu için önem taşır. Bu nedenle bağımlılık teriminin nasıl kullanıldığı ve kimlere uygulanabileceği tartışma konusu olmuştur. Bağımlılık terimi uzun süre alkol ve madde ile ilişkilendirilmiştir. Fakat son zamanlarda terimin kapsamı genişletilerek bazı davranışlar da bağımlılık çatısı altında değerlendirilmeye başlanmıştır (1).

“Davranışsal Bağımlılık” terimi ilk olarak 1990 yılında Isaac Mark tarafından işlevsel olmayı engelleyen davranışlar için duyulan tekrarlı dürtüler için kullanılmıştır (2). Davranışsal bağımlılık başlığı altında tartışılan tanılar; KB, yeme bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, seks bağımlılığı, egzersiz bağımlılığı, oyun oynama bağımlılığı, ilişki bağımlılığı, İB ve iş bağımlılığı gibi bağımlılık türleridir. KOB ve oyun oynama bozukluğu dışındaki başlıkların tanısallık geçerliliği hakkında tartışmalar daha uzun süre devam edecek gibi görünmektedir (13).

Mark Griffiths (2005), birçok araştırmacının davranışsal bağımlılık konusunda ortak görüşü olan altı temel özelliği şu şekilde sıralamıştır (13):

- 1- Davranışın belirgin olması (Salience): Davranışın bireyin hayatındaki en önemli aktivite konumuna geldiği ve kişinin düşünce (aşırı zihinsel uğraş ve bilişsel çarpıtmalar), duygu (aşırma) ve davranışlarına (sosyal hayatın bozulması) hakim olmasıdır.
- 2- Duygu durumu düzeltme (Mood modification): Birçok bağımlı birey madde ve davranışları, ruh halinde değişim sağlamanın bir yolu olarak ve bu süreçte kendilerini daha iyi hissetmek için bir başa çıkma metodu şeklinde kullanmasıdır.
- 3- Tolerans (Tolerance): Kişinin aynı miktarda etkiyi elde etmek için davranışı başlangıca göre artırması durumudur.
- 4- Çekilme Belirtileri (Withdrawal symptoms): Belirli bir davranış terk edildiğinde veya sıklığı düşürüldüğünde beliren rahatsız edici duygu durumları ve/veya fiziksel durumları tanımlar.

- 5- Çatışma (Conflict): Zaman içerisinde aile üyeleri başta olmak üzere kişiler arası ilişkilerde anlaşmazlıklar, iş ve sosyal yaşamda sorunlar ortaya çıkması çatışma adını alır.
- 6- Depreşme (Relapse): Davranışın eski kalıplarına dönme eğilimi ve uzun zaman devam eden kontrolden sonra bile davranışın hızla geri kazanılması eğilimidir.

Davranışsal bağımlılıkların sınıflandırmadaki yerinin obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) başlığında mı, dürtü kontrol bozukluğu başlığında mı, yoksa bağımlılık kategorisinde mi olacağı üzerinde çeşitli tartışmalar yapılmaktadır (3). OKB ve davranışsal bağımlılıklar tekrarlayan ve patolojik davranışları içermesine rağmen, bu psikopatolojiler arasında kayda değer farklar bulunmaktadır. OKB çoğunlukla egoya yabancı (ego dystonic) davranışlarla ilişkili iken, davranışsal bağımlılıklar en azından başlangıç aşamalarında haz odaklı ve ego-sintonik özellik sergiler (14).

Davranışı patolojik olarak sınıflandırırken bireyin altta yatan motivasyonlarını tanımlamak önemlidir. Örneğin, bağımlılık yapan davranışların erken aşamalarında temel motivasyon genellikle ödül beklentisi olur. Daha sonraki aşamalarda, olumsuz duygulardan kaçınma motivasyonları arasında yer almaya başlar. OKB’de ise erken evrelerdeki temel dürtü, olumsuz duygulardan veya kaygıdan kaçınma şeklindedir. İlerleyen aşamalarda davranışın kendisi stresi hafifletmeye yardımcı olabileceğinden, potansiyel olarak ödüllendirici olarak deneyimlenebilir (15).

Epidemiyolojik çalışmalar OKB ve davranışsal bağımlılıklar arasındaki eş tanı oranının nispeten düşük oranda olduğunu bildirmekte, bu verilere dayanarak farklı başlıklar altında değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (16).

Çalışmalardan elde edilen sonuçlar hem maddeye bağlı bozukluklar hem de davranışsal bağımlılıklar için ortak altta yatan mekanizmalar olduğunu desteklemektedir (17). Davranışsal bağımlılıkta hatırlatıcı uyarana bağlı reaktivite ve aşırma ile ilgili olarak bozukluğun erken evrelerinde ventral striatumunun önemli ölçüde katkıda bulunduğu düşünülür. Daha sonraki aşamalarda, dorsal striatum daha fazla dahil olmakta ve bağımlılığın alışılmış ve zorlayıcı yönleriyle ilgili olur. Buna

karşılık, dorsal striatum muhtemelen erken evrelerden itibaren OKB ve trikotillomani gibi dürtü kontrol bozukluklarında rol oynar (15).

Dürtüsel davranış ile farkı incelediğinde ise, dürtüsel davranışların temelinde planlanmamış, aniden ortaya çıkan ve sonuçları öngörülemeyen olması yatarken; davranışsal bağımlılıklar temelde aşırma, kontrol eksikliği, tolerans ve yoksunluğun geliştiği klinik durumlardır (18).

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) çalışma grubu yapılan nörobiyolojik çalışmalar ışığında, artık davranışsal ve kimyasal bağımlılıkların dahil edilmesine izin veren nörobiyolojik bağımlılık teorisini desteklediğini belirtmiştir (19).

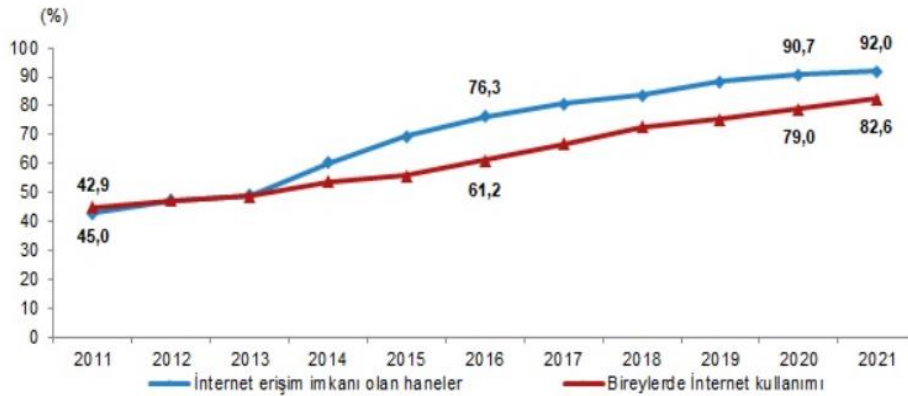
2.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI

2.2.1. İnternet Bağımlılığı Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

İnternet teknolojisinin kullanımı global olarak çok hızlı bir ivme ile artmış ve iletişim araçları içerisinde kendine önemli bir yer edinmiştir. Başka iletişim araçları ile karşılaştırıldığında 50 milyon kullanıcıya ulaşma süresinin radyonun 38 yıl, televizyonun 13 yıl, internetin ise 5 yıl olduğu saptanmıştır (20).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2021) raporuna göre internet kullanım oranı 2020’de %79 iken, 2021’e gelindiğinde %82,6 olarak tespit edilmiştir. Rapora göre 2020 yılında %90.7 olan evden internete erişim imkanına sahip olma oranı 2021 yılında %92’ye yükselmiştir (21).

İnternet erişim imkanı olan haneler ve bireylerde İnternet kullanımı, 2011-2021



Şekil 1. TÜİK 2021 raporundan alıntılanmıştır.

Günümüzde insanların günün büyük bir bölümünde kişisel ve/veya profesyonel kullanım dahil olmak üzere herhangi bir aktivite gerçekleştirmek için internet kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır. Birçok insanın sergilediği yaygın bir davranış için patolojik ifadesini kullanırken, internet kullanım amaçlarını ve aşırı internet kullanımının etkilerini değerlendirmek gerekir. Hastalıklar için tanı ölçütleri oluşturmanın amacı, risk altındaki bireyleri belirleyebilmek ve sistematik bir şekilde belirtileri tanımlamak bu sayede tedavi için geçerli ve güvenilir bir strateji oluşturmaktır. Hastalığın ölçütlerinin, genellenebilirliği engelleyecek kadar dar olmadığı ve bilgiyi belirsizleştirecek kadar geniş olmadığı bir denge kurulmalıdır (22).

İnternet bağımlılığı da dahil olmak üzere davranışsal bağımlılıklarla ilgili son on yılda yapılan araştırmalar, İB'nin patolojik bir davranış olarak görülmesi için yeterli kanıt sağlamıştır. Yapılan nörobiyolojik çalışmalar ile İB'ye özgün değişiklikler saptanmıştır (23).

İnternet bağımlılığı, sorun yaşayan bireylerin büyük çoğunluğunun endişelerinin belirli çevrimiçi etkinliklerle ilgili olduğunu bildirmesi nedeniyle bir şemsiye terimdir (24). Litaratüre "internet addiction" adlandırması ile giren bu kavram zaman içerisinde farklı isimlerle adlandırılmıştır. Temelde tüm bu isimler benzer olarak kullanılmakta olup, problemli internet kullanımını vurgulamakta ve İB tanımı şemsiye bir terim olarak kullanılmaktadır. Gelişen patolojik davranış, 'internet ile ilişkili faaliyetlerde aşırı uğraş' olarak değerlendirilebilir (5,25).

İnternet bağımlılığının ABD'de tanınmasında Dr. Kimberley Young (1996) öncü olmuştur (26). Elektronik posta (e-posta) bağımlısı olan 43 yaşında bir kadınla ilgili bir vaka çalışmasını ilk kez yayınladıktan sonra, internet kullanımını kontrol edemedikleri için günlük yaşamlarında sorunlar yaşayan yaklaşık 600 vakanın olduğu yayını ile İB üzerine çalışmalarını sürdürmüştür (27).

Avrupa'da İB'ye ilişkin araştırma, Griffiths'in teknolojik bağımlılıklar (28), ardından İB hakkında makaleler yayınlaması ile başlamıştır (25). Griffiths İB'nı insan-makine etkileşimlerini içeren, kimyasal olmayan (davranışsal) bir tür teknolojik bağımlılık olarak tanımlamaktadır (28). Bu bağlamda, İB tanısı koyarken tüm bağımlılık davranışlarında ortak olan altı temel bileşenin göz önünde bulundurulması gerektiğini savunmuştur (13). İB tanı kriterleri ilk olarak 1996'da

Ivan Goldberg tarafından alkol bağımlılığı kriterlerinden uyarlanarak oluşturulmuştur (29,30).

Young tarafından KB ile benzer yönleri olduğu düşünülerek, DSM-IV Patolojik Kumar Oynama (PKO) kriterleri revize edilerek yeni kriterler belirlenmiştir, bu sekiz maddenin beşine veya daha fazlasına "evet" yanıtı veren bireyler internet bağımlısı olarak sınıflandırılmıştır. Bu kriterler şu şekildedir (31):

Tablo 1. Young İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

-
-
1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş
 2. İstenilen hazzı sağlamak internet kullanım oranının artırılması
 3. İnternet kullanımını kontrol altında tutmak amacıyla yapılan başarısız girişimlerin olması
 4. İnternet kullanımının azaltılmasıyla kendini gösteren disforik duygulanım
 5. Başlangıçta planlanandan daha uzun süre internette kalma
 6. Aşırı internet kullanımı nedeniyle yakın çevresiyle sorunlar yaşama, eğitim veya kariyer ile ilgili bir fırsatı tehlikeye atma
 7. Çevresine internette kalma süresi ile ilgili yalan söyleme
 8. İnterneti problemlerden kaçmak veya olumsuz duygulardan uzaklaşmak için kullanma
-
-

Beard ve Wolf (2001), Young'ın tanımladığı sekiz kriteri iki başlık altında değerlendirmiş, ilk beşini internet kullanım işlevselliği olarak ele almışlardır. Buna göre bireyin, ilk beş maddede yer alan ölçütlerin hepsini karşılıyor olması gerekmektedir. Diğer üç madde ise başa çıkma kapasitesi ve işlevselliği ile ilişkili olup tanı alması için, bir veya birden fazla kriterin karşılanması gerekmektedir (32).

Ko ve arkadaşları üniversite öğrencilerinde İB tanı ölçütleri geliştirmek ve tarama yapmak amacıyla Chen İnternet Bağımlılığı Ölçeği'ni oluşturmuşlardır. Bu ölçeğin içerdiği kriterler Tablo 2'de verilmiştir (33):

Tablo 2. Ko ve Arkadaşları Tarafından Önerilen İnternet Bağımlılığı Ölçütleri

Herhangi bir zaman diliminde ortaya çıkan ve 3 aylık süre boyunca devam eden; klinik olarak işlevsellikte bozulma ve strese yol açan internet kullanımının olması.

A. Aşağıdaki semptomlardan altısı (veya daha fazlası) bulunmaktadır:

1. İnternet faaliyetleriyle ilgili meşguliyet.
2. İnternet kullanımına direnmek için tekrarlayan başarısız girişimler

3. Tolerans: İnternet kullanımı süresinde belirgin bir artış.
4. Aşağıdakilerden herhangi birinin gösterdiği gibi geri çekilme.
 - i. İnternet etkinliği olmadan bir süre sonra disforik ruh hali, kaygı, sinirlilik hissi.
 - ii. Yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya önlemek için internet kullanımı.
5. Planlanan sürenin üzerinde kullanılması.
6. İnternet kullanımını azaltmak/durdurmak için başarısız girişimlerin olması.
7. İnternet aktivitelerine ve internetten ayrılmaya aşırı zaman harcanması.
8. İnternete erişmek için gerekli faaliyetlere aşırı çaba harcanması.
9. İnternette kaynaqlanan sorunlara rağmen kullanımına devam edilmesi.

B. İşlevsellikte bozulma: Aşağıdaki semptomlardan en az biri bulunmaktadır:

1. İşte, okulda ve evde sorumluluklarını yerine getirememe
 2. Önemli sosyal ve eğlence amaçlı faaliyetlerden vazgeçilmesi veya azaltılması.
 3. İnternet davranışı nedeniyle yasal sorunların olması.
-

C. Diğer psikiyatrik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

Tao ve arkadaşları patolojik internet kullanımının değerlendirilmesinde önceki kuramsal tartışmaları ve bulguları göz önünde bulundurarak aşağıda belirtilen dört tanı boyutunda önerilen kriterlerin karşılandığı takdirde İB tanısının konabileceğini belirtmişlerdir (34).

Tablo 3. Tao ve Arkadaşlarının Geliştirdiği İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

A1- Semptom Kriteri: Aşağıdakilerden hepsi olmalıdır:

1. İnternetle ilgili aşırı zihinsel uğraş
 2. Çekilme belirtileri
-

A2- Aşağıdakilerden en az birinin olması:

1. Tolerans
 2. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için başarısız çabalar
 3. İnternet kullanımının yol açtığı fiziksel veya psikolojik bir probleme rağmen aşırı kullanıma devam edilmesi
 4. İnternet dışındaki aktivitelere ilgi ve istek kaybı
 5. İnterneti disforik duygudurumdan kaçmak veya rahatlamak için kullanma
-

B- Dışlama Kriteri: Aşırı internet kullanımı psikotik bozukluk veya bipolar bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

C- İşlevsellik Kriteri: Sosyal, akademik ve iş ile ilgili işlevsellik kaybı

D- Süre Kriteri: İnternet bağımlılığı günlük en az 6 saat kullanım ile en az 3 ay sürmelidir.

International Classification of Diseases¹¹ (ICD-11) yayınlanması ile beraber ‘Oyun Oynama Bozukluğu’ resmi olarak davranışsal bağımlılık kategorisi altında değerlendirilmeye başlanmıştır (35). Kriterleri, değerlendirmelerdeki tutarsızlıklar ve fikir birliği olmaması öne sürülerek, İB DSM-5'e dahil edilmemiştir. Ancak, DSM-5'te oyun oynama bozukluğu için tanımlanan kriterler ile İB kriterleri arasında büyük oranda örtüşme mevcuttur. İnternet oyun oynama bozukluğunu tanımlamak için DSM-5'e dahil edilen kriterlerin çoğu İB kavramına ilişkin tekliflerden türetilmiştir. Ko ve ark. (2009) ile Tao ve ark. (2010), yaptıkları çalışmalar ile İB için kriter ve algoritma seçenekleri geliştirmişlerdir. Aşağıda yer alan tablo 4 bu yaklaşımları karşılaştırmaktadır (36):

Tablo 4. İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütlerinin İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçütleri ile Karşılaştırılması

Klinik Bulgular			
Kriterler	Tao ve Ark. (2010)	Ko ve Ark. (2009)	DSM – 5 İOOB
İnternet hakkında artmış zihinsel uğraş	✓	✓	✓
Çekilme belirtileri	✓	✓	✓
Tolerans gelişmesi	✓	✓	✓
Azaltma /bırakmada başarısız girişimler	✓	✓	✓
İnternet kullanma dürtüsüne direnememe	✗	✓	✗
Planlananın üzerinde internet kullanımı	✗	✓	✗
Hobilere veya faaliyetlere ilgi kaybı	✗	✓	✗
İnternet erişimi konusunda aşırı çabalama	✗	✓	✗
İnternetteki etkinlikleri ve internetten ayrılabilmek için aşırı zaman harcama	✓	✓	✓
Problemlere rağmen aşırı internet kullanmaya devam etme	✓	✓	✓
İnternet kullanım miktarını gizleme veya bu konuda yalan söyleme	✗	✗	✓
Olumsuz duygu durumu hafifletmek veya bu duygu durumdan kaçmak	✓	✗	✓
İlişki, iş, eğitim veya kariyer imkanlarının tehlikeye atılması	✓	✗	✓

2.2.2. Epidemiyoloji

Değerlendirme araçlarının heterojenliği ve değişen örneklem grubu nedeni ile İB prevalansını karşılaştırmak oldukça zordur. Araştırmaların yılı, coğrafi bölgeler, değerlendirme araçları ve örneklem gibi özellikler İB yaygınlığını etkileyebilir. Ayrıca çalışmaların büyük kısmı, genel popülasyonda kapsamlı klinik görüşmeler yerine çevrimiçi anketler uygulamak yoluyla yapılmakta, bu durum prevelans ilgili elde edilen sonuçların güvenilirliğini etkilemektedir. İB yaygınlığı ölçüm yöntemi ve hedef popülasyona bağlı olarak %0.8-%26.7 gibi geniş bir aralıkta bildirilmiştir (37).

Yakın zamanda, üniversite öğrencileri arasında İB prevalansını inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, oranların yıldan yıla arttığına işaret edilmektedir (38). Çalışmalar Asya ülkelerinde İB tanısının yaygınlığının daha yüksek olduğunu bulmuştur (4). İB prevalansı üzerindeki coğrafi etkiyi araştırmak için 31 ülkeden yapılan çalışmaları kapsayan bir meta-analizde, genel popülasyonda en yüksek prevalans %10.9 ile Orta Doğu ülkelerinde (İran, İsrail, Lübnan, Türkiye), en düşük prevalans değerleri ise Kuzey ve Batı Avrupa'da (%2.6) ülkelerinde bulunmuştur (39).

İnternet bağımlılığı yaygınlığını araştıran 2020 tarihli bir gözden geçirme çalışmasında oran %7.02 olarak belirtilmiştir. Çalışmada ayrıca farklı ölçek tipleri ile değişen yaygınlık oranlarına dikkat çekilmiştir (40). Erkek cinsiyet, yüksek eğitim derecesi ve kentsel yerleşim yüksek İB tanısı ile ilişkili etkenlerdir (41).

Ülkemizde 2013 yılında 1156 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada İB oranı %15.1 olarak bulunmuş, 2016 yılında 12-17 yaş aralığında 468 öğrenci ile yapılan başka bir çalışmada %1.6 olarak tespit edilmiştir. Bu farklılık, teşhis için kullanılan araçların çeşitliliği, araştırma yöntemlerindeki farklılıklar ve deneklerin kültürel, sosyal arka planı ile ilişkilendirilmiştir (42,43). Yine Türkiye’de yapılan yedi farklı ili içeren bir çalışmada, 14-20 yaş grubunu içeren örnekleme İB oranı %10,1 olarak tespit edilmiştir, yaşları 18-25 yaş arasında değişen 2350 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada İB prevalansı %17.7 olarak kaydedilmiştir (5,44).

2.2.3. Etiyoloji

İnternet bağımlılığının etiyojisi diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi multifaktöriyeldir. Bozukluğun etyolojisini açıklamak amacıyla çeşitli modeller sunulmuştur (45).

2.2.3.1. Kuramsal yaklaşımlar

- *Suler'in İnternet Bağımlılık Kuramı*: Suler (1996) bağımlılık davranışı gelişmesi için bağımlılığa yol açan etkenin bireyin ihtiyaçlarını karşılaması gerektiğini ifade eder. Yani internetin sağlıklı bir şekilde kullanılması ile giderilen ihtiyaçlar, bireyi bu ihtiyaçların giderilmesi ile ilişkili olarak davranışın aşırılığına götürebilir demektedir. Suler, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisini temel alarak

bireylerin internet aktivitelerinin hangi ihtiyaçlarını karşıladığını incelemiştir (46).

-Young'ın Dört Kategori Kuramı : Young (1997) İB'nin oluşum sürecinde etkili olan faktörleri “sosyal destek”, “yaşam koşulları”, “cinsel doyum” ve “yeni bir kimlik oluşturma” olmak üzere dört farklı başlıkta değerlendirmiştir (47).

-Davis'in Bilişsel Davranışçı Kuramı: Davis (2001), patolojik internet kullanımını açıklayan bilişsel-davranışçı modelinde özgöl ve genel olmak üzere iki ayrı patolojik internet kullanımı olduğunu ileri sürmektedir. Davis (2001) patolojik internet kullanımının nedenlerini ıraksak (distal) ve yakınsak (proksimal) nedenler olarak iki kategoride ele almaktadır. Bu modele göre patolojik internet kullanımının ıraksak (distal) nedenleri arasında psikopatoloji ve durumsal tetikleyiciler (pekiştirenler) yer almaktadır. Bu hipoteze göre davranıştaki sapmalar strese eğilim oluşturan unsurların stresli bir yaşam olayı ile tetiklenmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (48).

Davis'in (2001) patolojik internet kullanımı modelinin yakınsak (proksimal) nedenlerine bakıldığında en önemli faktörün bilişsel çarpıtmalar olduğu görölmektedir. Kendisine ilişkin bilişsel çarpıtmaları ya da olumsuz düşünceleri olan bu bireyler internet ortamını olumlu tepkiler almak için kullanmaktadırlar. Bu durum zamanı boşa harcama ve günlük işleyişte yaşanan zorluklar ile sonuçlanır (48).

-Caplan'ın Sosyal Yetersizlik Kuramı: Caplan (2010), Davis tarafından temellendirilen bilişsel-davranışçı yaklaşım bağlamında yürüttüğü çalışmaları sosyal-bilişsel modelin katkıları ile sentezlemiştir. Caplan teorisinde problemli internet kullanımı ile psikososyal iyilik arasındaki ilişkide internet aracılığıyla kurulan kişilerarası iletişim süreçlerinin rolünü vurgulamaktadır. Bu teoriye göre; sosyal yeterlilikleri ile ilgili olumsuz inançlara sahip olan bireyler gerçek hayatta iletişim kurmaktansa, daha az riskli buldukları internet üzerinden iletişim kurmayı tercih etmektedirler. İnternet aracılığıyla kişi olumsuz özelliklerini gizleyip, kendinde olmayan olumlu özelliklerden bahsedebilmektedir. Bundan dolayı bu kişilerde sanal iletişimin daha rahat olduğu inancı pekiştirmektedir. Sanal ortamda sosyal etkileşimin tercih edilmesi kişinin kompulsif şekilde internet kullanımına neden olmakta, bu da internette aşırı zaman harcama, duygudurum değişiklikleri, internetten uzak kaldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu olumsuz sonuçlarla oluşan psikososyal stres kişinin

daha fazla internette kalmasına yol açmakta ve sorunlu internet kullanımı için sürdürücü etken olmaktadır (49).

2.2.3.2. Nörobiyolojik Model

Çalışmalar, İB olan kişilerin beyinlerinde bazı değişiklikler olduğunu göstermektedir. Değişikliklerin aşırı internet kullanımından mı yoksa bundan önce mi kaynaklandığını yalnızca kişiler bağımlı hale gelmeden önce yapılan boylamsal araştırmalar ile belirlenebileceği belirtilmiştir (36).

Nörobiyolojik çalışmalar sınırlı olmakla beraber, İB olan bireylerde görülen anormallikler madde kullanım bozukluğu olanlar ile benzer özellikler gösterdiğine işaret eder (50). Bazı çalışmalar, kontrollere göre İB ve madde kullanım bozuklukları olan deneklerde artmış ödül duyarlılığı, bozulmuş inhibisyon kontrolü olduğunu göstermektedir (36).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda internet kullanım bozukluğunda özellikle orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks (PFK), ön singulat korteks ve posterior singulat korteks gibi ödül, motivasyon ve bellek ile ilgili alanlarda muhtemel yapısal ve fonksiyonel bozulmalar olduğu bildirilmektedir (51). Bu çalışmaların çoğunun ortak noktası; PFK'in önemli bir rol oynadığını savunmalarıdır. Bu bilgidен yola çıkarak gelişimsel olarak PFK'in geç olgunlaşması sebebiyle ergenlerin problemli internet kullanımına eğilimli olabileceği öne sürülmüştür (52).

İnternet bağımlılığı olan ve olmayan kontrollerdeki dinlenme durumlarını karşılaştıran fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında serebellum, beyin sapı, sağ singulat girus, bilateral parahipokampus, sağ frontal lob (rektal girus, alt frontal girus ve orta frontal girus), sol üst frontal girus, sol precuneus, sağ postsantral girus, sağ orta oksipital girus, sağ inferior temporal girus, sol superior temporal girus ve orta temporal girus bölgelerinde artmış bölgesel homojenlik tespit edilmiştir. Bu bölgelerin ödül yollarını içerdiği ve bölgesel homojenliğin artan aktivite olarak yorumlandığı; dolayısı ile İB olan kişilerde ödül duyarlılığının artmış olabileceği belirtilmiştir (53).

Pozitron emisyon tomografisi (PET) ve tek foton emisyonlu bilgisayarlı

tomografi (SPECT) çalışmaları İB'nin madde bağımlılığına benzer şekilde dopaminerjik sistemle ilişkili olduğuna işaret eder. Striatumda dopamin D2 reseptör seviyelerinde azalma olduğu tespit edilmiştir (54,55). İB ile potansiyel ilişkili beyaz cevher anomalilerini göstermek için yapılmış difüzyon tensör görüntüleme çalışmaları sonucunda, beyaz cevher bütünlüğündeki bozulmanın İB semptomları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (56).

İnternet bağımlılığı ve sağlıklı kontrol grubunun (KG) karşılaştırıldığı bir başka çalışmada sol ön singulat korteks, sol posterior singulat korteks, sol insula ve sol lingual girusta gri madde yoğunluğunda azalma olduğu bulunmuştur (57). Bu sonuç İB grubunun klinik psikolojik özellikleri ile uyumlu olarak yorumlanmıştır. Gri maddede azalmaların bulunduğu bölgelerin emosyonel regülasyonu düzenlemekle sorumlu alanlarla bağlantılı olduğu ve İB olan kişilerin emosyon regülasyonu ile ilgili zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sol ön singulat korteks ve sol posterior singulat korteks arasındaki bağlantıda bozulmalar kokain kullanım bozukluğu olan kişiler ile yapılan çalışmalarda görülmüş; bu durumun yürütücü işlev bozukluklarına sebep olarak bireyin uygunsuz davranışı değerlendirme ve engelleme yeteneğini bozabileceği belirtilmiştir. İnsulanın bağımlılıkta rol oynadığı daha önce yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (58). İnsulanın aşırma ve spesifik davranışı sergileme arzusuyla bağlantılı durumları temsil eden iki sistem (limbik ve prefrontal-striatal) arasında bir arabulucu rol oynuyor olabileceği belirtilmiştir (59).

2.2.3.3. Genetik

İnternet bağımlılığın yakın zamanda tanımlandığı ve sınıflandırmasıyla ilgili bir fikir birliği olmadığı göz önüne alındığında, genetiği hakkında çok az araştırmanın mevcut olması şaşırtıcı değildir (36).

İnternette aşırı oyun oynama ve ödül bağımlılığının dopamin geni poliformizmi ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmadan elde edilen sonuçlar, hasta grubunda ödül bağımlılığının daha yüksek olduğunu, DRD2 Taq1A1 aleli ve COMT metiyonin varyantı (düşük aktivite gösteren aleli) prevalansının arttığını göstermiştir. Özellikle, DRD2 Taq1A1 aleli aşırı oyun oynama bozukluğu olan ergenlerde ödül bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur (60).

Bir çalışma, serotonin taşıyıcı genlerin İB'de rol oynayabileceğine işaret eder

(61). Bu çalışma, aşırı internet kullanımı olan 91 erkek ergeni 75 kontrolle karşılaştırılmış ve serotonin taşıyıcı geninin homozigot kısa alel (5HTTLPR-SS) varyantının aşırı internet kullanımı olan grupta daha sık olduğunu bulmuştur. Bu genin aynı zamanda zarardan kaçınma ile de ilgili olduğu belirtilmiştir (61).

İnternet oyun oynama bozukluğu tanılı 30 hastada ve 30 KG'de hedefe yönelik egzom dizi analizi gerçekleştirilmiştir. rs2229910 nörotrofik tirozin kinaz reseptörü, tip 3 (NTRK3) polimorfizmine sahip olan katılımcılarda bu polimorfizmin internet oyun oynama bozukluğuna karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Potansiyel olarak koruyucu olan bu alelin varlığı, internet oyunlarında daha az zaman harcanması ve Young'ın İnternet Bağımlılığı Ölçeği'nde (İBÖ) daha düşük puanlar ile ilişkili bulunmuştur (62).

2.2.4. Komorbidite

İnternet bağımlılığına diğer psikiyatrik hastalıklar sıklıkla eşlik etmektedir (4). Ko ve ark. (2014) 2293 ergende gerçekleştirdiği izlem çalışmasında mevcut olan hostilite, depresyon ve sosyal anksiyete belirtilerinin İB gelişimi ardından artış gösterdiği ve bu durumun özellikle kız ergenlerde daha belirgin olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada, İB'nin tedavisi ile depresyon, hostilite ve sosyal anksiyete bulgularında da düzelme olduğu bildirilmiştir (63).

Patolojik internet kullanımı ve eş hastalıkların ilişkisini tespit etmeye yönelik yirmi makaleyi içeren çalışmada depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği semptomları, obsesif-kompulsif belirtiler ve hostilite ile anlamlı korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır. Patolojik internet kullanımı ile en güçlü ilişkinin DEHB semptomları ve depresyon ile olduğu belirtilmiştir (64).

Bir başka meta analiz çalışmasında İB ve sağlıklı kontrol grubunun psikiyatrik komorbiditeleri incelenmiş; İB grubunda alkol kötüye kullanımı oranı %13 (KG: %4), DEHB oranı %21.7 (KG: %9), depresyon oranı %26 (KG: %12) ve anksiyete bozukluğu oranı %23 (KG: %10) olarak tespit edilmiştir. Yaşa göre üç alt gruba ayrılarak incelendiğinde ergenlerde (10-18 yaş) alkol kötüye kullanımı, genç erişkinlerde (19-39 yaş) DEHB ile anksiyete, orta erişkinlik ve yaşlılıkta (40-76 yaş) depresyon İB ile ilişkili bulunmuştur. Bu psikiyatrik eş tanılar arasında İB ile en güçlü ilişkiye sahip olan tanının alkol kötüye kullanımı olduğu belirtilmiştir (65).

Adolesanlarda İB ve DEHB'nin değerlendirildiği 44 araştırmanın incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında, DEHB belirtileri daha fazla olan katılımcıların internete daha fazla bağımlı oldukları bulunmuştur (66).

İnternet bağımlılığında uyku problemlerinin incelendiği 35.684 katılımcı ve 23 çalışmayı içeren bir gözden geçirme çalışmasında İB'nin daha azalmış uyku kalitesi ve daha düşük uyku süresi gibi problemlere neden olabileceği tespit edilmiştir (67).

Ülkemizde 2350 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışma İB'nin kötü beslenme alışkanlıkları, uyku sorunları ve yorgunluk semptomları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (44). Ülkemizde OKB tanısı almış hastalar ile yapılmış bir tez çalışmasında İB ölçeği skorlarının, sağlıklı kontrolden önemli ölçüde yüksek tespit edildiği bildirilmiş, her iki hastalık grubunda görünen dürtüsel davranış oranlarının yüksekliğine dikkat çekilmiştir (68).

2.2.5. Tedavi

İnternet bağımlılığının işlevsellikte bozulma ve giderek yaygınlaşarak önemli halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıktığı göz önüne alındığında farklı yaklaşımlara dayanan en etkili tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi gerektiği belirtilmiştir (69). İB olan çoğu bireyde davranışının problemlili olduğunun farkındalığı yoktur, bundan dolayı az sayıda kişi kendi isteği ile tedaviye başvurmaktadır (70). İB'nin tedavisinde bireysel yaklaşım sergilemek gerektiği, psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonunun en etkili tedavi şekli olduğu belirtilmiştir (71).

2.2.5.1. Psikoterapi Seçenekleri

Aşermeye Yönelik Davranışçı Çalışmalar: Aşerme alkol-madde ve davranışsal bağımlılıkların gelişmesinde, sürmesinde ve yinelemesinde kritik öneme sahiptir (72,73). Aşermeye yönelik davranışsal müdahale bireylerin subjektif aşermeleri tanımlamalarına, aşermeyle ilgili rasyonel olmayan inançları tanımalarına ve aşermeyle ilgili olumsuz duyguları hafifletmelerine yardımcı olur. Oyun bağımlılığı tanısı alan 68 genç erişkin hasta ile yapılan bir çalışmada tedaviden sonra oyun bağımlılığın şiddetinde ve aşermeye azalma tespit edilmiştir. Müdahaleden

sonra, ventral striatum ve diğer beyin bölgelerinde değişiklikler gözlemlenmiş ve bu da müdahale ile olası nörobiyolojik değişikliklerin olabileceğini düşündürmüştür (74).

Aile Faktörleri ve Aile Terapisi: Bağlanma stilleri, aile ilişkileri ve aile yapısı gibi aile faktörleri, özellikle ergen yaş grubunda İB açısından önemli bir husustur. Anne-babası yeterli ilgi ve desteği sağlamayan ergenlerin psikolojik sorunlar yaşama olasılıkları daha yüksektir. Bu durum evdeki durumlarla ilgili olumsuz duygulardan kaçmak için interneti aşırı kullanmalarına neden olabilir (75).

Bileşik Psikoterapi: Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) diğer psikososyal veya farmakolojik tedavilerle kombinasyonu araştırılmıştır. Young tarafından geliştirilen İB için bilişsel-davranışçı terapi (Cognitive Behavioral Therapy-Internet Addiction, CBT-IA), çevrimiçi harcanan zamanın bir günlüğünü tutmayı, zaman yönetimi becerilerini geliştirmeyi, hedef belirlemeyi ve bilişsel çarpıklıkları yeniden yapılandırmayı içerir (76).

Bilişsel-Davranışçı Terapi: İB tedavisinde BDT etkinliğinin değerlendirildiği bir sistematik gözden geçirme çalışmasında yapılan araştırmaların genelinde uygun bir KG olmadığı, İB'nin doğal süreci hakkında sahip olunan bilginin az olması ve bu nedenle söz konusu hasta katılımcıların süreç içerisinde tedavi olmadan da belirtilerinin azalma ihtimali olması şeklinde gerekçelendirilerek diğer tedavi yaklaşımları gibi deneysel olduğunu belirtmişlerdir (77). Benzer bir şekilde yapılan bir meta-analiz çalışmasında da psikolojik müdahalelerin bağımlılığın şiddetini azaltmaya yardımcı olabileceği, ancak BDT'nin etkinliğini belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (78).

Winkler ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir meta analiz çalışmasına İB'nin psikolojik ve farmakolojik tedavisini değerlendiren 16 araştırma dahil edilmiştir. Bu çalışmada İB semptomlarını azaltmada veya internette geçirilen süreyi azaltmada psikolojik ve farmakolojik tedaviler arasında fark olmadığı bildirilmiştir. BDT çevrimiçi geçirilen zamanı ve depresyon belirtilerini azaltmakla beraber, İB ve anksiyete belirtilerini azaltmada diğer terapi yöntemlerinden etkili bulunmamıştır (79).

2.2.5.2. Farmakolojik Tedavi

Essitalopram ile yapılmış 19 yetişkinin dahil edildiği açık etiketli bir çalışmada 10. haftanın sonunda, internet kullanımının başlangıçta ortalama 36.8 saat/haftadan 16.5 saat/haftaya azaltıldığı belirtilmiş, ancak çift kör fazda plasebo ile anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir (80).

Başka bir ilaç çalışmasında OKB tanılı hastalar İB tanısı olan ve olmayan şeklinde 2 gruba ayrılmış ve hastalara 12 ay boyunca antidepresan tedavi uygulanmıştır. Takip sonucunda tedavinin İB belirtileri üzerinde etkili olduğunu belirten çalışmacılar, İB hastalarında eşlik eden veya altta yatan hastalıkların tespiti ve tedavisinin önemini vurgulamışlardır (81).

Komorbid majör depresif bozukluğu ve aşırı çevrimiçi oyun oynaması olan hastalar üzerinde bupropiyonun rolünün araştırıldığı bir çalışmada, 12 haftalık takip sonrası çevrimiçi oyun oynama ve depresif duygudurumda bupropionla ilişkili önemli azalmalar gözlemlendiği belirtilmiştir (82).

Bupropion ve essitalopramın etkinliğini karşılaştıran bir çalışmada, ise denekler internet oyun oynama bozukluğu olan 119 ergen ve erişkin rastgele essitalopram grubu (44 kişi), bupropion grubu (42 kişi) ve ilaçsız-gözlem grubu (33 kişi) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. İnternet oyun oynama bozukluğu semptomlarının tedavisinde hem bupropion hem essitalopram eşit düzeyde etkili bulunmakla birlikte bupropionun dikkat üzerine essitalopramdan daha etkili olduğu belirtilmiştir (83).

DEHB tanılı adolesan yaş grubundan 84 hasta ile yapılmış bir çalışmada, bir grup atomoksetin diğer grup metilfenidat tedavisi ile 12 hafta boyunca takip edilmiş, takip sonunda her iki grupta İB şiddetinin azaldığı tespit edilmiş olmakla beraber, iki grup arasında Young İBÖ değişikliğinde anlamlı fark tespit edilmediği belirtilmiştir (84).

İnternet bağımlılığının, madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, OKB ve duygu durum bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla beraber görülme olasılığı vardır. Antipsikotikler, duygu durum dengeleyiciler, opioid-reseptör antagonistleri ve glutamat-reseptör antagonistleri gibi ilaçları kullanan çalışmaların sayısı ve tedavi etkinliği sınırlıdır, ancak İB tanısı alan bir hastanın muayenesinde başka bir psikiyatrik bozukluktan şüpheleniliyorsa dikkate alınmasının gerektiği belirtilmiştir (9).

Tedavi yöntemlerinin gözden geçirilmesinden çıkan sonuçlar, iyi tasarlanmış tedavi sonuç çalışmalarının yetersizliğini ve herhangi bir tedavi yönteminin etkinliğine ilişkin sınırlı kanıt vurgulamaktadır. Çalışmalar, küçük örneklem büyüklükleri, kontrol gruplarının eksikliği ve tedaviye uyum konusunda yeterli bilgi verilmemesi gibi metodolojik kusurları barındırmaktadır. Ayrıca İB tanısını değerlendirmek için kullanılan araçlar hakkında yeterli açıklama yapılmamıştır (77).

2.3. KUMAR BAĞIMLILIĞI

2.3.1. Kumar bağımlılığı tanı kriterleri ve sınıflandırılması

Kumar tabirinin genel olarak kabul edilmiş olan anlamı, sahip olunan değerleri daha fazlasını elde etmek için riske atma faaliyetleridir (85) . Kumarın çeşitli biçimleri ve ortaya çıkardığı olumsuz etkiler ile ilgili deneyimler tarih boyunca var olmuştur. Kumar probleminin çok eski zamanlardan beri bilindiği, ancak on dokuzuncu yüzyıla kadar konunun sistematik bir incelemesinin yapılmadığını görülmektedir (86).

The Western County Magazine adlı dergide 1791'de yayınlanan makale kumarı bir bağımlılık olarak tariflemiş ve her şeyini kaybeden, intihar eden birçok kişiden bahsederek oluşturduğu meşguliyet ve dikkat dağınıklığını tanımlamıştır. Kumara karşı uyarılar 1820'lerde ve 1830'larda belirginleşmiş ve 1834'te Charles Caldwell, kumar oynamayı erkekleri çıldırtan, bağımlılık yapan bir kusur olarak nitelendirmiştir. Psikanalistler ise 20. yüzyılın ilk yarısında kumara ilgi göstermeye başlamışlardır (87).

Raylu ve Oei (2004)'ye göre kumar oynama davranışını patolojik olarak değerlendirmek için; birey davranış üzerinde kontrolünü kaybetmeli; bireysel, kişiler arası ve sosyal sorunlar yaşamalıdır (7). Birey bağımlı hale geldiği zaman kumar oynama dürtüsünü kontrol altına alamaz ve oluşturduğu zararı bildiği halde oynamaya devam eder. Kumar oynayan bireyler, sadece kendilerine değil aile ve çevresine hatta bağlı bulunduğu topluma dahi zarar verebilir; dolayısıyla KB bir halk sorunudur (8).

Aşırı kumar oynama davranışı, psikiyatri sınıflamasına ilk defa 1977 yılında ICD-9 sınıflandırması ile girmiştir. Bundan üç yıl sonra da DSM-3 versiyonunda

“Patolojik Kumar Oynama” (PKO) tanımlaması ile kendine yer bulmuş, 1994’te yayınlanan DSM-4 versiyonunda “Başka Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları” sınıfında değerlendirilmiştir (88,89).

'Patolojik Kumar' (Pathological Gambling) terimi DSM-3, DSM-4 ve ICD-10 baskısında kullanılmıştır (90). 2013’te yayınlanan DSM-5 versiyonunda KOB (Gambling Disorder) tanımı ile, bağımlılık kategorisine dahil edilmiştir (19). Benzer bir şekilde ICD-11 sınıflandırmasında da KOB tanımı ile davranışsal bağımlılık başlığı altında ele alınmıştır (91). Bu yeniden sınıflandırmanın gerekçesi, patolojik kumar oynamanın dürtü kontrol bozuklukları veya OKB’den ziyade madde bağımlılığı ile daha fazla benzerlik taşıdığına tespit edilmiş olması olarak belirtilmiştir (92,93). DSM-5’e göre KOB önemli bir sıkıntı veya bozulma ile ilişkili, sürekli, tekrarlayan bir kumar oynama modelidir (19).

DSM-5’te KOB tanısında yapılan değişiklikler şunlardır:

- DSM-4’te bulunan 'kumar oynama davranışını desteklemek için yasa dışı eylemlerde bulunur' kriteri teşhisin doğruluğuna çok az katkıda bulunduğu gerekçesi ile kaldırılmıştır.
- DSM-5 ile beraber tanı eşiği beş kriterden dörde indirilmiştir.
- DSM-5 ile birlikte bağımlılık kategorisi altına taşınmıştır.
- DSM-5’te karşılanan dahil etme kriterlerinin sayısıyla bağlantılı şiddet indeksleri (hafif, orta ve şiddetli) eklenmiştir.
- Eski tanılamada bulunan patolojik kelimesinin damgalayıcı rolüne vurgu yapılarak tanı başlığı ‘Kumar Oynama Bozukluğu’ olarak değiştirilmiştir (94–96).

Tablo 5. Kumar Oynama Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri (19)

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az dördü (ya da daha çoğu) ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sürekli ve yineleyici, sorunlu bir kumar oynama davranışı

1. Kumar oynama üzerine kişinin aşırı zihinsel uğraşı
2. Aynı hazzı yaşamak için giderek artan miktarlarda parayla kumar oynama gereksinimi duyması
3. Birçok kez başarısız kumar oynamayı denetim altına alma deneyimi yaşaması
4. Kumar oynamayı azaltma ya da bırakma girişimlerinde bulunurken huzursuzluk ya da irritabilite duyumsaması
5. Sorunlarından kaçmak ya da disforik bir duygudurumdan kurtulmak için kumar oynaması
6. Kaybettiklerini yerine koymak için çoğu kez geri gelmesi
7. Çevresine yalan söylemesi
8. Kumar oynama yüzünden önemli bir ilişki, iş ya da eğitimiyle ilgili bir fırsatı tehlikeye atması ya da kaybetmesi
9. Maddi sıkıntılarından kurtulmak için başkalarına güvenmesi
Varsa Belirtiniz: Dönemsel-Sürekli
Varsa Belirtiniz: Erken yatışma evresinde-Sürekli yatışma ile giden
O sıradaki ağırlığını belirtiniz:
Ağır olmayan: Dört-beş kriteri karşılaması
Orta derecede: Altı-yedi kriteri karşılaması
Ağır: Sekiz-dokuz kriteri karşılaması

ICD-11’de “Kumar Oynama Bozukluğu “Bağımlılıkla İlişkili Bozukluklar” altında sınıflamıştır. Ayrıca ICD-11’de eşik altı KOB’na karşılık gelecek şekilde zararlı kumar oynama biçimi tanımlanmaktadır. ICD-11 KOB tanı kriterleri aşağıda sıralanmıştır (91).

Tablo 6. ICD 11 Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Kriterleri

Çevrimiçi veya çevrimdışı olabilen, sürekli veya tekrarlayan kumar oynama davranışı modeli ile karakterize edilir ve aşağıdakilerle kendini gösterir:

- Kumar oynama davranışı üzerinde kontrol bozukluğu
- Kumar davranışına verilen önceliğin artırılması
- Olumsuzluklar yaşanmasına rağmen kumarın sürdürülmesi veya artış göstermesi

Kumar oynama davranışı çeşitli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulmaya sebep olacak kadar şiddetlidir. Kumar oynama davranışı modeli sürekli veya epizodik ve tekrarlayan olabilir. Tanının konulabilmesi için en az 12 aylık süre boyunca belirtilerin gözlenmesi gerekir.

2.3.2. Epidemiyoloji

Kumarla ilgili epidemiyolojik çalışmalar mevcut kumar yaygınlığını, kumar türünün yaygınlığını, kumar türüne yapılan kişisel harcamaları ve patolojik kumar bozukluğunun yaygınlığını belirleyerek önemli amaçlara hizmet etmektedir. Bu bilgiler ışığında, kumarın toplum için genel eğlence değerini, yasallaştırılmış kumar sağlamanın olumsuz sosyal etkilerini, tedaviden yararlanacak kişilerin sayısını, elde edilen kumar gelirinin oranını ve sorunlu kumarla ilişkili kumar türleri ile ilgili veriler elde edilmiş olur. Patolojik kumar oynama sıklığı ve kumarın zararını azaltmak için uygulanan politikaların potansiyel etkinliği hakkında önemli bilgiler sağlar. Ancak, yaygınlık oranlarının sonuçlarını etkileyen ve yaygınlık çalışmaları arasında karşılaştırma yapmayı zorlaştıran çeşitli metodolojik problemler bulunmaktadır (97).

Yakın tarihli 69 prevalans çalışmasının dahil edildiği bir sistematik gözden geçirmede patolojik kumarla ilgili çalışmaların çoğunun Avrupa, Asya, Kuzey Amerika ve Okyanusya'da yapıldığı bildirilmiştir. Dünya genelinde patolojik kumar oynamanın yaşam boyu yaygınlığının %0.7 (Danimarka'da) ile %6.5 (Estonya'da) gibi geniş bir aralıkta değiştiği belirtilmiştir. Asya ülkelerinde daha yüksek oranlar tespit edilmiştir (98).

DSM-IV tanı kriterleri ile yapılmış çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranları %0.4- 0.6 arasında bildirilmiştir (99). DSM 5'te tanı kriterlerinin değişmesi ile yaygınlık oranlarının daha yüksek bulunacağı öne sürülmüştür, fakat yapılan çalışmalarda biraz daha yüksek sonuçlar elde edilse de görece benzer yaygınlık oranları elde edildiği bildirilmiştir (100,101). DSM 5 ölçütlerine göre tüm popülasyonda yaşam boyu görülme prevalansı %0.4-1.0 arasındadır (19).

Ülkemizde KOB yaygınlığını gösteren geniş çaplı çalışmalara rastlanmamıştır. Ülkemizde 339 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %1.2'sinde patolojik kumar oynama sorunu olduğu tespit edilmiştir (101).

Belirli klinik popülasyonlarda patolojik kumar oynama için daha yüksek yaygınlık oranları bildirilmiştir. Bunlar arasında madde bağımlılığı, duygu durum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve Parkinson hastalığı dahil tıbbi ve nörolojik durumlar vardır. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %6.9 ve madde kullanımı tedavisi gören bireylerde % 4.3 yaygınlık oranları bildirilmiştir (102,103).

Patolojik kumar oynama problemi olan bireylerde komorbid durumların incelendiği bir çalışmada; %73.2'inde alkol kullanım bozukluğu, %38.1'inde madde kullanım bozukluğu, %60.4'ünde nikotin bağımlılığı, %49.6'sında duygu durum bozukluğu, %41.3'ünde kaygı bozukluğu ve %60.8'inde kişilik bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (104). Ayrıca Parkinson gibi bazı nörolojik hastalıklarda PKO sıklığının arttığı bildirilmektedir (90,99). Kadınların komorbid duygudurum ve anksiyete bozuklukları yaşama olasılığının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir (90).

Belirli özelliklerin KOB riskini arttırdığı görülmektedir. Erkek cinsiyet, genç olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, travma öyküsü, dürtüselliğin belirgin olması, yalnız ya da boşanmış olma ve dezavantajlı bölgelerde yaşamının riski artıran durumlar olduğu belirtilmiştir (105).

Kumar oynama bozukluğu riskini artıran bir diğer faktör oyunun türüdür. Yapılan çalışmalarda oyun türünün özellikle yüksek bağımlılık riski ve süreklilik göstermesi ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Yüksek kazanım oranları vadeden ve kısa sürede sonuçlanan oyun türlerinin kumar oynama davranışının süreklilik göstermesine neden olabilecek etmenler arasında olduğu gözlenmiştir (106). Yapılan bir meta analiz çalışmasında özellikle elektronik oyun makinelerinin ve internet ortamında oynanan kumar türlerinin yüksek bağımlılık ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (107).

İnternet kullanımının artması ile birlikte internette oynanan kumarın da yaygınlaştığı gözlenmiştir. Çevrimiçi kumarın 2012'de toplam küresel kumar

pazarının tahmini olarak %8-10'unu oluşturduğu ve bu oranın giderek arttığı görülmektedir (108). İnternet ortamında dijital para ile işlem yapılması kolaylık sağlaması ile riski artırmasının yanında, daha fazla maddi kayıplara yol açması problemin yeni boyutudur (109). İnternet üzerinden oynanan kumar özellikle gençler arasında yaygınlaşmaktadır. Ayrıca internette kumar oynama gençlerde düşük akademik başarı, artmış alkol kullanımı ve azalmış akran teması riski ile ilişkilendirilmiştir (110).

2.3.3. Etiyoloji

Kumar oynama bozukluğu, gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin yer aldığı multifaktöriyel ve çok boyutlu bir durumdur (111).

Kumar oynama bozukluğu nedenlerini açıklamak için önerilen modellerden iki bütünleştirici model öne çıkmaktadır: Yollar Modeli (The Pathways Model) ve Biyopsikososyal Model (112).

Biyopsikososyal model esas olarak bilişsel-davranışçı ve stres duyarlılığı çerçevesine dayanır. Bu modele göre hazırlayıcı faktörler (örneğin, zayıf problem çözme ve başa çıkma becerileri, genetik yatkınlıklar), erken kumar deneyimleri (örneğin, büyük kazançları erken elde edebilmek) ve olumsuz psikososyal deneyimler (örneğin, stresli yaşam sorunları) ile etkileşime girmekte ve KOB'a neden olmaktadır (113).

'The Pathways Model' (Yol Modeli) bu hastaları üç alt gruba ayırmayı önermektedir:

- Davranışsal olarak koşullanmış olanlar: Düşük düzeyde psikopatoloji vardır, davranışın pekiştirici etkisi ile bağımlılık oluşur.
- Duygusal olarak kolay incinir olanlar: Olumsuz duygulanımdan kaçınmak için kumar oynarlar.
- Dürtüsel ve antisosyal olanlar: Olumlu pekiştirmenin etkisi ile heyecan arama motivasyonu ile kumar oynarlar (111).

Her iki modelde kumar sorununun gelişmesi ve sürdürülmesiyle ilgili benzer faktörler ve süreçler tanımlanmaktadır. Modeller arasındaki temel fark, biyopsikososyal modelin kumar bozukluğunu homojen bir durum olarak ele alırken,

yol modelinin kumar bozukluğunu heterojen bir tablo olarak değerlendirmesidir (112). Yapılan çalışmalarda yol modelinin (The Pathways Model) kavramsal olarak daha geçerli olduğu bildirilmiştir (90).

Davranışsal teoriye göre, kontrolsüz kumar oynama pekiştirme süreci aracılığıyla kazanılan uyumsuz ve öğrenilmiş bir davranıştır. Kumar oynamanın maddi kazanç imkanı, heyecan vermesi ve sosyalleşmeye imkan sağlaması pozitif pekiştireç işlevi görürken; olumsuz duygulanımdan kaçınmaya destek olması da negatif pekiştireç olarak işlev görür (114).

Bilişsel teori kumar hakkındaki hatalı bilişleri ve yanlış bilgi işleme süreçlerini değerlendirir (112). Kumar ile ilgili hatalı bilişsel çarpıtmalar şu şekilde belirtilmiştir: kumar becerilerinin büyütülmesi, batıl inançlar (belirli nesnelerin, davranışların veya bilişlerin kumar sonuçlarını nedensel olarak etkileyebileceği varsayımına dayanır), yorum yanlışlığı (kişinin kayıpları anlamlandırmasına, bunlardan anlam çıkarmasına ve kumarın devam etmesini kolaylaştırmasına yardımcı olan yorumlayıcı çabalar), zamansal teleskop (kazancın yakın zamanda gerçekleşeceği inancını ifade eder), seçici bellek, tahmin becerisi, şans üzerinde kontrol yanılsaması, aldatıcı korelasyon (115).

2.3.3.1. Nörobiyoloji

Kumar oynama bozukluğu, striatum, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, insula, hipokampus ve amigdala dahil olmak üzere beynin frontostriatal ve limbik bölgelerindeki bozulmalar ile ilişkilendirilmiştir. Bu bölgeler, ödül duyarlılığı, kaybı kovalama (kayıplarını telafi etme çabasıyla bahislerini artırma eğilimini tanımlar), stres disregülasyonu ve sosyal-duygusal problemlerle ilgili alanlar olup KB'nin klinik özellikleri ile ilişkilidir (90,116).

Striatum ve dopaminerjik sistem: KOB ile yapılmış birçok nörogörüntüleme çalışması, striatum ve PFK'da görülen değişikliklere ve bu değişikliklerin uyumsuz karar vermeye nasıl katkıda bulunabileceğine değinmiştir (117). Striatum, ödül ile ilgili işlevlerde görev alır; ventral striatum sonuçlar ile ilgili uyarıcıyı öğrenme (örneğin kumar ipuçları ve parasal kazançlar arasındaki bağlantı), dorsal striatum davranış ile ilgili uyarıcıyı öğrenme (örneğin kumar ipuçları ve yaklaşım odaklı davranışlar arasındaki bağlantı) ile ilişkilendirilmiştir (118).

Ödül işleme ile ilgili bir meta-analiz, kumar ve madde bağımlılığı olan bireylerde ödül beklentisi sırasında ventral striatumun nispeten azalmış aktivasyonun olduğuna vurgu yapmıştır (119). Ayrıca bazı araştırma bulguları ventral striatumdaki dopamin ile ilişkili anormalliklerin KOB olan kişilerde dürtüsel davranışlara katkıda bulunabileceğini belirtmektedir (90,120). Dorsal striatumda artan dopamin iletimi ise sorunlu kumar oynamanın ciddiyeti ile ilişkilendirilmiştir (121).

Frontostriatal devreler: Striatumun projekte olduğu alanlardan birisi de özellikle ödül ile ilişkili karar mekanizmalarından biri olan medial prefrontal korteksdir. KOB hastaları ile yapılmış beyin görüntüleme çalışmaları, hatırlatıcı uyarana maruz kalma, simüle edilmiş kumar, inhibisyon kontrolü ve ödül beklentisi sırasında frontostriatal bölgelerde nispeten azalmış nöronal aktivite göstermiştir (90). Ek olarak, striatum ve medial PFK arasındaki azalmış bağlantı, KOB’da hatırlatıcı uyaran kaynaklı aşırma ile ilişkilendirilmiştir (73).

Medial orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks, patolojik kumar oynayan bireylerde kumar ile ilişkili uyarılara artmış nöronal aktivasyon yanıtı gösterirken, bu bölgeler ve striatum, kumarla ilgili kazanımlara yanıt olarak azaltılmış nöronal aktivasyon gösterdiği tespit edilmiştir (122). Bu veriler, ödül değerlendirmesinde yer alan bölgelerin, kumar sırasında kazanılan veya kaybedilen gerçek değerden ziyade kumar oynanabilirliğini gösteren dış uyarılara daha duyarlı olabileceğini göstermektedir (90).

Striatum ek olarak başarısız oldukları kanıtlandığında eylem modellerinin değiştirilmesi ve kayıpların izlenmesi ile ilgili ventrolateral PFK (veya lateral orbitofrontal korteks) bölge ile etkileşime girer (123). Bu bölge, kumar sorunları olan kişilerde tekrarlayan eylem kalıplarını değiştirmeye çalışırken azalmış nöronal aktivasyon gösterir, bunun bireylerin kayıplar arttığında kumar davranışını sürdürmeleri ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (90,124).

İnsula: Duygusal deneyimler sırasında beden duyularının algılanması, bu uyarıların kodlanması (örneğin kumar oynama davranışı sırasında heyecan, risk gibi) ve davranışın bilişsel değerlendirmesinde (örneğin kumar ile ilgili bilişsel hatalar gibi) rol oynar (125). İnsulanın KOB olan kişilerde ödül ve ceza öğrenimi ile ilgili bölgelerle anormal bir şekilde etkileşime girebileceği, bu da bedensel geri bildirimin (kumar öncesi artan kalp atışı duyuları gibi) ödül, heyecan olarak

deneyimlenmesine yol açabileceği belirtilmiştir (126).

Hipokampus ve amigdala: Hipokampus ve amigdala, duygusal öğrenme ve stres düzenlemesiyle ilişkilendirilmiştir (127). Patolojik kumar oynayan bireylerin amigdala ve hipokampus hacimleri daha küçük bulunmuştur (128).

2.3.3.2. Genetik

Toplum temelli çalışmalar KOB riskinin hem çevresel hem de genetik faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. KOB'un moleküler genetik çalışmalarından elde edilen bulgular başlangıç olarak kabul edilmekle beraber bu sonuçlar KOB'un spesifik, klinik olarak ilgili özelliklerinde genetik geçiş ihtimali hipotezini desteklemektedir (90).

Kadın ve erkek katılımcıların olduğu geniş çaplı araştırmada DSM-4 kriterleri baz alınmış ve kalıtsallık oranı %50- 58 arasında bildirilmiştir. Bu çalışmada kadın ve erkek katılımcılar arasında kalıtım oranları arasında fark olmadığı da belirtilmiştir (129).

Moleküler genetik çalışmalar, dopaminerjik ve serotonerjik genlerin KOB'a yatkınlık ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir (90).

Genom boyu ilişkilendirme çalışmalarında metallothionein (MT1X), ataxin (ATXN) ve çok düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü (VLDLR) gen varyantlarının KOB ile ilişkili olabileceği, fakat daha fazla çalışma yapılması gerektiği belirtilmiştir(130). Amacı bir COMT inhibitörü olan tolkaponun KB semptomlarını iyileştirip iyileştirmediğini belirlemek olan bir çalışmada semptom iyileşmesi, val/val COMT polimorfizmi olan deneklerde önemli ölçüde daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (131).

Genel olarak, KB'yle ilgili spesifik genetik faktörleri aydınlatmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aşikardır (90).

2.3.4. Kumar bağımlılığı tedavi

Kumar bağımlılığı tedavisinin sonuçlarının en iyi nasıl değerlendirileceği tartışma konusu olmaya devam etmektedir (90). Tedavi etkinliğini test etme noktasında kumar davranışının özelliklerinin değerlendirilmesi (yapılan harcama, kumar oynama sıklığı, kumar hakkında düşünmek için harcanan zaman), kumarın

neden olduğu sorunların değerlendirilmesi (kişisel sağlık, ilişkiler, mali ve yasal alanlardaki sorunlar) ve değişim sürecinin değerlendirilmesi şeklinde çok boyutlu bir yaklaşım önerilir (132). Epidemiyolojik çalışmalar, KB hastalarının yaklaşık %10'unun tedavi talebinde olduğunu bildirmektedir (133). Tedaviye başvurmadan önce geçirilen sürenin erkek hasta grubunda daha uzun ve yaklaşık 10 yıl olduğu tespit edilmiştir (134).

Kumar bağımlılığı hastaların yönetimi, hastanın tedaviye katılmak isteyip istemediğine ek olarak, birlikte ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların varlığı veya yokluğu dahil olmak üzere birçok faktörün dikkate alınmasını gerektirir. Tedaviler genel olarak psikoterapi ve/veya ilaç tedavisinden oluşmaktadır (90).

2.3.4.1. Psikososyal Müdahaleler

Adsız Kumarbazlar: Adsız Alkoliklerin 12 aşamalı modeli temel alınarak oluşturulan kendi kendine yardım grubudur (88). Tedavide her kültürde farklı yaklaşım benimsendiği için faydalanma oranları farklılık gösterir. Genel kabul, kumarın tamamen uzak durulması gereken bir hastalık olduğudur (90).

Bilişsel Terapiler: Bilişsel çarpıtmaları değiştirmeyi hedefleyen terapi yöntemidir. Bilişsel-davranışçı terapiler ile karşılaştırıldığında davranışçı yaklaşımları (dış tetikleyicileri belirlemek, tetikleyicilere alternatif tepkiler uygulamak ve kumar alternatiflerini teşvik etmek gibi) ana odak noktası olarak dahil etmez (90). Bilişsel terapi, kumarla ilgili dürtü ve sorunların yoğunluğunda bir azalma ile ilişkili olsa da uzun vadeli faydalarının veya sonuçlarının diğer tedavilerden daha üstün olduğunu gösteren yeterli kanıt yoktur (135).

Bilişsel-Davranışçı Terapi: BDT'nin kumar sorunları olan bireylere yardımcı olmak için en sık kullanılan ilaç dışı tedavi yaklaşımı olduğu bildirilmiştir (136). Terapi sürecinde, kişiler bu tekrar eden düşünce kalıplarını değiştirmek ve bağımlılık davranışlarını bitirmek amacıyla gerekli becerileri öğrenir (88). BDT tedavisinin kısa vadeli orta büyüklükte etkili olduğu gösterilse de (tedaviden 0-3 ay sonra), daha uzun vadeli (örneğin, 9-12 ayda) etkilerini destekleyecek kanıt düzeyi yetersizdir (137).

Motivasyonel Müdahaleler: Değişimin önündeki engelleri anlamaya ve ele almaya çalışan, hedefe yönelik, bireye odaklanan ve tedaviyle ilgili kararsızlığı

anlamaya yönelik motivasyonel görüşmeyi içerir. KB hastalarının büyük kısmının tedaviye isteksiz olduğu göz önünde bulundurulduğunda, katılımın artırmaya çalışıldığı bir yöntem olan motivasyonel görüşmenin bu hasta grubunda faydalı olabileceği belirtilmiştir (90).

2.3.4.2. Farmakolojik Tedavi

Kumar bağımlılığının mevcut nörokimyasal, nörobilişsel veya nörogörüntüleme bulgularına dayalı olarak serotonerjik antidepresanlar, lityum, glutamaterjik ajanlar, COMT inhibitörleri, nöroleptikler, dopamin reseptör antagonistleri ve opioid antagonistleri dahil olmak üzere pek çok ilaç araştırılmıştır. Birden fazla açık etiketli çalışmanın umut vaat etmesine rağmen, çift kör plasebo kontrollü çalışmaların sonuçları genellikle yeterli değildir (138). Bu nedenle hiçbir farmakolojik ajan onaylanmamıştır.

Opioid-Reseptör Antagonistleri: KB tedavisi için en fazla araştırılan ilaç sınıfı, naltrekson veya nalmefen gibi opioid reseptör antagonistleridir (139). Opiat antagonistlerinin, nukleus akumbens ve bağlantılı motivasyonel sinir devresindeki dopamin nörotransmisyonunu baskıladığı, böylece kumarla ilgili heyecan ve aşermeyi azalttığı düşünülmektedir (140). 16 hafta süren çok merkezli olarak yürütülen ve 207 kişinin katıldığı bir çalışmada, nalmefen alan hasta grubunun plasebo grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok düzelme gösterdiği gözlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca düşük doz nalmefen (25 mg/gün) tedavisinin etkin ve yan etki bakımından daha güvenilir olduğu belirtilmiştir (141). Başka çok merkezli yürütülen bir çalışmada, plaseboya kıyasla nalmefen grubunda birincil ve ikincil sonuçlar açısından anlamlı fark tespit edilmemiş, ancak en az 1 hafta boyunca yüksek nalmefen dozu (40 mg/gün) tedavisi ile plasebo karşılaştırıldığında belirtilerde anlamlı azalma tespit edildiği bildirilmiştir (142). Opioid reseptör antagonistleri ile tedavide başarının ön gördürücü etmenlerini belirlemek üzere yapılmış bir çalışmada; ailede alkolizm öyküsü ve kumar oynama dürtüsünün yoğunluğu pozitif yanıt ile ilişkilendirilmiştir (143). Bu karışık bulgular göz önüne alındığında, PKO tedavisi için opioid antagonistlerinin genel klinik etkinliğini belirlemek amacı ile daha fazla çalışma ihtiyacı olduğu görülebilir (144).

Monoaminerjik İlaçlar: PKO'nun önceki sınıflama kategorileri de göz önüne

alındığında, hastaların özellikle dürtü kontrolü ile ilgili olarak sorun yaşadığı ve bu nedenle tedavide serotonerjik tedavilerin faydalı olabileceği düşünülmüştür (145). Fluvoksamin ve paroksetin ile ilgili ilk çalışmalar plaseboya kıyasla bazı faydalar gösterse de, daha sonraki fluvoksamin, paroksetin ve sertralin çalışmalarında bu etki düzeyleri anlamlı bulunmamıştır (138,139). Bupropionun etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada; plaseboya göre üstünlük görülmediği belirtilmiştir (146).

Kumar bağımlılığı olan bireylerde prefrontal alanlar ile ilişkili bilişsel eksiklikler bildirildiği için dopaminin bir tedavi hedefi olabileceği düşünülmüştür (112). Frontal loblarda, dopamin geri alım taşıyıcıları ve COMT, sinaptik dopaminin düzenlenmesinden ve etkisizleştirilmesinden kısmen sorumludur (147). KB olan 24 kişide bir COMT inhibitörü olan tolkapon kullanılarak yapılan bir çalışmada, tolkapon tedavisinin kumar oynama davranışını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (131). Plasebo yanıtları göz önüne alındığında daha fazla kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir (90,148).

Kumar davranışına ilişkin deneysel hayvan çalışmaları ön singulat korteks ve insula dahil olmak üzere çeşitli bölgelerde etkin olan dopamin D4 reseptörünün tedavide kullanılması için deneysel hayvan çalışmaları devam etmektedir (149,150).

Glutamaterjik İlaçlar: Preklinik araştırma verilerinde glutamat iletimi ve reseptörlerinin ödül, pekiştirme ve nüksetmede olası bir rolü olduğu öne sürülmüş, buradan hareketle bağımlılıklar için ilaç geliştirmede glutamatın potansiyel bir rolü olacağı önerilmiştir (151–154). Glutamat modüle edici ajan olan N-asetilsisteinin, KB olan 27 kişiye uygulandığı bir çalışmada katılımcıların %59'unda kumar semptomlarında önemli azalma tespit edildiği bildirilmiştir (155).

Kumar sorunları ile başvuran bireylerde birlikte ortaya çıkan bozuklukların değerlendirilmesi, uygun tedavi yaklaşımlarını tespit etmekte yardımcı olabilir (156,157). Klinik çalışmalardan elde edilen veriler, naltrekson ve nalmefenin ailesinde alkolizm öyküsü olanlarda etkili olabileceğini gösterirken, N-asetil sistein özellikle birlikte nikotin bağımlılığı olanlarda etkili olabilir (143,158). Lityum gibi duygu durum dengeleyiciler, birlikte ortaya çıkan bipolar bozukluğu olan bireylerde etkili olabilir (159). Buna karşılık, essitalopram gibi seçici serotonin geri alım inhibitörleri, anksiyete semptomları olan bireylerde PKO semptomlarının tedavisinde kullanılabilir (160). Bu farklı tedavi önerileri, kumar sorunlarıyla başvuran

bireylerde birlikte ortaya çıkan bozuklukların değerlendirilmesinin yanı sıra klinik (özellikle psikiyatrik) popülasyonlarda kumar sorunlarının taranmasının önemini vurgulamaktadır (90).

2.4. ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

2.4.1. Şema Kavramı Ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

‘Şema’ çeşitli bilimsel alanlarda kullanılan; karmaşık uyarılar ve deneyimler içinden bir düzen yaratmaya yardımcı olan yapı ve düzenleyici çerçeve anlamına gelmekte olan bir kavramdır (161). Şema kavramı psikolojide ilk kez bilişsel literatürde tanıtılmış, daha sonra bilişsel terapi de kullanılmıştır (10).

Şema kavramının ilk kullanımı Frederic C. Bartlett’a (1932) kadar gitmektedir. Bartlett, bellek ve bilişin sadece çağrışımsal olarak çalışmak yerine, şema olarak adlandırdığı yapılar içinde örgütlendiğini öne sürmüştür. Bartlett şemaları bireyin geçmiş dönem yaşantılarının zihinsel örüntülerinin yeni yaşantılarını anlamlandırmaya çalışması olarak tanımlamıştır (162).

Bilişsel psikolojide şema kavramı Piaget’nin bilişsel gelişim kuramında karşımıza çıkmaktadır. Piaget’e göre çocuğun dış dünyayı algılarken kendine özgü oluşturduğu zihinsel çerçeve biçimine şema denir (163,164).

Bilişsel psikolojiden bilişsel terapiye geçildiğinde Beck’in (1992) şema kavramından söz ettiği görülmektedir. Beck’e göre şema kavramı kişinin deneyimleri sonucu oluşturduğu, belirli ortamların, durumların, duyguların yorumlanmasında aktive olan sabit bilişsel örüntülerdir. Kullanılan şemalar bir bireyin farklı deneyimleri nasıl yapılandıracağını belirler (164,165).

Young ve arkadaşları’nın (2003) önerdiği şema terapi modelinde ‘erken dönem uyumsuz şemalar’ kavramı merkezde yer almaktadır. Şema terapi bilişsel-davranışçı modelden yola çıkılarak geliştirilmiştir. Ancak bilişsel davranışçı yaklaşımın özellikle eksen-2 patolojilerinde başarısız olduğu belirtilerek, çeşitli yaklaşımların sentezi ile bütüncül bir terapi modeli olan Şema Terapi Modeli geliştirilmiştir (10,161).

Erken dönem uyumsuz şemalar, erken yaşam döneminde gelişmeye başlayan, ilerleyen dönemde tekrarlanarak ayrıntılı ve stabil hale gelen, kendiliğe ve diğerlerine dair geliştirdiği duygusal ve bilişsel örüntüler olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağındaki deneyimlerden oluşur (10).

Şemalar bireyin kendisi ve dünya hakkındaki derin ve katı inançlarıdır; kendilik algısını oluşturan yapı taşlarıdır, değişime dirençli yapıları ve yaşam alanlarının geneline etki etmesi nedeniyle kişinin işlevselliğinin bozulmasına yol açarlar (10).

Şemanın sürdürülme nedenleri arasında; şemayı doğrulayan bilişlerin doğru kabul edilip şemaya ters düşenlerin yanlış bulunması sayılabilir. Yani kişi şemalarına uygun bilişleri onaylarken aynı zamanda şemalarını sürdürmüş de olur. Böylece şemalar benliğe ve çevreye dair bilgileri çarpıtarak olumsuz otomatik düşüncelere ve buna bağlı içsel sıkıntıya yol açar (10).

Erken Uyum Bozucu Şemaların kökeni üç ana başlıkta incelebilir:

1-Çekirdek Duygusal Gereksinimler: Bireyin beş çekirdek duygusal gereksinimi bulunur. Bunlar: güvenlik, istikrar, bakım ve kabul edilmeyi içeren güvenli bağlanma; özerk olma ihtiyacı; ihtiyaç ve duyguları ifade etme özgürlüğü, kendiliğindenlik ve oyun; sınırlar ve özdisiplin olarak belirtilmiştir. Uyumsuz şemaların çocuklukta çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılanmamasından kaynaklandığı kabul edilir (161).

2-Erken Dönem Yaşam Deneyimleri: Travmatik çocukluk deneyimleri şemaların kökenini oluşturur. Bu deneyimler genelde aile içindeki dinamiklerden kaynaklanmakla beraber; okul çevresi, sosyal toplum gibi diğer ortamlar da uyumsuz şemanın gelişimine katkıda bulunabilir (10).

3-Mizaç: Emosyonel tetikleyicilere karşı kalıtsal olarak belli biçimde otomatik olarak verilen cevap olarak tanımlanabilir. Mizaç şemaların biçimlenmesinde toksik çocukluk deneyimleri ile etkileşim halindedir (10).

2.4.2. Şema Alanları ve Şema Boyutları

Şema terapi modelinde; yeterince karşılanmayan 5 temel duygusal gereksinim sonucunda ortaya çıkan, 5 şema alanı ve 18 şema boyutu tanımlamıştır.

Alan 1: Kopukluk ve Reddedilmişlik (Disconnection and Rejection):

Bu alan güvenli bağlanma ihtiyacının karşılanmaması ile alakalı şemaları kapsamaktadır. Ailenin mesafeli, reddedici, öngörülemez olduğu, çocuğun istismar edildiği ve şiddet uygulandığı durumların varlığında ortaya çıkmaktadır. Bu alan içerisinde tanımlanan beş şema boyutu bulunmaktadır:

1-Terk Edilme/İstikrarsızlık (Abandonment/Instability): Destek ve yakınlık ihtiyacını karşılaması gerekenlerin istikrarsız veya güvenilmez olarak algılandığı durumlarda oluşur. Güven, bakım, yakınlık duygusunu kurabildikleri kişileri her an kaybedebileceklerine dair şematik inançlar geliştirmişlerdir.

2-Güvensizlik/Suistimal Edilme Şeması (Mistrust/Abuse): Başkaları ile yaşanan ilişkilerde zarar göreceğine, kendisinin kötüye kullanılacağına, aşağılanacağına dair güçlü inançların olduğu şemadır.

3-Duygusal Yoksunluk (Emotional Deprivation): Duygusal yakınlık ihtiyacının yeterince karşılanmayacağına ilişkin bir inançtır.

4-Kusurluluk/ Utanma (Defectiveness/Shame): Bu şemaya sahip kişiler kusurlu, eksik değersiz olduklarına inanırlar.

5-Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma (Social Isolation/Alienation): Kişinin özellikle ailesi dışındaki sosyal ortamlarda, ait olamama hissini yaşamasına yönelik bir şemayı temsil eder. Diğer kişilerle etkileşimde bulunmaktan kaçınırlar.

Alan 2: Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma (Impaired Autonomy and Performance)

Bu alan, özerklik, yetenek, olumlu kimlik algısı, rekabet ihtiyaçların karşılanmaması ile ilişkili boyutları içerir. Bu şemaya sahip kişiler kişisel amaçlar hazırlayamaz, gerekli becerilerde uzmanlaşamazlar. Kendi kimliklerini oluşturmakta zorluk yaşarlar. Yaşamlarını kurmakta, erişkinliğin getirdiği gerekli sorumlulukları almakta ve ebeveyn figüründen bağımsız şekilde kendini ortaya koymakta zorluk yaşarlar. Çocuğun özerklik çabalarını engelleyip baskı oluşturduğu, aşırı korumacı, müdahaleci ya da çocuğun bağımsızlaşma çabalarını görmezden geldiği, yeterli ilgi ve sevgi göstermemiş ebeveyn varlığında oluşabilir.

6-Bağımlılık/Yetersizlik (Dependence/Incompetence): Başkalarının desteği olmadan sorumlulukların ve zorlukların üstesinden gelemeyeceğini hissederler. Kararlarına güvenmezler, pasiftirler.

7-Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık (Vulnerability to Harm or Illness): Beklenmedik felaket yaşanacağı korkusunun aşırı bir şekilde yaşanmasıdır. Felaketler tıbbi alan (kalp krizi, inme), çevresel alan (kaza, deprem), duygusal alan (çıldırma) olmak üzere; bu alanların bir veya birkaçında olabilir.

8-İç İçe Geçme/Gelişmemiş Benlik (Enmeshment/Undeveloped Self): Kişi, ebeveyni ile kurduğu aşırı yakınlık ve duygusal bağlanma nedeniyle, normal sosyal gelişimi sekteye uğramakta ve sağlıklı bireyselleşme sürecini tamamlayamamaktadır. Bu şemaya sahip kişiler, iç içe geçtiği diğer kişiden yakınlık görmediklerinde ya da destek almadıklarında yaşamlarını sürdüremeyeceklerine inanırlar.

9- Başarısızlık (Failure): Performans göstermesi gereken alanlarda yetersiz olacağı inancını içerir. Kendisini aptal, beceriksiz olarak niteler.

Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar (Impaired Limits)

Bu alan öz disiplin veya uzun süreli hedeflere ulaşmada eksikliklerle ilişkili şemaları içermektedir. Abartılı derecede hoşgörölü ve çocuğun makul düzeydeki rahatsızlıklara bile katlanması beklenmemiş ailelerde büyüyen bu çocuklarda; sorumluluk alma, irade gösterme, gerçekçi kişisel hedefler koyma gibi konularda sorunlar yaşanır. Bu aileler çoğunlukla uygun yönlendirme, disiplin veya sınır konulması gibi ebeveyn sorumluluklarından yoksundur.

10-Hak Görme/Büyüklük (Entitlement/ Grandiosity): Sağlıklı sosyal etkileşimin gerektirdiği karşılıklılık ilkesine önem vermeyerek yalnızca kendi ihtiyaçlarını gözetmekte sorun yaşayan kişilerde belirgin şema boyutudur. Bu kişiler aşırı derecede talepkar, baskın ve empati yeteneğinden yoksundurlar.

11-Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin (Insufficient Self-Control/Self-Discipline): Kişisel amaç ve hedeflerine ulaşmak için yeterli bir öz denetim ve engellenme toleransı sağlayamayan kişilerde belirgin şema boyutudur. Rahatsızlık veren durumlardan kaçınmaya yönelik bir çaba içinde olup, birçok alanda sorumluluklardan kaçarlar.

Alan 4: Başkaları Yönelimlilik (Other-Directedness)

Bireyin kendi gereksinimleri ve isteklerine rağmen, başkalarının taleplerine öncelik verdiği şema alanıdır. Onaylanma, duygusal bağı sürdürme ya da tepki almaktan kaçınma amaçlı bu şekilde davranırlar. Çoğunlukla çocuğun şartlı sevgi ve şartlı kabul koşullarıyla büyüdüğü ortamlarda görülür.

12-Boyun Eğicilik (Subjugation): Başkalarının kendi talep ve duygularını önemsemeyeceği, tepki göreceğini düşünerek bunları saklama eğiliminde olan kişilerde görülen şema boyutudur.

13-Kendini Feda (Self-Sacrifice): Bu şema alanındaki kişiler, başkalarının sorunlarına çözüm bulmak, ihtiyaç sahibi olduğunu düşündükleri diğeriyle duygusal bağlantı kurmak veya kendi özsaygılarını artırmak amacıyla, kendi ihtiyaçlarından vazgeçerek diğerlerinin ihtiyaçlarını gönüllü olarak karşılamaya çalışmaktadırlar.

14-Onay Arayıcılık (Approval-Seeking): Yaşamlarındaki temel motivasyon diğerlerinden kabul ve ilgi almak üzerine inşa edilmiş kişilerde görülen şema boyutudur.

Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık (Overvigilance and Inhibition)

Duygu, arzu ve kararlarını kontrol altında tutmaya çalışan bireylerde belirgin olan şema boyutudur. Genelde kontrol ve özverinin, samimiyet ve keyif almaya göre daha üstün görüldüğü çocukluk dönemi yaşantılamışlardır. Çocukların yaşamdan öğrendikleri oyun ve eğlence arayışı değil, dünyanın olumsuzluklarla dolu bir yer olduğudur. Bu şemaya sahip kişilerin kendiliğindenlik ve oyun gibi temel ihtiyaçları ihmal edilmiş, yok sayılmıştır. Bakım verenler genelde katı kurallı, sert ve talepkardır. Bu şemaya sahip kişiler günlük hayat olaylarına karşı sürekli dikkatli ve tetikte olmayı başaramazsa kontrolü kaybedeceği ve her şeyin dağılacağına yönelik endişeler taşırlar.

15-Karamsarlık/ Kötümserlik (Negativity/Pessimism): Yaşamdaki olumlu olayları küçümseyen veya görmezden gelen olumsuz olaylara karşı abartılı odaklanma halinde olan kişilerde belirgin olan şema boyutudur. Sürekli olarak özel sosyal ya da iş yaşamlarında bir şeylerin ters gideceğine ve her şeyin berbat olacağına inanırlar. Bu nedenle bu şemaya sahip kişiler sıklıkla endişe duyan bir yapıda olur.

16-Duyguları Bastırma (Emotional Inhibition): Bu şema boyutunun baskın olduğu bireylerde olumsuz geri bildirimden kaçınmak veya dürtü kontrolünü elden bırakmamak adına davranışlar sıkı kontrol altında gerçekleştirirler. Bu durumun nedeni bireyin eleştirilmekten ya da dürtülerinin kontrolünü kaybetmekten sakınma gayretidir. Bu şemaya sahip kişiler genellikle içe kapanık ve soğuk bir görünüm çizerler.

17-Yüksek Standartlar/ Aşırı Eleştirelçilik (Unrelenting Standards/ Hypercriticalness): Bireyin eleştirilmekten korunmak için karşılanmasını mecburi hissettiği birtakım yüksek standartları içeren şema boyutudur.

18-Cezalandırıcılık (Punitiveness): Şemaya sahip olanlarda, hataların sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği düşüncesi bulunur. Bir hatanın ortaya çıkmasında etkili olan hafifletici koşulları, insana özgü eksiklikleri ya da niyeti dikkate almadıklarından hataları affetmede güçlük yaşarlar. Beklentilerini karşılamayan bir durum veya kişiye (bu kişi kendisi de olabilir) karşı tolerans göstermezler ve öfke duyarlar.

2.4.3. Şemalar İle Başa Çıkma Biçimleri

Ruhsal ve fiziksel sağlığın önemli temellerinden biri değişimler ve zorlu yaşantılar ile başa çıkabilmektir. Başa çıkma, genellikle tehdidi, zararı ve kaybı önleme veya azaltma ya da bu durumlar ile ilgili sıkıntıları azaltma çabaları olarak tanımlanır (166).

En yaygın tanımıyla başa çıkma, bireyin zorlayıcı olarak değerlendirdiği stresli bir durumu ya da bu durumdan kaynaklanan içsel (kendi beklentileri) veya dışsal ihtiyaçlarını (çevrenin bekledikleri) yönetmek adına gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalarıdır. Lazarus ve Folkman (1984) duygu odaklı ve problem odaklı iki genel başa çıkma stratejisi önermiştir. Duygusal odaklı başa çıkmalar, stresli durumlar ve bu tür durumlarla bağlantılı olumsuz duygu ve hislerden kaçınmak/azaltmak için kullanılan stratejilerdir. Buna karşılık, problem odaklı başa çıkmalar, strese neden olan sorunları doğrudan çözmeye çalışan stratejileri temsil eder (167).

Billings ve Moos (1981) başa çıkma yollarını üç başlık altında toplamışlardır. Bu başlıklar; aktif davranışsal stratejiler, aktif bilişsel stratejiler ve kaçınma stratejileri olarak adlandırılmıştır. Aktif davranışsal stratejiler, problemle direkt olarak mücadele etmeye yönelik davranışları tanımlarken, aktif bilişsel stratejiler stres yaratan durumu değerlendirmeye yönelik gösterilen bilişsel çabaları ve kaçınma stratejileri ise sorundan uzaklaşmaya yönelik (örneğin daha çok sigara içmek ya da yemek yemek vb.) tutumları tanımlamaktadır (168).

Literatürde yer alan başa çıkma stillerinin incelediği bir çalışmada, bu stiller

arasında yapılan ayrımların genellikle problem odaklı ve duygu odaklı, yüzleşme ve kaçınma, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç kategoride kümelendiği belirtilmektedir (169).

Şema terapi perspektifinden bakıldığında başa çıkma biçimleri şemaların neden olduğu rahatsız edici duygudan kaçınabilmek için geliştirilmiş yanıtlardır. Şemalar, kişinin davranışlarını yönlendirmekle kalmaz, duygu ve düşüncelerini de etkiler. Dolayısıyla şema başa çıkma tepkileri yalnızca davranışsal unsurlar içermez, aynı zamanda bilişsel ve duygusal stratejiler de söz konusudur (10,161).

Bu uyum bozucu başa çıkma biçimleri şemanın devamlılığına hizmet eder. Bireyin baş etme biçimleri farklılık gösterirken, sahip olduğu şemalar sabittir. Yani kişi aynı şema ile baş etmek için farklı baş etme yöntemlerini kullanabilir (10,161).

Tüm canlıların olası tehlikelere karşı verdiği stres tepkileri donakalmak, kaçmak veya savaşmaktır. Şema Terapi modelinde, donakalmak şema teslimine, kaçmak şema kaçınmasına, savaşmak ise şema aşırı telafisine karşılık gelmektedir (10,161). Şema Terapi, şemalar ile üç uyumsuz şekilde başa çıkıldığını ifade eder; bunlar şema teslimi, şema kaçınması ve şema aşırı telafisidir (10,161).

Şema Teslimi:

Şemaya boyun eğme ve kişinin şemaya uyumlu bir yaşam sürmesi şeklindedir. Şemaya teslim olduğunda, olayları şemayı sürdürecektir şekilde yorumlama eğiliminde olur. Şemayı tekrar tekrar doğrulayacak şekilde yaşar. (10,161). Ball (1998) şema tesliminin bir başa çıkma yöntemi olmadığını, şemaya tam bir uyum olduğunu belirtmiştir. (170).

Şema Kaçınması:

Bir diğer başa çıkma biçimi olan kaçınma kullanıldığında, insanlar şemalarını asla tetiklemeyecek şekilde kurgulamaya başlarlar. Şemalarının farkında değildirler, şema sanki yokmuş gibi yaşarlar. Şemayı tetikleme ihtimali olan düşünce, imge ve durumları engelleyecek şekilde yaşamlarını kurgularlar. Şemaya dair bir duygu veya düşünce belirdiğinde, bu rahatsız edici hislerden uzaklaşabilmek için çeşitli davranışlara yönelebilirler: Aşırı içki içmek, uyuşturucu kullanmak, rasgele cinsel ilişki yaşamak, aşırı yemek yemek, işkoliklik düzeyinde çalışmak, kompulsif düzeyde temizlik davranışları gözlenebilir (10,161).

Şema Aşırı Telifisi:

Şema aşırı telifisinde kişiler sanki şemanın tam tersi doğruymuş gibi düşünüp, hissederek şemanın tam tersi yönde davranırlar ve şema ile bu şekilde mücadele ederler. Örneğin çocukluğunda değersiz hissetmiş bir çocuk (kusurluluk şeması), yetişkinlik yaşamında aşırı başarı odaklı ve mükemmeliyetçi davranışlarıyla temeldeki değersizlik duygusunu kompanse etmeye çalışabilir. Çocukluğunda istismara veya zorbalığa maruz kalmış bir çocuk, aşırı güçlü ve zarar verilemez bir imaj çizip kendisi de bir zorbaya dönüşebilir.

Bir şemaya karşı savaşmak dışarıdan bakıldığında sağlıklı bir girişim olarak değerlendirilebilir. Ancak davranış mevcut durumla orantılılık içeriyorsa, ilişkide olan diğer kişinin duyguları göz önünde bulunduruluyorsa ve makul bir sonuca yol açıyorsa sağlıklı olarak değerlendirilebilir. Ancak aşırı telificiler bu orantılı olmaktan uzaktırlar; çoğunlukla karşı saldırıya odaklanırlar. Davranışları orantısız, hoşgörüsüz, empatiden uzak ve verimsizdir (10,161).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından onaylandıktan sonra gerçekleştirilmiştir (Karar no: 2021-02/1043; Toplantı tarihi: 24/02/2021). Araştırmamızın konusu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu tarafından değerlendirilerek kabul edilmiştir (Karar no: 35653, Toplantı tarihi: 20/05/2021).

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmamız KB ve İB’de görülen erken dönem uyumsuz şemalar ile şemalarla başa çıkma davranışlarının (kaçınma ve telafi) karşılaştırılmasını amaçlamaktadır.

3.1.2. Araştırmanın Varsayımı

Kumar bağımlılığı ve İB anlamlı olarak daha yüksek düzeyde işlev bozucu şemalar ve uyumsuz baş etme yöntemleri ile ilişkilidir.

3.1.3. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

3.1.4. Araştırmanın Yeri

Bu çalışma SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.1.5. Örneklemin Oluşturulması

Çalışmamız SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri/Davranışsal Bağımlılık polikliniğine Mart 2021–Mart 2022

tarihleri arasında başvuran psikotrop ilaç kullanımı olmayan İB tanılı 49, KB tanılı 50 ve hastanemiz dahili birim polikliniklerine Mart 2021–Mart 2022 tarihleri arasında başvuran hastaların yakınlarından oluşturulan 46 kişilik sağlıklı kontrol ile gerçekleştirildi. Genel psikiyatrik görüşme ile katılımcıların çalışma için uygunluğu değerlendirildikten sonra, SCID-5-CV aracı ile psikopatolojik durumları değerlendirildi. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) ile katılımcılara araştırmanın hedefi anlatılıp, kişisel bilgilerinin alınmayacağı, cevapların sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı belirtildi. Ölçeklerin uygulama şekli anlatıldı, yazılı onayları alındı. Örneklem büyüklüğü “R. C. Shorey, S. Anderson, and G. L. Stuart, “Gambling And Early Maladaptive Schemas In A Treatment-seeking Sample Of Male Alcohol Users: A Preliminary Investigation,” Addict. Disord. Their Treat., vol. 11, no. 4, pp. 173–182, 2012” isimli çalışma referans alınarak oluşturuldu, $d=0.59$ etki büyüklüğünde %80 güç ve $\alpha=0.05$ yanılma düzeyinde her bir gruba 46 katılımcı alınması gerektiği hesaplandı.

Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

İnternet Bağımlılığı Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 18-65 yaş grubunda olmak
2. İnternet Bağımlılığı Ölçeğinde ≥ 70 puan almak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve yazılı onay vermek
4. DSM-5 kriterlerine göre ek psikiyatrik bozukluk olmaması
5. Eşlik eden kronik ve/veya nörolojik hastalık tanısının olmaması

Kumar Bağımlılığı Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 18-65 yaş grubunda olmak
2. DSM-5 kriterleri ve SOKT ölçeğinde KB kriterlerini karşılamak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve yazılı onay vermek
4. DSM-5 kriterlerine göre ek psikiyatrik bozukluk olmaması
5. Eşlik eden kronik ve/veya nörolojik hastalık tanısının olmaması

Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 18-65 yaş grubunda olmak
2. En az son bir yılda tanı konulmuş fiziksel ve ruhsal bozukluk tanısının olmaması
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve yazılı onay vermek

4. Eşlik eden kronik ve/veya nörolojik hastalık tanısının olmaması
5. Hasta grubu ile benzer sosyodemografik verilere sahip olmak

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Okur-yazar olmamak
2. Testlerin uygulanmasına engel olacak dil problemi olması
3. Çalışmada uygulanacak testleri yapmaya olanak vermeyen fiziki, nörolojik veya mental bir engelin olması
4. Çalışmaya katılmaya yazılı onay vermemek.

3.2. VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ

Çalışma süresince katılımcıların kendi dolduracakları öz bildirim ölçekleri olan; Sosyodemografik Veri Formu, erken dönem şemalarını değerlendirmek amacı ile Young Şema Kısa Form-3 Ölçeği, baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacı ile Young Telafi Ölçeği ve Young Kaçınma Ölçeği uygulandı. İB grubundaki İBÖ; KB grubundaki hastalara South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) uygulandı.

3.2.1. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF)

Bu formda katılımcılara yapılan çalışmanın amacı ve hedefleri açıklandı. Katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu bilgisi verilmiştir. Çalışma esnasında bir sorun yaşandığı takdirde destek alabilecekleri iletişim bilgileri katılımcılara aktarılmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun sonunda, katılımcılardan çalışmaya katılmayı kabul ettiğine dair formu imzalamaları istenmektedir.

3.2.2. Sosyodemografik veri formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik bozukluk hastalık öyküsü, alkol ve sigara kullanımı gibi sosyodemografik özellikleri içeren araştırmacı tarafından düzenlenmiş bir anket formudur. İB grubundaki katılımcılara ek olarak internet kullanım saatleri, internete ulaşım araçları, internet kullanım amaçlarını içeren bir form, KB grubundaki katılımcılara kumar oynama davranışının seyri, yol açtığı maddi ve sosyal olumsuzlukları değerlendirmek amacıyla sosyodemografik özellikleri içeren ek veri formu kullanıldı.

3.2.3. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5/CV)

Görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir ve bir klinik tanı koyma aracı olarak geliştirilmiştir. DSM-5'te yer alan bozuklukları tanı ölçütleriyle araştırmaktadır. First ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. Grup katılımcılarında ek psikiyatrik tanı varlığını dışlamak niyetiyle kullanılmıştır (171).

3.2.4. South Oaks kumar Tarama Testi (SOKTT)

Kumar bağımlılığı alanında kullanılan en yaygın ölçek South Oaks Kumar Tarama Testidir (SOKTT). Lesieur ve Blume (1987) tarafından oluşturulan, DSM-III kriterleri temelinde düzenlenmiş olan 26 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir (172). Ölçekte yer alan ilk üç madde ile 12, 16j ve 16k numaralı maddeler puanlanmadığından, ölçeğin toplam puan aralığı 0-20 arasındadır. Orijinal ölçeğin kesme puanı 5 olarak belirlenmiştir. Duvarcı ve Varan (2001) tarafından Türk örnekleminde güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır (173). Türkçe formunda puanlamaya tabi tutulan madde sayısı 19 olmuş ve ölçeğin Türkçe formunun puan aralığı 0-19 arasında belirlenmiştir. SOKTT'nin ülkemize uyarlanmış formunda patolojik kumar tanısını belirleyen kesme puanı olarak 8 olarak belirlenmiştir. Kesme-noktası olarak 8 puan alındığında, %90,5 özgüllük, %90,3 duyarlılık oranı bulunmuştur.

3.2.5. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)

İnternet bağımlılık düzeyini ölçmek için, Young tarafından geliştirilen ve Bayraktar ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan İBÖ kullanılmıştır (174). Young tarafından, DSM-4'te yer alan bağımlılık kriterlerinden uyarlanarak oluşturulmuştur. 6'lı likert tarzında olan ölçek 0-5 arası puanlanan toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Kırk dokuz ve altı puan alanlar ortalama bir internet kullanıcısı ve internet kullanımı üzerinde kontrolü mevcut olarak değerlendirilirken, 50-79 arası puan problemli internet kullanımına, 80 puan üzeri ise işlevsellikte belirgin bozulmaya ve İB'ye işaret etmektedir. Boysan ve ark. Tarafından 2017 'de yapılan çalışmada Türkçe uyarlamasının iç tutarlılığı 0,93 olarak elde edilmiş ve madde -toplam puan korelasyon katsayıları da anlamlı bulunmuştur (175). Diğer internet değerlendirme araçlarıyla da iyi düzeyde korelasyon göstermiştir (27). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde genelde ölçek kesme değerinin >50 olarak alındığı görülmektedir. Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda, yanlış pozitifliği engellemek amacı ile dahil etme kriterleri İBÖ >70 olarak belirlenmiştir (176).

3.2.6. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF-3)

Çalışmamızda erken dönemde oluşan uyumsuz şemaların tespit edilmesi amacı ile Young (2005) tarafından oluşturulan 90 maddelik YŞÖ-KF3 kullanılmıştır (177). Ölçeği, katılımcılar öz bildirimine dayalı yöntem ile doldurmaktadırlar. Her bir madde 6'lı likert üzerinden hesaplanmaktadır. Orijinal formunda her alt boyut 5 maddeden oluşmakta ve alt boyutlardan alınan puanlar 5 ile 30 arasında değişebilmektedir. Kesme noktası belirlenmemiştir, puanların artması şemaların yoğunluğunu gösterir.

YŞÖ-KF3 formunun Türkiye örnekleminde güvenirlik ve geçerlik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır tarafından 2009 yılında gerçekleştirilmiştir. YŞÖ-KF3, 5 temel şema alanı ve 14 şema alt boyutundan oluşmaktadır (177). Bunlar;

1. Ayrılma ve Reddedilme Şema Alanı: Duygusal Yoksunluk, Duyguları Bastırma, Sosyal izolasyon/güvensizlik, Kusurluluk
2. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı: İç İç Geçme/Bağımlılık, Terk edilme,

Karamsarlık, Başarısızlık, Tehditler Karşısında Dayanıksızlık

3. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı: Ayrıcalıklılık/Yetersiz özdenetim
4. Diğer Yönelimlilik Şema Alanı: Kendini feda, Cezalandırıcılık
5. Yüksek Standartlar: Yüksek Standartlar, Onay Arayıcılık

Ölçeğin Türkçe versiyonu üzerinde yürütülen geçerlik-güvenirlilik çalışmasında ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinin, şema boyutları açısından $r = ,66- ,82$, iç tutarlılık katsayısının ise şema boyutları için $\alpha = ,63- 80$, arasında değiştiği tespit edilmiştir (177,178).

3.2.7. Young Telafi Ölçeği (YTÖ)

Young (1995) tarafından geliştirilen ölçek 48 maddeden oluşmaktadır. 6'lı likert tip derecelendirme ile puanlanır ve öz bildirim dayalıdır (179). Ölçeğin bir kesim noktası olmamakla birlikte alınan yüksek puanlar telafi davranışının yoğun kullanıldığı anlamına gelmektedir. Türkçe adaptasyonu Karaosmanoğlu, Soygüt ve Kabul (2013) tarafından yapılmıştır (180). Türkçe formunda Statü Düşkünlüğü, Asilik, Kontrol, Aşırı Bağımsızlık, Manipülatif olma, Kendine yönelimlilik ve Eleştiriye Tahammülsüzlük boyutları tespit edilmiştir.

3.2.8. Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRGH)

Kaçınma davranışlarını ölçebilmek amacıyla geliştirilmiştir (181). Ölçeğin orijinal formu 40 maddeden oluşmakta ve maddeler 6'lı likert tip derecelendirme ile puanlanmakta ve öz bildirim dayanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kaçınma davranışlarının artmış olmasına işaret eder. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Soygüt ve arkadaşları tarafından yapılmıştır, bu çalışma sonrası 6 boyut ve 26 maddeli formun uygun olduğu belirtilmiştir. (182). Türkiye örneklemindeki çalışma sonrası oluşan boyutlar şunlardır: Psikosomatizm, Sıkıntıyı Yok Saymak, Duygu Kontrolü, İç Çekilme, Aktiviteyle Zihinden Uzaklaştırma ve Hissizlik/Duyguları Bastırma.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) programı kullanılarak bilgisayar ortamına

yüklendi ve değerlendirildi. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sayısal (nicel) değişkenler için ortalama ve standart deviasyon (SD) hesaplandı.

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı yüzde değerleri verildi. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testinden yararlanıldı. Sürekli verilerin ölçek puanlarının Kumar bağımlısı, internet bağımlısı ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan verilerde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapıldı. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu Tukey test ile incelendi.

Normal dağılım göstermeyen verilerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Varyans analizi kullanıldı. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendi.

Ölçek puanlarının iki gruptaki karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan verilerde Independet Samples t test, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi kullanıldı. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmaları (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test ile hesaplandı. Sürekli veriler arasındaki ilişkiler Spearman's Korelasyon katsayısı ile incelendi.

İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma grubu uygun örnekleme yöntemi ile seçilen 145 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu katılımcılar İB (49 kişi), KB (50 kişi) ve KG (46 kişi) olmak üzere üç farklı gruba dağılmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair istatistikler ve grupların sosyodemografik özelliklerine dair dağılımları ve bu dağılımlarının istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ki-kare istatistiğini de içeren bilgiler Tablo 7’de verildi.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG’deki bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Farklılığın hangi grup/gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; İB grubunda yer alan bireylerin yaşlarının hem KB hem de KG’deki bireylerin yaşlarına göre daha küçük olduğu tespit edildi. KB ile KG’deki bireylerin yaşları arasında fark yoktu ($p>0.05$).

İnternet bağımlılığı, KB ve KG’deki bireylerin çocuk sayıları arasında da istatistiksel fark vardı ($p<0.001$). Farklılığın hangi grup/gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; İB grubunda yer alan bireylerin çocuk sayılarının hem KB hem de KG’deki bireylerin çocuk sayılarına göre daha düşük olduğu tespit edildi. KB ile KG’deki bireylerin çocuk sayıları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

İnternet bağımlılığı, KB ve KG’deki bireylerin cinsiyet dağılımları arasında fark saptadık ($p<0.001$). Kumar bağımlısı grupta erkek oranı en fazla, internet bağımlısı grupta ise kadın oranı diğer gruplara göre en fazlaydı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG’deki bireylerin medeni durumları arasında fark saptandı ($p<0.001$). İnternet bağımlısı grupta bekar olma oranı hem KB hem de kontrol grubundaki bireylere göre daha fazlaydı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG’deki bireylerin çocuklu/çocuksuz olma oranları arasında da istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.001$). İnternet bağımlısı grupta çocuksuz olma oranı hem kumar bağımlı hem de KG’deki bireylere göre daha yüksekti.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

	İB ^a (n=49)		KB ^b (n=50)		Kontrol ^c (n=46)			
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		p	Post hoc test
Yaş (yıl)	26.81±6.41		34.98±8.57		36.97±11.01		<0.001*	a-b p<0.001
	25 (18-55)		33.5 (20-61)		33.5 (19-65)			a-c p<0.001
								b-c p=1.000
Çocuk Sayısı	0 (0-2)		1 (0-3)		0.5 (0-4)		<0.001*	a-b p=0.001
								a-c p<0.002
								b-c p=1.000
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	16	32.7	0	0	6	13	<0.001**	a-b p<0.001
Erkek	33	67.3	50	100	40	87		a-c p=0.024
								b-c p=0.010
Medeni durum								
Bekar	35	71.4	18	36	17	37	<0.001**	a-b p=0.001
Evli	12	24.5	27	54	28	60.9		a-c p=0.001
Dul/boşanmış	2	4.1	5	10	1	2.2		b-c p=0.324
Eğitim								
Lise ve altı	13	26.5	23	46	17	37	0.132**	
Üniversite	36	73.5	27	54	29	63		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	22	44.9	40	80	33	71.7	0.001	a-b p<0.001
Çalışmıyor	27	55.1	10	20	13	28.3		a-c p=0.008
								b-c p=0.343
Kimle yaşıyor?								
Çekirdek aile	29	59.2	38	76	37	80.4	-	-
Geniş aile	3	6.1	5	10	3	6.5		
Yalnız	7	14.3	7	14	5	10.9		
Arkadaş	10	20.4	0	0	1	2.2		
Gelir durumu								
2000-5000	10	20.4	20	40	14	30.4	0.001	a-b p<0.001
5000-10000	20	40.8	27	54	14	30.4		a-c p=0.436
>100000	19	38.8	3	6.0	18	39.2		b-c p<0.001

* Kruskal Wallis Varyans Analizi ** Ki kare Test, İB: İnternet bağımlılığı, KB: Kumar bağımlılığı

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin çalışma durumları arasında fark saptandı ($p<0.01$). İnternet bağımlısı grupta çalışıyor olma oranı diğer gruptaki bireylere göre daha düşüktü. KB ve kontrol gruplarında çalışma durumları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin gelir durumları arasında da istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.01$). KB grubunda yer alan bireylerin gelir durumlarının >10000 TL'nin üzerinde olma oranı hem İB hem de KG'deki bireylere göre daha düşük, 2000 -5000 TL arasında olma oranı da diğer iki gruba göre daha fazlaydı.

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol grupları arasında eğitim durumları açısından fark yoktu ($p>0.05$).

Katılımcıların sigara-alkol kullanımları, suisid öyküsü ile aile psikiyatrik tanı olmasına ilişkin yüzde dağılımları ile grupların dağılımlarının istatistiksel farklılığına ilişkin ki kare istatistikleri Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Suisid Öyküsü, Sigara-Alkol Kullanımı ve Ailede Psikiyatrik Tanı Açısından Karşılaştırılması

	İB ^a (n=49)		KB ^b (n=50)		Kontrol ^c (n=46)		p	Post hoc test
	n	%	n	%	n	%		
Suisid Öyküsü								
Var	1	2.0	4	8.0	0	0	0.080**	
Yok	48	98	46	92	46	100		
Sigara Kullanım								
Evet	26	53.1	30	60	12	26.1	0.002**	a-b p=0.486
Hayır	23	46.9	20	40	34	73.9		a-c p=0.007
								b-c p=0.001
Alkol Kullanım								
Evet	19	38.8	11	22	6	13	0.013**	a-b p=0.069
Hayır	30	61.2	39	78	40	87		a-c p=0.004
								b-c p=0.251
Ailede Psikiyatrik Tanı								
Evet	11	22.4	7	14	4	8.7	0.168**	
Hayır	38	77.6	43	86	42	91.3		

** Ki kare Test, İB: İnternet bağımlılığı, KB: Kumar bağımlılığı

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin suisid öyküsü oranları arasında fark yoktu ($p>0.05$). İB, KB ve kontrol gruplarında bireylerin ailede psikiyatrik tanı oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

İnternet bağımlısı, Kumar bağımlısı ve kontrol gruplarında bireylerin sigara kullanma oranları arasında fark vardı ($p<0.01$). İB ve KB gruplarındaki bireylerin sigara kullanma oranları KG'deki bireylere göre daha fazlaydı.

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol gruplarında bireylerin alkol kullanma oranları arasında da istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.05$). İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin alkol kullanma oranı KG'deki bireylere göre daha fazla bulundu. Diğer gruplar arasında alkol kullanma oranları bakımından fark yoktu.

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan katılımcıların kumar oynama davranışı ile ilişkili klinik özelliklerini belirlemek amacıyla kumar oynama süresi (yıl), bir günde kumar için ayırdığı ortalama süre (saat), yaşam boyu kumar için harcadığı toplam para miktarı, kumar davranışını bırakma girişimleri ve bu girişimler sırasında kullanılan ilaç tedavisi, kumar davranışı nedeni ile hayatında etkilenen olumsuz alanlar ve oynanan

oyun türleri değerlendirildi. Tablo 9’da katılımcıların kumar oynama klinik özellikleri, tablo 10’da oynadıkları oyun türlerinin dağılımı özetlenmiştir.

Tablo 9. Kumar Bağımlılığı Grubu Klinik Özellikleri

	n	%
Kumar davranışı ile ilgili sorunu olduğunu düşünme		
Evet	47	94
Hayır	3	6
Kumar oynama davranışını bırakma girişimi		
Evet	48	96
Hayır	2	4
Kumar oynama davranışını bırakma girişimi sırasında ilaç kullanma		
Evet	19	38
Hayır	31	62
Kumar oynamada para miktarı artışı		
Evet	48	96
Hayır	2	4
Kumar oynama davranışı iş hayatını olumsuz etkiledi		
Evet	21	42
Hayır	29	58
Kumar oynama davranışı evlilik hayatını olumsuz etkiledi		
Evet	36	72
Hayır	14	28
Kumar oynama davranışı arkadaşlık ilişkileri olumsuz etkiledi		
Evet	26	52
Hayır	24	48
Kumar oynama davranışı eğitim hayatını olumsuz etkiledi		
Evet	9	18
Hayır	41	82
Kumar oynama davranışı ebeveyn ilişkilerini olumsuz etkiledi		
Evet	25	50
Hayır	25	50
Kumar oynama davranışı hobi hayatını olumsuz etkiledi		
Evet	17	34
Hayır	33	66
Kumar oynama davranışı hukuki olarak olumsuz etkiledi		
Evet	11	22
Hayır	39	78
Kumar oynama davranışını bırakma girişimi sayısı		
Median (Min-Maks)	5 (1-100)	
Kumar oynama süresi	10 (1-24)	
Kumar oynamada günlük süre Median (Min-Maks)	5 (1-12)	
Süreçte toplam maddi kayıp Median (Min-Maks)	150 000 (5000-250000)	

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan bireylerin %94'ünün kumar oynama davranışı ile ilgili sorunu olduğunu düşündüğü, %96'sının bırakma girişimi olduğu, %38'inin kumar oynama davranışını bırakma girişimi sırasında ilaç kullandığı, %96'sının kumar oynadığı para miktarının zaman içerisinde artış gösterdiği saptandı. Kumar oynama davranışının olumsuz etkilediği alanlar incelendiğinde evlilik yaşamı %72 oranı ile ilk sırada gelmekte, bunu sırası ile arkadaşlık ilişkileri (%52), ebeveyn ilişkileri (%50), iş yaşamı (%42), hobileri (%34), hukuki alan (%22), eğitim hayatı (%18) takip etmektedir.

Tablo 10. Kumar Bağımlılığı Grubu Tercih Edilen Oyun Türleri Dağılımı

Oyun Türü	Hiç	Haftada bir defa	Haftada üçten fazla	%
Okey	45	4	1	10
Poker	43	4	3	14
At yarışı	43	2	5	14
Horoz dövüşü	48	2	0	4
Sportoto	23	18	9	54
Sayısal loto	34	16	0	32
Kazı kazan	36	14	0	28
Milli piyango	40	10	0	20
Borsa	44	3	3	12
Casino oyunları	35	5	10	30
Sanal Bahisler	17	4	29	66

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan katılımcıların %10'unun okey, %14'ünün poker, %14'ünün at yarışı, %4'ünün horoz dövüşü, %54'ünün spor toto, %32'sinin sayısal loto, %32'sinin kazı kazan, %20'sinin milli piyango, %12'sinin borsa, %30'unun casino oyunları ve %66'sının sanal bahisleri tercih ettiği saptadı.

İnternet bağımlılığı grubunda yer alan katılımcıların internet erişimi ile ilişkili özelliklerini belirlemek amacıyla erişim sağladığı cihaz, bir günde internet etkinlikleri için ayırdığı ortalama süre (saat), planlanan sürenin aşılmasının nedenleri ve internet kullanım amaçları değerlendirildi. Tablo 11'de katılımcıların interneti kullanım özellikleri, Tablo 12'de kullanım amaçları dağılımı verildi.

Tablo 11. İnternet Bağımlılığı Grubunda Yer Alan Bireylerin İnternet Erişimi ve İnterneti Kullanım Özelliklerinin Dağılımları

	n	%
Evde internet bağlantısı var mı?		
Evet	49	100
Hayır	-	-
Kendinize ait kişisel bilgisayarınız var mı?		
Evet	39	79.6
Hayır	10	20.4
İnternet bağlantısı mümkün olan cep telefonunuz var mı?		
Evet	49	100
Hayır	-	-
İnternet erişiminizi en çok nasıl sağlıyorsunuz?		
Kendine ait bilgisayar	13	26.5
Cep telefonu	35	71.5
Diğer	1	2.0
Günlük internet kullanım süreniz kaç saat?		
1-2 saat	-	-
3-4 saat	4	8.2
5-6 saat	26	53.1
7-8 saat	8	16.3
9-10 saat	6	12.2
10saatten fazla	5	10.2
Yakınlarınızla internet kullanımı sorunu yaşıyor musunuz?		
Hayır	19	38.8
Evet Bazen	22	44.9
Evet Sık Sık	8	16.3
Planladığınızdan fazla internet kullanımınız oluyor mu?		
Hayır	7	14.3
Evet Bazen	25	51
Evet Sık Sık	17	34.7
İnternette planladığınızdan fazla süre geçirmenizin sebebi?		
Günlük hayattaki sorun ve sorumluklardan uzaklaşmak için		
Evet	17	34.7
Hayır	32	65.3
Zevk aldığım eğlence internet başında zaman geçirmek		
Evet	12	24.5
Hayır	37	75.5
İnternette günlük hayatta göre daha rahat ve sosyal olabiliyorum		
Evet	8	16.3
Hayır	41	83.7
Günlük gelişmeleri ve olayları kaçırma ihtimali huzursuz ediyor		
Evet	10	20.4
Hayır	39	79.6

Tablo 12. İnternet Bağımlılığı Grubunda Yer Alan Bireylerin İnternet Kullanım Amaçlarının Dağılımları

İnternet Kullanımı Amacı	n	%
Sosyal Medya	40	81.6
Chat/Sohbet	31	63.3
Oyun Oynamak	32	65.3
Bilgi Edinmek/Ödev Yapmak	25	51
Alışveriş Yapmak	26	53.1
Arkadaş Edinmek	8	16.3
Dizi/Film/Video İzlemek	42	85.7
Diğer	4	8.2

İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin tümünün evlerinde internet bağlantısı ve tümünün internet bağlantısı olan akıllı cep telefonları bulunduğu, %79.6'sının kendine ait bilgisayarları olduğu saptandı. İB grubunda yer alan bireylerin internet erişimlerini sağlamada en sık kullandıkları cihazın %71.4'ünün cep telefonu, %26.5'nin bilgisayar olduğu saptandı. İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin %85.7'si planladığından daha fazla internet kullanımı olduğu tespit edilmiştir. İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin günlük internet kullanma süresinin %53.1'inin 5-6 saat, %16.3'ünün 7-8 saat, %12.2'sinin 9-10 saat, %10.2'sinin 10 saat üzerinde olduğu tespit edildi.

İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin günlük internet kullanma süresi %8.2'sinin 3-4 saat, %53.1'inin 5-6 saat, %16.3'ünün 7-8 saat, %12.2'sinin 9-10 saat, %10.2'sinin 10 saat üzerindeydi. İB grubundaki bireylerin %85.7'sinin planladığından daha fazla internet kullanımı olduğu saptandı. Katılımcıların internette planlanandan fazla süre geçirme nedenleri incelendiğinde; günlük hayattaki sorun ve sorumlulardan uzaklaşma oranı %34.7, tek zevk alınan eğlencenin internet başında zaman geçirme olma oranı %24.5, internette günlük hayatta göre daha rahat ve sosyal olma oranı %16.3, günlük gelişmeleri ve olayları kaçırma ihtimalinin huzursuz etme oranı %20.4 olarak bulundu.

İnternet bağımlılığı grubunda yer alan bireylerin internet kullanım amaçları incelendiğinde %85.7 oranı ile dizi/film/video izlemek seçeneğinin ilk sırada yer aldığı, daha sonra sırası ile sosyal medya (%81.6), oyun oynama (%65.3),

chat/sohbet (%63.3), alışveriş (%53.1), bilgi edinmek/ödev yapmak (%51), arkadaş edinmek (%16.3) seçeneklerinin takip ettiği saptandı.

Katılımcıların şemalarının gruplara göre farklılığı incelenmiş ve elde edilen bulgular tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Grupların Young Şema Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	İB ^a (n=49)	KB ^b (n=50)	Kontrol ^c (n=46)	p	Post hoc test
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		
Duygusal Yoksunluk	11.47±5.28 11 (5-23)	12.12±5.12 12.5 (5-24)	10.52±5.58 10 (5-28)	0.199*	
Başarısızlık	12.92±5.82 12 (6-30)	14.16±5.55 14 (6-27)	11.43±5.73 10 (6-28)	0.15*	a-b p=0.603 a-c p=0.312 b-c p=0.011
Karamsarlık	12.69±5.50 13 (5-24)	14.96±6.22 15 (5-30)	12.46±5.29 11 (5-24)	0.097*	
Sosyal izolasyon / Güvensizlik	19.71±7.05 19 (8-36)	20.42±7.37 20 (7-42)	17.35±6.88 16 (7-34)	0.092**	
Duyguları bastırma	13.90±4.32 14 (5-22)	13.88±5.11 14 (5-26)	12.35±4.97 11 (5-25)	0.204**	
Onay arayıcılık	20.69±4.78 21 (11-30)	22.10±6.17 21 (9-34)	19.76±7.48 20 (7-33)	0.181**	
İç içe geçme/ Bağımlılık	18.49±7.69 17 (9-36)	21.74±8.19 21 (9-43)	17.49±8.67 16 (9-44)	0.013*	a-b p=0.128 a-c p=1.000 b-c p=0.013
Ayrıcalıklılık/ Yetersiz özdenetim	24.90±5.70 24 (11-40)	25.38±6.66 26 (13-40)	21.91±7.75 22 (7-39)	0.028**	a-b p=0.933 a-c p=0.082 b-c p=0.034
Kendini feda	15.67±5.12 16 (7-29)	15.38±5.09 16 (5-27)	15.96±5.54 15 (5-30)	0.565**	
Terk Edilme	10.08±4.45 9 (5-19)	13.78±5.56 13 (5-30)	10.04±4.91 9 (5-20)	<0.001*	a-b p=0.003 a-c p=1.000 b-c p=0.001
Cezalandırılma	19.53±6.42 21 (8-36)	22.96±6.16 22 (6-36)	21.91±6.98 23 (9-36)	0.039*	a-b p=0.044 a-c p=0.200 b-c p=1.000
Kusurluluk	11.20±4.56 10 (6-24)	17.62±7.49 17.5 (6-36)	10.07±5.17 8 (6-26)	<0.001**	a-b p<0.001 a-c p=0.616 b-c p<0.001
Tehditler Karşısında Dayanaksızlık	12.88±5.44 13 (5-23)	14.30±5.25 15 (5-28)	13.11±5.94 11 (5-26)	0.396*	
Yüksek standartlar	9.16±3.62 8 (3-18)	9.82±4.26 9 (3-18)	9.00±4.03 8 (3-18)	0.572*	

* Kruskal Wallis Varyans Analizi, ** Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), İB: İnternet bağımlılığı, KB: Kumar bağımlılığı

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin Young Şema Ölçeği (YŞÖ) başarısızlık puanları arasında istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.05$). Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; KB grubunda yer alan bireylerin başarısızlık puanlarının KG'deki bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında başarısızlık puanları bakımından fark yoktu.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin YŞÖ iç içe geçme/bağımlılık puanları arasında da istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.05$). Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; KB grubundaki bireylerin İç içe geçme/Bağımlılık puanlarının KG'deki bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında iç içe geçme/bağımlılık puanları bakımından farklılık bulunmadı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin YŞÖ ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim puanları arasında fark vardı ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Tukey testi ile incelendiğinde; KB grubunda yer alan bireylerin ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim puanlarının KG'deki bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim puanları bakımından fark bulunmadı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin YŞÖ terk edilme puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; KB grubunda yer alan bireylerin terk edilme puanlarının hem internet hem de KG'deki bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.01$). İB ile KG'deki bireyler arasında terk edilme puanları bakımından fark bulunmadı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin YŞÖ cezalandırılma puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; İB ile KB gruplarının cezalandırma puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$). KB grubunda yer alan bireylerin cezalandırma puanları İB grubuna göre daha yüksek bulundu. Diğer gruplar arasında cezalandırma puanları bakımından fark bulunmadı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin YŞÖ kusurluluk puanları arasında da istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.001$). Tukey testi ile incelendiğinde; KB grubundaki bireylerin kusurluluk puanlarının hem İB hem de KG'deki bireylere

göre daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$). İB ile KG'deki bireyler arasında kusurluluk puanları bakımından fark bulunmadı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin YŞÖ duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, kendini feda, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar puanları arasında da istatistiksel olarak fark yoktu ($p>0.05$).

Katılımcıların telafi ölçeği alt boyutlarının gruplara göre farklılığı incelenmiş ve elde edilen bulgular tablo 14'te verildi.

Tablo 14. Grupların Young Telafi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	İB^a (n=49)	KB^b (n=50)	Kontrol^c (n=46)		
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	p	Post hoc test
Statü	18.45±5.68	20.00±6.44	18.67±7.77	0.460**	
Düşkünlüğü	18 (7-30)	19.5 (6-34)	18 (6-36)		
Asilik	15.39±5.44	14.18±7.18	12.09±4.69	0.023*	a-b p=0.466
	16 (5-25)	13 (5-44)	12 (5-23)		a-c p=0.018
					b-c p=0.517
Kontrol	26.90±7.80	25.60±7.29	28.72±9.10	0.170**	
	27 (8-44)	26 (14-45)	27 (12-45)		
Aşırı	20.78±5.29	19.64±4.68	18.35±4.58	0.055**	
Bağımsızlık	22 (10-29)	19 (9-29)	18.5 (10-28)		
Manipülatif	15.45±5.20	15.82±5.19	16.13±5.21	0.815**	
Olma	15 (7-29)	16 (5-28)	14.5 (6-28)		
Kendi	7.02±2.61	5.96±2.51	5.74±2.83	0.023*	a-b p=0.149
	7 (2-12)	6 (2-12)	5 (2-12)		a-c p=0.027
					b-c p=1.000
Eleştiriye	11.76±3.99	11.86±4.03	10.87±3.66	0.606*	
Tahammülsüz	11 (5-20)	12 (5-23)	11 (4-18)		

* Kruskal Wallis Varyans Analizi, ** Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), İB: İnternet bağımlılığı, KB: Kumar bağımlılığı

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin Young Telafi Ölçeği asilik puanları arasında istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.05$). Kruskal Wallis çoklu

karşılaştırma testi ile incelendiğinde; İB grubunda yer alan bireylerle KG'deki bireylerin asilik puanları arasında fark olduğu görüldü ($p<0.05$). İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin asilik puanları KG'deki bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı. Diğer gruplar arasında asilik puanları bakımından fark bulunmadı.

İnternet bağımlılığı, KB ve KG'deki bireylerin Young Telafi Ölçeği kendi yönelimlilik puanları arasında da istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.05$). Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; internet bağımlısı gruptaki bireylerle KG'deki bireylerin kendi yönelimlilik puanları arasında fark görüldü ($p<0.05$). İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin kendi yönelimlilik puanları KG'deki bireylere göre daha yüksek saptandı. Diğer gruplar arasında kendi yönelimlilik puanları bakımından fark yoktu.

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin Young Telafi Ölçeği statü düşkünlüğü, kontrol, aşırı bağımsızlık, manipülatif olma ve eleştiriye tahammülsüzlük puanları arasında fark yoktu ($p>0.05$).

Katılımcıların kaçınma ölçeği alt boyutlarının gruplara göre farklılığı incelenmiş ve elde edilen bulgular tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Grupların Young-Rygh Kaçınma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	İB ^a (n=49)	KB ^b (n=50)	Kontrol ^c (n=46)	p	Post hoc test
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		
Psikosomatizm	17.59±6.07 17 (7-32)	18.62±7.43 19 (7-42)	15.35±6.47 13 (7-37)	0.021*	a-b p=1.000 a-c p=0.136 b-c p=0.022
Sıkıntıyı yok sayma	12.67±3.81 12 (4-23)	12.98±4.60 12 (4-22)	12.35±4.33 12 (4-24)	0.769**	
Duygu Kontrolü	14.59±3.85 15 (6-24)	16.02±3.60 16 (9-24)	15.76±3.59 15.5 (7-24)	0.128**	
Sosyal Çekilme	11.61±3.49 12 (3-16)	13.16±3.65 13 (3-18)	11.83±4.04 12 (5-18)	0.079*	
Aktiviteyle Zihinden Uzaklaştırma	9.43±2.90 10 (3-18)	9.02±3.27 9 (3-18)	9.11±3.59 9.5 (3-17)	0.443*	
Hissizlik Duyguları Bastırma	7.51±2.43 7 (3-14)	7.86±2.15 8 (3-13)	7.33±2.32 7 (3-13)	0.433*	

* Kruskal Wallis Varyans Analizi, ** Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), İB: İnternet bağımlılığı, KB: Kumar bağımlılığı

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin Young-Rygh Kaçınma Ölçeği psikosomatizm puanları arasında istatistiksel olarak fark vardı ($p<0.05$). Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde; KB grubunda yer alan bireylerle KG'deki bireylerin psikosomatizm puanları arasında fark olduğu tespit edildi ($p<0.05$). KB grubundaki bireylerin psikosomatizm puanları KG'deki bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü. Diğer gruplar arasında psikosomatizm puanları bakımından fark bulunmadı.

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin Young-Rygh Kaçınma Ölçeği sıkıntıyı yok sayma, duygu kontrolü, sosyal çekilme, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma ve hissizlik duyguları bastırma puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan bireylerin SOKTT ölçek puanları artışı ile şema boyutları puanları, kaçınma ölçeği alt boyutları puanları ve telafi ölçeği alt boyutları puanları artışı arasındaki ilişki incelenmiş ve Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. SOKTT Puanları İle Young Şema Ölçeği, Young Telafi Ölçeği Ve Young-Rygh Kaçınma Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon

	SOKTT Ölçek Puanı	
	r*	p
Young Şema Ölçeği		
Duygusal Yoksunluk	0.435	0.002
Başarısızlık	0.151	0.281
Karamsarlık	0.149	0.307
Sosyal izolasyon /Güvensizlik	0.295	0.038
Duyguları bastırma	0.189	0.189
Onay arayıcılık	0.136	0.345
İç içe geçme /Bağımlılık	0.335	0.018
Ayrıcalıklılık/Yetersiz özdenetim	0.158	0.273
Kendini feda	0.190	0.187
Terk edilme	0.350	0.013
Cezalandırılma	0.447	0.001
Kusurluluk	0.287	0.044
Tehditler karşısında Dayanıksızlık	0.226	0.114
Yüksek standartlar	0.242	0.090
Young Telafi Ölçeği		
Statü Düşkünlüğü	-0.105	0.469
Asilik	0.248	0.083
Kontrol	0.065	0.654
Aşırı Bağımsızlık	0.198	0.168
Manipülatif Olma	0.203	0.158
Kendi Yönelimlilik	-0.113	0.434
Eleştiriye Tahammülsüzlük	0.371	0.008
Young -Rygh Kaçınma Ölçeği		
Psikosomatizm	0.223	0.120
Sıkıntıyı yok sayma	0.180	0.211
Duygu Kontrolü	0.230	0.107
Sosyal Çekilme	0.043	0.769
Aktiviteyle Zihinden Uzaklaştırma	0.063	0.663
Hissizlik /Duyguları Bastırma	0.158	0.273

*Spearman's Korelasyon Katsayısı, SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile YŞÖ duygusal yoksunluk puanları arasında pozitif yönlü korelasyon bulundu ($r=0.435$ $p<0.01$). KB grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile YŞÖ sosyal izolasyon /güvensizlik puanları arasında pozitif yönlü korelasyon tespit edildi ($r=0.295$ $p<0.05$). KB grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile YŞÖ iç içe geçme /bağımlılık puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.335$ $p<0.05$). KB grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile YŞÖ Terk edilme puanları arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görüldü ($r=0.350$ $p<0.05$). KB grubunda

yer alan bireylerde SOKTT puanları ile YŞÖ Cezalandırılma puanları arasında pozitif yönlü korelasyon bulundu ($r=0.447$ $p<0.01$). KB grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile YŞÖ Kusurluluk puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.287$ $p<0.05$).

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile YŞÖ başarısızlık, karamsarlık, duyguları bastırma, onay arayıcılık, ayrıcalık /yetersiz özdenetim, kendini feda, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar puanları arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile Young Telafi Ölçeği eleştiriye tahammülsüzlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.371$ $p<0.01$). KB grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile Young Telafi Ölçeği statü düşkünlüğü, asillik, kontrol, aşırı bağımsızlık, manipülatif olma, kendi yönelimlilik puanları arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan bireylerde SOKTT puanları ile Young-Rygh Kaçınma Ölçeği psikosomatizm, sıkıntıyı yok sayma, duygu kontrolü, sosyal çekilme, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma ve hissizlik /duyguları bastırma puanları arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

İnternet bağımlılığı grubunda yer alan bireylerin İB ölçek puanları artışı ile şema boyutları puanları, kaçınma ölçeği alt boyutları puanları ve telafi ölçeği alt boyutları puanları artışı arasındaki ilişki incelenmiş ve Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. İnternet Bağımlılığı Ölçeği Puanları ile Young Şema Ölçeği, Young Telafi Ölçeği ve Young-Rygh Kaçınma Ölçeği Puanları Arasında İlişki

	İBÖ Puan	
	r*	p
Young Şema Ölçeği		
Duygusal Yoksunluk	-0.072	0.624
Başarısızlık	0.001	0.996
Karamsarlık	0.203	0.161
Sosyal izolasyon /Güvensizlik	-0.002	0.988
Duyguları bastırma	-0.039	0.791
Onay arayıcılık	-0.001	0.994
İç içe geçme /Bağımlılık	0.107	0.463
Ayrıcalıklılık/Yetersiz özdenetim	0.036	0.804
Kendini feda	0.048	0.744
Terk edilme	0.167	0.252
Cezalandırılma	-0.059	0.687
Kusurluluk	0.134	0.354
Tehditler karşısında Dayanıksızlık	-0.274	0.057
Yüksek standartlar	-0.105	0.472
Young Telafi Ölçeği		
Statü Düşkünlüğü	0.158	0.279
Asilik	-0.114	0.436
Kontrol	-0.044	0.764
Aşırı Bağımsızlık	-0.017	0.908
Manipülatif Olma	-0.009	0.951
Kendi Yönelimlilik	-0.094	0.520
Eleştiriye Tahammülsüzlük	0.058	0.695
Young -Rygh Kaçınma Ölçeği		
Psikosomatizm	0.040	0.784
Sıkıntıyı yok sayma	0.045	0.757
Duygu Kontrolü	0.074	0.615
Sosyal Çekilme	-0.254	0.078
Aktiviteyle Zihinden Uzaklaştırma	0.148	0.311
Hissizlik /Duyguları Bastırma	-0.181	0.212

*İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği

İnternet bağımlılığı grubunda yer alan bireylerde İBÖ puanları ile YŞÖ, Young Telafi Ölçeği ve Young-Rygh Kaçınma Ölçeği puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda KB olan bireylerin başarısızlık, iç içe geçme/bağımlılık, ayrıcalık/ yetersiz özdenetim şemalarında kontrol grubuna göre; terk edilme ve kusurluluk şemalarında İB ve kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı gözlemlendi.

KB grubundaki bireylerin SOKTT ölçek puanları arttıkça duygusal yoksunluk, cezalandırılma, sosyal izolasyon /güvensizlik, iç içe geçme /bağımlılık, terk edilme, kusurluluk şema puanları da artmaktadır. Duygusal yoksunluk ve cezalandırılma şema alanlarında görülen artış ile SOKTT ölçek puan artışı yüksek dereceli anlamlı bulunmuştur.

Kumar bağımlılığı ve erken dönem uyumsuz şemalar ile yapılmış çalışmalarda; terk edilme, onay arayıcılık, bağımlılık, duyguları bastırma, duygusal yoksunluk, iç içe geçme/ gelişmemiş benlik, hak görme/büyüklik, yetersiz özdenetim, kendini feda, sosyal izolasyon, güvensizlik/kötüye kullanım, zarara karşı savunmasızlık, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şema boyutları ile ilişkilendirildiği görülmektedir (183–185). Literatürde KB ve şema ilişkisini araştıran az sayıda çalışmada elde edilen verilerde tutarsızlık olduğu görülmektedir. Bu farklılığın sebebi çalışmaların yapıldığı klinik örneklemelerin yaş, cinsiyet, ek psikiyatrik tanı açısından farklılık göstermesi olabilir. Nitekim bu değişkenlerin şema ölçeği puanlarını etkileyebileceği çeşitli araştırmalarda belirtilmiştir (186–188).

Yetersiz özdenetim/özdisiplin şemasına sahip kişiler dürtüsel özellikler sergilemektedir. Bağımlılık ile ilgili çalışmaların birçoğunda bireylerin dürtüsel davranış sergiledikleri vurgulanmakta, şema ve bağımlılık üzerine yapılmış çalışmalarda çalışmamız ile benzer şekilde yetersiz özdenetim/özdisiplin şema puanlarında yükselmeler görüldüğü bildirilmektedir (189).

Başarısızlık ve iç içe geçme/bağımlılık şemaları zedelenmiş otonomi şema alanı içerisinde yer almaktadır. Bu şemalara sahip bireylerde bir başkasının desteği olmadan yaşamını sürdüremeyeceği, yaşamın çeşitli alanlarında bireysel yetersizliği nedeni ile başarı gösteremeyeceği inancı hakimdir. Bu şema alanı, çocuğun özgüvenini azaltan, çocuğu aşırı koruyan veya etkinliklere teşvik edemeyen ailelerde oluşur (10). Bu inançların ve düşüncelerin sebep olduğu kaygı, stres ve korku gibi

olumsuz duygular ile baş edebilmek için kişi bağımlılık davranışı sergiliyor olabilir. Genç yetişkinlerde davranışsal bağımlılık ile şema ilişkisini araştıran bir çalışmada KB ve zedelenmiş otonomi şema alanı arasında spesifik ve anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (189). Çalışmamızda da KB grubunda yer alan bireylerin bu alana ait başarısızlık, iç içe geçme/bağımlılık şemaları ile kontrol grubundan farklılaştığı, aynı zamanda SOKTT ölçek puanları arttıkça iç içe geçme/bağımlılık şema puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Kendini bu denli yetersiz hisseden bireylerde kumar oynama gibi bir davranışın ortaya çıkması tezat görünebilir. Fakat şemanın stabil hale gelmesine neden olan faktörlerden biri de şemayı doğrulayan yaşantıların kişilere tanıdık gelmesi nedeni ile bu yaşam deneyimlerine eğilim göstermeleridir (10). Her başarısız kumar deneyimi kişinin yetersizlik duygularını doğruluyor olabilir. Sonuç olarak, kumar davranışının böyle bir senaryoda özgüven eksikliğine teslim olmanın bir yolunu temsil ediyor olduğu düşünülmüştür.

Kumar bağımlılığı grubunun terk edilme ve kusurluluk şema boyutlarında İB grubu ve KG'ye kıyasla istatistiksel olarak çok yüksek anlamlılık derecesi ile farklılaşma gösterdiğini bulduk. Kopukluk/reddedilmişlik şema alanına ait olan tüm şemaların (terk edilme, kusurluluk, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon /güvensizlik) puanları ile SOKTT ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu tespit ettik. Kopukluk/reddedilmişlik şema alanında görülen sorunların literatürde bağımlılık ile en sık ilişkilendirilmiş alanlar olduğu görülmektedir. Young ve arkadaşları (2003), kopukluk/reddedilme şema alanının istikrarlı ve güvenli bağlanma ihtiyacının giderilememesi sonucu ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Bu kişiler çok az kanıta dayanarak reddedileceğini düşünmekte ve bu durumun kendilerinde yarattığı yoğun ve sürekli kaygı nedeni ile güçlü tepki verme eğilimi göstermektedirler (10). Bu şemaların, yetişkinlik yaşamında kişiler arası ilişkilerinde zorlukların sürmesine sebep olduğu için emosyonel açıdan muhtemelen en çok hasara yol açan şemalar olduğu belirtilmiştir (190). Yaşamın ilk yıllarında bakım verenle ilerleyen zamanda sosyal çevre ile sağlıklı bağ kurmak insan neslinin yüzyıllardır en temel ihtiyaçlarından biridir, bu bilgi alışagelmış bir söylemden öte nöropsikiyatrik çalışmalar ile desteklenen bilimsel bir gerçektir. Yapılan çalışmalarda sosyal olarak kendini reddedilmiş hisseden bireylerin yaşadığı duygusal ızdırabın verdiği acının, fiziksel olarak yaşanan ağrı ile ortak nörobiyolojik özellikler

gösterdiği belirtilmiş, dahası fiziksel ağrının verdiği sıkıntıyı düzenlediği bilinen endojen opioidlerin, sosyal bağlantıyla ilişkili sıkıntının nörokimyasal düzenleyicilerinden biri olabileceği belirtilmiştir (191). Kopukluk/reddedilmişlik şema alanına sahip bireylerin sosyal bağların sağladığı endojen haz faktörlerinden yoksun kaldığı, bu hazzı sağlamak adına madde ve davranışlara bağımlılık geliştirdikleri düşünülebilir. Bağımlılık potansiyeli ve erken dönem şemaların test edildiği bir çalışmada özellikle kopukluk/reddedilmişlik şema alanına sahip bireylerin yüksek risk taşıdığı tespit edilmiştir (192).

Yeme bağımlılığında şemaların etkisinin araştırıldığı bir çalışmada karıştırıcı faktörler kontrol edildikten sonra yeme bağımlılığının sadece kopukluk /reddedilmişlik şema alanı ile anlamlı ilişkisinin bulunduğu belirtilmiştir (188). Patolojik kumar bozukluğu olan kişilerin şemalarının incelendiği bir araştırmada ise kopukluk /reddedilmişlik ve zedelenmiş otonomi şema boyutlarında kumar oynama davranışı ile ilişkili yüksek puanlar tespit edildiği bildirilmiştir (193). Çalışmamızdan elde edilen bulgularda da KB grubunun bu şema alanında yer alan terk edilme ve kusurluluk şema boyutları ile diğer gruplardan yüksek derecede anlamlı şekilde farklılaştığı, bu alana ait tüm şema boyutlarının KB şiddetinin artışı ile ilişkili olduğu tespit edilmiş olup, elde ettiğimiz bu sonuçlar literatür ile uyumludur. Davranışsal bağımlılıkta erken dönem şemaların test edildiği bir araştırmada KOB'dan etkilenen kişilerde spesifik olarak zedelenmiş otonomi şema alanı puanlarında önemli ölçüde yükselmeler tespit edilmiştir (189). Çalışmamızda da zedelenmiş otonomi alanına ait şemalardan başarısızlık, iç içe geçme/bağımlılık boyutları KB sahip bireylerde KG'den farklılık göstermekle beraber kopukluk/reddedilmişlik şema alanına ait şema boyutlarının istatistiksel olarak daha anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Çalışmamızda KB grubunda yer alan bireylerde kaçınma psikosomatizm alt boyut puanları diğer gruplardan farklı baş etme yöntemi olarak, telafi eleştiriye tahammülsüzlük alt boyut puanları özellikle KB'nin şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Psikosomatizm boyutu bireyin duygu ve taleplerini açıkça gündeme getirmekten kaçınarak, bedensel şikayetler ile ifade etmeye çalıştığı durumları ifade eder (180,182).

Çalışmamız sonucunda kumar bağımlısı olan bireylerin şemalarını tetikleyen olaylar yaşadıklarında, bu şemaların aktive olması sonucu ortaya çıkan negatif

emosyonel durumları engellemek için psikosomatik belirtiler göstermeye eğilimli olduğunu ifade edebiliriz. Uyumsuz başa çıkma stratejilerinin sorunlu kumar oynama davranışının başlangıcını ve devamını teşvik ettiği ileri sürülmüştür. Kumar sorunları olan insanlar, problem çözme yaklaşımı kullanmak yerine, zorluklarla karşılaştıklarında kaçınma ve duygusal başa çıkma stratejilerini kullanma eğilimindedir. Kaçınan başa çıkma stratejilerinin kullanımı hem yetişkinler hem de ergenler arasında artan zararlı kumar oynama seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (194). Ülkemizde madde kullanımı olan bireylerde kaçınma davranışlarının incelendiği araştırmalarda çalışmamızla benzer şekilde psikosomatizm boyutunda yüksek puanlar bildirilmiştir (195,196).

Telafi davranışı bireyin şemalarının yol açtığı duyguların zıddı şekilde davranarak şemaların daha stabil hale gelmesine neden olan uyumsuz baş etme yöntemlerini tariflemektedir. Eleştiriye tahammülsüzlük boyutunda ise kişilerin eleştiriyle karşılaştıkları durumlarda şemalarının aktive olduğu ve ortaya çıkan duygularla baş etmek adına eleştiriye karşı bir duvar örmeye çalıştıkları düşünülebilir. Bu amaç doğrultusunda sorunlar çıktığında başkalarını suçlamak, eleştirildiğinde savunmaya geçmek gibi davranışlar sergileyebilirler. Kumar oynama şiddeti arttıkça kendine gelen olumsuz geri bildirimlere karşı bu şekilde bir baş etme yönteminin seçilmesi söz konusu davranışın sonuçlarını yargılanmasını tümenden olanaksız kılıyor görünmektedir. Bu tutum ayrıca zaman içerisinde çevresindeki kişiler ile olan ilişkisini de olumsuz yönde etkileyerek, kişinin yalnız ve desteksiz kalmasına sebep olabilir.

Sosyal destekten yoksun, yalnız bireylerin daha fazla problemlili kumar oynama davranışı sergilediği belirtilmiştir (98). Yani kullanılan telafi yöntemiyle belirginleşen yalnızlık ve bu yalnızlığın kumar sorunun artışına yol açması ile kişinin kısır bir döngüye girdiği düşünülebilir. Çalışmamızda KB ölçek puanlarının artması ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde eleştiriye tahammülsüzlük baş etme yönteminin kullanılıyor olduğunun tespit edildi. Bu uyumsuz baş etme yönteminin şemanın stabil hale gelmesine neden olması gibi görece soyut sonuçları yanında, kumar davranışının sürdürülmesi ile ortaya çıkan klinik etkilerinin gözlenebileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda SOKTT ölçek puanlarının artışı ile duygusal yoksunluk ve

cezalandırıcılık şema puanları artışı arasında ve telafi ile baş etme yöntemlerinden eleştiriye tahammülsüzlük puanı artışı arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür. Duygusal yoksunluk şemasında duygusal desteğin karşılanmayacağına dair inanç bulunmaktadır. Cezalandırıcılık şemasında kişi, kendisinin ve diğerlerinin kusurları için cezalandırılmaları gerektiğini inancına sahiptir. Telafi yöntemlerini kullanan kişilerin saldırgan bir tutum sergileyerek sanki kendi şemalarının aktive olmasıyla tetiklenen duyguları diğerlerine yaşatmaya çalıştıkları, kaçınma yöntemini kullanan kişilerin ise şemaların aktive olabileceği her türlü durumdan mümkün olduğunca uzak durarak duygusal ihtiyaçlarını da görmezden geldikleri belirtilmiştir (180). Aşırı kilolu ve obez hastalarda yapılmış bir çalışmada cezalandırıcı ebeveyn modunun (bu mod cezalandırıcılık erken dönem uyumsuz şemasına atıfta bulunur) aktifleşmesi ile kaçınma yönteminin kullanarak baş etmenin tıkanırcasına yeme davranışının sıklığını artırdığı belirtilmiş, cezalandırıcılık şemasının yaşattığı duygusal sıkıntıyı bireyin kaçınarak kendine yönelttiği ve sonucunda kontrolsüz yeme ataklarına yol açtığı yorumu yapılmıştır (197). Buradan hareketle her iki çalışmada kullanılan baş etme yöntemi ile ortaya çıkan davranışın uyumlu olduğu yorumu yapılabilir. Kaçınma yönteminin kullanılması öfkenin kendine yöneltilmesi ile yeme ataklarına, telafi yönteminin kullanılması ise olumsuz duyguların yol açtığı öfkenin dışsallaştırılması ile kumar davranışının ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Bu konuda yapılmış araştırmalarda da benzer şekilde kaçınma yöntemleri ile baş edenlerin içe yönelik davranış problemleri (Internalizing Behaviors), telafi yöntemleri ile baş edenlerin dışa yönelik davranış problemleri (Externalizing Behaviors) geliştirildiği belirtilmiştir (197,198). Alkol, madde ve kumar hastalarının şema ve baş etme yöntemlerinin incelendiği bir araştırmada ise hastaların hem kaçınma hem telafi ölçek puanlarının yüksek çıktığı belirtilmiştir (185). Madde bağımlılığı olan bireylerde yapılmış bir çalışmada ise telafi ölçek puanlarının daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir (199).

İnternet bağımlılığı grubumuzda yer alan bireylerde şema boyutlarının bazılarında puanların kontrolden daha yüksek olduğu tespit edilmiş olmakla beraber, hiçbir şema boyutunda KB ve KG ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

İran'da 714 kişinin katılımı online ortamda yapılmış bir çalışmada kopukluk/reddedilmişlik ve zedelenmiş otonomi şema alanları ile İB arasında ilişki

olduğu tespit edilmiştir (24). İB’de erken dönem şemaların etkisini araştıran bir çalışmada tüm şema alanları ile ilişki tespit edilmiş olup, başkaları yönelimlilik şema alanının bağımlılık ile en çok ilişkili alan olduğu belirtilmiştir (200). İB ve şemalar üzerine ülkemizde yapılmış bir çalışmada İB kusurluluk, yetersiz özdenetim ve boyun eğicilik şemaları arasında, bir başka çalışmada tüm şema boyutları ile anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (201,202). Literatürde yer alan çalışmalarda da tutarlı sonuçlar elde edilmediği görülmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar literatürde yer alan veriler ile örtüşmemekte; ayrıca KG kıyasla hiçbir şema boyutunda anlamlı yükselme tespit edilmemiş olması dikkat çekmektedir.

İnternet Bağımlılığı grubunda yer alan bireylerin baş etme yöntemleri incelendiğinde telafi baş etme yöntemi içerisinde yer alan asilik ve kendine yönelimlilik boyutları ile kontrol grubundan farklılaştığı görülmektedir. Asilik telafi yöntemi kişilerin aktive olan şemaları isyankâr davranışlar ile reddetmesi ve toplumdaki kendini izole etmesi ile sonuçlanır. İsyankâr ve asi davranışlar kişiler arası alanda sorun yaşamalarına neden olur. Kendine yönelimlilik/ egosantrizm aşırı telafi alt boyutu kişiler arası ilişkilerde kendi ihtiyaç ve isteklerini önde tutma ile kendini gösterir. Başkalarının aşağılayan, kullanmaya ve kandırmaya çalışan kişiler olduğu inancı ile baş edebilme stratejisi ilişkilerde kendini merkeze alma ve bencilce düşünme ile sonuçlanmaktadır. Bu durum kişinin sağlıklı ve tatmin edici ilişkiler yürütebilmesine engel olmaktadır. Her iki telafi yöntemi de kişinin ilişkilerini baltalayarak, yalnızlığa mahkûm olmasına sebep olmaktadır. Yalnızlaşmanın uzun vadede kişinin ihtiyaç duyduğu etkileşimi internet ortamında bulmasına ve bağımlılık davranışının pekişmesine neden olduğu yorumu yapılabilir (180,182). Bu durum İB tedavisi üzerinde yapılan çalışmalarda da ele alınmış, özellikle genç yaştaki bireylerin yalnızlık hissini yatıştırmak için internete yönelmesi nedeni ile İB tedavisinde aile terapilerinin önemi vurgulanmıştır (75). Literatürde olumsuz başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilerin İB gösterme olasılıklarının daha yüksek olduğunu tespit eden veriler vardır (203). Ülkemizde yapılmış İB kaçınarak baş etme yöntemlerinin şema terapi açısından değerlendirildiği bir çalışmada şemalara karşı kaçınma tepkilerinden psikosomatik, duyguların kontrolü, sosyal çekilme, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma ve duygularını bastırma gibi özelliklerin kullanıldığı belirtilmiştir (201).

İnternet bağımlılığı grubunda yer alan bireylerde İBÖ puanları ile şema puanları ve şema baş etme yöntemleri ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulamadık. Bu durum örneklem grubumuzu oluştururken yanlış pozitifliği önlemek amacıyla ölçek kesme puanının yapılmış çalışmalara göre yüksek tutulması ve bu nedenle ölçek puanlarının dar bir aralıkta olmasından kaynaklı olabilir (176).

İnternet ve kumar bağımlılığında belirleyici olabilen ilişki şema ve baş etme yöntemleri gibi faktörler yanında, bazı kültürel, demografik, sosyal ve klinik faktörlerin olabileceği inkâr edilemez. Çalışma grubumuzun verileri bu açıdan da ele alınmıştır.

İnternet bağımlılığı grubunun yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde KB grubundan daha düşüktü ($p<0.01$). KB grubunda yer alanların ortalama 10 yıllık hastalık öyküsü olduğu tespit edildi. Grupların yaş ortalaması ile ilgili elde ettiğimiz veriler literatürde belirtilen ve ülkemizde yapılan araştırmalarda elde edilen demografik sonuçlar ile uyumludur. Çalışmalarda belirtildiği ve bizim sonuçlarda da görüldüğü üzere kumar davranışının başlangıç yaşı olan yirmili yaşlar KB için risk faktörüdür (99,204,205).

İnternet bağımlılığı üzerine yapılmış çalışmalardaki toplam hasta sayısının erişkin yaş grubunda, ergen yaş grubuna göre daha az olduğu görülmektedir. Genç yaş grubunun internetle tanışma, yaygın kullanımı olması olasılığı da daha fazladır. Yaşı daha büyük olanların internet aktivitelerini rutin hale getirmeleri için yeterli süre geçmemiş olabilir. Bu nedenle İB grubunun daha genç olması beklenen bir bulgudur. Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak İB tanı oranlarının yıllar içerisinde giderek artış göstermesine istinaden önümüzdeki süreç içerisinde en az gençler kadar erişkinlerin de İB açısından risk altında olduğu dikkat çekicidir. Bu açıdan risk faktörlerinin tespit edilmesi koruma ve tedavi yöntemlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesine katkı sağlayabilir (176,206). İB semptom süresi açısından çerçeveyi çizmenin nerdeyse imkânsızdır, bu nedenle sonuçlarının yanıltıcı olacağı düşünülerek çalışmamızda sorgulanmamıştır. Literatürde de İB semptom süresi ve yaş grupları arasında oranların karşılaştırılması ile ilgili verilerin yetersiz olduğu görülmektedir (40). Farklı yaş gruplarında daha çok çalışma yapılması gerekli, aynı zamanda izlem çalışmaları gereklidir.

Bulgularımız İB ile KB grubu katılımcıları arasında çocuk sayıları, medeni

durum ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu gösterdi ($p<0.01$). İB grubunda çocuk sayısı daha az, bekar ve çalışmıyor olma durumunun daha fazla olduğu bulundu. İB olan kişilerin çalışmıyor olmasının, bu kişilerin vakitlerinin büyük kısmını internet ile ilgili aktivitelere ayırmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (37).

İnternet bağımlılığı grubunun %67.3 oranında, KB grubunun %100 oranında erkek katılımcılardan oluştuğu ve cinsiyet bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. İB ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde cinsiyet açısından çeşitli sonuçların bildirildiği görülmektedir (36). Her iki cinsiyette eşit oran bildirilen çalışmaların yanı sıra, kadınlar arasında veya erkekler arasında daha yüksek oranların bildirildiği çalışmalar mevcuttur (43). Çalışmalarda özellikle sosyal medya kullanıcılarında kadın cinsiyet oranlarının yüksek bulunduğunu ve internete erişim imkanlarının artması ile kadın cinsiyet oranının arttığı belirtilmektedir (36,43). Fakat özellikle son zamanlarda yapılmış geniş ölçekli çalışmalar, elde ettiğimiz verilere benzer olarak erkek cinsiyet grubunda daha yüksek İB tanı oranları bildirmektedir (44,176). Söz konusu KB olduğunda ise tereddüte yer bırakmayacak şekilde literatür verilerinde erkek cinsiyet oranının yüksek olduğu görülmektedir (98). Araştırmamızda KB örnekleminin tamamı erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Bu durumun ülkemizdeki kültürel faktörler ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kadınların tercih ettiği oyunlar (daha çok slot, bingo) ve bu oyunlara erişimin ülkemizde zor olmasından dolayı, kadınların daha az kumar problemi yaşadığı ve tedaviye başvurmadıklarını akla getirmektedir. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda bildirilen net oran olmamakla beraber, tutarlı bir şekilde erkek cinsiyet grubunun daha fazla olduğu dikkat çekmektedir (204).

Kumar bağımlılığı grubunda yer alan katılımcıların %80'inin çalıştığı saptandı. Çalışmalar işsizlik ve düşük gelir oranlarının KB için risk faktörü olduğunu belirtmek ile beraber, bazı ülkelerde yüksek gelir düzeyinin daha yüksek risk ile ilişkilendirildiği bulunmuştur (98). Bu verilerden yola çıkarak KB risk faktörlerinin belirlenmesinde sosyodemografik farklılıkların rol oynadığı belirtilmiştir (98). Ülkemizde KB alanında yapılmış çalışmalarda katılımcıların çalışıyor olma oranları %78.3, %83, %85 olarak tespit edilmiştir (173,204,207). Çalışmamızda iş sahibi olma oranı Türkiye örnekleminde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik

göstermektedir.

Çalışmamızda İB, KB ve KG'deki katılımcıların eğitim durumları arasında fark bulmadık ($p>0.05$). Üniversite mezunu oranı İB grubunda %73.5, KB grubunda %54 olarak tespit edildi. İB ile ilgili yapılmış araştırmalarda çalışmamız ile benzer şekilde, üniversite mezunu oranların yüksek olduğunu bildirilmektedir (208). Literatürde düşük eğitim seviyesinin artmış KB riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (98). Ülkemizde KB ile ilgili yapılmış çalışmalarda, üniversite mezunu olma oranları %63.3 (204), %19.4 (173), %44.6 (205) olarak bulunmuştur. Çalışıyor olma durumu ve eğitim düzeyi ile ilgili elde ettiğimiz sonuçların literatür verileri ile bazı noktalarda örtüşmediği görülmektedir. Bunun sebebi kumar ortamının zaman içerisinde değişerek mekâna bağımlı halden sanal ortama kaymış olmasına veya başka nedenlere bağlanabilir. Kumar oynama davranışı üzerine yapılmış çalışmalar çok eski tarihlere dayanmakla beraber, internet tabanlı kumar davranışı yaklaşık son on beş yıldır dikkat çeken bir alandır. Dolayısı ile elde edilen verilerin büyük kısmı halen geleneksel anlamda oynanan kumar davranışı ile ilişkilidir. İnternette ve internet dışında kumar oynayan kişilerin özelliklerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, sanal ortamda oynayan bireylerin daha yüksek eğitim seviyesi ve sosyoekonomik koşullara sahip olduğu bildirilmiştir (108). Ülkemizde yapılmış çalışmalar incelendiğinde de düşük eğitim seviyesi bildiren çalışmaların nispeten eski tarihli ve geleneksel oyun oranların yüksek oranda olduğu görülmektedir (173). Tüm bu veriler ışığında çevrimiçi kumar etkinliklerin artması ile beraber kumar oyuncularının epidemiyolojik özelliklerinin de değişime uğradığı görülmekte, bu grupta yer alan oyuncularının profilinin netleşmesi için çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte elde ettiğimiz bulgular sosyodemografik özellikler açısından çevrimiçi kumar oyuncuları için belirtilen profile uymaktadır (108,204,205).

Çalışmamızda İB, KB ve KG'deki katılımcıların suisid oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). KB olan bireylerde suisid prevalansı ile ilgili yapılmış çalışmalarda %17–24 intihar girişim oranları bildirilmektedir. Kadın cinsiyet, ek psikiyatrik hastalık tanısı, hastane yatışı öyküsü, işsizlik, aile desteğinin az olması suisid oranlarını artıran faktörler olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda KB grubunda suisid oranlarının (%4) belirtilen

rakamlardan düşük olması katılımcıların tamamının erkek, çalışıyor olma ve aile ile yaşama oranlarının yüksek olması, ek psikiyatrik tanılarının dışlanması gibi faktörler ile açıklanabileceği düşünülmüştür (90,209). Ayrıca ülkemizde intiharın sosyokültürel olarak yasaklanan bir olgu olması da göz ardı edilemez.

Problematik internet kullanımı olan erişkin yaş grubu ile yapılmış bir çalışmada, olmayanlara göre daha fazla intihar eğilimi saptanmıştır. Yakın zamanlı bir gözden geçirme çalışmasında İB olan bireylerin intihar düşüncesi oranının 2.9 kat, intihar girişimleri oranının 2.8 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, 18 yaşından küçük bireylerde yetişkinlere göre (sırasıyla OR = 3.7 ve OR = 1.9) önemli ölçüde daha yüksek intihar düşüncesi yaygınlığı olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların yetişkinlerden oluşması ve katılımcılarda komorbid psikiyatrik bozukluk olmaması, suid oranlarının bildirilenden daha düşük çıkmasına yol açmış olabilir (210,211).

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol gruplarında bireylerin alkol kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu saptadık. İB grubunda yer alan bireylerin alkol kullanma oranı KG'deki bireylere göre daha yüksek bulundu, KB ve KG arasında fark yoktu. Çalışmalarda İB ve alkol kullanım bozukluğunun beraber görülme olasılığının sık olduğu bildirilmiştir (206). KOB ile alkol kullanım bozukluğunun nörobiyolojik ve klinik olarak benzer özellikleri gösterdiği, bu nedenle bağımlılık kategorisi altında değerlendirildiği, dolayısıyla eş tanı olarak birlikte görülme olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir. Alkol-madde kullanım bozukluğunun eşlik etmesi daha erken başlangıç, işlevsellikte bozulmanın artması, düşük tedavi motivasyonu ve tedavinin etkinliğinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (156). Epidemiyolojik çalışmalarda, KB olan bireylerin yaklaşık %10'unun tedavi arayışında olduğu, bu kişilerin %49'unun duygu durum problemleri veya alkol-madde kullanım sorunları için tedaviye başvurduğu belirtilmiştir (90,99,103). Dolayısıyla klinik örneklemelerden elde edilen sonuçlarda alkol kullanım bozukluğu eş tanı oranları %15.2 gibi yüksek oranlara ulaşmaktadır (156). Çalışmamızda KB grubunda yer alan katılımcıların sorunlu kumar oynama davranışlarının farkında olmaları (kumar oynama davranışı ile ilgili sorunu olduğunu düşünenlerin oranı: %94) ve spesifik olarak kumar sorunu ile ilgili başvuruda bulunmalarının sonucu olarak alkol kullanım oranlarının düşük tespit edildiği düşünülmüştür.

İnternet bağımlılığı, KB ve kontrol gruplarında bireylerin sigara kullanma oranları arasında fark vardı. İB ve KB gruplarındaki bireylerin sigara kullanma oranları KG'deki bireylere göre daha yüksekti. Elde ettiğimiz bu sonuçlar literatür ile uyumludur (43,156).

Çalışmamızda KB grubunda yer alan bireylerin, %96'sının bırakma girişimi olduğu, %96'sının kumar oynadığı para miktarının arttığı saptandı. Bu veriler kumar oynama davranışının tekrarlayan başarısız bırakma girişimleri ve tolerans nedeni ile istenen hazzın tekrar sağlanması için para miktarının artırılması yönleri ile bağımlılığın temel özelliklerini sergilediğine işaret eder (6).

Elde ettiğimiz verilerde kumar davranışının olumsuz etkilediği alanlardan ilki %72 oranı ile evlilik yaşamıdır. Bunu sırası ile arkadaşlık ilişkileri (%52), ebeveyn ilişkileri (%50), iş yaşamı (%42), hobileri (%34), hukuki alan (%22), eğitim hayatı (%18) takip etmektedir. Kumar oynama davranışı ile ilişkili zararlar ekonomik, sağlık, kişiler arası ilişki ve toplumsal alanlarda olabilmekte ve bu zararları azaltmak için politikaların geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (212). Çalışmamızda katılımcıların kumar oynama davranışı nedeniyle maddi kayıplar yaşadığı ve günlük kumar aktivitelerine önemli miktarda zaman harcadığı tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada haftalık kumara ayrılan ortalama süre 28.6 (± 20.5) saat, haftalık yatırılan para ortalama 13.810 TL olarak tespit edilmiş olup elde ettiğimiz sonuçlar ile benzer özellikler göstermektedir (204). Katılımcı grubunun gelir seviyesi göz önünde bulundurulduğunda kumar davranışını sürdürebilmek için finansal zorluklar yaşadığı aşıkardır. Katılımcılar ile yapılan görüşmeler sırasında bu ekonomik zorlukların eş, aile ve arkadaşlık ilişkilerine de zarar verdiği gözlenmiştir. Nitekim borçlar nedeni ile yakınlarına yalan söyleme davranışı KB sahip bireylerde sık görülüp, ilişkilere zarar vermektedir. Ayrıca kumar davranışına ayrılan süre göz önünde bulundurulduğunda bireyin yakın ilişkiler ve hobilerine vakit yetiremediği, bu alanlarda zorluklar yaşadığı görülmüştür (19, 192, 200).

İnternet bağımlılığı grubunda yer alan bireylerin internet kullanım amaçları incelendiğinde %85.7 oranı ile dizi/film/video izlemek ilk sırada gelmektedir. Bunu sırası ile sosyal medya (%81.6), oyun oynama (%65.3), chat/sohbet (%63.3), alışveriş (%53.1), bilgi edinmek/ödev yapmak (%51), arkadaş edinmek (%16.3) takip etmektedir. TUİK 2021 raporuna göre dijital içerik ve çevrimiçi hizmetler

arasında film/dizi izleme %30,6 ile ilk sırada yer almakta ve bu sonuçlar çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir (21). Türkiye örnekleminde yapılmış bir araştırmada bireylerin interneti en sık kullanım amacı olarak; %47,2'sinin araştırma, %15,4'nün sohbet, %9,3'ünün müzik-film, %7,2'sinin oyun seçeneğini işaretledikleri belirtilmiştir (5). Aradaki farklılığın sebebi söz konusu araştırmanın nispeten eski bir tarihte yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Nitekim internet kullanım amacı gelişen teknoloji ile değişiklik göstermektedir. Ayrıca, problemli internet kullanımı artarken eğlenceye dayanan etkinliklerin kullanımının arttığı, fakat genel bilgi arama ve araştırmaya dayalı etkinliklerin azaldığı belirtilmiştir (38). Ülkemizde yapılmış bir başka çalışmada ödev/bilgi edinmek amaçlı internet kullanım oranı İB olan grupta %13.6, İB olmayan grupta %86.4 olarak tespit edilmiştir. Son yıllarda İB oranlarında görülen artış ile beraber kullanım amacında bilgi edinme/araştırma oranının azalmış olabileceği düşünülmüştür (42, 46, 201).

İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin tümünde evlerinde internet bağlantısı ve internet bağlantısı olan akıllı cep telefonları bulunmakta idi. İB grubunda yer alan bireylerin internet erişimini sağlamak amacı ile en sık tercih edilen aracın ilk sırada akıllı telefon (%71,5), ikinci sırada bireysel bilgisayar (%26,5) olduğu tespit edildi. İnternet bağımlısı gruptaki bireylerin tamamının kendine ait akıllı cep telefonu olduğu, %79,6'sının kendine ait bilgisayarları olduğu belirlendi. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde İB olan bireylerde akıllı telefon kullanımı oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Akıllı telefonların kolay taşınabilir olması, sürekli internet erişimi imkânı vermesi ve sürekli ulaşılabilir olmayı sağlamanın kullanıcıları bağımlılığa yatkın hale getiriyor olması ihtimali güçlüdür. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada İB olan ve olmayan grupta akıllı telefon kullanım oranının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (42). Dolayısıyla İB'nin sadece kullanılan cihazla ilişkili olmadığı görülmektedir. Günlük hayatın içerisinde kendine kısa zamanda köklü yer edinen bu cihazları hayatımızdan çıkarmanın kolay olmadığına farkında olarak, en azından İB açısından risk altında olan bireylerde akıllı telefon kullanımına ilişkin düzenlemeler yapılarak, bireylere özgü uygulamalar geliştirilerek dezavantajı avantaja çevirmenin mümkün olabileceği speküle edilebilir.

6. SONUÇ

Çalışmamızda KB olan bireylerin başarısızlık, iç içe geçme/bağımlılık, ayrıcalık/ yetersiz özdenetim şemalarında kontrol grubuna göre; terk edilme ve kusurluluk şemalarında İB grubuna göre, cezalandırıcılık şema boyutunda ise İB grubuna göre anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı gözlemlendi. İB olan bireylerin KB ve KG'ye kıyasla hiçbir şema boyutunda anlamlı yükselme göstermediği bulundu.

Grupların baş etme yöntemleri incelendiğinde; KB grubunun kaçınma yöntemlerinden psikosomatizm alt ölçeği ile diğer gruplardan farklılaştığı, İB grubunun ise telafi yöntemlerinden asilik ve kendi yönelimlilik alt ölçeği ile diğer gruplardan farklılaştığı görüldü.

Kumar bağımlılığı grubunda SOKTT ölçek puanları ile duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon /güvensizlik, iç içe geçme /bağımlılık, terk edilme, cezalandırıcılık, kusurluluk şema boyutları puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptandı. Ayrıca bu grupta SOKTT ölçek puanları ile telafi yöntemlerinden eleştiriye tahammülsüzlük alt ölçeği puanı arasında pozitif yönlü ilişki tespit edildi.

İnternet bağımlılığı grubunda İBÖ puanları ile şema, telafi ve kaçınma yöntemleri puanları arasında ilişki bulunmadı.

İnternet bağımlılığı grubunda kontrol ve KB grubuna kıyasla hiçbir şema boyutunda anlamlı yükselme görülmemesine rağmen telafi yöntemi (asilik ve kendi yönelimlilik) açısından farklılaşma göstermesi dikkat çekici bir bulgudur. Her iki grup bağımlılık davranışının benzer klinik özelliklerine sahip gibi görünse de başlatıcı ve sürdürücü faktörler açısından farklılaşıyor olabilir. Tedavi müdahaleleri planlanırken bu durumun göz önünde bulundurulması faydalı olabilir. Gelecek çalışmalarla bu alanın daha fazla aydınlatılması tedavi yaklaşımlarında önemli olabilir.

Çalışmamızın sonuçları erken dönem uyumsuz şemaların KB, baş etme yöntemlerinin İB ve KB için risk faktörü olmasıyla beraber, bağımlılık davranışının gelişmesi için gerek ve yeter şart olarak görülemeyeceğine; bazı sosyodemografik (erkek cinsiyet, genç yaş, şehir yaşamı) etkenlerinde bu bağlamda risk faktörü olduğuna işaret eder.

Bu nedenle konuyu açıklığa kavuşturacak yeni ve geniş örneklemlili kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.



7. KAYNAKLAR

1. Holden C. “Behavioral” Addictions: Do They Exist? Science (80-) [Internet]. 2001;294(5544):980 LP – 982. Available from: <http://science.sciencemag.org/content/294/5544/980.abstract>
2. Starcevic V. Behavioural Addictions: A Challenge For Psychopathology And Psychiatric Nosology. Aust N Z J Psychiatry. 2016;50(8):721–5.
3. Robbins TW, Clark L. Behavioral Addictions. Curr Opin Neurobiol [Internet]. 2015;30:66–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.conb.2014.09.005>
4. Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-S, Chen C-C. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. Eur Psychiatry [Internet]. 2012 Jan 15;27(1):1–8. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924933800069194/type/journal_article
5. Günüş S, Kayri M. Türkiye’de İnternet Bağımlılık Profili Ve İnternet Bağımlılık Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2010;39(39):220–32.
6. Griffiths M. A ‘Components’ Model Of Addiction Within A Biopsychosocial Framework. J Subst Use. 2005 Jan 12;10(4):191–7.
7. Raylu N, Oei TP. Role Of Culture İn Gambling And Problem Gambling. Clin Psychol Rev [Internet]. 2004 Jan;23(8):1087–114. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735803001120>
8. Ladouceur R, Boisvert JM, Pépin M, Loranger M, Sylvain C. Social cost of pathological gambling. J Gambl Stud. 1994;10(4):399–409.
9. Talis G. Internet Addiction. In: Akerele E, editor. Substance and Non-Substance Related Addictions: A Global Approach [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 99–107. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-84834-7_7
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner’s Guide. New York, NY: Guilford Press; 2003.
11. Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders. Addict Behav [Internet]. 1998 Nov;23(6):883–91. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460398000677>

12. Van Rooij AJ, Kardefelt-Winther D. Lost In The Chaos: Flawed Literature Should Not Generate New Disorders. *J Behav Addict* [Internet]. 2017 Jun;6(2):128–32. Available from: <https://akjournals.com/doi/10.1556/2006.6.2017.015>
13. Mark Griffiths. A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use* [Internet]. 2005;10(4):191–7. Available from: http://www.academia.edu/429550/Griffiths_M.D._2005_.A_components_model_of_addiction_within_a_biopsychosocial_framework._Journal_of_Substance_Use_10_191-197
14. Alegría A, Bernardi S, Blanco C. Pathological Gambling: Obsessive-Compulsive Disorder Or Behavioral Addiction? *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:133S-142S.
15. Brand M, Wegmann E, Stark R, Müller A, Wölfling K, Robbins TW, et al. The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2019 Sep;104(June):1–10. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763419303707>
16. Starcevic V, Khazaal Y. Relationships Between Behavioural Addictions And Psychiatric Disorders: What Is Known And What Is Yet To Be Learned? *Front Psychiatry*. 2017;8(APR):1–7.
17. Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton M V. Toward A Syndrome Model Of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(6):367–74.
18. Tamam L. Impulse control disorders: DSM-5 and beyond. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2015;16(5):4–6.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. [Internet]. 5th ed. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2013. xlv, 947–xlv, 947. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
20. Vural ZBA, Bat M. Yeni Bir İletişim Ortamı Olarak Sosyal Medya: Ege Üniversitesi İletişim

- Fakültesine Yönelik Bir Araştırma. J Yaşar Univ. 2010;5(20):3348–82.
21. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 19]. Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437)
 22. Petry NM, Zajac K, Ginley MK. Behavioral Addictions as Mental Disorders: To Be or Not To Be? Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2018 May 7;14(1):399–423. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120>
 23. Potenza MN. Clinical Neuropsychiatric Considerations Regarding Nonsubstance Or Behavioral Addictions. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2017 Sep 30;19(3):281–91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2017.19.3/mpotenza>
 24. Ostovar S, Bagheri R, Griffiths MD, Mohd Hashima IH. Internet Addiction And Maladaptive Schemas: The Potential Role Of Disconnection/Rejection And Impaired Autonomy/Performance. Clin Psychol Psychother [Internet]. 2021 Nov 23;28(6):1509–24. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2581>
 25. Mihajlov M, Vejmelka L. Internet Addiction: A Review Of The First Twenty Years. Psychiatr Danub [Internet]. 2017 Sep 21;29(3):260–72. Available from: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol29_no3/dnb_vol29_no3_260.pdf
 26. Young KS. Psychology Of Computer Use: XI. Addictive Use Of The Internet: A Case That Breaks The Stereotype. Psychol Rep. 1996;79(3):899–902.
 27. Young KS. Caught In The Net : How To Recognize The Signs Of Internet Addiction And A Winning Strategy For Recovery. Wiley; 1998. 248 p.
 28. Griffiths M. Technological Addictions. Clin Psychol Forum. 1995;76:14–9.
 29. Goldberg I. Internet Addiction Support Group :Is There Truth in Jest? In: The Psychology of Cyberspace (internet) [Internet]. 1996. Available from: <http://users.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html>
 30. Çetinkaya M. İlköğretim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının İncelenmesi. DEÜ Eğitim Bilim Enstitüsü [Internet]. 2015; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir01942a&AN=hmndokuzeylulun..>

5643a72e8f464247574f761dc62bb0a4&lang=tr&site=eds-live

31. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology Behav* [Internet]. 1998 Jan;1(3):237–44. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cpb.1998.1.237>
32. Beard K w., Wolf EM. Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *CyberPsychology Behav* [Internet]. 2001 Jun;4(3):377–83. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/109493101300210286>
33. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-C, Chen S-H, Yen C-F. Proposed Diagnostic Criteria of Internet Addiction for Adolescents. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2005 Nov;193(11):728–33. Available from: <http://journals.lww.com/00005053-200511000-00004>
34. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction* [Internet]. 2010 Mar;105(3):556–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x>
35. World Health Organization. Disorders Due To Addictive Behaviours [Internet]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022 [cited 2022 Feb 19]. Available from: <http://id.who.int/icd/entity/499894965>
36. Rumpf H-J, Tao R, Rehbein F, Petry NM. Internet AddictionA Future Addictive Disorder?: A Future Addictive Disorder? In: Petry NM, editor. *Behavioral Addictions: DSM-5® and Beyond* [Internet]. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016. Available from: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199391547.001.0001/med-9780199391547-chapter-4>
37. Kuss D, Griffiths M, Karila L, Billieux J. Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade. *Curr Pharm Des*. 2014 Jun 27;20(25):4026–52.
38. Shao Y, Zheng T, Wang Y, Liu L, Chen Y, Yao Y. Internet addiction detection rate among college students in the People’s Republic of China: a meta-analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2018 Dec 25;12(1):25. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0231-6>
39. Cheng C, Li AY. Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real) Life: A Meta-Analysis

- of 31 Nations Across Seven World Regions. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw* [Internet]. 2014 Dec;17(12):755–60. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cyber.2014.0317>
40. Pan Y-C, Chiu Y-C, Lin Y-H. Systematic Review And Meta-Analysis Of Epidemiology Of Internet Addiction. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2020 Nov;118(July):612–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763420305510>
 41. Li L, Xu D-D, Chai J-X, Wang D, Li L, Zhang L, et al. Prevalence Of Internet Addiction Disorder In Chinese University Students: A Comprehensive Meta-Analysis Of Observational Studies. *J Behav Addict* [Internet]. 2018 Jul 2;7(3):610–23. Available from: <https://akjournals.com/view/journals/2006/7/3/article-p610.xml>
 42. Sasmaz T, Oner S, Kurt AO, Yapici G, Yazici AE, Bugdayci R, et al. Prevalence And Risk Factors Of Internet Addiction In High School Students. *Eur J Public Health* [Internet]. 2014 Feb 1;24(1):15–20. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckt051>
 43. Seyrek S, Cop E, Sinir H, Ugurlu M, Şenel S. Factors Associated With Internet Addiction: Cross-Sectional Study Of Turkish Adolescents. *Pediatr Int* [Internet]. 2017 Feb;59(2):218–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ped.13117>
 44. Bener A, Yildirim E, Torun P, Çatan F, Bolat E, Alıç S, et al. Internet Addiction, Fatigue, and Sleep Problems Among Adolescent Students: a Large-Scale Study. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2019 Aug 14;17(4):959–69. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11469-018-9937-1>
 45. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. *J Contemp Med* [Internet]. 2016;6(3). Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.16899/ctd.66303>
 46. Suler J. Why is This Thing Eating My Life? Computer and Cyberspace Addiction at the “Palace.” In: *The Psychology of Cyberspace(internet)* [Internet]. 1996. Available from: <http://www-usr.rider.edu/~suler/psycyber/eatlife.html>
 47. Young KS. What Makes The Internet Addictive: Potential Explanations For Pathological Internet Use. In: *105th Annual Conference of the American Psychological Association*. Chicago; 1997.

48. Davis RA. A Cognitive-Behavioral Model Of Pathological Internet Use. *Comput Human Behav* [Internet]. 2001 Mar;17(2):187–95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0747563200000418>
49. Caplan SE. Preference For Online Social Interaction: A Theory Of Problematic Internet Use And Psychosocial Well-Being. *Communic Res* [Internet]. 2003 Dec 29;30(6):625–48. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0093650203257842>
50. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J. The Addicted Human Brain Viewed In The Light Of Imaging Studies: Brain Circuits And Treatment Strategies. *Neuropharmacology* [Internet]. 2004 Jan;47(SUPPL. 1):3–13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0028390804002163>
51. Park B, Han DH, Roh S. Neurobiological Findings Related To Internet Use Disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(7):467–78.
52. Meng Y, Deng W, Wang H, Guo W, Li T. The prefrontal dysfunction in individuals with Internet gaming disorder: a meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Addict Biol* [Internet]. 2015 Jul;20(4):799–808. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12154>
53. Liu J, Gao X-P, Osunde I, Li X, Zhou S-K, Zheng H-R, et al. Increased Regional Homogeneity In Internet Addiction Disorder: A Resting State Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Chin Med J (Engl)*. 2010 Jul;123(14):1904–8.
54. Hou H, Jia S, Hu S, Fan R, Sun W, Sun T, et al. Reduced Striatal Dopamine Transporters In People With Internet Addiction Disorder. *J Biomed Biotechnol*. 2012;2012.
55. Kim SH, Baik S-H, Park CS, Kim SJ, Choi SW, Kim SE. Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. *Neuroreport* [Internet]. 2011 Jun 11;22(8):407–11. Available from: <https://journals.lww.com/00001756-201106110-00009>
56. Yuan K, Qin W, Wang G, Zeng F, Zhao L, Yang X, et al. Microstructure Abnormalities In Adolescents with Internet Addiction Disorder. Yang S, editor. *PLoS One* [Internet]. 2011 Jun 3;6(6):e20708. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0020708>
57. Zhou Y, Lin F, Du Y, Qin L, Zhao Z, Xu J, et al. Gray Matter Abnormalities In Internet Addiction: A Voxel-Based Morphometry Study. *Eur J Radiol* [Internet]. 2011 Jul;79(1):92–5.

- Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0720048X09005890>
58. Naqvi NH, Bechara A. The Hidden Island Of Addiction: The Insula. Trends Neurosci [Internet]. 2009 Jan;32(1):56–67. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0166223608002464>
 59. Namkung H, Kim S-H, Sawa A. The Insula: An Underestimated Brain Area in Clinical Neuroscience, Psychiatry, and Neurology. Trends Neurosci [Internet]. 2017 Apr;40(4):200–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0166223617300176>
 60. Han DH, Lee YS, Yang KC, Kim EY, Lyoo IK, Renshaw PF. Dopamine Genes and Reward Dependence in Adolescents with Excessive Internet Video Game Play. J Addict Med [Internet]. 2007 Sep;1(3):133–8. Available from: <https://journals.lww.com/01271255-200709000-00003>
 61. Lee YS, Han DH, Yang KC, Daniels MA, Na C, Kee BS, et al. Depression Like Characteristics Of 5HTTLPR Polymorphism And Temperament In Excessive Internet Users. J Affect Disord [Internet]. 2008 Jul;109(1–2):165–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032707003801>
 62. Kim J-Y, Jeong J-E, Rhee J-K, Cho H, Chun J-W, Kim T-M, et al. Targeted Exome Sequencing For The Identification Of A Protective Variant Against Internet Gaming Disorder At rs2229910 Of Neurotrophic Tyrosine Kinase Receptor, Type 3 (NTRK3): A Pilot Study. J Behav Addict [Internet]. 2016 Dec;5(4):631–8. Available from: <https://akjournals.com/doi/10.1556/2006.5.2016.077>
 63. Ko C-H, Liu T-L, Wang P-W, Chen C-S, Yen C-F, Yen J-Y. The Exacerbation Of Depression, Hostility, And Social Anxiety In The Course Of Internet Addiction Among Adolescents: A Prospective Study. Compr Psychiatry [Internet]. 2014 Aug;55(6):1377–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.003>
 64. Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, et al. The Association between Pathological Internet Use and Comorbid Psychopathology: A Systematic Review. Psychopathology [Internet]. 2013;46(1):1–13. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/337971>
 65. Ho RC, Zhang MWB, Tsang TY, Toh AH, Pan F, Lu Y, et al. The Association Between

- İnternet Addiction And Psychiatric Co-Morbidity: A Meta-Analysis. BMC Psychiatry [Internet]. 2014 Dec 20;14(1):183. Available from: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-183>
66. Marin MG, Nuñez X, de Almeida RMM. Internet Addiction and Attention in Adolescents: A Systematic Review. Cyberpsychology, Behav Soc Netw [Internet]. 2021 Apr 1;24(4):237–49. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cyber.2019.0698>
67. Alimoradi Z, Lin C-Y, Broström A, Bülow PH, Bajalan Z, Griffiths MD, et al. Internet addiction and sleep problems: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev [Internet]. 2019 Oct;47:51–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1087079219300267>
68. Sereyim S, Çayköylü A. Obsesif Kompulsif Ve İlişkili Bozukluklar Tanisi Almış Bireylerin İnternet Bağımlılığı Açısından Sağlıklı Gönüllülerle Karşılaştırılması. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2018.
69. Şimsek M, Aktürk I, Dinç M, Işık S, Ögel K. Bir Bağımlılık Danışma Merkezinde Uygulanan Tedavi Programına Yönelik Etkililik Değerlendirmesi : YEDAM Örneği. Addicta Turkish J Addict. 2019;797–819.
70. Pezoa-Jares RE. Internet Addiction: A Review. J Addict Res Ther [Internet]. 2012; Available from: <https://www.omicsonline.org/internet-addiction-a-review-2155-6105.S6-004.php?aid=10923>
71. Przepiorka AM, Blachnio A, Miziak B, Czuczwar SJ. Clinical Approaches To Treatment Of Internet Addiction. Pharmacol Reports [Internet]. 2014 Apr;66(2):187–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pharep.2013.10.001>
72. Sayette MA. The Role of Craving in Substance Use Disorders: Theoretical and Methodological Issues. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2016 Mar 28;12(1):407–33. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093351>
73. Limbrick-Oldfield EH, Mick I, Cocks RE, McGonigle J, Sharman SP, Goldstone AP, et al. Neural Substrates Of Cue Reactivity And Craving İn Gambling Disorder. Transl Psychiatry [Internet]. 2017 Jan 3;7(1):e992–e992. Available from: <http://www.nature.com/articles/tp2016256>

74. Zhang J-T, Ma S-S, Li C-SR, Liu L, Xia C-C, Lan J, et al. Craving Behavioral Intervention For Internet Gaming Disorder: Remediation Of Functional Connectivity Of The Ventral Striatum. *Addict Biol* [Internet]. 2018 Jan;23(1):337–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12474>
75. Park SK, Kim JY, Cho CB. Prevalence Of Internet Addiction And Correlations With Family Factors Among South Korean Adolescents. *Adolescence* [Internet]. 2008;43(172):895–909. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19149152>
76. Young KS. Cognitive Behavior Therapy With Internet Addicts: Treatment Outcomes And Implications. *Cyberpsychology Behav*. 2007;10(5):671–9.
77. Zajac, Kristyn ; Ginley, Meredith K. ;Chang, Rocio ; Petry NM. Treatments for Internet Gaming Disorder and Internet Addiction. *Physiol Behav*. 2016;176(1):100–106.
78. Malinauskas R, Malinauskiene V. A Meta-Analysis Of Psychological Interventions For Internet/Smartphone Addiction Among Adolescents. *J Behav Addict*. 2019;8(4):613–24.
79. Winkler A, Dörsing B, Rief W, Shen Y, Glombiewski JA. Treatment Of Internet Addiction: A Meta-Analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013;33(2):317–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.005>
80. Dell’Osso B, Hadley S, Allen A, Baker B, Chaplin WF, Hollander E. Escitalopram In The Treatment Of Impulsive-Compulsive Internet Usage Disorder: An Open-Label Trial Followed By A Double-Blind Discontinuation Phase. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2022 May 1];69(3):452–6. Available from: /record/2009-03009-016
81. Bipeta R, Yerramilli SSRR, Karredla AR, Gopinath S. Diagnostic Stability Of Internet Addiction In Obsessive-Compulsive Disorder: Data From A Naturalistic One-Year Treatment Study. *Innov Clin Neurosci*. 2015;12(3–4):14–23.
82. Han DH, Renshaw PF. Bupropion In The Treatment Of Problematic Online Game Play In Patients With Major Depressive Disorder. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2012 May 29;26(5):689–96. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881111400647>
83. Song J, Park JH, Han DH, Roh S, Son JH, Choi TY, et al. Comparative Study Of The Effects Of Bupropion And Escitalopram On Internet Gaming Disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*.

- 2016;70(11):527–35.
84. Park JH, Lee YS, Sohn JH, Han DH. Effectiveness Of Atomoxetine And Methylphenidate For Problematic Online Gaming In Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2016;31(6):427–32.
 85. Lam D. An exploratory study of gambling motivations and their impact on the purchase frequencies of various gambling products. *Psychol Mark* [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2022 May 2];24(9):815–27. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mar.20185>
 86. Ferentzy P, Turner NE. Pathological Gambling up to the Early Twentieth Century: Sins, Disease Metaphors, and Early Efforts at Medicalization. In: *The History of Problem Gambling: Temperance, Substance Abuse, Medicine, and Metaphors* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 51–78. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6699-4_4
 87. Council NR. Pathological Gambling: A Critical Review [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 1999. 9–12 p. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/6329/pathological-gambling-a-critical-review>
 88. Çakmak S, Tamam L. Gambling Disorder: An Overview. *Bağımlılık Dergisi-Journal Depend*. 2018;19(3):78–97.
 89. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 4th Ed. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994. xxvii, 886–xxvii, 886.
 90. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, Grant JE, Petry NM, Verdejo-Garcia A, et al. Gambling Disorder. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2019 Dec 25;5(1):51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
 91. World Health Organization. 6C50 Gambling Disorder [Internet]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <http://id.who.int/icd/entity/1041487064>
 92. Potenza MN. Should Addictive Disorders Include Non-Substance-Related Conditions? *Addiction* [Internet]. 2006 Sep;101:142–51. Available from:

- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2006.01591.x>
93. Potenza MN, Koran LM, Pallanti S. The Relationship Between Impulse-Control Disorders And Obsessive-Compulsive Disorder: A Current Understanding And Future Research Directions. *Psychiatry Res* [Internet]. 2009 Nov;170(1):22–31. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178108002047>
 94. Petry NM, Blanco C, Stinchfield R, Volberg R. An Empirical Evaluation Of Proposed Changes For Gambling Diagnosis In The DSM-5. *Addiction* [Internet]. 2013 Mar;108(3):575–81. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.04087.x>
 95. O'Brien C. Addiction And Dependence In DSM-V. *Addiction* [Internet]. 2011 May;106(5):866–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x>
 96. Petry NM. Pathological Gambling And The DSM-V. *Int Gambler Stud* [Internet]. 2010 Aug;10(2):113–5. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14459795.2010.501086>
 97. Williams RJ, Volberg RA, Stevens RMG. The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Te [Internet]. Ontario Problem Gambling Research Centre; 2012. Available from: <http://hdl.handle.net/10133/3068>
 98. Calado F, Griffiths MD. Problem Gambling Worldwide: An Update And Systematic Review Of Empirical Research (2000–2015). *J Behav Addict* [Internet]. 2016 Dec;5(4):592–613. Available from: <https://akjournals.com/doi/10.1556/2006.5.2016.073>
 99. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* [Internet]. 2008 Sep 7;38(9):1351–60. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291708002900/type/journal_article
 100. Petry NM, Blanco C, Jin C, Grant BF. Concordance between gambling disorder diagnoses in the DSM-IV and DSM-5: Results from the National Epidemiological Survey of Alcohol and

- Related Disorders. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2014 Jun;28(2):586–91. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0034661>
101. Köksoy Vayisoğlu S, Öncü E, Güven Y. Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama Sıklığı ve Heyecan Arama Davranışı ile İlişkisi. *Addicta Turkish J Addict* [Internet]. 2019 Apr 11;6(1):69–90. Available from: <http://www.addicta.com.tr/en/the-frequency-of-gambling-among-university-students-and-its-relationships-to-their-sensation-seeking-behaviors-1387>
 102. Reiff J, Jost WH. Drug-İnduced İmpulse Control Disorders İn Parkinson’s Disease. *J Neurol* [Internet]. 2011 May 11;258(S2):323–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00415-011-5932-1>
 103. Cowlshaw S, Hakes JK. Pathological and problem gambling in substance use treatment: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict* [Internet]. 2015 Aug;24(5):467–74. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajad.12242>
 104. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005 May 15;66(05):564–74. Available from: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10001305>
 105. Welte JW, Barnes GM, Tidwell M-CO, Wieczorek WF. Predictors of Problem Gambling in the U.S. *J Gambl Stud* [Internet]. 2017 Jun 24;33(2):327–42. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10899-016-9639-1>
 106. Delfabbro P, King DL, Browne M, Dowling NA. Do EGMs have a Stronger Association with Problem Gambling than Racing and Casino Table Games? Evidence from a Decade of Australian Prevalence Studies. *J Gambl Stud* [Internet]. 2020 Jun 18;36(2):499–511. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10899-020-09950-5>
 107. Allami Y, Hodgins DC, Young M, Brunelle N, Currie S, Dufour M, et al. A Meta-Analysis Of Problem Gambling Risk Factors İn The General Adult Population. *Addiction* [Internet]. 2021 Nov 11;116(11):2968–77. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.15449>
 108. Gainsbury SM. Online Gambling Addiction: the Relationship Between Internet Gambling and Disordered Gambling. *Curr Addict Reports* [Internet]. 2015 Jun 1;2(2):185–93. Available

from: <https://link.springer.com/10.1007/s40429-015-0057-8>

109. McCormack A, Griffiths MD. Motivating and Inhibiting Factors in Online Gambling Behaviour: A Grounded Theory Study. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2012 Feb 18;10(1):39–53. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11469-010-9300-7>
110. Potenza MN, Wareham JD, Steinberg MA, Rugle L, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S, et al. Correlates of At-Risk/Problem Internet Gambling in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2011 Feb;50(2):150-159.e3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856710008518>
111. Blaszczynski A, Nower L. A Pathways Model Of Problem And Pathological Gambling. *Addiction* [Internet]. 2002 May;97(5):487–99. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
112. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling Disorders. *Lancet* [Internet]. 2011 Nov;378(9806):1874–84. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361062185X>
113. Sharpe L. A Reformulated Cognitive–Behavioral Model Of Problem Gambling. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2002 Feb;22(1):1–25. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735800000878>
114. Bozkurt M. Dünden Bugüne kumar Oynama Bozukluğu. In: Evren C, editor. *Davranışsal Bağımlılıklar Temel Başvuru Kitabı*. 1th ed. Ankara: TÜRK PSİKIYATRİ DERNEĞİ; 2020. p. 89–126.
115. Toneatto T. Cognitive Psychopathology of Problem Gambling. *Subst Use Misuse* [Internet]. 1999 Jan 3;34(11):1593–604. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10826089909039417>
116. Zhang K, Clark L. Loss-Chasing In Gambling Behaviour: Neurocognitive And Behavioural Economic Perspectives. *Curr Opin Behav Sci* [Internet]. 2020 Feb;31:1–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352154619301068>
117. Clark L, Boileau I, Zack M. Neuroimaging of reward mechanisms in Gambling disorder: an integrative review. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2019 May 13;24(5):674–93. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41380-018-0230-2>

118. Jessup RK, O'Doherty JP. Human Dorsal Striatal Activity during Choice Discriminates Reinforcement Learning Behavior from the Gambler's Fallacy. *J Neurosci* [Internet]. 2011 Apr 27;31(17):6296–304. Available from: <https://www.jneurosci.org/lookup/doi/10.1523/JNEUROSCI.6421-10.2011>
119. Luijten M, Schellekens AF, Kühn S, Machielse MWJ, Sescousse G. Disruption of Reward Processing in Addiction. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 Apr 1;74(4):387. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2016.3084>
120. Clark L, Stokes PR, Wu K, Michalczuk R, Benecke A, Watson BJ, et al. Striatal Dopamine D2/D3 Receptor Binding In Pathological Gambling Is Correlated With Mood-Related Impulsivity. *Neuroimage* [Internet]. 2012 Oct;63(1):40–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053811912006830>
121. Boileau I, Payer D, Chugani B, Lobo DSS, Houle S, Wilson AA, et al. In Vivo Evidence For Greater Amphetamine-Induced Dopamine Release In Pathological Gambling: A Positron Emission Tomography Study With [11C]-(+)-PHNO. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2014 Dec 10;19(12):1305–13. Available from: <https://www.nature.com/articles/mp2013163>
122. van Holst RJ, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE. Why Gamblers Fail To Win: A Review Of Cognitive And Neuroimaging Findings In Pathological Gambling. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2010 Jan;34(1):87–107. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763409001055>
123. Cohen MX, Krohn-Grimberghe A, Elger CE, Weber B. Dopamine gene predicts the brain's response to dopaminergic drug. *Eur J Neurosci* [Internet]. 2007 Dec 10;26(12):3652–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9568.2007.05947.x>
124. de Ruiter MB, Veltman DJ, Goudriaan AE, Oosterlaan J, Sjoerds Z, van den Brink W. Response Perseveration and Ventral Prefrontal Sensitivity to Reward and Punishment in Male Problem Gamblers and Smokers. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2009 Mar 1;34(4):1027–38. Available from: <http://www.nature.com/articles/npp2008175>
125. Potenza MN. The Neural Bases Of Cognitive Processes In Gambling Disorder. *Trends Cogn Sci* [Internet]. 2014 Aug;18(8):429–38. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1364661314000795>

126. Verdejo-Garcia A, Clark L, Dunn BD. The role of interoception in addiction: A critical review. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2012 Sep;36(8):1857–69. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763412000863>
127. Dedovic K, Duchesne A, Andrews J, Engert V, Pruessner JC. The Brain And The Stress Axis: The Neural Correlates Of Cortisol Regulation In Response To Stress. *Neuroimage* [Internet]. 2009 Sep;47(3):864–71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053811909005837>
128. Rahman AS, Xu J, Potenza MN. Hippocampal And Amygdalar Volumetric Differences In Pathological Gambling: A Preliminary Study Of The Associations With The Behavioral Inhibition System. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2014 Feb 27;39(3):738–45. Available from: <http://www.nature.com/articles/npp2013260>
129. Slutske WS, Zhu G, Meier MH, Martin NG. Genetic and Environmental Influences on Disordered Gambling in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010 Jun 1;67(6):624. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2010.51>
130. Lind PA, Zhu G, Montgomery GW, Madden PAF, Heath AC, Martin NG, et al. Genome-Wide Association Study Of A Quantitative Disordered Gambling Trait. *Addict Biol* [Internet]. 2013 May;18(3):511–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-1600.2012.00463.x>
131. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Hampshire A, Schreiber LRN, Kim SW. A proof of concept study of tolcapone for pathological gambling: Relationships with COMT genotype and brain activation. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2013 Nov;23(11):1587–96. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X13002083>
132. Walker M, Toneatto T, Potenza MN, Petry N, Ladouceur R, Hodgins DC, et al. A Framework For Reporting Outcomes In Problem Gambling Treatment Research: The Banff, Alberta Consensus. *Addiction* [Internet]. 2006 Apr;101(4):504–11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.01341.x>
133. Slutske WS. Natural Recovery and Treatment-Seeking in Pathological Gambling: Results of Two U.S. National Surveys. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 Feb;163(2):297–302. Available

from: papers2://publication/uuid/5970A04E-79BB-4447-84FB-C9ACA02A5966

134. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS, et al. Gender-Related Differences in the Characteristics of Problem Gamblers Using a Gambling Helpline. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 Sep;158(9):1500–5. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.9.1500>
135. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):587–96.
136. Menchon JM, Mestre-Bach G, Steward T, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S. An Overview Of Gambling Disorder: From Treatment Approaches To Risk Factors. *F1000Research* [Internet]. 2018 Apr 9;7(0):434. Available from: <https://f1000research.com/articles/7-434/v1>
137. Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological Therapies For Pathological And Problem Gambling. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 Nov 14;(11). Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
138. Bartley CA, Bloch MH. Meta-Analysis: Pharmacological Treatment Of Pathological Gambling. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2013 Aug 9;13(8):887–94. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/14737175.2013.814938>
139. Grant JE, Schreiber LRNR, Odlaug BL. Phenomenology and Treatment of Behavioural Addictions. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2013 May 1;58(5):252–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371305800502>
140. Kim SW. Opioid Antagonists in the Treatment of Impulse-Control Disorders. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1998 Apr 15;59(4):165–71. Available from: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10006055>
141. Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cynningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, et al. Multicenter Investigation of the Opioid Antagonist Nalmefene in the Treatment of Pathological Gambling. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 Feb;163(2):303–12. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.163.2.303>
142. Grant JE, Odlaug BL, Potenza MN, Hollander E, Kim SW. Nalmefene In The Treatment Of Pathological Gambling: Multicentre, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Br J*

- Psychiatry [Internet]. 2010 Oct 2;197(4):330–1. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000253221/type/journal_article
143. Grant JE, Kim SW, Hollander E, Potenza MN. Predicting Response To Opiate Antagonists And Placebo In The Treatment Of Pathological Gambling. Psychopharmacology (Berl) [Internet]. 2008 Nov 26;200(4):521–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00213-008-1235-3>
 144. Choi BY, Huh S, Kim D-J, Suh SW, Lee S-K, Potenza MN. Transitions in Problematic Internet Use: A One-Year Longitudinal Study of Boys. Psychiatry Investig [Internet]. 2019 Jun 25;16(6):433–42. Available from: <http://psychiatryinvestigation.org/journal/view.php?doi=10.30773/pi.2019.04.02.1>
 145. Potenza MN. Neurobiology Of Gambling Behaviors. Curr Opin Neurobiol [Internet]. 2013 Aug;23(4):660–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959438813000718>
 146. Black DW, Arndt S, Coryell WH, Argo T, Forbush KT, Shaw MC, et al. Bupropion In The Treatment Of Pathological Gambling. J Clin Psychopharmacol [Internet]. 2007 Apr;27(2):143–50. Available from: <https://journals.lww.com/00004714-200704000-00004>
 147. Tunbridge EM. Catechol-O-Methyltransferase Inhibition Improves Set-Shifting Performance and Elevates Stimulated Dopamine Release in the Rat Prefrontal Cortex. J Neurosci [Internet]. 2004 Jun 9;24(23):5331–5. Available from: <https://www.jneurosci.org/lookup/doi/10.1523/JNEUROSCI.1124-04.2004>
 148. McElroy SL, Nelson EB, Welge JA, Kaehler L, Keck PE. Olanzapine In The Treatment Of Pathological Gambling. J Clin Psychiatry [Internet]. 2008 Mar 15;69(3):433–40. Available from: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10003445>
 149. Cocker PJ, Hosking JG, Murch WS, Clark L, Winstanley CA. Activation of dopamine D4 receptors within the anterior cingulate cortex enhances the erroneous expectation of reward on a rat slot machine task. Neuropharmacology [Internet]. 2016 Jun;105:186–95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0028390816300193>
 150. Cocker PJ, Lin MY, Barrus MM, Le Foll B, Winstanley CA. The Agranular And Granular Insula Differentially Contribute To Gambling-Like Behavior On A Rat Slot Machine Task:

- Effects Of Inactivation And Local Infusion Of A Dopamine D4 Agonist On Reward Expectancy. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2016 Sep 14;233(17):3135–47. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00213-016-4355-1>
151. Kalivas PW, Volkow N, Seamans J. Unmanageable Motivation in Addiction: A Pathology in Prefrontal-Accumbens Glutamate Transmission. *Neuron* [Internet]. 2005 Mar;45(5):647–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0896627305001212>
 152. Kalivas PW, Volkow ND. The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005 Aug;162(8):1403–13. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.8.1403>
 153. Kalivas PW. The Glutamate Homeostasis Hypothesis Of Addiction. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2009 Aug 1;10(8):561–72. Available from: <http://www.nature.com/articles/nrn2515>
 154. Kalivas PW, Volkow ND. New medications for drug addiction hiding in glutamatergic neuroplasticity. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2011 Oct 26;16(10):974–86. Available from: <https://www.nature.com/articles/mp201146>
 155. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL. N-Acetyl Cysteine, a Glutamate-Modulating Agent, in the Treatment of Pathological Gambling: A Pilot Study. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2007 Sep;62(6):652–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322306015101>
 156. Dowling NA, Merkouris SS, Lorains FK. Interventions For Comorbid Problem Gambling And Psychiatric Disorders: Advancing A Developing Field Of Research. *Addict Behav* [Internet]. 2016 Jul;58:21–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460316300375>
 157. Yip SW, Potenza MN. Treatment of Gambling Disorders. *Curr Treat Options Psychiatry* [Internet]. 2014 Jun 22;1(2):189–203. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40501-014-0014-5>
 158. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Potenza MN, Schreiber LRN, Donahue CB, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of N -Acetylcysteine Plus Imaginal Desensitization for Nicotine-Dependent Pathological Gamblers. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan

- 15;75(01):39–45. Available from:
<http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10008478>
159. Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Rossi NB. Does Sustained-Release Lithium Reduce Impulsive Gambling and Affective Instability Versus Placebo in Pathological Gamblers With Bipolar Spectrum Disorders? *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005 Jan;162(1):137–45. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.1.137>
160. Grant JE, Potenza MN. Escitalopram Treatment Of Pathological Gambling With Co-Occurring Anxiety: An Open-Label Pilot Study With Double-Blind Discontinuation. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2006 Jul;21(4):203–9. Available from: <http://journals.lww.com/00004850-200607000-00002>
161. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. *Schema Therapy Distinctive Features* 1st Edition. 1st ed. Şaşıoğlu M, Karaosmanoğlu HA, Azizlerli N, editors. Routledge, EN, CA: Psikonet Yayınları; 2011. 184 p.
162. Bartlett FC. *Remembering: A Study In Experimental And Social Psychology*. Cambridge University Press. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1932. xix, 317–xix, 317.
163. Ozdemir O, Ozdemir P, Kadak M, Nasiroglu S. Personality Development. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry* [Internet]. 2012;4(4):566. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.5455/cap.20120433>
164. Ozdel K. Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klin J Psychiatry-Special Top* [Internet]. 2015;8:10–20. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-dunden-bugune-bilissel-davranisci-terapiler-teori-ve-uygulama-71492.html>
165. Arkar H. Beck’in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam*. 1992;5:37–40.
166. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and Coping. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2010 Jan 1;61(1):679–704. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
167. Lazarus RS, Folkman S. *The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations*. In: Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company; 1984. p. 460.
168. Billings AG, Moos RH. *The Role Of Coping Responses And Social Resources In Attenuating*

- The Stress Of Life Events. J Behav Med [Internet]. 1981 Jun;4(2):139–57. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF00844267>
169. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching For The Structure Of Coping: A Review And Critique Of Category Systems For Classifying Ways Of Coping. Psychol Bull [Internet]. 2003 Mar;129(2):216–69. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.129.2.216>
170. Ball SA, Cecero JJ. Addicted Patients with Personality Disorders: Traits, Schemas, and Presenting Problems. J Pers Disord [Internet]. 2001 Feb;15(1):72–83. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.15.1.72.18642>
171. Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, Kocabas T, Topak OZ, Cetin S, et al. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. Turkish J Psychiatry [Internet]. 2019; Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23431>
172. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument For The Identification Of Pathological Gamblers. Am J Psychiatry [Internet]. 1987 Sep;144(9):1184–8. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.144.9.1184>
173. Duvarcı I, Varan A. South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatr Derg. 2001;12(1):34–45.
174. Bayraktar F. İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir. 2001.
175. Boysan M, Kuss DJ, Barut Y, Ayköse N, Güleç M, Özdemir O. Psychometric Properties Of The Turkish Version Of The Internet Addiction Test (IAT). Addict Behav [Internet]. 2017 Jan;64:247–52. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460315300137>
176. Meng S-Q, Cheng J-L, Li Y-Y, Yang X-Q, Zheng J-W, Chang X-W, et al. Global Prevalence Of Digital Addiction In General Population: A Systematic Review And Meta-Analysis. Clin Psychol Rev [Internet]. 2022 Mar;92:102128. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735822000137>

177. Young JE. Young Schema Questionnaire- Short Form 3 (YSQ-S3) [Internet]. New York, NY: Cognitive Therapy Centre of New York; 2005. Available from: www.schematherapy.com
178. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z. Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatr Derg.* 2009;20(1):75–84.
179. Young JE. The Young Compensation Inventory [Internet]. New York, NY: Cognitive Therapy Centre of New York; 1995. Available from: www.schematherapy.com
180. Karaosmanoğlu HA, Soygüt G, Kabul A. Psychometric Properties Of The Turkish Young Compensation Inventory. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2013 Mar;20(2):171–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.787>
181. Young JE, Rygh J. The Young-Rygh Avoidance Inventory [Internet]. New York, NY: Cognitive Therapy Centre of New York; 1994. Available from: www.schematherapy.com
182. Soygüt G, Gülüm İV, Karaosmanoğlu HA. Psychometric Properties of the Turkish Young-Rygh Avoidance Inventory. *J Cogn Psychother* [Internet]. 2021 Feb 1;35(1):6–19. Available from: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/JCPSY-D-19-00024>
183. Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. Gambling and Early Maladaptive Schemas in a Treatment-seeking Sample of Male Alcohol Users. *Addict Disord Their Treat* [Internet]. 2012 Dec;11(4):173–82. Available from: <https://journals.lww.com/00132576-201212000-00001>
184. Bahamón Muñetón MJ. The Relationship Between Maladaptive Schemes, Cognitive Distortions And Symptoms Of Pathological Gambling Among Gamblers İn Casinos. *Pensam Psicológico.* 2013;11(2):89–102.
185. Knapík P, Slancová K. Core Beliefs - Schemas and Coping Styles in Addictions. *Cogn Remediat J* [Internet]. 2020 May 12;9(3):9–19. Available from: <http://cognitive-remediation-journal.com/doi/10.5507/crj.2020.003.html>
186. Shorey RC, Anderson SE, Stuart GL. Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2012 Jan 7;47(1):108–16. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10826084.2011.629706>
187. Karayığit S. Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları İle Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.

188. Imperatori C, Innamorati M, Lester D, Continisio M, Balsamo M, Saggino A, et al. The Association between Food Addiction and Early Maladaptive Schemas in Overweight and Obese Women: A Preliminary Investigation. *Nutrients* [Internet]. 2017 Nov 17;9(11):1259. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/9/11/1259>
189. Aloï M, Verrastro V, Rania M, Sacco R, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, et al. The Potential Role of the Early Maladaptive Schema in Behavioral Addictions Among Late Adolescents and Young Adults. *Front Psychol* [Internet]. 2020 Jan 21;10. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.03022/full>
190. Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB, Clark GI, Murray C V. The Relationship Between Early Maladaptive Schemas And İnterpersonal Problems: A Meta-Analytic Review. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2020 May 21;27(3):408–47. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2439>
191. Eisenberger NI. The Pain Of Social Disconnection: Examining The Shared Neural Underpinnings Of Physical And Social Pain. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2012 Jun 3;13(6):421–34. Available from: <http://www.nature.com/articles/nrn3231>
192. Bakhshi Bojed F, Nikmanesh Z. Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. *Int J High Risk Behav Addict* [Internet]. 2013 Sep 25;2(2):72–6. Available from: <https://brief.land/ijhrba/articles/56826.html>
193. Estévez A, Calvete E. Cognitive Schemata İn People Suffering From Pathological Gambling And Their Relationships With Parenting. *Clínica y Salud*. 2007;18(1):23–43.
194. Jauregui P, Onaindia J, Estévez A. Adaptive and Maladaptive Coping Strategies in Adult Pathological Gamblers and Their Mediating Role with Anxious-Depressive Symptomatology. *J Gambl Stud* [Internet]. 2017 Dec 8;33(4):1081–97. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10899-017-9675-5>
195. Alevsacılar S. Madde Bağımlılarında Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme [Internet]. 2015. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/673178>.
196. Gülder Altuner Ö. Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Altında Bulunan

- Bireylerin Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi; 2021.
197. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early Maladaptive Schemas İn Overweight And Obesity: A Schema Mode Model. Heliyon [Internet]. 2019 Sep;5(9):e02361. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405844019360219>
198. van Wijk-Herbrink MF, Bernstein DP, Broers NJ, Roelofs J, Rijkeboer MM, Arntz A. Internalizing and Externalizing Behaviors Share a Common Predictor: the Effects of Early Maladaptive Schemas Are Mediated by Coping Responses and Schema Modes. J Abnorm Child Psychol [Internet]. 2018 Jul 12;46(5):907–20. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10802-017-0386-2>
199. Hosseinfard SM, Kaviani N. Comparing the Early Maladaptive Schemas, Attachment and Coping Styles in Opium and Stimulant Drugs Dependent Men in Kerman, Iran. Addict Heal [Internet]. 2015;7(1–2):30–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26322208> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4530191>
200. Shajari F, Sohrabi F, Jomehri F. Relationship between Early Maladaptive Schema and Internet Addiction:A Cross-Sectional Study. Asian J Pharm Res Heal Care [Internet]. 2016 Jun 23;8(3):84. Available from: <http://www.informaticsjournals.com/index.php/ajprhc/article/view/4334>
201. AKSOY F, ÜNÜBOL H. Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ile Şema Mekanizmaları Arasındaki İlişki. Bağımlılık Derg [Internet]. 2021 Jun 30;22(2):103–13. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.51982/bagimli.806920>
202. ULUDAĞ NÖ. Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı Ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ; 2022.
203. Lei H, Cheong CM, Li S, Lu M. The Relationship Between Coping Style And Internet Addiction Among Mainland Chinese Students: A Meta-Analysis. Psychiatry Res [Internet]. 2018 Dec;270:831–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178118311351>
204. Peker İ. Kumar Sorunu Olan Bireylerde Kumarla İlgili Bilişlerin Kumar Oynama, Depresyon Şiddeti Ve Tedavi Motivasyonu İle İlişkisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.

205. Soyata AZ. Kumar Oynama Bozukluğu Tanılı Olgularda Transkraniyal Doğru Akım Uyarımı Uygulamasının Iowa Kumar Testi Ve Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisinin İncelenmesi. İstanbul Tıp Fakültesi; 2017.
206. Bakken IJ, Wenzel HG, Gøtestam KG, Johansson A, Øren A. Internet Addiction Among Norwegian Adults: A Stratified Probability Sample Study. *Scand J Psychol* [Internet]. 2009 Apr;50(2):121–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2008.00685.x>
207. Soyata AZ, Suleyman F, Kinay D, Sanal Y, Yargic LI. Sociodemographical And Clinical Features Of Treatment-Seeking Patients With Gambling Disorder. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2015;25(Supplement 1):S77.
208. Kim K, Lee H, Hong JP, Cho MJ, Fava M, Mischoulon D, et al. Poor Sleep Quality And Suicide Attempt Among Adults With İnternet Addiction: A Nationwide Community Sample Of Korea. Hashimoto K, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Apr 6;12(4):e0174619. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0174619>
209. Valenciano-Mendoza E, Fernández-Aranda F, Granero R, Gómez-Peña M, Moragas L, Mora-Maltas B, et al. Prevalence of Suicidal Behavior and Associated Clinical Correlates in Patients with Behavioral Addictions. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Oct 21;18(21):11085. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11085>
210. Kim B-S, Chang SM, Park JE, Seong SJ, Won SH, Cho MJ. Prevalence, Correlates, Psychiatric Comorbidities, And Suicidality İn A Community Population With Problematic Internet Use. *Psychiatry Res* [Internet]. 2016 Oct;244:249–56. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016517811530130X>
211. Cheng Y-S, Tseng P-T, Lin P-Y, Chen T-Y, Stubbs B, Carvalho AF, et al. Internet Addiction and Its Relationship With Suicidal Behaviors. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2018 Jun 5 [cited 2022 May 6];79(4):9291. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/internet-addiction-and-suicidal-behaviors>
212. Abbott MW. Gambling And Gambling-Related Harm: Recent World Health Organization Initiatives. *Public Health* [Internet]. 2020 Jul;184:56–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350620301062>

213. Ceyhan AA. İnternet Kullanma Temel Nedenlerine Göre Üniversite Öğrencilerinin Problemlİ İnternet Kullanımı Ve Algıladıkları İletişim Beceri Düzeyleri. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilim. 2011;11(1):59–77.



8.EKLER

EK-1.ETİK KURUL ONAYI VE TEZ ONAY FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kumar Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Baş Etme Yöntemleri Yönünden Karşılaştırılması			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. ABDURAHMAN YURTARSLAN ONKOLOJİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ:	T.C Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman YURTARSLAN Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mehmet Akif Ersoy Mahallesi 13. Cadde No:56 Yenimahalle-06200/ANKARA			
	TELEFON	0 312 336 96 81			
	FAKS	0 312 336 96 81			
	E-POSTA	cevile.toprak@saglik.gov.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji SUAM			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1			☐
		FAZ 2			☐
		FAZ 3			☐
FAZ 4				☐	
Gözlemsel ilaç çalışması				☐	
Tıbbi cihaz klinik araştırması				☐	
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları				☐	
İlaç dışı klinik araştırma				☒	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz				
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmamalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kumar Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Baş Etme Yöntemleri Yönünden Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DİĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021-02/1043	Tarih: 24.02.2021					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına teplaştıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Lütfi DOĞAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Lütfi DOĞAN	Genel Cerrahi	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Mustafa ARSLAN	Fizyoloji/Anestezi	Gazi Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐	
Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL	Halk Sağlığı	Gazi Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐	
Prof. Dr. Tolga Reşat AYDOS	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☒	
Doç. Dr. Merih KIZIL ÇAKAR	Hematoloji	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Nuzun ÇİLEDAĞ GÖKBAYRAK	Radyoloji	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Uzm. Dr. Ebru ATASEVER AKKAŞ	Radyoterapi	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Erdem ÖZTÜRK	Üroloji	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Op. Dr. Hakan BULAK	Genel Cerrahi	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Uzm. Dr. Özlem ŞEN	Anestezi	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Uzm. Dr. Bahar UNCU ULU	Hematoloji	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Ayşe OCAK DURAN	Tıbbi Onkoloji	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Recep ÖZTÜRK	Ortopedi	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Av. Arzu BATUR	Avukat	Ankara İl Sağlık Md.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐	
Uzm. Fiz. Müh. Dinçer YEĞEN	Mühendis	SBÜ Ankara Onkoloji SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Lütfi DOĞAN

Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

43	Dr.Yasemin ARIKOĞLU	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Kumar bağımlılığı ve internet bağımlılığının erken dönem uyumsuz şemalar ve baş etme yöntemleri yönünden karşılaştırılması	Kabul Edildi:
----	---------------------	---	--	---------------

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.05.2021-35653



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-86241737-100--35653
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

25.05.2021

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 20 Mayıs 2021 tarihinde saat 13:30'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr. Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 60 (altmış) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs
Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSL4MM98HC* Pin Kodu :08162
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



EK2-BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

	FORMLAR		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
DOKÜMAN NO: EY.FR.050	YAYIN TARİHİ: 30.01.2019	REV. TAR./REV. NO: 00/00	Sayfa 1 / 2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Adı: Kumar Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Baş Etme Yöntemleri Yönünden Karşılaştırılması

Araştırmanın Kolay Anlaşılr Adı: Kumar Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Baş Etme Yöntemleri Yönünden Karşılaştırılması

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Ali Çayköylü

Kumar Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Baş Etme Yöntemleri Yönünden Karşılaştırılması 'isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bu araştırmada Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel psikiyatri polikliniğine başvuran Kumar Bağımlılığı veya İnternet Bağımlılığı nedeniyle tedavi görmek isteyen hastalardaki erken dönem uyum bozucu şemalar ve bu şemalar ile baş etme yöntemlerinin karşılaştırılması yapılacaktır. Çalışmaya her iki tanı grubundan 30 ile 50 arasında, kontrol grubundan 30 ile 50 arasında gönüllü kişi alınacaktır. Çalışmanın amacı internet bağımlılığının ve kumar bağımlılığının erken dönem uyum bozucu şemalarını ve başa çıkma yöntemlerini karşılaştırmaktır.

Uygulanacak testler; Şemaların değerlendirilmesi amacıyla Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3, İnternet Bağımlılığının değerlendirilmesi amacıyla İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)

Kumar Bağımlılığının değerlendirilmesi amacı ile South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT), Başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek amacı ile Young Telafi Ölçeği (YTÖ) ve Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRKÖ) verilecektir.

Çalışmaya alındıktan sonra size verilen basılı formlardaki ölçeklerde yer alan soruları okuyarak, bu formlar üzerinde sizin için en uygun gelen seçenekleri işaretlemek suretiyle çalışmaya katılmış olacaksınız.

Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllüdür. Eğer soruları yanıtlamak istemiyorsanız şu anda formu bırakabileceğiniz gibi, sonraki bir zaman diliminde de istediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Ancak size verilen formları eksiksiz doldurmanız, bu araştırmadan sağlıklı bir sonuç alınabilmesi açısından önemlidir.

	FORMLAR	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
DOKÜMAN NO: EY.FR.050	YAYIN TARİHİ: 30.01.2019	REV. TAR./REV. NO: 00/00
		Sayfa 2 / 2

Çalışma için uygulanan ölçeklerin 20 dakika kadar süreceği tahmin edilmektedir.
Çalışmaya katılmanın size ya da sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir ek mali yükü yoktur.
Çalışma süresince size herhangi bir deneysel ilaç ya da tedavi şekli uygulanmayacaktır.
Çalışma anket çalışmasıdır.
Çalışmaya katılmanız ya da katılmayı reddetmeniz, sizin için bir farklılık ortaya çıkarmamaktadır.

Planlanan çalışmada, bireysel bilgileriniz ya da isminiz kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırma sırasında elde edilecek tüm bilgiler sizinle paylaşılacaktır.

Sizden maddi karşılık talep edilmeyecek ya da para, sigorta tazminat ödenmeyecektir.

Her türlü soru ve sorunlarınızla ilgili olarak Prof. Dr. Ali Çayköylü'ye 0312 395 95 95'den 1126 no'lu telefon aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

ONAM FORMU

Ben yukarıdaki bilgileri okudum ve hepsini anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir kopyasını da kendim için aldım.

Gönüllünün Adı – Soyadı

Oluru Alan Araştırmacının Adı – Soyadı

İmza

İmza

Tarih

Tarih

EK3-SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyeti a)E b)K

Yaş:

Eğitim: a) okur-yazar b) ilkokul mezunu c) ortaokul mezunu d) lise mezunu
e)yüksek okul f) üniversite

Medeni Durumu:

a) Bekar b) Evli c) Dul d) Boşanmış

Çocuk Sayısı:

Çalışma Durumu:

Kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Çekirdek Aile b)Geniş Aile c)Yalnız d)Ev Arkadaşları ile

Ailenin kazancı:

a) 2000 liradan az b)2000-5000 lira arası c)5000-10000 lira d)10000 lira ve üzeri

Yaşadığı yer:

a) Köy b) İlçe c) İl d) Büyükşehir

Suicid girişimi öyküsü: a)Evet b) Hayır

Sigara kullanımı: a) Evet (..... paket//gün) b) Hayır

Alkol kullanımı: a) Evet (..... Birim/hafta) b) Hayır

Yakınlarınızda tanı konmuş bir psikiyatrik bozukluğu olan var mı?

Evet () Hayır ()

Varsa kim ya da kimler

Varsa tanı nedir

İNTERNET BAĞIMLILIĞI GRUBU EK SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1) Evinizde internet bağlantısı var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 2) Kendiniz ait kişisel bir bilgisayarınız var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 3) İnternet bağlantısı mümkün olan bir cep telefonunuz (akıllı telefon) var mı?
 - a) Evet var
 - b) Hayır yok
- 4) İnternet erişiminizi en çok nasıl sağlıyorsunuz?
 - a) Evde kendine ait bilgisayar ile
 - b) Evde tüm aile fertlerinin kullandığı bilgisayar ile
 - c) Cep telefonum ile
 - d) İnternet kafeye giderek
 - e) Okulda veya iş yerindeki bilgisayarlar ile
- 5) Günlük internet kullanım sürenizi belirtiniz? (Cep telefonu ile olan dahil)
 - a) 1 saatten az
 - b) 1-2 sat
 - c) 3-4 saat
 - d) 5-6 saat
 - e) 7-8 saat
 - f) 9-10 saat
 - g) 10 saatten fazla
- 6) İnternete nasıl bağlanıyorsunuz? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)
 - a) Bilgisayar
 - b) Tablet
 - c) Akıllı telefon
 - d) Diğer (.....)
- 7) Yakınlarınızla internet kullanımı sorunu yaşıyor musunuz?
 - a) Hayır
 - b) Evet, bazen
 - c) Evet, sık
- 8) Planladığınızdan fazla internet kullanımınız oluyor mu?
 - a) Hayır
 - b) Evet, bazen
 - c) Evet, sık
- 9) İnternette planladığınız süreden fazla vakit geçirmenizin sebebi nelerdir?
 - a) İnternet başında geçirdiğim zamanı kontrol edemiyorum.
 - b) Günlük hayattaki sorunlarımdan ve sorumluluklarımdan uzaklaşmak istiyorum.
 - c) Tek zevk aldığım eğlence internet başında zaman geçirmektir.
 - d) İnternette günlük hayatta olduğumdan daha rahat ve sosyal biri olabiliyorum.
 - e) Günlük gelişmeleri ve olayları kaçırma ihtimali beni huzursuz ediyor.
- 10) İnternet kullanım amacınız nedir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz; En sık olanı belirtiniz)

a) Sosyal medya	e) Alışveriş yapmak
b) Chat/sohbet	f) Arkadaş edinmek
c) Oyun oynamak	g) Dizi/film/video izlemek
d) Bilgi edinmek/ödev yapmak	h) Diğer:

EK4-SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ (SOKTT)

EK 1

SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ (SOKTT) TÜRKÇE FORMU

İsim: _____ Tarih: _____

1. Bugüne kadar aşağıdaki kumar çeşitlerinden hangilerini oynadığınızı belirtiniz. Her kumar çeşidi için üç cevaptan (“hiç”, haftada bir kereden az “veya” haftada bir kere veya daha fazla”) birini işaretleyiniz.

	Hiç	Haftada bir kereden az	Haftada bir kere veya daha fazla
At yarışı	()	()	()
Parasına Kağıt Oyunları (yanık, poker gibi)	()	()	()
Parasına Okey	()	()	()
Parasına Zar Oyunları (barbut gibi)	()	()	()
Horoz Dövüşü	()	()	()
Spor-Toto veya Spor-Loto	()	()	()
Sayısal-Loto	()	()	()
Kazı-Kazan	()	()	()
Milli Piyango	()	()	()
Borsada Oynama	()	()	()
Casino Oyunları	()	()	()
Parasına Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo gibi)	()	()	()
Yukarıda Belirtilmeyen Başka Kumar Çeşitleri (Lütfen Yazınız: _____)	()	()	()

2. Bugüne kadar bir günde kumara yatırdığınız en fazla para ne kadardır?

_____ TL

3. Hayatınızdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu olduğunu işaretleyiniz:

- () Baba () Anne () Kardeşler
() Büyük anne ve baba () Eş veya partner () Çocuklar
() Diğer akrabalar () Arkadaş veya yaşamımdaki önemli başka biri

4. Kumar oynadığınızda, kaybettiğiniz parayı yeniden kazanmak için bir başka gün yine kumar oynamaya gider misiniz?

- () Hiç gitmem
() Bazen giderim (kaybettiğim zamanların yarısından azında)
() Kaybettiğim çoğu zaman giderim
() Her kaybettiğimde giderim

5. Gerçekten kazanmıyorken, hatta kaybettiğinizde, hiç kumardan para kazandığınızı iddia ettiğiniz oldu mu?

- () Asla
() Evet, kaybettiğim zamanların yarısının azında
() Evet, çoğu zaman

6. Bahis ve kumarla ilgili hiç sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?

- () Hayır
() Evet, geçmişte fakat şimdi değil
() Evet

7. Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?

- () Evet, oldu () Hayır, olmadı

8. Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri veya size kumar sorununuz olduğunu söyledikleri oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

9. Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

10. Bahse girmeyi veya kumar oynamayı bırakmak istediğiniz ama bunu yapamayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

11. Bahis kağıtlarını, piyango biletlerini, kumar paralarını, kumar borçlarını veya diğer bahis veya kumar delillerini eşinizden çocuklarınızdan veya hayatınızdaki diğer önemli insanlardan hiç sakladığınız oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

12. Birlikte yaşadığınız insanlarla parayı nasıl harcadığınız konusunda hiç tartıştığınız oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

13. (Eğer yukarıdaki soruyu Evet diye cevaplandırdıysanız) Para konusundaki tartışmaların hiç sizin kumar oynamanız üzerinde yoğunlaştığı oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

14. Hiç birinden borç alıp kumar yüzünden borcunuzu ödeyemediğiniz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

15. Bahis oynama veya kumar yüzünden hiç işinize veya okulunuza geç gittiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

16. Eğer kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek için borç aldıysanız, kimden veya nereden borç aldınız? (Lütfen işaretleyiniz)

☐ a. Evin parasından ☐ b. Akrabalarınızdan

☐ c. Bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından ☐ d. Kredi kartlarından

☐ e. Tefecilerden ☐ f. Şahsi veya ailevi eşya veya malları satma

☐ g. Arkadaş veya tanıdıklardan

☐ h. Altın, mücevher gibi birikimleri paraya çevirme ☐ j. Bahisçiye borçlanma

☐ k. Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp sahibine) borçlanma

EK 5- İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (İBÖ)

İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (İBÖ)

1	Ne sıklıkla planladığınızdan fazla süre internette kalıyorsunuz?	1	2	3	4	5
2	Ne sıklıkla internette kalmak için günlük ev işlerini ihmal edersiniz?	1	2	3	4	5
3	Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olmak yerine interneti tercih edersiniz?	1	2	3	4	5
4	Ne sıklıkla internet kullanan kişilerle yeni ilişkiler kurarsınız?	1	2	3	4	5
5	Ne sıklıkla bir işe başlanmadan önce e-postanızı(e-mail) denetlersiniz?	1	2	3	4	5
6	Ne sıklıkla okula devamınız internetten dolayı olumsuz etkilenir?	1	2	3	4	5
7	Herhangi biri internette ne yaptığınızı sorduğundan ne sıklıkla kendinizi savunur ve ne yaptığınızı gizlersiniz?	1	2	3	4	5
8	Çevrenizdekiler ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın fazlalığından şikâyet eder?	1	2	3	4	5
9	Ne sıklıkla okuldaki ders notlarınız ve ödevleriniz internette kalma sürenizden olumsuz yönde etkilenir?	1	2	3	4	5
10	Hayatiniz hakkında sizi rahatsız eden düşünceleri dağıtmak için ne sıklıkla internete girersiniz?	1	2	3	4	5
11	Ne sıklıkla internete girmek için sabırsızlanırsınız?	1	2	3	4	5
12	Ne sıklıkla internetsiz hayatın, sıkıcı, boş ve eğlencesiz olacağını düşünürsünüz?	1	2	3	4	5
13	Biri sizi internetten rahatsız ettiğinde ne sıklıkla kinci konuşur, bağırır veya kızgın davranışlar gösterirsiniz?	1	2	3	4	5
14	Gece geç saatlerde internet kullanmakta ötürü ne sıklıkla uykunuz kaçır?	1	2	3	4	5
15	İnternette olmadığınız zamanlarda ne sıklıkla internet düşünür veya internete girmeyi hayal edersiniz?	1	2	3	4	5
16	Kendinizi ne sıklıkla internetten "yalnızca birkaç dakika daha" derken bulursunuz?	1	2	3	4	5
17	Ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın miktarını azaltmaya çalışır ve başarısız olursunuz?	1	2	3	4	5
18	İnternette kaldığınız süreyi ne sıklıkla saklamaya çalışırsınız?	1	2	3	4	5
19	Ne sıklıkla başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman geçirmeyi yeğlersiniz?	1	2	3	4	5
20	Ne sıklıkla internette olmadığınız zaman kendinizi çökmüş , aksi veya sinirli hissedip internete girince rahatlırsınız?	1	2	3	4	5

EK 6- YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORM-3 (YŞÖ-KF-3)

Young Şema Ölçeği Kısa Form-3

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1’den 6’ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

1- Benim için tamamıyla yanlış 2- Benim için büyük ölçüde yanlış 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla 4- Benim için orta derecede doğru 5- Benim için çoğunlukla doğru 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.

9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlıtlarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.

32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız.
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. ____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. ____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. ____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.

58. ____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. ____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. ____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. ____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. ____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. ____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. ____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. ____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. ____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. ____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. ____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. ____ Kendimi hep grupların dışında hissedirim.
77. ____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.

78. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. ____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. ____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. ____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. ____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. ____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. ____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. ____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

EK 7- YOUNG TELAFİ ÖLÇEĞİ (YTÖ)

Young Telafi Ölçeği (YTÖ)

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. **Eğer isterseniz ifadeyi size en yakın gelecek şekilde yeniden yazıp derecelendirebilirsiniz.** Daha sonra 1'den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın

1- Benim için tamamıyla yanlış 2- Benim için büyük ölçüde yanlış 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla 4- Benim için orta derecede doğru 5- Benim için çoğunlukla doğru 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ___ Kırıldığımı çevremdeki insanlara belli ederim.
2. ___ İşler kötü gittiğinde sıklıkla başkalarını suçlarım.
3. ___ İnsanlar beni hayal kırıklığına uğrattığında veya ihanet ettiğinde çok fazla öfkelenir ve bunu gösteririm.
4. ___ İntikam almadan öfkem dinmez.
5. ___ Eleştirildiğimde savunmaya geçerim.
6. ___ Başarılarımı veya galibiyetimi başkalarının taktir etmesi önemlidir.
7. ___ Pahalı araba, elbiseler, ev gibi başarının görünür ifadeleri benim için önemlidir.
8. ___ En iyi ve en başarılı olmak için çok çalışırım.
9. ___ Tanınmış olmak benim için önemlidir.
10. ___ Başarı, ün, zenginlik, güç veya popülerite kazanma ile ilgili hayaller kurarım.
11. ___ İlgi odağı olmak hoşuma gider.
12. ___ Diğer insanlardan daha cilveli / baştan çıkarıcı bir insanımdır.
13. ___ Hayatımda düzen olmasına çok önem veririm (Organizasyon, düzenlilik, planlama, gündelik işler).
14. ___ İşler kötü gitmesin diye çok çaba harcarım.
15. ___ Hata yapmamak için karar verirken kılı kırk yararım.

16. ___ Çevremdeki insanların yaptıklarını fazlasıyla kontrol ederim.
17. ___ Çevremdeki insanlar üzerinde denetim veya otorite sahibi olabildiğim ortamlardan hoşlanırım.
18. ___ Hayatımla ilgili bir şey söyleyen, bana karışan insanlardan hoşlanmam.
19. ___ Uzlaşmakta veya kabullenmekte çok zorlanırım.
20. ___ Kimseye bağımlı olmak istemem.
21. ___ Kendi kararlarımı almak ve kendime yeterli olmak benim için hayati önem taşır.
22. ___ Bir insana bağlı kalmakta veya yerleşik bir düzen kurmakta güçlük çekerim.
23. ___ İstedığımı yapma özgürlüğüm olması için “bağımsız biri” olmayı tercih ederim.
24. ___ Kendimi sadece bir iş veya kariyerle sınırlamakta zorlanırım, hep başka seçeneklerim olmalıdır.
25. ___ Genellikle kendi ihtiyaçlarımı başkalarınıninkinden önde tutarım.
26. ___ İnsanlara sık sık ne yapmaları gerektiğini söylerim. Her şeyin doğru bir şekilde yapılmasını isterim.
27. ___ Diğer insanlar gibi önce kendimi düşünürüm.
28. ___ Bulunduğum ortamın rahat olması benim için çok önemlidir (örn: ısı, ışık, mobilya).
29. ___ Kendimi asi biri olarak görürüm ve genellikle otoriteye karşı koyarım.
30. ___ Kurallardan hoşlanmam ve onları çiğnemekten mutlu olurum.
31. ___ Hoş karşılanmasa veya bana uymasa da alışılmışın dışında olmayı severim.
32. ___ Toplumun standartlarında başarılı olmak için uğraşmam.
33. ___ Çevremdekilerden hep farklı oldum.
34. ___ Kendimden bahsetmeyi sevmem ve insanların özel yaşamımı veya hislerimi bilmelerinden hoşlanmam.
35. ___ Kendimden emin olmasam da veya kendimi kırılmış hissetsem de başkalarına hep güçlü görünmeye çalışırım.
36. ___ Değer verdiğim insana yakın dururum ve sahiplenirim.
37. ___ Hedeflerime ulaşmak için sık sık çıkarlarım doğrultusunda yönlendirici davranışlardabulunurum.

38. ___ İstedigimi elde etmek için açıkça söylemektense dolaylı yollara başvururum
39. ___ İnsanlarla aramda mesafe bırakırım; bu sayede benim izin verdiğim kadar beni tanırılar.
40. ___ Çok eleştiririm.
41. ___ Standartlarımı korumak ve sorumluluklarımı yerine getirmek için kendimi yoğun bir baskı altında hissederim.
42. ___ Kendimi ifade ederken sıklıkla patavatsız veya duyarsızımdır.
43. ___ Hep iyimser olmaya çalışırım; olumsuzluklara odaklanmama izin vermem.
44. ___ Ne hissettiğime aldırmadan çevremdekilere güler yüz göstermem gerektiğine inanırım.
45. ___ Başkaları benden daha başarılı veya daha fazla ilgi odağı olduğunda kıskanırım veya kötü hissederim.
46. ___ Hakkım olanı aldığımdan ve aldatılmadığımdan emin olmak için çok ileri gidebilirim.
47. ___ İnsanları gerektiğinde şaşırtıp alt edebilmek için yollar ararım, dolayısı ile benden faydalanamazlar veya bana kötülük yapamazlar.
48. ___ İnsanların benden hoşlanması için nasıl davranacağımı veya ne söyleyeceğimi bilirim.

EK 8- YOUNG-RYGH KAÇINMA ÖLÇEĞİ (YRGH)

Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRKÖ)

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Daha sonra 1'den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

1- Benim için tamamıyla yanlış 2- Benim için büyük ölçüde yanlış 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla 4- Benim için orta derecede doğru 5- Benim için çoğunlukla doğru 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ___ Beni üzen konular hakkında düşünmemeye çalışırım.
2. ___ Sakinleşmek için alkol alırım.
3. ___ Çoğu zaman mutluyumdur.
4. ___ Çok nadiren üzgün veya hüzünlü hissedirim.
5. ___ Akli duygulara üstün tutarım.
6. ___ Hoşlanmadığım insanlara bile kızmamam gerektiğine inanırım.
7. ___ İyi hissetmek için uyuşturucu kullanırım.
8. ___ Çocukluğumu hatırladığımda pek bir şey hissetmem.
9. ___ Sıkıldığımda sigara içerim.
10. ___ Sindirim sistemim ile ilgili şikayetlerim var (Örn: hazımsızlık, ülser, bağırsak bozulması).
11. ___ Kendimi uyuşmuş hissedirim.
12. ___ Sık sık baş başım ağrır.
13. ___ Kızginken insanlardan uzak dururum.
14. ___ Yaşıtlarım kadar enerjim yok.
15. ___ Kas ağrısı şikayetlerim var.
16. ___ Yalnızken oldukça fazla TV seyredirim.
17. ___ İnsanın duygularını kontrol altında tutmak için aklını kullanması gerektiğine inanırım.

18. ___ Hiç kimseden aşırı nefret edemem.
19. ___ Bir şeyler ters gittiğindeki felsefem, olanları bir an önce geride bırakıp yola devam etmektir.
20. ___ Kırıldığım zaman insanların yanından uzaklaşıyorum.
21. ___ Çocukluk yıllarımı pek hatırlamam.
22. ___ Gün içinde sık sık şekerleme yaparım veya uyurum.
23. ___ Dolaşırken veya yolculuk yaparken çok mutlu olurum.
24. ___ Kendimi önümdeki işe vererek sıkıntı hissetmekten kurtulurum.
25. ___ Zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.
26. ___ Sıkıntılı olduğumda iyi hissetmek için bir şeyler yerim.
27. ___ Geçmişimle ilgili sıkıntılı anıları düşünmemeye çalışırım.
28. ___ Kendimi sürekli bir şeylerle meşgul edip düşünmeye zaman ayırmazsam daha iyi hissederim.
29. ___ Çok mutlu bir çocukluğum oldu.
30. ___ Üzgünken insanlardan uzak dururum.
31. ___ İnsanlar kafamı sürekli kuma gömdüğümü söylerler; başka bir deyişle, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelirim.
32. ___ Hayal kırıklıkları ve kayıplar üzerine fazla düşünmemeye eğilimliyim.
33. ___ Çoğu zaman, içinde bulunduğum durum güçlü duygular hissetmemi gerektirse de bir şey hissetmem.
34. ___ Böylesine iyi ana-babam olduğu için çok şanslıyım.
35. ___ Çoğu zaman duygusal olarak tarafsız/ nötr kalmaya çalışırım.
36. ___ İyi hissetmek için, kendimi ihtiyacım olmayan şeyler alırken bulurum.
37. ___ Beni zorlayacak veya rahatımı kaçırarak durumlara girmemeye çalışırım.
38. ___ İşler benim için iyi gitmiyorsa hastalanırım.
39. ___ İnsanlar beni terk ederse veya ölürse çok fazla üzülmem.
40. ___ Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni ilgilendirmez.

9.ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Yasemin ARIKOĞLU

Doğum tarihi:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi:

Yabancı dili: İngilizce

Eğitimi

2010-2016: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

2005-2009: Kocasinan Anadolu Lisesi

1998-2005: Hacı Mustafa Gazioğlu İlköğretim Okulu

Mesleki Deneyimi

Eylül 2016-Ağustos 2018: Kastamonu İnebolu Toplum Sağlığı Merkezi -Pratisyen Hekim

Ağustos 2018-2022: Ankara Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji EAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Asistan Hekim

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

Diğer Bilgiler

2021: ŞemaTerapi 1, 2 ve 3.Modül

2021-2022: Bilişsel ve Davranışçı Terapiler Eğitimi 1. Ve 2.Modül