



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**MARMARA BÖLGESİNDE MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN
BİREYLERİN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI VE ALEKSİTİMİ
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

BERAT SENA VARLIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL

İstanbul-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**MARMARA BÖLGESİNDE MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN
BİREYLERİN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI VE ALEKSİTİMİ
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

BERAT SENA VARLIK

174102065

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL

İstanbul-2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 17410065
Öğrenci Adı Soyadı	: Berat Sena Varlık
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol
Tezin Başlığı	: MARMARA BÖLGESİNDE MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN BİREYLERİN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI VE ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 18.07.2019	Saati	: 11:00
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BIRLIGI ☐ OY ÇOKLUGU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i> ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç.Dr. Gökben Hızlı Sayar	
Üye	Doç. Dr.Rabia Bilici	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Marmara Bölgesinde Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Psikolojik Semptomlarıyla ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Berat Sena VARLIK

TEŞEKKÜR

Uzmanlaşma yolunda bana beceri, donanım ve deneyim kazandıran bu süreçte yüksek lisans eğitimim süresince derslerdeki katkılarıyla, gerekse tez çalışmalarım sürecinde önerileri, rehberliği ve örnek iletişim biçimiyle bana yardımcı olan değerli hocam Doç.Dr.Gökben HIZLI SAYAR ile değerli tez danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL'a,

Yardım ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof.Dr.Bilhan DOYURAN KARTAL'a

Tezin tüm aşamalarında bana yardımlarını esirgemeyen başta Caner TEK, Orhun Turan ÖZDEN,Ekin BASAT, Gülşah BİLGE ve Özgür GÜNGÖR olmak üzere tüm dostlarıma,

Ailemden uzakta bana aile olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Gamze TUĞ, İsmail NUR'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatım boyunca sürekli yanımda olan, sevgi ve desteklerini her daim yakından hissettiğim canım annem Öznur ADLİM'a ve babam Durmuş VARLIK'a sonsuz teşekkür ederim.

Investigation of Relationship Between Psychological Symptoms and Alexithymia Levels of Individuals with Substance Abuse in Marmara Region

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the relationship between the psychological symptoms and alexithymia levels of individuals with substance dependence in the Marmara region. 7894 people who were 4004 females and 3890 males in total that live in different cities of Marmara region have participated in the study. The research was conducted on a voluntary basis so they were informed about the study in the beginning and participated if they accepted it. The estimates were done according to the SocioDemographic Information Form, Addiction Load Form, Brief Symptom Inventory and Toronto Alexithymic Scales which were prepared by the researcher. The data obtained from the study were analyzed with the help of SPSS program. (Statistical Package for Social Sciences for Windows 21.0) Substance Abuse was divided into three groups as having no substance use, having a single substance use and having multiple substance use. Tukey One-Way ANOVA Analysis was used to analyze the difference between 3 or more groups. Linear Regression was conducted in order to understand the variables that are thought to affect the substance abuse like education, gender, marital status, number of children, age, and the relationship of substance dependence scale used in the study. Total and subscale scores taken from independent variables and scales were included in the model. P values that are below 0.05 have been considered as independent risk factor. According to the outcomes of the study; a significant relationship was observed between sex and substance abuse and according to our analysis, it has been observed that the tendency of male sex to substance addiction is higher. Also, an increase in substance usage is observed when the level of education is ascended. As the level of hostility increases, the likelihood of substance addiction also upsurges. Individuals with multiple substance abuse have difficulty in recognizing their feelings, but it has become easier to recognize the feelings of individuals who do not use any substance.

Keywords: Marmara Region, substance abuse, psychological symptoms, alexithymia

(VARLIK, Berat Sena, Yüksek Lisans, İstanbul, 2019)

Marmara Bölgesinde Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Psikolojik Semptomlarıyla ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Marmara bölgesinde Madde bağımlılığı olan bireylerin psikolojik semptomlarıyla ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmada Marmara bölgesinin çeşitli şehirlerinde yaşayan 18 yaş üzerinde ki 4004 kadın, 3890 erkek toplamda 7894 kişi katılmıştır. Katılımcılar araştırmaya gönüllülük esasına göre, çalışma hakkında bilgilendirilip, kabul ettikleri takdirde katılmışlardır. Değerlendirmeler araştırmacı tarafından hazırlanan SosyoDemografik Bilgi Formu, Bağımlılık Yüku Formu, Kısa Semptom Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçekleri aracılığıyla yapılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Madde Bağımlılığında hiç madde kullanımının olmaması, tek bir madde kullanımının olması ve çoklu madde kullanımının olması olarak üç gruba ayrılmıştır. 3 veya daha fazla grubun arasında ki farkın analizi için Tukey Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanılmıştır. Madde bağımlılığı özelliğine etki edebileceği düşünülen eğitim, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve yaş değişkenleri ve Çalışmada kullanılan madde bağımlılığı ölçeğinin ilişki büyüklüklerini tahmin edebilmek için Lineer Regresyon yapılmıştır. Bağımsız değişkenler ve ölçeklerden alınan toplam ve alt ölçek puanları modele dahil edilmiştir. P değeri 0,05 'in altında olan değerler, bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre; cinsiyet ile madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki görülmüş ve analizimize göre erkek cinsiyetten olanların madde bağımlılığına eğilimi fazladır. Eğitim düzeyinde artış ile madde kullanımında da artış görülmektedir. Hostilite düzeyleri arttıkça madde bağımlılığı olasılığının arttığı görülmektedir. Birden çok madde kullanımı bulunan bireylerin duygularını tanımada güçlük çektikleri ancak hiç madde kullanmayan bireylerin duygularını tanımasının daha kolay olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Marmara Bölgesi, Madde bağımlılığı, psikolojik semptomlar, aleksitimi

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni.....	i
Teşekkür.....	ii
Abstract.....	iii
Özet	vi
Tablolar Listesi.....	vii
Ekler	viii
 Giriş ve Amaç	 1
 1.1. Madde Tanımı	 3
1.1.1. Madde Bağımlılığı ve Tarihçesi	4
1.1.2. Bağımlılık Yapıcı Maddeler	5
1.1.3. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin (Farmakolojik ve Fiziksel) Özellikleri	6
1.1.4. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Ortak Özellikleri	7
1.1.5. Psikoaktif Maddelerin Sınıflandırılması ve Etkileri	7
1.1.6. Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri:	12
1.1.7. Madde Kullanımı ile İlişkili Demografik Özellikler	16
1.1.8 Madde Bağımlılığının Etiyolojisi	17
1.1.9. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi	17
1.1.10. Bağımlılığın Nedenleri	18
1.1.11. Madde Kullanımını Açıklayan Teoriler.....	20
 1.2. Aleksitimi.....	 22
1.2.1. Aleksitimik Belirtiler ve Kişilik Özellikleri	24
1.2.2. Aleksitiminin Nedenleri.....	29
1.2.3. Aleksitimiye İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar	30
1.2.4. Aleksitiminin Madde Bağımlılıkla olan ilişkisi.....	34
1.2.5. Aleksitimi ile ilgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	35
 1.3. Psikolojik Semptomlar	 36
1.3.1. Anksiyete	36
1.3.2. Depresyon	36
1.3.3. Somatizasyon	38
1.3.4. Hostilite.....	39
YÖNTEM	39
 2.1. Araştırmanın Amacı	 39
 2.2. Evren.....	 39
 2.3. Örneklem	 40

2.4. Prosedür.....	40
2.5. Veri Toplama Araçları	41
2.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:	41
2.5.2. Bağımlılık Yüğü Formu:	42
2.5.3. Kısa Semptom Envanteri:	42
2.5.4. Toronto Aleksitimi Ölçekleri:	42
2.6. Analiz	42
BULGULAR.....	44
TARTIŞMA	56
SONUÇLAR.....	59
ÖNERİLER.....	60
KAYNAKÇA.....	61
Ek-1: Sosyodemografik Form.....	73
Ek-2:Kısa Semptom Envanteri:	75
Ek-3: TAÖ-20	78
ÖZGEÇMİŞ	80

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Bilgilerden Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 2: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 3: Demografik Bilgilerden Çocuk Sayısı, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ve Hanede Çalışan Kişi Sayılarına Dair Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4: Madde Kullanım Durumu ile Bazı Demografik Özellikler ve Psikolojik Semptomlar Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Tablo 5: Madde Kullanım Durumu ile Bazı Demografik Özellikler ve Bireylerin Aleksitimi Düzeyleri Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Tablo 6: Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite ve Toronto Aleksitimi Ölçeği Alt Boyutları ile Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi İle İncelenmesi

EKLER

EK 1:Sosyo-Demografik Bilgi Formu

EK 2:KısaSemptom Envanteri

EK 3:Toronto Aleksitimi Ölçekleri



GİRİŞ VE AMAÇ

Madde kullanımı çağımızın karmaşık ve en ciddi halk sağlığı problemlerindendir. Bağımlılık, maddenin yineleyerek ortaya çıkan ve yoksunluk sendromunun üzerinden gelmek için maddenin devamlı olarak alınmasının gerektiği bedensel(fizyolojik) ve ruhsal bir durumdur (Uzbay, 2009). Bağımlılığın kaynağının psikolojik, sosyal, biyolojik,genetik ve davranışsal sebeplerden olduğu bilinmektedir. Ama bağımlılığın sebebini tek bir başlık ile açıklamak olası değildir.Birden fazla etkenin kişide görülmesi ile bağımlılık tablosu oluşmaktadır.

Madde ve alkol tüketimi bulunan bireylerin başlangıç süresince bireyin sosyal çevresi, ailesi bireyin madde kullanmasından çokça etkilenmemektedir. Ama bu durum kronik hale geldiğinde, kişinin iş, sosyal çevresi ve aile ile ilişkilerinin çoğu bozulmaktadır (Yüncü ve Kesebir vd., 2005). Madde kullanımı bulunan bireylerin "bağımlı" olma riski her zaman vardır. Bağımlılık tanımı biyo-psiko-sosyal bir hastalık olarak yapılmaktadır.Bireyin alışılmış olduğu, fark etmeksizin bir madde veya ilaca karşı durdurması imkânsız psikolojik ve bedensel bir ihtiyaç duyması, kullanılan miktarın ve kullanım sıklığının giderek artması, kullanılmadığı sürede yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesi ve bu ilaç veya maddeyi kullanmadan gündelik hayatını sürdürmesinin imkânsız hale gelme durumudur. Bağımlılık devamlılık gösteren bir hastalıktır. Kişi ne kadar kayıp yaşarsa yaşasın madde arayışına devam eder.

Bu süreç bireyi sosyal yetersizlikten dolayı çaresizleşmiş, toplumdan uzaklaşmış ve yalnızlık hissine kapılmış hissetmesine sebep olur(Sevin ve Erbay., 2008). Bunun dışında bireyde madde kullanımıyla orantılı psikiyatrik rahatsızlıklar süregelmektedir. Maddenin yol açtığı bozukluklardan en yaygın olanları travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, kişilik bozuklukları, bipolar, şizofreni, depresyon ve kendine zarar verme davranışlarıdır.

Günlük hayatta bireyler birbirleriyle iletişime geçmek ve birbirlerini anlamak, saygu göstermek durumundadır. İnsanın psikolojik, biyolojik ve sosyal yönlerinin olduğu hesaba katıldığında karşılıklı anlayışın oluşabilmesi için duyguların dikkate alınması gerekli olur,sadece davranış ve düşünceler yetersizdir. Kişiler arasındaki sosyal iletişimin bir kısmı olan duygu, duygusal ifadelerini kontrol etmesini, bireyin kendisinin ve diğer insanların duygusal reaksiyonlarının yorumlamasını, gelecek olaylara ilişkin

reaksiyonlarını yordamasını, ayrıca geçmiş yaşanmışlıklara bağlı duygularını, hislerini paylaşımını ve konuşabilmesini içerir (Shaver, Schwartz, Kirson ve O'Connor, 1987).

Duyguları ifade etme kabiliyetinin psikolojik açıdan önemine değinen birden fazla araştırma bulunmaktadır (Hayes, Gohm ve Clore, Greenberg ve PascualLeone, Zech ve Rime, 2005). Berthoz ve diğerleri (2000) yaptıkları çalışmalarda depresyon hastalarının kendilerinin duygularını ve diğer bireylerin duygularına olan farkındalıklarında problem yaşadıkları sonucuna varmıştır. Charry ve diğerleri (2004) yaptıkları çalışmada bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişkiye rastlamıştır. Bireylerin duygusal farkındalık düzeyinin düşük seviyede olması, bireylerin kendilerini sosyal anksiyeteden korumakta oldukları ve onlara daha tatmin edici bir duygusal denge sağlama ve bu dengeyi devam ettirme fırsat sağlamaktadır. Duyguları ifade etmek de seri bir şekilde sosyal etkileşimlerinin düzene girmesini sağlamaktadır (Keltner ve Haidt, 1999). Jourard, kendini kabullenmeyi nedensel açıdan diğer kişilerle samimi ilişkiler olarak tanımlamaktadır ve bunu psikolojik iyi oluş ile biçimlendirmektedir. Güçlü bir seviyede kendini dış dünyaya açmanın uyumsal ve psikolojik olarak pozitif yönde etkilediğini öne çıkarmaktadır (Starr, 1975). Bir takım araştırmalar Jourard'ın yüksek seviyede kendini açmanın, düşük seviyede kendini açmaya oranla daha çok psikolojik sağlıkla ilişkili olduğuna dair verileri desteklerken (Lombardo ve Fantasia, 1976), bazı veriler desteklememektedir. Örneğin Cozby (1976)'nin incelenmiş olduğu bir takım araştırmalar bu konuyla bağlantısız farklı bulgular elde etmiştir. Sonuçlarda ise orta düzeyde kendini açmanın ise akıl sağlığı ile olumlu, gereksiz kendini açmanın akıl sağlığı ile olumsuz yönde doğru ilişkili olduğunu göstermektedir. Bireylerin sosyal ilişkilerinde başarı oranlarının yüksek olabilmesi için duygu farkındalığının olması ve bu duygularını karşı bireye dah iyi aktarabilmesi ile olabilir. Duyguları fark edip bunu karşı tarafa ifade edebilmek kazanılan bir beceridir ve bu doğrultuda, duygularının farkındalığı ve bu farkındalıklarını kişiler iletişim şekillerine yansıtabilirler ise daha sağlıklı iletişim elde etmiş olunur. Bu sebeple duygu yoksunluğu yaşayan kişilerin bu durumlarının incelenmesi iletişim problemlerinin daha anlaşılabilir olması açısından daha yararlı görülmektedir.

Duygusal yoğunluğun da düşük olması ile duyguların yeterince ifade edilememesi durumunda görülen duygudurumlardan biri de aleksitimidir. Aleksitimi,

kişilerin duygularını tanımlaması, duygularını hissetme ve aktarma şekillerini tetikleyen duygulanım bozukluğu olarak açıklanmıştır (Mueller ve Buehner, 2006;).

Bireyin kendini anlatabilmesi bakımından , duyguların farkındalığı önemlidir. Farkına varılmayan duygular ve istekler bireyi yönetmeye başlar. Farkına varılan duygular ve istekleri ise kişi yönetir. İnsan sosyal bir varlıktır, gündelik yaşantısını devam ettirebilmesi için duygularına ihtiyaç duyar.Birey önce kendisini, dış dünyayı sonrasında dış dünyadaki bireylerin iç dünyalarının farkına varır.Bu süreci tamamlayan birey uyumsağlama sürecine başlamıştır. (Dökmen, 2000:132). Yüksek düzeyde duygusal farkındalık düzeyi, bireyin sosyal çevresini ve sosyal çevresinin iyi oluşuyla ilişkilerini tanımlaması (Greenberg,2006) ve sıkıntılarıyla olumlu yönde baş etmesine olanak tanır. Duygusal farkındalık seviyesi düşük olan bireylerle yaşayan kişilerle mukayese edildiğinde, farkındalık seviyesi yüksek olan kişilerin daha fazla pozitif duygu yaşadıklarını, kendine saygılarının daha yüksek seviyede olduğu, daha dışadönük davranışlar sergiledikleri, sosyal ilişkilerde daha az kaygılı hissettikleri ve yaşama dair daha fazla doyum hissettikleri görülmektedir (Swinkels ve Giuliano, 1995).

1.1. Madde Tanımı

Madde terimi medikal etkinlik haricinde kullanılan ilaçları ve birden fazla kimyasalları tanımlamak için kullanılmaktadır.

Madde kullanımı yüzyıllar evveline dayanmaktadır. İnsan tarihinin ortaya çıktığı andan beri uyuşturucu maddeler ağrı kesmek, haz almak veya tedavi edici olarak insan hayatında kullanım alanı bulmuştur.

M.Ö. 3 yüzyıl yazıtlarında opium ile ilgili ilk yazılı bilgilere rastlanmıştır. Çin yazıtlarındaysa kannabis şifalı bitkidir ve önerildiği öğrenilmiştir.Kokain Amerika Birleşik Devletlerin’de 1860 yılında kokain coca yapraklarından elde edilmeye başlanmıştır sonrasında Avrupa’da yaygın bir şekilde kullanılmaya başlamıştır.İlk olarak 1930’lu yıllarda sedatif-hipnotik, Amfetamin, ve anksiyolitikler üretilmeye başlanmıştır.Geniş çaplı kötüye kullanım ise II. Dünya Savaşı süresinde ve devamında 1960’lı yıllara denk düşmektedir.Eski Delphi kahinlerinin doğal karbondioksidi hava borularıyla soluyarak trans benzeri bir durum yarattıkları görülmüştür. Petrokimya endüstrisinin hızlıca geliştiği sürede uçucu madde üretiminin de yükselişe geçtiği son

yıllardaysa uçucu maddelerin kötüye kullanım potansiyeline rastlamaktadır. 1950 yılında kötüye kullanılan uçucu maddeler ile ilgili vakalar bildirilmiştir(Yancar, 2005).

Bağımlılık yapıcı maddelerin farklı yollarla bireyin vücuduna alınmasından sonra, maddenin tekrar alınması için tolerans gelişimini oluşturan ve alınmadığı takdirde bireyde fiziksel ve psikolojik bazı yoksunlukların meydana gelmesi, madde bağımlılığını ifade etmektedir(EGM., 2004). Literatürde fizyolojik ve fiziksel bağımlılık ve davranışsal bir sendrom olarak iki döngü içerisinde madde bağımlılığı incelenmiştir. Fizyolojik bağımlılık; yoksunluk sendromu ve tolerans olarak kendini gösterip, nöron sistemlerinde meydana gelen değişiklikleri ifade etmektedir. Davranışsal sendrom ise bağımlı bireyin sergilemiş olduğu birçok maddeyi içerisinde barındırmaktadır.

1.1.1. Madde Bağımlılığı ve Tarihçesi

Madde bağımlılığı; maddenin kötüye kullanılması ve bağımlılığa sebep olan, vücuda farklı yollardan alınan, bireyin duygu durumu, algısı, bilişi ve diğer beyin diğer beyin fonksiyonları üzerinde değişikliğe neden olan her türlü kimyasal içen madde olarak tanımlanmaktadır. (Koçum, E., 2012).

Madde belirli bir miktarda vücuda alındığında bireylerin sinir sistemleri üzerinde etki göstererek psikolojik ve fizyolojik dengelerinin sarsılmasına neden olan, toplum ile birey arasında sosyal probleme sebep olan, alışkanlık ve bağımlılık yapan, kanunlarca bulundurmak, kullanılmak ve satışının dahi yasakladığı narkotik sözcüğü ile ifade edilen maddeler vardır bunlar bağımlılık yapıcı maddeler olarak sınıflandırılmış fakat geçen süreçle bu maddelere, satılması, alınması ve bulunduruluyor olması yasal olan maddeler ve uyarıcı nitelikli kimyasallarda dahil edilmiştir, bunun sonucunda bağımlılık yapıcı maddelerin boyutu genişlemiştir.

Bağımlılık yapan maddelerin farklı yollarla bireyin vücuduna alınmasından sonra maddenin tekrar alınması için tolerans gelişimini oluşturan ve alınmadığı takdirde bireyde fiziksel ve psikolojik bazı yoksunlukların meydana gelmesi, madde bağımlılığını ifade etmektedir(EGM., 2004).

Madde bağımlılığı literatürde davranışsal bir sendrom ve fizyolojik bağımlılık olarak iki sistem içerisinde araştırılmıştır; Fizyolojik bağımlılık; yoksunluk sendromu ve tolerans olarak belirtileri gözükürken, nöron sistemlerinde meydana gelen değişiklikleri

ifade etmektedir. Davranışsal sendrom ise bağımlı bireyin sergilemiş olduğu birçok maddeyi içerisinde barındırmaktadır.

1.1.2. Bağımlılık Yapıcı Maddeler

Kişinin madde kullanımına başlama sebeplerinden bağımsız olarak maddelerin en bariz ortak özelliği bağımlılık yapıcı oluşlarıdır. Olumlu pekiştirici etkileri, bağımlılığı destekler; bireyde keyif oluşturur; beyinde başkalaşım sağlar; gerçeklik algısını bozar; engellenemez istek yaratır; kullanımı kesme halinde düşüş görülür; gitgide doz arttırılarak ve süre sıklaşarak tolerans seviyesi artar. Maddenin yeterli gelmemesi durumunda yoksunluk belirtileri görülür ve zamanla iç organlarda kalıcı hasar meydana gelir. Yasalarla madde kullanımı kısıtlanmış ya da yasaklanmıştır. Genel kavram incelendiğinde de herhangi bir ortak görüşe ulaşılamamaktadır (Kulaksızoğlu, 2002).

Uyuşturucu başlığında incelenmeyen alkol ve sigara da bağımlılık yapıcıdır. Yasal olanlar ve maddeler kaynaklarına göre doğal, sentetik bağımlılık yapıcı maddeler, ilaçlar, olmayanlar, merkezi sinir sistemine etki edenler olarak sınıflandırılabilir. 1969 yılında Bern'de sunulan Eczacılar Raporunda maddeler şöyle sınıflandırılmıştır: Tıbbi Maddeler, Sentetik Maddeler, Anestezik Maddeler ve İlaçlar (Eczacılar Raporu, 1969; aktaran Kapalıoğlu 1986, s. 21).

Doğal bağımlılık yapıcı maddeler ilk insanlardan beri tıbbi ya da başka amaçlarla kullanılmış ve geçen süreçle modern tıp ile medikal haline getirilmişlerdir; ancak gözetim altında kullanılmazlarsa tehlikeli sonuçlar ortaya çıkabilir. Toplumda tıbbi amaçtan çok keyif verici madde olarak tüketilen bu merkezi sinir sistemini etkileyen maddelerin yasalarla sınırlandırılmaları gerekmiştir (Şahin, 2007).

Çoğunlukla uyuşturucu özellikte olan ve bilişsel faaliyetlerde durgunluğa yol açtığı ve bu maddelerin tehlikeli olabileceği görülmüştür. Örnek olarak afyon ve türevleri verilebilir. Bu maddelerin çoğu tıpta ve ilaç sanayi işinde kullanılmaktadır. Bu durumlar dışında barındırılmaları ve tüketilmeleri yasalara tabiidir. Afyon hammaddesinden diğer uyuşturucular çeşitli işlemlerde elde edilmektedir. Türkiye'de haşhaş üretimi devlet tekelindedir (Şahin, 2007).

Morfin ağrı giderici, uyku hali sağlayıcı, öksürük azaltıcı amacıyla kullanılmaya başlanmıştır fakat uzun vadede sürede kötü etkileri tespit edilmiştir. Eroin bilinen uyuşturucular grubunda en sakıncalıdır. Kısa vadeli kullanım bile bağımlılıkla sonuçlanır. Tolerans düzeyi çabuk geliştiğinden aşırı dozdan ölümler gerçekleşir. Opioid

denen maddelerin tümünde devamlı kullanımla birlikte bireyin bağımlı olduğu ve fizyolojik zarar göremeye başladığı görülür. Uyarıcılar, uyuşturucuyla ters mantıkta çalışarak kişide heyecan ortaya çıkartan maddeler bütünüdür. Genellikle iştahı kapatmak, akli yetileri daha fazla kullanabilmek amaçlı tercih edilirler. Kokain, crack ve nikotin örnek olarak verilebilir. Etkisi 30-60 dakika arasında ortaya çıkıp kaybolan kokain en etkili uyarıcıdır. Tek kullanımda bile bağımlılık oluşabilir. Ezilmiş tozun burundan çekilmesi ve sigara gibi kullanım biçimleri vardır (Tarhan ve Nurmedov, 2011). “Crack” kokainin bir türüdür, on saniyede etkisi ortaya çıkar ve tek kullanım bağımlılık için yeterlidir. bozacak kadar etkilidir. Kokain türevleri kişinin beş duyusunda bozulmalara yol açar. Tütün, nikotin içeren bir bitkidir ve keyif verici olarak kullanılır. Sarmak, pipoya doldurmak gibi içiş şekilleri vardır. Türkiye’de yaygın olarak kullanılır. Sigara sosyal olarak bulaşıcı bir maddedir; hatta küresel salgın kabul edilir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Akciğer kanserinin temel sebeplerinden biridir. Sigara içmek insanın ömrünü 20-25 yıl kısaltır. Bir veya iki saat içilememesi halinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Araştırmalara göre sigara çocukluk ve gençlik döneminin gerçek sorunu sayılabilir. Aynı zamanda içmeyen insanların da pasif içici konumunda zehirlenmeleri söz konusudur. Sigaranın içindeki maddelerin çoğu kanserojendir. Duman olarak çekildiğinde 10 saniyede etkisi görülür. Uzun sürede çeşitli hastalıklara yol açmaktadır. Kafeinen yaygın kullanılan uyarıcılardandır. Kahve, çay, kola gibi günlük tüketilen sıvıların içerisinde bulunur. Kısa süreli keyif vermektedir. Dopamin salgılatarak bağımlılık yarattığı bilinmektedir. Meskalin aslında esrar ve afyon bağımlılığının yol açtığı zehirlenmeye karşı kullanılmak için üretilmiştir ancak ruhsal dengeyi bozması ve bağımlılık yapıcı oluşu yüzünden tedavi amaçlı kullanımı da engellenmiştir (Köknel, 1998).

1.1.3. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin (Farmakolojik ve Fiziksel) Özellikleri

Bağımlılık yapıcı madde alındıktan sonra bireyde sahte iyi olma hali ve kısa sürede etkin bir biçimde bağımlılık yapma özelliğine sahiptir. Kullanılan maddelerin özellikleri bakımından alkol, morfin, uyku ilaçları ve ağrı kesici ilaçlar gibi maddelerin güçlü bağımlılık yapıcı özelliği vardır. Bağımlılık yapıcı maddelerden bir ya da birden daha fazla kullanılması veya kullanılan miktarın arttırılması sonucunda bağımlılık oluşmaktadır. Madde bağımlısı olan bireylerin kişilik yapısına bakıldığında, genellikle özgüvenleri düşük, kendilerini değersiz hisseden ve eksik yanları olan bir birey gibi hisseden ve endişeli insanlar olarak söz edilebilir. Sıkıntı ve zorluklarla mücadele

edemeyen bireyler için ise maddeler kaygı azaltıcı olarak kullanılmaktadır. Kısa vadede maddenin yol açtığı geçici iyilik durumu ve rahatlama önce alışkanlığı sonrasında beraberinde bağımlılığı getirmektedir(Köknel, Ö., 1999).

Çocukluk dönemini mutsuz geçiren, bu dönemde travmalar yaşayan, parçalanmış aileye sahip olan ve kendine olan inancı az olan çocuklarda otokontrol mekanizmasına sahip olamadıkları gözlenmektedir. Ayrıca madde kullanan çocuklara bakıldığında, çabuk öfkelenen, sinirlerini kontrol etmekte güçlük çeken, saldırgan tutuma sahip oldukları, duygusal olarak çöküntüde olan ve aile içinde kötü davranışlara maruz kalan çocuklar olduğu söylenmektedir. Bunun sonucunda ise çocuklar madde kullanımına yönelmektedir.

Ergenlik dönemi fiziksel değişimler ve olgunlaşmanın hızlı olduğu bir dönemdir.

1.1.4. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Ortak Özellikleri

Bağımlılık yapan maddelerin ortak özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Akvardar vd. 2011):

- Farklı özelliklere sahip olmalarına rağmen, bağımlılık yapıcı maddenin vücuda alınımı, bireyin davranış, düşünce ve duygularında değişme yapar.
- Maddenin alımına bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal değişim, rahatlama, keyif alma, sarhoşluk, hoşnutluk gibi belirtiler sebebi ile kişi dış dünyadaki sahip olduğu problemlerden bir kaçış aracı olarak, bulunduğu sahte ortamda olmayı istemektedir. Bu durum bireyin gerçeklerden kopup, ayrılmasına sebep olur.
- Madde kullanımına bağlı oluşan sahte hayal ortamını tercih eden birey, aldığı maddeyi daha sık kullanma isteğine yönelerek, o maddeyi arama isteği içine girer.
- Tüm bu süreçler, son madde olan bağımlılık sonucuna varır. Birey maddeye karşı bağımlılık geliştirir.

1.1.5. Psikoaktif Maddelerin Sınıflandırılması ve Etkileri

Doğal ve sentetik pek çok maddeye karşı bireyde bağımlılık etkisi oluşabilmektedir. Bununla birlikte bazı maddelerin oluşturduğu bağımlılık düzeyi daha fazla olarak gözlemlenmektedir (TUBİM 2014).

DSM-4' te bağımlılık yapıcı maddeler 11 kategoriye ayrılmıştır. DSM 5'te ise 10 kategoridir. Kafein kullanım bozukluğu çıkarılmış, sadece kafein yoksunluğu olarak geçmeye başlamıştır. DSM 5'te, DSM-IV'e göre çoklu madde bağımlılığı bulunmamaktadır(Güleç ve diğerleri, s.448-460). DSM 5'te bağımlılık yapan maddeler aşağıdaki gibi sıralıdır.

Alkol

Esrar

Antikolinerjikler: Biperiden(Akineton),Atropin

Opioidler

Doğal: Kodein,Morfin

Yarısentetik: Eroin

Sentetik: Metadon,Meperidin(Dolantin)

Sedatifhipnotikler:Diazepam(Diazem,Nervium),Clonazepam(Rivotril),Lorazepam(Ativan), Flunitrazepam(Rohypnol)Barbitürat(Luminal, Nembutal),Meprobamat(Gamakuilil)

Halüsinojenler:LSD,Fensiklidin(Melek tozu),Ecstasy,Meskalin

Uyarıcılar(Stimülanlar):Kokain,Amfetamin,Ecstasy,Kafein Efedrin

Uçucular:Tiner,Bali vb.. gibi çeşitlilik göstermektedir.

Maddelerin sınıflarına göre spesifik etkileri ise aşağıda incelenmiştir.

Sedatif ve Anksiyolitik Madde Bağımlılığı ve Etkisi:

En yaygın örnekleri arasında Benzodiazepinler bulunan sedatif/hipnotikler, bağımlılık yapması sebebi ile maddeye karşı alışkanlık geliştirilmesine de olanak sağlamaktadır. Genelde bu maddeler uyku ilacı olarak alınmaktadır. Dolayısıyla kişi farkında olmadan bu maddeye sinsice ve yavaşça bağımlılık geliştirmektedir (Ögel ve ark. 1999b; Özden 2004; Evren ve Çakmak 2006).

Bu grup maddeler klinikte genelde 2-4 hafta süresi ile kullanılır ve bu süre zarfında bağımlılık gelişmemektedir. Bu durum kullanım süresine ve dozuna bağlı olarak

değişkenlik göstermektedir. Yapılan araştırmalara göre benzodiazepinler 10 hafta veya daha uzun süre içinde devamlı olarak kullanıldığı takdirde bağımlılık derecesinin kullanma süresi ile arttığı tespit edilmiştir (Özden, 1992).

Bu gruptaki maddeler alındıklarından kısa süre sonra öfori, uyku hali, solunumun yavaşlaması, göz bebeklerinde küçülme, mide bulantısı, psikomotor koordinasyonunda bozulma veya gerileme gibi belirtiler ortaya çıkarmakta, ayrıca bu semptomları hafıza kaybı da takip etmektedir. Bağımlılık durumunda ise hareketlerde yavaşlama, konuşma bozukluğu ve zihinsel işlevsellikte tembellik, hafızada güçlük, dikkat eksikliği ya da dağınıklığı, duygu durumunda dengesizlik oluşabilir ve mesleki işlevlerde bozulmalar görülebilir (Ögel ve ark. 1999b; Özden 2004; Evren ve Çakmak 2006).

Alkol ve etkileri

Alkol bağımlılığı kişiyi uzun süre etkileyebilmektedir. Alkol-madde bağımlılığı kişinin yaşam düzenini önemli derecede etkileyen ve psikopatolojinin önemli bir nedeni ya da sonucudur (Dişsiz, 2012). Arapçada asıl anlamı alkühl kelimesinden türetilerek alkol kullanılmaya başlanmıştır. İnsanlık tarihi boyunca alkol kullanıldığı bilinmektedir. İlk olarak eski dönemlerde dinsel törenler süresinde alkol alınmaya başlanmış. Alkol yapımı ve alkol ticareti ile ilgili MÖ 2000'li yıllarda Hammurabi yasalarında bilgiler bulunmaktadır. Hipokrat alkolün zararlı yönlerinden bahsetse de son 150 yıllık bir süreçte alkolün bağımlılık yapan bir madde olduğu kabul edilmiştir. İşveçreli Magnus Huss tarafından ilk kez alkolizm tanımı yapılmıştır (Arıkan, Z., 2011).

Dünya çapında alkol kullanımı, sosyal bir hareket olarak görülse de bu durum risk oluşturmaktadır. Bu riskler sağlık problemleri ve bağımlılık gibi sosyal problemler olarak görülmüştür. Bir veya daha uzun yıllarda alkol kullanan bireylerde kronik hastalıklar, araba kazaları ve akut sağlık problemleri gibi sorunların ortaya çıkmak ihtimali oldukça yüksektir (World Health Organization, 2016).

Kişinin alkol kullanımı, öncesinde az miktarda ve keyif verici şekilde zaman zaman aldığı ama gittikçe önem kazanan bir durum haline gelmiştir. Süreç ilerledikçe kişinin sosyal ortamı ve sosyal ilişkileri de alkol alabileceği şekilde ayarlanmaktadır. Gittikçe alkol kişi için vazgeçilmezi zor ve sürekli aranan bir hal almaktadır. Kişi zamanla tolerans geliştirmiş yani aynı rahatlamayı, aynı keyfi alabilmek için alkol dozunu

arttırmaktadır. Bu durum, zaman içerisinde kişide alkol alamadığı zamanlarda, alkole özgü rahatsız verici bulgu ve belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum yoksunluk belirtileridir. Kişi bu belirtileri bastırmak için tekrar alkol almaya yönelir ve bu şekilde kısır döngü oluşmaktadır (Akvardar ve ark., 2011).

Alkol alımından kısa süre sonra kişide gevşeme, rahatlama hissi, çevresel ve toplumsal baskılardan daha az etkilenir, risk tekil edecek davranışlarda bulunur, motor uyumu bozulmaktadır, midede bulantı, kusma, konuşmada bozuk meydana gelir (Ögel ve ark., 1999).

Psikostimülanların Etkileri

Merkezi sinir sistemi uyarıcı olarak görevde olan bu maddeler, enerjinin ve özgüvenin artmasına, bunlara eş olarak uykunun, iştahın ve yorgunluğun azalmasına yol açan doğal maddeler veya sentetik ilaçlardır. Bu maddeler genelde ağız yoluyla ya da damar yoluyla kullanılır. Ayrıca kokain toz halinde burundan çekilerek ve sigaraya şeklinde de kullanılmaktadır (Coşkun, 2008).

Kokain kullanıldığı anda ani bir iyilik duygusu, kendine olan güven artışı ve öfori yaratır. Kan basıncında artma görülmekle beraber cinsel duygularda da artma görülür. Uzun süre kullanımında ise depresyon, kilo kaybı, anksiyete, saldırgan davranış olabilmektedir (Evren ve Çakmak, 2006).

Esrar (Marihuana) ve Etkileri

Esrar, kenevir bitkisinden elde edilen bir üründür. Bu bitkinin sapından ve yapraklarının bazen kurutularak doğrudan bazen de toz haline getirilmiş halinin bir kâğıda sarılıp sigara haline getirildikten sonra sigara gibi içilmesi en yaygın kullanım şeklidir. Esrar, dünyada en yaygın kullanılan yasa dışı maddedir (Ghodse 2002; Ozden2004; Evren ve Çakmak, 2006). Tetrahidrocannabinol (THC) olarak adlandırılan esrarın içinde olan aktif bir maddedir. Bu madde; düşünceleri, hafızayı, koordine hareketleri, konsantrasyonu, zaman algılanması ile ilgili alanlara etki etmektedir. THC'nin kullanımında en çok yakın bellek etkilenmektedir. Kronik kullanımlarda ise bellek problemleri meydana gelmektedir. THC'ye ile ilişkili görülen en belirgin psikolojik etkiler ise öfori ve gevşeme halinde görülen duygulanımda ki, yükselme durumu ve zamanın yavaş akmaya başladığı duygusudur. (Beyazyürek ve Şatır, 2000).

Esrar kullanıldığında kişide öfori, huzursuzluk, denge bozukluğu, gevşeme, gözlerde kızarıklık, taşikardi, algıda artma ve iştah artar. Uzun süre ve yüksek dozlarda esrar kullanan kişilerde ilgisizlik, pasiflik, üretim kaybı, istekte azalma, enerji kaybı, göz etrafında kararma, iştah artmasına bağlı kilo artışı ve konsantrasyon bozukluğu olmaktadır (Coşkun,2008).

Sentetik kanabinoidler ise, THC benzeri etkiler gösteren madde olma durumu ve kullanımı sonucu bilişsel süreçlerde ve algıda bozulma meydana gelmektedir. Diğer etkileri olarak, anksiyete hali, paranoya süreçleri, bilişsel yetersizlik, kalp ritminde hızlanma, günlük yaşantıda halüsinasyon görme ve sanrılar şeklindedir (Kalyoncu ve ark., 2014).

5.Opiooidler (Kodein,Eroin,Morfin,Meperidin, Metadon, Oksikodon, Hidromorfin, Levorfenol, Pentazosin, Proksifenv.b) ve Etkileri:

Opiooidler, merkezi sinir sistemine narkotik olarak etki eden maddelerdir. Opiooidler, analjezik, anestezi, ishal önleyici ve öksürük giderici olarak kullanılmaktadır. Bu gruptaki bazı maddeler yasal olarak reçete ile hastalara verilmektedir. Eroin bu grubun içerisinde en fazla kötüye kullanımı olan maddedir. Bu madde; içilebilir, damar yoluyla enjekte edilebilir veya burundan çekilerek de alınabilir. En tercih edilen uygulama ise burundan çekmedir.

Opiooidleri kullanan kişilerde sosyal işlev bozukluğu ve bunu takip eden çevresine olan ilgisinin azalması, konsantrasyon problemi dolayısıyla çalışıyorsa eğer çalıştığı yerde problemler yaşama, mide bulantısı, hipotansiyon, zihinsel işlevde bozulma görülebilmektedir. Çok yüksek dozda alındığı takdirde koma ve ölüm riski vardır (Ögel ve ark. 1999b; Özden 2004; Evren ve Çakmak, 2006),

İnhalanlar (Benzen, Toluene, Nitritler, Freonlarv.b) ve Etkileri:

Inhalanlar, spreyle ağız ve buruna sıkılarak ve ya bir kâğıt-plastik koruyucu içine yerleştirilerek buharın solunması yoluyla uygulanır (Coşkun,2008). İnhalanların kullanımıyla kısa sürede öfori, baş ağrısı, yorgunluk, tükürük artması, bulantı-kusma, iştahsızlık, gözlerde ve mukozada lokal irritasyonlar, relaksasyon, koordinasyon bozukluğu, kan basıncında artma, taşikardi, şaşkınlık ve sarhoşluk görülmektedir (Özden, 2004). Bu maddeler maddi olarak uygunluk teşkil ettiği için ve yasal oldukları için elde edilebilirliği de kolaydır (Ögel ve ark, 2000).

Hallüsinojenler (Lysergicaciddiethylomide-LSD, Psilosibin, Meskalin, Fensiklidin, Metilendioksimetamfetamin-ecstasy, İndolalkoloidleriv.b) veEtkileri:

Hallüsinojenler, algı, düşünce ve duygu durumunda değişikliklere neden olurlar. LSD kullanıldıktan 30-60 dakika sonra maddenin etkileri başlar ve bu etkiler ortalama 12 saat boyunca sürmektedir. Bu maddeler kalp atış hızının artmasına ve kan basıncında yükselmeye, iştah azalmasına, motor reflekslerin artmasına, vücut ısısının yükselmesine neden olmaktadır (Akvardarve ark., 2011).

Hallüsinojenler genellikle ağız yoluyla alınır (Coşkun, 2008). Hallüsinojenlerin kullanımından kısa süre sonra; ağızda kuruluk, yüzde kızarma, nabız sayısında ve kan basıncında artma, çarpıntı hissi, baş dönmesi, titreme, mide bulantısı görülür, mide, bağırsak hareketleri artar (Özden, 2004).

Düzenli Madde Kullanımında Etkileri;

Her maddenin verdiği etki farklı olmakla beraber, genel olarak madde kullanımının düzenli olduğu kişilerde aşağıdaki bulgulara rastlanabilir (Akvardar vd. 2011):

- Aşırı kilo kaybı
- Bulantı ve kusma
- Terleme
- Pupillerdilatasyon – Taşikardi veya brakardi
- Kas zayıflaması, respiratuar şeklinde depresyon, göğüs sancısı veya algılamada gecikme
- Huzursuzluk – Sinirlilik
- Uykusuzluk
- Kas seğirmesi

1.1.6. Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri:

Madde kullanımını DSM-5; 10 gruba ayırmıştır. Alkol, kafein, kannabis, hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer bilinmeyen maddeler (American Psychiatric Association. DSM 5. Çeviri: Köroğlu E. DSM 5TM, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013: 231-291).

DSM-5'te madde kullanım bozukluk ve maddenin sebep olduğu bozukluk olarak iki başlığa ayrılmaktadır. Alkol ve maddenin yol açtığı bozukluklar; entoksikasyon, yoksunluk ve neden oldukları ruhsal bozukluklardır. Bunlar psikozla giden bozukluğu iki uçlu ve ilişkili bozukluğu, depresyon bozukluğu, kaygı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluğu, uyku bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, deliryum ve nörobilişsel bozukluğu)

DSM-5 Madde Kullanım Bozuklukları

1. Aşağıdakilerden bir tanesiyle belirtildiği gibi toleransının ilerlemiş olması

a-Entoksikasyon veya istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma ihtiyacı.

b- Devamlı olarak aynı dozda madde kullanılması ile belirgin olarak düşük etki sağlanması.

2. Aşağıdakilerden herhangi biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a- Bahsedilen madde için yoksunluk sendromu durumu

b-Yoksunluk semptomlarından kurtulmak veya kaçınmak için aynı maddenin (ya da yakın benzeri) kullanılması

3. Maddenin bir çok kez tasarlandığından daha fazla miktarlarda ya da uzun süre kullanılması

4. Özel maddeyi almak için yoksunluk duymak.

5. İşte, okulda veya evde alması beklenen başlıca bireysel sorumlulukları alamama ile sonuçlanan tekrarlayıcı biçimde madde kullanımı

6. Fiziksel olarak riskli durumlarda yineleyici madde kullanımı,

7. Madde kullanımını bırakmak ya da kontrol altına almak için sürekli sık istekhali veya boşa çıkan çabalar

8. Maddeyi sağlamak (örneğin çok sayıda doktora gitme veya uzun süreli araba kullanma), maddeyi almak (örneğin ardı ardına sigara içmek) veya maddenin tesirinden kurtulmak için çok fazla uğraş verme

9. Madde kullanımından dolayı önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

10. Maddenin sebep olmuş ya da tetiklendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğunun bilinmesine rağmen madde kullanımının devam ettirilmesi(alkol kullanımı ile kötüleştiğini bilip ülseri olmasına rağmen içmeyi devam ettirmesi).

DSM-IV ile DSM-5 arasında yüksek oranda bir örtüşme olmakla birlikte birkaç önemli farklılık vardır. DSM-IV’te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar şeklindeki başlık, DSM-5’te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları olarak değiştirilmiştir(Güleç G, Köşger F, Eşsizoğlu A,2015).

DSM IV ile DSM 5 Arasındaki Farklar

1. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara sebep olan maddeler DSM-5’de 10’a ayrılmışken DSM-IV’de 11’e ayrılır. DSM-5’teki sınıflandırma; 1)alkol2)kafein3)esrar4)halusinojenler 5)inhalanlar6)opiyatlar7)sedatif-hipnotik8)anksiyolitikler9)stimulanlar (amfetamin,kokain ve diğer stimulanlar) 10)nikotin 11)diğer (veya bilinmeyen maddeler) şeklindedir. DSM-IV’ten farklı olarak multiple madde bağımlılığı tanısı DSM-5’de bulunmamaktadır.

2. DSM-5’te, DSM-IV’ten farklı şekilde, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki farklı tanı kategorisi olmaktan çıkmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı altında düzenlenmiştir. Ancak madde kötüye kullanımı tanı ölçütleri arasında belirlenen “madde ile ilişkili tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkan legal sorunlar” ölçütü değiştirilmiş, onun yerine daha önce bulunmayan ve “craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü” kriteri olarak eklenmiştir. Daha önce tanı koymak için belirtilen üç tanı kriteri sayısı ise ikiye indirilmiştir.

3. DSM-IV’te gidiş belirleyicileri; erken tam remisyon (hasta 1 aydan fazla 12 aydan az bir zamandır bağımlılık ölçütlerini karşılamıyorsa), kalıcı tam remisyon (bağımlılık ölçütleri 12 aydan fazla bir süredir karşılanmıyorsa), erken kısmi remisyon (1 aydan fazla ama 12 aydan az sürede 1-2 ölçüt bulunuyorsa) kalıcı kısmi remisyon (12 aydan fazla zamandır 1-2 ölçüt bulunuyorsa), agonist tedavide remisyon (12 aydan fazla zamandır buprenorfin veya metadon sürdürüm programını başarılı bir şekilde devam ettiriyorsa), denetimli çevrede remisyon olarak tanımlanmıştır . DSM-5’te erken remisyon, kalıcı

remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon belirleyicileri bulunmaktadır. Erken remisyon demek için 1 aydan fazla, 12 aydan az zaman içinde bağımlılık veya kötüye kullanım ölçütlerinden hiçbirini karşılamaması gerekirken, DSM-5'te bu süre 3 aydan fazla 12 aydan az olarak değiştirilmiştir. Ancak DSM-5 ile birlikte getirilmiş olan aşerme (craving) ölçütünün varlığı remisyon belirleyicisinin kullanılmasına mani değildir. DSM-IV tolerans ve yoksunluk ile kendini gösteren fizyolojik bağımlılığın belirlenmesi önemliyken fizyolojik bağımlılık gösteren ve fizyolojik bağımlılık göstermeyen belirleyicileri DSM-5'te bulunmamaktadır. Şiddet, DSM-5'te yeni tanımlanmış bir belirleyicidir. Madde kullanım bozuklukları tanı ölçütlerinden 2-3 tanesinin karşılanması durumunda hafif, 4-5 tanesinin karşılanması durumunda orta, 6 ve daha fazlasının karşılanması durumunda şiddetli belirleyicisi kullanılmaktadır.

4. Kafein kullanım bozukluğu tanısı DSM-5'te de bulunmamaktadır. Ama kafein yoksunluğu tanımlanmıştır. Kafein kullanımını bıraktıktan veya azalttıktan sonra ki 24 saat zarfında; baş ağrısı, yorgunluk-uyuşukluk, disforik-çökkün duygu durum veya kolay kızma, konsantrasyon güçlüğü, grip gibi (bulantı, kusma, kaslarda gerginlik veya ağrı) semptomlarından minimum 3 tanesi bulunuyorsa kafein yoksunluğu tanısı konulabilir.

5. Kafeinin kullanım bozukluğu, tütünün ise intoksikasyonu tanımlanmadığı için, bu iki madde dışında bütün madde intoksikasyonlarına “hafif şiddetle kullanım bozukluğu ile”, “orta ve ciddi şiddetle kullanım bozukluğu ile” ve “madde kullanım bozuklukları olmaksızın” belirleyicileri tanımlanmıştır. Esrar, opiyat, amfetamin ve kokain intoksikasyonları algı bozukluğu ile giden ve algı bozukluğu olmayan olarak 2 alt gruba ayrılır. Yukarıda tanımlanan belirleyiciler bu iki alt grup için de geçerli sayılır.

6. DSM-5'te ilk defa esrar yoksunluğu tanımlanmıştır. Esrar kullanımı bırakıldıktan ortalama bir hafta sonrasında; kolay kızma, öfke, saldırganlık, uyku sorunu, iştah azalması-kilo kaybı, huzursuzluk, çökkün duygu durum, karın ağrısı sarsılma/titrete, terleme, ateş, ürperme, baş ağrısı gibi bedensel belirtilerden birinin olması ölçütlerinden minimum 3'ünün bulunuyor olması durumunda bağımlılık tanısı konmaktadır.

7. DSM-5'te fensiklidin intoksikasyonunda kullanılan algı bozukluğu ile giden belirleyicisi kalkmıştır.

8. Sedatif-hipnotik-anksiyolitik yoksunluğu için algı bozukluğu olan ve algı bozukluğu olmayan belirleyicileri kullanılmıştır.

9. DSM-IV-TR’de en az 3 gruptan madde kullanımı çoğul madde kullanımı ile ilişkili bozukluk tanımlanmışken bu tanıya DSM-5’te bulunmamaktadır.

10. Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar tanı grubu DSM-5’te karşımıza çıkan yeni bir kategoridir ve sadece kumar oynama bozukluğunu içerir. Kumar oynama bozukluğunun DSM-5 ile sınıfı değişmekle birlikte tanı ölçütleri hemen hemen aynı kalmıştır. DSM-IV-TR’deki 10 ölçütten sadece “kumar oynamak için gereken parayı sağlamak üzere sahtekârlık, dolandırıcılık, hırsızlık, zimmetine para geçirme gibi yasa dışı eylemlerde bulunur” tanı ölçütü dışarıda bırakılmıştır. Şiddet belirleyicisi açısından; 4-5 ölçütle hafif, 6-7 ölçütle orta, 8-9 ölçütle şiddetli kumar oynama bozukluğu tanısı konulabilmektedir. Ayrıca “dönemsel” ve “sürekli” diğer belirleyicilerdir. Madde ile ilişkili bozukluklarda olduğu gibi “erken” ve “tam remisyon” belirleyicileri de tanımlanmıştır

11. DSM-5’te madde/ilaç kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar içinde DSM-IV-TR’den farklı olarak, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar ve bipolar bozukluklar yer almaktadır. DSM-IV-TR’de bipolar bozukluklar ve depresyon “duygu durum bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılırken DSM-5’te bipolar ve ilişkili bozukluklar ve depresif bozukluk olmak üzere iki ayrı grup olarak sınıflandırılmıştır. DSM-IV-TR’de var olan madde kullanımının yol açtığı duygu durum bozuklukları yerine DSM-5’de madde/ilaç kullanımının yol açtığı depresif bozukluklar ve madde /ilaç kullanımının yol açtığı duygu durum bozuklukları olarak yer alır. Madde kullanımının yol açtığı obsesif-kompulsif bozukluk ilk defa DSM-5’de tanımlanmıştır. Bütün bozukluklar ilişkili bir şekilde tanımlanmıştır(Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A,2015).

1.1.7. Madde Kullanımı ile İlişkili Demografik Özellikler

Madde bağımlısı bireylerin sosyodemografik özellikleri bakımından benzer yönlerinin ve farklı yönlerinin olduğu bilinmektedir. Esrar ve Meperidin(Petidin) bağımlılığı sebebiyle hastanede yataklı tedavi edilen bireylerin sosyodemografik özellikleri incelenen bir araştırma da esrar kullanan bireylerin işsizlik ve eğitim düzeyleri meperidin kullananlara oranla düşük olduğunu ortaya sunulmuştur. Ayrıca esrar kullanım yaygınlığı kadınlara oranla erkeklerde daha yüksek seviyede bulunmaktadır bilgisi elde edilmiştir .(Evrev ve Çakmak ,2002).

Türkiyede yapılmış olan bir araştırmada; madde hullanımının yaş ortalaması 17.2 olarak bulunmuştur(Sevinçok ve Küçükardalı,2000).

Bir hastanede yatarak tedavi görmekte olan madde bağımlılığı bulunanların sosyodemografik ve madde kullanımıyla alakalı özelliklerin kadın ve erkek bağımlılara göre karşılaştırılmasını hedefleyen bir araştırmada bağımlı kadınların boşanmış, eğitim düzeylerinin lise veya üniversite olduğu ve intihar girişim öyküsü olduğu saptanmıştır. (Evren ve Saatçioğlu vd., 2003).

1.1.8 Madde Bağımlılığının Etiyolojisi

Madde bağımlılığının pek çok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenlerden bazıları kişisel merak, arkadaş çevresi ve aile içerisindeki iletişim bozuklukları yer almaktadır. Fakat genel olarak şu başlıklar altında madde bağımlılığı açıklanmaktadır ve üç ana genel başlık altında ele alınmaktadır, kullanılan kişisel özellikler ve çevresel özellikler ve maddenin özellikleri (Tekalan, A., 2012).

1.1.9. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Keyif verme özelliklerinin fark edilmesiyle birlikte insanlarda vazgeçilemez alışkanlıklar yaratan bağımlılık yapıcı maddelerin tüketimi artmış ve bu tüketimi sağlamak adına istenilen ve karşılanabilecek miktar dengesini koruma gereksinimi ve bu kesimden karlar sağlama isteği, rekabeti doğurmuştur. Hatta İngiltere ve Çin I. ve II. Afyon savaşlarını gerçekleştirmiştir.

On dokuzuncu yüzyıl sonundan günümüze, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı; toplum ve kişi sağlığı açısından saldırı oluşturma, ülkenin iktisadi durumuna negatif tesir etme gibi sebeplerden dolayı suç olarak kabul edilmiştir. Öte yandan bu konuda dünya ekonomisinin bütününün tam anlamıyla mutabık olduğunu söyleyemeyiz. Hala pek çok ülkede bağımlılık yapıcı madde kullanımı, ticareti ve üretimi serbest olmakla birlikte devletler tarafından da desteklenmektedir (Bilgen, 1998).

Son dönemlerde psikolojik, biyolojik hatta sosyal açıdan birden fazla unsurla ilişkili olan madde kullanımı yaygınlığında ciddi oranda artış görülmektedir. Yapılan araştırmalar madde kullanımının büyük oranda yaygınlaştığını açıkça gözler önüne sermektedir. Yapılan başka bir araştırmada ise; kadın ve erkek bireylerin hayat süresince madde kullanım oranı yaklaşık olarak %41 ve %31.7 olduğu belirlenmiştir. (Simpson ve Miller., 2002).

2006 yılında EMCDDA aracılığıyla Avrupa'daki madde kullanımını ve uyuşturucu problemini belirlemek için bir araştırma yapılmıştır. 2006 yılının raporunda

yetişkin popülasyona ilişkin öngörüler mevcuttur. Söz konusu rapordan elde edilen verilere göre değişik madde çeşitlerinin hayat boyu prevalans oranları şu şekildedir: Avrupalı yetişkinlerin %3'ünün amfetamin, yaklaşık 8,5 milyon Avrupalı yetişkinin ekstazi; minimum 65 milyon Avrupalı olan yetişkinden bireyden bir tanesi esrar; 10 milyon Avrupalı yetişkin bireyin %3'ünden fazlası kokain; 8,5 milyon Avrupalı yetişkin bireyin ise ectasy; 10 milyon Avrupalı yetişkin bireyin yaklaşık %3'ü amfetamin; 15-65 yaş arası 1.000 yetişkin bireyin kişi başına 1 ila 8 opiad (esrar) kullanıldığı bilgileri elde edilmiştir.

2001 ve 2004 yıllarında Türkiye de yapılan benzer iki araştırma ile veriler kıyaslandığı zaman, tütün ve alkol dışında ki tüm maddelerin kullanımının yaygınlaştığı görölmüştür. Türkiye'de bu konuda yapılmış geniş çaplı ilk çalışma Türk Psikologlar Derneği ile Kamu sektörü yapmıştır.15-64 yaş arası 7681 kişinin katıldığı, ev ortamında yapılan anket çalışmasına göre alkol ve sigara harici bağımlılık yapıcı madde kullanımı %0,3 yaşamları süresince en az kez defa bağımlılık yapıcı madde kullananların oranı ise %1,3 olarak saptanmıştır (EGM-KOMDB, 2009).Sırasıyla; esrar, flunitrazepam, ectasy, uçucular, eroin ve benzodiazepinler Türkiye'de en hızlı artısı gösteren maddelerdir. Yapılan bu iki araştırmada ectasy kullanımı yaygınlığının belirgin oranda yüksek olduğu saptanmıştır(Ögel, K., 2005).

Cezaevi, tutukevi veya sokak gibi ortamlarda bulunan bireylerde madde kullanım oranı okul popölasyonuna oranla daha yaygın olduğu görölmektedir.(Ögel ve Çakmak., 2003).

1.1.10. Bağımlılığın Nedenleri

Madde bağımlılığın ilerlemesinde birçok sebep vardır.Bunu tek bir sebep bağlamak yanlış olur.

Bağımlılığın bazı kesin olan sebepleri görölse bile, sıkça gözlenen sebepler, koruyucu etkenler ve risk faktörleri mevcuttur.(Ögel K.,2010).

Koruyucu Etmenler

- Güzel ve pozitif aile ilişkileri, demokratik aile nizamının olması
- Yüksek-orta düzey geliri, minimum işsizlik oranı
- Ailelerin çocuklar ve çevreleriyle ilgili oluşu

- Derslerinde başarılı, eğitimi destekleyici çevre
- Hayat içerisinde minimum stres ve sosyal desteğin fazla olması
- Pozitif benlik saygısı, pozitif kişilik özellikleri
- Madde bağımlılığı konusunda doğru bilgilendirme
- Sağlam sosyal ilişkiler

Risk Etmenleri

- Sorunlu aileler ve sorunlu aile ilişkileri, yanlış baba ve anne davranışları,
- Çekingenlik, içe kapanıklık, hiperaktivite, negatif davranışlar sergileme
- Eksik(güçsüz) sosyal beceriler, düşük okul başarısı
- Hatalı etraf tutumları (madde kullanımının onay görmesi gibi)
- Hatalı sosyal çevre
- Aile içinde madde kullanımı (Ögel K.,2010)(Dilbaz N.,2013)

Psikolojik Nedenler

- Psikolojik Gelişim Teorisi

Bu teoriye göre kişiyi madde kullanımına iten nedenler; psikoseksüel gelişim dönemlerinde güven ve sevgi eksikliği, yetişkinlik hayatında yaşanan kaygının azaltılabilmesi ve bu hisler ile başa çıkabilmektir(Ögel K, 2010)

- Bilişsel Teori

Özellikle alkol bağımlılığında alkolün etkilerinin kognitif olarak biçimlendiğini açıklamıştır. Bireyin alkolden etkilenme derecesinin bireyi kognitif yapısına ve belli bir uyarının varlığındaki kognitif süreçlerine bağlıdır

- Öğrenme Teorisi

Madde bağımlılığının artmasında öğrenmenin önemli olduğuna değinilmektedir. Edimsel, klasik koşullanma yoluyla uyarıcı durumlar ile madde kullanım arasında ilişki oluşumuna bağlı olarak ortaya çıkmıştır.Bu teoriye göre çevresel etkenlerle bağdaştırarak yinelenen madde kullanımı

bu etkenleri koşullanmış uyaranlara dönüştürerek madde kullanım davranışı gerçekleştirir.

- Sosyalleşmede Sorunlar

Birey bulunduğu ortama uyum sağlamakta zorlanmıştır ve bu bir yıkım başlatmıştır, birey hissettiği bu duygudan kaçmak ve bu durumla başa çıkmak amacı ile maddeye yönelir

- Risk Alıcı Davranışlar

Bireyin riskli bir hayatı tercih ediyor olması riskleri göze alıyor olması durumunda tüm zararlarına rağmen maddenin kendisine çekici gelmesine neden olur, toplumun koyduğu kurallara karşı gelme risk alma ile bağdaştırılıp madde kullanımına gitmesi mümkündür

- Kişilik Özellikleri

Kişiyi diğer bireylerden ayıran kendine has kılan özellikleridir. Bu özellikler; kişinin algılama, düşünme, öğrenme biçimi, duygusal tepki yeteneği, engelleme ve çatışmalar karşısında baş etme ve savunma mekanizmalarından oluşur. Olumlu kişilik özellikleri koruyucu madde kullanımında koruyucu faktördür

- Kompülsiyon

Kompülsiyon bağımlılığın ana dinamiği olup maddenin elde edilmesi ve sürekli kullanımı için kuvvetli istek dürtüsüdür

1.1.11. Madde Kullanımını Açıklayan Teoriler

Madde kullanımı;

- Psikososyal
- Psikodinamik
- Genetik ve davranışsal teoriler

olarak üç ana maddeden oluşan teori ile açıklanmaktadır.

1.Psikodinamik Teoriler

Psikodinamik teoriler bakımından; mastürbasyon ve benzeri bir eylem, eşcinsel dürtülerle savunma ya da oral geçmişin bir yansıması olarak bilinmektedir. Ayrıca depresyon ve bozulmuş olan ego fonksiyonlarının madde kullanımı ile olan ilişkisi yer almaktadır. Madde bağımlılığı psikososyal gelişimin oral dönemine regresyonu değil, uyum ve korunuma dönük bir eylem olduğu söylenmektedir.

Madde kullanımı; öfke, utanç, suçluluk gibi duygulara karşı, savunma mekanizmalarını güçlendirmek için kullanılmaktadır. Erken dönem gelişim dönemi bozukluklarından kaynaklanan eksiklerle, ebeveynlerini içselleştirmede oluşan aksaklıklar da madde kullanımını tetikler. Madde bağımlısı kişiler sakinleşmede ve benlik saygısı gibi durumlarda sorun yaşarlar. çocukluk çağı düzensizlikleri olanlar madde kullanarak kendilerini tedavi ettiklerini düşünürler (Tosun, M., 2008).

Bağımlılık yapan maddeler cinsel yaşantıyı bedensel ve ruhsal olarak etkilemektedir. Kullanılan madde kısa sürede cinsel doyum sağlayıcı etkisi olmasına rağmen, uzun süreli madde kullanımında bireyin cinsel isteği azalmaktadır. Bu sebeple, tüm davranış, güdü ve isteğin tek bir sebebi madde olmaktadır (Köknel, O., s38).

2. Psikososyal Teoriler

Bağımlılığın temel nedenlerinden biride ailedir. Çocukların aile içi bağımlılık öyküsü bağımlılığın gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Kültür, sosyal öğrenme kuramına göre madde kullanımının yaygınlığını belirlemektedir. Sosyal açıdan değerlendirildiğinde, maddenin ulaşılabilirliği, sınırlamalar ve madde kullanımına ilişkin politikalar değerlendirilebilir. (Yıldız ve diğerleri., 2011).

Aile ve toplum ile madde kullanımı arasındaki örüntü çok önemlidir. Aynı zor koşullara ve aynı sosyo-ekonomik şartlara sebep olmalarına rağmen her birey madde kullanmamaktadır. Sosyal koşulların yanı sıra, farklı koşullarda madde bağımlılığını etkilemektedir.

3. Davranış Teoriler

Kişilik, davranışların meydana gelmesinde önemli bir yere sahiptir. Koşullanmış tepkiler ise bireyin yaşamında yararlı ve zararlı yaşantıların öğrenilmesinde rol oynamaktadır (Köknel, 1938).

Madde gerginliği azaltarak, ruhsal ve bedensel işlevi artırıp, davranışsal yönde olumlu bir etki yaratmaktadır. Bu durumda yoksunluk sendromu bile pozitif pekiştirecek olarak görülebilmektedir(Uzbay,2015).

1.2. Aleksitimi

Eski çağlardan beri insanların varoluşlarında duygularının önemli ve büyük bir ölçüde yeri olduğu bilinmektedir. Kişinin duygularını ifade edilemiyor oluşu fizyoloji ve psikolojiyi negatif bir biçimde etkilediği görülmektedir.Duyguların ifadesinden bahsedildiğinde ise “duygular için söz yokluğu” olarak Türkçeye çevrilen aleksitimi kavramı olmuştur.

Duyguları açığa çıkarmak fiziksel ve psikolojik sağlık açısından yararlıdır. Birey eğer duygularını hissetmek ve yaşamak konusunda kendisini engelliyor veya savunmaya geçiyorsa, duygusal farkındalığı düşük bir seviyedeysen veya duygularını ifade edebilmek için az sözcük bilgisine hakimse, duygularını ortaya çıkarma kapasitesi kısıtlanmakla kalmayacak aynı zamanda kişinin sağlığı da negatif bir biçimde etkilenecektir. Bu hal bireyin fizyolojik ve ruh sağlığı bütünlüğüne hazar verecektir. Bu nedenle duyguların tanınması ve ifade edilmesi önem taşımaktadır. Duyguların insan yaşamındaki rolünün büyüklüğü düşünüldüğünde duygusal sorunlarla ilişkili olan “Aleksitimi” kavramı çok fazla önem teşkil etmektedir (Şenkal, Işıklı, 2014).

Aleksitimik olan bireyler robotik davranışlar sergilemektedir(McDougall, 1982). Aleksitimik kişiler olumsuz bir durum halinde, neden bahsetmek istediklerini, ne demek istediklerini ve yapmak istediklerini detaylı bir şekilde anlatırlar.Fakat hissettiği duygular sorulursa bilmedikleri görülmektedir (Dereboy, 1990b). Özet olarak, aleksitimik bireyler gündelik hayatlarında ilişki kurabilir, düşünebilir ama düşünceleriyle duyguları arasında olan ayrımı yapamaz, bağlantıyı sağlayamaz, duyguları ile bedensel duyularının farkını bilemez ve bütün bunları anlatmakda zorluk yaşayan bireyler olarak tanımlanmaktadır (Faryna ve ark., 1986; akt Koçak, 2002).

İlk kez aleksitimi terimini duygulanım bozukluğu üzerine sistematik olarak yapılan klinik gözlemlerin sonucunda Psikosomatik yakınmaları olan bazı hastalarda, aleksitimikavramı Nemiah ve Sifneos tarafından 1970'lerde formüle edilmiştir. (Sifneos, Apfel ve Frankel 1977; Nemiah, 1977; Sifneos, 1973). Sifneos ilk kez 1972 yılında, bazı danışanların duygularını tanıması, ifade edebilmesi ve aynı zamanda sözelleştirebilmesi

konusunda güçlük yaşadıklarını ifade etmiştir. Aleksitimi kavramı; Yunanca “a: yok”, “lexis: söz”, “thymos: duygu” sözcüklerinden türetilerek, dilimizdeki karşılığı “duygular için söz yokluğu” ya da “duygusal ahrazlık” olarak ifade edilmiştir (Sifneos, 1972; Dereboy, 1990a, b; Şahin, 1991).

Aleksitimik belirtileri psikosomatik hasta gruplarıyla yapılan gözlemler sonucunda aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- 1- Yakınmaları gösterme
- 2- Diğer yakınmalar: Gerginlik, engellenme, sinirlilik, huzursuzluk, ağrı, acı, sıkıntı (bunalma).
- 3- Düşünce içeriği
- 4- Dil:Kelimelerde sıkıntı
- 5- Ağlama: Üzüntü nöbetleri
- 6- Hayal kurma
- 7- Duygulanım
- 8- Aktivite:Güdüsel davranışlar
- 9- Kişilerarası ilişkiler:zayıf bağlanma
- 10- Kişilik:Psikopatik, narsisistik, pasif-agresif, pasif-bağımlı.
- 11- Beden duruşu:Sert, katı.
- 12- Karşıt aktarım: Sıkma.
- 13- Sosyal, eğitimsel, ekonomik, kültürel altyapıyla ilişki: Hiçbiri anlamlı değil.

Türkçeye “duygular için söz yokluğu” olarak çevrilen aleksitiminin (Dereboy, 1990), duyguları tanıma, ifade etme ve bunları ayırma zorlukları, hayal kurma kısıtlılıkları, dış odaklı düşünme gibi özellikleri içeren bir yapı olduğu ifade edilmektedir (Taylor, Bagby ve Parker, 1991). Bu yapının bilişsel işleme ve duygu düzenlemeye ilişkin kusurları yansıttığına inanılmaktadır (Taylor, 1994). Aleksitiminin durumsal bir özellik olarak değerlendirilebileceğine dair araştırma bulguları ortaya konmakla birlikte

(Honkalampi ve ark., 2001; Speek, Nyklicek, Cuijpers ve Pop, 2008); kalıcı bir kişilik unsuru olarak ele alınması gerektiğine dair bulgu ve görüşler de ilişkili literatürde bulunmaktadır (Martinez-Sanchez, Ato-Garcia ve Ortiz-Soria, 2003; Pinard, Negrete, Annable ve Audet, 1996; Zimmermann, Rossier, de Stadelhofen ve Gailard, 2005).

1.2.1. Aleksitimik Belirtiler ve Kişilik Özellikleri

Aleksitimi kavramının yaratıcı olan Sifneos'a göre aleksitimik bireyler duygusal işlevlerinin sığılığı nedeniyle kişiler arası ilişkilerde başarılı olamazlar. Duyguların oldukça önemli olduğu toplumsal yaşamın getirilerine adaptasyon sağlayamadıkları için başka bir dünyadan gelmiş yabancı izlenimi verirler. En bariz özelliklerinden biri duygularını farketmeleri fakat dışa vurum yapamamalarıdır. Günlük yaşamlarına bakıldığında düşüncelerini anlatabilen, insanlarla iletişime geçebilen insanlardır. Fakat düşünceleri ile duyguları arasında bağlantı kuramayan ve bunları ayırt edebilmekte başarısız olup ifade güçlüğü yaşarlar (Yurt, 2006).

Aleksitimi ve kişiler arası problemler bir duygu eksikliğini düzenleyici sistemler olarak düşünülebilir. Hastaların duygularını adlandırma ve tartışma durumlarında yaşadıkları problemler kişiler arası ilişkilerden ayrı düşünülemez (Vanheule, Vandenberghe, Verhaeghe ve Desmet, 2010).

Aleksitimik kişilik özelliklerine sahip olan bireyler gündelik hayatlarında ayrıntılara çok önem vermektedirler ve çevresel beklentileri oldukça yüksektir. Bu nedenden dolayı dış etkenlere karşı oldukça kontrollü bir tutum sergilemektedirler ve yalnızlığı tercih etmeleri de yine bu sebepten dolayıdır. Diğer bir yandan aleksitimik bireyler çok zeki olmalarına rağmen bu zekalarını duygularını gizlemek ve çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmek adına kullanırlar (Aydın, Saraç, 2014).

Araştırmacılar, klinik çalışmalar sürecinde kişiler arası ilişki tarzlarında hastaların özelliklerini kaydetmişlerdir. Nemrah ve Sifneos'a (1970) göre aleksitimik hastalar, umursamaz, diğer insanlardan uzak, bağımsızdır. Kişiler arası ilişkilere ek olarak terapötik ilişkilerde donuk, soğuk ve anlayış eksikliğine sahip oldukları görülmektedir (Vanheule ve diğerleri, 2010). Başka bir çalışmada; kişiler arası sorunlar, kişiler arası iletişimdeki semboller ve aleksitimi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Burdançikan sonuca göre: aleksitimikler, kişiler arası ilişkilerde “soğuk” ve “içe dönük” olma eğilimindedirler (Inslegers ve diğerleri, 2012).

Aleksitimik bireyler öfkelerini belli etmekte sıkıntı yaşarlar. Aleksitimik kişiliğe sahip olmayanlara göre daha fazla öfke yaşamalarına rağmen öfkelerini ifade etmede sorun yaşarlar ve sözel olmayan ifade yöntemlerine başvururlar. Kişiler arası çatışma yaşamaktan kaçınmalarının sebebi de budur (Oktay, Batigün, 2014).

Aleksitiminin temel özelliklerinden biri de kısıtlı yaratıcılıktır. Çatışmadan kaçınmak için çaba sarfedenaleksitimikler kendi ruhsal gerçekliklerinin farkında olmada da başarılı değildirler. Az rüya görürler, katı bir duruş ve duygularını maskeleyen bir yüz ifadesi sergilerler (Uzun, 2013).Rüyaları kısıtlı bir döngüde fazlasıyla somut ve günlük yaşama dairdir. Son yıllarda yapılmış araştırmaların ışığında ortaya konulmuş bir başka özellik ise aleksitimiklerin duyguları sözel olarak ifade etmede değil duyguları bilişsel olarak işlemede de zorluk yaşadıklarıdır. (Luzumlu, 2013).

Aleksitimik bireyler olumsuz duyguların yüz hareketlerini algılamakta zorluk yaşamaktadırlar. Açıklamak gerekirse, üzüntü, kızgınlık, korku gibi olumsuz duyguların yüz ifadelerinin derecelerini anlamakta sıkıntı yaşamaktadırlar (Prkachin, ve ark., 2009).

Aleksitimik bireyler yoğun stres yaşasalar bile, hatta depresyonda olsalar bile bunu inkâr etme eğilimini göstermektedirler (Koçak, 2002).

Bağımsız özbenlik kurgusu olan kişilerin kişilik özellikleri ve aleksitimi ilişkisinin ölçüldüğü başka bir araştırmada da başkalarından farklı düşünce yapısına sahip oldukları görünmüş. Bağımlı özbenlik kurgusu olan kişilerin sosyal konularda başkalarına bağımlı oldukları görülmüştür (Konrath, Grynberg, Corneille, Hammig, ve Luminet, 2011). Dolayısıyla aleksitimi; bağımsızlık ile düşük, başkalarına bağımlılık ile yüksek ilişki içinde olduğu sonucuna varılmıştır.

Aleksitiminin genel nüfus içinde mutlak ve bağıl kararlılığı yüksektir. Bu sonuca göre; genelde aleksitiminin kararlı kişilik özelliklerini temsil ettiği varsayımı doğrulanmıştır. Bunun yanı sıra aleksitimi depresif belirtilerde artış gösterir (Tolmunen ve diğerleri, 2011).

Kabul edilmiş olan aleksitiminin karakteristik özellikleri (Krystal, 1979: Lesser, 1981; Taylor, Bagby ve Parker, 1991; Sifneos, 2000)4 ana başlık altında toparlanabileceği bulunmuştur:

1. Duyguları Fark etme,Ayırt Etme ve Dile Getirme Güçlüğü

2. Hayal Kurma, Düşlem Yaşantıda Kısıtlılık
3. İşevuruk/işlemsel (operasyonel) düşünme
- 4.Dış Merkezli - Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı

1.Duyguları fark etme, ayırt etme ve dile getirme güçlüğü

Aleksitimik bireyler duygularını tanımlamada zorluk çekerler. Onlar için olumlu ya da olumsuz duygular vardır ve bunları rahatsız olmak ya da rahatsız olmamak gibi basit bir şekilde ayırırlar, duygularını kaba bir tabirle, “rahatlamak ya da rahatsız olmak” veya bedensel olarak “gevşeme hali ve gergin olma hali” gibi basit bir şekilde tanımlamaktadırlar. Başlarından geçmiş olan kötü bir durumla ilgili düşünceleri sorulduğu zaman , o an içinde yaşadıkları duyguları, olay anında neler yaşadığını ve nasıl davrandığını anlatır öfke, kızgınlık, korku yada utanma gibi duygu ifadelerinden bahsetmez.Duygularından bahsetmesi istenilirse duygu sözcüğünün tanımını bilmiyormuş gibi davranırlar (Ekici, 2011). Duygularından bahsetmeleri istenilirse, duygularından ve düşüncelerinden ne zaman bahsettikleri anlaşılamaz(Dereboy, 1990).

Duygularını anlatırken "rahatlama" "rahatsız olma” gibi ifadeler kullanırlar. Bedensel yakınmalarından sıklıkla söz ederler. Donuk ifadeleri ile duygularını yüzlerinden anlamada zorluk yaşarlar. Bedensel belirtilerle duygularını ayırt etmekte zorlanırlar. Fiziksel belirtileri ve duygularının arasındaki farkları anlayamadıklarından konuşmaları ezberlenmiş ve tekrarlayıcı bir örüntüye sahiptir. Tekrarlayıcı ifadeler kullanırlar (Sifneos, Apfel ve Frankel, 1977; Lesser, 1981; Krystal, 1979). Duygusal yaşamlarındaki kısıtlılık sebebiyle duruşları donuktur (Hintistan, 2012).

Aleksitimik birey kendi ruhsal gerçekliğinin hiçbir zaman farkında değildir. Toplumda idame ettirdiği varlığı; derinlikli ilişki kuramayan, empati yapamayan, kendi ve çevresindekilerin duygusal farkındalığına erişemeyen bir varlıktır. Bu nedenden dolayı Medougall (1982) aleksitimik bireyler için mekanik varlıklar, robotlar ifadesini kullanmıştır (Aktay, 2014).

Sonuç olarak, aleksitimik bireylerin günlük hayatlarında yaşadıkları temel problem, duygularıyla düşüncelerinin ayrımını yapmada sorun yaşamaları, duygularıyla bedensel tepkilerini ayırt edememeleri ve tüm bunları ifade edememeleridir (Kocak.2002).

2. Hayal Kurma, Düşlem Yaşantıda Kısıtlılık

Aleksitimik bireylerin hayal güçlerinin fazlasıyla zayıf olduğu görülmektedir. Hayal kurmayı zaman kaybı olarak gördükleri sebebiyle, genellikle duygudan yoksun ve gerçeklik sınırlarını aşmayan hayaller kurarlar. Bu güçlük yaratıcı olmalarını da engeller. Kendi iç dünyalarından oldukça uzakta yaşayan aleksitimik bireyler, kendilerine oldukça yalın ve mekanik bir yaşam alanı oluştururlar. Hayal gücü ve fantezi yaşamındaki kısıtlılıkları onları detaycı ve işlemsel düşünmeye yönlendirmektedir. Gerçeklik sınırlarını aşamayan hayalleri yoğun ve duygusal yüklü canlandıramazlar. Duygularını ima edecek hayal kurmaktan kaçınırlar. Hayal kurma yaşantıları kısıtlı olduğundan dolayı yaratıcılıkları da aynı oranda kısıtlı kalmaktadır (Hintistan, 2012). Yetişkin hayatlarında hayal kurmayı sağlayamadıklarından bahsedilmiştir (Lesser, 1981; Taylor ve Bagby, 1988).

Düşlem yaşamındaki eksiklikler, onların olay ve durumların ayrıntılarına inerek işlemsel düşünmelerine neden olur. Bu özellikleri açısından bakıldığında aleksitimik bireyler, diğerleri tarafından sıkıcı bulunurlar (Sifneos, Apfel ve Frankel, 1977; Lesser, 1981; Krystal, 1979).

Düşlem yaşamı kısıtlı olan aleksitimik bireyler rüyalarını ender olarak hatırlamaktadırlar ve rüyaları daha çok somut niteliktedir. İçsel olarak kısıtlı yaşantıya sahip olan aleksitimikler dışarıdan da kaba, hassas olmayan, düşünmeden davranan bireyler olarak tarif edilmektedirler (Hintistan, 2012).

3. İşevuruk/işlemsel (operasyonel) düşünme

Aleksitimik bireyler işevuruk/işlemsel operasyonel düşünme eğilimleri nedeniyle çevreleriyle uyumlu olurlar çünkü sorunlara faydacı, somut ve kestirme yoldan çözüm bulmaktadırlar. Pragmatik ve mekanik denilebilecek tarzda bir düşünmeye yatkın olduklarından dolayı çevrelerine uyum sağlayabilmektedirler. Bu nedenle sorunlarının temeline inmeyerek sorunlarıyla yüzeysel olarak ilgilenirler. Bir sorunla karşılaştıklarında derinlikli bir inceleme yapamadıkları için en kısa yoldan sorunu yok etmeye uğraşırlar ve aynı sorunu bir daha yaşamamak için önlem alırlar (Koçak, 2012). Çevreleriyle uyum içinde olmaya gayret göstererek, sorunları kapama ve tekrar yaşamamak için gerekli önlemleri alırlar. (Sifneos, Apfel ve Frankel, 1977; Lesser, 1981; Krystal, 1979). Mekanik tarzda düşünmeleri kendi iç dünyalarıyla iletişime geçmelerini

engellerken bir taraftan da çevresindeki insanlar tarafından uyumlu olarak nitelendirilmelerini sağlar (Şenkal, 2013).

4. Dış Merkezli - Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı

Aleksitimik bireylerin dış merkezli ve uyuma yönelik bilişsel yapıda oldukları görülmektedir. Çevreleriyle ilişkilerinde uyum sağlamaya yönelik davranarak dış etkenlerin etkisi altında oldukları görülür. (Sifneos, Apfel ve Frankel, 1977; Lesser. 1981; Krystal, 1979). Sosyal çevresinde karşılaştıkları insanlarla kurdukları ilişkilerde tutum ve davranışlarını iç etkenler belirlemez tam tersi dış uyaranlara göre davranış biçimi geliştirirler. Daha öncede bahsedildiği gibi çevreleriyle uyum içindedirler ve bu uyum dışa dönük bilişsel yapı geliştirdiklerinden dolayıdır. Genelde zeki olarak tanımlanan aleksitimik bireyler bu zekiliklerini dış uyaranlara uyum sağlayıp çevresindeki insanlara adapte olabilmekte kullanırlar. Kişiler arası ilişkilerinde içsen uyaranlara değil dış uyaranlara göre davranırlar bu da onları dışsal kontrolü gelişmiş, başına gelebileceklerle karşı çevresel beklentiler oluşturmuş kişiler haline getirmektedir (Şenkal, 2013). Dış kontrollü oldukları için yalnızlığı tercih ederler ve çoğu zaman bağımlı kişilik örüntüsü oluşturmaya yatkındırlar (Hintistan, 2012).

Başlangıçta aleksitiminin klasik psikosomatik ya da somatik hastalıklarda çalışılmış olduğu görülse de, bugün, normal olarak genel popülasyona yayılmış bir kişilik özelliği olduğu görülmektedir. Aleksitiminin yüksek düzeyde olması psikiyatrik bozukluklar ve fiziksel hastalıklarda olası hasar verici bir faktör olabileceği gerçeğini düşündürmektedir. (Taylor, Bagby ve Parker, 1991; Luminet, Bagby, Taylor ve Parker, 1999)

Birincil ve ikincil aleksitimi kavramları aleksitiminin sınıflandırılmasının tartışıldığı dönemlerde ortaya çıkmıştır. Birincil aleksitimi psikosomatik hastalığa götüren hayat süresince devam eden ruhsal bir faktör olarak (genetik ya da biyolojik kaynaklı görülür. İkincil aleksitimi ise, birincil bir medikal hastalık ya da diğer bir stres faktörün sonucu olarak (gelişimsel, sosyokültürel faktörler ve travmatik olaylar kaynaklı) çıkmıştır (Freyberger, 1977).

Martin ve Pihl (1985) Onlara göre, kişiler arası olan ya da olmayan stres verici bir durum/olay karşısında aleksitimik özellikler bireyi etkiler. Bu özelliklerin öncelikle bireyin stresör ile etkin bir şekilde basa çıkmasını engeller. Duygusal farkındalık eksikliği bu durumu stresli olarak değerlendirmesine izin vermez. Bu duruma karşı eksik bir

değerlendirmeyeyle eyleme geçmesi onu doğru olmayan bir başa çıkma yöntemine götürecektir. Aleksitimi, stresin yarattığı fizyolojik uyarılmışlığı daha da artırarak stresle ilişkili hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olur. Pek çok araştırmacı; irrasyonel düşüncelerin ve dış merkezli bilişsel yapının stresle uygun olmayan başa çıkma stratejilerine yol açtığını belirtmiştir. (Zimmermann ve arkadaşları, 2005; Luminet ve arkadaşları, 1999; Parker ve arkadaşları, 1998).

Bu düşünceler, TenHouten'in (2006) aleksitiminin bir savunma mekanizması olarak ele alınabileceğini söyleyen düşünceleriyle paralellik gösterir. Ten Houten'e göre (2006), aleksitimi; büyük ve ağır travmatik ya da acı veren deneyimler sonucunda bir savunma mekanizması olarak gelişmiş, duyguların bilişsel temsili ve onların sözel ve kişilerarası ifadesi daha sonrasında bilişsel becerileri etkilemiştir.

1.2.2. Aleksitiminin Nedenleri

Duygusal süreçler ve Aleksitiminin çeşitli yönleri arasındaki ilişkiyi ölçen birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Sonuçlara bakıldığında tartışmaya açık oldukları görülmektedir. Aleksitimik ve aleksitimik olmayan öğrenciler arasında duygusal yüz ifadelerini algılama ve duyguya ilişkin bilginin yorumlanmasında fark olmadığına yönelik bazı araştırmalar yapılmıştır (Mayer, DiPaolo ve Salovey, 1990; McDonald ve Prkachin, 1990). Duygu düzenleme bozuklukları için aleksitiminin önemli bir belirleyici olacağına yönelik başka araştırmalar da mevcuttur (Jessimer ve Markham, 1997; Lane, Sechrest ve Reidel, 2000).

Yetişkinlerde yapılan klinik gözlemlere bakıldığında; aleksitimi kavramının elde edilen iki kaynaktan meydana geldiği yönünde görüşler de mevcuttur (Way ve diğerleri, 2010). İlk kaynak; psikosomatik bozuklukların psikanalitik tedavisi ve diğeri soykırımdan kurtulanların tedavisi olduğu görülmüştür. Ruesch (1948) psikosomatik yetişkin hastaların “çocuksu kişilik özellikleri” olduğunu belirtir. Bu hastaların özellikle sözel ve sembolik ifadelerin olgunluğuna erişememiş olduklarını ifade eder. Soykırımdan kurtulanlar için de benzer gözlemler yapılmıştır (Krystal, 1974). Bu bireyleri Krystal; duygularda tıkanmanın etkisiyle sembolik ifadelerde güçlük ve bilişsel süreçlerde sınırlılık yaşayanlar olarak adlandırırlar.

Aleksitiminin sebebi tanımlamakta güçlük çekilmektedir., ilk olarak “genetik” faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Fukunishi ve Paris, 2001). İkinci olarak çocuk istismarı gibi travmatik yaşantıların duygusal ifadelerin engellenmesine

neden olması sonucunda da aleksitimi görülmektedir (Krystal, 1988). Beynin duyguları yöneten sağ yarımküres ve konuşmayı yöneten sol yarım küresi arasında iletişimin travmatik yaşantılar sonucunda bozulabildiği görülmektedir (Schoore, 2001). Aleksitiminin sonucu olarak, kişinin duygularını tanıma ve ifade etmede yaşadığı güçlük olarak adlandırılan beynin bu fonksiyon bozukluğu travmatik yaşam olayları sonucunda çıkabilir.

| Aleksitiminin tanımlanmasında; Parker,Taylor ve Bagby(2001) özellikle dilsel yeteneğin, bilişsel becerilerin önemli bir rol oynadığını öne sürer. Duygu tetikleyicilerinin sözlü veya sözlü olmayan algılamalardaki kötüye etkilenme aleksitimi ile ilişkilendirilmiştir.

Kokkonen, Veijola ve Karvonen'in yetişkinlikteki aleksitimi ile çocukluk dönemindeki dil gelişimi arasındaki ilişkiye yönelik önemli sonuçlara varmıştır. Buna göre; aleksitimi ölçümlerine göre erken konuşan çocuklarda düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre, sözlü yetenek aleksitimik bozuklukların gelişiminde önemli bir rol oynar.

Aleksitiminin kuşaklararası iletimine bakıldığında; duygularını tanımada ve ifade etmekte zorluk çeken çocukların ve aileleri de pozitif iletişimde (Berenbaum ve James,1994), duygularını ifade etmekte (Lumley,Mader,Gramzow vePapineav,1996) güçlük yaşayabilmekte ya da alkolik olabilmekteler (Fukunishi ve diğerleri, 1997).

1.2.3. Aleksitimiye İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar

Aleksitimiye yönelik çok farklı ve fazla sayıda görüş bulunmaktadır. Nörolojik bir sorun, bilişsel bozukluk, kişisel bir eğilim, sosyal destek yetersizliği, hastalık ve buna benzer görüşler barındıran aleksitimi kavramı için tüm bu farklılıkları en aza indirmek amacıyla kuramlar geliştirilmiştir.

1. Psikanalitik Yaklaşım
2. Nörofizyolojik Yaklaşım
3. Sosyal Öğrenme-Davranışçı Yaklaşım
4. Davranışçı Yaklaşım
5. Bilişsel Yaklaşım

Bu yaklaşımların aleksitimiye bakış açıları aşağıda sunulmaktadır.

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuramın aleksitimiye bakış açısı psikosomatik hastalıklara yaklaşımına benzerlik taşımakta ve erken çocukluk yıllarında anne-çocuk ilişkisindeki bozulmalarla aleksitimiye açıklamaktadır (Pellerone, Tomasello ve Migliorisi, 2016). Örneğin McDougall (1974) aleksitimiye erken çocuk yıllarında anne-çocuk etkileşimindeki aksaklıklarla ilişkilendirmekte ve aleksitimik özellikleri, anne-çocuk ilişkisindeki bozulmaya karşı gelişen çatışma ve kaygıya yönelik bir savunma mekanizması olarak değerlendirmektedir. Ayrıca erken çocukluk dönemindeki bozulmalar kişilerin içsel temsil oluşturmalarını sekteye uğratmakta, yetişkinlik yıllarında ise düşlem ve fantezi yeteneğinin gelişimini engellemektedir (McDougall, 1974).

Psikanalitik kuramcılar sözlü olarak ifade edilmeyen duyguların çatışma yarattığını ve bu çatışmaların kendini somatik yollarla belli ettiğini söylemektedir. Bu kuramcılar, duyguların sözel yollarla ifade edilmesiyle somatizasyonun ortadan kalkacağı görüşünü ortaya atmışlardır (Lesser, 1981).Psikanalitik yaklaşım aleksitimi kavramını erken dönem yaşantılarındaki bozulmaya bağlı olarak açıklamaktadır.

Freud'a göre uyaran bilinçdışı bir süreçte olduğunda kişi sadece gerilim ve endişe hisseder fakat içeriği hakkında bilgi sahibi olamaz. Çünkü uyarının sözel olarak ifade edilebilmesi ve içeriği hakkında bilgi sahibi olabilmek için uyarıcının bilinçdışından bilinç düzeyine gelmesi gerekmektedir. Psikanalitik yaklaşım, ifade edilemeyen ruhsal çatışmaların sözel yollarla değil beden diliyle ifade edildiğini söylemektedir ve aleksitimik kişilik özelliklerini de bu ölçütte açıklamaktadır (Luzumlu, 2013).

Aleksitimik yapıya dair bir başka açıklama da nesne ilişkileri kuramı üzerinden yapılmıştır, psikanalitik kuram açısından inceleyen bir diğer görüş ise Kyrstal'a aittir. Kyrstal'a (1979) göre bebeğin nesne ile ayrılma-birleşme sürecindeki bozukluklar içsel simgeleme ve kimlik duygusunun gelişimini engellemesinden dolayı yetişkinlikte aleksitimik kişilik olarak kendini ortaya çıkarmaktadır. Çocukların, duygusal gelişimi aileleriyle kurdukları ilişkilerle büyük ölçüde şekillenmekte, bu nedenle erken çocukluk yıllarında yaşanan travmatik deneyimler duygusal gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çocuklar duygusal gelişim evrelerinin ilk basamaklarında takılıp kalmışlardır. Dolayısıyla bu çocuklar duygularını ayırt edemez, sözel ifadeye

dönüştüremez ve duygularını daha ziyade bedensel olarak dışa vururlar. Yetişkin dönemlerindeki travmalarının, duygusal gelişime ket vurucu tesiri görülmektedir (Kosten ve ark.,1992).

Sonuç olarak aleksitiminin etiyojisini travmatik olayların duygusal gelişim dönemini sekteye uğratmasına bağlayan Krystal (1979), aleksitimik bireylerin düşlem kısıtlılığı, haz alamama, yaratıcı olamamalarını da bu duruma bağlamaktadır (Epözdemir, 2012). Bebeklik döneminde anne ile bebek arasında oluşan bağımlı ilişkinin yetersiz ve sığ oluşu travma sonrası oluşan aleksitimik özelliklerin nedenini oluşturmaktadır.

Sonuç olarak ise psikanalitik yaklaşıma göre gelişimsel bir başarısızlık ve travma sonrası oluşan bir sendromdur (Aktay, 2014).

Nörofizyolojik Yaklaşım

Aleksitiminin nörofizyolojik nedenlerden kaynaklanabileceğine dair pek çok araştırma yapılmıştır. Bunlardan ilki aleksitimik bireylerde sağ ve sol hemisfer bağlantısındaki kesinlikten ötürü; sağ işlevi olan birincil süreç düşünceyle, sol hemisfer işlevi olan ikincil süreç düşünce arasındaki ilişkide kopukluk olduğudur (Hoppe ve Bogen, 1977; ark. Dereboy, 1990).

Lane, Ahern ve Schwrtz'in yaptığı deneysel araştırmalar sonucunda beynin ön kabuğunun duyguları işleme ve duygusal tepkileri sağlama gibi bir işlevi olduğu sonucuna varılmıştır. Dolayısıyla aleksitiminin beynin ön kabuğunda meydana gelen bir işlevsel bozukluk sonucunda oluştuğunu söylemişlerdir (Aktay, 2014).

MacLean (1949), psikosomatik rahatsızlık yaşayan hastaların limbik sistemleri ile neokorteks arasında bağlantısal bir kopukluk olduğu görüşünden bahsetmiştir. Nemiah (1977) aleksitimik bireylerde de benzer bir durum olduğundan bahsetmiştir. Bu nedenle duyguların otonom sinir sistemi aracılığıyla ifade edildiğini ifade etmiştir. Limbik sistemden neokortekse ulaşmaya çalışan duysal uyarıların striatumda bloke edilerek bilinçli duysal yaşantılara dönüşemediklerini düşünmektedir Nemiah (1977). Bu araştırma doğrultusunda Sifneos (1996) da limbik-neokortikal bağlantısızlıklar nedeniyle duygularını, uygun düşünce süreçlerine bağlayamayan ve duygulanımları ile ilgili

olmayan sınırsız detay içeren tanımlamaları olan bireylerin “duygusal afazi” yaşadıklarını belirtmiştir.

Sifneos, Apfel ve Frankel (1977) da limbik sistem ve neokortikal bağlantılar arasındaki kesintilerden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Böylece otonom sinir sisteminin aşırı aktivitesi sonucunda periferik organlarda bozulmalar oluşabileceğini, bunun da aleksitimik bireylerde psikosomatik belirtilere yol açabileceğini saptamışlardır.

Kaplan ve Wogan'a (1977) göre; aleksitimik kişilerin psikosomatik hastalıklar geliştirmeye elverişli olmalarının nedeni olarak sağ hemisferde aktiflik eksikliği olabileceğini düşünmüşlerdir. Fricchione ve Howanitz'in (1985) araştırmalarına bakıldığında; beynin sağ hemisferi hasar gören hastalar ile yalnızca sağ elini kullanan bireylerde aleksitimik belirtilerin olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırmalar doğrultusunda, sağ hemisferin duyguları işleme ve düzenleme aynı zamanda dilin duygusal öğelerini tanıma ve ifade etmede önemli bir rolünün olduğu görülmektedir. (Taylor ve Bagby, 2004). Bu nedenledir ki nörofizyolojik kuramda, sağ hemisferde aktivite azlığı ya da burada oluşan lezyonlar sonucunda aleksitiminin ortaya çıktığı görülmüştür. Aleksitimiklerin ayrıca sol hemisferi daha çok kullandığı; ayrıca beynin sol ve sağ hemisferleri arasında olan kopukluk da aleksitimik belirtilerin ortaya çıkmasına yol açtığı saptanmıştır.

Sosyal Öğrenme-Davranışçı Yaklaşım

Aleksitimik özellikler bireyin varolduğu sosyo-kültürel ortamlarındaki öğrenme yaşantıları sonucu ortaya çıkmaktadır. Yani çocuğun doğduğundan itibaren içinde yaşadığı aile ortamı ve yaşadığı çevre, duygularını ve düşüncelerini ifade etmek yerine bastırmaya sevk edici özellikler taşıyorsa çocuk aleksitimik özellikler geliştirmeye yatkın olacaktır (Epözdemir, 2012).

Bazı toplumlarda çocuk duyguların gizlenmesi ve bastırılması gerektiğini öğrenmektedir. Özellikle doğu toplumlarında duyguların açıkça ifade edilmesi, özgürce yaşanması kabul görmeyen bir durumdur. Yapılan araştırmalar sonucunda da gelişmemiş toplumlarda aleksitimik özelliklerin daha sık görüldüğü bulunmuştur (Lesser, 1985).

Yaklaşım, bireyin tüm davranışlarının doğumundan itibaren yaşadığı sosyal çevre ve aile ortamının neticesinde oluştuğunu söylemektedir. İnsan davranışlarının farklılık

göstermesi de her bireyin farklı aile ortamı, farklı sosyo-kültürel çevre, farklı iletişim ve davranış belirtileri geliştirmesine sebep olacak farklı çevresel uyaranlara maruz kalmasına bağlıdır (Koçak, 2002).

Davranışçı Yaklaşım

Bireyin davranışları; ailenin de içinde yer aldığı sosyokültürel yapıdaki öğrenmeler sonucunda şekillenir. Sifneos'a (1983) göre aile sistemi ya da sosyokültürel çevredeki faktörlerin duyguları düşlem ve düşüncelerle birleştirmeyi öğrenme ve ifade etmede önemli olduğunu belirtir. Borens ve arkadaşlarına göre; düşük sosyo ekonomik düzeyde ve az gelişmiş çevrelerden gelenlerde daha çok aleksitimik belirtilerin bulunduğu görülmektedir. Bu durum Lesser'in (1985) bazı kültürlerde duyguların ifade edilmesinin hoş karşılanmadığı görüşünü doğrular. Bunun hoş karşılandığı batılı kültürlerde bu nedenle daha az aleksitimik belirtilere rastlandığını görülmektedir.

Bilişsel Yaklaşım

Duygu ve bilişin birbirini tamamlayan bir geribildirim döngüsü içerisinde olduğu görülmektedir. Bunların arasındaki bağların kopması ve iki sürecin birlikte çalışmama durumunda bozukluk meydana gelerek hastalıkların gelişmesi söz konusu olacaktır (Schwartz ve Kline, 2002). Erken çocukluk döneminde yaşanan bağlanma deneyimleri, duygusal şema, imajinasyon ve diğer bilişsel yeteneklerin gelişimini etkilemektedir. Güvenli bağlanma deneyimi yaratıcı imajinasyonun oluşmasını sağlamaktadır. Bundan dolayı aleksitimik bireylerin güvenli bağlanma deneyimi yaşayamadıkları düşünülmektedir (Yurt, 2006).

Stoudemire (1991) de aleksitimiklerdeki duyguları ifade etme güçlüğünü bilişsel gelişimlerdeki sorunlara bağlarlar. Stoudemire göre, duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük çekme ile bunları bedensel tepkiler olarak gösterme, bilişsel gelişim dönemlerinden duygusal motor dönem ile işlem öncesi dönem arasında kalmış olmaya işaret eder.

1.2.4. Aleksitiminin Madde Bağımlılıkla olan ilişkisi

Başlangıç sürecinde, klinik tabloda aleksitimik kişilerin çokça fizyolojik sendroma sahip olduğu, fantazi türetmede ve duygularını tanımlayabilmek için doğru kelimeleri bulmakta zorluk yaşadığı, ender olarak rüya görüyor oldukları ve kişiler ile iletişimlerinde bağımlı veya mesafeli olma eğilimi gösterdikleri görülmüştür. Bu özellikler birden fazla

bireyde, farklı dönemlerde ortaya çıkabilecek olduğundan aleksitimi için karışık bir tanımlama olduğu düşünülmektedir(Ahrens S, Deffner G.Empirical study of alexithymia: methodology and results. AmJ Psychother 1986;40:430-447).

Yıllardır araştırmacıların en mühim fazla odakları, alkol ve madde bağımlılığına sebep olabilen kişilik yapısı veya bozukluğu olmaktadır. 1960'lı yıllardan başlayarak, alkol ve madde bağımlılığına yatkınlığı yükselten kişilik özellikleri ile ilgili birçok sayıda etiyolojik model ortaya çıkmıştır, fakat herhangi birinde alkol ve madde ile karşılıklı ilişkisi tam olarak görülememiştir.

Duyguları anlama, tanımlama, düzenleme başlangıç süreçteki etkileşimlerden ve bağlanmadan etkilenebilmektedir (Laible, 2007; Taylor ve ark.,1991).Beynin duygusal farkındalığı ve duygu düzenlemesi ile ilgili olan bölümlerinin (orbitofrontal korteks gibi) gelişiminin, bakım verenler ve çocukların duygusal etkileşiminden etkilendiği belirtilmektedir (Schore, 1996).Duygusal düzenleme ve de yaratıcı imgeleme becerileri çokça fazla güvenli bağlanma temelinde ele alınmıştır. Yetişkinlerde aleksitimi ile kaçınmacı tarz bağlanma ve korkulu tarz bağlanma ilişkili bulunmuştur (De Rich ve Vanheule, 2006; Troisi, D'Argenio, Peracchio ve Petti, 2001).

Kişisel anlatılara ve yorumlara dayalı bu gözlemleri eleştiren Lesser (1981). ayrıca iyi tasarlanmış araştırmaların eksikliğini belirtmiştir. Kavramsallaştırılması kırk yılı bulan aleksitimi üzerine pek çok görgül araştırma yapıldığı görülmektedir. Başlangıçta psikosomatik bozukluklar üzerinde çalışılmış olsa da zamanla normal bireylerde olduğu kadar, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, somatoform, borderline, sosyopatik kişilik bozukluklarında da çalışılmaya devam edildiği görülmektedir (Sifneos, Apfel ve Frankel 1977; Taylor, Bagby ve Parker, 1991; Sifneos, 2000)

1.2.5. Aleksitimi ile ilgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Literatür araştırmasında yurt dışında aleksitimi ile ilgili deney ve kuramsal düzeyde birçok sayıda araştırmanın yapılmış olduğu gözlenmiştir. Aleksitimi kavramı psikosomatik ve klinik çalışmalar sonucu ortaya çıkan bir kavram olmasından dolayı bir süre boyunca araştırmalar klinik ağırlıklı olarak yapılmıştır. Fakat daha sonraki süreçte yapılmış olan araştırmalarda aleksitimik özelliklerin psikosomatik ve psikiyatrik hastaların dışında normal popülasyonda da dikkati çekecek bir nicelikte görüldüğü tespit

edilmiştir. Ve araştırmaların çeşitliliği artarak devam etmiştir. Bu kısımda aleksitimi ile ilgili yapılan araştırmalar tarihsel sıralamasına özen gösterilerek verilmektedir.

1.3. Psikolojik Semptomlar

1.3.1. Anksiyete

Anksiyete duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı, bunaltı hali, benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilim durumudur(ÖzkanS,1993). Anksiyete bozukluğu ise anksiyete bağlı belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğu anlamındadır (Tomb AD,1994).Çarpıntı, nefes almada zorluk, boğuluyormuş gibi hissetme, hızlı hızlı nefes alma, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır. Anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırt edebiliriz (Arkonaç O,1999). Normal anksiyete, insanda biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında olaydan kaçma veya savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (Stanley MA,2000). Ancak ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de anksiyete ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilir (Eser SY,1999). Patolojik anksiyete hastalar tarafından, aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, ölüm ve çıldırma korkusu, saçma korkular, bedenini yabancı olarak algılama, rahatsız edici saplantılar, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü gibi bedensel semptomlar ile kendini gösterebilir (Apeldorf WJ,1994). Belirtiler aniden veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Genellikle, bu belirtilere kendi bilgi ve becerisiyle karşı koymaya çalışır. Sorunu aşmakta zorlandığında, belirtilerin üstesinden gelemediğinde tedavi için başvurabilir(Apeldorf WJ,1994).

1.3.2. Depresyon

Depresyon ile alkol/madde bağımlılığı, sık karşılaşılan hastalıklardır aynı zamanda iki hastalık bir arada da karşılaşılabilmektedir. İkisinin aynı anda görüldüğü hallerde

hastalığın şiddeti kötüye gitmekte, gidişat ve son hal durumları kötüleşmekte ve daha ağırlaşan problemleri ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple hem ilk basamakta hem de psikiyatri ve bağımlılık tedavi alanlarında bu iki hastalığın birlikte bulunduğu konumlarda geçerli bir tanı konulabilmesi ve tedavi imkanlarının çoğaltılması ehemmiyet taşımaktadır.

Türkiyede yapılmış olan başka bir araştırmada alkol bağımlılığı vakalarında şuanki majör depresyon yaygınlığı %32.5, yaşam boyu süren majör depresyon yaygınlığı %35, distimik bozukluk yaygınlığı ise %5 olarak bulunmuştur (Öner ve ark, 2002). İncesu tarafından yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında major depresyon %15 ile en sık görülen duygudurum bozukluğu olarak tespit edilmiştir (İncesu, 1993). Türkçapar ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir araştırmada, yatan alkol alkol bağımlılarının %50'sinde major depresyon ve distimi öncelikli olmak üzere en az bir ektanı konduğu bildirilmiştir (Türkçapar ve ark, 1997).

Tanı değerlendirme

Depresyon riskinin maddenin bırakıldığı dönemde arttığı hatırlanmalıdır. Kişinin maddeyi bıraktığı dönemde depresyon semptomları daha bariz olarak gözlenmektedir. Bu vaziyet hem madde kullanımının sonlanması, hem de madde kullanımının depresyonu maskeleyesi ile yorumlanabilir. Bu sebeple maddenin kullanımının sonlandırıldığı süreçlerde depresyon taraması yapılmaktadır. Başka bir taraftan depresyonlu kişilerde kendi kendini tedavi sebebiyle ilaç yerine (self-medication) madde kullanımına çokça görüldüğü anımsanmalıdır.

Madde kullanımına bağlı depresyon tanısını söylebilmek için intoksikasyon ya da kesilme sendromuna ilişkin öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının olması ve depresif belirtilerin intoksikasyon veya kesilmeyi takiben 1 ay zarfında görülmüş olması gerekmektedir.

Tanı değerlendirmesinin sadece muayene esnasındaki depresif bulgulara bakılarak tanı konulması doğru olmamaktadır. Son senelerde bu hastalarda antidepresan tedavisinin etkinliğine bakılan çalışmalarda, tanı değerlendirmesi klinik öyküye ve tanı ölçütlerine dayanılarak yapılmaktadır

1.3.3. Somatizasyon

Somatizasyon kavramı ilk kez 1925 yılında Stekelin kitabının İngilizce çevirisinde yanlış bir ifadeyle, ‘Organsprache’ sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmıştır. Kitabın evirmeni J.vanTelaar, orijinal metindeki Organsprache sözcüğün neolojistik bir yaklaşımla Somatizasyon olarak tercüme etmiş ve emosyonel durumların fizik belirtilere dönüştürülmesi şeklinde tanımlamıştır. Tanım, Organsprache kavramını Freud’un konversiyon kavramına indirgemekte, somatizasyon ve konversiyonun eş anlamlı kavramlar olduğunu ne sürmektedir. Bundan on yıl sonra 1935’te, Stekel Rüyaların yorumu isimli kitabının gözden geçirilmiş yeni baskısında somatizasyon sözcüğün ilk defa kendisi kullanmıştır. Ona göre somatizasyon, psişik atışmaları ifade eden bedensel belirtileri tanımlamaktadır(Mai F,2004). Görüldüğü gibi gündeme gelişinin ilk on yılında Somatizasyon için iki farklı tanım ortaya çıkmıştır. Kullanıldığı ilk günden beri kavram karışıklığına ve tartışmalara yol açan Somatizasyonun tanım ve sınıflandırmaları zerinde hala düşünce birliğine varılamamıştır.

Tanımlamalar içinde kullanılan ortak söyleyiş somatizasyonun fiziksel bir hastalık ile izah edilemeyen fiziksel sendromlarla seyrettiğidir. Psikososyal veya emosyonel (duygusal) sorunlar fiziksel belirtilerle ifade edilir ve bu bulgular fiziksel bir hastalığa atfedilerek tıbbi yardım aranır(42). Somatizasyon bireyin acı ekmesine, ailesiyle ilişkilerinin, sosyal ve mesleki işlevselliğinin zedelenmesine sebep olur(Ford CV,1986) Ford, aynı terimi bedensel belirtilerin psikolojik amalar ya da bireysel kazanlar için bilindiği düzeyde kullanıldığı durumlar olarak açıklamaktadır(Sağduyu A,1994)

Somatik Olabilecek Yakınmalar

Karın ağrısı	Baş dönmesi
Sırt ağrısı	Bayılma nöbetleri
Adet ağrısı veya aybaşı sorunları	Nefes darlığı
Cinsel ilişki sırasında ağrı	Kabızlık ya da ishal
Baş ağrıları	Göğüs ağrısı
Halsiz hissetme	Uyuma güçlüğü
Kalp çarpıntısı veya kalp atışlarında artma	

Kol bacak ya da eklem yerlerinde ağrı (diz, kalça, vb.)

Bulantı, gaz ya da hazımsızlığı

1.3.4. Hostilite

Titreme ve sinirlilik durumu, sıkıntılarından sebep başkalarından suçlu olduğu duygusu, kızma, öfkelenme, güvensizlik, birini dövme, yaralama, zarar verme isteği gibi semptomları içermektedir (Enç, 1978).

2.YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında Marmara bölgesinde taranmış olan bireylerde Bağımlılık yükü formunda Madde bağımlılığı bulunan bireylerin psikolojik semptomlarıyla ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkisinin incelenmesini amaçlamaktadır. Aynı zamanda, madde kullanımı ile psikolojik semptomların ve aleksitimi düzeylerinin bir arada ilişkilendirildiği herhangi bir çalışmanın daha önce yapılmadığı için öncü niteliğinde olacağı düşünülmektedir.

2.2. Evren

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası'nın (TURBAHAR) örneklem tasarımı ve büyüklüğü, Türkiye Geneli, ve 9 Demografik Bölge (Akdeniz, Ege, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu, İç Anadolu, Batı Marmara, Doğu Marmara, İstanbul) için analiz yapmaya imkan vermektedir. Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası'nın örneklem seçiminde ağırlıklı olarak tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Örneklem 26 NUTS3 bölgesinde ikamet eden kişilerin katılımı üzerinden planlanmıştır. Her bölgeden en az 200 en fazla 2000 kişi dahil edilmiştir. Dahil olan kriterler, 18 yaşının üstünde olma, Gönüllü olma, anketlerin doldurulmasına engel herhangi bir probleminin olmamasıdır. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerden daha fazla örneklem seçilmiştir. Çalışma için 8000 kişiyle görüşülmüştür. Bu kişilerden 7894 kişinin verileri kriterleri karşıladığı, ölçekleri tam olarak doldurduğu için analizleri yapılması uygun görülmüştür.

2.3. Örneklem

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası çalışmasına dahil olan katılımcılardan 9 bölge arasında olan Marmara Bölgesi içerisinde yaşayan 7894 Kişi çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Toplam örneklemin %49.2 'Si kadın (n=3889), %50.7'si erkektir (n=4004) ve yaş ortalaması 49.3'dur. Eğitim seviyesi bakımından örneklemin %6.8'i yüksek lisans %54 'ü üniversite, %25.7 'i ise Lise %6.6'si ortaokul %5.7 'si ilkokul %0.5'I okur yazar, %0.05'I okur yazar değildir.

2.4. Prosedür

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası'nın alan çalışmasında 125 Tez öğrencisi görev almıştır. Her öğrenci bulunduğu veya ulaşabileceği bölgelerde yaşayan kişilere ulaşmıştır. Öğrenciler 9 alt bölge temsilcisiyle koordineli olarak görev almış. 9 alt bölge temsilcisi de 4 büyük bölge temsilcisiyle koordinasyon kurmuştur. Çalışmanın başında iki Öğretim Üyesi görev almıştır. Tüm çalışanlar bir üst bölge temsilcisine karşı sorumlu olmuştur. Tüm çalışanlar Öğretim Üyelerine karşı sorumlu olarak çalışmıştır.

Araştırmadaki katılımcılar okullar, belediye binaları, özel şirketler gibi çeşitli çalışma alanları ve muhtarlık, ortak kamu alanları, kurslar, yardım dernekleri gibi kamu alanlarındaki bireylerden seçilmiştir. Potansiyel katılımcılara araştırmanın tanıtılmasının akabinde araştırma amacının açıklanması ile katılımda bulunmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. 18 yaş ve üzerinde olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü formunun imzalanmasının ardından katılımcılara içerisinde veri toplama araçlarının bulunduğu kitapçık haline getirilmiş anketler teslim edilmiştir. Gönüllüler anketleri bireysel olarak doldurup araştırmacıya geri teslim etmişlerdir. Ölçeklerle ilgili yönergeler hem sözel olarak hem de yazılı olarak verilmiştir. Uygulama esnasında yardım isteyen gönüllülerin soruları yanıtlanmıştır. Anketlerin doldurulması ortalama 45 dakika almıştır. Uygulamanın uzun sürmesi ve katılımcıların yoğun çalışma ortamlarında cevaplandırmaya zaman ayırmalarından yola çıkarak katılımcılara ölçeklerin doldurulması için herhangi bir zaman sınırlaması getirilmemiştir. Katılımcılar uygulamanın ardından bilgilendirilmişlerdir ve ileride araştırmaya dair akıllarında oluşabilecek sorular için ulaşabilmeleri amacıyla araştırmacının ad soyad, e- mail adresi gibi bilgileri paylaşılmıştır. Çalışmanın Etik Kurulu Onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kuruldan alınmıştır.

Ekipler Temmuz 2018 Tarihinde saha görevlerine başlamıştır. Verilerin toplanması ve veri girişleri Ekim 2018 tarihinde tamamlanmıştır. Tüm verilerin girişleri daha önceden hazırlanmış ve dağıtılmış Excel şablonlarına yapılmıştır. Tüm veriler Sorumlu Öğretim Üyesine gönderilmiştir. Bütün verilerden tek bir veri havuzu oluşturulmuş ve SPSS 21 Programına yüklenmiştir. Veriler düzenlenmiştir. Eksik ve hatalı verilerin çıkartılmasıyla, 24456 kişinin verileri analize tabii tutulmuştur.

2.5. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, istenilen verilerin toplanmasında demografik bilgilere ilişkin soruların olduğu araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Bağımlılık Yüğü Formu, Kısa Semptom Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçekleri kullanılmıştır. Bütün katılımcılar, kendilerine verilen kitapçığın ilk sayfasında yer alan, gönüllülük esasına göre çalışmaya katıldıklarını beyan ettikleri bir onam formu imzalamışlardır. Katılımcıların imzaladıkları onam formunda çalışmanın kısaca açıklanmış amacına yer verilmiş, ve katılımcıların ölçek ve anketleri cevaplamaları istenmiştir.

1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu
2. Bağımlılık Yüğü Formu
3. Kısa Semptom Envanteri
4. Toronto Aleksitimi Ölçekleri

2.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:

Katılımcıların yaş, eğitim, medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı, çalışan sayısı, sigara, alkol, madde kullanım özellikleri, psikiyatri tedavisi başvuru öyküleri, silah bulundurma sorularını içermektedir.

Medeni: Evli Bekar Ayrılmış

Eğitim: Okur yazar olmama, okur yazar olma, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, lisansüstü

Çocuk Sayısı: 0-8 ve üstü

Çalışan Sayısı : 0-8 ve üstü

Psikiyatri Tedavisi : Alıyor Almamış, daha önce almış. Vb

2.5.2. Bağımlılık Yüğü Formu:

Formda, bireylerin madde bağımlılığı oranları ele alınmıştı doktor önerisi dışında düzenli olarak aldıkları/denedikleri maddeler sorulmuştur. 9 adet alt madde bulunmaktadır. Bu formda, esrar, bali, tiner, morfin, kokain, meta-amfetamin, bonzai, eroin, ekstazi maddeleri yer almaktadır.

2.5.3. Kısa Semptom Envanteri:

Kısa Semptom Envanteri, psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla sıklıkla kullanılan bir ölçektir.(Brief Symptom Inventory), bir ihtiyaçtan yola çıkılarak Derogatis(1992) tarafından geliştirilmiş 53 maddelikkendini değerlendirme türü bir envanterdir. Normal örneklemelerde olduğu gibi, çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış, yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilen bir formdur. Tıpkı SCL-90'da olduğu gibi 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Bu kısa formun daha güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu ve 26 dile çevrilerek yaygın bir biçimde kullanıldığı belirtilmektedir. (Derogatis ve Lazarus 1994)

2.5.4. Toronto Aleksitimi Ölçekleri:

TAÖ-20, 5'li likert tipi cevaplama seçeneğinden oluşan öz bildirim türü bir ölçektir. Ölçeğin, Duygularını Tanımada Güçlük (DTG), Duyguları Söze Dökmeye Güçlük (DSDG) ve Dışa-Dönük Düşünme (DDD) alt boyutları ve genel toplam puanı (GT) hesaplanmaktadır.

2.6. Analiz

Çalışmanın verileri SPSS - 21 kullanılarak analize tabii tutulmuştur.

Madde Bağımlılığında hiç madde kullanımının olmaması, tek bir madde kullanımının olması ve çoklu madde kullanımının olması olarak üç gruba ayrılmıştır. 3 veya daha fazla grubun arasında ki farkın analizi için Tukey Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanılmıştır.

Madde bağımlılığı özelliğine etki edebileceği düşünülen eğitim, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve yaş değişkenleri ve Çalışmada kullanılan madde bağımlılığı ölçeğinin ilişki büyüklüklerini tahmin edebilmek için Lineer Regresyon yapılmıştır. Bağımsız değişkenler ve ölçeklerden alınan toplam ve alt ölçek puanları modele dahil

edilmiştir. P değeri 0,05 'in altında olan değerler, bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmiştir.



BULGULAR

Bu bölümde katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Sonuçlar sosyodemografik bilgilere dair tanımlayıcı verilerle başlamakta ve madde bağımlılığı ile bireylerin psikolojik semptomları ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkinin regresyon analizi verileri ile devam etmektedir. Son olarak ise madde bağımlılığı ile bireylerin psikolojik semptomları ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak incelenmiştir.

Tablo 1: Demografik Bilgilerden Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	4004	50.7
Erkek	3890	49.3
Toplam	7894	100
Medeni Durum		
Evli	3192	40.4
Bekâr	4346	55.1
Diğer	356	4.5
Toplam	7894	100
Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	4	0.1
Okur Yazar	74	0.9
İlkokul	451	5.7
Ortaokul	527	6.7
Lise	2029	25.7
Üniversite	4266	54.1
Yüksek Lisans	543	6.8
Toplam	7894	100

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyo-demografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. 7894 katılımcının %50,7’sinin (n=4004) kadınlardan ve %49,3’ünün (n=3890) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Katılımcıların %40,4’ünün (n=3192) evli olduğu, %55,1’inin (n=4346) bekâr olduğu ve %4,5’inin (n=356) ise eşinden ayrılmış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde %0,1’inin (n=4) okuryazar olmadığı, %0,9’unun (n=74) sadece okuryazar olduğu, %5,7’sinin (n=451) İlkokul mezunu, %6,7’sinin (n=527) ortaokul mezunu, %25,7’sinin (n=2029) Lise mezunu, %54,1’inin (n=4266) Üniversite mezunu ve %6,8’sinin (n=543) ise Yüksek Lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Yaş		
18-23	2019	25.6
24-29	2183	27.6
30-38	1663	21.1
39>	2029	25.7
Toplam	7894	100

Tablo 2’de katılımcıların yaş verilerine ait tanımlayıcı bulgularının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Katılımcıların yaş grupları verilerine göre %25.6’sının (n=2019) 18-23 yaş arası olduğu, %27.6’sının (n=2183) 24-29 yaş arası olduğu, %21.1’inin (n=1663) 30-38 yaş arası olduğu ve %25.7’sinin (n=2029) ise 39 yaşından büyük olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya alınan katılımcıların genel yaş ortalaması 31.9 (SS=11.05).

Tablo 3: Demografik Bilgilerden Çocuk Sayısı, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ve Hanede Çalışan Kişi Sayılarına Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Çocuk Sayısı		
0	4937	62.5
1	1154	14.7
2 ve 3	1693	21.4
4>	110	1.4
Toplam	7894	100
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı		
0	76	0.9
1	471	5.9
2	1426	18.1
3	2158	29.4
4	2376	30.1
5>	1387	15.6
Toplam	7894	100
Hanede Çalışan Kişi Sayısı		
0	519	6.6
1	2763	35.0
2	3448	42.6
3	893	11.3
4	209	2.6
5>	152	1.9
Toplam	7894	100

Tablo 3'te katılımcılara ait demografik bilgilerin çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı ve hanede çalışan kişi sayısı değişkenlerine göre dağılımı görülmektedir. Katılımcıların çocuk sayısı değişkenlerine bakıldığında, %62.5'inin (n=4937) çocuk sahibi olmadığı, %14.7'sinin (n=1154) tek çocuk sahibi olduğu, %21.4'ünün (n=1693) iki ve üç çocuklu olduğu ve %1.4'ünün (n=110) ise dörtten fazla çocuğa sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların bulundukları bölgede hanede yaşayan kişi sayılarına ait veriler incelendiğinde, %0.9'unun (n=76) bulunduğu hanede kendisinden başka yaşayanın olmadığı, %5.9'unun (n=471) hanesinde kendisiyle birlikte bir kişinin daha yaşadığı, %18.1'inin (n=1426) hanesinde kendisiyle birlikte iki kişinin yaşadığı, %29.4'ünün (n=2158) hanesinde kendisiyle birlikte üç kişinin yaşadığı, %30.1'inin (n=2376) hanesinde kendisiyle birlikte dört kişinin yaşadığı ve %15.76'sının (n=1387) hanesinde ise kendisiyle birlikte beşten fazla kişinin yaşadığı görülmüştür.

Çalışmaya alınan katılımcıların hanelerindeki çalışan kişi sayıları incelendiğinde, %6.6'sının (n=519) hanesinde çalışan kişi sayısının bulunmadığı, %35.0'nin (n=2763) hanesinde çalışan kişi sayısının bir olduğu, %42.6'sının (n=3448) hanesinde iki çalışanın bulunduğu, %11.3'ünün (n=893) hanesinde çalışan kişi sayısının üç olduğu, %2.6'sının (n=209) hanesinde çalışan sayısının dört olduğu ve %1.9'unun (n=152) ise hanesinde beşten fazla çalışan kişi sayısı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Madde Kullanım Durumu ile Bazı Demografik Özellikler ve Psikolojik Semptomlar Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Demografik Özellikler		Madde Kullanım Durumu
Cinsiyet	t	-13.036
	p	<0.001
Eğitim Düzeyi	t	1.942
	p	0.050
Medeni Durum	t	6.319
	p	<0.001
Çocuk Sayısı	t	-1.914
	p	0.050

Yaş	t	-0.939
	p	0.348
Psikolojik Semptomlar		Madde Kullanım Durumu
Anksiyete	t	0.249
	p	0.803
Depresyon	t	1.473
	p	0.141
Olumsuz Benlik	t	0.038
	p	0.970
Somatizasyon	t	1.327
	p	0.184
Hostilite	t	5.639
	p	<0.001

Tablo 4’te katılımcıların madde kullanım durumu ile bazı demografik özellikler ve psikolojik semptomlar arasında ki ilişki regresyon analizi sonuçları ile gösterilmiştir.

Bu analize göre erkek cinsiyetten olmak madde bağımlılığı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilidir ($t=-13.036$, $p<0.001$).

Eğitim düzeyi ile madde bağımlılığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=0.010$).Eğitim düzeyinde artma ile izlenen madde bağımlılığında ki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir($t=1.942$, $p=0.050$).

Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile izlenen madde bağımlılığı madde bağımlılığında ki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=6.319$, $p<0.001$).

Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı ile madde bağımlılığı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($B=-0.013$). Çocuk sayısının azalması ile izlenen madde bağımlılığında ki artış istatistiki olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($t=-1.914$, $p=0.050$).

Katılımcıların yaşları ile madde bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-0.939$, $p=0.348$).

Katılımcıların anksiyete alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=0.249$, $p=0.803$).

Aynı şekilde katılımcıların depresyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasında da istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=1.473$, $p=0.141$).

Katılımcıların olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=0.038$, $p=0.970$).

Katılımcıların somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasında da istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=1.327$, $p=0.184$).

Ancak katılımcıların hostilite alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($t=5.639$, $p<0.001$).

Tablo 5: Madde Kullanım Durumu ile Bazı Demografik Özellikler ve Bireylerin Aleksitimi Düzeyleri Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Demografik Özellikler		Madde Kullanım Durumu
Cinsiyet	t	-12.889
	p	<0.001
Eğitim Düzeyi	t	1.376
	p	0.169
Medeni Durum	t	6.706
	p	<0.001
Çocuk Sayısı	t	-1.778
	p	0.075
Yaş	t	-1.915
	p	0.050
Aleksitimi Düzeyleri		Madde Kullanım Durumu
Duyguları Tanımada Zorluk Puanı	t	5.667

	p	<0.001
Duyguları İfade Etmede Zorluk Puanı	t	0.233
	p	0.816
Dışa Vuruk Düşünce Puanı	t	-0.751
	p	0.452

Tablo 5’te katılımcıların Aleksitimi düzeyleri ile bazı demografik özelliklerin madde bağımlılığı üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Bu analize göre erkek cinsiyetten olmak madde bağımlılığı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilidir ($t=-12.889$, $p<0.001$).

Eğitim düzeyi ile madde bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=1.376$, $p=0.169$).

Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile izlenen madde bağımlılığında ki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=6.706$, $p<0.001$).

Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı ile madde bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-1.778$, $p=0.075$).

Yaş değişkeni ile madde bağımlılığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=-0.001$). Yaştaki azalma ile izlenen madde bağımlılığında ki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=-1.915$, $p=0.050$).

Tablo 5’te Toronto Aleksitimi ölçeği alt boyut puanlarının madde bağımlılığı üzerine etkisine yönelik regresyon analizi sonuçlarına baktığımızda, katılımcıların duyguları tanımadaki zorluk puanlarının madde bağımlılığı üzerine pozitif istatistikçe anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür ($t=5.667$, $p<0.001$).

Katılımcıların duygularını ifade etmede zorluk puanlarının madde bağımlılığı üzerine istatistikçe anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($t=0.233$, $p=0.816$).

Aynı şekilde dışa vuruk düşünce puanlarının da madde bağımlılığı üzerine istatistikçe anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($t=-0.751$, $p=0.452$).

Tablo 6: Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite ve TorontoAleksitimi Ölçeği Alt Boyutları ile Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Anksiyete Alt Ölçeği						
Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok*	7218	22,57	7,46	57.724	<0.001	1-2 1-3 2-3
Tek Madde Kullanımı **	390	25,12	8,69			
Birden Çok Madde Kullanım***	286	26,63	9,11			
Depresyon Alt Ölçeği						
Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok*	7218	23,70	8,15	52.975	<0.001	1-2 1-3
Tek Madde Kullanımı **	390	26,80	9,18			
Birden Çok Madde Kullanım***	286	27,53	9,67			
Olumsuz Benlik Alt Ölçeği						
Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok*	7218	21,25	7,14	61.070	<0.001	1-2 1-3
Tek Madde Kullanımı **	390	23,94	8,27			
Birden Çok Madde Kullanım***	286	25,09	8,75			
Somatizasyon Alt Ölçeği						

Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok* Tek Madde Kullanımı ** Birden Çok Madde Kullanım***	7218	15,01	4,81	32.147	<0.001	1-2
	390	15,77	5,53			1-3
	286	17,25	6,07			2-3
Hostilite Alt Ölçeği						
Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok* Tek Madde Kullanımı ** Birden Çok Madde Kullanım***	7218	14,07	4,52	91.092	<0.001	1-2
	390	16,11	5,14			1-3
	286	17,06	5,46			2-3
Aleksitimi Ölçeği						
Duyguları Tanımada Zorluk Puanı						
Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok* Tek Madde Kullanımı ** Birden Çok Madde Kullanım***	7218	13,77	5,23	33.962	<0.001	1-2
	390	14,82	5,90			1-3
	286	16,16	6,10			2-3
Duyguları İfade Etmede Zorluk Puanı						

Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok* Tek Madde Kullanımı ** Birden Çok Madde Kullanım***	7218	12,68	3,18	6.239	0.002	1-3
	390	12,94	3,17			
	286	13,31	3,71			
Dışa Vuruk Düşünce Puanı						
Madde Kullanımı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Yok* Tek Madde Kullanımı ** Birden Çok Madde Kullanım***	7218	23,58	5,56	0.934	0.393	
	390	23,46	5,49			
	286	23,14	5,85			

(*1,**2,***3)

Katılımcıların Anksiyete alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(2,289)}=57.724$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre madde kullanmayanlar ile tek madde kullananlar ve birden çok madde kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$). Ayrıca tek madde kullananlar ile birden çok madde kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.028$) (Tablo 6).

Katılımcıların Depresyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(2,789)}=52.975$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden

Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre madde kullanmayanlar ile tek madde kullananlar ve birden çok madde kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$) (Tablo 6).

Katılımcıların olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(2,789)}=61.070$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre madde kullanmayanlar ile tek madde kullananlar ve birden çok madde kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$) (Tablo 6).

Katılımcıların Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(2,789)}=32.147$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre madde kullanmayanlar ile tek madde kullananlar ve birden çok madde kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0.008$; $p<0.001$). Ayrıca tek madde kullananlar ile birden çok madde kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6).

Katılımcıların Hostilite alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(2,789)}=91.092$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre madde kullanmayanlar ile tek madde kullananlar ve birden çok madde kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$). Ayrıca tek madde kullananlar ile birden çok madde kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.021$) (Tablo 6).

Katılımcıların duyguları tanımada zorluk puanı ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(2,789)}=33.962$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi

sonuçlarına göre madde kullanmayanlar ile tek madde kullananlar ve birden çok madde kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$). Ayrıca tek madde kullananlar ile birden çok madde kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.003$) (Tablo 6).

Katılımcıların duyguları ifade etmede zorluk puanı ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(2,789)}=6.239$ $p=0.002$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre madde kullanmayanlar ile birden çok madde kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.003$) (Tablo 6).

Katılımcıların Dışa vuruk düşünce puanı ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F_{(2,789)}=0.934$ $p=0.393$) (Tablo 6).

TARTIŞMA

Araştırmanın genelinde katılımcılar cinsiyet değişkenine göre 4004 kişisi kadın (%50,7), 3890 kişisi (%49.3) erkek olarak dağılım göstermektedir (Tablo 1). Literatürde madde kullanımının kadınlara oranla erkek cinsiyetinde daha yaygın olarak görüldüğü konusunda çalışmalar mevcuttur(Espeland, 1995;Young vd.,1999;Mırsal vd.,2000;Pektaş vd., 2001;Anderson ve Loomis,2003;Saatçioğlu vd.,2003;Turhan vd.,2011). bizim çalışmamızdan çıkan sonuçlara göre de cinsiyet ile madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki görülmüş ve analizimize göre erkek cinsiyetten olmak madde bağımlılığı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili çıkmıştır (Tablo 5).Madde bağımlılığı ve cinsiyet ilişkisine dair çalışmamızdan çıkan bu verilerin literatürde birçok çalışmadan çıkan veriler ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile madde bağımlılığı arasında bir ilişki bulunamamıştır.Ersöğütçü'nün yaptığı araştırmada madde bağımlılığı tanısı almış çoğu bireyin düşük eğitim düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır(Ersöğütçü,2015). Madde kullanan bireylerde kısa semptom envanteriyle elde edilmiş 5 alt ölçek değerlendirilmeye alınmıştır.

Araştırma genelinde katılımcılar medeni durum değişkenine göre %40.4'i evli, %55.1'i bekâr ve %4.5'ü ise eşinden ayrılmış kişiler olarak dağılmaktadır (Tablo 1). Bizim çalışmamızdan çıkan bulgulara göre, medeni durumu bekâr olan bireylerin madde bağımlılığında artış gözlemlenmiştir (Tablo 4,). TUBİM, 2011 ulusal verilerinde de madde bağımlılığının bekarlar arasında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir verilerine göre de bekar olmak istatistiksel olarak anlamlı biçimde uyuşturucu madde kullanımını arttırmaktadır. Tubim'in araştırmasında elde ettiği verilerin bizim çalışmamızın verileriyle örtüştüğü görülmektedir.

Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı ile madde bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak Ögel'in yaptığı araştırmada anne babanın çocukla ya da kendi aralarında kronik çatışmaların bulunmasının da madde kullanmaya başlamada önemli bir rolü olduğu ileri sürülmektedir(Ögel,2000).

Çalışmamızda yaş azaldıkça bireylerin madde bağımlılığında bir artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Madde kullanan bireylerde psikolojik semptomlar 5 alt ölçekten(anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) oluşmaktadır(Tablo-4). Katılımcıların anksiyete, depresyon, somatizasyon ve benlik saygısı alt ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, yapılan regresyon analizinde anlamlı bir ilişkisinin olmadığı gözükürken, yapılan ANOVA analizinde madde sayısı arttıkça bu ölçeklerden alınan puanların anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür.

Katılımcıların anksiyete düzeyleri ile madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Anksiyete düzeylerinde ki değişiklik madde bağımlılığını tetiklememektedir. Ancak Tanhan F. ve Mukba G.'nin yaptığı araştırmada madde kullanım bozukluğu olan kişilerin düşük benlik saygısı, kişilerarası sosyal ilişkilerde içe çekilme, duygularını aktaramama, anksiyete ve depresyon gibi durumlarla ilişkili olduğu bulunmuştur(Tanhan F., Mukba G, 2014). Madde ve alkol kullanımı ve diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesine yönelik epidemiyolojik Ulusal Komorbidite Çalışması'nda saptanan verilerde, bağımlılığı olan bireylerin %41 ila %65'inde, yaşamlarının bir döneminde bir affektif ya da anksiyete bozukluğu olduğunu gösterilmiştir

Aynı şekilde katılımcıların depresyon düzeyleri ile madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır(Tablo 4). Depresyon düzeylerinde ki değişiklik madde bağımlılığını tetiklemediği görülmektedir. Yapıcı'nın araştırmasında depresyon şiddeti yüksek olan grupta bağımlılık oranı daha yüksek çıkmıştır(Yapıcı, 2006).

Asmundson'a göre madde bağımlıları major depresyon, anksiyete bozukluğu, somatik ve rahatsızlıklarından en az birini yaşamaktadır(Asmundson et al, 2002). Ancak çalışmamızda katılımcıların somatizasyon düzeyleri ile madde bağımlılıkları arasında bir ilişki bulunmamıştır(Tablo 4).

Katılımcıların olumsuz benlik düzeyleri ile madde bağımlılıkları arasında bir ilişki bulunmamıştır(Tablo 4). Ancak Zöhre'nin yaptığı araştırmada bizim çalışma verilerimizin aksine madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların hostilite düzeyleri arttıkça madde bağımlılığı olasılığının arttığı bulunmuştur. Zöhre'nin araştırmasında bu durumu destekler niteliktedir

hostilitedüzeyinin madde bağımlılığı ile ilişkili çıkmıştır, Zöhre'nin araştırmasında elde ettiği verilerin bizim çalışmamızın verileriyle örtüştüğü görülmektedir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma kent merkezlerinde yürütülmüştür. Bu nedenle toplum ortalamasından daha yüksek bir eğitim düzeyine sahip örneklem ile çalışılmıştır. Araştırmanın yaş ortalaması da genç bir nüfusu temsil ettiğini göstermektedir. Kırsal kesime de ulaşılması, daha dengeli yaş dağılımı sağlayan örneklem ile çalışılması sonuçlarda farklılık yaratabilir. Ayrıca çalışmada özbildirime dayalı ölçekler kullanılmıştır. Klinik gözlem ve görüşme ile yapılacak değerlendirmeler daha sağlıklı olabilir.



SONUÇLAR

Katılımcıların alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ile madde bağımlılığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir.

Birden çok madde kullanımı bulunan bireylerin anksiyete düzeyleri, tek madde kullanımı olan bireylerden daha yüksek çıkmıştır.

Birden çok madde kullanımı bulunan bireylerin depresyon düzeyleri, tek madde kullanımı olan bireylerden daha yüksek çıkmıştır.

Birden çok madde kullanımı bulunan bireylerin olumsuz alt benlik düzeyleri, tek madde kullanımı olan bireylerden daha yüksek çıkmıştır.

Birden çok madde kullanımı bulunan bireylerin somatizasyon düzeyleri, tek madde kullanımı olan bireylerden daha yüksek çıkmıştır.

Birden çok madde kullanımı bulunan bireylerin hostilite düzeyleri, tek madde kullanımı olan bireylerden daha yüksek çıkmıştır.

Birden çok madde kullanımı bulunan bireylerin duygularını tanımada güçlük çektikleri ancak hiç madde kullanmayan bireylerin duygularını tanımasının daha kolay olduğu ortaya çıkmıştır.

Duygularını ifade etmede zorluk yaşayanlarında birden fazla madde kullanımı olan bireylerin olduğu ortaya çıkmıştır.

Ancak katılımcıların dışı vuruk düşüncelerinde madde bağımlılığıyla bir etkileşim bulunmamaktadır.

ÖNERİLER

Madde kullanımının yoğun hale gelmesi ile birlikte oluşabilecek olumsuzluklar ve bu olumsuzluklara getirilecek çözüm önerileri için;

- Yerel yönetimler, eğitim kurumları, emniyet teşkilatı taraflarından bilinçlendirme üzerine projeler başlatılabilir.
- Okullarda hem öğrencilere hem velilere erken yaşta bağımlılık veya madde konu başlıklarında seminerler düzenlenebilir
- Bağımlılık konusunda farkındalık yaratacak bilgilendirme videoları televizyonlarda, sosyal medya platformlarında gösterilebilir.
- Televizyon ve internet ortamında madde ile ilgili özendirici unsurlara daha sert kısıtlamalar getirebilir.
- Belediyelerde ücretsiz bir şekilde gelenlerin isimleri alınmadan grup terapileri veya bireysel terapiler yapılabilir.
- Madde kullanılmasıyla birlikte oluşabilecek olumsuzluklar ve bu olumsuzluklara getirilebilecek çözüm önerileri için, uzmanlar tarafından psikoeğitim çalışmaları verilebilir

KAYNAKÇA

Ahrens S, Deffner G. Empirical study of alexithymia: methodology and results. *Am J Psychother* 1986; 40:430-447

Aktay, M. (2014). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı olarak bağlanma stilleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akvardar, Y., Tümöklü, M. ve Alptekin, K. (2003). Şizofreni ve Madde Kullanımı Bağımlılık Dergisi, 4, p.118-122

American Psychiatric Association. DSM 5. Çeviri: Köroğlu E. DSM 5TM, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013: 231-291

Apfel-Savitz R, Silverman D, Bennett MI. Group psychotherapy of patients with somatic illnesses and alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 28:323-329.

Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M ve ark. (1994) Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depress Anxiety*, 12:78-84.

Arabacı, L.B., Dağlı, D.A., Taş, G. (2018). Madde Kullanım Bozukluklarında Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları; 19(1):10-16

Arıkan Z (2011), Üniversite öğrencilerinde sıkıntıya dayanma ve alkol kullanımı arasındaki ilişkide başa çıkmanın rolü

Arkonaç, O., Özer, Ş., Toker, F., et. al.: Mitral valve prolapse in Primary Mood and Anxiety Disorders. Supplement of Biological Psychiatry. World Federation of Societies of Biological Psychiatry 5th World Congress. Abstracts. 29: 239S, 1999

Arkonaç, O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, (1999) p.36-37

Aydın A, Saraç T. (2014) Otistik bireylerin özellikleri ile ebeveynlerinin geniş otizm fenotipi ve aleksitimik özelliklerinin incelenmesi, 24 , p. 183-209.

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994a) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38:23-32.

Başkurt, İ. (2003). Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları (İlahiyat Fakültesi Dergisi Sayı: 8:2003)

Bayram Y, (2013); İnsan Hakları Açısından Madde Bağımlılığının Değerlendirilmesi EGM 19-2004

Beck JG, Stanley MA, Zebb BJ. Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: a descriptive study. *Behav Res Ther* 1996;34(3):225-34.

Berenbaum H, James T (1994) Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosom Med*, 56:353- 359.

Berthoz, S., Ouhayoun, B., Parage, N., Kirzenbaum, M., Bourgey, M., and Allilaire, J. F. (2000). Preliminary study of levels of emotional awareness in depressed patients and controls. *Annales Medico-Psychologist*, 158, 665-672.

Beyazyürek ve Şatır, (2000). Madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkililiği: sistematik bir gözden geçirme psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2000;8(Suppl 1):108-128

Beyazyürek ve Şatır, Yatarak tedavi gören alkol bağımlıları için örnek bir tedavi programı; Bağımlılık Dergisi, 2000; 1(1):27-31

Bilgen M. (2013). Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim

Ceyhan, A. A. (1987). Üniversite öğrencilerinin duygu ifade eden sözcük ve deyimlere yükledikleri duygu yoğunluklarının incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 34.

Cozby, P. C. (1976). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin*, 79, 73- 91.

Charry, W., Campell, H., Bydlowski, S., Chevallier, J., and Consoli, S. M. (2004). Emotional awareness and social anxiety in

obese patients waiting for gastric banding surgery. Journal of Psychosomatic Research, 25, 581-673.

Coşkun, (2008) Üreme Sağlığı ve Kadında Zararlı Madde Kullanımı, ACU Sağlık Bil Derg 2018; 9(3):201-206

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen 1 Ruhsal Bozukluklarına Göre Türkçe Yapılanıdırılmış Klinik Değerlendirmenin Güvenirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12: 33–36.

Dacher Keltner, Jonathan Haidt. (1999) Social Functions of Emotions at Four Levels of Analysis. Cognition and Emotion, 13 (5), 505-521

Dereboy IF (1990) Aleksitimi Öz-bildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Çalışma. Uzmanlık Tezi, Ankara

Dişsiz, (2011) Bağlanma ve Psikopatoloji Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 3(2):321-342

Dökmen, Ü. (2000). Yarına Kim Kalacak? Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Varolmak Gelişmek Uzlaşmak. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Ekici, Ö. O. ve Titrek, O. (2011). İlköğretim Okullarında Örgütsel Zekâ Düzeylerine İlişkin Yönetici ve Öğretmen Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 40: 152-163.

EC Evren, Ö Saatçioğlu, B Evren, C Yancar, B Eken, D Çakmak. (2003) Madde kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi; Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, ; 16(3):132-138

EMCDDA 2013 Ulusal Raporu (2013). (2012 Verileri) Reitox Ulusal Temas Noktası, 2013 Türkiye Uyuşturucu Raporu, Türkiye Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (Tubim)

Enç, M. (1978). Ruh sağlığı bilgisi. İstanbul: İnkılap ve Aka Yayınları.

Epözdemir, H. (2012). Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği Mi? Türk Psikoloji Yazıları, 15(30), 25-33.

- Ersöğütçü, F. (2015). Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerde Sosyal İşlevsellik ve Benlik Saygısı
- Eser, S.Y., Fidaner, H., Fidaner, C., ve ark. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi; 7(Ek 2):5-1
- Evren, E.C., Eken, B., Çakmak, D. (2003). Alkol Bağımlılarında Aleksitimi ve Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları ile İlişkisi
- Faryna A, Rodenhauer P, Torem M (1986) Development of an Analog Alexithymia Scale. Psychother Psychosom, 45: 201-206.
- Ford, C.V. (1986). The Somatizing Disorders. Psychosomatics; 27(5):327-333
- Freyberger H (1977) Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. Psychother Psychosom, 28:337-342.
- Fricchione G, Howanitz E. (1985) Aprosodia and alexithymia- a case report. Psychother Psychosom 43:156-160, .
- Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J ve ark. (2001) Secondary Alexithymia as a State Reaction in Panic Disorder and Social Phobia. Compr Psychiatry, 38(3): 166-170.
- Ghodse H, (2002) Drugs and Addictive Behaviour
- Gohm, C. L. ve Clore, G. L. (2000). Individual Differences in Emotional Experience: Mapping Available Scales to Processes. Society For Personality and Social Psychology, 26(6), 679-697.
- Greenberg, L. Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review, Wiley Periodicals, Inc. Journal of Clinical Psychol: In Session 62: 611-630
- Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grezes J, Berthoz S. (2010) Alexithymia in the Interpersonal Domain: a General Deficit of Empathy Pers Individ Diff 49:845- 850.
- Güleç, G., Köşger, F., Eşsizoglu, A. (2015). Dsm-5'te Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları

- Hayes, J. G. (1999). Managing the expression of emotions. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Illinois State Üniversitesi.
- Heppner, W. L., & Kernis, M. H. (2011). High Self-Esteem: Multiple Forms and Their Outcomes. S. J. Schwartz içinde, *Handbook of Identity Theory and Research* (s. 329-355). Springer.
- Hintistan S. (2012) Aleksitimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1:333-346
- Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J ve ark. (1999) Factors Associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychother Psychosom*, 68:270-275.
- Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A ve ark. (2008) Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*, 48:99-104.
- Inslegers R., Vanheule, S., Meganck, R., Debaere, V., Trensou, E., and Desmet, M. (2012). Interpersonal Problems and Cognitive Characteristics of Interpersonal Representations in Alexithymia: A Study Using a Self-Report and Interview-Based Measure of Alexithymia. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 200: 607-613.
- İncesu C (1993) Alkol Bağımlılarında Tabloya Eşlik Eden Mizaç, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Jessimer M, Markham R (1997) Alexithymia: a right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain* 120:246-58, .
- Kapalı Kaya (1986); *Eczacılar Raporu*, 1969, 21
- Kravitz, H.M., Fawcett, J., McQuire, M., Kravitz, G.S., Whitney, M. (1986). Treatment attribution among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking personality traits? *J Clin Psychopharmacol*. 19: 51-56
- Krystal H. (1982) Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother*; 9:353-378.

- Krystal H, Giller EL, Cicchetti DV. (1986) Assessment of alexithymia in post-traumatic stress disorder and somatic illness: introduction to a reliable measure. *Psychosom Med* ; 48:84-94.
- Kocak R (2002) Aleksitimi: kurumsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üni. Eğt. Bil. Fak. Dergisi*, 35(1):2.
- Koçum, E. (2005). T.C. Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Bağımlılık Yapan Maddeler Ve Etkileri
- Köknel, Ö. (1998). Bağımlılık - Alkol ve Madde Bağımlılığı
- Kulaksızoğlu, A. (2002). Ergenlik Psikolojisi
- Kuzucu Y, (2006); Duyguları Fark Etmeye Ve İfade Etmeye Yönelik Bir Psikoeğitim Programının, Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Farkındalık Düzeylerine, Duyguları İfade etme, Psikolojik ve Öznel İyi Oluşlarına Etkisi, Uzmanlık Tezi, 4.
- Lane, R.D, Ahern, G.L., Schwrtz, G.D. (1997). Alexithymia The Emotional Equivalent of Blindsight; *Biological Psychiatry*, 834-844.
- Lane, R. D., Lee, S., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A., ve Schwartz, G. E. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic medicine*, 58(3), 203-210.
- Lane, R. D., SECHREST, L., RIEDEL, R., SHAPIRO, D. E. and KASZNIK, A. W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosomatic Medicine*, 62, 492-501
- Lesser, I.M. (1981). "A Review of The Alexithymia Concept", *Psychomatic Medicine*, 43(6):531-543.
- Lesser, I.M. (1985). A Critique of Contributions to The Alexithymia Symposium. *Psychotherapy Psychosomatic*, 44:82-88.
- Lombardo, J. P. ve Fantasia, S. C. (1976). The relationship of self-disclosure to personality, adjustment and self-actualization. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 765-769.

- Luminet O, Rokbani L, Ogez D, Jadoulle V. (2007) An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *J Psychosom Res* 62:641-648.
- Lumley MA, Stettner L, Wehmer F (1996) How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res*, 41:505-518.
- Luzumlu, U. (2013). Cinsiyetleri farklı üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları na aleksitimi düzeylerine göre incelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*; 49: 652-662
- Martin, B.J. ve Pihl, O.R. (1986). Influence of alexithymia characteristics on psychological and subjective stress responses in normal individuals, *Psychotherapy Psychosomatic*. 45, 66-77
- Martínez-Sánchez F, Ato-García M, Córcoles Adam E, Huedo Medina TB, Selva España JJ. (1998) Stability in alexithymia levels: a longitudinal analysis on various emotional answers. *Pers Individ Diff* 24:767-772
- Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. (2008) Human abilities: Emotional intelligence. *Annu Rev Psychol* 59:507-536.
- MC DOUGALL, J. (1982). Alexithymia; a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy Psychosomatics*, 38, 81-90.
- Merskey H, Mai F. Somatization and conversion disorder. M Maj, HS Akiskal, JE Mezzich, A Okasha (Eds.), *Somatoform Disorder (WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, Vol. 9)*, Hoboken NJ, John Wiley & Sons, 2006, p.23-65.
- Miller, W., Rollnick, S. *Motivasyonel Görüşme: İnsanları Değişime Hazırlama*. Çev. Karadağ, F., Ögel, K., Tezcan, E. (2008). Hekimler Yayın Birliği
- Mueller ve Buehner, (2006); *Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)*, 34

- Oktay, B., & Batıgün, A. D. (2014). Aleksitimi: Bağlanma, benlik algısı, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(33), 31-40
- Ögel, K., (1997). Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık. Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları
- Ögel, K., (2000). Madde Bağımlılığında Tartışmalar Ve Gerçekler. IQ Yayınları
- Ögel, K., (2000). Madde Bağımlılığında Tedavi. IQ Yayınları
- Ögel, K., (2000). Türkiye’de Madde Bağımlılığı. IQ Yayınları
- Ögel, K., Taner, S., Yılmazçetin, C. (2004). Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu. IQ Yayınları
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 1: 61-64
- Ögel, K. (2005). Sokaklar “Tiner” Kokuyor: “Tinerçi”ler, “Bali”ciler ve Sokakta Yaşayan Çocuklar. Yeniden Yayınları
- Ögel, K., Erol, B. (2005). Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı: Çocuğum Madde Bağımlısı Olmasın. Morpa Yayınları
- Ögel K, (2007). Riskli Davranış Gösteren Çocuk Ve Ergenler. Yeniden Yayınları
- Ögel, K., Erdoğan, N., Buğa, D., Devletkuşu, C., Aksoy, A. (2007). Madde kullanımı ve HIV/AIDS. Yeniden Yayınları
- Ögel, K., Doğmuş, D. (2008). Alkol ve Madde Bağımlılığında Kısa Girişimler. Hekimler Yayın Birliği
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Gürol, D. T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi’nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012;23
- Öner Ö, Öncü B, Sağduyu G ve ark. (2002) Dikkatsizlik yakınması ile başvuran ergenlerin aldığı tanılar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 9:167-171.
- Özkan S.(1993)Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Lizeyon Psikiyatrisi. roche, İstanbul 145-152, 1993.

Özmen Ö; (2009) Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçları

Parker JDA, Bagby MR, Taylor G (1991) Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs Compr Psychiatry, 32: 387-394.

Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM ve ark. (1993) Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. Am J Psychiatry, 150: 1105-1107.

Pellerone, M., Formica, I., Lopez, M. H., Migliorisi, S., ve Granà, R. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: a cross-national study in Sicilian and Andalusian young adults. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 5(2).

Prkachin, G. C., Casey, C. ve Prkachin, K. M. (2009). Alexithymia and perception of facial expressions of emotion. Personality and Individual Differences, 46, 412-417.

Rick AD, Vanheule S (2006) The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. Addict Behav, 31: 1265-1270.

Sağduyu, A. (1994). Somatizasyon Nedir? Türk Psikiyatri Dergisi; 5(4):257-264

Sevin, Ç. & Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşama Uyumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. Bağımlılık Dergisi, 9(1). 1-11.

Sevinçok, L., Küçükardalı, Y., Dereboy, Ç., Dereboy, F. (2000): Genç Erkeklerde Madde Kullanımı, Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi 11(1):40-48.

Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Connor, C. (1987). Emotion knowledge - further exploration of a prototype approach. Journal of Personality and Social Psychology, 52(6), 1061-1086.

Sifneos PE. (1996) Alexithymia: past and present. Am J Psychiatry; 153:137-142

Sifneos PE (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom, 22: 255-262.

- Sifneos, P.E., Apfel, S.R. and Frankel, F.H. (1977). The Phenomenon of Alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics* [Psychother Psychosom] ;Vol. 28 (1-4), pp. 47-57
- Solmaz, M., Binbay, Z., Cidem, M., Sağır, S., Karacan, İ. (2014). Ankilozan Spondilitli Hastalarda Aleksitimi ve Benlik Saygısı (Nöropsikiyatri Arşivi 2014; 51: 350-354
- Spek V, Nyklicek I, Cuijpers P, Pop V. (2008)
Alexithymia and cognitive behaviour therapy outcome for subthreshold depression. *Acta Psychiatrica Scand*; 118:164-167.
- Starr, P. D. (1975). Self-disclosure and stress among middle-eastern university students. *The Journal of Social Psychology*, 97, 141-142.
- Swinkels ve Giuliano, (1995); The Measurement and Conceptualization of Mood Awareness: Monitoring and Labeling One's Mood States, 21(9):934-949
- Şahin, N.H., Batıgün, A.D., Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri; Ergenler için Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı 2002;13(2):125-135
- Şaşıoğlu M., (2014) Aleksitimi: Tedavi Girişimleri. 'Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar' 6:1
- Şenkal, İ., (2013). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Şenkal İ, Işıklı S. (2015) Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon Belirtileri ile İlişkisi: Aleksitiminin Aracı Rolü *Türk Psikiyatri Dergisi*; 26
- Tanhan, F. Mukba, G. (2014). Aile İçinde Madde Bağımlısı Olma Durumunu Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 15: 65-75
- Tarhan N, Nurmedov S; (2011). Bağımlılık Sanal veya Gerçek
- Tatar, A., Saltukoğlu, G., Alioğlu, S., Çimen, S., Güven, H., Ay, Ç. E. (2017). Özellik Yaklaşımıyla Aleksitimi Ölçme-I: A Aleksitimi Ölçeği Madde Seçimi ve Faktör Yapısının Oluşturulması. 2017; 54: 216-224

- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP ve ark. (1988) Criterion Validity Of The Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med*, 50:500- 509.
- Tekalan A.(2012) Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış. Yeřilay, Bağımlılık Tedavisi, Aylık Sağık, Eğıtim ve Kùltùr Dergisi. ;87:32. 23
- TenHouten WD, Hoppe KD, Bogen JE ve ark.(1986) Alexithymia: an Experimental Study of Cerebral Commissurotomy Patients and Normal Control Subjects. *Am J Psychiatry* 143:312-316,.
- Tolmunen T, Heliste M, Lehto SM, Hintikka J, Honkalampi K, Kauhanen J.(2011) Stability of Alexithymia in The General Population: an 11-year follow-up. *Compr Psychiatry* 2011; 52:536-541.
- Tomb DA. *Psikiyatri*. Z Tunca, H Fidaner (1994) İzmir: Saray Medikal Yayıncılık, s.70-77
- Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış, Tùrkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpařa Tıp Fakùltesi Sùrekli Tıp Eğıtimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No:(62), Mart, 201-220.
- Troisi, A., D’Argenio, A., Peracchio, F. & Petti, P. (2001). In secure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5), 311-316.
- TUBİM (2012), Madde Kullanım Yaygınlığı, s.151-154
- TUBİM (2011). Tùrkiye Uyuşturucu Raporu, Ankara.
- Tùrkçapar H, Güriz O, Özel A, Işık B, Örsel S. (2004) Antisosyal Kişilik Bozukluğı Olan Hastalarda Öfke ve Depresyonun İlişkisi. *Tùrk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2):119-124
- Uzbay, .T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sùrekli Eğıtim Dergisi*, 21: 5-15
- Uzun, (2013), Psikojenik Nùbet Tipinde Konversiyon Bozukluğı Olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travmaları, Bağılanma ve Aleksitimi., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakùltesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, s.45-46

- WAY, I., YELSMA, P., VAN METER, A.M. and BLACK-POND, C. (2007). Understanding alexithymia and language skills in children: Implications for assessment and intervention. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 38, 128-139.
- World Health Organization, (2016)
- YALÇIN, S. B. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Duygularını İfade Edebilmelerinin Aleksitimi Ve Psikolojik İhtiyaçlarına Göre İncelenmesi . Doktora Tezi , 3. Konya.
- Yılmaz, N. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları
- Yurt, E. (2006). Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon ve İçgörüle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Yüncü, Z., Aydın, C., Coşkunol, H., Altıntoprak, E. & Bayram, A. T. (2006). Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. *Journal of Dependence*, 7(1), 31-37.
- Zech, E. And Rime, B. (2005). Is Talking About an Emotional Experience Helpful Effects on Emotional Recovery and Perceived Benefits. *Clinical Psychology and Psychotherapy Clin, psychol, Psychother.* 12(4), 270-287
- Zimmermann G, Rossier J, Meyer de Stadelhefen F, Gaillard F. (2005) Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. *Eur J Psychol Assess*; 21:23-33.

EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Form

Sosyodemografik Soru Formu

Tarih:

Görüşmeye başladığımız saati Aşağıya Lütfen Yazınız. Teşekkürler (Örn: 12:34 Şeklinde olacaktır)

Görüşmeye Başlanan Saat: ———:———

1. Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek ()

2. Doğum yılınız:

3. Kaç kilosunuz? Kg

4. Boy uzunluğunuz nedir? cm

5. Eğitim durumunuz nedir?

Okur Yazar değil () Okur Yazar ()

İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu ()

Lise Mezunu () Üniversite () Yüksek Lisans ()

5. Medeni Durumunuz Nedir?

Evli () Bekar () Ayrılmış (Boşanma yada Vefat ile) ()

6. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

7. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

8. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi ücretli bir işte çalışıyor?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

9. Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Bıraktım ()

10. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

0- 10 Tek () 11- 20 Tek () 21-40 Tek () 41'dan Fazla ()

11. Kaç Yıldır Sigara Kullanıyorsunuz? (Yıl) Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

0-5 Yıl () 6-10 () 11-15 () 16- 20 () 21 yıldan fazla ()

12. Alkol Kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır () Bıraktım ()

13. Ne Sıklıkla Alkol Alıyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

Ayda 1-2 defa () Haftada 1-2 defa () Hemen hemen Hergün ()

14. Aşağıdaki Maddelerden Doktor Önerisi dışında düzenli olarak aldığınız/ denediğiniz maddeleri işaretleyiniz.

- | | | |
|--------------|-----------------------|----------------|
| 1. Esrar () | 4. Morfin () | 7. Bozai () |
| 2. Bali () | 5. Kokain () | 8. Eroin () |
| 3. Tiner () | 6. Meta-amfetamin () | 9. Ekstazi () |

15. Hiç psikiyatriste gittiniz mi?

Daha önce gitmişim () Halen Tedavi Görüyorum () Hayır gitmedim ()

15. Ruhsatlı yada Ruhsatsız Silahınız var mı? ()

Silahım yok () Ruhsatlı Silahım Var () Ruhsatsız Silahım Var ()

16. Günlük Yaşamda Kendinizi Güvende Hissetmek için Çantanızda/ Cebinizde/ Aracınızda bulundurduğunuz Aletler varsa işaretleyiniz. Birden Fazla Seçim Yapabilirsiniz. Eğer taşıyorsanız. Hiçbirini işaretleyiniz.

Ateşli Silah ()	Çakı/Bıçak ()	Birber Gazı ()
Elektirikli/Pilli bir cihaz ()	Kesici/Delici Başka bir alet ()	Hiçbiri ()

17. Vücudunuzda Herhangi bir engel var mıdır? Varsa aşağıda işaretleyiniz.

Görme Engelli ()

İşitme Engelli ()

Zihinsel Engelli ()

Ortopedik Engelli ()

Kronik Hastalık ()

Herhangi bir Engelim Yok ()

Ek-2:Kısa Semptom Envanteri:

<i>0 Hiç yok</i>	<i>1 Biraz var</i>	<i>2 Orta derecede var</i>	<i>3 Epey var</i>	<i>4 Çok fazla var</i>
------------------	--------------------	----------------------------	-------------------	------------------------

1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2	Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11	İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19	Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4

20	Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
25	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğrumu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30	Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32	Kafanızın “bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyon(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4

42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51	Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklında bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

Toronto Aleksitimi Ölçekleri:

Ek-3: TAÖ-20

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman(1),....., Her zaman(5) olacak şekilde bu bölgele

“X” işareti koyunuz.

Maddeler	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem					
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur					
3. Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor					
4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim					
5. Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim					
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem					
7. Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır					
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim					
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var					
10. İnsanların duygularını tanıması gerekir					
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor					
12. İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum					
14. Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem					
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim					

16. Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim					
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir					
18. Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim					
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum					
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır					



ÖZGEÇMİŞ

ADRES: Vişnezademah. Hacı Halit Bey sok. Balcı apt no:18 d:4 Beşiktaş-İstanbul

MAİL: beratsenavarlik@gmail.com

GSM:0542 214 76 11

DOĞUM TARİHİ: 18 May 1992

DOĞUM YERİ: Eskişehir

UYRUK: T.C.

MEDENİ DURUM: Bekar

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi
Klinik Psikoloji (2017-halen)

Lisans: İstanbul Kültür Üniversitesi
Psikoloji Bölümü (2011-2016)

Stajlar

PSİKOLOJİ STAJI: Eskişehir Mor Mavi Danışmanlık Merkezi, Psikolog Yardımcısı /
Stajyerlik
(1-30.06.2013)

PSİKOLOJİ STAJI Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği / Çocuk
Psikiyatrisi –
Stajyerlik (1-31.08.2015)

KLİNİK PSİKOLOJİ STAJI: NİSTANBUL Beyin Hastanesi Psikiyatri Kliniği /Stajyerlik
(12.2018-01.2019)

İş Deneyimi

KiddyFamily Club Hayat Boyu Danışmanlık Merkezi /Psikolog (06.2017-01.2018)