



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**BAĞIMLI OLAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK SIKINTI VE
TEDAVİ MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

HATİCE BÜŞRA KARA

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜY. ALPTEKİN ÇETİN

İSTANBUL-2020

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

**BAĞIMLI OLAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK SIKINTI VE
TEDAVİ MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

HATİCE BÜŞRA KARA

174102103

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜY. ALPTEKİN ÇETİN

İSTANBUL- 2020

YEMİN METNİ

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “bağımlı olan bireyler psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi” 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.

Tarih:

....../....../.....

Hatice Büşra KARA

İmza:

TEŞEKKÜRLER

Öncelikle eğitim hayatım boyunca bu sürece kadar gelmeme yardımcı ve varlığımın sebebi olan aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim. Desteğini, fedakarlığını ve sevgisini hiç eksik etmeyen her zaman bana arkamda olduğunu hissettiren anneme ve babama, motive edici tavırlarıyla bana destek olup yanımda duran ablama teşekkür ederim.

Diğer bir teşekkürüm ise; tez çalışması boyunca bana destek, sabır ve anlayış gösteren; motive edici tutumlarıyla bu çalışmada yardımcı olan, tez danışmanım Dr. Öğr. Üy. Alptekin ÇETİN'e teşekkür ve sonsuz saygılarımı sunarım.

Her noktada desteğini esirgemeyen, motive eden, inanan ve güvenen sevgili arkadaşım Feruze Gökçe ÜNALAN'a ve her daim yanımda olan bütün dostlarıma sonsuz teşekkürler.

Son olarak bu zorlu süreci birlikte geçirdiğim, desteğini hiç esirgemeyen sevgisiyle beni güçlendiren Kubilay ACAR'a teşekkür ederim.

Hatice Büşra KARA

İstanbul/2019

ÖZET

İnsanlık tarihi kadar eski olan alkol ve madde kullanımının, bağımlılığın yol açtığı sorunlar birçok ülkede güncelliğini korumaktadır. Toplumdaki artan madde kullanımı ve bağımlılığı hem halkın hem de bilimin dikkatini çekmektedir. Bu artışın yol açtığı bireysel ve toplumsal sorunlar insanlığı tehdit eden boyutlara ulaşmıştır. Bu sorunları hayatın güçlüklerine karşı geliştirilmiş uyumsuzluk biçimleri olarak incelemek ve anlamak, tedavi etmek açısından daha net bir ilerleme sağlamaktadır. Bireysel yaşam tarzları ve kişilik özellikleri bağımlılığın gelişmesinde önemli rol oynamakla birlikte kişiler arası ilişkilerde sorunlar yaratabilmektedir. Bağımlılıkta en önemli risk grubu, bağımlılığın ne olduğunu tam olarak tanımlayamayan, psikolojik yatkınlığı olan ve bağımlılığın yaşattığı sorunların farkında olmayan bireylerdir.

Bu araştırmanın temel amacı, bağımlı olan bireylerde psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelemesi ve değerlendirilmesidir. Araştırma 34 kişiden oluşan bir örneklem grubu ile yürütülmüş ve katılımcılara Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; bağımlı bireylerin psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin psikolojik sıkıntısı ne kadar artarsa, bireylerin içsel motivasyonu o şekilde azalmakta; psikolojik sıkıntı ne kadar azalırsa içsel motivasyon düzeyleri o şekilde arttığı, aralarında negatif yönde bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Son olarak; cinsiyet ve yaş gibi sosyodemografik değişkenlerin Psikolojik Sıkıntı Ölçeği üzerinden bireyler arasında anlamlı bir farka yol açtığı saptanmıştır. Cinsiyet değişkeninin Tedavi Motivasyon Anketi üzerinden gruplar arasında anlamlı bir farka yol açmadığı saptanmış olup, yaş değişkeninin bireyler arasında anlamlı bir farka yol açtığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik Sıkıntı, Tedavi Motivasyonu, Alkol ve Madde Bağımlılığı.

ABSTRACT

The problems caused by alcohol and substance use and addiction, which are as old as human history, remain up to date in many countries. Increasing substance use and dependence in society attracts the attention of both the public and science. The individual and social problems caused by this increase have reached the dimensions that threaten humanity. Examining and understanding these problems as forms of incompatibility developed against life's difficulties provides clearer progress in terms of treatment. Individual lifestyles and personality traits play an important role in the development of addiction, but can also create problems in interpersonal relationships. The most important risk group in addiction is individuals who cannot define exactly what addiction is, who have psychological predisposition and are not aware of the problems caused by addiction.

The main purpose of this study is to examine and evaluate the relationship between psychological distress and treatment motivation in dependent individuals. The study was conducted with a sample group of 34 people and the subjects were asked to respond The Psychological Distress Scale and Treatment Motivation Questionnaire. According to the results of the study, there was no significant differences between the psychological distress and the treatment motivation in dependent individuals. Nevertheless; individuals with alcohol and substance use disorders get more psychological distress as their levels of intrinsic motivation decrease; as their levels of psychological distress decrease, they get more intrinsic motivation. It was found that there is a negative correlation between them.

Finally, it has been found that socio-demographic data such as gender and age lead to a significant difference among the individuals over the Psychological Distress Scale. It was determined that the gender variable did not cause a significant difference among the individuals over the Treatment Motivation Questionnaire, and the age variable lead to a significant difference between individuals.

Key Words: Psychological Distress, Treatment Motivation, Alcohol and Substance Abuse.

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜRLER	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar	viii
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu	5
1.2. Araştırmanın Önemi	5
1.3. Araştırmanın Amacı.....	5
1.4. Araştırmanın Sayıtları.....	6
1.4.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.	6
1.4.2. Araştırmaya katılan katılımcıların sorulara gönüllü bir şekilde, doğru ve içtenlikle cevap verdikleri varsayılmaktadır.	6
1.4.3. Araştırmanın evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.	6
1.5. Araştırmaya İlişkin Tanımlar	6
BÖLÜM II	7
GENEL BİLGİLER	7
2.1. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI	7
2.1.1. Bağımlılık.....	7
2.1.2.1. Alkol Kullanımı ve Bağımlılığının Klinik Tablosu	11
2.1.2.2. Alkolün Beyin Üzerindeki Etkileri	12
2.1.2.3. Alkol Bağımlılığının Gelişimi	13
2.1.2.4. Kronik Alkol Kullanımının Fiziksel Etkileri	13
2.1.2.5. Alkol Kullanımı ve Bağımlılığının Psikososyal Etkileri	14
2.1.2.6. Alkol Kullanımıyla Bağlantılı Psikozlar	14
2.1.2.7. Alkol Kullanımı ve Bağımlılığında Biyolojik Nedensel Etkiler	16

2.1.2.7.1.Bağımlılığın Nörobiyolojisi.....	16
2.1.2.7.2.Genetik Yatkınlık.....	17
2.1.2.8.Alkol Kullanımı ve Bağımlılığında Psikososyal Nedensel Etkenler.....	18
2.1.2.9.Alkol Kullanımı ve Bağımlılığında Sosyokültürel Etkenler.....	20
2.1.3.Madde Bağımlılığı.....	21
2.1.3.3.Genetik Faktörler.....	25
2.1.3.4.Sosyokültürel Faktörler.....	25
2.1.3.5.Ailevi Faktörler	26
2.1.3.6.Çevresel Faktörler.....	27
2.1.3.7.Bağımlılık Yapıcı Maddeler	28
2.1.3.8. Maddenin Merkezi Sinir Sistemi Üzerindeki Etkileri	38
2.2. PSİKOLOJİK SIKINTI	41
2.3. TEDAVİ MOTİVASYONU	49
2.3.1.Öz Belirleme Teorisi	56
BÖLÜM III.....	71
YÖNTEM.....	71
3.1.Araştırmanın Modeli	71
3.2.Araştırmanın Örneklemi	71
3.3.Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	71
3.3.1.Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	71
3.3.2.Tedavi Motivasyon Anketi	72
3.4.İstatistiksel Analiz.....	73
BÖLÜM IV	74
BULGULAR	74
BÖLÜM V.....	79
TARTIŞMA	79
5.1.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	89
5.2.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
KAYNAKÇA	92
EKLER.....	116
EK.1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	116
EK.3.Tedavi Motivasyon Anketi.....	121

KISALTMALAR

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

K10-PSÖ: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

NIDA: National Institute on Drug Abuse

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TMA: Tedavi Motivasyon Anketi

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi



TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcılar ile ilgili sosyodemografik değişkenler.....	74
Tablo 2. Katılımcıların Yaş Ortalamaları.....	74
Tablo 3. Ölçek ve Alt Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler.....	75
Tablo 4. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Yönelik Korelasyon Sonuçları.....	75
Tablo 5. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	76
Tablo 6. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	77



BÖLÜM I

GİRİŞ

Toplumun en önemli problemlerinden biri olan alkol ve madde kullanım bozuklukları günümüzde en yaygın sağlık sorunlarından biridir. Dünyada ve ülkemizde madde kullanım bozukluğu oranı gittikçe artmaktadır. Bu bozukluk yalnızca kullanan bireyleri değil aile ve sosyal çevreyi de etkilemektedir (Kalyoncu. 2010).

Çağımızda artan madde kullanımı ve bağımlılığı toplumunda dikkatini çekmektedir. TUBİM tarafından 2011 yılında Türkiye genelini temsil eden bir “genel nüfusta madde kullanım yaygınlığı araştırması” yapılmıştır. Çalışmaya katılanların %51,8’i tütün ürünü denediğini belirtmiştir ve ilk kez deneme yaşı ortalamasının 17 olduğu bulunmuştur. Kadınların %40,1’i, erkeklerin %63,1’i tütün kullanmayı denemişken, kadınların %23,8’i, erkeklerin %42,2’i halen tütün kullanmaya devam ettiğini belirtmiştir. Yine aynı çalışmada katılımcıların %28,3’ü alkollü içecek denediklerini belirtmiştir ve ilk kez deneme yaşı ortalamasının 19 olduğu bulunmuştur. Kadınların %14,9’u, erkeklerin %41,2’si alkol kullanmayı denemişken, kadınların %4,2’si, erkeklerin %15,8’i halen alkol kullandıklarını belirtmiştir. (TUBİM, 2011)

Aşırı alkol ve madde kullanımı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu önemli hastalık yaranma, suç işleme, işte üretkenliği kaybetme ve kişisel acı çekmenin başlıca nedenlerinden biridir. (Alcohol Concern 2002; Heather 2001).

Alkol ve madde kullanımı olan bireylerin kullanımlarının negatif sonuçlarını fark ederek değişmek isteseler de onlar için bunu yapmak çok zorlayıcı olmaktadır. Yerleşmiş bir içme alışkanlığının değiştirilmesi önemli bir çaba ve kararlılık gerektirmektedir. Buna ek olarak, kullanım alışkanlığının azaltılması başarılmış olsa bile insanların eski alışkanlıklarını devam ettirdikleri oldukça yaygındır. (Whitworth ve ark. 1996). Bununla birlikte, bazı bağımlı bireyler kullanım sıklığını azaltmakta ve bunu sürdürebilmektedirler. Bu yüzden, başarılı bir şekilde kullanımını azaltan bireylerin kullanımını azaltamayanlara göre özelliklerinin ve tedavi motivasyonlarının ayırt edilmesi gerekmektedir.

Motivasyon bir hareket için ilk adımda ve davranışı değiştirmede önemlidir. Bireylerin tedaviyi araması, tedaviye uyum sağlaması, tedaviyi tamamlaması yanı sıra

kullanımının uzun vade de başarılı değişimi açısından da önemli rol oynamaktadır. Dış etkiler ve baskılar, içsel düşünceler ve hisler, kişinin kendi durumunu değerlendirme ve davranışını değiştirmesi motivasyonuna katkıda bulunmaktadır. (Cunningham ve ark. 1994). Değişim motivasyonunun kaynağı olarak içsel motivasyon yani başarma duygusunu hissetmek ve dışsal motivasyon yani mali teşvikler karşılaştırılmıştır (Deci and Ryan 1987). Dışsal motivasyon, içsel motivasyona göre daha kısa süreli bir değişim olarak görülmüştür. (Deci and Ryan, 1985a) Her ne kadar içsel motivasyon uzun vadeli başarı için daha etkili gibi görünse de dışsal motivasyon alkolden ve diğer ilaçlardan kısa süreli uzak durmayı teşvik etmektedir. Bununla birlikte, içme davranışını değiştirmek için dış baskıya ve teşviklere güvenmek zor olabilmektedir. Alkol tedavisi alan 263 hasta üzerinde yapılan bir araştırma, tedaviye başlama motivasyonlarının mevcut dış tehditlerle (örneğin, tehdit edilen iş kaybı, ehliyet veya eş) ilgili hastaların bu tür motive edici faktörlere sahip olmayan hastalardan daha iyi tedavi sonuçları yaşadıklarını tespit etmektedir. (Krampen 1989). Bununla birlikte, geçmişte tedaviye başlamadan önce bahsedilen kayıplardan birini yaşamış olan hastalar, bu gibi kayıpları yaşamamış hastalardan daha kötü tedavi sonuçlarına göstermektedir. Dışsal motivatörlerin sınırlı etkinliği nedeniyle, tedavi sağlayıcılar hastaların motivasyonlarını dıştan içsel teşviklere kaydırmanın zorluğuyla karşı karşıya kalmaktadır.

Değişim için düşük motivasyon, bağımlılık nüksüyle ilişki olmaktadır (McKay, 1999); Tüm madde bağımlılığı tedavisi katılımcıları, bağımlılık yaşam tarzlarını değiştirmek için tam olarak motive edilmeyebilmektedir. Transteorik Değişim Modeli, insanların yaşam değişikliği yapmaya çalışırken girdikleri karmaşık süreci açıklamaktadır (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004). İlk aşama olan değişim öncesi, insanların reddettiği veya değişime duyulan ihtiyaçtan habersiz olduğu aşamadır. Değişim ihtiyacının farkına varılmasıyla, bireyler kendi sorunlarının farkındalığını geliştirir ve değişim aşamasına geçmektedir. Hazırlık aşaması, birey değişim planlaması için adımlar attığında başlamaktadır ve eylem aşaması, kişinin değişiklik yapmak için harekete geçmesiyle başlamaktadır. Son aşama olan sürdürme, değişikliğin yapıldığı ve bireyin yeni davranışı sürdürmeye çalıştığı aşamadır. (DiClemente ve ark. 2004). Değişim için motivasyon, değişimin ön hazırlık ve hazırlık aşamalarında gerçekleşen, problem tanıma ile başlayan ve ardından tedavi için yardım

ve motivasyon arzusunun izlediği bir dizi adımdan oluşmaktadır. (Simpson & Joe, 2004) Değişimin muhtemel belirleyici faktörlerinden biri kişinin değişme arzusu ve buna bağlılığıdır.

Stres zayıf zihinsel sağlıkla özellikle kaygı ve depresyon ile ilişkilidir ve stres ve zihinsel sağlık sorunları madde bağımlılığı ve nüksün belirleyicileridir. Literatür, stresin, ilk uyuşturucu ve alkol kullanımının bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir. (DeHart, Tennen, Armeli, Todd, & Mohr, 2009; Frone, 2008; Hatzenbuehler, Nolan-Hoeksema, & Erickson, 2008). Stresin madde kullanımı üzerindeki doğrudan etkisine ek olarak, stres ayrıca genellikle depresyon ve endişe belirtileri olarak görülen psikolojik strese de katkıda bulunmaktadır (Mirowsky & Ross, 2003; Pearlin ve ark. 1981). Önceki çalışmalar depresyonun sıklıkla stresin bir sonucu olduğunu (Fox, Halpern, Ryan, & Lowe, 2010), ve endişe ile stres arasındaki ilişki için benzer bulgular olduğunu ortaya koymaktadır (Fox ve ark. 2010). Stres herkes için aynı şekilde yaşanmamaktadır ve bazı kişilerin stresten kaynaklanan psikolojik stres yaşama riski diğerlerinden daha fazla olmaktadır.

Bağımlılığı deneyimleyen birçok kişi tedaviye katılmakta fakat sonradan nüks yaşamakta ve alkol veya maddeden uzak durmayı sürdürememektedir. (NIDA, 2009) Tedavi sırasındaki ve sonrasında yoksunluğa verilen geleneksel vurguya rağmen, yeni hasar azaltma tedavi yaklaşımları, uyuşturucu ve alkol bağımlılığının neden olduğu hasarı azaltmaya odaklanmaktadır; bu yaklaşımın rehberliğinde bağımlılık ciddiyetinde herhangi bir azalma pozitif bir tedavi sonucu olarak görülebilmektedir (Tatarsky & Marlatt, 2010). Dolayısıyla, tedavi sonrası bağımlılık şiddetini etkileyen faktörlerin anlaşılması, nüksü etkileyen faktörlerin anlaşılması kadar önemli olabilmektedir.

Toplum tarafından dışlanma sebebi olarak görülen alkol ve madde kullanımı, bireylerin sosyal işlevselliğini tam olarak yerine getirememesine ve bir takım olumsuz psiko-sosyal etkiler yaşamasına sebep olmaktadır. Bu psiko-sosyal etkiler; güven eksikliği, depresyon, yetersizlik duygusu, çaresizlik, toplumdan kendini soyutlama ve yalnızlık gibi sorunlara yol açmaktadır. Bireylerin psikososyal sorunlarla başa çıkamama durumu, alkol ve madde kullandıkları zamanla eş değerdir (Erbay ve ark. 2016).

Birtakım faktörlerin insanların motivasyonunu etkilediğine dair önemli farklılıklar olsa da çeşitli deneyimlerin motivasyonu artıran veya azaltan çarpıcı etkileri olabilmektedir. Bazı deneyimler çoğu zaman insanları değişiklik yapmayı düşünmeye başlamaya ve hangi adımların gerekli olduğunu düşünmeye zorlamaktadır. Yaşanan sıkıntı seviyelerinin değişim veya değişim stratejisi arama motivasyonunu arttırmada rolü olabilmektedir. (Leventhal, 1971; Rogers et al., 1978). Örneğin, birçok kişiden şiddetli anksiyete veya depresyon dönemleri sırasında veya sonrasında değişmesi ve yardım alması istenmektedir. Ciddi yaşam olayları genellikle değişim motivasyonunu teşvik etmektedir (Sobell et al., 1993b; Tucker et al., 1994). Maddelerin yaşamındaki etkilerini değerlendirdiği bilişsel değerlendirme bireylerde değişime neden olabilmektedir (Sobell et al., 1993b). Bireylerin olumsuz sonuçların farkına varması, başkalarına veya kendilerine verdiği zararları tanınması değişime motive etmeye yardımcı olmaktadır (Varney et al., 1995). Kişinin madde kullanımı ile kendisi veya başkaları için doğurduğu olumsuz sonuçları arasındaki bağlantıyı görmelerine yardımcı olmak önemli bir motivasyon stratejisidir. Olumlu ve olumsuz dış teşvikler de motivasyonu etkilemektedir. Destekleyici ve empatik arkadaşlar, ödüller veya zorlama değişim için motivasyonu arttırmaktadır.

Bağımlılık relaps ve remisyon ile gelen bir biyopsikososyal hastalıktır. Tekrarlamaların önlenmesinde motivasyon çok önemlidir. Bu, birçok çalışmada açıkça gösterilmektedir. Bununla birlikte, bağımlılıkta motivasyonu etkileyen koşullar açıklığa kavuşturulmamaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda, bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntıların, tedavi motivasyonlarını etkileyeceği düşünülmekte ve bu çalışmada psikolojik sıkıntıların tedavi motivasyonunu ne derece etkilediği incelenmektedir.

1.1. Araştırmanın Konusu

Bağımlı olan bireylerde psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Ruhsal durumu değiştiren pek çok madde hemen hemen her toplumda tarihin erken dönemlerinden beri kullanılmaktadır. Toplumdaki artan madde kullanımı ve bağımlılığı hem birey hem de toplum açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Günümüzde kullanımın ve ulaşılabilirliğinin artmasıyla birlikte analiz edilmesi gereken problemlerin başında gelmektedir. Literatüre baktığımızda bağımlılık ve tedavi motivasyonunu yordayan değişkenleri saptamaya yönelik çalışmalar yapılmıştır. Fakat bu çalışmaların çeşitlendirilmesine ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamızda bireylerde var olan psikolojik sıkıntıların tedavi motivasyonuna etkisi olduğu düşünülmekte ve tezin önemini oluşturmaktadır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Toplumdaki artan madde kullanımı ve bağımlılığı hem halkın hem de bilimin dikkatini çekmektedir. Bu sorunları hayatın güçlüklerine karşı geliştirilmiş uyumsuzluk biçimleri olarak incelemek, anlamak ve tedavi etmek açısından daha net bir ilerleme sağlamaktadır. Bireysel yaşam tarzları ve kişilik özellikleri bağımlılığın gelişmesinde önemli rol oynamakla birlikte kişiler arası ilişkilerde sorunlar yaratabilmektedir. Bağımlılıkta en önemli risk grubu, bağımlılığın ne olduğunu tam olarak tanımlayamayan, psikolojik yatkınlığı olan ve bağımlılığın yaşattığı sorunların farkında olmayan bireylerdir. Bu grubu oluşturan bireyler madde kullanırken birtakım sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar ve bu sıkıntılar sadece kişiler arası ilişkilerde değil mali ve yasal sıkıntılara da yol açabilmektedir. Tüm bu sorunları yaşayan kişi sorunları inkâr edebilmektedir ve bunlar üzerinde iyileştirme motivasyonu olmayabilmektedir. Bu bağlamda madde bağımlılığı ve tedavi motivasyonunu yordayan değişkenleri saptamaya yönelik çalışmalar yapılmıştır. Fakat bu çalışmaların çeşitlendirilmesine ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamızda bağımlı olan bireylerde

psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesinin ilgili yazına katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

1.4. Araştırmanın Sayıltıları

1.4.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

1.4.2. Araştırmaya katılan katılımcıların sorulara gönüllü bir şekilde, doğru ve içtenlikle cevap verdikleri varsayılmaktadır.

1.4.3. Araştırmanın evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmaya İlişkin Tanımlar

Bağımlılık: Maddeye tolerans geliştiğinde ya da madde olmadığında yoksunluk belirtileri ortaya çıktığında bağımlılık söz konusudur.

Psikolojik Sıkıntı: Depresyon ve anksiyete belirtileriyle karakterize duygusal zarar görmedir.

Tedavi Motivasyonu: Motivasyon, bağımlılık tedavisinde, hastaları tedaviyi aramaya, tamamlamaya, uyum sağlamaya ve içmelerinde başarılı ve uzun vadeli değişiklikler yapmaya etkide bulunarak önemli bir rol oynar.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI

2.1.1. Bağımlılık

İnsanın yaşamı doğuştan getirdiği içgüdülerle toplumsal olarak edindiği güdülere doyum aramakla geçmektedir. Beslenme ve korunma gibi doğuştan gelen, doğal içgüdü ve dürtülere doyum bulan insan ilgi, sevgi, aşk, güven, saygınlık, özgürlük, özerklik, üreticilik, yaratıcılık, kendini gerçekleştirme gibi ruhsal-toplumsal gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu güdülerini yücelterek kimliğini, kişiliğini bulur ve kendini var eder. Çoğu insan için yaşamı güzelleştiren ve mutluluk veren deneyim ve alışkanlıkları vardır. Örneğin; sabah kalkmak, yıkanmak, giyinmek, çay, kahve içmek; işe gitmek, çalışmak, eve dönmek; eğlenmek, yemek, tatil yapmak. İnsanın günlük yaşamı, alışkanlıklarını sürdürmekle geçmektedir. İnsanların bir bölümü bu alışkanlıklarını sürdürmek, bir bölümü de bunlardan kurtulmak için çabalamaktadır. Ancak, insan alışkanlıklarından mutlu olsa da olmasa da ruhsal yapısı gereği bu kalıpların dışına çıkmak istemekte, değişik yeni bir yaşantı aramaktadır. Bu arayış insanın yaşama gücü kazanması, kişiliğini geliştirip olgunlaştırması, kendisini var etmesi için gerekli bir unsurdur.

Kimi insanda alışkanlıklardan biri günlük yaşamda daha çok yer tutmaya, öncelik olmaya başlamaktadır. Bu alışkanlığın sürdürülmesi için diğer alışkanlıklardan vazgeçilmektedir. Alışkanlığın engellenmesi, sürdürülememesi, insanı mutsuzluğa sürüklemektedir. İnsana mutluluk veren bu alışkanlık, kişinin günlük yaşantısını ve diğer faaliyetlerini engelleyici boyutlara ulaştığında zarar verici duruma gelmektedir. Kişinin toplumla ilişkileri bozulmakta, gücü, iş verimi ve başarısı düşmektedir. Ruhsal yaşantıda endişe, kaygı, güvensizlik, karamsarlık ve korku gibi psikolojik sıkıntıları artmakta, bedensel ve fiziksel yakınmalar ortaya çıkmaktadır. Yapılan faaliyetlerin

ölçüsü kaçırıldığında alışkanlığa dönüşerek insanın yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir.

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelere alışkanlık kısa zamanda daha kötü ve zararlı sonuçlar verebilmektedir. Bu maddeler öncelikle merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olup kişinin ruhsal yaşamını, duygusunu, düşüncesini, hareketini değiştirmekte ve kimyasal özellikleri nedeniyle kısa ve kolay yoldan alışkanlık yaratmaktadır. Bu nedenle insandaki alışkanlık eğilimine, bu tür maddelerin alışkanlık yaratan özelliği katılınca kolaylıkla bağımlılık oluşmaktadır.

İnsanları bu tür alışkanlıklara iten temel duygusal doyumsuzluk olabilmektedir. Başka bir deyişle, duygularına doyum arayan insanın belli bir nesneye, kişiye veya düşünceye takılıp kalmasının nedeni ona gereğinden fazla duygusal yatırım yapmasındandır. Bağımlılık davranışının temelinde yatan sebeplerden biri de insanın duygusal dünyasıdır. İnsanın iradesi üzerinde baskı ve zorlama yaratabilmekte ve kişiyi belli bir amaca yöneltebilmektedir. Amaç edinilen nesneye, kişiye veya düşünceye ruhsal yaşantısı içinde büyük bir değer vermekte ve iradesini kullanamaz hale gelmektedir. Kişiye, çevreye ve topluma olumsuz etkileri olan hatta zarar veren davranışlar ortaya çıkmaktadır.

Bağımlılığın çok çeşitli nedenleri olabilmektedir. Psikolojik faktörler, kişinin yetiştirilme tarzı, çocuklukta maruz kaldığı travmatik olaylar, biyolojik faktörler, kişisel özellikler içinde bulunduğu sosyal çevre ve kültür bunlardan birkaçıdır. Bununla birlikte çevresinde bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylerin olması ve küçük yaşta bunlarla tanışması da nedenlerinden biridir.

Literatüre bakıldığında, bağımlılık, bir maddenin belli bir etkiyi elde etmek için alınması, bu süreçte ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen, maddenin alınmaya devam edilmesi, aynı etkiyi elde etmek için madde miktarının arttırılması olarak tanımlanmaktadır.

Tarhan ve Nurmedov'a göre; bağımlılık, beyindeki yapı ve işlevleri bozan kronik bir hastalıktır (Tarhan; Nurmedov2011).

Alkol bağımlılığının tedavisinde esas olan kişinin istekli olmasıdır. Bağımlılığın bir hastalık olduğunu bilmek ve bu şekilde yaklaşmak gerekmektedir. Bağımlılık bir

aile hastalığıdır. Dolayısıyla ailede de değişikliklerin olması gerekmektedir. Tedavi bittikten sonra aileler destekleyici olmakla birlikte bunun tekrarlayan kronik bir hastalık olduğunu unutmamalıdır. Tedavi süreci bittikten sonra kaymalar yaşanabilmektedir. Bu durumda tekrar tedavi sürecine girmek gerekmektedir. Bağımlı bireyin sosyal çevresinin değişmesinde ailede destek olmalıdır.

2.1.2. Alkol Bağımlılığı

Alkol küresel öneme sahip gerçek bir sosyal olguyu temsil eden, en yaygın olarak kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir. Alkol kullanımı karmaşık bir sosyal etkiye sahip olmakla birlikte birden fazla organik ve psikiyatrik sonuçları oluşturmaktadır. Alkolizmin dayattığı sosyal damgalamanın ötesinde, kökleri eski zamanlardan kalma insanlık bilincine dayanmaktadır. Alkolizm kavramını 1930'un ortalarında bir bozukluk olarak nitelendirilmiş ve böylece tedavi için bir model geliştirilmiştir. Alkolizm bir maladaptif bir sendrom olarak ayırt edilmekte, öngörülebilir bir doğal evrim olmadan bir bozukluktan daha fazla klinik formları bulunmaktadır. Prelipceanu (2011) alkoliklerin davranışlarının evriminin her zaman durabileceğini ve aynı zamanda beklenmedik bir şekilde devam edebileceğini belirtmektedir.

Kişinin alkol kullanımı konusunda engellenemez bir istek duyması ve zaman içinde kullandığı alkol miktarının artması ve bu kullanımın çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açması; alkol kullanılmadığında çeşitli fiziksel ve psikolojik yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, kullanıma bağlı sosyal ilişkilerinde bozulmalar yaşaması ve bu sorunlara rağmen kullanıma devam etmesi alkol bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlılığını “alışılmadık bir şekilde uzun süren alkol kullanan bir hasta” olarak tanımlamaktadır. Psikolojik, bedensel ve sosyal sağlık buna bağlı olarak bozulmakta, ancak kendini durumunu değerlendirememekte ve kendini durduramamaktadır. Alkol almak için kendilerini durduramamakta ve tedavi edilmeleri gerekmektedir. Alkol bağımlılığı Amerikan Psikiyatri Derneği sınıflamasında “Madde Bağımlılığı” başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmaktadır. Birçok kişi alkol içmekten zevk almakta ama bazı insanlar içmek için son derece motive olmakta ve aşırıya kaçmaktadırlar. Aşırı alkol tüketimi ciddi bir sağlık sorunudur. Bu aşırı tüketim, hastalık ve yaralanma, suç ve kamu bozukluğu, iş yerinde verimlilik kaybı ve kişisel

acının önemli bir nedenidir (Alcohol Concern 2002; Heather 2001). Aşırı tüketenler, bu tüketimin olumsuz sonuçlarını tanımak ve bunları değiştirmek istemektedirler, fakat bunu yapmak onlar için çok zor olmaktadır. Kişiye yerleşmiş olan içme alışkanlığının değiştirilmesi oldukça fazla bir çaba ve bağlılık gerektirir. Tüketimde azaltmalar başarıldıktan sonra bile insanların eski alışkanlıklarına devam etmeleri oldukça yaygındır (e.g., Whitworth et al. 1996). Buna karşın, bazı aşırı içenler tüketimi azaltmakta ve bunu koruyabilmektedirler. Bu nedenle, başarılı bir şekilde içmeyi azaltan aşırı tüketicilerin, bunu yapamayanlardan özelliklerini ayırt etmek mümkün olmaktadır.

Mısır, Yunan ve Roma uygarlıkları dahil olmak üzere birçok eski uygarlık alkolü yoğun ve aşırı bir şekilde tüketmiştir. Alkolün aşırı tüketiminden kaynaklanan sorunlar neredeyse ilk kullanılmaya başlanmasından beri görülmüştür. M.Ö. 6. Yüzyılda Pers Kralı Cambyes alkol bağımlılığı konusunda kayıtlara geçen ilk kişi olduğu söylenmektedir.

Alkol kullanımı ve bağımlılığı Amerika'nın önde gelen problemlerinden biridir ve aşırı alkol tüketimini; kullanıcıların, ailelerinin ve sosyal çevresindeki kişilerin yaşamları üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle psikiyatrik bozukluklar arasında en zarar verici olanlar arasındadır (Volpicelli, 2001). 2003 yılında 12 yaş ve üstü Amerikalıların %22'si kısa dönemde aşırı alkol aldıklarını bildirmiştir ve %6,8'inin ağır içici olduğu bulunmuştur (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004). Yeni Ulusal Eş zamanlı Hastalık Araştırması Tekrarlama çalışmasına göre ABD'de alkol kullanımı yaygınlığı %13,4'tür (Kessler Chiu ve diğerleri, 2005).

Aşırı alkol kullanımının olası kullanıcının kendisinde, sevdiklerinde ve toplumda yarattığı zararlı etkiler çok çeşitlidir. Ağır içicilik; yaralanma eğilimi (Cherpitel, Ye ve diğerleri, 2006), evlilikte geçimsizlik (Hornish & Leonard, 2008) ve partner şiddetine maruz kalma (Eckhardt, 2007) ile bağlantılıdır. Alkol bağımlılığı olan ortalama bir insanın ömrü, alkol bağımlılığı olmayan bir insana göre yaklaşık 12 yıl daha kısadır. Alkol sorun çözme gibi bilişsel görevlerdeki başarıyı belirgin olarak düşürür ve görev ne kadar karmaşıksa bozulma da o kadar fazladır (Pickworth, Rohrer, & Fant, 1997). Beyinde büzüşme gibi organik hasarlar alkol bağımlılığı olanlarda (Gazdinski, Durazzo & Meyerhoff, 2005), özellikle de ayık geçirilen belirli dönemlerden sonra alkol kullananlarda (Hunt, 1993) büyük oranlarda görülür. Bir çalışmaya göre, 2004 yılında

uyuşturucu kullanımı ya da bağımlılığı nedeniyle acil servise gelen 1,3 milyon vakanın %8'inde hastalar 21 yaş altındadır ve servise gelme nedeni alkol kullanımıdır (USDHHS, 2006).

Alkol kullananların %37'sinden fazlasında en az bir eş zamanlı zihinsel bozukluk görülür. (Lapham, Smith ve diğerleri, 2001). Alkolizmle senkronize görülen zihinsel bozukluklarda depresyonun ön plana çıkıyor olması, alkolün bir depresan olduğu düşünüldüğünde şaşırtıcı değildir. Alkol bağımlılığı yaşayan çoğu bireyin intihar girişiminde bulunması da olağan bir durum olarak görülmüştür (Hufford, 2001; McCloud, Barnaby ve diğerleri, 2004). Aşırı içki kullanımı, kullanıcıların kendi yaşamlarında yarattıkları ciddi problemlere ek olarak, başka bireyler içinde önemli güçlükler doğurur (Gortner ve diğerleri, 1997). Alkol kullanımıyla birlikte sıklıkla kişilik bozuklukları da görülür. Grant, Stinson ve diğerleri (2004) alkol bağımlılığı olan kişilerin %28,6'sında en az bir kişilik bozukluğu olduğunu bildirmiştir.

Alkole birlikte ortaya çıkan sorunlar hem dengesiz hem de iniş çıkışlı olabilir. Yapılan bir anket çalışmasında, bazı alkol bağımlılarının yeniden içmeye başlamadan önce alkolden uzun bir süre uzak kalabildiğini gösteriyor. Ankete katılan ve çoğu alkol bağımlısı olan 600 kişinin yarısından fazlası yani %56'lık bir kısmı 3 ay süren uzak durma dönemleri yaşamıştır ve %16'sı da 5 yıl boyunca alkolden uzak durabildiğini bildirmiştir (Schuckit, Tipp ve diğerleri, 1997). Bu nedenle de alkol kullanımı ve bağımlılığında görülen gidişatın farklılıklar sergileyebileceği, hatta düzelme dönemlerini içerebileceğini unutulmaması gereken bir noktadır.

2.1.2.1. Alkol Kullanımı ve Bağımlılığının Klinik Tablosu

Alkolün beyin üzerinde birçok etkisi olduğu bilinmektedir. Fizyolojik etkileri anlamak için büyük adımlar atılmıştır. Birincisi cinsel davranışa ket vurmanın azalması, ancak aynı zamanda azalan cinsel performans eğilimi söz konusudur. Kayda değer sayıda alkol kullanıcısı aynı zamanda bilinç kapanması, bellekte boşluklar yaşamaktadır. Bu gibi durumların kandaki alkol oranı yükseldiğinde yaşanmakta ve kullanıcı sohbeti makul bir düzeyde devam ettirebilmekte ya da görece karmaşık etkinliklerde bulunabilmektedir. Yaşamış oldukları durumları ertesi gün anımsayamamaktadır. Alkol kullanımı çok fazla olan bireylerde ise belli bir ölçüde içmek bile bellekte boşluklara neden olabilmektedir. Alkole bağlı entoksikasyonla yani

bir ya da birden çok psikoaktif uyuşturucu maddeden etkilenme ile bağlantılı diğer bir durumda akşamdan kalmışlıktır ve birçok içici bunu zaman zaman yaşamaktadır. Yine de akşamdan kalma olmanın temel özelliklerinden olan baş ağrısı, kusma ve halsizlik gibi belirtiler ne doyurucu bir şekilde açıklanabilmiş ne de buna bir çare bulunabilmiştir.

2.1.2.2.Alkolün Beyin Üzerindeki Etkileri

Alkolün beyin üzerinde karmaşık ve görünüşte çelişkili etkileri vardır. Düşük düzeylerde alındığında belirli beyin hücrelerini uyarır ve beden de depolanan afyon benzeri endojen opioidleri salgılayan beyindeki zevk alanlarını harekete geçirir (Braun, 1996). Daha yüksek düzeylerde alkol beynin uyarıcı nörotransmitterlerinden biri olan glutamati engelleyerek beynin işleyişini düşürür ve böylece beynin bazı bölümlerde etkinliğin yavaşlamasına neden olur (Koob, Mason ve diğerleri, 2002). Beyinde glutamata ket vurulması organizmanın öğrenme yeteneğini azaltır ve beynin daha üst düzey merkezlerini etkileyerek yargıda bulunma gibi ussal süreçlerde bozulmalara ve benlik denetiminin zayıflamasına neden olur. Davranışsal sınırlar alçaldıkça kullanıcı kendini, normalde kontrol altında tutulan dürtülerini tatmin etmeye kaptırır. Çeşitli derecelerde hareket düzensizliği kendini gösterir ve kullanıcı soğuk, acı ve buna benzer rahatsız edici durumları ayırt etme yeteneği ve algılar körelir. Kullanıcı tipik olarak bir yakınlık, içtenlik ve esenlik duygusuna kapılır. Böyle bir duygu durumunda rahatsız edici gerçeklikler engellenir ve kullanıcının kendine güveni ve yeterlilik hissi artar.

ABD'deki çoğu eyalette kandaki alkol oranı %0.008'e ulaştığında kişi en azından araç kullanamayacak kadar alkollü kabul edilmektedir. Kas koordinasyonu, konuşma ve görme yetileri bozulmakta, düşünce süreçleri karışmaktadır (NIAAA,2001). Bu entoksikasyon düzeyine ulaşılmasından önce bile yargıda bulunan yeteneği kişinin içinde bulunduğu durumu yanlış değerlendirmesine yol açabilecek düzeyde bozulur. Örneğin, kullanıcılar durumun tehlike arz etmeye başlamasından çok sonra bile araç kullanma yeteneklerine güvendiklerini söylemektedirler. Kandaki alkol oranı yaklaşık olarak %0,5 düzeyine ulaştığında bütün sinirsel denge bozulmakta ve kişi kendinden geçmektedir. Bu oran kişiden kişiye değişebilmektedir. Bu bayılma durumu

bir güvenlik mekanizması işlevi görmektedir. Bunun sebebi %0,55 düzeyinin üstündeki oranlar genel olarak ölümcül olmaktadır.

Entoksikasyonu belirleyen genel olarak tüketilen alkol miktarı değil, bedensel sıvılar içerisindeki gerçek alkol oranıdır. Ancak alkolün etkileri kişilerin fiziksel durumuna, midedeki yemek miktarına, içmenin süresine göre de farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca, alkol kullanıcılarında ancak sürekli artan miktarların beklenen etkiyi yaratabilmesine yol açan bir tolerans geliştirebilmektedirler. Kadınlar, erkeklere oranla daha zor metabolize etmekte ve bu nedenle de daha az alkolle entoksike olabilmektedirler (Gordis ve diğerleri, 1995).

2.1.2.3.Alkol Bağımlılığının Gelişimi

Alkol kullanımı erkenden orta ve geç aşamaya gizlice gelişen bir bozukluk olarak görülebilmekte ancak alkol kullanan bazı insanlarda bu örüntü görülmemektedir. Birçok araştırmacı kullanılan alkol miktarı az olsa bile beden için tehlikeli bir zehir olduğunu savunmakta ancak diğerlerine göre kullanılan orta miktarda alkol çoğu insan için zararlı olmamaktadır.

2.1.2.4.Kronik Alkol Kullanımının Fiziksel Etkileri

Aşırı derecede alkol tüketen insanlar için klinik tablo oldukça olumsuzdur (Turner, Lloyd, & Taylor, 2006; White, Altmann, & Nanchahl, 2002). Tüketilen alkolün %5 ila %10 oranındaki kısmı, idrar ve terlemeye yoluyla dışarı atılmakta ve geri kalan kısım vücut tarafından özümsemektedir. Alkolü metabolize etmek karaciğerin görevidir, ancak yüksek miktarda alkol alındığında karaciğer ciddi bir şekilde fazla çalışmakta ve sonunda geri çevrilemez hasara uğramaktadır (Martin, Singleton, & Hiller-Srtumhöfel, 2003). Ağır içicilerin %15 ila %30'unda kan damarlarında aşırı sertleşme şeklinde kendini gösteren bir bozukluk olan karaciğer sirozu görülmektedir. Bir yılda gerçekleşen 26000 siroz temelli ölümün yaklaşık %40 ila %90'ı alkolle bağlantılıdır (DuFour, Stinson, & Cases, 1993).

Britanya ve İskoçya gibi bazı ülkelerde son yirmi yılda nüfusta görülen artan alkol kullanımı nedeniyle siroz bağlantılı ölümlerde yükseliş görülmüştür (Leon & McCambridge, 2006).

Alkol aynı zamanda çok kalorili bir maddedir. Dolayısıyla, alkol tüketimi diğer yiyecekleri tüketme iştahını azaltmaktadır. Aşırı içki tüketen bireylerde, alkolün besleyici bir değeri olmadığından kaynaklı beslenme yetersizliği görülebilmektedir (Derr & Gutmann,1994). Ayrıca, ağır kullanım bünyenin besinlerden yararlanma yeteneğini azaltmakta ve bu nedenle de vitamin hapları almak bu eksikliği gidermemektedir. Alkol kullanan çoğu kişide karın ağrısı gibi artan gastrointestinal belirtiler de görülmektedir (Fields ve diğerleri, 1994).

2.1.2.5.Alkol Kullanımı ve Bağımlılığının Psikososyal Etkileri

Çeşitli fiziksel sorunlarla birlikte aşırı alkol kullanan insanlarda kronik halsizlik, aşırı hassasiyet ve depresyon görülmektedir. Alkol ilk başta özellikle akut stres durumlarında katlanılamayan gerçekleri engelleyerek ve kişinin yeterlilik ve değerlilik hislerini arttırarak hayatın stresiyle başa çıkmada yararlı bir araç olarak gözükebilmektedir. Aşırı alkol kullanımı sonunda zarar vermeye başlamakta ve akıl yürütmeye bozukluklara, yargı yeteneğinin zayıflamasına ve kişiliğin aşamalı olarak kötüleşmesine neden olabilmektedir. Davranış tipi olarak kabalaşmakta ve uygunsuzlaşmakta, kişi gittikçe daha az sorumluluk almaya başlamakta, sorunun hakkında da hassas ve asabi davranmaya başlamakta ve bu konuyu tartışmak istememektedir.

Alkol kullanan kişinin yargıda bulunma yeteneği bozulunca işini koruması da zorlaşmakta ve karşılaştığı güçlüklerle baş edememeye başlamaktadır (Frone, 2003). Genel kişilik düzensizliği ve kötüleşmesi sonucunda işini kaybedebilmekte ya da evliliği yıkılabilmektedir. Bu zamana kadar sağlığı da büyük olasılıkla bozulmakta, beyin ve karaciğer hasarı görülebilmektedir. Örneğin, bazı verilere göre bir alkoliğin beyinde olağan dışı organik belirtiler görülmediğinde bile difüz organik hasar birikmesi olabilmektedir (Sullivan, Deshmukh ve diğerleri 2000). Diğer araştırmalara göre de aşırı alkol tüketimi, hayatın daha sonraki aşamalarında organik hasarın artmasıyla bağlantılıdır (Lyvers, 2000).

2.1.2.6.Alkol Kullanımıyla Bağlantılı Psikozlar

Aşırı alkol kullanımı şiddetli zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Çeşitli akut psikotik tepkiler maddeye bağlı bozuklukların tanı ölçütlerine

uyabilmektedir. Bu reaksiyonlar uzun süreler boyunca aşırı alkol tüketenlerde ya da diğer nedenlerden örneğin; uzun süre aşırı kullanımdan kaynaklanan beyin lezyonlarından dolayı alkole toleransı az olan insanlarda ortaya çıkabilmektedir. Çoğunlukla kafa karışıklığı, heyecan ve deliryum görülen bu tip akut reaksiyonlar genellikle kısa sürmektedir. Deliryumun, aşırı alkol kullanıcılarındaki düşük tiamin düzeyi ile bağlantılı olduğuna dair bazı veriler vardır (Holzbeck, 1996). Bu bozukluklara çoğunlukla alkol psikozu denmesinin nedeni gerçeklikle bağın geçici olarak kopmasıdır.

Alkole bağlantılı diğer bir psikoz da eskiden Korsakoff Sendromu olarak anılan sürekli alkol bozukluğu ya da alkol amnestik bozukluğudur. Rus psikiyatr Korsakoff tarafından ilk olarak 1887 yılında tanımlanmıştır ve alkolden kaynaklı bozuklukların en şiddetlilerindendir (d'Ydewalle & Van Damme, 2007). En öne çıkan belirti özellikle yeni olaylarla ilgili bellek eksikliğidir ve buna öykü uydurma eşlik edebilmektedir. Bu bozukluğu sergileyenler az önce gördüğü resim, yüz, oda ve diğer nesneleri tanıdık gelmelerine karşın tanıyamamaktadırlar. Belleklerindeki boşlukları bağlantısız ve çağrışımlara yol açan anı ve parlak öykülerle doldurma eğilimi gittikçe artmaktadır. Hezeyan, sanrı ya da zaman ve yerde yönelimsizliğe benzeyen belirtiler sergileseler de kafalarının karışmış olmasının ve düzensiz eylemlerinin nedeni belleklerindeki boşlukları doldurmaya çalışmalarıdır. Belleklerindeki rahatsızlıkta yeni bağlantılar kurma yeteneklerini yitirmiş olmaları ile ilişkili olmaktadır. Bu tip bir reaksiyon genellikle uzun süredir alkol kullananlarda, uzun yollar boyunca aşırı içmenin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda planlama yetersizlikleri (Brockate, Hildebrandt ve diğerleri, 2003), entelektüel yeteneklerde düşüş (Snitz, Hellinger, & Daum, 2002) ve yargı yeteneğinde bozulmalar (Brand, Fujiwara ve diğerleri, 2003) gibi bilişsel bozulmalar görülmektedir. Gelişmiş beyin görüntüleme teknikleriyle gerçekleştirilen araştırmalar da alkole bağlı amnestik bozukluk sergileyen hastalarda kortikal lezyonlar olduğunu göstermektedir (Estruch, Bono ve diğerleri, 1998).

Günümüzde alkol amnestik bozukluğu belirtilerinin B vitamini yani tiamin eksikliği ve diğer beslenme yetersizliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir zamanlar vitamin ve mineral açısından zengin bir diyetin bu hastalarda genellikle daha normal fiziksel ve zihinsel sağlığı getireceğine inanılmaktaydı ancak bazı araştırmalar bunun tersini göstermektedir. Lishmann (1990), alkol amnestik bozukluğunun tiamin

takviyesine yanıt vermediğini bildirmiştir. Alkol tüketiminden uzun süre uzak kalındığında bellek işlevleri kısmen geri dönebilmektedir. Bununla birlikte, kişilikte bozulma genellikle bellek yetersizliği, entelektüel kapasitenin körelmesi, ahlak ve etik standartların düşmesi şeklinde kendini göstermeyi sürdürmektedir.

2.1.2.7.Alkol Kullanımı ve Bağımlılığında Biyolojik Nedensel Etkenler

Maddelerin nasıl bu kadar güçlü olup insanları birkaç kullanımdan sonra kendine mahkûm etmesinin nedeni, bu alanın uzmanları arasında tam bir görüş birliği olmasa da iki önemli etken rol oynayabilmektedir. Birincisi, hepsinin değilse bile en azından çoğu bağımlılık yapan maddenin beyinde içsel zevk üreten ve bazen de anında güçlü ödüllendirme sağlayan bölgeleri etkinleştirmesidir. İkinci etken ise kişinin biyolojik yapısı ile genetik kalıtım ve çevresel etkilerin başka bir deyişle öğrenme etkenlerinin zihni değiştiren maddelere kullanım boyunca gittikçe daha fazla gereksinim duyulmasına neden olmasıdır. Alkol bağımlılığı gelişimi, yapısal yatkınlık ve çevreden gelen teşvikin yanı sıra, belirli psikoaktif maddelerin kendilerine özgü biyokimyasal özelliklerini içeren karmaşık bir süreçtir.

2.1.2.7.1.Bağımlılığın Nörobiyolojisi

Psikoaktif uyuşturucular biyokimyasal özelliklerinin yanı sıra beyne ne kadar hızlı girdikleri bakımından da farklılıklar sergileyebilmektedir. Kullanım yolu olarak birçok çeşit bulunmaktadır. Bunlar, ağızdan, burundan ve damardandır. Alkol genellikle en yavaş yoldan, yani içilerek alınırken kokain genellikle enjeksiyon yoluyla uygulanmakta ya da burundan alınmaktadır. Bağımlılığın temelindeki nörokimyasal sürecin merkezinde uyuşturucunun zevk yolunu etkinleştirmede oynadığı rol bulunmaktadır. Beyinde psikoaktif uyuşturucunun etkinleşme merkezinde mesokortikolimbik dopamin yolu bulunmaktadır. Mesokortikolimbik dopamin yolu beynin ventral tegmental bölge olarak bilinen bölgesinin ortasındaki nöron hücrelerinden oluşmakta ve nükleus akumbens gibi beynin diğer merkezlerine, daha sonra da prefrontal kortekse bağlanmaktadır. Bu nöron sistemi duyguların, belleğin ve doyumun denetlenmesi gibi işlevlerde rol oynamaktadır. Alkol beynin bu bölgesinin uyararak öfori yani coşkulu mutluluk yaratmaktadır. Araştırmalar mesokortikolimbik dopamin yolunun elektrikle doğrudan uyarılmasının büyük bir zevk ürettiğini ve güçlü pekiştirici özellikleri olduğunu göstermektedir (Littrell, 2001). Diğer psikoaktif uyuşturucular da beynin normal işleyişini değiştirmekte ve zevk yolunu

etkinleştirmektedirler. Uyuşturucunun sindirilmesi ya da beyinde ödül sistemini etkinleştiren davranışlar pekiştirilmektedir. Böylece daha fazla kullanıma teşvik söz konusu olmaktadır. Beyin bağımlılık yaratan bir uyuşturucuya maruz kalınca nörokimyasal yapısı değişmekte ve bu da davranışlar üzerinde etkiler yaratmaktadır. Uyuşturucu kullanımının sürmesi sonucunda maddeye nörolojik uyum ya da tolerans ve bağımlılık gelişmektedir.

2.1.2.7.2.Genetik Yatkınlık

Alkol tüketimi sorunları yaşamada genetik faktörlerin olasılığı konusunda çok sayıda araştırma yapılmıştır. Günümüzde birçok uzman alkol gibi uyuşturucu maddelerin bağımlılık yaratıcı gücüne hassasiyette, kalıtımın büyük olasılıkla önemli bir rol oynadığı konusunda hemfikirlerdir (Plomin & DeFries, 2003; Volk, Scherrer ve diğerleri, 2007). Çeşitli araştırmalar, maddeye bağlı bozuklukların gelişiminde genetik etkenlerin önemine dikkat çekmektedir. Kırk yılın üzerinde bir süre boyunca izlenen 6251 alkolik ve 4083 alkolik olmayan kişinin aileleri üzerine yürütülen 39 çalışmanın gözden geçirilmesi sonucunda, alkoliklerin üçte birinin anne ya da babasından en az birinin alkol sorunu olduğu görülmüştür (Cotton, 1979). Benzer şekilde, Cloninger ve meslektaşları (1986) alkoliklerin çocukları üzerinde yürüttükleri bir çalışma sonucunda alkolizmin kalıtsallığı konusunda verilere ulaştıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada da erkeklerde alkolik bir anne ya da babaya sahip olmanın alkolizm oranını %12,4'ten %29,5'e hem anne hem babanın alkolik olmasının da bu oranı %41,2'ye çıkardığı görülmüştür. Alkolik anne ya da babası olmayan kadınlarda oran %5,0'dır; anne babadan birinin alkolik olması durumunda %9,5'e çıkan oran hem anne hem de baba alkolik olduğunda %25,0 olmaktadır.

Araştırmalar bazı insanlarda örneğin alkoliklerin erkek çocuklarında, alkol sorunları görülme riskinin yüksek olduğunu çünkü içki içme güdüsünün ya da uyuşturucuya duyarlılığın doğuştan geldiğini göstermektedir (Conrod, Pihl, & Vassileva, 1998). Alkoliklerin, alkolik olmayan aileler tarafından evlat edinilen çocukları üzerinde yürütülen çalışmalarda da yararlı bilgilere ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda yaşamın erken döneminde evlat edinilen böylece biyolojik anne babalarının yarattığı çevresel etkilerden uzak kalan çocuklar incelenmiştir. Örneğin; Goodwin ve meslektaşları (1973), alkolik olmayan koruyucu anne babalar tarafından evlat edinilen ancak biyolojik anne babaları alkolik olan çocukların yirmili yaşların

sonlarında alkol sorunlar yaşama olasılığı, evlat edinilen ve gerçek anne babaları alkolik olmayan çocuklardan oluşan kontrol grubuna oranla yaklaşık iki kat daha yüksektir. Genetik yatkınlık konusu hala üzerinde tartışılan bir konu olmakla beraber bazı uzmanlar madde kullanım bozukluklarında genetiğin birinci rolü oynadığına inanmamaktadırlar. Diğer bir deyişle, alkolle bağlantılı bozukluklar söz konusu olduğunda genetik aktarım, bütünüyle genetik olan bozukluklarda görülen kalıtsal örüntüyü sergilememektedir.

Alkolizmin etiyolojisinde genetik etkenlerin rol oynadığını gösteren çok sayıda veri olsa da bu rolün tam olarak ne olduğu bilinmemektedir. Alkol ve diğer uyuşturucuların elde edilmesinde ve kullanma motivasyonunda toplumsal koşulların güçlü bir etken olduğu hala düşünülmektedir.

2.1.2.8. Alkol Kullanımı ve Bağımlılığında Psikososyal Nedensel Etkenler

Alkol kullananlar alkole yalnızca fizyolojik değil, güçlü bir psikolojik bağımlılık da sergilemektedirler. Sosyal durumların tadını çıkarabilmek için sosyal bağımlılık sergiledikleri maddenin yardımına gereksinim duymaktadırlar. Aşırı alkol tüketme sonuç olarak insanın yaşama uyumunu bütünüyle yok ettiği için psikolojik bağımlılığın nasıl öğrenildiği sorusunu yanıtlamak önem kazanmaktadır (Gordis, 2000).

Ailedeki dengeli ilişkiler ve anne babanın yönlendirmesi çocuklar üzerindeki son derece önemli şekillendirici etkilere (Ramirez, Crano ve diğerleri, 2004) ve madde kullanan ailelerde bu denge genellikle olmamaktadır. Aşırı derecede uyuşturucu ve alkol kullanan ebeveynlerin çocukları, madde kullanımı ve bununla ilişkili sorunlara yatkınlık sergilemektedir (Erblich, Earleywine, & Erblich, 2001). Yaşamımızın erken dönemlerindeki önemli figürlerden öğrendiğimiz dersler ve deneyimler yetişkinlik yaşamımızı önemli derecede etkilemektedir. Anne, babada madde kullanımı erken ergenlik döneminde madde kullanımı ile bağlantılıdır (Brown, Tate ve diğerleri, 1999). Yaşamlarının erken dönemlerinde olumsuz rol modellerine ya da ailenin işleyişinde bozukluğa maruz kalan ve çevrelerindeki yetişkinlerin yönlendiriciliği sınırlı olduğu için diğer olumsuz koşulları yaşayan çocuklar hayatın zorlu basamaklarında sendelerler (Fischer, Pidcocks ve diğerleri, 2005). Bu biçimlendirici deneyimler erken yaşta alkol ve uyuşturucu kullanma gibi uyumsuz davranışlar sergilenmesinde doğrudan rol oynayabilmektedir. Ayrıca, olumsuz anne baba modelleri çocuklar aileden ayrıldıktan

sonra daha uzun vadede olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Örneğin; üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili davranışlarının incelendiği bir çalışma alkol kullanan ailelerden gelen birinci yıl öğrencilerinin, alkol kullanılmayan ailelerden gelenlere oranla ailelerini daha sağlıklı gördüğünü ve aile ilişkilerinin daha sorunlu olduğunu göstermektedir (Deming, Chase, & Karesh, 1996).

Olumsuz sosyalleşme etkenlerinin alkol kullanımı üzerindeki olası etkilerini incelemeye yönelik gelişmiş bir araştırma programında Chassin ve meslektaşları (1993; Trim & Chassin, 2004) anne babada alkol kullanımının ergenlerde madde kullanımı ile bağlantılı olduğu yönündeki bulguları tekrarlamıştır. Araştırmacılar daha sonra da ergenlerin alkol kullanmaya başlayıp başlamamasını etkileyebilecek diğer olası aracı etkenleri değerlendirmiş ve anne babalık becerilerinin ve anne babanın davranışlarının ergenlerde madde kullanımı ile bağlantılı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yani, alkol kullanan anne babalarının çocuklarının ne yaptığını izleme olasılığı daha düşüktür ve bu gözetim eksikliği de sıklıkla ergenlerin uyuşturucu kullanan akranları ile ilişki kurmasına yol açmaktadır. Ayrıca, Chassin ve meslektaşları (1993) stres ve olumsuz duygulanımın ergenlerde alkol kullanımı ile bağlantılı olduğunu bulmuştur.

Araştırmalara göre ailede alkolizm geçmişi ile ilişkili kişilik etkenleri alkol kullanma bozukluklarının gelişimiyle bağlantılıdır (Larkins ve diğerleri, 2006).

Araştırmacılar birçok potansiyel alkol kullanıcısının duygusal açıdan olgunlaşmamış olduğunu, dünyadan çok şey beklediğini ve gereğinden fazla övgü ve takdire gereksinim duyduğunu, başarısızlığa belirgin incinme ve aşağılık hissetme duygularıyla tepki gösterdiğini, engellenme toleransının düşük olduğunu ve beklenen erkek ve kadın rollerinin yerine getirme yetenekleri konusunda kendilerini yetersiz ve güvensiz hissettiğini görmüşlerdir. Alkole bağlı sorunlar sergileme riski yüksek olanların, daha düşük risk taşıyanlarla karşılaştırıldığında kayda değer oranda daha fazla itkisel ve saldırgan olduğu görülmüştür (Morey, Skinner, & Blashfield, 1984).

Son yıllarda alkole bağlı bozukluklar ve antisosyal kişilik, depresyon ve şizofreni gibi diğer bozukluklar arasındaki ilişkilere odaklanan çok sayıda araştırma bazı insanların madde kullanımı bozukluklarına daha yatkın olup olmadığını belirlemeyi amaçlamaktadır. Şizofrenlerin yaklaşık yarısında ya alkol ya da uyuşturucu kullanımı ya da bağımlılığı da görülmektedir (Kosten, 1997). Bugüne dek araştırmalarda en çok

ilişkilendirilen eş zamanlı bozukluklar antisosyal kişilik ile bağımlılık bozuklukları (Altermann, 1988) ve davranım bozukluğudur (Slutske, Heath ve diğerleri, 1998). Nu çalışmaların %70 ila %80'i güçlü bir bağlantı ortaya koymaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve saldırganlık arasındaki güçlü bağlantı ilginçtir (Moeller & Dougherty, 2001) ve altı alkol tedavi programını kapsayan bir ankette Morganstern, Langenbucher ve meslektaşları (1997) katılımcıların %57,9'unda bir kişilik bozukluğu olduğunu, %22,7'sinin de antisosyal kişilik bozukluğu ölçütlerini karşıladığını bulmuştur.

Yapılan birçok araştırmaya göre alkol kullanımı ile depresif bozukluklar arasında bir bağlantı bulunmaktadır ve bu ilişki cinsiyete göre farklılıklar sergileyebilmektedir (Kranzler ve diğerleri, 1997). Bir grup araştırmacı (Moscato, Russell ve diğerleri, 1997) kadınların alkol kullanma sorunları ile depresyon arasındaki ilişki derecesinin daha güçlü olduğu bulmuştur. Birlikte görülmelerinin nedeni her ne olursa olsun, alkol ya da uyuşturucu kullanan hastalarda diğer zihinsel bozuklukların da olması tedavi bakımından dikkate alınması gereken çok önemli bir konudur.

Madde kullanımı tedavisi gören hastalar üzerinde yürütülen araştırma çalışmaları bu hastaların geçmişlerinde travma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarının yaklaşık %25 ila 50'sinde madde kullanımı bozuklukları da görülmektedir (Schafer & Najavits, 2007). Bazı araştırmacılar tipik bir alkol kullanıcısının yaşamında hoşnut olmadığına ve gerilim ile stresle başa çıkamadığına ya da çıkmak istemediğine dikkat çekmektedir (Rutledge & Sher, 2001). Hussong, Hicks ve diğerleri (2001) alkol tüketimi ile kaygı ve somatik yakınma gibi olumsuz duygulanım arasındaki ilişki düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Diğer bir deyişle, alkolikler rahatlamak için içki içerler. Bu görüşe göre, alkolün gerilimi azalttığını hisseden herkes, hayatında özel bir stres söz konusu olmadığında bile alkol kullanma tehlikesi taşımaktadır.

2.1.2.9. Alkol Kullanımı ve Bağımlılığında Sosyokültürel Etkenler

Alkol Batı uygarlığında toplumsal hayatın yaygın bir parçasıdır. Sosyal olaylar genellikle alkol çevresinde dönmekte ve yemeklerden önce ve sonra da sıklıkla alkollü içkiler içilmektedir. Alkol genellikle toplum içinde gerilimi azaltarak ortamı zenginleştiren bir içki olarak görülmektedir. Bu nedenle de araştırmacılar Amerikalılar

arasında alkol kullanımı ve bağımlılığının yüksek olmasında biyolojik ve psikolojik etkenlerin yanı sıra sosyokültürel etkenleri de rolü olduğuna dikkat çekmektedirler.

Alkole yönelik kültürel tutumların etkisi özellikle dinin alkol kullanmayı yasakladığı Müslüman ve Mormonlar arasında ve alkolü geleneksel olarak büyük oranda dinsel ayinlerle sınırlandıran Yahudilerde görülmektedir. Bu gruplarda alkolizm oranları en düşük düzeydedir. Buna karşılık, Avrupalılar arasında alkolizme sık rastlanmaktadır. Örneğin, bir araştırmaya göre, gençler arasında alkol kullanımı Danimarka ve Malta'da en yüksek düzeydedir. Bu iki ülkede her beş öğrenciden biri son 30 gün içerisinde on kez alkol aldığını bildirmiştir (ESPAD, 2000). Avrupa'da, trafik kazalarına (Lehto, 1995), suça (Rittson, 1995), karaciğer hastalığına (Medical Council on Alcoholism, 1997) ve gençler arasında madde kullanımı sorunlarının gelişmesine (Anderson & Lehto, 1995) neden olması bakımından da bir sorun oluşturmaya sürdürmektedir. Dolayısıyla, belirli bir grup ya da toplum içinde alkolün yaygın bir başa çıkma yöntemi olarak kullanılmasında dinsel kısıtlamalar ve sosyal görenekler de rol oynayabilmektedir.

Alkolün etkisi altındayken sergilenen davranışlarda da kültürel etkenler rol oynayabilmektedir. Lindman ve Lang (1994) sekiz ülkede alkole bağlı davranışları inceledikleri bir çalışmada, çoğu insanın fazla alkol tükettikten hemen sonra ortaya saldırgan davranışların çıktığını belirttiğini görmüşlerdir. Bununla birlikte, alkolün saldırganlığa yol açma beklentisi kültürel geleneklerle ve şiddet içerikli ya da saldırgan davranışlara erken yaşlarda maruz kalmayla ilişkili olabilmektedir.

Sonuç olarak, insanların birçok nedenle alkol tükettiği ve içme davranışına yatkınlığı birçok durumun doğurduğu ve pekiştirdiği söylenebilmektedir. Ancak, bireyi alkolik olmaya götüren etkenlerin nasıl bir araya geldiği henüz tam olarak bilinmemektedir.

2.1.3.Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığının temel özelliği, maddenin zarar verici etkilerine rağmen kişi tarafından madde alınmasının kontrol edilemediğini gösteren bilişsel, davranış bozuklukları ve fizyolojik belirtilerdir.

Dünya geneline 28 milyon insan alkol, tütün ve tutkal gibi uçucu sıvılar dışındaki çeşitli psikoaktif maddeleri kullandıkları için önemli sağlık riskleri taşımaktadırlar (World Health Organization, 1997). Compton ve meslektaşlarının (2007) düzenlediği bir çalışmaya göre, ABD’de 12 aylık ve yaşam boyu madde kullanım oranları da sırasıyla, %0,6 ve 2,6’dır. Toplumdaki uyuşturucu kullanımının boyutları pek çok ilaç kullanıcısı yardım arayışında olmadığı için tahminlerin üzerinde de olabilmektedir (Compton ve diğerleri, 2007). Uyuşturucu kullanımı ve bağımlılığı her yaşta görülebilse de en yaygın olarak ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmakta (NIAAA, 2002) ve kişinin kentsel alan, ırk ve etnik grubu, mesleki konumu ve diğer demografik özelliklere göre farklılıklar gösterebilmektedir (Hughes, 1992). Madde kullanımı sorunları ekonomik durumu sıkıntılı azınlık gruplarında diğerlerine oranla daha yaygın görülmektedir (Akins, Mosher ve diğerleri, 2003).

Uyuşturucu kullanımının toplumda yarattığı sorunun boyutları Maryland’de büyük bir eğitim hastanesine iş başvurusunda bulunanlarda uyuşturucu geçmişine yönelik düzenlenen bir araştırmada açıklanmaktadır (Lange ve diğerleri, 1994). İş için başvuruda bulunan herkes 1989’dan itibaren 2 yıllık bir dönem boyunca bir iş öncesi uyuşturucu tarama programına alınmıştır. İlk çalışmada katılımcılar tanımlanmamıştır. 593 başvurudan, %10,8’inin sisteminde saptanabilir dozda yasadışı uyuşturucu bulunmuştur. En sık olarak saptanan uyuşturucu esrar olmuş, bunu %55 kokain ve %36 afyon türevleri izlemiştir. Çalışanlar arasında uyuşturucu etkilerinin de kayda değer oranda olduğu bildirilmiştir. Halen çalışmakta olan 40.000 kişi arasında yasadışı uyuşturucu kullanımı üzerine yürütülen kapsamlı bir anket çalışmasında araştırmacılar yasadışı madde kullanımı ile ilgili bazı oranlara ulaşmışlardır. Bunlar, anketten önceki bir ay içerisinde 18 yaş ve altı %19, 18-25 yaş arası %10,3, 26-34 yaş arası %7, 35-49 yaş arası %7 ve 50-64 yaş arası %2,6 (Larson ve diğerleri, 2007).

Uyuşturucu kullanıcılarının davranış örüntüleri kullandıkları uyuşturucunun tipine, miktarına ve süresine; kişinin fizyolojik ve psikolojik yapısına ve bazı örneklerde de uyuşturucu deneyiminin yaşandığı sosyal ortama göre belirgin farklılıklar sergilemektedir. Dolayısıyla, değerlendirirken günümüz toplumunda en yaygın kullanım ve bağımlılık görülen uyuşturucuları ayrı ayrı ele almak yararlı olacaktır.

Maddeyi kullanmak için güçlü bir dürtü, istek ve özlem sonucu ortaya çıkan craving denilen şiddetli madde araması madde bağımlılığı teşhis kriterleri arasında yer almamakla birlikte madde bağımlısı olan kişilerin çoğunda görülmektedir.

Madde kötüye kullanımının temel özelliği, madde kullanımının zararlı sonuçlarına rağmen tekrarlayan biçimde madde kullanımı ve bu kullanıma bağlı olarak gelişen davranış ve uyum bozukluklarına sebep olacak şekilde kullanılmaktadır.

Madde bağımlılığında görülen en önemli unsurlardan biri toleranstır. Toleransta aynı miktar madde kullanılmaya devam edildiğinde maddenin etkisinde belirli bir azalma meydana gelmekte ve bağımlı birey daha fazla miktarlarda maddeye ihtiyaç duymaktadır. Yoksunluk, uzun süre yoğun madde kullanan kişilerde kan ve dokularda madde konsantrasyonu düştüğü zaman ortaya çıkan, fizyolojik ve bilişsel belirtilerle birlikte görülen davranış bozukluğudur. Yoksunluk belirtilerinin gelişmesinden sonra kişi bu belirtilerden kaçınmak veya bu belirtileri düzeltmek için madde almakta ve uyanır uyanmaz maddeyi alarak gün boyu kullanmayı sürdürmektedir.

Madde bağımlılığı eski zamanlarda bir irade problemi veya ahlaki deformasyon olarak kabul edilirken, günümüzde başka sağlık problemlerinde de olduğu gibi tedavisi var olan karmaşık yapıda bir hastalık olarak görülmektedir (Morrison, 2008).

Madde kullanım bozuklukları DSM-IV'de her bir madde için ayrı bir kategori oluşturularak iki ana alt başlık altında ele alınmıştır. Bunlar:

2.1.3.1. Madde kullanım bozuklukları

Madde	bağımlılığı	tanı	ölçütleri:
A) Maddenin kişinin uyumunu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması, 1 2 aylık sürede aşağıdakilerden üçünün bulunması			
1.	Direnç	artımı	(tolerans)
2.	Yoksunluk belirtilerinin olması ve bunları gidermek için madde alımını sürdürme		
3.	Maddenin tasarlandığından fazla miktarda ve sürede alınması		
4.	Madde kullanımını bırakmak ya da denetlemek için yineleyen çabalar		
5.	Maddeyi elde etmek için ve madde etkisinde çok zaman harcama		
6.	Madde etkisi altında olduğu için günlük işlerinin yerine getirememe		

7. Sosyal, bedensel ya da ruhsal bir sorunun varlığına karşın madde kullanımını sürdürme

Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri:

A) Maddenin kişinin uyumunu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması, 1 2 aylık sürede aşağıdakilerden bir ya da fazlasının bulunması

1. Evde, işte ya da okulda yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanımı

2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda madde etkisi altında kalma

3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı

4. Sosyal yaşamda yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına karşın kullanımı sürdürme

B) Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması

2.1.3.2. Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan bozukluklar:

Bunlar maddenin etkilerine bağlı olarak intoksikasyon, kesilme, intoksikasyon deliryumu, kesilme deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozukluğudur.

Madde bağımlılığı dünya çapında büyük bir sorun olmaya devam etmekte ve tedavisi için etkili stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır. Madde bağımlılığı kronik ve tekrarlayan bir hastalıktır. Kullanıldığında veya sonradan ortaya çıkan ciddi olumsuz sonuçlara rağmen uyuşturucu arama ve kullanma davranışı devam etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Birliği, “uyuşturucu bağımlılığı” yerine “madde bağımlılığı” terimini kullanmaktadır. Bununla birlikte, “Uyuşturucu bağımlılığı” terimi, terimin davranışsal çağrışımını vurgular ve fiziksel bağımlılıkla karıştırılma olasılığı daha düşüktür.

Birçok insan zararlı etkilerini bilmeden başlamakta ancak kullanımlarının sonucunda fiziksel bağımlılık kazanmaktadırlar. Zihinsel ve fiziksel sağlığa zarar vermekle birlikte sosyal çevreye de zarar vermektedir. Çoğu insan duygusal rahatsızlık ve acıdan kaçmak için madde kullanmaktadır.

2.1.3.3.Genetik Faktörler

Uyuşturucu bağımlılığı ile ilgili bir hipotez, insanların maddelere bağımlılık geliştirme olasılığının kalıtsal olarak devralındığıdır. Alkol kullanım bozuklukları ile yapılan aile çalışmaları bu tür bozukluklar olduğunu göstermektedir (Kessler, Davis ve Kendler, 1997); Merikangas,1990; Merikangas ve ark., 1998). Yapılan bir çalışmada, üçte birinden fazla (%36) alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin akrabalarına da alkol kullanım bozukluğu tanısı konmuş olup, kontrollerin %15'i bu orana karşılık gelmiştir (Merikangas vd., 1998). Bu ilişki, kardeşler arasında alkol bağımlılığı oranını inceleyen bir çalışmada daha güçlüdür. Alkol bağımlılığı ile tanımlanan denekler arasında, erkek kardeşlerin %50'si alkol bağımlılığı kriterlerini karşılarken, kontrollerin erkek kardeşlerinin %20'si; kadın kardeşlerinin %24 ve %6 (Bierut ve ark., 1998). Yapılan aile çalışmaları genetik ve çevresel etkenlerin etkilerini ayırmak için çok fazla bilgi sağlamamaktadır. Bunun nedeni, bu faktör kardeşlerin altta yatan herhangi bir genetik nedenden ziyade aynı çevreyi paylaşmaları nedeniyle oluşabilmektedir. Genlerin ve çevrenin ayrı katkısı, evlat edinilen çocukların çalışmalarının ayrı ayrı tutulması gerekmektedir.

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları da nikotin bağımlılığı, alkol bağımlılığı ve yasadışı uyuşturucu bağımlılığı gelişimine önemli bir genetik katkı göstermektedir. Genetik olarak aktarılan nikotin, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı için tahminler %50 ila %60 aralığındadır (Heath ve diğerleri, 1997; Tsuang ve ark., 1998; Kendler ve ark., 2003; Li, 2006). Genel olarak, çevresel faktörlerin bağımlılığın başlaması üzerinde daha güçlü bir etkiye sahip olduğu, genetik faktörlerin ise düzenli kullanımdan bağımlılığın gelişimine geçişte daha büyük bir rol oynadığı görülmektedir (Vink ve diğerleri, 2005).

2.1.3.4.Sosyokültürel Faktörler

İnsanlar madde bağımlısı olarak doğmadıkları için maddeye gereksinim duymamaktadırlar. Yaşamlarının bir döneminde madde ile tanışmakta ve kullanmaya başlamaktadırlar. Çoğu insan kullanmaya başladıktan sonra ayrılmakta güçlük çekmekte hatta ayrılamamaktadır. Kendini ancak madde kullanarak varolmuş hissetmektedir. Çevresel bir etken olarak insanın hayatına giren maddeden ötürü bağımlılığı ele alırken tek başına insan etkeni üzerinde durulmamalıdır.

Bireyin maddeyi kullanabilmesi için o çevrede bulunması gerekmektedir. Çevresinde bulunmayan bir nesneyi kişinin bilmesi ve kullanması mümkün olmamaktadır. Eğer bir yerde madde yoksa madde bağımlılığı da yoktur. Toplumumuzda bundan 20 yıl önce madde kullanımı çok azdı. Ancak günümüzde hızlı bir artış göstermektedir. Bunun sebebi maddelerin çevrede olması yani daha kolay ve rahat bulunabiliyor olmasıdır.

Madde kullanımının hızlı artış göstermesinin nedenlerinden biri de toplumda kabul görülmesidir. Kullanım kabul gördükçe madde kullanan kişi sayısı da artmaktadır. Kişi daha önce hiç madde kullanmamasına rağmen madde kullanan kişilerin olduğu gruba girmek, sosyal destek ve kabul görmek için madde kullanmaya başlayabilmektedir. Kullanan kişiler yeni başlayanlara nasıl kullanıldığını öğretebilmekte ve böylece kullanım yaygınlaşmaktadır. Maddelerin kolayca bulunabildiği ve kullanılabilirdiği şehirlerde ve ilçelerde yaşayan kişiler madde kullanımı yaygın olarak görülmektedir. Özellikle genç yaşlarda olan kişiler bu durumdan çok fazla etkilenmekte ve madde kullanımına başlamaktadırlar.

Madde kullanımını etkileyen faktörlerden biri de sosyoekonomik düzeydir. Bu konuda birçok çalışma yapılmasına rağmen henüz kesin bir yargıya varmak mümkün olmamaktadır. Yapılan çalışmalarda bulunan verilere dayanarak, ucuz ve kolay elde edilebilir olan uçucu maddelerin daha çok maddi durumu olmayan kişiler tarafından kullanılmakta olduğunu söylemek mümkündür. Uçucu maddeler gibi eroinde aynı şekilde sosyoekonomik düzeyin düşük olan kişiler tarafından kullanılmaktadır. Bu ikisinin aksine sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kişilerde kokain kullanımı daha sıklıkla görülmektedir. Sosyoekonomik düzey maddenin kullanım sıklığı açısından önemli bir farklılık göstermekte, değişen sadece kullanılan maddenin cinsi olmaktadır (Ögel, 2010).

2.1.3.5.Ailevi Faktörler

Bireylerin genel karakteristik özellikleri, başa çıkma tarzları ve toplumsal çevre ile etkileşim biçimleri çocukluk döneminde belirmeye başlamaktadır. Bu dönemde bireylerin gelişiminde aile büyük bir rol oynamaktadır. Ailedeki psikolojik sorunlardan etkilenen çocukların sayısı azımsanamayacak kadar fazladır. Ailede ve çevrede olumsuz

davranışlar, dışlanma, güvensizlik, yetersiz görülme ve ilgisizlikler daha sonraki yaşlarda suça yönelme ve madde kullanımı olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Genç yaşlardaki bireyler bu gibi özelliklerin etkisi altındayken duyduğu kaygı ve korkuyu gideren, gereksinimlerine cevap veren ortamı bulamazsa, aile ve çevrede bunları sağlayamazsa; kişiliğini ve kimliğini farklı yerlerde aramaya ve bulmaya çalışmaktadır. Kişi bulunduğu ortamlarda başkalarıyla birlikte olmanın verdiği güven ve paylaşma duygusu ile farkında olarak veya olmayarak madde kültürünün etkisi altına girebilmektedir. Aynı şekilde bu ortamlar içinde ilişki kurma, kendisini anlatma, dertleşme olanağı bulabilmektedir. Böylece o grup içinde yeri olduğuna inanmakta ve o grupta kalabilmek için davranış ve tutumlarda birtakım değişiklikler ortaya çıkabilmektedir.

Ailenin madde kullanımına karşı tutumu da önemli bir etkidir. Madde kullanan bireylerin ailelerinde de madde kullanımı olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Çocuklar aile bireylerini rol model almaktadırlar. Dolayısıyla anne veya babanın ailede ortaya çıkan sorunlarla başa çıkma yöntemleri, bu sorunları nasıl çözdükleri büyük önem taşımaktadır. Aile bireyleri arasındaki çatışmalar, iletişimin yetersiz olması ve anne veya babanın madde kötüye kullanımı olması işlevsel olmayan aile yapısının bir göstergesidir. Bunun aksine çok fazla baskıcı ve otoriter olan ailelerde de çocuk kendi gelişimini sağlayamamaktadır.

Çocuk üzerinde önemli bir etkiye sahip olan diğer faktör ise kardeşler arasındaki ilişkidir. Büyük kardeşler, küçük kardeşlere model olma yolu ile etki etmekte ve bunun sonucunda küçük kardeşlerde onunla benzer davranışlar ve tutumlar sergileyebilmektedir. Aynı şekilde büyük kardeşlerde görülen madde kullanımı davranışının küçük kardeşleri de madde kullanımı açısından riske açık bir hale getirmektedir (Ögel, 2010).

2.1.3.6.Çevresel Faktörler

Genç yaşlarda çıkan merak duygusu, özendirici davranışlarda bulunan arkadaşlar her konuda olduğu gibi bu konuda da oldukça önemli bir etkidir. Arkadaşlıkların zarar verici olması ve bozuk akran ilişkileri yanlış kararlara ve kötü yönlendirmelere sebep olabilmektedir. Özellikle ergenlikte akran ilişkilerinin yoğun bir hal alması sebebiyle madde kullanımı olan arkadaşı olan heyecan arayan veya normal dışı davranışa eğilimi

olan bireylerde de madde kullanımı görülmektedir. Bireyin bilinçli olması ve hayır diyebilmesi çok önemlidir. Bu da ailenin küçük yaşlarda çocuğu şekillendirmesi ile kazanılan bir niteliktir.

2.1.3.7.Bağımlılık Yapıcı Maddeler

Afyon ve Türevleri:

Afyon, morfin gibi doğal yollarla elde edilen maddelere opiyat, yarı sentetik olarak elde edilen eroïn ile morfin benzeri etki eden kodein, hidromorfon, metadon, oksodon, mepedridin, fentanil gibi maddelere de opioid denilmektedir. DSM-4 TR’de bu değiştirilmiş ve ister doğal ister yarı sentetik veya sentetik olarak elde edilen morfin ve benzeri etki eden maddelere opioid denilmiştir. Opiyatın ana maddesi afyon olarakta bilinen opiumdur. Afyon alkaloid olarak bilinen yaklaşık 18 kimyasal maddenin karşımından oluşmaktadır. 1805 yılında afyonda en yüksek oranda bulunan alkaloidinin güçlü bir yatıştırıcı ve ağrı kesici olarak da kullanılabilen acı bir toz olduğu bulunmuştur. Bu madde, Yunan mitolojisindeki uyku tanrısı Morfeus’a atıfla morfin olarak adlandırılmıştır. Morfinin bağımlılık yaratan özellikleriyle ilgilenen bilim insanları morfin molekülünün bir bölümünün analjezik yani bilinç kaybı yaşatmadan acıyı dindirme özelliği ve diğer bir bölümünün de bağımlılık yaratıcı özellikler taşıyabileceğini hipotezini ortaya atmışlardır. Yüzyılın sonlarına doğru morfinin astik anhidrit olarak adlandırılan ucuz ve kolayca bulunabilen bir kimyasalla işlendiğinde eroïn olarak adlandırılan güçlü bir analjeziğe dönüştüğü bulunmuştur. Eroini bulan Heinrich Dreserdir. Bunun sonucunda ağrı kesici ve ilişkili tıbbi durumlarda eroïn morfinin yerini almıştır. Morfinden daha hızlı ve daha yoğun etki eden ve daha fazla olmasa bile eşit derecede bağımlılık yaratan eroïnin daha da tehlikeli bir ilaç olduğu anlaşıldıktan sonra tıbbi kullanımdan kaldırılmıştır. Afyon ve türevlerinin son derece bağımlılık yaratıcı olduğunun anlaşılmasından sonra belirli uyuşturucu maddelerin izinsiz olarak satılması ve dağıtılması suç kapsamına alınmıştır.

Bir ankette 2,4 milyon Amerikalının eroini denediğini kabul etmiş ve neredeyse çeyrek milyon insan da son 12 ay içerisinde kullandığını belirtmiştir (U.S. Department of Health and Human Services, 1997). 2005 yılında acil servise kabul edilen madde kullanımına bağılı vakaların %11’inde neden aşırı dozda eroindir (DAWN Report, 2001).

Haşhaş bitkisi yani papaver somniferum Dünyada en çok Çin, Hindistan, İran, Pakistan gibi Uzak ve Ortadoğu ülkelerinde yetişmektedir. Ülkemizde Afyonkarahisar, Burdur, Denizli, Isparta ve Kütahya illerinde ekilmektedir.

Morfin ve eroin genellikle duman, burun, yeme yoluyla ve deriden ya da damardan alınmaktadır. Son iki yöntemde uyuşturucu deri altı enjeksiyon yoluyla alınmaktadır. Deriden almada sıvı hale getirilen uyuşturucu hemen deri altına nüfuz edilmekte, damardan almada ise doğrudan kan dolaşımına karıştırmaktadır. Eroin ve morfin kullanımı ile hemen olan etkiler kusma ve mide bulantısıdır.

Afyon türevlerinin belirli bir zaman süresi boyunca kullanımı genellikle madde için duyulan şiddetli fizyolojik istekle sonuçlanmaktadır. Uyuşturucu bağımlılığının oluşması için gereken süre farklılık göstermekte, ancak 30 günlük bir dönem boyunca sürekli kullanımının genellikle yeterli olduğu tahmin edilmektedir. Bu kullanımdan sonra kullanıcılar maddeyi almadıklarında kendilerini fiziksel olarak hasta hissettiklerini yani fiziksel bağımlılık hale geldiklerini anlamaktadırlar. Bunun yanı sıra afyon türevlerinin kullanıcılarında maddeye karşı giderek bir tolerans oluşmakta ve böylece istenen etkilere ulaşmak için gerek duyulan doz miktarı sürekli artmaktadır.

Opiyat bağımlısı insanlar yaklaşık olarak 8 saat içinde bir doz almazlarsa yoksunluk belirtileri yaşamaya başlamaktadırlar. Bu tepkilerin özelliği ve şiddeti alışılmış olarak kullanılan miktar, dozlar arasındaki zaman aralığı, bağımlılığın süresi ve özellikle de bağımlının sağlık durumu ve kişiliği gibi pek çok etkene bağlıdır.

Bağımlı olan bir bireyin hayatı daha fazla maddeyi elde etme ve kullanma üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu yüzden bağımlılık çoğunlukla kişinin bir süreden sonra maddeyi elinde tutmak için yalan söylemek, hırsızlık yapmak ve istenmeyen kişilerle bağlantı kurmak zorunda kalmasıyla sosyal açıdan uyum bozukluğu sergileyen davranışlarla sonuçlanmaktadır. Etik ve ahlak standartlarının düşmesi ile bağımlılık insanın sağlığı üzerinde de olumsuz fiziksel etkiler yaramaktadır. Örneğin, bağışıklık sistemi bozulmaktadır (Theodorou & Haber, 2005). Hayat tarzının neden olduğu etkenler de ayrıca sorunlara neden olabilmektedir. Örneğin, yetersiz beslenme, sağlık durumunun bozulmasına ve çeşitli fiziksel rahatsızlıklara zemin hazırlayabilmektedir. Bunlara ek olarak gücü ve saflığı tıbbi gözetime ve devlet denetimine tabi olmadan bu derece güçlü bir maddenin denetlenmeden kullanılması aşırı doz ve dolayısıyla ölümle

sonuçlanabilmektedir. Hamilelik sırasında eroin kullanan kadınlar doğmamış çocuklarını büyük bir risk altında bırakmaktadırlar. Hamilelikte eroin kullanımının sonuçlarından biri de eroine bağımlı ve birçok sayıda hastalığa karşı savunmasız bir şekilde erken doğan bebeklerdir (Anand & Arnold, 1994).

Kokain ve Amfetaminler:

Merkezi sinir sisteminin etkinliğini bastıran yani yavaşlatan afyon ve türevlerinin aksine kokain ve amfetaminler bu etkinliği uyarır yani hızlandırır.

Afyon gibi eski dönemlerde keşfedilen ve hala kullanılmakta olan bitkilerden elde edilen ürünlerden biri de kokaindir. Avrupalılar tarafından keşfedilmeden önce Amerika'da, Meksika ve Peru'da yaygın olarak kullanılmaktaydı (Guerra, 1971). Uzun yıllar boyunca çok pahalı olarak görüldükten sonra gittikçe yaygınlaşmasıyla ve fiyatının azalmasıyla birlikte 1980 ve 1990'larda kullanımı çok fazla artmıştır. Crack kokainin sokaktaki adıdır ve kokain hidrokloritin işlenerek sigara şeklinde içilebilecek serbest baz haline getirilmesi sonucunda elde edilmektedir. Karışım ısıtıldığında çtırdama sesleri duyulmasından kaynaklı adına crack denmiştir.

2003 yılında 2,3 milyon kişinin kokain kullandığı tahmin edilmekteydi ve bu dönemde crack kokain kullandığını bildirenlerin sayısı 600.000'in üzerindeydi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004).

Opiyatlarda olduğu gibi, kokain burundan, ağızdan ya da enjeksiyon yoluyla alınabilmektedir. Yine opiyatlarda olduğu gibi 4 ila 6 saatlik öfori durumu yaratmakta ve bu sırada kullanıcı güven ve hoşnutsuzluk hissetmektedir. Öte yandan bu keyifli durumu baş ağrısı, baş dönmesi ve huzursuzluk izleyebilmektedir. Kronik kokain kullanımı akut toksit psikotik belirtiler ortaya çıkarabilmekte ve akut şizofreniye benzer korkutucu görsel, işitsel ve dokunsal halüsinasyonlar görülebilmektedir. Kokain kullanımına bağlı bilişsel bozulmanın da uzun vadeli önemli etkileri arasında olduğu düşünülüyor (Abi-Saab, Neauvais ve diğerleri, 2005; Mann, 2004). Gawin ve Kleber (1986) kokainden uzak kalan kronik kullanıcılarda tek biçimli, depresyon benzeri belirtiler görüldüğünü, ancak bu belirtilerin geçici olduğunu ortaya koymuştur. Kokain kullanımı özellikle de bağımlılığın yarattığı birçok sağlık sorunu ve sosyal sorun konusunda bilinenler son 20 yıl içerisinde önemli oranda değişmiştir. Örneğin, DSM-IV-TR tanı

sınıflandırmasındaki değişiklikler kokainin bağımlılık yaratıcı özellikleri konusunda bilinenlerin bir hayli çoğaldığını göstermektedir. Kokain yoksunluğu olarak tanımlanan yeni bir bozukluk bulunmaktadır ve depresyon, bitkinlik, uyku sorunları ve rüyaların çoğalması gibi belirtiler bu bozukluğa bağlanmaktadır (Foltin & Fischmann, 1997). Kokain kullanıcılarının karşılaştığı psikolojik ve yaşımsal sorunlar genellikle büyük çaplı olmaktadır. Kokain ve crack kullanıcıları arasında mesleki, ailevi, psikolojik ve yasal sorunlar, kullanmayanlara oranla daha çok görülmektedir. Kokain kullanıcılarının karşılaştığı sorunlar büyük oranda pahalı bir alışkanlık olmasından kaynaklanmaktadır. Kadınların hamilelik dönemlerinde kokain kullanmaları, bebeklerde psikolojik açıdan ve sağlık açısından büyük riske sebep olmaktadır. Crack kullanan annelerin çocukları bebeklik dönemlerinde kötü muamele görme ve annelerini kaybetme riski altındadırlar. Wasserman ve Leventhal (1993) kokaine maruz kalan çocukları ve kalmayan kontrol grubunu doğumdan sonra 24 ay boyunca incelemiş ve rahimde düzenli bir şekilde kokaine maruz kalan çocuklarda kötü muamele riskinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Benzedrin ya da amfetamin sülfat piyasaya ilk sürülen amfetamindir. 1927 yılında sentezlenmiş ve 1930’larda uçucu krem şeklinde tıkalı burunları açmak için eczanelerde satılmaya başlamıştır. Üreticilerin kısa süre sonra insanların ilacı burun için değil uyarıcı etkilerinden dolayı kullandıklarını fark etmişlerdir. 1930’ların sonlarında Dexedrine yani dekstroamfetamin ve methedrine yani metamfetamin hidroklorid adında iki yeni amfetamin piyasaya sürülmüştür. Bunların ikincisi merkezi sinir sistemini hem benzedrine hem de dexedrine’den daha güçlü bir şekilde uyarmaktaydı ve bu nedenle de daha tehlikeli olduğu düşünölmekteydi. Bunların kullanılmaları ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir.

Günümüzde amfetaminler kilo verilmesi gerektiğinde iştahı kesmek için; gün içinde sürekli uyuyakalan narkolepsi hastalarının ve hiperaktif çocukların tedavisinde tıbbi amaçlı olarak bazen kullanılmaktadır. Çocuklarda uyarıcı değil sakinleştirici bir etki yaratmaktadır.

1970 tarihli Denetim Tabii Madde Yasaının yürürlüğe girmesinde sonra (Drug Enforcement Administration, 1979) amfetaminler Çizelge II denetime tabii maddeler

arasında sınıflandırıldı yani alınması için reçete ibraz edilmesi gereken, kötüye kullanma potansiyeli yüksek ilaçlar kategorisine alındı.

Amfetaminin genellikle tehlikeli derecede bitkinlikle sonuçlanmasının sebeplerinden biri de kullanan bireylerin kaynaklarını daha fazla tüketmesine sebep olmasıdır. Amfetaminler psikolojik ve fiziksel bağımlılık yaratmakta ve bünyede hızla tolerans geliştirmektedir (Wise, 1996). Önerilen dozaj aşıldığında amfetamin kullanımı tansiyonun yükselmesine, göz bebeklerinin büyümesine, anlaşılmaz ya da hızlı konuşmaya, aşırı terlemeye, titremelere, heyecana, iştah kaybına, akıl karışıklığına ve uykusuzluğa yol açabilmektedir. Aşırı miktarda enjekte edildiğinde methedrine tansiyonu ani ölüme yol açacak oranda yükseltebilmektedir.

Metamfetamin:

Bağımlılık düzeyi yüksek, uyarıcı bir uyuşturucudur ve etkisi hızlı ve uzun sürelidir. Bununla birlikte, kullanıcı üzerindeki kötü ve istenmeyen etkileri nedeniyle en tehlikeli yasadışı maddelerden biridir (Covey, 2007). Üretimi görece daha ucuza mal olur. Sigara şeklinde içerek, burundan, ağızdan ya da enjeksiyon yoluyla alınabilmektedir. Sigara şeklide içildiğinde ya d enjeksiyon edildiğinde etkileri neredeyse hemen görülebilmektedir.

Metamfetamin beyindeki dopamin düzeyini arttırmakta ve uzun süreli kullanımı beyinde yapısal değişiklikler yaratmaktadır (Chang, Alicata, Ernst, & Volkow, 2007; Maxwell, 2005). Metamfetamin kullanımı ile ilişkilendirilen belirtiler büyük oranda kullanımın süresine bağlıdır (Yoshimoto, 2003). Ayrıca, alışkanlık oluştuktan sonra madde alımının kesilmesi öğrenme, bellek ve bilişsel işlevlerde sorunlar (Cretzmeyer, Sarrazin ve diğerleri, 2003; Rothman, 2000) ve paranoid düşünce ve halüsinasyon gibi şiddetli sağlık sorunları (Brecht, O'Brien ve diğerleri, 2004; Srisurapanont, Ali ve diğerleri, 2003) yaratabilmektedir. Bu madde kokain gibi diğer maddelere oranla daha yavaş metabolize edilmekte ve bu nedenle de etkisi daha uzun sürmektedir. Uyuşturucunun etkisi geçtiğinde, kullanıcı genellikle kendini son derece zayıf, uyuşuk, uykulu ve depresif hissetmektedir.

Metamfetamin kullananlarda bağımlılığın, kokaine oranla daha hızlı gerçekleştiğini ve tedaviye daha erken başlanması gerektiğini gösteren veriler

bulunmaktadır (Castro ve diğ erleri, 2000). Bağımlı metamfetamin kullanıcıları tedaviye büyük bir direnç göstermekte ve tedavi sonra n ksetmeye de sık rastlanmaktadır.

Barbitüratlar:

Uyumaya yardımcı amaçlı kullanılan, barbitürat olarak adlandırılan g  cl  yatıştırıcılar yüz yılı aşkın süredir kullanılmaktaydı. (Lopez-Munoz, Ucha-Udabe, & Alamo, 2005). Tıbbi amaçlarla yasal olarak kullanılsalar da aynı zamanda hem fizyolojik hem psikolojik bağımlılık ve ölümcül aşırı dozlarla sıkça ilişkilendirilen son derece tehlikeli ilaçlardır.

Merkezi sinir sistemi etkinliğini yavaşlatan barbitüratlar depresyon etki yaratmakta (Nemeroff, 2003) ve bilişsel görevlerdeki performansı önemli ölçüde azaltmaktadırlar (Pickworth ve diğ erleri, 1997). Barbitürat alan bir kişi kısa bir süre sonra gerilimin ortadan kalkmış gibi göründüğü bir rahatlama hissi yaşamakta ve bunu da fiziksel ve zihinsel bir halsizlik, uyuşukluk ve uyku eğılimi izlemektedir. Bunların yoğunluğ  alınan barbitürat tipine ve miktarına bağılıdır. G  cl  dozlar anında uykuya neden olabilmekte, aşırı dozlar beyindeki solunum merkezlerinin fel  ettiğ  için ölümcüldür. Karar verme ve problem çözme yeteneğinin azalması, ağırlık çökmesi, konuşmanın yavaşlaması ve ani duygu durumu değışiklikleri de barbitüratların yaygın etkileri arasındadır (Lemmer, 2007).

Aşırı barbitürat kullanımı toleransın artmasına ve fizyolojik ve psikolojik bağımlılığ a yol açmaktadır. Beyinde hasara ve kişilik bozulmasına da neden olabilmektedir. Opiat toleransının aksine, barbitürat toleransı ölümcül dozda artışa neden olmamaktadır yani kullanıcılar, kasten ya da kazayla, kolaylıkla ölümcül aşırı doz alabilmektedirler.

Bağımlı barbitürat kullanıcıları genellikle bu ilaçları uyku hapı niyetine kullanan ve alkol ya da minör sakinleştiriciler dışında diğ er madde sınıflarını kullanmayan orta yaş ve daha yaşlı kesimlerdir. Bazı kullanıcılar barbit ratları genellikle alkolle birlikte kullanmaktadırlar. Barbitürat ve alkolün karıştırılması, iki maddenin birbirinin etkisini arttırmasıyla ölümle sonuçlanmaktadır.

Halüsinojenler: LSD ve İlişkili Uyuşturucular

Halüsinojenler, halüsinasyon yarattığı düşünülen uyuşturucu maddelerdir. Bununla birlikte, aslında bu karışımlar genellikle görsel imgeler yaratmamakta, ancak bu imgeleri çarpıtmakta ve sıra dışı bir şekilde görünmelerine ya da duyulmalarına neden olmaktadır.

LSD yani liserjik asit dietilamid, kokusuz, renksiz ve tatsız bir uyuşturucu maddedir ve halüsinojenlerin en güçlüsüdür.

LSD alan kişi tipik olarak yaklaşık 8 saat boyunca duyuşal algısında değişiklikler, duygu durumum sivrilmaları, kişiliksizleşme ve kopukluk hisleri yaşamaktadır. LSD deneyimi son derece travmatikte olabilmektedir. Bozulan nesneler ve sesler, aldatıcı renkler ve yeni düşünceler tehditkâr ve korkutucu bir hale bürünebilmektedir. Örneğin, LSD'nin etkisi altındaki İngiliz bir hukuk fakültesi öğrencisi zamanı devam ettirmek için bir dış matkabıyla kafasında bir delik açmaya çalışmıştır (Rorvik, 1970).

Ekstazi:

Ekstazi adıyla anılan MDMA yani 3,4-metilenedioksimetilamfetamin hem halüsinojen hem de uyarıcı bir maddedir. Kimyasal açıdan metamfetamine ve halüsinojen meskaline benzer ve diğer uyarıcılara benzer etkiler yaratır. Ancak, bazı araştırmalara göre bu maddenin halüsinojen özellikleri meskalinden fazladır (Kovar, 1998; Parrott & Stuart, 1997). Genellikle hap olarak alınan ekstazi, 20 dakika kadar sonra bir hücum hissi yaratmakta ve bunu sakinlik, enerji ve esenlik duygusu izlemektedir. Etkileri birkaç saat sürebilmektedir. Bu maddeyi kullananlar, yüksek enerji heyecan düzeylerine ek olarak, renkleri ve sesleri yoğun bir şekilde yaşadıklarını ve hafif halüsinasyonlar gördüklerini söylemektedirler (Fox, Parrott, & Tuner, 2001; Lieb, Schuetz ve diğerleri, 2002; Soar, Turner, & Parrott, 2001). MDMA, kokain kadar olmadığı düşünülmeyle birlikte, bağımlılık yaratan bir maddedir. Kullanımı, bulantı, terleme, dişlerin kenetlenmesi, kas krampları, görüşün bulanıklaşması ve halüsinasyon gibi yan etkiler yaratmaktadır (Parrott, 2001). Diğer birçok yasa dışı uyuşturucu maddede olduğu gibi ekstazinin eğlence amaçlı kullanımı kişilik özellikleri olarak itkisellik ve düşük yargı yeteneği ile ilişkilendirilmektedir (Morgan, 1998).

Ekstazi kullanımının psikolojik açıdan ve sağlık bakımından olumsuz etkileri literatürde çokça geçmektedir. Bir çalışmada ekstazi kullandıktan sonra panik bozukluk sergileyen 21 yaşında bir erkekten söz edilmektedir (Windhaber, Maierhofer, & Dantendorfer, 1998). Bir başka vaka çalışmasında yalnızca bir kez eğlence amaçlı ekstazi kullandıktan sonra uzun süreli psikoz sergileyen 18 yaşında bir kadından söz edilmektedir (Van Kampen & Katz, 2001).

Ekstazi kullanımı aynı zamanda bellek bozulmasıyla da ilişkilendirilmektedir. Parrott, Lees ve meslektaşları (1998) bir bellek deneyinde MDMA kullanıcılarının, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kayda değer oranda düşük hafıza özellikleri sergilediğini bulmuştur. Daha şiddetli organik beyin sorunları da bildirilmiştir. Granato, Weill ve Revillon (1997) ekstazi aldıktan sonra serebrovasküler hasar yaşayan 20 yaşındaki bir erkekten söz edilmektedir. Ekstazi aldıktan sonra bir dakika kadar komada kalmış, uyandıktan sonra da dissosiasyon, deliryum, görsel halüsinasyonlar yaşadığı ve geçmişe dönük belleğinin zayıfladığı görülmüştür. Yapılan sonraki incelemelerde frontal loblarında ve sağ temporal lobunda hasar saptanmıştır.

Esrar:

Esrar ya da marihuana dünyanın çeşitli bölgelerinde ılıman iklimlerde yetişen kenevir bitkisi *cannabis sativa*'nın yaprak ve filizlerinden elde edilmektedir. Esrarın ot adıyla anılmasının nedenlerinden biri de kullanıma hazır durumdayken genellikle kurutulmuş yeşil yapraklar şeklinde olmasıdır. Çoğunlukla sigara biçiminde ya da pipolarla içilmektedir. Daha güçlü bir uyuşturucu olan haşhaş da kenevir bitkisinden elde edilen reçinenin sakızimsı bir pudraya dönüştürülmesiyle yapılmaktadır. Esrar gibi haşhaş da genellikle sigara şeklinde içilmektedir.

Esrar etkileri, uyuşturucu maddenin niteliğı ve dozuna, kullanıcının kişiliğı ve duygu durumuna, kullanıcının maddeyle ilgili geçmiş deneyimlerine, sosyal ortama ve kullanıcının beklentilerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Bununla birlikte kullanıcıların üzerinde büyük oranda birleştiğı görüş esrarın hafif bir entoksikasyon yarattığıdır. Bu hafif öfori durumunda kendini iyi hissetme, algısal keskinliğı artması ve hoş bir rahatlamaya genellikle bir sürüklenme ya da akıp gitme hissi eşlik etmektedir. Duyusal veriler yoğunlaşmaktadır. Esrar beyindeki içsel saatin işleyişini değıştirme etkisi de yaratmaktadır (O'Leary, Block ve diğeri, 2007). Genellikle

zaman duygusu esnemekte veya bozulmaktadır, böylece birkaç saniye süren bir olay çok uzun sürüyormuş gibi görünebilmektedir. Kısa süreli bellekte esrardan etkilenebilmektedir. Sigara şeklinde içilen esrar hızlı bir şekilde emilmekte ve etkileri birkaç saniye ya da dakika içinde görülmektedir. Esrar kötü deneyimlere de yol açabilmektedir. Örneğin, mutsuz, öfkeli, kuşkucu ve paranoid ya da korkmuş bir duygu durumuyla kullanıldığında bu duygular yoğunlaşabilmektedir. Yüksek dozaj ve dengesiz ya da hassas bünyeler söz konusu olduğunda esrar aşırı öfori, neşe ve aşırı konuşkanlık yaratabilmekte ya da yoğun kaygı ve depresyonun yanı sıra sanrılar, halüsinasyonlar ve diğer psikotik benzeri deneyimlere yol açabilmektedir. Veriler her gün esrar kullanma ile psikotik belirtilerin ortaya çıkması arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Raphael ve diğerleri, 2005).

Esrarın kısa süreli fizyolojik etkileri arasında hızlanan kalp atışları, tepki zamanının uzaması, göz bebeklerinde hafif daralma, gözlerin kanlanması ve kaşınması, ağız kuruluğu ve iştahın artması sayılabilmektedir. Ayrıca, esrar bellek işlevlerinde bozulmaya ve bilgi işlemenin yavaşlamasına yol açmaktadır (Pope, Gruber ve diğerleri, 2001). Uzun süreli ve alışkanlık halindeki esrar kullanımının etkileri halen incelenen bir konu olmakla beraber uzun süreli esrar kullanımı ile ilişkilendirilen çeşitli olası yan etkiler bulunmaktadır (Earleywine, 2002). Örneğin, esrar benlik denetimini zayıflatıyor gibi görünmektedir. Hüküm giymiş cinayet zanlılarının madde kullanma geçmişlerinin incelendiği bir çalışmada cinayet işlemiş erkekler arasında en yaygın kullanılan maddenin esrar olduğu bulunmuştur. Bunların üçte biri cinayetten önce esrar kullandığını, üçte ikisi de cinayet sırasında esrarın bazı etkilerini halen yaşamakta olduğunu söylemiştir (Spunt ve diğerleri, 1994).

Uyarıcılar: Kafein ve Nikotin

DSM-IV-TR’ de yasal olarak elde edilebilen ve yaygın olarak kullanılan iki maddeye yer verilmektedir: kafein ve nikotin. Bu iki madde, alkol ve uyuşturucu kullanımı bozukluklarında ortaya çıkan aşırı ve zarar verici sorunlar olarak görülmesine de önemli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Bunun nedenleri çeşitli olabilmektedir. Bu maddelerin kullanımı kolaydır. Yaygın olarak kullanıldıkları ve çoğu insan tarafından erken yaşlarda kullanılmaya başlandığı için bağımlılık olasılığı yüksektir. Bu maddeleri kullanmak isteyen herkes kolayca bulabilmektedir. Hem kafein

hem nikotinin bağımlılık yaratan özellikleri olduğu çok açıktır; bir kez kullanılması yeniden kullanma isteğini doğurmakta ve en sonunda insanda gündelik hayatta düzenli bir şekilde kullanma isteği yaratmaktadır. Alışkanlıktan kurtulmaya çalışan çoğu kişinin yoksunluk belirtileri ile başa çıkmakta son derece zorlanması önemli oranda engellenme duygusu yaratmaktadır. Bu maddelerin, özellikle de nikotinin yarattığı sağlık sorunları ve yan etkiler geniş bir şekilde dile getirilmektedir (USDHHS, 1994).

Kafein:

Kimyasal bir bileşen olan kafein yaygın olarak tüketilen birçok içecek ve yiyecekte bulunmaktadır. Kafein çağdaş toplumda yaygın olarak tüketilmekte ve bu tüketim toplumsal olarak da teşvik edilmektedir, ancak aşırı kafein alımı sorunlara yol açabilmektedir. Kafeinin olumsuz etkileri yoksunluğa değil entoksikasyona neden olmaktadır. Alkol ya da nikotin gibi maddelere bağımlılığın aksine, kafein yoksunluğu, genellikle hafif baş ağrısı dışında, şiddetli belirtilere yol açmamaktadır.

DSM-IV-TR’de belirtildiği gibi, kafein kaynaklı organik zihinsel bozukluk yani kaffeinizm, huzursuzluk, asabiyet, heyecan, uykusuzluk, kaslarda seğirme ve sindirim sisteminde yakınmalar gibi belirtiler göstermektedir. Bu belirtiler kahve, çay, kola ve çikolata gibi kafein içeren maddelerin sindirilmesinden sonra ortaya çıkmaktadır.

Nikotin:

Zehirli bir alkaloid olan nikotin tütünün temel etkin maddesidir; sigara, çiğneme tütünü ve puro gibi ürünlerde bulunmaktadır.

Ergenlik yıllarında başlayan ve kırılması zor ve sağlığı tehdit eden bir alışkanlık olarak yetişkinlik yıllarında da süren nikotin bağımlılığı sendromunun varlığını gösteren güçlü veriler bulunmaktadır (Malin, 2001; Watkins, Koob, & Markou, 2000). Nikotinin kaygıyı azaltıcı bir etkisi olduğu bulgusunu, kaygı bozuklukları sergileyenlerde nikotin kullanımının çok yaygın görülmesi de desteklemektedir (Morissette ve diğerleri, 2007).

DSM-IV-TR’de nikotin yoksunluğu bozukluğu olarak anılan durum fiziksel bağımlılığı olan bir kişinin nikotin içeren maddeleri bırakması ya da azaltması sonrasında ortaya çıkmaktadır. Nikotin yoksunluğunun tanı ölçütleri bulunmaktadır. Bunların ilki en azından birkaç hafta boyunca günlük nikotin kullanımıdır ve ikincisi nikotin tüketiminin bırakılması ya da azaltılmasından sonra belli başlı belirtilerin ortaya

çıkmasıdır. Bu belirtiler nikotin isteği, hassasiyet, sinirlilik ya da öfke, kaygı, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, kalp atışının yavaşlaması ve iştahının artması ya da kilo almaz. Nikotin yoksunluğuna diğer çeşitli fiziksel belirtilerde eşlik etmektedir. Bunlar metabolizmanın yavaşlaması, baş ağrıları, uykusuzluk, titremeler, öksürüğün artması ve dikkat gerektiren görevlerde performans düşüklüğüdür. Bu yoksunluk belirtileri nikotin alışkanlığının kapsamına göre genellikle birkaç gün ya da hafta sürebilmektedir. Bazı kullanıcılar sigarayı bıraktıktan aylar sonra bile nikotin isteğinin sürdüğünü söylemektedir. Genel olarak, nikotin yoksunluğu belirtileri diğer bağımlılıklara bağlı yoksunluk belirtilerine benzemekte, belirli bir süre devam etmekte ve madde alımının durmasından sonra zamanla azalmaktadır (Hughes, 2007).

2.1.3.8. Maddenin Merkezi Sinir Sistemi Üzerindeki Etkileri

Beynimizin ön kısmında, alnımızın olduğu yerde frontal lob isminin verdiğimiz duygularla ilgilenen bir bölüm bulunmaktadır. Bu lobun arkasında, beynimizin ortasına yakın bir bölümde talamus isimli bir başka bölüm bulunmaktadır. Frontal lob ve talamus bölgesinin altında beyin sapı yer almaktadır (Ornstein ve Thompson, 1984). Bu bölüm kan basıncı, sıcaklık, kalp atışı ve nefes alıp vermek gibi kontrol dışı aktiviteleri düzenlemektedir. Bu aktivitelerden sorumlu olan sistem otonom sinir sistemi'dir (Restak, 1979). Beyin ve omuriliğin oluşturduğu sisteme ise merkezi sinir sistemi denmektedir. Uyuşturucu maddeler merkezi ve otonom sinir sistemini etkileyerek çalışmaktadır (Milne, 2001).

Otonom sinir sisteminin iki bölümü bulunmaktadır. Bunlar sempatik ve parasempatik sistem olarak adlandırılmaktadır. Bu iki sistem genellikle birbirlerinin tam tersi işlemleri gerçekleştirmektedirler. Örneğin, parasempatik sistem pupil konstriksiyonundan yani göz bebeği küçülmesinden sorumlu iken, sempatik sistem pupil dilatasyonu yani göz bebeği büyümesinden sorumludur. Parasempatik sistemin uyarılması rahatlama ve sakinleşme hissine yol açmaktadır. Amfetamin mesela ekstazi gibi sempatik sistem uyarıcıları ise enerjiye ve harekete sebep olmaktadır (Sağlam ve diğerleri, 2003). Bu tür maddeler sinir sisteminin uyarmak için çeşitli nörotransmitterleri fazla salgılatmakta ve geri alımı inhibe etmekte yani durdurmaktadırlar.

Beynimizin kapasitesi düşündüğümüzden çok daha büyüktür ve algılama, öğrenme, hatırlama, hayal kurma, yaratıcılık, mantık, hisler ve dili kullanma gibi birçok fonksiyonu barındırmaktadır. Bunların hepsi için beynimiz kendi içerisinde iletişim kurmaktadır. Örneğin, gözlerimiz ile gördüğümüzü beynin doğru noktasına taşınmakta ve algılamamız sağlanmaktadır veya sevdiğimiz bir insanı uzun süre görmeyip karşılaştınca mutluluğu hissetmemizi sağlamaktadır. Beyin bütün bunları yapmak ve bilgileri taşımak için nöronlar ve nörotransmitterleri kullanmaktadır. Beyin hücrelerimiz olan nöronlar, vücudumuzdaki diğer tüm hücrelerden farklıdır, belirli bir yaştan sonra yeniden oluşmamakta ve 4 kısımdan meydana gelmektedirler. Bunlar, akson, dendrit, sinaps ve hücre gövdesidir. Akson hücre gövdesinin uzantısının ismidir ve başka bir sinir hücresinden gelen uyarının sinapsa giderken izlediği yoldur. Dendritler, uyarıları diğer hücre gövdesinin aksonuna ileten yapılardır. Dendrit ve akson arasında sinaps denilen bir aralık bulunmaktadır. Uyarı hücre gövdesinden geçip aksonun ucuna kadar elektrik akımıyla gelmekte fakat sinaptik aralıkta nörotransmitterler denilen çeşitli kimyasallar tarafından diğer sinir hücresine iletilmektedir.

Beynimizde birçok nörotransmitter bulunmaktadır. Bağımlılıkla ilgisi bulunanlar monoamin grubu, asetilkolin ve nöropeptidlerdir. Monoaminler; dopamin, epinefrin ve norepinefrini içine alan katekolaminler ve triptofanı içeren indolaminlerdir. Bunların hepsi çoğunlukla beyin sapında bulunmaktadır.

Dopamin ve nöropefrinin depresyon, öfori ve anksiyete yani endişe ile ilgili olduğunu düşünülmektedir (Drevets ve diğerleri, 2001). Bu nörotransmitterlerin sayısının artışı öforiye neden olurken, azalması endişe ve depresyon yapmaktadır. Ekstazi gibi uyarıcılar vücuda alındığında esas olarak serotonin, düşük miktarda dopamin reseptörleri ile ilgilenmektedir (Drevets ve diğerleri, 2001; Parrott, 2002). Bazı kaynaklar serotonin geri alımını durdurdıklarını söylerken (Iravani ve diğerleri, 2000) bazıları serotonin salgılanmasını arttırdıklarını belirtmektedir (Schmued, 2003) fakat iki durumda da sinaptik aralıkta serotonin artışı olmaktadır. Bu durumda algıda artış ve aşırı bir mutluluk hissine neden olmakta ve kullanıcıya enerji vermektedir (Drevets ve diğerleri, 2001; Rothman ve diğerleri, 2001). Restak'a göre ekstazi için bu hisler ilk dopamin yolu kullanıldığında geçerli olmaktadır. Bu yol beyin sapından çıkarak frontol loba doğru gitmektedir (Restak, 1994). İkinci bir dopamin yolu daha bulunmaktadır. Aynı bölgeden çıkarak beynin hareketinin devamlılığından sorumlu olan bölgesine

gitmektedir. Bu bölge uyarıldığında, kullanıcı kompulsif yani takıntı ve tekrarlı davranışlar göstermektedir (Restak, 1994). Örneğin, bir kilo pirinçteki pirinç tanelerini saymak istemekte veya bir kutuyu sürekli açıp kapatmaktadır. Bu bölge yüksek doz amfetamin veya metamfetamin alındığında kullanılmaktadır. Aynı zamanda uzun süre yüksek doz kullanımı şizofreniye benzer semptomlar yaratmakta ve delirmeyle sonuçlanabilmektedir (Milas, 2000).

Dekstrometorfan ve ketamin gibi maddeler NMDA antagonisti olarak adlandırılmaktadır (Shiigi ve Casey, 1999). Glutamat isimli öğrenme ile ilgili olan nörotransmitterlerin reseptörlerine bağlanmaktadır. Bu maddelerin yüksek dozda alımı, beyin hücrelerinin aşırı uyarılmasına ve ısınmasına, dolayısıyla da ölmelerine neden olmaktadır (Olney, 2002).

Eroin, kodein, morfin gibi opiyatlar endojen, opioid, peptid denilen nöropeptidleri kullanarak işlev görmektedirler (Sağlam ve diğerleri, 2003). Bu peptidlerden en önemlisi mutluluğu sağlayan ve öfori hissinin nedeni olan endorfin'dir. Vücudumuz normalde de bu peptiti salgılamaktadır. Özellikle çikolata yenildiği ve spor yapıldığı zaman vücut endorfin salgılamaktadır. Beyin, opiyat alındığında artan salımı dengelemek için peptit salgılamayı durdurmaktadır. Bu nedenle de vücut fiziksel olarak opiyatlara bağımlı hale gelmektedir.

Ekstazi benzeri bir başka madde olan kokainde ağırlıklı olmak üzere dopamin ve serotonin ile ilgilidir. Serotonin uyku uyanıklık dengesini sağlamakla beraber aynı zamanda hislerle de ilgili olan bir nörotransmitterdir. Kokain, serotoninin ve dopaminin salgılanan sinir hücresi tarafından geri alımını inhibe etmektedir (Williams, 1997). Bir uyarı gelir, sinir hücresi üstünde taşıdığı nörotransmitterleri sinaptik boşluğa bırakmaktadır. Bu nörotransmitterlerde karşıdaki sinirin reseptörlerine bağlanıp uyarıyı iletmekte ve sonra da geri dönmektedirler. Kokain alındığı zaman, nörotransmitterler normal bir şekilde salgılanmakta fakat geri dönmemektedirler. Bu durumda nörotransmitter sayısında önemli bir artış gözlemlenmektedir. Aşırı dopaminde aşırı uyarıya neden olmaktadır. Bu da aşırı keyif hissinin yaratmaktadır. Kokain etkisi sonra erdiği zaman artık kullanılamayan dopamin yüzünden çöküş ve depresyon yaşanmaktadır. Uzun süre kullanımda oluşan sürekli keyif halinin sonunda, kokain

bırakılmaya çalışıldığında sürekli keyifsizlik hali olmakta ve normal heyecanlar ve mutluluklar artık keyif verici gelmemektedir.

Kokainin otonom sinir sistemine etkisi kan basıncı yükselmesi, nefes alma ve kalp atışında artış, açlık, susuzluk ve yorgunluğun bastırılmasıdır (Swan, 1998).

Asetilkolin hafıza ile ilgili olan nörotransmitterdir. Alzheimer hastalığında yokluğu gözükmemektedir (Marshall, 2013). Salgılanması durdurulduğunda hafızada eksiklikler olmaktadır. Örneğin, yüksek doz alkol kullanımında asetilkolin salgılanması durdurulmakta ve bu nedenle hafıza zayıflamaktadır ve bazen de alkol tarafından tümüyle durdurulmuş olmaktadır. Marijuana kullanımında da asetilkolin seviyesi düşmektedir (Nava ve diğerleri, 2001) ve bu nedenle yüksek dozda etkisi altındayken yapılanların çoğu hatırlanmamaktadır. Marijuananın beyinde kendine ait reseptörleri bulunmaktadır. Bu reseptörler beynin davranışsal ve duygusal olayları kontrol ettiği bölümlerde toplanmaktadır. Bunlar, beyincik, hippokampus ve basal gangliadır (Restak,1994). Bu nedenle ana etkileri davranışsal ve duygusal sistem üzerindedir.

Eroin, amfetamin, marijuana ve diğer maddelerin hepsi sinir sistemi üzerinden çalıştığından son derece tehlikeli ve ölümcül olmaktadır. Anksiyete, kafa karışıklığı, takıntılar ve algıda azalma yapabilecekleri gibi bir anda aşırı sıcaklık, tansiyon, kalp atışı artışı ve solunum durmasına neden olup ölüme sebep olabilmektedirler.

2.2. PSİKOLOJİK SIKINTI

Psikolojik sıkıntı toplumda yaygın bir ruh sağlığı sorunudur. Psikolojik sıkıntı işlev düzeyini etkileyen genellikle depresyon ve anksiyete belirtileri ile karakterize olan bir durumdur. Başka bir deyişle, günlük yaşam faaliyetlerinizi engelleyen psikolojik rahatsızlıktır. Bu belirtiler genellikle bir arada ve ortak somatik şikayetler ve kronik koşullarla birlikte ortaya çıkmaktadır. Risk faktörleri arasında strese bağlı ve sosyodemografik faktörler ile yetersiz iç ve dış kaynaklar yer almaktadır. Stresin özellikle depresyon, anksiyete ve tükenmişlikle ilişkili olduğu bilinmektedir.

Psikolojik sıkıntı semptomolojisi ve epidemiyolojisini araştıran önemli araştırmalar, hastaların bu durumla ilgili gerçek deneyimlerini açıklamaktadırlar. Psikolojik sıkıntı literatüründe yapılan bir incelemede (Ridner, 2004) bu sıkıntı ile

yaşayan hastaların tanımlayıcı beş özelliği belirtilmektedir. Bunlar başa çıkamama, duygusal durum değişiklikleri, rahatsızlık, rahatsızlık ve zarar iletişimidir.

1997'de Avustralya İstatistik Bürosu ruhsal bozukluklar üzerine yapılan bir araştırmada Mathers ve ark. (1999) ruhsal bozuklukların hastalık yükünün %13,5'ini oluşturarak kalp hastalığı ve kanserlerin ardından üçüncü sırada yer aldığını belirtmektedir.

Fiziksel ve duygusal sağlığımızın karşısına çıkan zorluklar başa çıkma kaynaklarımızı ve yeteneklerimizi aştığı zaman yaşanan psikolojik durum genellikle stres olarak adlandırılmaktadır (Gunnar & Quevedo, 2007). Selye (1956,1976) stresin yalnızca olumsuz koşullarda değil, olumlu koşullarda da ortaya çıkabileceğini belirtmektedir. Her iki stres türü de kişinin kaynaklarını ve başa çıkma becerilerini zorlamaktadır ancak kötücül stres yani sıkıntı genellikle daha fazla hasar yaratmaktadır.

Psikolojik sıkıntı büyük ölçüde depresyon belirtileri ile karakterize duygusal bir acı çekme durumu yani ilgi kaybı, üzüntü ve umutsuzluk ve anksiyete yani huzursuzluk olarak tanımlanmaktadır (Mirowsky ve Ross 2002). Bu semptomlar, kültürler arasında değişmesi muhtemel somatik semptomlarla bağlanabilmektedir (Kleinman 1991, Kirmayer 1989). Psikolojik sıkıntı tanımında ek kriterler kullanılmıştır, ancak bu kriterler fikir birliği sağlamamaktadır. Psikiyatrik nozolojideki psikolojik sıkıntı durumu belirsizdir ve bilimsel literatürde uzun süredir tartışılmaktadır. Bir yandan psikolojik sıkıntı, bireylerin sosyal işlevselliği ve günlük yaşamını etkileyebilecek duygusal bir rahatsızlık olarak görülmektedir (Wheaton 2007). Bu nedenle, bununla ilişkili risk ve koruyucu faktörleri tanımlamak isteyen çok sayıda çalışmanın konusu olmuştur. Öte yandan, sıkıntı bazı psikiyatrik bozukluklar için tanısal bir kriterdir ve günlük yaşamdaki bozulma ile diğer bozukluklardaki semptomların şiddetinin bir göstergesidir (Phillips 2009, Watson 2009). Bu nedenle psikolojik sıkıntı; alkol, uyuşturucu, sigara vb. kişiye zarar verici davranışların devam ettirilmesi ve genel hayat kalitesinin düşmesi hususunda etkin bir faktör niteliğindedir. Psikolojik sıkıntı, depresyon bozuklukları ve genel anksiyete bozukluğunu değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin ortak noktaları bulunmaktadır. Bu nedenle, psikolojik sıkıntı ve bu psikiyatrik bozukluklar farklı olgular olmasına rağmen, birbirlerinden tamamen bağımsız değildirler (Payton 2009).

Genel popölasyonda psikolojik sıkıntı epidemiyolojisi hakkındaki yapılan çalışmalardan çıkan sonuçlara göre risk ve koruyucu faktörler üç kategoriye ayrılmıştır. Bunlar, sosyodemografik faktörler, stresle ilgili faktörler ve kişisel kaynaklardır. Sosyodemografik faktörler, doğuştan (rneğin cinsiyet, yaş, etnik köken) veya bireylerin sosyal yapıdaki rolünü yansıtan özelliklerini yeniden gruplandırmaktadır. Bu faktörler, nleme veya müdahale programları için hedeflenebilecek psikolojik sıkıntı riski altındaki popölasyonların en yaygın göstergeleri olarak bilinmektedir. Stres kategorisi, bireylerin psikolojik iyiliği üzerinde stres yaratan olayları ve yaşam koşullarını kapsamaktadır. Sosyal kaynaklar kategorisi, psikolojik sıkıntıların oluşmasını önlemek için bireylerin kullanabileceği kaynakları kapsamaktadır. Bu üç tip faktör birbirini tamamlayıcı nitelikte olabilmektedir. Örneğin, yoksulluk stresli bir yaşam koşulu olarak görülürken, gelir kişisel bir kaynak olarak görülmektedir.

Sigara ve alkol alımı gibi davranışlar, artan oranlar ve ortalama sıkıntı düzeyi ile ilişkilidir (Chittleborough ve ark. 2011, Kuriyama ve ark. 2009, Myklestad, 2011, Phongsavan ve ark. 2006). Bu ilişki, sigara ve alkol, sıkıntı yükünü seyreltmek için bir tür kendi kendine ilaç olabilir ancak aynı zamanda sıkıntıda yaratabilirler olarak yorumlanmaktadır.

Cinsiyet ve yaş, etnik köken ve sosyal rollerden, özellikle işçi ve eşin rollerinden bir kısmı, psikolojik sıkıntıdaki değişikliklerle ilişkili ana sosyodemografik faktörlerdir. Etnik köken bireylerin kültürel arka planı için bir vekil olarak görülmektedir. Kültürel bir işaret denildiğinde, belirli bir etnik gruba veya ülkeye ait insanların davranışlarını ve tutumlarını etkileyen kültürel normları, değerleri ve inançları hesaba katmak kastedilmektedir. Etnik köken de damgalanmış bir azınlığa üyeliğe işaret edebilmektedir. Bu etnik damgalamanın etkileri arasında, zgven kaybı ve yeterli barınma, gelir ve istihdam gibi bireylerin sağlığına ve psikolojik refahına katkıda bulunan sosyal kaynaklara daha az erişim bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalarda ayrımcılığın psikolojik sıkıntı için bir risk faktörü olduğu gösterilmektedir (Gonzalez-Castro ve Ubillos 2011, Yip, Gee ve Takeuchi 2008). Thapa ve Hauff (2005) tarafından yapılan çalışmadan elde edilen bulgular kadınların ve erkeklerin belirli ayrımcılık belirtilerine farklı tepki verebileceğini ne sürmektedir. İşsizliği reddedilen erkeklerde ortalama sıkıntı düzeyi daha yüksekken, konutu reddedilen kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla, bir risk faktörü oluşturan kendi başına etnik köken

değil, etnik bir azınlığa üyeliğin sosyoekonomik sonuçlarıdır. Bratter ve Eschbach (2005), etnik köken ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiyi araştırmak için Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Sağlık Mülakat Araştırması'ndan elde edilen verileri kullanmışlardır. Anketin 1997'den 2001'e kadar olan beş kesitsel yıllık dalgası üzerinden alınan büyük örneklem büyüklüğü (n= 62 032), katılımcıları kendi bildirdikleri 10 ırk / etnik grupta katmanlaştırmasına izin vermiştir. Sadece iki etnik azınlıklar yerli Amerikalılar ve Porto Rikolar, beyazlardan daha yüksek ortalama psikolojik sıkıntı düzeyi bildirmişlerdir. Diğer azınlıklarda ortalama düzey Asya ve Meksika ya da Afrikalı Amerikalılar, Kübalılar ve diğerlerine benzer çıkmıştır. Siyah ve beyaz Amerikalılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı diğer çalışmalarda da doğrulanmıştır (Nemeroff, Midlarsky ve Meyer 2010).

Warr ve Jackson'a göre (1987), işçinin rolü ruhsal iyilik sadece değerli bir sosyal rol olduğu için değil, aynı zamanda çalışma sağlama, beceri kullanımı, sosyalleşme ve dış kaynaklı olarak finansal kaynaklar ve fırsatlar sağladığı için hedeflenmektedir. İşsizler, psikolojik sıkıntı riski altında olan bir grup olarak görülmektedir. Bunun nedeni çalışma ortamının dışında beceri kullanımı, sosyalleşme gibi işle ilgili avantajlar elde edilebilse de bu avantajlara erişememeleridir.

Genel olarak, bir eşle yaşamak, belki de yaşlılar dışında daha düşük bir psikolojik sıkıntı düzeyiyle ilişkilidir (Caron and Liu 2011, Jorm ve diğerleri, 2005). Bununla birlikte, boşanmış, ayrılmış veya dul olan bireyler, evli olanlardan daha yüksek bir ortalama sıkıntı seviyesi bildirme eğiliminde olmalarına rağmen, ortalama sıkıntı seviyesi hiç evlenmemiş ve evlenmemiş kişilerde benzerdir (Walters, McDonough ve Strohschein 2002).

Kessler (Kessler, Price ve Wortman 1985) sosyoekonomik durum ve sıkıntı arasındaki ilişkiyi açıklayan iki mekanizma tanımlamaktadır. Sosyal seçim, duygusal olarak savunmasız bireylerin toplumun alt sosyoekonomik katmanlarına sürüklenme eğiliminde olduğunu yani sıkıntının sosyoekonomik durum sürüklenmesine neden olduğunu öne sürmektedir. Sosyal nedensellik ise ekonomik sıkıntının, kişinin maruz kaldığı stresleri veya stresli deneyimlerle başa çıkmak için mevcut kaynakları etkileyerek sıkıntıya yol açtığını yani sosyoekonomik durumun sıkıntıya neden olduğunu öne sürmektedir. Kessler düşük sınıf insanların sıkıntıya neden olabilecek

stresli deneyimlere çok maruz kalabileceklerini ve bu streslere maruz kaldıklarında sıkıntıya girme ihtimallerinin daha yüksek olabileceğini savunmaktadır. Düşük gelir ve sosyoekonomik durumun sıkıntı için bir risk faktörü olduğu defalarca gösterilmiştir (Caron and Liu 2011, Myer ve diğerleri, 2008, Phongsavan ve diğerleri, 2006). Geliri düşük olan bireyler daha düşük eğitime sahip olma, daha sık işsiz olma ve etnik azınlıklara mensup olma eğilimindedir ancak psikolojik sıkıntı ile ilişkili risk faktörleri düşük ve yüksek gelir grupları için aynı olma eğilimindedir. (Caron ve Liu 2011). Dolayısıyla, düşük gelirli insanlar genel risk faktörlerine karşı daha savunmasız kalmamakta ancak bunlara daha fazla maruz kalacaklardır. Benzeval ve Judge (2001) yetişkinlerde zaman içinde yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. İngiliz Hane Halkı Paneli Araştırması'na dayanarak, her yıl 1991-1997 yılları arasında gerçekleştirilen boylamsal bir nüfus araştırmasıdır. Mevcut geliri nüfus gelirinin en alt %40'ında olan bireylerde sıkıntı olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Dağılımı ise beş yıllık ortalama gelir ve ortalama gelirin altında veya nüfus dağılımının alt beşte yıl sayısı psikolojik sıkıntı için bir risk faktörü değildi. Böylece yoksulluğun zararlı etkisi için bir çeşit tavan etkisi var gibi görünmektedir. Yetişkinlerde, kronik sağlık sorunları ve günlük faaliyetlerde sınırlamaların kişinin kendisinde veya yakın bir aile üyesinde olup olmadığı psikolojik sıkıntı epidemiyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır (Gispert ve diğerleri, 2003, Mandemakers ve Monden 2010, Zabora ve diğerleri, 2001). Bu ilişki yaşam kalitesinin düşmesine, sosyal rollerin bozulmasına ve ilacın yan etkilerine bağlanabilmektedir (Chittleborough ve diğerleri, 2011). Bazı kronik sağlık sorunlarının zararlı etkisi yaşam süresi boyunca (Myklestad, Roysamb ve Tambs 2011), cinsiyet (Gispert ve diğerleri, 2003) ve etnik gruplar (Bratter ve Eschbach 2005) arasında değişebilmektedir.

Kişisel kaynaklar iç kaynaklar ve dış kaynaklar olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. İç kaynaklar, benlik saygısı ve kişinin hayatı üzerinde kontrol duygusu gibi güçlü bir kişilik bileşenine sahip kaynakları kapsamaktadır. Bu kaynaklar, travmatik bir olay durumunda geçici veya kalıcı olarak parçalanabilmelerine rağmen, kullanım ömrü boyunca sabit olmaktadır. Yüksek benlik saygısı ve kişinin hayatı üzerindeki kontrol duygusu yetişkinlerde (Gadalla 2009, Jorm ve ark.2005, Walters, McDonough ve Strohschein 2002) ve yaşlılarda (Cairney ve Krause 2005) ortalama düşük psikolojik sıkıntı düzeyi ile ilişkilidir. Kişinin yaşamı üzerindeki kontrol

duygusu, kötü sağlık ve günlük stresin sıklık üzerindeki etkisini değil, yoksulluğun etkisini engelleme eğilimindedir (Gadalla 2009). Dış kaynaklar sosyal ađ, sosyal destek, gelir ve eğitimi içermektedir. Genel olarak, sosyal destek, bireylerin psikolojik refahı için sosyal ağdan daha önemli görünmektedir (Cairney ve Krause 2005, Caron ve Liu 2011, Gadalla 2009, Pr ville ve ark. 2002). Destek türü ve kaynağının kadınlarda ve erkeklerde yaşam boyu farklı hareket edebileceğine dair bazı bulgular bulunmaktadır. Kuriyama ve ark. (2009) 40 yaş ve  st  Japonlarda, destek türü ile psikolojik sıklık arasındaki ilişkinin karmaşıklığını göstermektedirler. Bu çalışmada, başının belaya girdiği zamanlarda tavsiye verebilecek, sağlıkları konusunda danışacak, hastaneye götürebilecek ve onlara bakacak kimsesi olmayan kadın ve erkeklerde psikolojik sıklık oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ergenler için bir grup arkadaştan gelen destek genellikle daha düşük bir sıklık düzeyiyle ilişkilidir (Myklestad, Roysamb ve Tambs 2011, Ystgaard, Tambs ve Dalgard 1999). Bununla birlikte, okuldaki ve okul dışındaki arkadaşlar olarak değerlendirildiğinde, okuldaki arkadaşlardan gelen destek erkekler için koruyucu bir faktör iken kızlar için bu geçerli olmamaktadır. Okul dışındaki arkadaşlardan gelen desteğin psikolojik sıklık üzerinde hiçbir etkisi yoktur (Myklestad, Roysamb ve Tambs 2011). Operario ve ark. (2006), yüksek sıklıkta, düşük ebeveyn yakınlığı bildiren ve aile çatışmasını desteklemek için akranlarına yönelen kızlarla ilişkili olduğunu, erkeklerin ise ebeveynlerin yakınlığından veya akran desteğinden etkilenmediğini bulmuşlardır. Yetişkin popülasyondaki sıklık ile ilişkili olan sosyal destek ve sosyal ađ türü yaşlılarda aynı koruyucu etkiye sahip görünmemektedir (Paul, Ayis ve Ebrahim 2006). Yüksek gelir ve eğitimin psikolojik sıklıkta karşı koruyucu etkisi, kadınlarda ve erkeklerde tüm yaş gruplarında ve ülkeler arasında yapılan çoğu çalışmada doğrulanmıştır (Caron ve Liu 2011, Chittleborough ve ark.2011, Huang ve ark.2009, Jorm ve ark.2005, Nemeroff, Midlarsky ve Meyer 2010, Walters, McDonough ve Strohschein 2002). Eğitimin, psikolojik sıklık ile gelir veya engellilik arasındaki ilişkilerde etkileşime girebileceğine dair bazı bulgular bulunmaktadır. Örneğin, eğitimin etkisi ortalama veya daha yüksek gelire sahip kişiler için daha koruyucu olabilmektedir (Caron ve Liu 2011).

Mesleklerin ve iş organizasyonu koşullarının işçilerin psikolojik iyiliğini etkilediğine dair artan ve ikna edici bulgular bulunmaktadır. Işle ilgili psikolojik sıklıkta araştırılması    ana teorik modele dayanmaktadır. Iř talebi-kontrol modeli

(Karasek 1979) iş taleplerinin yani iş yükü, zaman kısıtlamaları, iş temposu, çatışan, duygusal ve fiziksel talepler çalışanlar üzerinde ciddi bir baskı uygulamakta ve işteki karar özgürlüğü seviyesinin yani yüksek düzeyde beceri kullanımı ve karar verme otoritesi, stresin çalışanların ruh sağlığı üzerindeki etkisini hafifletmektedir. Talep-kontrol-destek modeli (Karasek ve Theorell 1990), işyerindeki sosyal desteğin karar özgürlüğü ve iş talepleri arasındaki etkileşim üzerindeki etkisini vurgulayarak iş talebi-kontrol modeli'ni genişletmektedir.

Dünya çapında bir dizi uzun vadeli ve kesitsel çalışma, meslekler arasındaki psikolojik sıkıntıdaki farklılıkları tespit etmektedir. Mesleklerin sınıflandırılmasındaki farklılıklar nedeniyle bu çalışmalardan elde edilen bulguların karşılaştırılması zordur. Hollanda'da Maastricht topluluk çalışmasından elde edilen bulgular, mesleğin işçiler arasındaki psikolojik sıkıntıdaki varyansın %2,7'sini açıkladığını ortaya koymaktadır (Bultmann ve ark. 2001). Bu çalışmada, 131 mesleğin 10'u için sıkıntı yaygınlığı daha yüksekti ve daha yüksek risk altındaki meslekler çoğunlukla mavi ve beyaz yakalı işçilerdi.

Çalışma organizasyonu koşulları, psikolojik sıkıntıdaki değişimleri açıklamak için tek başına mesleklerden daha önemli görünmektedir. Çalışma organizasyonu koşulları, görev tasarımı, talepler, sosyal ilişkiler ve memnuniyetlerle ilgili dört örgütsel boyut (Marchand, 2005; Marchand, Demers ve Durand, 2005) etrafında tanımlanabilmektedir. Çalışma organizasyonu, işle ilgili görevlerin yerine getirilmesinde bireyler için az çok kontrole yani özerklik ve karar verme yetkisine izin verebilmektedir. Monoton ve tekrarlayan işler daha yüksek psikolojik sıkıntı riski ile ilişkili olmasına rağmen (Johansson 1989, Shiron, Westman ve Melamed 1999), görevin tamamlanması daha düşük sıkıntı riski ile ilişkilidir (Albertsen, Nielsen ve Borg 2001, Bourbonnais ve ark.2005, Karasek ve Theorell 1990). Kararın en büyüğüne yani, yüksek beceri kullanımı ve yüksek karar verme yetkisine sahip olduğunda, çalışanlarda sıkıntı riski azalmaktadır. Bununla birlikte, bazı çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, çok fazla becerinin kullanım ve karar verme yetkisi de psikolojik sıkıntıya yol açabilmektedir (Marchand, 2006; Marchand, Demers ve Durand 2005).

Geçtiğimiz son on yılda, psikolojik sıkıntı epidemiyolojisi hakkında deneysel bulgular birikmiştir fakat farklılaşmamış belirtiler geniş bir dizi içeren ölçeklerin kullanımı psikolojik sıkıntıya etki eden risk ve koruyucu faktörleri anlamamızı engellemiştir. Bununla birlikte, bilimsel literatürün incelenmesini kısıtlarken bazen somatik semptomların eşlik ettiği depresyon ve anksiyete belirtileri ile karakterize edilen duygusal acı verici bir durum olarak tanımlanan psikolojik sıkıntıyı değerlendiren ölçeklere dayanan çalışmalarda, çeşitli karakteristik özellikler ortaya çıkmaktadır. İlk olarak genel popülasyonda stresli olaylar, yaşam koşulları ve değerli sosyal rollerin eksikliği psikolojik sıkıntı için önemli risk faktörleri olarak ortaya çıkarken, benlik saygısı gibi iç kaynaklar ve gelir gibi dış kaynaklar önemli koruyucu faktörlerdendir. İkinci olarak işçiler arasında yüksek iş talepleri, düşük karar özgürlüğü, iş hayatındaki zayıf sosyal destek ve asgari ödüller psikolojik sıkıntı riskini arttırmaktadır. İşle ilgili faktörler, işçilerde gözlenen psikolojik sıkıntıda tüm varyasyonları açıklamamakta, ancak işçilerin sosyal ortamını oluşturan iş, aile, sosyal ağlar ve yerel topluluk gibi çeşitli unsurların entegrasyonunu teorik ve deneysel olarak hem zorlaştırmaktadır. Her durumda, psikolojik sıkıntı ile ilişkili faktörler aynı zamanda akıl sağlığı ve akıl hastalığının diğer boyutlarını da etkilemektedir ve psikolojik sıkıntı epidemiyolojisi ile diğer akıl sağlığı sorunları arasındaki benzerlik ve farklılıkları tanımlamaya ihtiyaç vardır. Deneysel bulgular psikolojik sıkıntıyı daha iyi anlamak ve nihayetinde önlemek için ele alınması gereken bir dizi konuyu işaret etmektedir. Psikolojik sıkıntılarının seyri hakkındaki bilgiler eksiktir. Bu nedenle geçici ve patolojik sıkıntı arasındaki ayrımı önlemektedir. Çeşitli çalışmaların odak noktası olmasına rağmen psikolojik sıkıntıda cinsiyet ve yaş farklılıkları büyük ölçüde açıklanamamaktadır. Spesifik risk faktörlerine maruz kalma cinsiyete ve yaş grubuna göre değişmektedir ancak bu maruz kalmanın psikolojik sıkıntıya etkisi belirsizdir. Sosyodemografik faktörlerin, stresle ilişkili faktörlerin ve bireysel kaynakların karmaşık etkileşiminin de daha fazla araştırılması gerekmektedir. Meslek ve iş organizasyonu koşullarının göreceli katkıları ve çalışma ortamı dışında hareket eden faktörler büyük ölçüde araştırılmamıştır. Örneğin, işle ilgili faktörlere ilişkin kavramsal çerçeveler, cinsiyetin bu faktörler ile psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiyi ılımlı hale getirebileceği bir alan bırakmamaktadır.



2.3. TEDAVİ MOTİVASYONU

Motive olmak, bir şeyler yapmak için harekete geçmek anlamına gelmektedir. Motivasyon psikolojik tedavilerde anahtar bir faktör olarak kabul edilmektedir. Madde kötüye kullanımı da dahil olmak üzere çeşitli klinik alanlarda yapılan klinik izlenim ve araştırmalar, bir kişinin tedavi müdahalelerine başvurmaya ve müdahale etmeye hazır olmasının önemini kabul etmektedir (Prochaska ve DiClemente 1983). Motivasyonun tedavinin etki etmesini ve davranış değişikliğini etkilediği varsayılmaktadır. Motivasyon eksikliği hastanın tedaviden ayrılması, tedavi, nüks ve diğer olumsuz tedavi

sonuçlarına uymamak için en sık belirtilen nedenlerinden biridir (Ryan ve ark. 1995). Başarılı bir sonuç elde etmek için madde kötüye kullanım tedavisinin sürdürülmesinin önemli olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Uyuşturucu kullanıcıları arasında tedavi arama, tedaviye uyma ve tedavide kalma konusunda motivasyon ve hazır bulunmanın önemini gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır (De Leon ve ark. 1993; Simpson ve ark. 1997a, 1997b). Benzer şekilde, hastaların motivasyonunun belirli bir terapötik müdahalenin seçimi için önemi kabul edilmekte ve bu, tedavi motivasyonunun artırılması hakkındaki geniş literatürde yansıtılmaktadır (Miller ve Rollnick 1991; Walitzer ve ark. 1999; De Leon ve ark. 2000). Motivasyonun doğası ve tedaviye başvurma ve tedavide yer alma sürecindeki rolü ve sürekli davranış değişikliği hakkındaki sonuçlar zaman zaman tutarsız olabilmektedir (Claus ve ark. 2002). Bunun nedenleri motivasyonun tanımlanması ve ölçülmesinden kaynaklanmaktadır. Miller ve Rollnick (1991) motivasyonu belirli davranışların olasılığı olarak tanımlamaktadır. Bir kişinin belirli bir değişim stratejisine girme, devam etme ve bu stratejiye bağlı kalması olasılığıdır. Bazı yazarlar motivasyon açısından döngüsellik riskini vurgulamaktadırlar (Ryan ve ark. 1995). Bandura, niyetin eylemden çıkarılamayacağına dikkat çekmektedir. Aksi takdirde, aynı olayın hem sebep hem de sonuç kanıtı olarak alındığı döngüsel bir açıklama sağlamaktadır. Bunun yerine, niyetin, düzenlediği davranıştan bağımsız olarak tanımlanması gerekmektedir (Bandura 1986, s. 468). Gossop (1972) motivasyon tanımının çok küresel olduğunu ve teorik olarak deneysel değere sahip olmayacağını savunmaktadır. Geçtiğimiz yirmi yıl içinde madde kötüye kullanımı alanında motivasyon üzerine çalışma ve yaklaşımların çoğaldığına tanıklık edilmektedir. Kavramsal modeller içsel ve dışsal olmak üzere iki özel motivasyon formuyla sınırlandırılmaktadır. De Leon ve arkadaşlarının (2001) tanımlarıyla, içsel motivasyon bireyin içinden ortaya çıkan değişimin baskısıdır. Örneğin, uyuşturucu kullanımının olumsuz fiziksel ve psikososyal sonuçlarının kabulüdür. Dışsal motivasyon ise dış baskılar ya da baskıya zorlama ya da tedaviye girme ve tedavide kalma algısıdır. Örneğin yasal, aile, istihdam ve sağlıkla ilgili baskılardır (De Leon ve diğerleri, 2001). İçsel ve dışsal motivasyonun davranış değişikliği üzerindeki etkisi, yasal baskının etkilerine odaklanmakta ve sadece birkaç çalışma aile ve istihdam baskılarının etkilerini incelemektedir. Bu tür dış baskıların tedaviye yönelik davranışı ve tedaviyi sürdürmeyi artırabileceğini gösteren bazı bulgular bulunmaktadır (Joe ve ark.

1998, 1999). Bu bulguların tedavi ortamlarında çoğaltılması konusunda bir tutarsızlık bulunmaktadır. Örneğin, ayakta tedavi gören uyuşturucusuz tedavi programları üzerine yaptıkları çalışmada Joe ve ark. (1999), yasal baskının seanslara katılım üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu, ancak bir hastanın terapötik katılımı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu bulmuşlardır. Aksine, yatan hastalardan alınan örneklem arasında, yasal baskının terapötik katılımı veya tedavinin sürdürülmesi üzerinde hiçbir etkisi olmadığı belirtilmektedir. Yasal yaptırım gibi dışsal nedenler, hastaları tedaviye başlamada ve tedaviyi sürdürmede potansiyel olarak yararlı görünse de davranışsal değişimin ortaya çıkarılması ve sürdürülmesinde nispeten daha etkili olduğu düşünülen içsel motivasyondur (De Leon ve Jainichill 1986; Curry ve ark. 1990; Ryan ve ark. 1995) ve hastanın tedavi deneyimine ilişkin daha olumlu görüşlere sahip olmasıyla bağlantılıdır (Simpson ve Joe 1993; Simpson ve ark. 1997b; Joe vd. 1998). Örneğin, madde kötüye kullanım tedavisine kendi başvuran ve muhtemelen daha güçlü içsel motivasyona sahip olan bireyler, diğer kurumlardan gelen ve muhtemelen güçlü içsel motivasyona sahip olmayanlardan daha düşük bırakma ve daha iyi sonuç gösterme eğilimindedir (Ryan ve ark. 1995). Bununla birlikte, zorlamayı, özellikle de değişme motivasyonu bağlamında, ikili olarak ve durum değişkeni olarak ele almak verimsiz olabilmektedir. Zorunlu tedavi gibi dışsal motivasyon faktörleri etkili olabilse de kritik faktör hastanın altında yatan psikolojik deneyimdir. Tedavinin hedeflerini benimsediği ve katılmak için kişisel bir seçim yaptıkları için tedavi istedikleri algısıdır. Bu durumda, dışsal bir motivasyon aracı içsel motivasyonu harekete geçirebilmektedir. Ayrıca, iç ve dış motivasyonu tanımlamak için kullanılan ölçütlerin çeşitliliği nedeniyle hem motivasyon türlerinin hem de tedaviyi sürdürme ve tedavi sonucuyla ilgili rolü üzerine yapılan araştırmaların karşılaştırılması zor olabilmektedir. Ryan ve ark. (1995) dört motivasyon alanını Tedavi Motivasyon Anketini (TMQ; 0.70-0.98 arasında değişen katsayı alfa) kullanarak iç ve dış algılanan nedensellik odağını, kişiler arası yardım aramayı ve tedaviye güveni değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada, iç motivasyon ve kişilerarası yardım arama sonuçların iyileşmesi ile olumlu ilişkili olmakta, alkol kötüye kullanımı için 8 haftalık bir ayakta tedavi programında tedavinin sürdürülmesi hem iç hem de dış motivasyonun yüksek seviyeleri ile etkili iken, sınırlı iç motivasyon en kötü sonuçları öngörmektedir. Curry ve ark. (1990) 'da sigarayı bırakma için kendi kendine yardım isteyen iki sigara içicisi örneğinin çalışmasında, içsel motivasyonun yapısı sağlık ve kendini kontrolü

içermekte ve dışsal motivasyon destek ve sosyal etkiyi içermektedir. Bırakma Nedenleri (RFQ) Anketi (0.53 ile 0,81 arasında değişen katsayı alfa) ile yapılan değerlendirme (Curry ve ark.1990), dışsal motivasyona göre daha yüksek içsel motivasyona sahip sigara içenlerin, sigara içmekten kaçınma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Zorunlu tedavi ile ilgili literatüre dayanarak, madde kötüye kullanımı tedavisine girmeye zorunlu tutulan hastaların, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında, iddialara göre içsel olarak motive olmuş olanlara benzer sonuçlar gösterdiklerini belirten Lawenthal ve ark. (1996), McLellan ve McKay (1997) içsel ve dışlar türler olarak tanımlandıklarında motivasyonun sınırlı ilgisini ve yararlılığını tartışmışlardır. Sonraki araştırmalar, motivasyonu aşamalı olarak kavramsallaştırmaya ve potansiyel olarak bir kişinin düzeyini, motivasyon kaynağını, değişim ve tedaviye hazır olup olmadığını daha iyi ölçebilecek ölçüm geliştirmeye odaklanmaktadır.

Transtheoretical değişim modeli (Prochaska ve DiClemente 1983; Prochaska ve ark. 1992) bağımlılık davranışlarında değişikliğin niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve sürdürme gibi farklı aşamalarında bireyleri tanımlamaktadır. Bu şekilde kullanılmamasına rağmen, aşamalar genellikle motivasyon (Derisley ve Reynolds 2000; Tierney ve McCabe 2002) ve özellikle değişime hazır olma olarak yorumlanmaktadır (Maisto ve ark. 1999). Motivasyon başlangıçta bireyin uyuşturucu kullanımından kaynaklanan sorunları tanınmasıyla ortaya çıkmakta ve değişim olasılığı göz önüne alındığında artmaktadır. Değişim sürecinin doğada doğrusal olmaktan çok döngüsel olduğu düşünülmektedir. Böylece, bireyler sürdürme ve sürekli bir değişim durumuna ulaşılmadan önce değişim döngüsü boyunca çeşitli zamanlarda hareket edebilmektedir. Buna ek olarak, her aşamanın, davranışın artıları ve eksileri, bireyin kendini değiştirme stratejileri ve bireyin davranışı değiştirme yeteneği hakkındaki inançları arasında belirli bir denge ile karakterize edildiği söylenmektedir (Prochaska 1994). Aşamaları destekleyen bulgular, motivasyonun değişime hazır olma olarak tanımlandığı ve aşamalar olarak ölçüldüğünde, bu ölçümler, özellikle nikotin ve alkole bağımlı bireyler olmak üzere çok çeşitli popülasyonlar ve problemler arasındaki değişimin önemli belirleyicileri olabileceğini göstermektedir (Prochaska ve DiClemente, 1983; Heather ve ark. 1993). Literatüre bakıldığında, müdahalelerin bireyin mevcut aşamasına uygun hale getirilmesinin değişimi teşvik edebileceği varsayımını desteklemektedir (Prochaska ve ark. 1993). Bununla birlikte, aşamalı araştırmaların daha yakın tarihli sonuçları, model

hakkında daha fazla destekleyici kanıt sağlayamamaktadır (Van Sluijs ve ark. 2004; Adams and White 2005).

Tedavi için motivasyonun eşit derecede yeniden kavramsallaştırılmasının büyümesi için motivasyonel görüşme ile temel oluşturulmaktadır (Miller ve Rollnick 1991, 2002). Motivasyonel görüşme, hasta kararsızlığının araştırılması ve azaltılması yoluyla davranış değişikliği için içsel motivasyonu arttırmak üzere tasarlanmış kısa bir müdahaledir (Miller ve Rollnick, 2002). Rogerian ve stratejik teknikleri direktif ancak ağırlıklı olarak danışan merkezli ve işbirlikçi bir formatta birleştirmek için karar dengesi (Janis ve Mann, 1977) ve kendini algılama teorisi (Bem, 1967) dahil olmak üzere diğer teorilerin ilkelerini birleştirmektedir. Kabul eden ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşımla, hastaların madde kullanımının yaşamları üzerindeki olumsuz etkilerini, değişimin yararlarını ve madde kullanımının, temel değerlerin ve önemli yaşam hedeflerinin, hayal kırıklığı ile arasındaki ilişkiyi keşfetmesine yardımcı olunmaktadır (Carey ve ark. 1999). Davranış değişikliği için hedefler de gerçek davranış değişikliği ile ilişkili bir eylem olarak ortaya çıkmaktadır (Miller ve Rollnick 1991). Motivasyonel görüşme ilkelerine dayanan kısa müdahaleler, tek başına bir tedavi olarak ve belirli bir programa zaten bağlı olan kişilerde tedavinin korunmasını kolaylaştırmanın bir yolu olarak kullanılmaktadır. McCambridge ve Strang (2004), tek bir motivasyonel görüşme seansı almak için rasgele atanan gençlerin, 12 aydan sonra müdahale etkinliğinin kalıcı olduğuna dair çok az bulgu olmasına rağmen, sigara, alkol ve esrar kullanımında sadece standart eğitim alanlara göre önemli ölçüde daha fazla azalma elde ettiğini bulmuşlardır (McCambridge ve Strang 2005). Bir araştırmada Dunn ve ark. motivasyon görüşmesinin, özellikle daha yoğun madde kötüye kullanımı tedavisine giriş ve katılımı arttırırken etkili olduğu sonucuna varmışlardır (Dunn ve ark. 2001). West (2006) transteorik bir bağımlılık modeli önermektedir. Burada temel varsayım bağımlılık davranışı anlayışının insan motivasyon sisteminin anlaşılmasını gerektirmesidir. İnsan motivasyon sisteminin gelecekteki eylemler için birbiriyle ilişkili beş plan düzeyinde çalışmasını önermektedir. Bunlar, eylemleri başlatabilecek, durdurabilecek veya değiştirebilecek yanıtlar, dürtü, bilinçli olarak arzu veya istek olarak deneyimlenen güdüler ve değerlendirmeler veya değerlendirici inançlardır. Madde kullanımı sorununun sonucu ve önemli bir özelliği, çeşitli seviyelerde çok çeşitli anormalliklere sahip düzensiz bir motivasyon sistemidir. Bununla birlikte, sistem, bireyin kendi

kimliğiyle bütünleşmiş sağlıklı davranışlara öncelik veren belirli müdahalelerle yeniden dengelenebilmektedir. Bir derleme süreci ile prime modeli, sağlık inancı modeli (Rosenstock 1974; Garcia ve Mann 2003) ve üstün yapısını oluşturan planlı davranış teorisi (Ajzen ve Fishbein 2000) gibi bir dizi mevcut bilişsel çerçeveyi barındırmaktadır. Geçmişteki iki boyutlu doğrusal teorilerin aksine, potansiyel olarak her şeyi kapsayan bağımlılık yapıcı açıklamalara ve tahminlere izin veren, çok boyutlu, dinamik ve etkileşimli olması, alandaki önceki formülasyonlardan farklıdır. Yararlılığı henüz test edilmemekle birlikte yapıların nasıl işler hale getirilmesi gerektiği konusunda net öneriler üretmek doğru olmamaktadır. Buna ek olarak klinik uygulama üzerinde bir etkisi olması için modelin nasıl uygulanacağı henüz önerilmemektedir. Prime modelinin deneysel testi, motivasyonun anlaşılmasına ve madde kötüye kullanımının tedavisindeki rolünü potansiyel olarak arttırmaktadır. Çoğu hasta içsel veya dışsal baskılara veya bunların bir karışımına bağlı olarak değişme motivasyon düzeyini gösterirken, tedaviye başlayan çok az sayıda hasta kimlik değişikliği ve kişisel gelişim yolculuğuna girmeye hazır olmaktadır. Tedavi motivasyonunun, Terapötik Toplum Araştırmaları Merkezi ve Teksas Christian Üniversitesindeki Davranışsal Araştırma Enstitüsü'nün aşamaları olarak tam bir görünümü, değişim / tedavi motivasyonu ile değişim / tedaviye hazır olma arasındaki ayrımı kabul etmektedir. Her iki formülasyon da bireylerin tedavi ve iyileşme için bilişsel hazır olma durumlarını göz önünde bulundurmakta, tedavi arama davranışını ve madde kötüye kullanımı sorunları için tedaviye girmeyi açıklamaya çalışmaktadır. Madde kötüye kullanımı hizmetleri, hastaların tedaviye hazır olup olmadığını belirlemek, tedavi planlarını ve müdahaleleri buna göre uyarlamak için bir fırsat sunmaktadır. Tedavide erken dönemde motivasyonel sorunların ele alınması, katılımı başlatma ve sürdürme olasılığını en üst düzeye çıkarma potansiyeline sahip olmaktadır. De Leon'un (1996) modelinde motivasyon, hazır olma, dışsal koşullar ve uygunluk ile açıklanmaktadır. Motivasyon, bireyin değişim ihtiyacı ve içsel değişim nedenleri hakkındaki farkındalığını yansıtmaktadır. Bir kişinin dışsal baskıları içeren mevcut koşulları, tedaviye girme ve tedaviden çıkma kararını etkileyebilmektedir (De Leon 2000). Tedavi ihtiyaçları ve motivasyon modeli (Simpson ve Joe 1993) motivasyonun problem tanımadan, yardım isteğinden tedaviye hazırlığa kadar bir süreklilik boyunca var olduğunu göstermektedir. Problem tanıma, bireyin madde kullanımının kişisel problemler ve yaşam problemlerine neden olduğunun farkına

varması ile karakterizedir. Yardım isteği, uyuşturucu sorununu çözmek için yardıma ihtiyaç duyulan ve ifade edilen bilişsel durumu temsil etmektedir. Sonuç olarak, tedaviye hazırlık, bireyin tedaviyi iyileşmenin en iyi yolu olarak görmesi ve kabul etmesi için bilişsel olarak hazırlanmasının ve bir tedavi programıyla gerçek etkileşime giden bir basamak olması ile son bulmaktadır. Motivasyon ölçeğinin ilk gelişimi ve tedavi ihtiyaçları ve motivasyon modelinin öz değerlendirme formuna (Knight vd. 1994) ilk dahil edilmesinden bu yana, mevcut içeriğine göre ve tedavi ihtiyaçları ve motivasyon modelinin hasta öz ve tedavi değerlendirme kapsamında geliştirilmiştir. Ölçek ortak köklere sahiptir. Motivasyonun üç yönü ve ölçeğin dayandığı teorik taslak için faktör analizi ile bulgu sağlanmaktadır (Simpson ve Joe 1993). Ölçek aynı zamanda tutarlı psikometrik özellikler de sürdürmekte olup, katsayı alfa değeri 0.72 ile 0,85 arasında değişmektedir (Joe ve ark. 1998; Simpson ve ark. 2000).

Tedavi ihtiyaçları ve motivasyon modelinin tedavi süreci literatüründe hem bireysel motivasyonun hem de rehabilitasyon sürecinin önemi vurgulanmakta, tedavi ortamı, hasta ihtiyaçları ve hedefleri gibi bileşenler ve özellikle terapötik ilişki ve tedavi ilişkisi uzun vadeli sonucu etkilemektedir. Motivasyon, erken etkileşimin ve erken iyileşmenin gelişmiş sonuçlarla nasıl ilişkili olduğunu mekanizması ile tedavi ihtiyaçlarının ve motivasyon tedavi süreci modelinin temelini atabilmektedir. Değişim aşamaları gibi önceki modeller, maksimum etki için müdahalelerin ne zaman ve nerede kullanılacağı konusunda net bir klinik kılavuz olmadan, kendilerini hasta değişikliğinin tanımı ve bulguya dayalı tekniklerin listelenmesi ile sınırlandırılmaktadır. Temel etki alanları modelinde değerlendirme, hastanın güçlü yönleri ve zayıflıkları, program katılımı, terapötik ilişki, psikososyal işleyiş ve davranışsal uyum gibi tedavi planlamalarına bilgi vermektedir. Aşamalı yaklaşım, motivasyonel sorunları aşamalı olarak ele alan ve iyileşmeyi kolaylaştıran bir dizi bağlantılı müdahaleyi birleştirmektedir. Motivasyonel görüşme (Miller ve Rollnick 1991, 2002) açık bir şekilde motivasyona odaklanmakta, ancak nihai olarak motivasyonu arttırmak ve hastaların bağlılığını artırmak amacıyla oldukça farklı yöntemler kullanan diğer müdahaleler kullanılmaktadır. Tedavinin başlarında, tedaviye hazır olma ve katılımı iyileştirmek için kıdemli profesör seminerleri gibi özel giriş teknikleri (De Leon ve arkadaşları 2000) başarıyla kullanılmaktadır. Tedavi ihtiyaçları ve motivasyon tedavisi modelinin kesin bir beklentisi, hastaların tedavi kazanımlarını tam olarak

bütünleştirecek kadar uzun süre hizmetlerle temas halinde kalmalarıdır. Madde bağımlılığı tedavisinde motivasyon rolüne ilişkin mevcut araştırmalarla ilgili genel endişelerden biri, başlıca psikoloji teorilerinde yeterince yer almamasıdır. Buna göre, bahsedilen modeller ve yaklaşımlar gerçekten de madde kötüye kullanım alanına özgüdür ve büyük ölçüde sağlam bir teorik altyapıdan yoksundur. Değişim aşamaları ve tedavi ihtiyaçları ve motivasyon gibi bazı modeller, son tedavi motivasyon modellerinin problem tanıma, dış basınç, tedavinin algılanabilir uygunluğu bileşenleri ile psikoterapi ve klinik psikoloji genel alanındaki tedavi etkililiği ve sonuçları ile ilgili kavramlarla bağlantılarıdır (Drieschner ve ark. 2004). Bu, gelecekteki iyileştirmeler için bir temel oluştursa da ve potansiyel olarak sahada teoriye dayalı araştırmalar üzerine inşa edilmesine rağmen, trans teorik model gibi çoğu model belirli konular veya koşullarla sınırlı kalmaktadır. Bunun aksine, daha genel modeller motivasyonun bütünsel bir açıklamasını sunmakta, ancak onunla çalışmanın somut yollarını dışarıda bırakmaktadır. Dolayısıyla prime teoride olduğu gibi klinik uygulama üzerindeki sınırlı etkileri ortaya çıkmaktadır. Sosyal biliş alanından türetilen bir teori olan öz belirleme teorisi (Deci ve Ryan, 1985b), motivasyon faktörlerinin dinamikleri ve davranış değişimindeki rolleri hakkındaki anlayışımızı genişletmek için yeni fırsatlar vaat etmektedir. Motivasyonun psikolojik yönlerine yeterince uymayan bağımlılığa özgü modellerin aksine, öz belirleme teorisinin ileri sürdüğü argümanlar ve varsayımlar, motivasyon süreçlerine daha geniş bir bakış açısı getirmektedir. İnsan motivasyonunun bu açıklaması, kumar (Chantal ve ark. 1995), sigarayı bırakma (Williams ve ark. 2002) ve madde kötüye kullanımı (Simoneau ve Bergeron 2003) çalışmalarına başarıyla uygulanmakta ve sonuçları daha yakın zamanda ruh sağlığı hizmetleri araştırmalarında araştırılmaktadır (Mancini 2008).

2.3.1.Öz Belirleme Teorisi

Öz belirleme teorisi algılanan özerklik ve motivasyon arasındaki ilişkiyi ele almaktadır. Bu teoriye göre insanlar, olumlu sağlık ve büyümeyi destekleyen faaliyetlere katılma konusunda gerçek bir eğilime yani içsel motivasyonuna sahip

olmaktadır. Özerklik, seçim duygusu, irade ve öz belirleme duygusuyla hareket etme deneyimiyle ilgilidir. Yeterlik, kişinin önemli sonuçları etkileyebilme yeteneğine sahip olduğu inancıdır. İlişkili olma, tatmin edici ve destekleyici ilişkilere sahip deneyimdir. Öz belirleme teorisinde, yeterlik, ilişkili olma ve özerklik için insan ihtiyaçlarının karşılanması sürdürülebilir yani özerk bir motivasyon yaratmaktadır. Bulgular, içsel motivasyonun gelişmiş iyi oluş ve sağlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir (Ryan ve Deci 2000), ancak öz belirleme teorisi tüm yararlı davranışların özünde motive olmadığını iddia etmektedir (Deci ve Ryan 1985b, 2002). Dış kaynaklardan gelen dışsal motivasyon genellikle tedaviye katılım gibi rahatsız edici veya zevkli olmadığı düşünülen davranışların sahipliğini teşvik etmek için gereklidir. Öz belirleme teorisinde motivasyon, artan özerklik ve öz-düzenleme dereceleri ile karakterize edilen dört noktalı bir süre boyunca kavramsallaştırılmaktadır (Ryan ve Deci 2000, 2002). Öz-belirlenmemiş yani kontrollü uçta dışsal motivasyon ve içe atım motivasyon bulunmaktadır. İçe atım motivasyon, davranışın değerinin kısmi içselleştirilmesini yansıtmakta, ancak bu duyguları çelişen ve kararsız bir motivasyon biçimi olarak kalmaktadır. Bu kısmen içselleştirilmiş düzenlemenin, dış düzenlemelere tabi eylemlerden daha fazla davranışın sürdürülmesine yol açacağı düşünülmektedir (Deci ve Ryan 2000). İçe atım düzenlemenin deneyimine, olumsuz duygusal bir ton, gerginlik ve davranışa katılma talepleri ile buna gerçekten değer vermeme arasındaki içsel çatışma eşlik etmektedir (Ryan ve Connell 1989). Suçluluktan kaçınmak ya da değerli bir insan gibi hissetmek için tedavi görmek, içe dönük motivasyonu göstermektedir. Özdeşim, kişisel olarak değerli sonuçlar elde etmek için davranışın önemli olduğunu bilinçli bir şekilde kabul etmeyi içermektedir. Değerli sonuçlar, davranışı sürdürmedeki zorlukları geçersiz kılacak güçlü bir teşvik sağlamaktadır. Hastaların seçimini ve hareketini teşvik eden tedavi ve destek sunmak, hastaların sağlıklı ve üretken davranışlarda bulunmak için enerji sağlayan temel değerlerini ve inançlarını belirlemelerine yardımcı olabilmektedir. Öz belirleme teorisi özerklik, yeterlik ve ilişkili olma duygusu geliştirmenin, insanların sağlık ve iyi oluş için elverişli davranışları kendi kendine düzenlemeye ve sürdürmeye başladıkları içselleştirme ve bütünleştirme süreçleri için kritik olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle, özerkliği sağlayan ve besleyen ve güveni destekleyen bağımlılık tedavi ortamlarının, içsel motivasyonu veya hastaların iyileşme konusunda zorlayıcı ve yararlı buldukları

faaliyetlere ilgisini ve katılımını artırma olasılığı yüksektir. Bütünleşmiş düzenleme, hastalar içselleştirdiklerinde, kendilerini olduğu gibi kabul ettiklerinde ve kendi onayladıkları tedavi programı kuralları, prosedürleri ve standartları ile elde edilmektedir. Program hedeflerini, değerlerini ve yapılarını kabul ettikleri için, bütünleşmiş motivasyona sahip hastalar, programı anlamlı seçimler, belirgin yapılar ve destekleyici ilişkiler sağlayarak tecrübe etmektedir. Bağımlılık tedavisi bağlamında, bir öz belirleme teorisi çerçevesi, klinisyenlerin hastaların özerkliğini nasıl destekleyebileceğine yönelik bir yönlendirme de sunmaktadır. Öz belirleme teorisi tabanlı bir yaklaşım hasta merkezli olup, insanların sağlıklarına ve gelişmelerine katkıda bulunan faaliyetlere içtenlikle değer verdiklerini varsaymaktadır (Rogers ve ark. 1989). Klinisyenler, hastaların bakış açısını kabul ederek, seçimlerine saygı göstererek ve kararlar için anlamlı bir gerekçe sunarak, tedavinin katılımını artırabilmekte ve sonucu iyileştirebilmekte, hastaların içsel motivasyonunu harekete geçirmeye yardımcı olabilmektedir. Ayrıca, öz belirleme teorisi, bazı yararlı faaliyetlerin yön, yapı, uzmanlık, bilgi ve beklentilerin iletişimi şeklinde dışsal motivasyon gerektirdiğini de kabul etmektedir (Sheldon ve ark. 2003). Klinisyenler, hastaların sağlıklı yaşam için motive edilmiş davranışlara sahip olma ve ihtiyacına odaklanarak, hastaların dışsal motivasyonu içselleştirme sürecini etkileyecek konumdadırlar. Britton ve diğ. (2008) öz belirleme teorisi ve motivasyonel görüşmenin varsayım ve ilkeleri arasındaki uyumu tanımakta ve öz belirlemenin, bu teorinin ilkelerini uygulamak için bir araç olabileceğini varsaymaktadırlar. Hem öz belirleme teorisi hem de motivasyonel görüşme, bireylerin olumlu sağlık ve büyümeye katkıda bulunan davranışlarda bulunmak için motive olduklarını ileri sürmektedir. Ayrıca, öz belirleme tarafından teşvik edilen ilkeler motivasyonel görüşmenin temelini oluşturanlarla paraleldir (Markland ve ark. 2005). Öz belirleme teorisinin yeterlik ilkesi, motivasyonel görüşmenin, hastaların öz-yeterlilik etkinliğini desteklediği, geri bildirimde bulunduğu ve hastaları kendi hedeflerine ulaşmaya teşvik ettiği ilkesine benzetilmektedir. İlişkili olma ilkesi, motivasyonel görüşmenin, hastaları yargılayıcı olmayan ve empatik bir şekilde destekleme ilkeleriyle ilişkilidir. Öz belirleme teorisi, hastaların özerklik, yeterlik ve ilişkili olma gereksinimlerini desteklemenin, motivasyonu kolaylaştırmak için kritik öneme sahip olduğunu öne sürmektedir. Ancak bu öneri bağımlılık bağlamında yeterince çalışılmamıştır. Öz belirleme teorisi ve motivasyonel görüşme

temelli yaklaşımların uygulanmasını araştıran araştırmalar, özerklik, öz belirleme, motivasyon, tedaviye katılım ve sonuç arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabilmektedir. Ayrıca, özerklik ve kontrol arasındaki temel ayrım, öz bildirim tedbirleri ve nitel metodolojiler kullanılarak değerlendirilebilmektedir. Bu teorideki kilit nokta, tedaviye yasal bir yönlendirme gibi dışsal bir olayın kendisi değil, işlevsel önemi (Ryan ve Grolnick 1986) veya içsel veya dışsal nedensel odağı teşvik edebilecek ve sonuçta motivasyonu etkileyebilecek anlamı olmasıdır. Tedavi için yasal bir başvurunun maddeye bağımlı bir kişi tarafından, yasal bir işlem tehdidi olarak değil, dibe ulaştığının sinyalini veren bilgi olarak algılandığı durumlarda, bunun tedaviye katılımı kolaylaştıracağı söylenebilmektedir. Bu, özellikle dışsal olayın, kişinin değişmek için içselleştirdiği motivasyon ile çakıştığı durumlarda gerçekleşmektedir. Etiketleme teorisine benzeyen bu yaklaşım, özellikle ceza adaleti popülasyonlarında, sevk sürecinin anlamını ve deneyimlerini keşfetmenin potansiyel olarak değerli bilgileri ortaya koyabileceği uyuşturucu alanına uygulanmamıştır. Şimdiye kadar araştırmalar, uyuşturucu bağımlı bireylerin yasal yönlendirmelerinin olumsuz algılandığını ve zorlayıcı olarak yorumlandığını varsaymaktadır. Doğrudan zorlamanın ölçülmesi ihtiyacı tespit edilmiştir (Longshore ve Teruya 2006). Madde kötüye kullanımının tedavisinde zorlamanın doğası ve kullanımı ile ilgili tartışmalar göz önüne alındığında, kavram, sonuçları ve sevk sürecinin tetiklediği algı ve algıları değiştirmenin yollarını daha iyi anlayabilecek araştırmalar faydalı olabilir.

Öz belirleme teorisinde (Deci ve Ryan, 1985b) bir eyleme yol açan farklı nedenlere veya hedeflere dayalı olarak farklı motivasyon türlerini birbirinden ayrılmaktadır. En temel ayrım, doğal olarak ilginç veya eğlenceli olduğu için bir şey yapmayı ifade eden içsel motivasyon ile ayrılabilir bir sonuca yol açtığı için bir şey yapmayı ifade eden dışsal motivasyon arasındadır. Otuz yılı aşkın bir süredir yapılan araştırmalar, bireyin içsel ve dışsal nedenlerle davrandığında deneyim ve performans kalitesinin çok farklı olabileceğini göstermektedir. İçsel motivasyon, eğitimciler için önemli bir fenomen olarak ortaya çıkmakta ebeveyn ve öğretmen uygulamaları tarafından sistematik olarak katalize edilebilen veya zayıflatılabilen doğal bir öğrenme ve başarı kaynağı olarak görülmektedir (Ryan ve Stiller, 1991). İçsel motivasyon yüksek kaliteli öğrenme ve yaratıcılık ile sonuçlandığından, onu zayıflatıcı faktörleri ve kuvvetleri detaylandırmak özellikle önemlidir. Bununla birlikte, bu derlemede eşit

derecede önemli olan dışsal motivasyon kategorisine giren çok farklı motivasyon türlerinin açıklanmasıdır. Literatürde, dışsal motivasyon tipik olarak güçlü olsa bile içsel motivasyonla tezat oluşturan soluk ve fakirleştirilmiş bir motivasyon biçimi olarak tanımlanmaktadır (deCharms, 1968). Bununla birlikte, öz belirleme teorisi bazıları gerçekten yoksullaşmış motivasyon formlarını temsil eden ve bazıları aktif, aracı durumları temsil eden çeşitli dışsal motivasyon türleri olduğunu önermektedir.

İçsel motivasyon, bir faaliyetin ayrılabilir sonuçlardan ziyade doğal tatminleri için yapılması olarak tanımlanmaktadır. İçsel olarak motive edilen bir kişi, dışsal çıkıntılar, baskılar veya ödüller yerine eğlenmek veya uğraşmak için harekete geçmektedir. İçsel motivasyon olgusu ilk önce hayvan davranışlarının deneysel çalışmalarında kabul edilmiştir. Birçok organizmanın destek veya ödül olmasa bile eğlenceli ve merak odaklı davranışlar içerdiği keşfedilmiştir (White, 1959). İnsanlarda, içsel motivasyon tek motivasyon ve istemli faaliyet biçimi olmamakla birlikte, yaygın ve önemli bir motivasyondur. Doğumdan itibaren, insanlar, en sağlıklı hallerinde, öğrenmeye ve keşfetmeye her yerde aktif olarak hazır olan meraklı ve eğlenceli varlıklardır ve bunu yapmak için yabancı teşviklere gerek duymamaktadır. Bu doğal motivasyon eğilimi fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimde kritik bir unsurdur, çünkü kişinin bilgi ve becerilerinde doğuştan gelen çıkarları üzerinden hareket ederek oluşmaktadır. Yeniliklere ilgi duyma, aktif olarak benimseme ve becerilerimizi yaratıcı bir şekilde uygulama eğilimleri çocukluk ile sınırlı olmamaktadır. Aynı zamanda insan doğasında yaşamın performansını, kalıcılığını ve refahını etkileyen önemli bir özelliğidir (Ryan & LaGuardia).

Bireylerde içsel motivasyon var olmasına rağmen, bireyler ve faaliyetler arasındaki ilişkide başka bir anlamda içsel motivasyon vardır. İnsanlar bazı aktivitelerde başkaları için değil içsel olarak motive olmaktadır. Herkes belirli bir görev için özünde motive edilmemektedir. Bir kişi ve bir görev arasındaki bağda içsel motivasyon bulunduğundan ötürü bazı yazarlar, görevin ilginç olması açısından içsel motivasyonu tanımlamakta, diğerleri bunu kişinin kendiliğinden motivasyonlu görev katılımından kazandığı memnuniyetler açısından tanımlamaktadır. Özellikle edimsel koşullanma (Skinner,1953) yiyecek veya para gibi ödüller tarafından tüm davranışların motive edildiğini savunmakta, içsel olarak motive edilen faaliyetlerin, ödülün etkinliğinin

kendisinde olduğu aktiviteler olduğu söylenmektedir. Bu nedenle, araştırmacılar bir aktiviteyi hangi görev özelliklerinin ilginç kıldığını araştırmışlardır. Buna karşılık, öğrenme teorisi (Hull,1943) tüm davranışların fizyolojik dürtüler tarafından motive edildiğini iddia etmekte, bu nedenle de içsel olarak motive edilen faaliyetlerin doğuştan gelen psikolojik ihtiyaçların karşılanması sağlayan faaliyetler olduğu söylenmektedir. Bu yüzden araştırmacılar, kendilerinin motive ettiğı davranışlarla hangi temel ihtiyaçların karşılandığını araştırmışlardır.

İçsel motivasyonda en sık kullanılan iki ölçü olmasına rağmen çeşitli şekillerde de işlevsel olarak tanımlanmaktadır. Deneysel araştırmalar (Deci,1971), öncelikle özgür seçim ölçüsü adı verilen içsel motivasyonun davranışsal bir ölçüsüne dayanmaktadır. Bu ölçümü kullanan deneylerde katılımcılar, bir ödöl almak ya da almamak gibi değışen koşullar altında bir göreve maruz kalmaktadırlar. Bu süreyi takiben, deneyci katılımcılara hedef görevle daha fazla çalışmalarını istemeyeceklerini söylemekte ve daha sonra hedef görev ve çeşitli dikkat dağıtıcı faaliyetler ile deney odasında yalnız bırakılmaktadırlar. Bu nedenle, aktiviteye geri dönüp dönmeyecekleri konusunda bir özgür seçim dönemi vardır ve görevi yapmak için ödöl veya onay gibi dışsal bir neden yoksa ve hedef görevle daha fazla zaman harcıyorlarsa o görev için daha fazla motive olmaktadır. Bu ölçü, içsel motivasyon dinamiklerinin deneysel olarak incelendiğı dayanak noktası olmaktadır. İçsel motivasyonun ölçülmesine yönelik diğler yaygın yaklaşım, kendi kendine bildirilen raporların kullanılması ve aktivitenin kendisinden zevk alınmasıdır. Deneysel çalışmalar genellikle göreve özgü ölçülere dayanmaktadır (Ryan,1982; Harackiewicz,1979). Çoğı saha çalışması, kişinin okul için içsel motivasyonu gibi daha genel alan adı odaklı ölçümler kullanmaktadır (Harter,1981). İnsanlara özgür olarak içsel motivasyon eğilimleri verildiğine dair gözlemlenebilir kanıtlara rağmen bu eğilim yalnızca belirlenebilir koşullar altında ifade edilmektedir. İçsel motivasyon üzerine yapılan araştırmalar, bu özel motivasyonu ortaya çıkaran, sürdüren ve artıran koşullara karşı onu baskı altına alan veya azaltan koşullara büyük önem vermektedir. Öz belirleme teorisi içsel motivasyonu zayıflatmaya karşı sosyal ve çevresel faktörler açısından özel olarak tasarlanmış bir teoridir. Deci ve Ryan (1985a) tarafından sunulan bilişsel değıerlendirme teorisi içsel motivasyonda değışkenlik yaratan sosyal bağlamlardaki faktörleri belirtmektedir. Öz belirleme teorisinin bir alt teorisi olarak kabul edilen bilişsel değıerlendirme teorisi, eylem sırasında yetkinlik duygularına

yol açan iletişim veya geribildirim gibi kişilerarası olaylar ve yapılar bu eylem için içsel motivasyonu artırmaktadır. Bunun nedeni temel psikolojik yeterlilik ihtiyacının karşılanmasına izin verilmesidir. Buna göre, örneğin, optimal zorlukların, geri bildirimi teşvik eden etkinliğin ve alçaltıcı değerlendirmelerdeki özgürlüğün, içsel motivasyonu kolaylaştırdığı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte bilişsel değerlendirme teorisi yetkinlik duygularının, bir özerklik duygusu ya da özellik açısından, iç algılanan bir nedensellik odağı ile birlikte olmadıkça, içsel motivasyonu artırmayacağını belirtmektedir (IPLOC; deCharms, 1968). Dolayısıyla, insanlar sadece algılanan yetkinliği veya öz-yeterliliği tecrübe etmekle kalmamalı, aynı zamanda içsel motivasyon korunacaksa veya geliştirilecekse, kendi kendini tanımlayacak davranışlarını deneyimlemelidirler. Farklı bir şekilde ifade edersek, yüksek düzeyde içsel motivasyon için insanların hem yetkinlik hem de özerklik için ihtiyaçlarının tatminini yaşamalıdır. Araştırmanın çoğu, yetkinlik ve özerklik ihtiyaçlarını destekleyen veya engelleyen anlık bağlamsal koşulların etkilerine odaklanmakta, ancak bazıları desteklerin bir dereceye kadar bireylerin devam eden yetkinlik ve özerklik duygularını destekleyen iç kaynaklara uymalarından gelebileceğini kabul etmektedir. Bilişsel değerlendirme teorisinin ilkeleri, temel olarak yeterlilik ve özerklik ihtiyaçlarına odaklanmakta, ilk çalışmalarında elde edilen bir dizi sonucu birleştirmek için ödüllerin, geri bildirimin ve diğer dış olayların iç motivasyon üzerindeki etkileri formüle edilmektedir. Bu daha sonra hem laboratuvar deneylerinde hem de birçoğu sınıflarda yapılan uygulamalı saha çalışmalarında doğrulanmaktadır. Geçmiş birkaç çalışmalar, olumlu performans geri bildiriminin iç motivasyonu artırdığını (Deci, 1971; Harackiewicz, 1979), olumsuz performans geri bildiriminin ise azalttığını göstermektedir (Deci ve Cascio, 1972). Diğer çalışmalar (Vallerand ve Reid, 1984), algılanan yetkinliğin bu etkilere aracılık ettiğini ve yine de başkalarının, algılanan yetkinlik artışlarına içsel motivasyonunu artması için özerklik duygusu eşlik etmesi gerektiği hipotezini desteklediğini göstermektedir (Ryan, 1982). Çevresel olayların içsel motivasyon üzerindeki etkileri üzerine yapılan araştırmaların çoğunluğu aslında yetkinlik yerine özerklik ve kontrol konusuna odaklanmaktadır. Bu nedenle bu konu çok daha tartışmalı bir hal almaktadır. Araştırma, dışsal ödüllerin, insanları daha içsel algılanan bir nedensellik odasına dönüştüren ödül açısından yorumladığımız içsel motivasyonu baltalayabileceği (Deci, 1971; Lepper, Greene ve Nisbett, 1973) ile

başlamaktadır. Ödüller konusu tartışılrsa da yakın zamanda yapılmış bir meta-analiz (Deci, Koestner ve Ryan, 1998), görev performansına bağlı olarak yapılan beklenen her tür somut ödülün aslında gerçek motivasyonu zayıflattığını doğrulamaktadır. Buna ek olarak sadece somut ödüller değil, aynı zamanda tehditler (Deci & Cascio, 1972), son teslim tarihleri (Amabile, DeJong ve Lepper, 1976), direktifler (Koestner, Ryan, Bernieri ve Holt, 1984) ve rekabet baskısı (Reeve & Deci, 1996) iç motivasyonu azaltmaktadır, çünkü bilişsel değerlendirme teorisine göre insanlar onları davranışlarının kontrolü olarak deneyimlemektedir. Öte yandan, seçim ve kendi kendini yönetme fırsatı (Zuckerman, Porac, Lathin, Smith ve Deci, 1978) daha büyük bir özerklik hissi verdiği için içsel motivasyonu artırıyor gibi görünmektedir. İçsel motivasyonun sürdürülmesinde kontrolün özerkliğe karşı önemi, yapılan sınıf çalışmalarında açıkça gözlenmektedir. Örneğin, çeşitli çalışmalar, kontrolün aksine özerkliği destekleyen öğretmenlerin öğrencilerine daha fazla içsel motivasyon, merak ve meydan okuma arzusu sağladığını göstermektedir (Deci, Nezlek ve Sheinman, 1981; Ryan ve Grolnick, 1986). Aşırı kontrol edilen öğrenciler sadece başlangıcı kaybetmekle kalmamakta, özellikle öğrenme karmaşık olduğunda veya kavramsal, yaratıcı işlem gerektirdiğinde daha az öğrenmektedir (Benware ve Deci, 1984; Grolnick ve Ryan, 1987). Özetle, öz belirleme teorisinin bilişsel değerlendirme teorisi açısı, sınıf ve ev ortamlarının özerklik ve yeterlilik gereksinimlerini önlemeye karşı destekleyerek içsel motivasyonu kolaylaştırabileceğini veya öngörebileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, içsel motivasyonun sadece bir birey için içsel ilgiyi elinde bulunduran aktiviteler için değil, o birey için yenilik, meydan okuma veya estetik değere sahip olanlar için gerçekleşeceğini belirtmektedir. Böyle bir durumda olmayan faaliyetler için bilişsel değerlendirme teorisinin ilkeleri geçerli olmamaktadır. Özü gereği ilginç olmayan deneyimlerin motivasyonunu anlamak için dış motivasyonun doğasına ve dinamiklerine daha derinlemesine bakılması gerekmektedir.

İçsel motivasyon açıkça önemli bir motivasyon türü olmasına rağmen insanların yaptıkları faaliyetlerin çoğu tam anlamıyla özünde motive edici olmamaktadır. Özellikle erken çocukluktan sonra böyle olduğu bilinmektedir. Bunun nedeni içsel olarak motive olma özgürlüğü, bireylerin ilginç olmayan görevler için sorumluluk almasını gerektiren sosyal talepler ve roller tarafından giderek kısıtlanmaktadır. Örneğin okullarda, içsel motivasyonun ilerleyen her sınıfla birlikte zayıfladığı görülmektedir.

Dışsal motivasyon, bir faaliyet ne zaman gerçekleşirse bazı ayrılabilir sonuçlar elde etmek için devam eden bir yapıdır. Bu sebeple dışsal motivasyon içsel motivasyonla tezatlık teşkil etmekte; bu, yararlı değerinden ziyade sadece aktivitenin kendisinden zevk almak için bir aktivite yapmayı ifade etmektedir. Bununla birlikte, dışsal güdülenmiş davranışı, değişmez özerk olmayan olarak gören bazı perspektiflerden farklı olarak, öz belirleme teorisi dışsal motivasyonun özerklik derecesinde büyük ölçüde değişebileceğini önermektedir. Örneğin, ödevini yalnızca yapmadığında gelecek olan ebeveyn yaptırımlarından korktuğu için yapan bir öğrenci, yaptırımlardan kaçınmanın ayrı bir sonucunu elde etmek için ödevini yaptığı için dışsal olarak motive olmaktadır. Benzer şekilde, kariyeri için kişisel olarak değerli olduğuna inandığında ötürü işi yapan bir öğrenci de dışsal olarak motive olmaktadır, çünkü o da onu ilginç bulduğu için değil, yararlı bulduğu için yapmaktadır. Her iki örnek de yararları içermekte ancak ikinci durum kişisel bir onay ve bir seçim hissi gerektirirken, birincisi sadece harici bir kontrole uyumu içermektedir. Her ikisi de kasıtlı davranışı temsil etmekte ancak iki dışsal motivasyon türü göreceli özerkliklerinde farklılık göstermektedir. İnsanları bu tür faaliyetlere değer vermeye ve kendi kendini düzenlemeye ve dış baskı olmaksızın, kendi başlarına gerçekleştirmeye nasıl motive edecekleri sorunu için, öz belirleme teorisi, içinde değerlerin ve davranışsal düzenlemelerin içselleştirilmesini ve entegrasyonunu teşvik etmek için kullanılmaktadır (Deci ve Ryan, 1985b). İçselleştirme, bir değer veya düzenleme alma sürecidir ve bütünleşme, bireylerin düzenlemeyi kendilerine tam olarak dönüştürdüğü, böylece kendiliklerinden yayılacağı süreçtir. Bir süreklilik olarak düşünülen içselleştirme kavramı, kişinin davranış motivasyonunun, isteksizlikten ve pasif uyumadan, aktif kişisel bağlılığa kadar nasıl değişebileceğini tanımlamaktadır. Artan içselleşme ve bununla ilişkili kişisel bağlılık duygusu, daha fazla kalıcılık, daha olumlu öz algılamalar ve daha iyi katılım kalitesi ile gelmektedir.

Öz belirleme teorisi içinde, farklı dışsal motivasyon biçimlerini ve bu davranışlar için düzenlemenin içselleştirilmesini ve bütünleşmesini teşvik eden veya engelleyen bağlamsal faktörleri detaylandırmak için Örgensel Bütünleştirme Teorisi (OIT) olarak adlandırılan ikinci bir alt teori tanıtılmaktadır (Deci ve Ryan, 1985b). Motivasyon bozukluğu hareket etme niyetinden yoksun olunan durumdur. Motive edildiğinde, bir kişinin davranışı niyeti ve kişisel nedensellik duygusundan yoksundur.

Motive bozukluğunda bir kişinin davranışı, niyeti ve kişisel nedensellik duygusundan yoksun olmaktadır. Motivasyon bozukluğu, bir aktiviteye değer vermemekten (Ryan, 1995), bunu yapmaya yetkin hissetmemekten (Deci, 1975) veya bunun istenen bir sonucu vereceğine inanmamasından kaynaklanmaktadır (Seligman, 1975). Motivasyonu birimsel bir kavram olarak gören teorisyenler (Bandura, 1986) sadece motivasyon ve motivasyon bozukluğu dediğimiz şey arasındaki ayrımla ilgilenmektedir. Farklı özerklik veya öz belirleme derecelerini yansıtmak için düzenlediğimiz çeşitli motivasyon türleri bulunmaktadır. Dışsal motivasyonun özerklik biçimlerini temsil eden bir kategori, dış düzenlemeyi etiketlediğimiz bir kategoridir. Bu tür davranışlar dış talebi karşılamak veya elde etmek için dışarıdan dayatılan bir ödül koşulu ile gerçekleştirilmektedir. Bireyler genellikle dışsal olarak düzenlenmiş davranışı kontrollü veya yabancılaşmış olarak tecrübe etmekte ve eylemlerinin dış algılanan bir nedensellik odağı bulunmaktadır (deCharms, 1968). Dış düzenleme edimsel teorisyenlerin (Skinner, 1953) tanınan tek motivasyon türüdür, erken laboratuvar çalışmalarında ve tartışmalarında genellikle içsel motivasyonla tezat oluşturan bir tür dışsal motivasyondur. İkinci bir dışsal motivasyon türü içe atım düzenlemesidir. İçe atım, hâlâ oldukça kontrol edici olan bir tür iç düzenlemeyi tanımlamaktadır, çünkü insanlar bu tür eylemleri suçluluk veya kaygıdan kaçınmak, ego geliştirmelerine veya gururuna ulaşmak için baskı hissi ile gerçekleştirmektedir. Başka bir deyişle, içe atım, koşullu benlik saygısı ile düzenlemeyi temsil etmektedir. Tipik bir içe atım modeli, bir kişinin benlik saygısını ve değer hissini arttırmak veya sürdürmek için bir eylem gerçekleştirdiği ego katılımıdır (Nicholls, 1984; Ryan, 1982). Düzenleme kişinin içinde olmasına rağmen, iç içe geçmiş davranışlar benliğin tamamen bir parçası olarak deneyimlenmemekte ve bu nedenle de hala algılanan dışsal bir nedensellik odasına sahip olmaktadır. Dışsal motivasyonun daha özerk veya kendi kendini belirleyen bir biçimi, özdeşim yoluyla düzenlemedir. Kişi, bir davranışın kişisel önemi ile özdeşleşmekte ve bu nedenle düzenlemesini kendi davranışı olarak kabul etmektedir. Yaşam hedefi olarak değer verdiği yazma ile ilgili gördüğü için yazım listelerini ezberleyen bir çocuk, bu öğrenme etkinliğinin değeri ile özdeşleşmektedir. Son olarak dışsal motivasyonun en özerk şekli bütünleşmiş düzenlemedir. Bütünleşme, özdeşleşen düzenlemeler tamamen kendisine özümsemiğinde gerçekleşmektedir. Bu, iç gözlem ve yeni düzenlemeleri kişinin diğer değerleri ve ihtiyaçları ile uyumlu hale getirerek gerçekleşmektedir. Bir kişi bir eylemin

nedenlerini ne kadar içselleştirip onları özümserse, dışsal olarak motive edilen eylemler de o kadar kendini belirlemektedir. Bütünleşmiş motivasyon modelleri hem özerk hem de çelişkisiz olmak üzere birçok niteliği içsel motivasyonla paylaşmaktadır. Bununla birlikte, hala dışsaldırlar çünkü bütünleşmiş düzenlemenin motive ettiği davranış, kendiliğinden istemli ve değerli olmasına rağmen, davranıştan ayrı olan bazı sonuçlara göre varsayılan yararlı değeri için yapılmaktadır. Bu yerleştirme, içsel motivasyonun kendi belirlediği faaliyetin bir prototipi olduğunu vurgulamaktadır. Ancak, bu dışsal düzenlemeler daha içselleştikçe içsel motivasyona dönüştüğü anlamına gelmemektedir. Toplumsal değerler ve düzenlemeler yaşam süresi boyunca sürekli olarak içselleştirildiği için içselleştirme süreci gelişimsel açıdan önemlidir. Yine de dışsal motivasyonun altında yatan sürekliliğin kendi başına gelişimsel bir süreklilik olduğu önerilmemektedir. Kişinin belirli bir düzenlemeye göre içselleştirmenin her aşaması boyunca ilerlemesi gerekmemektedir. Başlangıçta bu deneyimin herhangi bir noktasında önceki deneyimlere ve durumsal faktörlere bağlı olarak yeni bir davranış düzenlemesi benimsenebilmektedir (Ryan,1995). Bazı davranışlar içe atım olarak, bazıları ise kimlik olarak başlayabilmektedir. Dışsal düzenleme sebebiyle bir kişi başlangıçta ödül gibi bir aktiviteye maruz kalabilmektedir. Ödül çok fazla denetleyici olarak algılanmazsa bu tür bir maruz kalma, kişinin etkinliğin doğası gereği ilginç özelliklerini deneyimlemesine ve dolayısıyla yön değiştirmesine neden olabilmektedir. Başka bir deyişle bir etkinliğin değeri ile tanımlanmış bir kişi, kontrol eden bir danışman altında bu değer duygusunu kaybedebilmekte ve geri kalmış dışsal bir düzenleyici moda geçebilmektedir. Dolayısıyla, yönelimler arasında hareketin öngörülebilir nedenleri olsa da gerekli bir düzen bulunmamaktadır. Bununla birlikte, gelişimsel sorunlar iki şekilde belirgindir. Birincisi, artan biliş ve ego kapasiteleriyle kendi kendine artışa özümsenebilecek davranış ve değer türleri ve ikincisi insanların genel düzenleyici tarzının ortalama olarak eğilim gösterdiği görülmektedir. Kişi genel organizma eğilimlerine göre zaman içinde özerklik ve öz düzenleme yolunda (Ryan, 1995) daha içsel olmaktadır (Chandler & Connell, 1987). Ryan ve Connell (1989) bu farklı motivasyon türlerinin göreceli özerklik sürekliliğinde olduğu formülasyonu test etmişlerdi. İlkokul çocukları arasındaki ödev yapmak gibi başarı davranışlarını araştırmışlardır. Bu davranışlara katılmanın içe atım, özdeşleşmiş ve içsel nedenlerini değerlendirmişlerdir. Dört düzenleme türünün bir sıralı korelasyon örüntüsüne göre karşılıklı olarak ilintili

olduğunu ve böylece altta yatan bir özerklik sürekliliği için kanıt sağladığını bulmuşlardır. Tutum ve uyum farklılıkları farklı dışsal motivasyon türleri ile de ilişkilendirilmektedir. Örneğin, ne kadar çok öğrenci dışarıdan düzenlenirse o kadar az ilgi, değer ya da çaba göstermekte ve öğretmen gibi başkalarını olumsuz sonuçlar için suçlama eğilimi de o kadar fazla olmaktadır. İçe atım düzenlemesi çaba harcamalarıyla olumlu ilişkili olmakla birlikte aynı zamanda daha fazla kaygılı ve başarısızlıklarla başa çıkmada zayıf olmakla ilişkili olmaktadır. Özdeşleşmiş düzenleme okuldan daha fazla keyif alma ve daha olumlu başa çıkma stilleri ile ilişkili olmaktadır. İçsel motivasyon, ilgi, zevk, hissedilen yetkinlik ve pozitif başa çıkma ile ilişkili olmaktadır. Yapılan sonraki çalışmalar dışsal motivasyon türleri ile ilgili bu bulguları genişletmektedir. Örneğin daha özerk dışsal motivasyonun daha fazla katılım (Connell ve Wellborn, 1990), daha iyi performans (Miserandino, 1996), daha az vazgeçme (Vallerand ve Bissonnette, 1992), daha kaliteli öğrenme (Grolnick ve Ryan, 1987) ve psikolojik olarak daha iyi olma (Sheldon ve Kasser, 1995) ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak, insan motivasyonu sınıflandırmasında sunulduğu üzere modele kültürler arası genelleme olduğu görülmektedir (Hayamizu, 1997). O halde daha fazla içselleştirme, daha az çatışma ve kişisel kaynaklara daha fazla erişim nedeniyle daha fazla davranışsal etkinlik ve daha fazla psikolojik iyiliği deneyimle de dahil olmak üzere çok yönlü uyarlanabilir avantajlar (Ryan, Kuhl ve Deci, 1997) ortaya çıkarmaktadır. Hem kişisel deneyim hem de davranışsal ve performans sonuçları için içselleştirmenin önemi göz önüne alındığında, uygulanan konu dışsal olarak motive edilen davranışların özerk düzenlemesinin nasıl teşvik edileceğiyle ilgilidir. Dışsal olarak motive edilen davranışlar doğası gereği ilginç olmadığından ve bu nedenle başlangıçta harici olarak sorulması gerektiğinden, insanların davranışları yapmaya istekli olmalarının başlıca nedeni, bağlı olduklarını hissettikleri veya hissetmek istedikleri ve aile veya akran grubu gibi onlar için önemli olan kişiler tarafından değerlendirilmeleridir. Bu durum içselleştirmeyi kolaylaştırmanın temelini, bir hedefi yayan öz belirlemede bir ilişki duygusu yaşadığımız kişilere, gruba veya kültüre bir aidiyet ve bağlılık duygusu sağladığını göstermektedir. Sınıflarda bu durum, öğrencilerin öğretmen tarafından saygı duyulan ve önemsenen hislerinin, sunulan sınıf değerlerini kabul etme isteklilikleri için gerekli olduğu anlamına gelmektedir. Bunu desteklemek için Ryan, Stiller ve Lynch (1994) öğretmenlerle ve ebeveynlerle ilişkinin okulla ilgili davranış düzenlemelerinin

daha fazla içselleştirilmesiyle ilişkili olduğunu belirtmektedir. İkinci bir konu algılanan yetenekle ilgilidir. Dışsal bir hedef olarak benimsemek, kişinin kendisiyle ilgili olarak yeterli hissetmesini gerektirmektedir. Öğrenciler, bir amacı anarlarsa ve başarılı olmak için ilgili becerilere sahiplerse bir hedefi benimseyip içselleştirmektedir. Böylece, yetkinlik desteklerinin yani zorluklar ve etkinlikle ilgili geri bildirim sunmanın içselleştirmeyi kolaylaştırdığını teorize etmektedir. Öz belirleme yaklaşımına göre, içselleştirilen bir düzenleme sadece içe atımı benimsemekte ve bu tür bir düzenleme, insanları yetkinlik ve ilgili olma gereksinimlerinden tatmin hissetmelerini sağlayabilmektedir. Bu nedenle özerklik desteğinin içselleştirmeyi de kolaylaştırdığını hatta içe atımdan ziyade bütünleşmiş bir düzenlemenin kritik unsurudur. Kontrol etme bağlamları, yeterlilik ve ilgililiği destekliyorsalr içe dönük düzenleme sağlayabilmekte, ancak yalnızca özerklik destekleyici bağlamlar bütünleşmiş öz düzenleme sağlamaktadır. Bir düzenlemeyi tamamen içselleştirmek ve böylece onunla ilgili özerk olmak için, insanların anlamlarını ve değerlerini içsel olarak kavraması gerekmektedir. Yetkinlik, ilişki ve özerklik ihtiyaçlarını destekleyen ortamlarda içselleştirilen ve bütünleşmiş olan bu anlamlardır. Deci, Eghrari, Patrick ve Leone (1994) deneysel olarak, özerklik ve ilişki için desteklerin yanı sıra ilginç olmayan bir davranış için anlamlı bir gerekçe sağlamanın içselleştirmeyi ve bütünleşmeyi teşvik ettiğini göstermektedir. Bağlamların kontrolü, daha az genel içselleştirmeyi sağlamakta, ancak daha da ilginç olan, bağlamların kontrolünde meydana gelen içselleştirmenin yalnızca içe atım olma eğiliminde olmasıdır. Bunlar, ilgili ve yetkinlik desteklerinin içselleştirmeyi nasıl kolaylaştırdığını ve özerklik desteğinin davranışsal düzenlemelerin bütünleşmesini nasıl kolaylaştırdığını gösteren bu alandaki bulgulardandır. Bu gerçekleştiğinde, insanlar dışsal olarak değerli faaliyetlerde bulundukları için kendilerini sadece yetkin ve ilgili hissetmekle kalmamakta, aynı zamanda kendilerini tespit etmektedirler. İlgi alanı dışında gerçekleştirilen, yetkinlik ve özerklik için doğuştan gelen psikolojik ihtiyaçları karşılayan kendinden motivasyonlu davranışlar, kendi belirlediği davranışın ilk örneği olmaktadır. Dışa dönük olarak motive edilen davranışlar öz belirleme derecelerine göre değişebilmektedir. İçselleştirme ve bütünleşme, dışsal olarak motive edilen davranışların daha özerk olduğu süreçlerdir. Çalışmalar temel psikolojik ihtiyaçlar açısından yorumlanmaktadır. Kişinin yetkinlik, özerklik ve ilişkisellik duygularını destekleyen sosyal bağlamsal koşulların, içsel

motivasyonu sürdüren ve dışsal motivasyon konusunda daha öz belirleme hale gelmesinin temeli olmaktadır.

Bağımlılık dışı süreçlere bakıldığında, motivasyon, değişime yönelik belirgin girişimlerin potansiyel kaynakları olan faktörlerden biridir. Değişimin doğal süreçlerini kolaylaştırmak ve hastaların hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olmak amacıyla, motivasyonel konuların nasıl anlaşıldığı ve değerlendirildiği önemli olmamaktadır. Motivasyona olan ilginin artmasıyla birlikte, sayıları giderek artan tanımlar ortaya çıkmakta ve şu anda tek düze bir motivasyon terminolojisi eksikliği bulunmaktadır. Kavramsallaştırılması ve tanımlanabilmesi için birtakım yaklaşımlar ve çerçeveler kullanılmaktadır. Tedavideki dinamik ve rolünü belirtmeye çalışmaktadır. Tedavi öncesi motivasyon ve tedaviye hazırlık düzeyinin daha yüksek olduğu, tedavi süreci boyunca erken tedaviye katılım, tedaviyi sürdürme ve sonuçları iyileştirdiği gösterilmektedir. Tedavi öncesi motivasyonu şekillendirmek, değiştirmek ve tedavi ve bakım sonrası stabilitesini korumak için çeşitli yöntemler ve stratejik müdahaleler geliştirilmektedir. Her ne kadar birçok belge geliştirilmiş, motivasyon ve belirleyicilerinin değerlendirilmesinde nispeten yaygın olarak kullanılsa da bu önemli değişkenleri ölçmek için altın standart olarak tek bir belge veya belge grubu oluşturulmamıştır. Aynı şekilde, hastaların farklı tedavi yöntemlerinin uygunluğuna ilişkin algılarının yanı sıra tutum ve inançları da hastaları farklı tedavi biçimlerine hazırlamak için önemlidir. Bunlar bu noktada zayıf gelişme göstermektedir. Gelecekteki araştırmalar, ölçüm araçlarını iyileştirmeye ve davranış değişikliğinde motivasyonun rolünü değerlendirmek için daha iyi veri analitik stratejileri bütünleştirmeye odaklanmalıdır. Gelecekte motivasyon çalışmasının şekillenmesi, bağımlılık tedavisi ve iyileşme alanındaki sonuçların tanımlanma biçiminden etkilenecektir. Sonuçları göz önünde bulundurarak, alan iyileşmeyi tanımlamak konusunda belirsiz bir durumdadır, ancak içeriğini son zamanlarda içkinin etkisi altında olmama yanı ayıklık, kişisel sağlık ve vatandaşlık olarak detaylandırmaktadır (Betty Ford Enstitüsü 2007). Deneysel olarak güvenilir başlıca akım psikoloji teorilerini benimsemek ve bunları madde kötüye kullanım alanına uygulamak, hastaların değişim ve tedavi motivasyonunu etkileyen bilişsel, davranışsal ve kişilerarası faktörlere ve mekanizmalara ilişkin iç görüş sağlayarak potansiyel olarak faydalı olabilmektedir. Her ne kadar kavramsal ve ölçüm düzeylerinde önemli zorluklar olsa da motivasyon ve hazır olma kavramlarının anlaşılması ve uygun şekilde tedaviye

dahil edilmesi, madde kötüye kullanım hizmetlerinin, tedavi arayanların çeşitli ihtiyaçlarını karşılamasını sağlayabilmesi olasıdır. Alandaki evrimi ilerletmek için daha fazla teori güdümlü araştırma, artırılmış ölçüm cihazları ve daha sık değerlendirme gerekmektedir.



BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma bağımlı olan bireylerde psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmaya; NP İstanbul Beyin Hastanesi, AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) Kliniği'nde yatarak tedavi gören, alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış olan toplam 34 hasta alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilen bireyler eşit cinsiyet dağılımında olmamakla beraber, 8 bağımlı kadın hasta ve 26 bağımlı erkek hasta olmak üzere toplamda 8 kadın 26 erkekten oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM bölümünde yatarak tedavi gören 34 alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış olan hastadan oluşmaktadır. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

3.3.Veriler Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmada “Psikolojik Sıkıntı Ölçeği” ve “Tedavi Motivasyon Anketi” kullanılmıştır.

3.3.1.Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

Altun ve arkadaşları tarafından 2019 yılında Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Özgül olmayan psikolojik sıkıntı hakkında 10 sorudan oluşan ölçek katılımcıların sinirlilik, umutsuzluk, hüznün, değersizlik ve yorgunluk gibi belirtileri görme sıklığını ölçer. Son 30 gün içinde yaşadığı ve mevcut depresif belirtilerin düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 10 sorudan oluşan ölçeğin 1’den (hiçbir zaman) 5’e kadar (her zaman) arasında değişen 5’li likert tipi cevaplama şekli bulunmaktadır. En yüksek 50 puan, en düşük 10 puan alınan ölçekte,

yüksek puanlar daha fazla ruhsal sıkıntıyı göstermektedir. Altun ve arkadaşlarının (2019) uygulamasına katılan 200 kişinin 112'si(%56) kadın, 88'i(%44) erkek, yaş ortalaması 31.3 ± 12.1 'dir. Katılanların K10-PSÖ'ye verdiği yanıtların puan ortalaması 21.8 ± 10.7 , ölçeğin Cronbach alfa katsayısıyla değerlendirilen iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. ROC eğrisi altında kalan alan 0.958'dir. Spearman-Brown iki yarı test güvenilirliği 0.93, test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.89 ($p < 0.001$) olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonlarının 0.720-0.887 arasında değiştiği görülmüş olup, K10-PSÖ puanı >20 kesim noktası için %92,0 duyarlılık ve %90,4 seçicilik saptanmıştır.

Katılımcıların K10-PSÖ'den aldıkları puanlar demografik özelliklerle karşılaştırılarak incelendiğinde, kadınların ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu ($p=0.012$), bekarların ortalamasının dul/ayrı yaşayan/boşanmış ve evli kişilere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Mesleklere göre K10-PSÖ puanı ortalaması en yüksek grubun herhangi bir işte çalışmayanlar olduğu, ortalaması en düşük grubun öğrenciler olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

3.3.2.Tedavi Motivasyon Anketi

Ryan ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiş olan ve orijinal ismi Treatment Motivation Questionnaire olan ölçek, Evren ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe uyarlaması, faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte 26 madde bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun faktöryel yapısı orijinali ile uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık ölçümünde Cronbach alfa katsayıları alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda birinci ölçek (İM) için 0.91, ikinci ölçek (DM) için 0.42, üçüncü ölçek (TA) için 0.83, dördüncü ölçek (TG) 0.72 ve tüm ölçek (TMA) değerlendirildiğinde 0,84 olarak bulundu. Her alt ölçek ve o alt ölçekte bulunan maddeler arasındaki korelasyonlar $p > 0.30$). Sadece TG alt ölçeği ve o ölçeğe ait 14'üncü madde arasındaki korelasyon katsayısı ($r=0.17$) anlamlı olmakla beraber ($p=0.019$) düşüktü. DM ile toplam ölçek puanı (TMA) ve diğer alt ölçeklerden İM ve KYA arasında korelasyon saptanmamıştır. MATT, KYA dışında tüm alt ölçekler ve TMA toplam puanı ile anlamlı doğrusal korelasyon göstermiştir.

Olguların alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini değerlendirmede kullanılan ölçek, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güvensizlik olmak üzere 4 faktör içermektedir. İçsel motivasyon (İM) (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) – tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyon, dışsal motivasyon (DM) (3, 6, 10 ve 12. maddeler) - tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskı, kişiler arası yardım arama (KYA) (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) - olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonu ve tedaviye güvensizlik (TG) (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) - tedavinin seyri ile ilgili beklentiler olarak değerlendirilmektedir. Toplam 26 maddeden oluşan ölçeğin “Kesinlikle katılmıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” arasında değişen 5 noktalı Likert tipi cevaplama şekli bulunmaktadır. Daha sonra Ryan ve ark.3 TMA’yı alkol kötüye kullanımı için tedavi arayışındaki (n=98) ikinci bir örnekleme uygulamışlardır. TMA, yapısal geçerliliğini düşündüren, klinisyen tarafından değerlendirilen genel bozukluk, genel motivasyon, tanımlanmış motivasyon, içselleştirilmiş motivasyon ve dışsal motivasyon ile yüksek korelasyon göstermiştir.

3.4.İstatistiksel Analiz

Araştırmada kullanılan veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21?? Versiyon programında girilmiştir. Katılımcılara ait demografik bilgilerin dağılımının belirlenmesi için frekans analizi yapılmıştır. En küçük ve en büyük değerler betimleyici istatistik tablo, katılımcıların ölçek ve alt ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için ve psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu ölçeklerinin birbirleri ile olan ilişkisine yönelik Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek ve alt ölçek puanlarının cinsiyet faktörü açısından karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi, ölçek ve alt ölçek puanlarının yaş açısından karşılaştırılması için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Tablo 1: Katılımcılar ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Demografik değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	8	23,5
Erkek	26	76,5
Toplam	34	100,0
Yaş		
18-25	8	23,5
26-32	14	41,2
33 ve üstü	12	35,3
Toplam	34	100,0

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %23,5’inin (n=8) kadın olduğu ve %76,5’inin (n=26) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaş grupları incelendiğinde %23,5’inin (n=8) 18-25 yaş arası olduğu, %41,2’sinin (n=14) 26-32 yaş arası olduğu, %35,3’ünün (n=12) 33 ve üstü yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Yaş Ortalamaları (N=34)

Yaş	Ortalama	SS
Kadın	30,87	10,31
Erkek	32,34	8,66
Genel Ortalama	32,00	8,93

Tablo 2’de katılımcıların yaş ortalamalarına ait veriler görülmektedir. 34 katılımcının genel yaş ortalaması 32.00 (SS=8,93), kadınların yaş ortalaması 30.87 (SS=10,31) ve erkeklerin yaş ortalaması ise 32,34 (SS=8,66)’dür.

Tablo 3: Ölçek ve Alt Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

	N	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Kısa Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	34	19,00	50,00	35,97	9,25
Tedavi Motivasyonu Anketi	34	29,00	110,00	89,55	15,06
İçsel motivasyon	34	11,00	55,00	43,50	9,94
Dışsal motivasyon	34	4,00	16,00	11,55	2,87
Kişiler arası yardım arama	34	9,00	30,00	22,02	5,41
Tedaviye güvensizlik	34	5,00	18,00	12,47	3,48

Tablo 3’te Kısa Psikolojik Sıkıntı Ölçeği, Tedavi Motivasyonu Anketi ve alt boyutlarından alınan Min. Max ortalama ve std. sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Yönelik Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6
1-Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	r	1					
2-Tedavi Motivasyonu Anketi	r	0,177	1				
	p	0,315					
3-İçsel motivasyon	r	-,341*	,893**	1			
	p	0,046	<0,001				
4-Dışsal motivasyon	r	-0,120	,651**	,478**	1		
	p	0,498	<0,001	0,004			
5-Kişiler arası yardım arama	r	0,147	,766**	,547**	,369*	1	
	p	0,407	<0,001	0,001	0,032		
6-Tedaviye güvensizlik	r	-0,191	0,046	-0,236	0,055	-0,110	1
	p	0,278	0,795	0,179	0,759	0,536	

Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi)

Tablo 4’de psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu ölçeklerinin birbirleri ile olan ilişkisine yönelik spearman korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Bu analize göre psikolojik sıkıntı puanları ile tedavi motivasyonu puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0.177$, $p=0.315$).

Psikolojik sıkıntı puanları ile Tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından “İçsel motivasyon” puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.341$, $p=0.046$).

Psikolojik sıkıntı puanları ile Tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından “Dışsal motivasyon” puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0.120$, $p=0.498$).

Psikolojik sıkıntı puanları ile Tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından “Kişiler arası yardım arama” puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0.147$, $p=0.407$).

Psikolojik sıkıntı puanları ile Tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından “Tedaviye güvensizlik” puanları arasında da istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0.191$, $p=0.278$).

Tablo 5: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ort.	N	Z	p
Kısa Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	Erkek	37,65	26	-1.997	0.048
	Kadın	30,50	8		
Tedavi Motivasyonu Anketi	Erkek	92,57	26	-1.362	0.173
	Kadın	79,75	8		
İçsel motivasyon	Erkek	45,76	26	-2.097	0.036
	Kadın	36,12	8		
Dışsal motivasyon	Erkek	11,61	26	-0.636	0.525
	Kadın	11,37	8		
Kişiler arası yardım arama	Erkek	22,69	26	-0.878	0.380
	Kadın	19,87	8		
Tedaviye güvensizlik	Erkek	12,50	26	-1.184	0.854
	Kadın	12,37	8		

Mann Whitney U test

Tablo 5’ de yer aldığı gibi, katılımcıların psikolojik sıkıntı ölçeği puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Psikolojik sıkıntı ölçeği puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Psikolojik sıkıntı ölçeği puanları kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ($Z=-1.997$, $p=0.048$).

Katılımcıların Tedavi motivasyonu ölçeği puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Tedavi Motivasyonu ölçeği puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($Z=-1.362$, $p=0.173$).

Katılımcıların Tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından “İçsel motivasyon” puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. İçsel motivasyon puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İçsel motivasyon puanları kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2.097$, $p=0.036$).

Katılımcıların Tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından “Dışsal motivasyon” puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Dışsal motivasyon puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($Z=-0.636$, $p=0.525$).

Katılımcıların “Kişiler arası yardım arama” puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($Z=-0.878$, $p=0.380$).

Katılımcıların Tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından “Tedaviye güvensizlik” puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($Z=-1.184$, $p=0.854$).

Tablo 6: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

	Yaş	Ort.	N	KV	p
Kısa Psikolojik Sıkıntı ölçeği	18-25	34,25	8	6.250	0.042
	26-32	32,78	14		
	33 ve üzeri	40,83	22		
Tedavi Motivasyonu anketi	18-25	77,25	8	6.049	0.048
	26-32	95,57	14		
	33 ve üzeri	90,75	22		
İçsel motivasyon	18-25	34,87	8	7.367	0.025
	26-32	48,07	14		
	33 ve üzeri	43,91	22		
Dışsal motivasyon	18-25	9,75	8	2.312	0.315
	26-32	12,28	14		
	33 ve üzeri	11,91	22		
Kişiler arası yardım arama	18-25	19,00	8	3.248	0.197
	26-32	23,07	14		
	33 ve üzeri	22,83	22		
Tedaviye güvensizlik	18-25	13,62	8	1.842	0.398
	26-32	12,14	14		
	33 ve üzeri	12,08	22		

KV=Kruskall Wallis test

Tablo 6’ da yer aldığı gibi, katılımcıların Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları ve Tedavi Motivasyonu Ölçeği puanları ile Yaş grupları karşılaştırılmıştır.

Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları ile yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=6.250 p=0.042). 33 ve üzeri yaş grubunda olanların “psikolojik sıkıntı” puanı diğer yaş grubunda olanlara kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Tedavi Motivasyonu Ölçeği puanları ile yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=6.049 p=0.048). 26-32 yaş arasında olanların tedavi motivasyonu puanı diğer yaş grubunda olanlara kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Tedavi Motivasyonu Ölçeği alt boyutlarından “İçsel motivasyon” puanları ile yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=7.367 p=0.025). 26-32 yaş arasında olanların tedavi motivasyonu puanı diğer yaş grubunda olanlara kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Tedavi Motivasyonu Ölçeği alt boyutlarından “Kişiler arası yardım arama” ve “Tedaviye güvensizlik” puanları ile yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla KV=3.248 p=0.197; KV=1.842, p=0.398).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Günümüzde yaygın sağlık problemlerinden biri olan alkol ve madde bağımlılığı bu konuda araştırmalar yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu çalışma bağımlı olan bireylerde psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Literatüre bakıldığında zaman motivasyon ve psikolojik sıkıntı konuları hakkında birçok çalışmaya rastlanılmıştır. Savaşan'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada; bağımlı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastaların sağlık personeli ve diğer hastalarla, kendi duygularını, kişisel sorunlarını ve geçmişlerini konuşma cesareti bulmaları için bir tedavi ortamı sağlamanın, içsel motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedavi motivasyonlarını da arttıracakları bulunmuştur. Aşırı alkol tüketimindeki değişikliklerin bilişsel ve motivasyonel belirleyicileri incelenmiştir (Fox, 2007). Bilişsel ve motivasyonel faktörlerin her ikisinin de alkol kullanımının azalma olasılığını etkilediğini ve alkol kullanma problemlerinin tam olarak anlaşılmasının hem bilişsel hem motivasyonel değişkenler açısından formüle edilmesi ile mümkün olabileceği sonucunu elde edilmiştir. De Leon ve arkadaşlarının (1997) yapmış olduğu çalışmada; kokain ve diğer uyuşturucu bağımlıları arasında terapötik toplum tedavisine hazır olma ve motivasyonu araştırılmıştır. Bağımlılık tedavisinde madde kullanımı bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu süren majör depresyon öyküsünün yaygınlığı incelenmiştir (Miller ve ark. 1996). Yaşam boyu majör depresyon tanısı oranı %43,7 bulunmuştur. En yaygın tanı olan alkol bağımlılığını kokain ve esrar bağımlılığının takip ettiği bulunmuştur. Depresyonun alkol dışındaki ilaçları içeren tanılarla önemli ölçüde daha fazla sayıda ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir. Kadınlarda kullanım sayısı ve sıklığının erkeklerden daha fazla ve yatarak tedavi programlarının ayaktan tedavi programlarına göre anlamlı olarak daha fazla sayıda ilişkili olduğu elde edilmiştir.

Arslanbaş ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada; yetişkinleri profesyonel yardım arama tutumunda etkileyen faktörler araştırılmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun kendilerini ruhsal yönden iyi hissettiği ve herhangi bir profesyonel yardım almadan, yakın çevresiyle sıkıntılarını konuşarak ve yürüyüş yaparak giderdikleri bulunmuştur.

Profesyonel yardıma ihtiyaç duyan ve bunu kabul ederek yardıma başvuran kişi sayısının, eğitim düzeyi yüksek, ekonomik durumu iyi olan, yakın çevresi ile sıkıntılarını paylaşabilen ve aile üyelerinden herhangi birisinin profesyonel yardım aldığı durumlarda daha yüksek olduğu elde edilmiştir. Bununla birlikte çevresinden sosyal destek alanlar, genel sağlık algısı iyi olanlar ve stresle başa çıkabilenlerde daha çok yardım arama tutumu gösterdiği bulunmuştur. Alkol bağımlılığında depresyonun tedavi motivasyonu üzerine etkileri incelenmiştir (Cengisiz ve ark. 2015). Kızılkurt ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada; klinik değişkenlerin, algılanan sosyal desteğin, mizaç ve kişilik özelliklerinin tedavi motivasyonuna etkileri araştırılmıştır. Aileden gelen sosyal desteğin varlığı, maddenin kişinin kendi yaşamı üzerindeki etkilerinin önemli ölçüde tanınması ve daha önce tamamlanmış yatarak tedavi öyküsünün varlığı yüksek motivasyonu öngören faktörler olarak değerlendirilmiş ve önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Son psikiyatrik tedavi ve güncel psikiyatrik semptomların yaygınlığını tanımlamak ve madde kötüye kullanımı, sosyal işlevsellik ve semptom şiddeti arasındaki bağlantılar araştırılmıştır (Marsden ve ark. 2000). Ölçeklerin tümünde psikiyatrik belirti düzeyleri yüksek bulunmuş ve kadınların yüksek puan aldığı görülmüştür. Semptomlar, özellikle sıklıkla benzodiazepin, alkol gibi uyarıcılar kullanan opiat kullanıcılarında arttığı bulunmuştur. Cinsiyet, fiziksel sağlık, uyuşturucu bağımlılığı ve kişisel ilişki sorunları madde kullanımına göre psikiyatrik semptomların daha güçlü belirleyicileri olduğu elde edilmiştir.

Yayınlanmış araştırmaların çoğu bağımlı hastaları damgalama, çocukluk çağı travmaları, çevresel yaşantı ve sosyal destek baz alınarak yapılmıştır. Bağımlı olan bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntılarının tedavi olma niyetine ve bu sürece etkilerini kıyaslayarak yapılan araştırma sayısı azdır. Bu araştırmanın amacı bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntıların tedavi motivasyonu ile ilişkisinin araştırılmasıdır. Bu amaçla NP Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlılığı hastaları; Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketi'nden aldıkları puanlar ile değerlendirme yapılmıştır. Bu doğrultuda kişilerin psikolojik sıkıntıları neticesinde tedavi motivasyonu arayışına girip girmedikleri ve bu sıkıntıların tedavi motivasyonu niyetini etkileyip etkilemediğine dair bilgi toplanması hedeflenmiştir. Bu bölümde psikolojik sıkıntı ve motivasyon konularında literatürde daha önce yapılmış

Çalışmaların elde ettiği sonuçlar ile bu çalışmada elde edilen sonuçlar karşılaştırılmaktadır.

Araştırmanın rneklemine oluşturan hastalar araştırmaya gönüllülük esasında katılmışlardır. Araştırma yapılırken araştırma evrenini doğru yansıttığı varsayılan örneklemine homojen olarak seçilmesine zen gösterilmiştir.

Araştırmanın rneklemine 26 erkek hasta (%76,5) ve 8 (%23,5) kadın hasta oluşturmaktadır. Toplamda 34 kişilik örneklem grubuyla yapılan bu çalışmada psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonunun ilişkisine bakılmasının yanı sıra sosyodemografik değişkenler olan yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklılık olup olmadığı da araştırılmıştır.

Çalışmaya alınan yatan hastaların çoğunluğunun erkek olması, çalışmanın yapıldığı dönemde yatan kadın hasta sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır. Asan ve arkadaşlarının 2015 yılında alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerle yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %94' erkek, %6'sı kadın olarak belirtilmektedir. Yine Mırsal ve arkadaşlarının 1998 yılında yapmış oldukları çalışmada araştırmaya katılan katılımcıların %90.2'si erkek, %9.82'si kadın olarak belirtilmektedir. Yapılan bu çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir. Erkek hasta sayısının kadın hasta sayısından fazla olmasının sebebi seçilen hastaların yatarak tedavi gören hastalar olması ve kadın hastaların yatarak tedaviyi daha az kabul etmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların yaş grupları incelendiğinde, %23,5'inin 18-25 yaş arası olduğu, %41,2'sinin 26-32 yaş arası olduğu, %35,3'ünün 33 ve üstü yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Yaş ortalamaları incelendiği zaman, 34 katılımcının genel yaş ortalaması 32.00, kadınların yaş ortalaması 30.87 ve erkeklerin yaş ortalaması ise 32.34 olduğu bulunmuştur. Mırsal ve arkadaşlarının 1998 yılında yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlıları üzerinde yapmış oldukları çalışmada katılımcıların genel yaş ortalaması 42.1, kadınların yaş ortalaması 40.7 ve erkeklerin yaş ortalaması 42.3 olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgular yapılan bu çalışma ile karşılaştırıldığında günümüzde

alkol ve madde kullanan bireylerin yaş ortalamasının 1998 yılındaki bireylerin yaş ortalamasından daha genç olduğu görülmektedir. Bu sonucun nedeninin alkol ve maddenin günümüzdeki ulaşım kolaylığı, yaygınlığı, ucuz miktarlara temin edilebilen maddelerin üretiminin artması ve toplum içinde sosyal açıdan kabul görmesi olarak düşünülmektedir.

Genellikle alkol ve uyuşturucu bağımlılığı olan hastalarda tedavi arayışı ve başarısının güçlü bir göstergesi olarak tedavi için motivasyon gösterilmektedir (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller ve Pulliam, 2003). Yapılan araştırmada bireylerin tedavi motivasyonu puan ortalaması $x=89,55$ bulunmuştur. (Maximum puanı 110) Bu puan tedavi motivasyonunun ortalamanın üzerinde olduğunu göstermektedir. Evren ve arkadaşlarının 2006 yılında yatarak tedavi gören bağımlı hastalarla yaptığı çalışmada tedavi motivasyonu ortalaması 103,4 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir ve bireylerin tedavi motivasyonunun ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir.

Millere ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada bireylerin motivasyon puanları, özellikle kişiler arası yardım arama ve içsel motivasyon alt boyutları açısından yüksek olma eğilimindedir. Kişiler arası yardım arama ve içsel motivasyon ortalamalarının tedavi sırasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde arttığı görülmüştür.

Tedavi motivasyon anketinde hastaların alt boyut puan ortalamaları incelendiği zaman, içsel motivasyonun puan ortalaması 43.50 bulunmuştur (Maximum puan 55). Millere ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında içsel motivasyonun puan ortalamasının 6.43 olduğu belirlenmiştir. Yine Evren ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada içsel motivasyon puan ortalamasının 49.4 olduğu görülmüştür. Cahill ve arkadaşlarının (2003) alkol ve madde bağımlısı bireylerle yaptıkları çalışmada içsel motivasyon puan ortalaması 45.8 olarak bulunmuştur. Bireyin başarıma duygusunu herhangi bir dış unsur olmadan kendi içinde hissetmesi içsel motivasyon olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmada, diğer çalışmalara paralel olarak içsel motivasyon ortalamasının genel ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir.

Hastaların tedavi motivasyon anketinden elde edilen alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, dışsal motivasyon puan ortalaması 11.55 olarak bulunmuştur

(Maximum puan 16). Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında dışsal motivasyon puan ortalaması 25.6 olarak bulunmuştur. Millere ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada dışsal motivasyon puan ortalamasının 3.92 olduğu görülmüştür. Evren ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında dışsal motivasyon alt boyutundan elde edilen ortalama puan 9.6 olarak bulunmuştur. Dışsal motivasyon, bireyin aile baskısı, yasal baskı veya sağlık açısından mecburiyet gibi dış baskılarla tedavi olması için zorlandığı algısıdır. Yapılmış olan iki çalışmadan elde edilen bulguların, bu çalışmanın bulgularından daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonucun nedeninin çalışmaya katılan bireylerin yaşlarının genç olması, bununla ilişkili olarak ailelerinin bireyler üzerindeki otoritesinin güçlü olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tedavi motivasyon anketinde hastaların alt boyut olan kişiler arası yardım arama puan ortalamasının 22.02 olduğu görülmektedir (Maximum puan 30). Bu alt boyut, bireylerin sorunlarını diğer kişilerle paylaşma motivasyonudur. Evren ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı çalışmada kişiler arası yardım arama puan ortalaması 23,1 olarak bulunmuştur. Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında bu alt boyutun puan ortalamasının 44.8 olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen veriler, yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçları desteklemektedir.

Tedaviye güvensizlik alt boyutu incelendiğinde, tedavi gören hastaların ortalama puanı 12,47 bulunmuştur (Maximum puan 18). Bu alt boyut bireyin tedavinin seyri ile ilgili beklentileri olarak değerlendirilmektedir. Savaşan'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada tedaviye güvensizlik puan ortalaması 24,34 olarak bulunmuştur. Evren ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında bu alt boyutun puan ortalaması 21,2 olduğu belirlenmiştir. Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise 17,3 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmadan elde edilen bulguların diğer çalışmalarda elde edilen bulgulardan düşük olduğu görülmektedir. Bu sonucun nedeninin hastaların tedavi programının günlük işleyişinde neler olabileceğini bilmemeleri veya bu işleyişe ayak uyduramamaları, bunun sonucunda da tedavi programından hoşnut olmamalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada bağımlı bireylerin psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cruz-Feliciano ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada stresli yaşam olaylarının sayısı arttıkça, madde kullanıcılarının madde

kullanım tedavisiyle ilgili hizmetleri kullandıklarını bildirme olasılığının da arttığı bulunmuştur. Yapılan bu çalışma ile zıt yönde çıkan sonucun nedeninin bireysel faktörler, tedaviye erişimde maddi zorluklar ve damgalanma korkusu olduğu düşünülmektedir.

Psikolojik sıkıntı ölçeğinden alınan puanlar ile tedavi motivasyonu anketinin alt boyutu olan içsel motivasyon arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu bulunmuştur. İçsel motivasyon değişim motivasyonunun kaynağı olarak görülmektedir. Dışsal motivasyona göre içsel motivasyonun daha uzun vadeli bir değişim ile ilişkilendirilmiştir (Deci and Ryan, 1985a). İçsel motivasyon başarıma duygusunu içinde hissetmek ve bireyin içinde ortaya çıkan değişim baskısı olarak tanımlanmıştır (De Leon ve ark. 2001). Bununla ilişkili olarak; yapılan çalışmada davranışsal değişimin ortaya çıkarılması ve sürdürülmesinde içsel motivasyonun diğer alt boyutlardan daha etkili olduğu görülmektedir. Bireyin alkol ve madde kullanımından kaynaklanan psikolojik sıkıntıları ve olumsuz etkilerini tanımasıyla ortaya çıkan motivasyon, değişim olasılığının artması ile pozitif ilişkilidir. İçsel motivasyon arttıkça psikolojik sıkıntının azalmasının, bireylerin madde kullanımından kaynaklı kişisel ve sosyal problemlerini kendi fark etmesi ve değiştirmek için kendi içinde başarıma duygusunu hissetmesi ile alakalı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bağımlı bireylerin psikolojik sıkıntılarının, dışsal motivasyonları üzerinde bir belirleyici olmadığı elde edilmiştir.

Çalışmada bağımlı bireylerin psikolojik sıkıntılarının kişiler arası yardım arama niyeti üzerinde bir belirleyici olmadığı bulunmuştur. Kişiler arası yardım arama niyeti ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda elde edilen sonuçların birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Sheffield ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında yoğun psikolojik sıkıntı yaşayan öğrencilerin resmi veya resmi olmayan kaynaklardan yardım aramaya gönüllü oldukları elde edilmiştir. Vogel ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada psikolojik sıkıntı ile yardım arama niyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Vogel ve Wei (2005) ile Vogel ve Armstrong (2010) tarafından yürütülen araştırmalarda, psikolojik sıkıntı ile psikolojik yardım alma niyeti arasında olumlu yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu rapor edilmiştir.

Yapılan çalışmalardan elde edilen bulguların diğerk çalışmalarda elde edilen bulgularla eliştiğı görülmektedir. Bunun nedeninin çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun erkeklerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, araştırmaya katılan bireylerin kendini saklama ve kişisel bilgilerini açıklamaktan çekinmesinden kaynaklı, yardım aramaya daha az gönüllü oldukları söylenebilir. Robertson ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğı çalışmada erkek bireylerin fiziksel ve ruhsal semptomlar için yardım arama konusunda isteksiz oldukları bulunmuştur. Yine Kingerlee ve arkadaşlarının (2014) alışmasında aşırı davranışlar sonucu ortaya çıkan kriz anına kadar erkeklerin yardım aramama tutumlarını sürdürdükleri elde edilmiştir. Bunlara karşın, Vogel ve Wester (2013) yılında yapmış oldukları çalışmada yardım alma niyetinin psikolojik sıkıntı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulguları desteklemektedir.

Araştırmanın bir diğerk bulgusuna göre, psikolojik sıkıntı ile tedaviye güvensizlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Alkol ve madde bağımlılarında tedaviye katılım, tedaviyi sürdürme ve tedaviyi bırakma hususlarında en önemli faktörlerden biri tedaviye olan güvendir (Rosen ve ark. 2004). Psikolojik sıkıntı, sunulan tedaviden kaynaklı olabilmekle birlikte tedavinin seyri ile ilgili bilgi sahibi olmamak veya tedaviden beklentilerinin karşılanmaması bireyi tedaviye güvensizliğe itebilmektedir. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulguların sebebinin bireylerin gördükleri tedavi konusunda bilgi sahibi olması ve tedaviden beklentilerinin karşılanması olduğı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireyler, psikolojik sıkıntı ve cinsiyet yönünden incelendiğinde, katılımcılar arasında “Psikolojik Sıkıntı Öleğı Puanı” karşılaştırmasında da bulunan puanlar birbirine yakın olmakla birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Erkeklerin ortalamasının kadınlardan daha yüksek olduğı bulunmuştur. Buna karşın Mark ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada kadınların ortalamasının erkeklerden daha yüksek çıktığı elde edilmiştir. Bunun nedeninin yapılan çalışmada kadın hasta sayısının erkek hasta sayısına göre az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Erkek hastaların tedavi motivasyonu anketi genel puan ortalaması 92,57 iken kadın hastalarda 79,75 olarak bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların tedavi motivasyonunun alt boyutu olan içsel motivasyon puanları ile cinsiyet faktörü incelendiğinde, ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir. İçsel motivasyon puanları kadınlara oranla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Bicil'in (2012) yapmış olduğu çalışmada erkek bireylerin yardım aramaya ilişkin tutum ve niyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunması bu çalışmayı desteklemektedir.

Dışsal motivasyon ile cinsiyet puanlarının karşılaştırılmasına bakıldığında, cinsiyet ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin kişiler arası yardım arama puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kalkan ve Odacı'nın (2005) yapmış olduğu çalışmada yardım arama davranışında, erkeklere göre kadınların daha olumlu tutumlar ortaya koyduğu bulunmuştur. Yine Komiya ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kadınların psikolojik yardım alma isteklerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın, kadınların duygularını daha iyi ifade edebilmeleri ve sorunlarını başkalarıyla paylaşırken daha açık olmaları (Goleman, 1998), erkeklerin duygularını aza indirmeleri, bir sorunun olduğunu çok zor kabul etmeleri ve kabul etseler dahi kendilerini açıp sorunlarını anlatmakta zorluk yaşamalarıyla açıklanabilir (Levant, 1990). Bu sonuçlar ile çalışmamızda elde edilen sonuçlar örtüşmemektedir. Bunun sebebinin çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun erkek olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Öte yandan Cramer'in (1998) yapmış olduğu çalışmada yardım aramaya ilişkin olumsuz tutumları olan bireylerin kendini saklama düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla ilişkili olarak; yapılan çalışmada kişiler arası yardım arama ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmamasının sebebi, çalışmaya katılan bireylerin kendini saklama davranışı gösterdiği düşünülmektedir.

Katılımcıların tedaviye güvensizlik puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tedaviye güven duyma kendi başına tedavi edici olarak etkili olabilmektedir. Terapistin, hastayı olmayı arzuladığı duruma ulaşması için kendi

çözümlerini üretmesinde teşvik edicidir. Tedaviye güvensizlik ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin olmaması, araştırmanın tedaviye güvensizlik puan ortalamasının diğer araştırmalara göre daha düşük olması, tedaviye güvensizliği etkileyen başka faktörlerin olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmanın bir diğer bulgusuna göre; psikolojik sıkıntı ile yaş arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Buna göre; 33 ve üzeri yaş grubunda olanların psikolojik sıkıntı puanı diğer yaş grubunda olanlara oranla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Alkol ve madde kullanımının psikolojik sıkıntılara yol açtığı bilinmektedir. Sampogna ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada ileri yaştaki hastalarda psikolojik sıkıntı düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada alkol ve madde bağımlılarının tedavi motivasyonu ile yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu ortaya konmuştur. Tedavi motivasyonu anketi puan ortalamaları incelendiği zaman, özellikle 26-32 yaş arası bireylerin motivasyon seviyelerinin diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu elde edilmiştir. Demirbaş ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada kendine güvenen ve değerlendiren yaklaşımların yaş ilerledikçe arttığı bulunmuştur. Yapılan çalışmada elde edilen bulguları desteklememektedir. Bu sonucun nedeninin çalışmaya katılan 26-32 yaş arasındaki bireylerin kendine ve tedaviye güveninin fazla olduğu, yüksek benlik saygısına sahip olduğu ve umutlu oldukları düşünülebilir. Yaşamlarında umutlu olan bireylerin ulaşmak istedikleri hedeflere karşı daha güçlü oldukları bilinmektedir. Umut ve destek bireyin yaşam enerjisine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır (Öz, 2004).

Çalışmaya katılanların tedavi motivasyonu anketi alt boyutlarından içsel motivasyonu ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki olduğu elde edilmiştir. Özellikle 26-32 yaş arasında olanların tedavi motivasyonu puanı diğer yaş grubunda olanlara oranla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılanların yaş ortalamalarından yola çıkılarak genç yaş ağırlıklı olduğu görülmektedir. Deci ve arkadaşlarının (1987) yapmış olduğu çalışmada değişime hazır olma ve değişim için içsel motivasyonun dışsal motivasyondan daha etkili olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmadaki yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre daha düşük olması göz önünde bulundurularak, daha erken yaşta

tedavi ihtiyacının ortaya çıkması, bireylerin içsel motivasyon düzeylerinin daha çok olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin kişiler arası yardım arama ve tedaviye güvensizlik puanları ile yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bununla ilişkili olarak Duyan'ın (2014) sporcular ile gerçekleştirdiği çalışmada yaş grupları arasında kişiler arası yardım alma tutumlarının farklı düzeylerde olduğu elde edilmiştir. Duyan'ın (2014) yaptığı çalışmada belirli bir yaştan sonra bireylerin yardım aramanın önemini anlamaya başladıkları ve bu yönde meyillendikleri belirtilmesine karşın, bu çalışmaya dahil olan katılımcıların 18 ve üstü yaş grubunda olmasına rağmen kişiler arası yardım arama ve yaş grupları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yetişkinlikte yardım arama tutumunun daha fazla olması beklenirken zıt yönde çıkan bu sonucun nedeninin, çalışmaya katılan bireylerin sorulara açıklıkla cevap vermiş olmayabileceği olduğu düşünülmektedir.

5.1.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- 1) Bu araştırma sadece NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Bu yüzden araştırma tek bir yerle sınırlı kalmış olup elde edilen veriler benzer koşullara sahip bireylerle genellenebilir.
- 2) Ölçeklerin toplanması ve bu çalışmaya katılan gönüllü hastaların belli bir zaman aralığında yatarak tedavi görüyor olması çalışmanın sınırlılığıdır.
- 3) Yapılan çalışmanın sınırlı kalmasının nedeni kesitsel bir çalışma olmasıdır.
- 4) Araştırmaya katılan kadın hasta sayısı 8, erkek hasta sayısı 26'dır. Bu durum eşit bir cinsiyet dağılımı sağlamamıştır. Cinsiyet karşılaştırmasından daha iyi bir sonuç elde edilebilmesi için katılımcı sayılarının dengede tutulması düşünülebilir.
- 5) Katılımcı sayısının arttırılması ile daha geniş kapsamlı sonuçlar elde edilebilir.
- 6) Alanda bu konuda yapılan çalışmalar az olduğu için araştırmalar arasında ilişkiler kurulamamıştır.

5.2.SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Bu çalışma yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış olan hastaların psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu amaçla seçilmiş olan 34 alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların yaş, cinsiyet, psikolojik sıkıntı ölçeği ve tedavi motivasyonu anketinden aldıkları puanlara göre değerlendirilmiş ve karşılaştırmaları yapılmıştır.

Araştırmanın sonucunda alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış olan bireylerde psikolojik sıkıntı arttıkça içsel motivasyon düzeyinin azaldığı veya tam tersi psikolojik sıkıntı azaldıkça içsel motivasyon düzeyinin arttığına dair negatif ve anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda, bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntılar, tedavi motivasyonunu yordamaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi sonucunda, yaş ve cinsiyet değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bireylerin psikolojik sıkıntılarının, yaş ve cinsiyet faktörleri ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bireylerin tedavi motivasyonu ile yaş faktörü arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bağımlı bireylerde tedavi motivasyonu anketi içerisindeki alt boyutlarından biri olan içsel motivasyon ile yaş ve cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tedavi motivasyonu anketi alt boyutları olan dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arama ve tedaviye güvensizlik ile yaş ve cinsiyet faktörleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuç olarak, yapılan bu araştırmaya göre; bağımlı hastalarda psikolojik sıkıntı ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

ÖNERİLER

Bu araştırma sadece NP İşstanbul Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Araştırmanın en büyük sınırlılıklarından biri olan bu faktörün, diğerk hastanelerden elde edilecek katılımcılarla genişletilerek yeni çalışmalar gerçekleştirilebilir.

Çalışmaya dahil edilen 34 alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış olan bireylerin sayısının hem cinsiyet faktörü açısından eşit tutulmaması hem de örneklemin az sayıda kişiyle yapılması ile sınırlıdır. Güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için katılımcı sayısı arttırılabilir.

Alkol ve madde kullanımında, bireyin kişilik özellikleri ve aile ve sosyal ortamı etkileyici özelliklerdendir. Bu konuların ele alınması olumlu katkılar sağılayabilir.

Alkol ve madde bağımlılığı, birbirinden farklı tedavi yaklaşımları olan hastalıklardır. Ayrı ayrı incelenmesin olumlu katkılar sağılayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abi-Saab, D., Beauvais, J., Mehm, J., Brody, M., Gottschalk, C., Kosten, T. R. (2005). The effect of alcohol on the neuropsychological functioning of recently abstinent cocaine-dependent subjects. *The American Journal On Addictions / American Academy Of Psychiatrists In Alcoholism And Addictions*, 14:166-78.
- Adams, J., White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research* 20:237-243.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. *European Review of Social Psychology*, 11:1-33.
- Akins, S., Mosher, C., Rotolo, T., & Griffin, R. (2003). Patterns and correlates of substance use among American Indians in Washington State. *J. Drug Iss.*, 33(1), 45-72.
- Albertsen, K., Nielsen, M. L., & Borg, V. (2001). "The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: the main, mediating and moderating role of sense of coherence." *Work and Stress* no. 15:241-253.
- Alcohol Concern (2002). State of the nation, 2002. Retrieved April 11, 2006, from <http://www.alcoholconcern.org.uk/servlets/doc/154>
- Altermann, A. L. (1998). Patterns of familial alcoholism, alcoholism severity, and psychopathology. *J. Nerv. Men. Dis.*, 176, 167-175.
- Amabile, T. M., DeJong, W., & Lepper, M. R. (1976). Effects of externally imposed deadlines on subsequent intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 92-98.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision: DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
- Anand, K. J. S., & Arnold, J. H. (1994). Opioid tolerance and dependence in infants and children. *Critical Care Medicine*, 22, 334-42.

Anderson, K., & Lehto, J. (1995). Young people and alcohol, drugs and tobacco.: European action plan. Geneva: World Health Organization.

Andrews, G., Henderson, S., Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: an overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*, 178:145-53.

Arslandaş, H., Dereboy, İ.F., Aştı, N., Pektekin, Ç.(2011). Yetişkinlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörler. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,12(1),17-23.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74:183-200.

Benware, C., & Deci, E. L. (1984). Quality of learning with an active versus passive motivational set. *American Educational Research Journal*, 21, 755-765.

Benzeval, M., and Judge, K. (2001). "Income and health: the time dimension." *Social Science and Medicine* no. 52:1371-1390.

Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment* 33:221-227.

Bicil, B. (2012). Yetişkinlerin psikolojik yardım arama niyetlerinin incelenmesi: İzmir ili örneği. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye.

Bierut, L. J., Dinwiddie, S. H., Begleiter, H., Crowe, R. R., Hesselbrock, V., Nurnberger, J. I. Jr., Porjesz, B., Schuckit, M. A., Reich, T. (1998). Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 55:982-988.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vezina, M. (2005). "Health care restructuring, work environment, and health of nurses." *American Journal of Industrial Medicine* no. 47:54-64.

Brand, M., Fujiwara, E., Kalbe, E., Steingrass, H-P., Kessler, J., & Markowitsch, H. J. (2003). Cognitive estimation and affective judgments in alcoholic Korsakoff patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(3), 324-334.

Bratter, J. L., & Eschbach, K. (2005). "Race/Ethnic Differences in Nonspecific Psychological Distress: Evidence from the National Health Interview Survey." *Social Science Quarterly* no. 86 (3):620-644.

Braun, S. (1996). *Buzz*. (1) New York: Oxford University Press.

Brecht, M. L., O'Brien, A., Von Mayrhauser, C. and Anglin, M. D. (2004) Methamphetamine Use Behaviors and Gender Differences. *Addictive Behaviors*, 29, 89-106.

Britton, P. C., Williams, G. C., Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology* 64:52–66.

Brokate, B., Hildebrandt, H., Eling, P., Fichtner, H., Runge, K., & Timm, C. (2003). Frontal lobe dysfunctions in Korsakoff's syndrome and chronic alcoholism: Continuity or discontinuity? *Neuropsychology*, 17(3), 420–428.

Brown, S. A., Tate, S. R., Vik, P. W., Haas, A. L., & Aarons, G. A. (1999). Modeling of alcohol use mediates the effect of family history of alcoholism on adolescent alcohol expectancies. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(1), 20-27.

Bultmann, U., Kant, I., van den Brandt, P. A., and Kasl, S.V. (2001). "Differences in fatigue and psychological distress across occupations: results from the Maastricht Cohort Study of fatigue at work." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* no. 43:976-983.

Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28(1), 67-79. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00217-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00217-9)

Cairney, J., and Krause, N. (2005). "The social distribution of psychological distress and depression in older adults." *Journal of Aging and Health* no. 17 (6):807-835. doi: 17/6/807 [pii] 10.1177/0898264305280985.

Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6:245–266.

Caron, J., and Liu, A. (2011). "Factors associated with psychological distress in the Canadian population: a comparison of low-income and non low-income sub-groups." *Community Mental Health Journal* no. 47 (3):318-330. doi: 10.1007/s10597-010-9306-4.

Castro, F. G., Barrington, E. H., Walton, M. A., & Rawson, R. A. (2000). Cocaine and methamphetamine: Differential addiction rates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(4), 390–396.

Cengisiz C, Deveci A, Yapici A. Effects of Depression on Treatment Motivation in Male Alcohol Dependence. *Noro Psikiyatri Arsivi*. 2015 Dec;52(4):412-416. DOI: 10.5152/npa.2015.9859.

Chandler, C. L., & Connell, J. P. (1987). Children's intrinsic, extrinsic and internalized motivation: A developmental study of children's reasons for liked and disliked behaviours. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 357–365.

Chang, L., Alicata, D., Ernst, T., Volkow, N. (2007). Structural and metabolic brain changes in the striatum associated with methamphetamine abuse. *Addiction*. 102Suppl. 1:16–32.

Chantal, Y., Vallerand, R. J., Vallieres, E. F. (1995). Motivation and gambling involvement. *Journal of Social Psychology* 135:755–763.

- Chassin, L., Pillow, D. R., Curran, P. J., Molina, B. S., & Barrera, M. (1993). Relation of parental alcoholism in early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *J. Abn. Psychol.*, 102, 3-19.
- Cherpitel, C. J., Bond, J., Ye, Y., et al. (2006). Multi-level analysis of causal attribution of injury to alcohol and modifying effects: Data from two international emergency room projects. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(3):258–268.
- Chittleborough, C. R., Winefield, H., Gill, T. K., Koster, C., and Taylor, A. W. (2011). "Age differences in associations between psychological distress and chronic conditions." *International Journal of Public Health* no. 56 (1):71-80. doi: 10.1007/s00038-010-0197-5
- Claus, R. E., Kindleberger, L. R., Dugan, M. C. (2002). Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs* 34:69–74.
- Cloninger, C. R., Reich, T., Sigvardsson, S., Von Knorring, A. L., & Bohman, M. The effects of changes in alcohol use between generations on the inheritance of alcohol abuse. In Rose, R. ed. *Alcoholism: A Medical Disorder*. Proceedings of the 76th Annual Meeting of the American Psychopathological Association, New York City, March 1986. New York: Raven Press, in press.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566-576.
- Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (1990). Competence, autonomy and relatedness: A motivational analysis of self-system processes. In M. R. Gunnar & L. A. Sroufe (Eds.), *The Minnesota symposium on child psychology* (Vol. 22, (pp. 43–77). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conrod, P. J., Pihl, R. O. & Vassileva, J. (1998). Differential sensitivity to alcohol reinforcement in groups of men at risk for distinct alcoholism subtypes. *Alcoholism: Clin. Exper. Res.*, 22(3), 585-597.
- Coşkunol, H., Altıntoprak, E. (1999) Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri*, 2, 222-229.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *J. Stud. Alcoh.*, 40, 89-116.
- Covey, H. C. (2007). What is methamphetamine and how and why is it used. In H. C. Covey (Ed.). *The Methamphetamine Crisis* (pp. 3-22). Westport, CT: Praeger Publishers. Dancesafe.org, retrieved on April 2, 2007.
- Cretzmeyer, M., Sarrazin, M. V., Huber, D. L., Block, R. I., Hall, J. A. (2003). Treatment of methamphetamine abuse: Research findings and clinical directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 24:267–277.
- Cruz-Feliciano, M.A., Ferraro, A., & Prehn, A.W. (2017). Are Stressful Life Events (SLEs) Associated with the Utilization of Substance Use Treatment-Related Services? *Puerto Rico health sciences journal*, 36 1, 29-36.

- Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Gaskin J. Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment, *Addict Behav* 1994; 19: 691-696
- Curry, S. J., Grothaus, L. C., McBride, C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58:310–336.
- Dawn Report. (2001). Major drugs of abuse in ED visits in 2000. Drug Abuse Warning Network. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Washington, DC.
- DeCharms, R. (1968). *Personal causation*. New York: Academic Press.
- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105–115.
- Deci, E. L., & Cascio, W. F. (1972, April). Changes in intrinsic motivation as a function of negative feedback and threats. Presented at the meeting of the Eastern Psychological Association, Boston.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119–142.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1998). Extrinsic rewards and intrinsic motivation: Clear and reliable effects. Unpublished manuscript, University of Rochester.
- Deci, E. L., Nezlek, J., & Sheinman, L. (1981). Characteristics of the rewarder and intrinsic motivation of the rewardee. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 1–10.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985a). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan R. M. (1985b). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality* 19:109–134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024–1037.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000). The 'what' and the 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry* 11:227–268.
- De Leon, G. (1996). Integrative recovery: A stage paradigm. *Substance Abuse* 17:51–63.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model and method*. New York: Springer Publishing Company.
- De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., Melnick, G. (2000). Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19:375–382.

- De Leon, G., Jainichill, N. (1986). Circumstances, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs* 18:203–208.
- De Leon, G., Melnick, G., Schoket, D., Jainichill, N. (1993). Is the therapeutic community culturally relevant? Some findings on race/ethnicity differences in retention and treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 25:77–86
- De Leon, G., Melnick, G., Tims, F. M. (2001). The role of motivation and readiness in treatment and recovery. In: Tims CGLFM, Platt JJ, editors. *Relapse and recovery in addictions*. London: Yale University Press. pp 143–171.
- Deming, M. P., Chase, N. D., & Karesh, D. (1996). Parental alcoholism and perceived levels of family health among college freshmen. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(1), 47-56.
- Derisley, J., Reynolds, S. (2000). The transitional stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology* 39:371–382.
- Derr, R. F., Gutmann, H. R. (1994). Alcoholic liver disease may be prevented with adequate nutrients. *Medical Hypotheses*, 42, 1-4.
- Doherty, D. M., Moran, R., KartalovaO'Doherty, Y. (2008). *Psychological Distress, Mental Health Problems and use of Health Services in Ireland*. HRB Research Series 5, Dublin: Health Research Board.
- Doran, D. M. Psychological distress as a nurse-sensitive outcome. In *Nursing Outcomes The State of the Art*, 2nd edn (Doran DM ed.), 2011, Jones & Bartlett Learning, Sudbury USA.
- Drapeau, A., Marchand, A., BeaulieuPre'vost D. Epidemiology of psychological distress. In *Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control*, (LAbate PL ed.), 2012, InTech, Rijeka, 155–34.
- Drevets, W. C., Gautier, C., Price, D. C., Kupfer, D. J., Kinahan, P. E., Grace, A. A., price, J. L., Mathis, C. A. (2001). "Amphetamine-induced dopamine release in human ventral striatum correlates with euphoria", *Biol. Psychiatry*. 49(2), 81-96.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M., van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review* 23:1115–1137.
- Drug Enforcement Administration, Department of Justice. (1979). *Controlled Substance Inventory List*. Washington, DC.
- Dufour, M. C., Stinson, F. S., and Caces, M. F. (1993). Trends in cirrhosis morbidity and mortality: United States, 1979-1988, *Sem. Liver. Dis.*, 13, 109.
- Dunn, C., DeRoo, L., Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction* 96:1725–1742.

Duyan, M. (2014). *Sporcuların Psikolojik Yardım Arama Tutumları, Psikolojik İhtiyaçları ve Psikolojik Uyumlarının Spor Dallarına Göre Karşılaştırılması*. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.

d'Ydewalle, G., & Van Damme, I. (2007). Memory and the Korsakoff syndrome: Not remembering what is remembered. *Neuropsychologia*, 45(5), 905–920.

Earlywine, M. (2002). *Understanding marijuana*. New York: Oxford University Press.

Eckhardt, C. I. (2007). Effects of alcohol intoxication on anger experience and expression among partner assaultive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 61–71.

Ekstedt, M., Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs*, 49: 59–67.

Erblich, J., Earlywine, M., Erblich, B. (2001). Positive and negative associations with alcohol and familial risk for alcoholism. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 204-209.

ESPAD. (2000). The 1999 ESPAD Report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden.

Estruch, R., Bono, G., Laine, P., Antunez, E., Petrucci, A., Morocutti, C., & Hillborn, M. (1998). Brain imaging in alcoholism. *European Journal of Neurology*, 5, 119-135.

Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R., Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Carney, R. M., Coyne, J. C., Delong, M. R., Frasure-Smith, N., Glassman, A. H., Gold, P. W., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R. L., Kanner, A. M., Katon, W. J., Kaufmann, P. G., Keefe, F. J., Ketter, T., Laughren, T. P., Leserman, J., Lyketsos, C. G., McDonald, W. M., McEwen, B. S., Miller, A. H., Musselman, D., O'Connor, C., Petitto JM, Pollock BG, Robinson RG, Roose SP, Rowland J, Sheline Y, Sheps DS, Simon G., Spiegel, D., Stunkard, A., Sunderland, T., Tibbits, P. Jr., Valvo, W.J. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 1: 175–89.

EVREN, C., SAATÇIOĞLU, Ö., DALBUDAK, E., DANIŞMANT, B. S., ÇAKMAK, D., & RYAN, R. M. (2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (Tma) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği Ve Güvenirliği. *Journal of Dependence*, 7, 117-122.

Fagring AJ, Kjellgren KI, Rosengren A, Lissner L, Manhem K, Welin C. Depression, anxiety, stress, social interaction and health-related quality of life in men and women with unexplained chest pain. *BMC Public Health* 2008; 8: 165.

Fields, J. Z., Tur, A., Drukin, M., Ravi, N. V., & Keshavarzian, A. (1994). Increased gastrointestinal symptoms in chronic alcoholics. *American Journal of Gastroenterology*, 89, 382-86.

Fischer, J. L., Pidcock, B. W., Munsch, J., & Forthun, L. (2005). Parental abusive drinking and sibling role differences. *Al. Treat. Quart.*, 23(1), 79-97.

- Foltin, R. W., & Fischmann, M. W. (1997). A laboratory model of cocaine withdrawal in humans: Intravenous cocaine. *Experimental and Clinical Pharmacology*, 5(4), 404-411.
- Fox, H. C., Parrott, A. C., & Turner, J. J. D. (2001). Ecstasy use: Cognitive deficits related to dosage rather than self-reported problematic use of the drug. *J. Psychopharm.*, 15, 273-281.
- Frone, M. R. (2003). Predictors of overall and on-the-job substance use among young workers. *J. Occup. Hlth. Psych.*, 8, 39-54.
- Gadalla, T.M. (2009). "Determinants, correlates and mediators of psychological distress. A longitudinal study." *Social Science & Medicine* no. 68:2199-2205.
- Garcia, K., Mann, T. (2003). From "I wish" to "I will": Social-cognitive predictors of behavioural intentions. *Journal of Health Psychology* 8:347-360.
- Gawin, F. H., Kleber, H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Arch. Gen. Psychiat.*, 43, 107-13.
- Gazdzinski, S., Durazzo, T. C. & Meyerhoff, D. J. (2005). Temporal dynamics and determinants of whole brain tissue volume changes during recovery from alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 78, 263-273.
- Gispert, R., Rajmil, L., Schiaffino, A. and Herdman, M. (2003). "Sociodemographic and healthrelated correlates of psychiatric distress in a general population." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* no. 38:677-683.
- Goleman, D. (1998). Duygusal zeka. İstanbul: Varlık.
- Gonzalez-Castro, J. L., and Ubillos, S. (2011). "Determinants of psychological distress among migrants from Ecuador and Romania in a Spanish city." *International Journal of Social Psychiatry* no. 57 (1):30-44. doi: 57/1/30 [pii] 10.1177/0020764010347336.
- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S. B., & Winokur, G. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 28(2), 238-243.
- Gordis, E. (2000). Contributions of behavioral science to alcohol research: Understanding who is at risk and why. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(3), 264-270.
- Gordis, E., Dufour, M. C., Warren, K. R., Jackson, R. J., Floyd, R. L., & Hungerford, D. W. (1995). Should physicians counsel patients to drink alcohol? *JAMA*, 273, 1-12.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., & Jacobson, N. S. (1997). Psychological aspects of perpetrators of domestic violence and their relationship with the victims. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 337-352.
- Granato, P., Weill, S., & Revillon, J. J. (1997). Ecstasy and dementia in a young subject. *European Psychiatry*, 12(7), 369-371.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P. & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807–816.

Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1987). Autonomy in children's learning: An experimental and individual difference investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 890–898.

Guerra, F. (1971). *The pre-Columbian mind*. New York: Seminar Press.

Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145–173.

Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., Burnand, B., Herzig, L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Fam Pract.*, 11: 67.

Harackiewicz, J. (1979). The effects of reward contingency and performance feedback on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1352–1363.

Harter, S. (1981). A new self-report scale of intrinsic versus extrinsic orientation in the classroom: Motivational and informational components. *Developmental Psychology*, 17, 300–312.

Hayamizu, T. (1997). Between intrinsic and extrinsic motivation: Examination of reasons for academic study based on the theory of internalization. *Japanese Psychological Research*, 39, 98–108.

Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Statham, D. J., Dunne, M. P., Whitfield, J. B., Martin, N. G. (1997). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. *Psychol Med.*, 27:1381–1396.

Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. (1993). Predictive validity of the readiness to change questionnaire. *Addiction* 88:1667–1677.

Henningsen, P. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med.*, 65: 528–33.

Holzbeck, E. (1996). Thiamine absorption in alcoholic delirium patients. *J. Stud. Alcoh.*, 57(6), 581–584.

Hornish, G. G., Leonard, K. E., Cornelius, J. R. (2008). Illicit drug use and marital satisfaction. *Addictive Behaviors*, 33:279–291.

Huang, J. P., Xia, W., Sun, C. H., Zhang, H. Y. and Wu, L. J. (2009). "Psychological distress and its correlates in Chinese adolescents." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* no. 43 (7):674–680.

Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clin. Psychol. Rev.*, 21(5), 797–811.

- Hughes, A. L. (1992). The prevalence of illicit drug use in six metropolitan areas in the United States: Results from the 1991 National Household Survey on Drug Abuse. *Brit. J. Addict.*, 87, 1481-1485.
- Hughes, J. R. (2007). Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 315-327.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton–Century–Crofts.
- Hunt, W. A. (1993). Are binge drinkers more at risk of developing brain damage? *Alcohol*. 10, 559-61.
- Hussong, A. M., Hicks, R. E., Levy, S. A., & Curran, P. J. (2001). Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults. *J. Alm. Psychol.*, 110(3), 449-461.
- Iravani, M. M., Asari, D., Patel, J., Wieczorek, W. J., Kruk, Z. L. (2000). "Direct effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) on serotonin or dopamine release and uptake in the caudate putamen, nucleus accumbens, substantia nigra pars reticulata, and the dorsal raphe nucleus slices". *Synapse*. 36(4), 275-285.
- Janis, I. L., Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Jingrot, M., Rosberg, S. (2008). Gradual loss of homelikeness in exhaustion disorder. *Qual Health Res*, 18: 1511–23.
- Joe, G. W., Simpson, D., Broome, K. (1998). Effects of readiness for drug-abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction* 93:117–1190.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence* 57:113–125.
- Johansson, G. (1989). "Job demands, and stress reactions in repetitive and uneventful monotony at work." *International Journal of Health Services* no. 192:365-377.
- Jorm, A.F., Windsor, T. D., Dear, K. B. G., Anstey, K. J., Christensen, H. and Rodgers, B. (2005). "Age group differences in psychological distress: the role of psychosocial risk factors that vary with age." *Psychological Medicine* no. 35:1253-1263.
- Kalkan, M., & Odacı, H. (2005). Cinsiyet ve cinsiyet rolünün psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarla ilişkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(23), 57-64.
- Kalyoncu, Ö. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul.
- Karasek, R.A. (1979). "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign." *Administrative Science Quarterly* no. 24:285-309.
- Karasek, R.A. and Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Books.
- Kendler, K. S., Prescott, C.A., Myers, J., Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:929–937.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiat.*, 62, 617-627.

Kessler, R.C., Davis, C. G., Kendler, K. S. (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity. *Survey Psychol Med*, 27:1101-1119

Koob, G. F., Mason, B. J., De Witte. P., Littleton, J., & Siggins, G. R. (2002). Potential neuroprotective effects of acamprosate. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 26(4), 586-592.

Kessler, R.C., Price, R. H. and Wortman, C. B. (1985). "Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes." *Annual Review in Psychology* no. 36:531-572.

Kingerlee R, Precious D, Sullivan L, Barry J. Engaging with the emotional lives of men. *Psychologist*. 2014;27(6):418–21.

Kirmayer, L.J. (1989). "Cultural variations in the response to psychiatric disorders and psychological distress." *Social Science and Medicine* no. 29:327-339.

Kizilkurt, O. K., & Gıynaş, F. F. (2019). Factors affecting treatment motivation among Turkish patients receiving inpatient treatment due to alcohol/substance use disorder. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1–16. doi:10.1080/15332640.2018.1548324.

Kleinman, A. (1991). *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.

Knight, K., Holcom, M., Simpson, D. D. (1994). *TCU Psychosocial functioning and motivation scales: Manual on psychometric properties*. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

Koestner, R., Ryan, R. M., Bernieri, F., & Holt, K. (1984). Setting limits on children's behavior: The differential effects of controlling versus informational styles on intrinsic motivation and creativity. *Journal of Personality*, 52, 233–248.

Komiya, N., Good, G.E. ve Sherrod, N.B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138-143.

Kosten, T. R. (1997). Substance abuse and schizophrenia. *Schizo. Bull.*, 23, 181-186.

Kovar, K. A. (1998). Chemistry and pharmacology of hallucinogens, entactogens and stimulants. *Pharmacopsychiatry*, 31(Suppl. 2), 69-72.

Krampen, G. Motivation in the treatment of alcoholism. *Addictive Behaviors* 14(2):197–200, 1989.

Kranzler, H. R., Del Boca, F. K., & Bounsaville, B. (1997). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A post-treatment natural history study. *J. Stud. Alcoh.*, 57(6), 619-626.

- Kuriyama, S., Nakaya, N., Ohmori-Matsuda, K., Shimazu, T., Kikuchi, N., Kakizaki, M., Sone, T., Sato, F., Nagai, M., Sugawara, Y., Akhter, M., Higashiguchi, M., Fukuchi, N., Takahashi, H., Hozawa, A., and Tsuji, I. (2009). "Factors associated with psychological distress in a community-dwelling Japanese population: the Ohsaki Cohort 2006 Study." *Journal of Epidemiology* no. 19 (6):294-302.
- Lange, W. R., Cabanilla, B. R., Moller, G., Bernacki, E. J., & Frankenfield, D. (1994). Preemployment drug screening at the Johns Hopkins Hospital, 1989 and 1991. *Amer. J. Drug Alcohol. Abuse*, 20, 35-46.
- Lapham, S. C., Smith, E., C'de Baca, J., Chang, I., Skipper, B. J., Baum, G., & Hunt, W. C. (2001). Prevalence of psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired. *Archives of General Psychiatry*, 58(10), 943-949.
- Larkins, Jenny M., Grekin, Emily R., Martinez, Julia A., and Sher, Kenneth J. "The role of alcohol use disorder in normative changes in novelty seeking during young adulthood" (2006). Posters. Paper 7 Samuel B. Guze Symposium on Alcoholism.
- Larson, S. L., Eyerman, J., Foster, M. S., & Gfroerer, J. C. (2007). *Worker substance use and workplace policies and programs* (HHS Publication No. SMA 07-4273, Analytic Series A-29). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Lawenthal, E., McLellan, A., Grissom, G., Brill, P., O'Brient, C. (1996). Coerced treatment for substance abuse problems detected through workplace urine surveillance. Is it effective?. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22:33-43.
- Lehto, J. (1995). Approaches to alcohol control policy: European alcohol action plan. Geneva: World Health Organization.
- Lemmer, B. (2007). The sleep-wake cycle and sleeping pills. *Physiol. Behav.* 90(2-3), 285-93.
- Leon, D. A., and McCambridge, J., (2006). Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data. *Lancet*, 367(9504), 52-56.
- Lepper, M. R., Greene, D., & Nisbett, R. E. (1973). Undermining children's intrinsic interest with extrinsic rewards: A test of the "overjustification" hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 129-137.
- Levant, R. F. (1990). Psychological services designed for men: A psychoeducational approach. *Psychotherapy*, 27, 309-315.
- Li, M. D. (2006). The genetics of nicotine dependence. *Curr Psychiatry Rep.*, 8:158-164.
- Lieb, R., Schuetz, C. G., Pfister, H., Von Sydow, K., & Wittchen, H. (2002). Mental disorders in ecstasy users: A prospective-longitudinal investigation. *Drug & Alcohol Dependence*, 68, 195-207.
- Lindman, R. E., & Lang, A. R. (1994). The alcohol-aggression stereotype: A cross-cultural comparison of beliefs. *Inter. J. Addict.*, 29, 1-13.

- Lishmann, W. A. (1990). Alcohol and the brain. *Brit. J. Psychiat.*, 156, 635-644.
- Littrell, J. (2001). What neurobiology has to say about why people abuse alcohol and other drugs. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(3), 23-40.
- Longshore, D., Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 81:179–188.
- Lopez-Munoz, F., Ucha-Udabe, R., Alamo, C. (2005). The history of barbiturates a century after their clinical introduction. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 1(4), 329-343.
- Lyvers, M. (2000). "Loss of control" in alcoholism and drug addiction: A neuroscientific interpretation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(2), 225-245.
- Maddux, J. F., Desmond, D. P. (2000). Addiction or dependence? *Addiction*, 95:661-5.
- Maisto, S. A., Carey, K. B., Bradizza, C. M. (1999). Social learning theory. In: Leonard HT, editor. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press. pp 106–163.
- Malin, D. H. (2001). Nicotine dependence: Studies with a laboratory model. *Pharmacology, Biochemistry, & Behavior*, 70(4), 551-559.
- Mandemakers, J. J., and Monden, C. W. (2010). "Does education buffer the impact of disability on psychological distress?" *Social Science and Medicine* no. 71 (2):288-297. doi: S0277- 9536(10)00306-0 [pii] 10.1016/j.socscimed.2010.04.004.
- Mancini, A. (2008). Self-determination theory: A framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment* 14:358–365.
- Mann, A. (2004). *Cocain abusers' cognitive deficits compromise treatment*. Washington, DC: NIDA.
- Marchand, A., A. (2005). "Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress." *Social Science and Medicine* no. 60:1-14.
- Marchand, A., A. (2006). "Social structures, agent personality and workers' mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-ressources on psychological distress in the Canadian workforce." *Human Relations* no. 59:875-901.
- Marchand, A., Demers, A. and Durand, P. (2005). "Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers." *Sociology of Health and Illness* no. 27:602-627.
- Marchand, A., Drapeau, A., BeaulieuPrevost, D. (2012). Psychological distress in Canada: the role of employment and reasons of non-employment. *Int J Soc Psychiatry*, 58: 596–604.
- Mark A. Oakley Browne, J. Elisabeth Wells, Kate M. Scott, Magnus A. McGee & for the New Zealand Mental Health Survey Research Team (2010) The Kessler Psychological Distress Scale in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:4, 314-322.

- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24:811–831.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Rolfe, A., & Farrell, M. (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence: Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 176(3), 285-289. doi:10.1192/bjp.176.3.285
- Martin, P. R., Singleton, C. K., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2003). The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. *Al. Res. Hlth.*, 27, 134-142.
- Mathers, C., Vos, T., Stevenson, C. (1999). Burden of Disease and Injury in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, AIHW Cat No.: PHE17.
- Maxwell, J. A. (2005). Qualitative research design: An interactive approach (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- McCambridge, J., Strang, J. (2004). The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 99:39–52.
- McCambridge, J., Strang, J. (2005). Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction* 100:470–478.
- McCloud, A., Barnaby, B., Omu, N., Drummond, C., Aboud, A. (2004). Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: In-patient prevalence study. *British Journal of Psychiatry.*, 184,439–445.
- Mckay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: A critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol* 60:566–576.
- McLellan, T., McKay, R. (1997). The treatment of addiction: What can research offer practice?. In: Lamb S, Greenlick M, McCarty D, editors. *Bridging the gap: Forging new partnerships in community-based drug abuse treatment*. Washington, DC: National Academy Press.
- Medical Council on Alcoholism. (1997). Alcohol-related liver disease. London: Author.
- Merikangas, K. R. (1990). The genetic epidemiology of alcoholism. *Psychological Medicine*, 20(1), 11–22.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., AguilarGaziola, S., and others. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav*, 23:893–907.
- Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Yılmaz S ve ark. İlk kez yatarak tedavi gören alkol bağımlılarının sosyodemografik özellikleri ve erken dönem tedavi sonuçları. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, İzmir 1998:202.

Milas, M. (2000). "Acute psychosis with aggressive behavior as a consequence of MDMA (Ecstasy) consumption. 122(1-2), 27-30

Miller, N. S., Klamen, D., Hoffmann, N. G., & Flaherty, J. A. (1996). Prevalence of depression and alcohol and other drug dependence in addictions treatment populations. *Journal of psychoactive drugs*, 28(2), 111-124.

Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.

MILLERE, A., PŪCE, A., MĪLLERE, E., ZUMENTE, Z., SUDRABA, V., DEKLAVA, L., MĪLLERE, I., CAUNE, L. ve VAGALE, A. (2014). Treatment motivation factor analysis of patients with substance use disorders in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 298-302.

Milne, G. W. A. (2001). *Ashgate Handbook of Autonomic Nervous Systems Agents*.

Mirowsky, J., and Ross, C. E. (2002). "Selecting outcomes for the sociology of mental health: Issues of measurement and dimensionality." *Journal of Health and Social Behavior* no. 43:152-170

Miserandino, M. (1996). Children who do well in school: Individual differences in perceived competence and autonomy in above-average children. *Journal of Educational Psychology*, 88, 203–214.

Moeller, F. G., & Dougherty, D. M. (2001). Antisocial personality disorder, alcohol, and aggression. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 5–11

Morey, L. C., Skinner, H. A., & Blashfield, R. K. (1984). A typology of alcohol abusers: Correlates and implications. *J. Abn. Psychol.*, 93, 408-417.

Morgan, M. J. (1998). Recreational use of "ecstasy" (MDMA) is associated with elevated impulsivity. *Neuropsychopharmacology*, 19(4), 252-64.

Morganstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population. *J. Abn. Psychol.*, 106(1), 74-84.

Morissette, S. B., Tull, M. T., Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., Zimering, R. T. (2007). Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull*, 133:245–272.

Morrison, J. (2008). *Combating the Twin Epidemics of HIV/ AIDS and Drug Addiction*. Washington D.C.: The CSIS Press.

Moscato, B. S., Russell, M., Zielezny, M., Bromet, E., Egri, G., Mudar, P., & Marshall, J. R. (1997). Gender differences in the relation between depressive symptoms and alcohol problems: A longitudinal perspective. *Amer. J. Epidemiol.*, 146(11), 966-974.

Myer, L., Stein, D. J., Grimsrud, A., and al. (2008). "Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults." *Social Science and Medicine* no. 66:1828-1840.

Myklestad, I., Roysamb, E., and Tambs, K. (2011). "Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health Study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi: 10.1007/s00127-011-0380-x.

Nava, F., Carta, G., Colombo, G., Gessa, G. L., Brodie, B. B. (2001). "Effects of chronic Delta (9)-tetrahydrocannabinol treatment on hippocampal extracellular acetylcholine concentration and alternation performance in the T-maze". *Neuropharmacology*. 41(3), 392-399.

Nemeroff, C. B. (2003). Anxiolytics: Past, present and future agents, *J. Clin. Psychiat.*, 64 (Suppl. 3), 3-6.

Nemeroff, R., Midlarsky, E. and Meyer, J. F. (2010). "Relationships among social support, perceived control, and psychological distress in late life." *International Journal of Aging and Human Development* no. 71 (1):69-82.

NIAAA. (2001). *Monitoring the Future*. National Institutes of Mental Health. Washington. DC: Author.

NIAAA, (2002, Apr.). A call to action: Changing the culture of drinking at U.S. colleges. NIH publication no. 02-5010.

Nicholls, J. G. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological Review*, 91, 328–346.

Olney, J. W. (2002). "New insights and new issues in developmental neurotoxicology." *Neurotoxicology*. 23(6), 659-668.

Operario, D., Tschann, J., Flores, E. and Bridges, M. (2006). "Brief report: Associations of parental warmth, peer support, and gender with adolescent emotional distress." *Journal of Adolescence* no. 29:299-305.

Ornstein, R., Thompson, R. F. (1984). *The amazing Brain*. 21-27

O'Leary, D. S., Block, R. I., Koeppe, J. A., Schultz, S. K., Magnotta, V. A., Ponto, L. B., et al. (2007). Effects of smoking marijuana on focal attention and brain blood flow. *Human Psychopharmacology*, 22(3):135–148.

Ögel, K. (2010). *Sigara, Alkol ve Madde ullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 1. Baskı, Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., 2004; 229-268

Parrott, A. C. (2001). Human Psychopharmacology of Ecstasy (MDMA): A review of 15 years of empirical research. *Human Psychopharmacology Clinical & Experimental*, 16(8), 557-577.

Parrott, A. C. (2002). "Recreational Ecstasy/MDMA, the serotonin syndrome, and serotonergic neurotoxicity", *Pharmacol. Biochem. Behav.* 71(4), 837-844.

- Parrott, A. C., Less, A., Garnham, N. J., Jones, M., & Wesnes, K. (1998). Cognitive performance in recreational users of MDMA or "ecstasy": Evidence for memory deficits. *J. Psychopharmacol*, 12(1), 79-83.
- Parrott, A. C., & Stuart, M. (1997). Ecstasy (MDMA), amphetamine, and LSD: Comparative mood profiles in recreational polydrug users. *Human Psychopharmacology*, 12(5), 501-504.
- Paul, C., Ayis, S. and Ebrahim, S. (2006). "Psychological distress, loneliness and disability in old age." *Psychology, Health and Medicine* no. 11 (2):221-232.
- Payton, A. R. (2009). "Mental health, mental illness, and psychological distress: same continuum or distinct phenomena?" *Journal of health and Social Behavior* no. 50 (June):213-227.
- Phillips, M. R. (2009). "Is distress a symptom of mental disorders, a marker of impairment, both or neither?" *World Psychiatry* no. 8:91-92.
- Phongsavan, P., Chey, T., Bauman, A., Brooks, R., and Silove, D. (2006). "Social capital, socioeconomic status and psychological distress among Australian adults." *Social Science and Medicine* no. 63 (10):2546-2561. doi: S0277-9536(06)00331-5 [pii] 10.1016/j.socscimed.2006.06.021.
- Pickworth, W. B., Rohrer, M. S., & Fant, R. V. (1997). Effects of abused drugs on psychomotor performance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5(3), 235-241.
- Plomin, R., DeFries, J. C. (2003). *Behavioral genetics in the postgenomic era*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Huestis, M. A., & Yurgelun-Tood, D. (2001). Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch. Gen. Psychiat.*, 58, 909-15.
- Preliceanu, D. (2011). *Psihiatrie Clinică*, Bucharest: Ed. Medicală.
- Préville, M., Hébert, R., Bravo, G., and Boyer, R. (2002). "Predisposing and facilitating factors of severe psychological distress among frail elderly." *Canadian Journal on Aging* no. 21 (1):195-204.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of 12 problem behaviours. *Health Psychology* 13:47-51.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51:390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Rossi, J. S. (1993). Standardised, individualised, interactive, and personalised self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology* 12:399-495.

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. J., Abrams, D. B. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviours* 17:35–45.
- Ramirez, J. R., Crano, W. D., Quist, R., Burgoon, M., Alvaro, E. M., & Grandpre, J. (2004). Acculturation, familism, parental monitoring, and knowledge as predictors of marijuana and inhalant use in adolescents. *Psych. Addict. Behav.*, 18, 3-11.
- Raphael, B., Wooding, S., Stevens, G., & Connor, J. (2005). Comorbidity: Cannabis and complexity. *J. Psychiat. Pract.*, 11(3), 161-176.
- Reeve, J., & Deci, E. L. (1996). Elements of the competitive situation that affect intrinsic motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 24–33.
- Restak, R. M. (1994). *Receptors*. New York: Bantam books.
- Restak, R. M. (1997). *The Brain: The Last Frontier. An Exploration of the Human Mind and Our Future*. 286-287.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs*, 45: 536–45.
- Ritson, B. (1995). *Community and municipal action an alcohol: European alcohol action plan*. Geneva: World Health Organization.
- Robertson S, Williams R. Men: showing willing. *Community Practitioner*. 2009;82(4):34–5.
- Rogers, C. R., Kirschenbaum, H., Henderson, V. L. (1989). *The Carl Rogers reader*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rorvik, D. M. (1970). Do drugs lead to violence? 58-61.
- Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., Leukefeld, C. Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *J Psychoact Drugs* 2004; 36:387–96.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 2: 328–335.
- Rothman, A.J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychol.* 19:64–69.
- Rothman, R. B., Baumann, M. H., Dersch, C. M., Romero, D. V., Rice, K. C., Carroll, F. I., Partilla, J. S. (2001). “Amphetamine-type central nervous system stimulants release norepinephrine more potently than they release dopamine and serotonin.” 39(1), 32-41.
- Rutledge, P. C., & Sher, K. J. (2001). Heavy drinking from the freshman year into early young adulthood: The roles of stress, tension-reduction drinking motives, gender and personality. *J. Stud. Alcoh.*, 62(4), 457-466.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 450–461.

- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397–427.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749–761.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55:68–78.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In: Deci EL, Ryan RM, editors. *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press. pp 3–33.
- Ryan, R. M., & Grolnick, W. S. (1986). Origins and pawns in the classroom: Self-report and projective assessments of individual differences in children's perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 550–558.
- Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: Organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701–728.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors* 20:279–297.
- Ryan, R. M., & Stiller, J. (1991). The social contexts of internalization: Parent and teacher influences on autonomy, motivation and learning. In P. R. Pintrich & M. L. Maehr (Eds.), *Advances in motivation and achievement* (Vol. 7, pp. 115–149). Greenwich, CT: JAI Press.
- Ryan, R. M., Stiller, J., & Lynch, J. H. (1994). Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 14, 226–249.
- Sağlam, E., Uzbay, T. İ., Beyazyürek, M. (2003). “Madde Bağımlılığının Psikofarmolojik Özellikleri”, *Bağımlılık Dergisi*, 4(2), 85.
- Sampogna, F., Chren, M. M., Melchi, C. F., Pasquini, P., Tabolli, S., Abeni, D., & Italian Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (Improve) Study Group. (2006). Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 154(2), 325-331.
- SAVAŞAN, A. (2010). Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 119-126.
- Schafer, L., & Najavits, L., K. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abus. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 614-618.
- Schmued, L. C. (2003). “Demonstration and localization of neuronal degeneration in the rat forebrain following a single exposure to MDMA.” *Brain Research*. 974(1-2), 127-133.

- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Smith, T. L., Bucholz, K. K. (1997). Periods of abstinence following the onset of alcohol dependence in 1853 men and women. *J. Stud Alcohol*, 58, 581-589.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Woburn, MA: Butterworth.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E. & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: promoting and preventing factors. *Journal Of Youth And Adolescence*, 33 (6), 495-507.
- Sheldon, K. M., Joiner, T. E., Pettit, J. W., Williams G. (2003). Reconciling humanistic ideals and scientific clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10:302–315.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531–543.
- Shiigi, Y., Casey, D. E. (1999). "Behavioral effects of ketamine, an NMDA glutamatergic antagonist, in non-human primates." *Psychopharmacology (Berl)*. 146(1), 67-72.
- Shiron, A., Westman, M. and Melamed, S. (1999). "The effects of pay systems on blue-collar employees' emotional distress: The mediating effects of objective and subjective work monotony." *Human Relations* no. 52:1077-1097.
- Shlafer, M. (2013). *Introduction to the Autonomic Nervous System (ANS) Pharmacology*. 210, 2,3,7.
- Simoneau, H., Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviours* 28:1219–1241
- Simpson, D. D., Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 30:357–368.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Greener, J. M., Rowan-Szal, G. A. (2000). Modelling year 1 outcomes with treatment process and post-treatment social influences. *Substance Use and Misuse* 35:1911–1930.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A. (1997a). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 47:227–235.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., Greener, J. M. (1997b). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14:565–572.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Slutske, W. S., Heath, A. C., Dinwiddie, S. H., Madden, P. A., & Bucholz, K. K. (1998). Common genetic risk factors of conduct disorder and alcohol dependence. *J. Abn. Psychol.*, 107(3), 363-374.

Soar, K., Turner, J. J. D., & Parrott, A. C. (2001). Psychiatric disorders in Ecstasy (MDMA) users: A literature review focusing on personal predisposition and drug history. *Human Psychopharmacology Clinical & Experimental*, 16, 641-45.

Spunt, B., Goldstein, P., Brownstein, H., & Fendrich, M. (1994). The role of marijuana in homicide. *Inter. J. Addict.*, 29, 195-213.

Srisurapanont, M., Ali, R., Marsden, J., Sunga, A., Wada, K., Monteiro, M. (2003). Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. *Int J Neuropsychopharmacol.* 6 (4): 347-352.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. (2004). Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health. National findings (NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. SMA 04-3964). Rockville, MD: Author.

Sullivan, E. V., Deshmukh, A., Desmond, J. E., Lim, K. O., & Pfefferbaum, A. (2000). Cerebellar volume decline in normal aging, alcoholism, and Korsakoff's Syndrome relation to Ataxia. *Neuropsychology*, 14(3), 341-352.

Swan, N. (1998). "Brain Open Window to View Cocaine's Effects on the Brain" Nida Notes.

Şengül, C., Herken, H. (2009) Genetikten Epigenetiğe Alkol Bağımlılığı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 10(3), 239-245.

Tarhan, N. ve Nurmedow, S., Bağımlılık: Sanal veya Gerçek, İstanbul, Timaş Yayıncılık, 2011.

Thapa, S. B., and Hauff, E. (2005). "Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries--findings from the Oslo Health Study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* no. 40 (1):78- 84. doi: 10.1007/s00127-005-0855-8.

Theodorou, S., & Haber, P. S. (2005). The medical complications of heroin use. *Cur. Opin. In Psychiat.*, 18(3), 257-63.

Tierney, D. W., McCabe, M. P. (2002). Motivation for behaviour change among sex offenders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 22:113–129.

Trim, R. S., & Chassin, L. (2004). Drinking restraint, alcohol consumption and alcohol dependence among children of alcoholics. *J. Stud. Alcohol.*, 65(1), 122-125.

Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Meyer, J. M., Doyle, T., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Toomey, R., Eaves, L. (1998). Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Arch Gen Psychiatry*, 55:967–972.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2012). TUBİM 2011 Raporu.

Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 214–223.

- USDHHS. (1994). Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1997). National household survey on drug abuse: Main findings 1995. Washington, DC: USDHHS.
- Uzbay, İ. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi ,Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi ürekli Eğitim Dergisi* (21), 5-15.
- Vallerand, R. J., & Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: A prospective study. *Journal of Personality*, 60, 599–620.
- Vallerand, R. J., & Reid, G. (1984). On the causal effects of perceived competence on intrinsic motivation: A test of cognitive evaluation theory. *Journal of Sport Psychology*, 6, 94– 102.
- Van Kampen, J., & Katz, M. (2001). Persistent psychosis after a single ingestion of “ecstasy”. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 42(6), 525-27.
- Van Oppen, P., Smit, J. H., Van Balkom, A. J. L. M., Zitman, F., Nolen, W. A., Beekman, A. T., Van Dyck, R., Penninx, B. W. (2007). Comorbidity of anxiety and depression. *Eur Psychiat*, 22: S333–S.
- Van Sluijs, E. M., Van Poppel, M. N., Van Mechelen. W. (2004). Stage-based lifestyle interventions in primary care: Are they effective?. *American Journal of Preventive Medicine* 26:330–343.
- Vink, J. M., Willemsen, G., Boomsma, D. I. (2005). Heritability of smoking initiation and nicotine dependence. *Behav Genet.*, 35:397–406.
- Vogel, D. L. ve Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 351-361.
- Vogel, D. L. ve Wei, M. (2005). Adult attachment and helpseeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 347-357.
- Volk, H. E., Scherrer, J. F., Bucholz, K. K., Todorov, A., Heath, A. C., Jacob, T., et al. (2007). Evidence for specificity of transmission of alcohol and nicotine dependence in an offspring of twins design. *Drug and Alcohol Dependence*, 87:225–232.
- Volpicelli, J. R. (2001). Alcohol abuse and alcoholism: An overview. *J. Clin. Psychiat.*, 62, 4-10.
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H., Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behaviour Modification* 23:129–151.
- Walters, V., McDonough, P. and Strohschein, L. (2002). "The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey." *Social Science and Medicine* no. 54:677-692.

- Warr, P., and Jackson, P. (1987). "Adapting to the unemployed role: A longitudinal investigation." *Social Science and Medicine* no. 25:1219-1224
- Wasserman, D. R., & Leventhal, J. M. (1993). Maltreatment of children born to cocaine-dependent mothers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 147, 1324-1328.
- Watkins, S. S., Koob, G. F., Markou, A. (2000). Neural mechanisms underlying nicotine addiction: Acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine & Tobacco Research*, 2, 19-37.
- Watson, D. (2009). "Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model." *Annual Review of Clinical Psychology* no. 5:221-247.
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Wheaton, B. (2007). "The twain meets: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz)." *Health* no. 11:303-319.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered. *Psychological Review*, 66, 297–333.
- White, I., Altmann, D. R., Nanchahal, K. (2002). Alcohol consumption and mortality: Modelling risks for men and women at different ages. *Brit. Med. J.*, 325(7357), 1032-1041.
- Whitworth, A. B., Fischer, F., Lesch, O. M., Nimmerrichter, A., Oberbauer, H., Platz, T., Potgieter, A., Walter, H., Fleischhacker, W. W. (1996) Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 347:1438–1442
- Williams, J. T. (1997). "Cocaine Causes Long-Term Synaptic Modulation In The Ventral Tegmental Area". *Cocaine and the Changing Brain*.
- Williams, G. C., Gagne, M., Ryan, R. M., Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology* 21:41–50.
- Windhaber, J., Maierhofer, D., & Dantendorfer, K. (1998). Panic disorder induced by large doses of 3,4-methylenedioxymethamphetamine resolved by paroxetine. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 18(1), 95-96.
- Wise, R. A. (1996). Addictive drugs and brain stimulation reward. *Annual Review of Neuroscience*, 19, 319-340.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1997). *World Health Organization Report, 1997: Conquering suffering, furthering humanity*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization, Geneva.
- Yip, T., Gee, G. C., and Takeuchi, D. T. (2008). "Racial discrimination and psychological distress: the impact of ethnic identity and age among immigrant and

United Statesborn Asian adults." *Developmental Psychology* no. 44 (3):787-800. doi: 2008-05171-013 [pii] 10.1037/0012-1649.44.3.787.

Yoshimoto Sekine et al. (2003). Association of Dopamine Transporter Loss in the Orbitofrontal and Dorsolateral Prefrontal Cortices with Methamphetamine Related Psychiatric Symptoms, 160 *AM. J. PSYCHIATRY* 1699, 1699, 1701.

Ystgaard, M., Tambs, K., and Dalgard, O. S. (1999). "Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* no. 34 (1):12-19.

Yüncü, Z., Savaş, H. A. (2007) Madde kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi*; 8(3), 146-152.

Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. and Piantadosi, S. (2001). "The prevalence of psychological distress by cancer site." *Psycho-Oncology* no. 10:19-28.

Zuckerman, M., Porac, J., Lathin, D., Smith, R., & Deci, E. L. (1978). On the importance of self-determination for intrinsically motivated behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 443–446.

EKLER

EK.1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

CALIŞMANIN ADI:

Bağımlı olan bireylerde psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. / Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)*

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Amaç; Bağımlı olan bireylerde psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Yapılacak bu araştırmada, öncelikle çalışmaya katılımın gönüllülük esasıyla gerçekleşecek olduğu bilgisi verilecektir.

Araştırmada Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10-PSÖ) ve Tedavi Motivasyon Ölçeği (TMA) kullanılacaktır. Ölçeklerin eksiksiz ve anlaşılır doldurulması beklenmektedir. Ölçekler gönüllülük esasına dayanarak seçilen katılımcılara uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmış olan bireyler ölçekleri cevaplandırırken kendi sıkıntıları ve tedavi motivasyonu hakkında farkındalık kazanacaklardır. Bağımlı olan bireylerde psikolojik sıkıntı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırmalarına destek vermiş olacaklardır. Ayrıca, kendilerinin de içinde bulundukları durumu içeren bir bilimsel araştırmaya da dahil olmuş olacaklardır. Katılımcılara araştırmanın sonucu ile ilgili bilgiler verilebilecek fakat bireysel geri bildirim verilmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Katılımcılar gönüllülük esasına dayalı olarak seçilecektir. Bu çalışmada kişisel bilgileriniz kesinlikle kurum dışına çıkmayacak ve araştırma sınırları içerisinde tutulacaktır. Ölçeklerde isim verme gerekliliği yoktur.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Araştırmacı: Hatice Büşra KARA

E-mail: busra.kara@icloud.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı,

saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK.2.Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

PSİKOLOJİ SIKINTI ÖLÇEĞİ

Anketi yapan _____

Anketi yapanın Kimlik No:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hasta Kimlik No |

Soyadı:

Adı:

Doğum tarihi: ____ / ____ / ____

Cinsiyet: Erkek ☐ 1 Kadın ☐ 2

Adres:

Form doldurma tarihi: ____ / ____ / ____

Aşağıdaki sorular son 30 gün içinde kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkındadır. Lütfen her soruda söz konusu duyguyu hangi sıklıkta hissettiğinizi en iyi açıklayan sayıyı yuvarlak içine alınız.

S1. Bu ay içinde kendinizle ilgili olarak aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiniz?

	Sürekli	Çoğu	Arada	Seyrek	Hiç
	olarak	zaman	sırada	olarak	olmadı
a. ...herhangi bir sebep olmadan aşırı yorgunluk	1	2	3	4	5
b. ... sinirli	1	2	3	4	5

c. ... hiçbir şekilde sakinleşemeyecek kadar sinirli	1	2	3	4	5
d. ... umutsuz	1	2	3	4	5
e. ... huzursuz veya tedirgin	1	2	3	4	5
f. ... yerinde duramayacak kadar huzursuz	1	2	3	4	5
g. ... çökkün	1	2	3	4	5
h. ... hiçbir şekilde neşelenemeyecek kadar çökkün	1	2	3	4	5
i. ... her şeyin çok zor gelmesi	1	2	3	4	5
j. ... değersiz	1	2	3	4	5

S2. Yukarıda sorulan 10 soruda, son 30 günde hissetmiş olabileceğiniz duygu durumları sorulmuştur. Tümünü birlikte ele alırsak, bu duygular geçen 30 günde, her zamankinden daha fazla mı, her zamanki gibi mi, yoksa her zamankinden daha az mı ortaya çıktı? (Eğer bu duyguları hiç hissetmediyseniz, seçenek “4”ü yuvarlak içine alınız.)

Normalden daha sık				Normalden daha seyrek		
Bir hayli	Biraz	Az bir miktar	Her zamanki gibi	Az bir miktar	Biraz	Bir hayli
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular, son 30 gün içinde bu duyguların sizi nasıl etkilemiş olabileceği ile ilgilidir. Eğer duygularınız ile ilgili on sorunun hepsine "Hiç olmadı" yanıtını verdiyseniz, bu soruları yanıtlamanıza gerek yoktur.

S3. Son 30 gün boyunca, bu duygular yüzünden hiç çalışmadığınız veya normal faaliyetlerini yapamadığınız kaç gün oldu?

_____ (Gün sayısı)

S4. Soru 3'e yanıtladığınız günleri saymazsak, son 30 gün içinde bu duygular yüzünden, normalde yapabildiğiniz şeylerin yarısını veya daha azını yapabildiğiniz kaç gün oldu?

_____ (Gün sayısı)

S5. Son 30 gün içinde bu duygularla ilgili olarak kaç kez doktora ya da diğer sağlık uzmanına gittiniz?

_____ (Başvuru sayısı)

S6. Son 30 gün içinde fiziksel sağlık problemleri ne kadar sıklıkla bu duyguların sebebi olarak ortaya çıktı?

Sürekli olarak	Çoğu zaman	Arada sırada	Seyrek olarak	Hiç olmadı
1	2	3	4	5

EK.3.Tedavi Motivasyon Anketi

TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2. Yardım almazsam kendimi iyi hissetmeyeceğim.					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem					

kendimi kötü hissederim.					
8. En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9. Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim.					
10. Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11. Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12. Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13. Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14. Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15. Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16. İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe duyuyorum.					
17. Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					

18. Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19. Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20. Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21. Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22. Sorunlarım ile ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum .					
23. Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24. Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25. Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26. Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

