



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ALKOL ve MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
ALEKSİTİMİ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN BAĞIMLILIK
ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Miray TOPALOĞLU

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Özlem KIZILKURT

İSTANBUL – 2020

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

**ALKOL ve MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
ALEKSİTİMİ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN BAĞIMLILIK
ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Miray TOPALOĞLU

174102279

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Özlem KIZILKURT

İSTANBUL – 2020

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Aleksitimi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Bağımlılık Şiddeti Üzerine Etkisi” 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.

14.09.2020

Miray TOPALOĞLU

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde tüm yoğunluğuna rağmen bana her zaman vakit ayırıp sabır gösteren, titizlik ve özveriyle tezime katkı sağlayan, bilgi ve deneyimini aktarmaktan asla çekinmeyen ve beni yüreklendiren sevgili tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özlem KIZILKURT'a,

Bu çalışmayı yaparken ihtiyacım olan her konuda bana kolaylık sağlayan başta sevgili hocam Uzm. Psk. Ahmet YILMAZ olmak üzere tüm NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM ekibine,

Desteğini ve gücünü her zaman arkamda hissettiğim, eğitim hayatım boyunca bana her türlü imkanı yaratan, şu an olduğum kişi olmamı sağlayan canım annem, babam ve kardeşime,

Zorlu geçen bu süreçte ilgi, destek ve sevgisini benden asla esirgemeyen, başımıza gelen her şeye beraber katlandığımız, olmasa bu tezin yazılmasının mümkün olmayacağı Aytoş'um, Özge'ye,

Tez yazma sürecimde ve geri kalan her şeyde yanımda olan, saatler süren terapötik sohbetlerimiz sonucu başımın ağrmasına sebep olan canım Trollmate'im, Aylin'e,

Bu zor yılı arkadaşlıklarıyla kolay kılan, yardımları ve destekleri sayesinde yola devam edebildiğim can dostlarım Begüm, Deniz, Feyza ve İlke'ye,

Ben kendime inanmadığımda bile bana inanmayı bırakmayan, ne zaman ihtiyacım olsa yanımda olan sevgili Mehmet'e,

Tüm zorluklarına rağmen tez süreçlerimizde birbirimize destek olduğumuz ve yüksek lisans eğitimimin bana kattığı anlamlı arkadaşlığı için değerli dostum ve meslektaşım Eylül'e teşekkür ederim.

(TOPALOĞLU, Miray, Yüksek Lisans, İstanbul 2020)

**ALKOL ve MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
ALEKSİTİMİ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN BAĞIMLILIK
ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların sağlıklı bireylere göre daha aleksitimik olup olmadığı ve duygu dışı vurumunda daha çok güçlük yaşıyıp yaşamadığının araştırılmasıdır. Ayrıca, hasta popülasyonunda aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüne bağımlılık şiddetine etkisinin bağımlılık şiddetini çok boyutlu değerlendiren bir ölçekle incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 150 erkek (100 hasta, 50 sağlıklı birey) alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu, bu çalışma için hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAS-20), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) ve BAPİ(Bağımlılık Profil İndeksi) Özbildirim Formu kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS v.21 istatistik programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Gruplararası karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi yürütülmüştür. Bu testlere ilişkin tablolarda ortalama, standart sapma değerleri ile, Mann Whitney U testi için z değeri, Kruskal Wallis için χ^2 değeri (ki-kare) değeri, ayrıca p (anlamlılık) değerleri verilmiştir. Araştırmanın korelasyon analizlerinde Spearman korelasyon analizi yürütülmüştür. Araştırma bulgularına göre alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden ($z=-9.174$; $p=.000$) ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ($z=-8.907$; $p=.000$) aldıkları toplam ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.514$; $p=.000$). Buna göre, hasta grubunda aleksitimi düzeyi ve duygu düzenleme güçlüğü daha fazla olan bireylerin bağımlılık şiddeti daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Aleksitimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Bağımlılık Şiddeti

(TOPALOĞLU, Miray, Master of Art, İstanbul 2020)

**THE EFFECT OF ALEXITHYMIA AND DIFFICULTIES IN EMOTION
REGULATION ON ADDICTION SEVERITY AMONG PATIENTS WITH
ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDER**

ABSTRACT

Aim of this study is to examine the levels of alexithymia and emotion dysregulation among patients with alcohol and substance abuse disorder. Moreover, examination of the effect of alexithymia and emotional dysregulation on the severity of addiction of an inpatient population, which was predicted to have higher addiction severity, with a scale that evaluates addiction severity was aimed. The study contains 150 (100 with alcohol and substance use disorder, 50 without disorder) males. In order to collect data, Sociodemographic Information Form, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16) ve Addiction Profile Index (BAPI) were used. The data which have been obtained were statistically subjected to the statistic program, SPSSv.21. Mann Whitney U test and Kruskal Wallis Test were conducted for intergroup comparisons. According to these tests, related test charts' medium, standart deviation values were defined such as z value for Man Whitney U, χ^2 (ki-square) value for Kruskal Wallis and value p (significance). For the correlation analysis of this study, Spearman correlation analysis was conducted. According to findings of this study, significant difference was found between results of Difficulties in Emotion Regulation Scale ($z=-9.174$; $p=.000$) and Toronto Alexithymia Scale ($z=-8.907$; $p=.000$) among patients with alcohol and substance abuse disorder and the control group. There is a positive significant relationship was found between the results obtained from the Difficulties in Emotion Regulation Scale and the total scores obtained from the Toronto Alexithymia Scale of the patient group with alcohol and substance use disorder ($r=.514$; $p=.000$). Therefore, there is a positive correlation between addiction severity and levels of difficulties in emotion regulation and alexithymia among patients with alcohol and substance use disorder.

Keywords: Alcohol and Substance Use Disorder, Alexithymia, Difficulties in Emotion Regulation, Addiction Severity

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER TABLOSU	x
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Konusu	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Araştırmanın Problemi	2
1.4 Araştırmanın Hipotezleri	2
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	3
BÖLÜM II	4
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	4
2.1 Bağımlılık	4
2.1.1 Alkol Kullanım Bozukluğu	5
2.1.1.1 Alkol Kullanım Bozukluğu ve DSM-5 Tanı Kriterleri	7
2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu	8
2.1.2.1 Bağımlılık Yapıcı Maddeler	10
2.1.2.1.1 Opiyatlar	10
2.1.2.1.2 Benzodiazepinler, Diğer Yatıştırıcılar ve Hipnotikler	12
2.1.2.1.3 Kokain	12
2.1.2.1.4 Amfetamin ve Metamfetamin	13
2.1.2.1.5 Ecstasy	13
2.1.2.1.6 Halüsinojenler	13
2.1.2.1.7 Esrar	14
2.1.2.1.8 Sentetik Kannabinoidler	14

2.1.2.1.9 Uçucular	15
2.1.2.2 Madde Kullanım Bozukluğu ve DSM-5 Tanı Kriterleri	15
2.2 Aleksitimi.....	16
2.2.1 Aleksitimi ve Alkol ve Madde Bağımlılığı İlişkisi	20
2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü	21
2.3.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Alkol ve Madde Bağımlılığı İlişkisi	22
BÖLÜM III	24
YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.2. Veri Toplama Araçları	24
3.3. Veri Toplama Süreci / İşlem	26
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	31
BÖLÜM IV	32
BULGULAR.....	32
4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hasta ve Kontrol Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri Bakımından Karşılaştırılması	32
4.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hasta ve Kontrol Grubunun Aleksitimi ve Duygu Düzenlemede Güçlük Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	35
4.3. Alkol ve Madde kullanım Bozukluğu Olan Hasta Grubunda Demografik ve Klinik Değişkenler Bakımından Bağımlılık Şiddeti, Aleksitimi ve Duygu Düzenleme Düzeylerinin Karşılaştırılması	37
4.4. Alkol ve Madde kullanım Bozukluğu Olan Hasta Grubunda Bağımlılık Şiddeti, Aleksitimi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişkiler	48
BÖLÜM V	55
TARTIŞMA	55
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKÇA.....	62
EKLER.....	72
EK1:.....	72
EK 2:.....	75
EK3:.....	77
EK4:.....	83
EK5:.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	87

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri bakımından frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare analizi bulguları	33
Tablo 2. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda kullanılan madde türlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler	35
Tablo 3. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve Duygu Düzenlemede Güçlük Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları	36
Tablo 4. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun medeni durum bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları	38
Tablo 5. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun eğitim düzeyi bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları	39
Tablo 6. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun çalışma durumu bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları	42
Tablo 7. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun aileleriyle yaşayıp yaşamamaları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları	43
Tablo 8. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun kardeş sayıları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Kruskal Wallis testi bulguları	44
Tablo 9. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmiş psikiyatrik öykülerinin bulunup bulunmaması bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği,	

Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları	45
Tablo 10. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım durumları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları.....	46
Tablo 11. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun alkol başlangıç yaşı ve madde başlangıç yaşı ile Bağımlılık Profil İndeksinden, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları.....	47
Tablo 12. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Bağımlılık Profil İndeksi, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları	49

KISALTMALAR DİZİNİ

TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi



ŞEKİLLER TABLOSU

Şekil 1. Normal dağılım varsayımı ile örneklem büyüklüğü hesaplaması	27
Şekil 2. Normal dağılım olmadığında örneklem büyüklüğü hesaplaması	28
Şekil 3. Normal dağılımın sağlandığı durumda güç analizi.....	29
Şekil 4. Normal dağılımın sağlanamadığı durumda güç analizi	30



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Konusu

Türkçe'ye Dereboy(1990) tarafından“duygular için söz yokluğu” kavramı olarak çevrilen aleksitimi, üzerinde yapılan çeşitli tanımlamalar sonucu 4 temel unsur ile karakterize edilmiştir: 1)duyguları fark etme, ifade etme ve diğer insanlara açıklama güçlüğü; 2)duyguların, duygusal uyarılmanın yarattığı bedensel duyular ile arasındaki farkı ayırt etmede yaşanan zorluk; 3)düşlemenin yetersizliği ile kanıtlanmış, kısıtlı imgesel kapasite; 4)dışsal odaklı-uyaran bağımlı bilişsel tarz(Taylor, 2000). Aleksitiminin özelliklerini kapsayan bu unsurların genel olarak bilişsel işleme ve duyguların düzenlenmesindeki eksikliği yansıttığı öne sürülmekte, bu düşünce de çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir (Taylor, 2000). Bu bağlamda, aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü başta somatizasyon bozukluğu olmak üzere yeme bozukluğu, duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, psikoz, kişilik bozuklukları gibi çoğu psikiyatrik hastalıkta görülmektedir(Taylor ve ark., 1997; Dimaggio ve ark., 2007; Lumley ve ark., 2007). Güncel çalışmalar aleksitiminin ve duygu düzenleme güçlüğü'nün madde ve alkol kötüye kullanım bozukluğuyla da sıklıkla birlikte görülebileceğini göstermektedir (Kober ve Bolling, 2014; Stasiewics ve ark., 2012; Estevez ve ark., 2017). Ek olarak, Kober'ın 2014 yılında madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmaya göre aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü hem bağımlılık ve nüks için erken risk faktörü oluşturmakta hem de tedavi motivasyonu üzerine etkili olmaktadır. Bu bağlamda, bu iki faktörün alkol ve madde bağımlılığı üzerinde son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sağlıklı popülasyon ile aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü faktörleri bağlamında karşılaştırılması, aynı zamanda bu iki faktörün yatan hasta grubunda bağımlılık şiddetinin üzerindeki etkisinin incelenmesi sonraki çalışmalara ve uygulanacak psikoterapi yöntemlerine fayda sağlayacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların sağlıklı bireylere göre daha aleksitimik olup olmadığı ve duygu dışı vurumunda daha çok güçlük yaşıyıp yaşamadığının araştırılmasıdır. Ayrıca, hasta popülasyonunda aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüünün bağımlılık şiddetine etkisinin bağımlılık şiddetini çok boyutlu değerlendiren bir ölçekle incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma değişkenleri incelenirken yaş, eğitim düzeyi, daha önceden var olan psikiyatrik hastalık vb. sosyodemografik özelliklerle aralarındaki farklılaşma düzeyi de göz önünde bulundurulacaktır.

1.3 Araştırmanın Problemi

Araştırmanın problemi ‘Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüünün bağımlılık şiddetiyle olan ilişkisi’ olarak tanımlanmıştır.

1.4 Araştırmanın Hipotezleri

H:1 Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalar sağlıklı popülasyona göre daha aleksitimiktir ve duygu dışı vurumlarında daha çok güçlük yaşarlar.

H:2 Aleksitiminin madde kullanımının kişinin yaşamı üzerine etkisi ile ilişkisi vardır.

H:3 Duygu düzenleme güçlüğüünün madde kullanımının kişinin yaşamı üzerine etkisi ile ilişkisi vardır.

H:4 Aleksitiminin kişinin şiddetli madde kullanma isteği ile ilişkisi vardır.

H:5 Duygu düzenleme güçlüğüünün kişinin şiddetli madde kullanma isteği ile ilişkisi vardır.

H:6 Aleksitiminin kişinin maddeyi bırakma motivasyonu ile ilişkisi vardır.

H:7 Duygu düzenleme güçlüğüünün kişinin maddeyi bırakma motivasyonu ile ilişkisi vardır.

H:8 Yatan hasta grubunda aleksitimi düzeyi ve duygu düzenleme güçlüğü daha fazla olan bireylerin genel bağımlılık şiddeti daha yüksektir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmamıza katılan bireylerin tamamı erkek bireylerden oluşmaktadır.
2. Çalışmamız NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatan 100 birey ve 50 sağlıklı birey ile sınırlıdır.
3. Araştırmamızda elde edilen bulgular kullanacağımız veri toplama araçlarından elde edilen veriler ve kullanacağımız veri analiz yöntemi ile sınırlıdır.
4. Araştırmamızda bazı yaş grupları sınırlı temsil edilmiştir, katılımcılar genel olarak genç nüfus ağırlıklıdır.
5. Yüz yüze görüşme yapılmış olsa da özbildirim ölçekleri kullanıldığından çalışmamız katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

1.6 Araştırmanın Sayıltıları

1. Araştırma örneklemini oluşturan katılımcıların evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin verileri değerlendirmede uygun ölçekler olduğu varsayılmaktadır.
3. Araştırmaya katılan bireylerin ölçeklerdeki sorulara objektif ve içten cevaplar verdiği varsayılmaktadır.
4. Veri analizinde kullanılan istatistiksel yöntemlerin uygun ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde, bağımlılık, aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü kavramları ile ilgili teorik bilgiler verilmiş ve literatür taraması yapılarak ilgili araştırmalara yer verilmiştir.

2.1 Bağımlılık

Bağımlılık kavramı anlam ve içerik bakımından geniş bir kavram olup Latince’de “*kendisini bir şeye ya da birine zorunlu hissetmek, ona kendini adanmak*” anlamına gelen “*addicere*” kelimesinden gelmektedir (Babaoğlu 1997; Uzbay 2009). Genel olarak bir nesneye ya da kişiye duyulan karşı konulamaz istek olarak tanımlanabilir, bireyin zihinsel aktivitesi ve bununla ilişkilendirdiği davranışı ile ilgili patolojiyi yansıtır. Bağımlılık, maddenin tekrarlayıcı bir şekilde kullanımı ile başlar ve yoksunluk belirtilerini önlemek amacıyla yineleyici kullanım gerektirir, madde alım isteği de bu şekilde oluşur (Şahin, 2007). Yoksunluk belirtileri ise kullanılan maddeye karşı fizyolojik bir bağımlılık geliştirdikten sonra maddenin azaltılması ya da kesilmesi durumunda ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik semptomlardır (Dilbaz, 2012; Schuckit, 1993).

Kullanılan madde ve sanal alıştırıcılar beynin yapı ve işleyişini değiştirdiği için bağımlılık bir beyin hastalığı olarak ele alınmaktadır. Kişinin zararlı sonuçları bilmesine karşın dürtüsel bir şekilde madde veya sanal alıştırıcı arayışı ve kullanımına yönelmesi, bu davranışın kronik ve tekrarlayıcı olması gibi özellikler bu beyin hastalığının temel etmenleri olarak görülmektedir (Nurmedov ve Tarhan, 2013).

Bağımlılık kavramı kişinin çeşitli kimyasal ve bitkisel maddelere karşı geliştirdiği bağımlılığa ek olarak internet bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, kumar bağımlılığı, egzersiz, alışveriş, seks bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıkları da kapsamaktadır (Babaoğlu 1997; Uzbay 2009). Bununla beraber, geliştirilen bağımlılık türü fark etmeksizin bağımlılığın nörokimyasal ve anatomik özellikleri ortaktır (Dilbaz, 2012).

Bağımlılık davranışını tek bir nedene bağlamak söz konusu değildir, ancak bireyi bağımlılık davranışına iten belirli unsurlardan söz edilebilir. Haz arayışı, sıkıntıya ve gerginliğe tahammülsüzlük, risk alma, yenilik arayışı, dürtüsellik, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, maddeyi kurtarıcı olarak görme gibi faktörler bireyin bağımlılık davranışını etkileyen unsurlar arasında yer alır (Conway vd., 2003.; Kokkevi vd., 1998.; Milivojevic vd., 2012).

2.1.1 Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanımıyla ilgili bilgiler tarihin çok eski dönemlerine dayanmakla birlikte tarihte madde bağımlılığı ilk olarak alkol ile başlamıştır. İnsanlık alkolle meyve veya bal gibi ürünlerin karbonhidratlarının doğal yollarla fermente olmasıyla tanışmış, anksiyete giderici ve öfori etkisi keşfedildikten sonra şekerli ve nişastalı tahıl ve bitkilerden şarap ve bira yapmaya başlamıştır. Sonrasında tıbbi uygulamalar, dini ritüeller ve çeşitli etkinlikler için de kullanılmaya başlanmıştır (Keller, 1979). Sanayi devrimiyle birlikte günümüze kadar gittikçe artan alkol kullanımı, bugün dünya genelinde görülen en yaygın sağlık problemi olarak kaynaklarda yerini almıştır (Grant vd., 2004).

Alkolizm kavramı ilk olarak 19.yüzyılın başlarında ortaya atılmıştır. Genel olarak alkol kullanımının yarattığı olumsuz sonuçlarda hemfikir olunmasına rağmen bu sonuçların alkol kullanımının fazla tüketiminden kaynaklı olduğu ve kontrollü bir şekilde tüketimi durumunda olumlu sonuçları olabileceğini savunan tartışmalar mevcuttur (Edwards, Marshall ve Cook, 2003).

Alkol bağımlılığının gelişimi dinamik bir süreç olup bunda genetik, sosyal ve psikolojik faktörler rol oynamaktadır (Goldman vd., 2005). Yapılan çalışmalarda alkol kullanım bozukluğuna neden olan kalıtsal etkenlerin %50-60 oranında görüldüğü, erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek oranda içicilik olduğu, bu bahsedilen genetik faktörlere ek olarak psikososyal faktörlerin de bireyin alkol alma davranışını belirlediği vurgulanmıştır (Walter vd., 2003). Alkol bağımlılığına neden olabilecek psikolojik faktörlere dair inceleme yapıldığında ise kişilik özellikleri ve mizacın güçlü bir etken olabileceği göze çarpmaktadır. Yenilik arayışı ve dürtüsellik kişilik özellikleri, bunun yanı sıra patolojik narsisizm, antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğunun alkol kullanım bozukluğu için bir risk faktörü

olduğu yönünde çeşitli çalışmalar mevcuttur (Le Bon vd., 2004.; Can vd., 2016). Literatür incelendiğinde çevresel faktörler, bilişsel süreçler, mizaç, deneyimsel faktörler, kalıtım, cinsiyet gibi çeşitli etkenlerin bireyin içme davranışını etkileyen ve risk faktörü oluşturduğunu gösteren çalışmalar alkol bağımlılığı kavramının çok yönlü ve dinamik bir süreç olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu faktörlerin işleyiş niteliği kişiden kişiye göre değişmekle birlikte alkol kullanım bozukluğu tanı ve tedavi aşamasına dair bilgi vermektedir (Vengeliene vd., 2008.; Rehm vd., 2009.; Walter vd., 2003).

Alkol kullanım bozukluğuna birçok komorbid bozukluk eşlik etmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve major depresif bozukluk özellikle üzerinde durulması gereken tanılardır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde erken çocukluk çağı travması olan, major depresyon tanısı almış ya da anksiyete bozukluğu kriterlerini sağlayan bireylerin normal popülasyona göre alkol kullanım bozukluğuna daha yatkın olduğu görülmektedir (Kendler vd., 2012.; Copeland vd., 2011.; Magnusson vd., 2011; Sullivan vd., 2005). Bunun yanında çeşitli fiziksel sorunlar, finansal ve toplum yapısını etkileyen yasal sorunlar da alkol kullanım bozukluğu ile birlikte görülebilmektedir (Rehm vd., 2009).

Yeşilay, 2019 yılında yayınladığı raporda dünya genelinde 2 milyar kişinin alkol kullandığını, bunlardan yaklaşık 76 milyon kişinin de alkol kullanım bozukluğu tanısı aldığını bildirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayınladığı araştırmada ise 15 yaş üstü bireylerin kişi başına alkol tüketimi 2005 yılında 5.5 litre iken bu miktarın 2016 yılında 6.4 litreye yükseldiği belirtilmiştir. Ülkemizde ise Emniyet Genel Müdürlüğü'nün 2018 yılında yayınladığı “Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu” isimli raporunda genel nüfusun son 1 ay içinde alkol kullanım prevalansı %8.6, son 12 aydaki alkol kullanım prevalansı %12.6, yaşam boyu alkol kullanım prevalansı ise %22.1 olarak belirtilmiştir. Türkiye genelinde 24438 bin kişi üzerinden çıkarılan kapsamlı Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR), kadın katılımcıların ayda bir ve üstü alkol kullanımını %25.5, erkek katılımcıların ise %42.0 olarak belirlemiştir. Erkeklerin alkol kullanımını için kadınlarla karşılaştırıldığında daha riskli olduğu, 24-29 yaş grubu erkeklerde en az ayda bir defa alkol kullanma oranının %49 olduğu saptanmıştır. Kadınlar arasında da en riskli

yaş grubu 24-29 olarak bulunmuş ve %32.8'inin alkol aldığı belirtilmiştir (Ünöl ve Sayar, 2019).

2.1.1.1 Alkol Kullanım Bozukluğu ve DSM-5 Tanı Kriterleri

Alkol kullanım bozukluğu tanısı konulmasında çeşitli psikiyatrik sınıflandırmalar mevcuttur. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında ilk versiyonu yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM), yıllar içinde güncellenerek alkol kullanımı ile ilgili bozuklukların tanı ölçütleri konusunda klinisyenler tarafından sıklıkla başvurulmuş bir rehber haline gelmiştir (O'Brien ve Crowley, 2013). DSM-4'te ayrı tanı olarak değerlendirilen 'alkol bağımlılığı' ve 'alkol kötüye kullanımı', DSM-5'te birleştirilerek 'alkol kullanım bozukluğu' olarak ele alınmıştır (Hasin vd., 2013).

DSM-5'e göre aşağıda tanımlanan 11 belirtiden son 12 ayda en az 2 tanesinin olması durumunda Alkol Kullanım Bozukluğu tanısı konulur:

1. İstenenden daha fazla miktarlarda ve daha uzun süre boyunca alkol alma.
2. Alkol kullanımını bırakmak ya da kontrol etmek için sürekli bir istek ya da başarısız çabalar.
3. Alkol elde etmek, kullanmak ya da etkisinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak.
4. Alkol kullanmak için güçlü istek, dürtü ya da zorunluluk hissi olması.
5. Tekrarlayan alkol kullanımı sonucu evde, işte, okulda başlıca sorumlulukları yerine getirememek.
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu veya şiddetlendirdiği sosyal veya kişilerarası sorunlar olmasına rağmen yineleyici alkol kullanımına devam etmek.
7. Alkol kullanımından dolayı önemli sosyal, mesleki ya da eğlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Tehlikeli olma ihtimali olan durumlarda dahi tekrarlayıcı alkol kullanımı.

9. Muhtemelen alkolün neden olduğu fiziksel ya da psikolojik problemlerin bilincinde olunmasına rağmen alkol kullanımına devam edilmesi.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı gibi tolerans gelişmiş olması:

a. İstenen etkiyi ya da entoksikasyonu sağlamak amacıyla belirgin şekilde artan alkol miktarına ihtiyaç duyulması.

b. Aynı miktarda alkol alınmasına rağmen belirgin şekilde etki azalması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı gibi yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak amacıyla alkol ya da alkol ile ilişkili bir madde kullanılması.

2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu

Uyuşturucu kavramı Yunanca uyku anlamına gelen ‘narke’ kelimesinden İngilizceye ‘narcotics’ olarak türemiştir. Uyuşturucu maddeler, merkezi sinir sistemini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen, bağımlılığa sebep olan, bireyin ruh sağlığını ve fiziksel dengesini tahrip eden bitkisel kökenli ya da sentetik maddeler olarak tanımlanabilir (Dönmezer, 1987). Bağımlılık oluşturan maddeler her ne kadar dilimize ‘uyuşturucular’ olarak yerleşmişse de bu maddelerin tümünün merkezi sinir sisteminde depresan (uyuşturma) etkisi bulunmamaktadır. Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı tarihte çok eski zamanlara dayanmaktadır. Yapraklarından esrar maddesi üretilen hint keneviri ilk olarak Çin’de tıbbi amaçlarla kullanılmaya başlanmıştır (Hand vd., 2016). Haşhaş ise insanlık tarafından çok eskiden beri analjezik ve anestezi amaçlarla başvurulmuş bir madde olmuştur. Roma-Grek uygarlığında ağrılara ve öksürüğe iyi gelmesi için afyon kullanılmaktadır, Hipokrat da hastalarının melankoli ve histeri nöbetlerini dindirmek amacıyla afyon sütünden yararlanmıştır. Sonrasında başta afyon olmak üzere bağımlılık yapıcı maddeler çeşitli kısıtlamalarla da olsa yaygınlaşmış ve toplum hayatındaki yerini almıştır (Norn vd., 2005). 19. yy.’ın başlarında kimya fabrikalarında eroin ağrı kesici olarak keşfedilip tıbbi amaçlarla kullanılmaya başlanmıştır, bağımlılık etkisi olduğu fark edildiğinde eroin kullanımı çoktan dünya geneline yayılmıştır (Köknel, 1976). Güney

Amerika'da bulunan koka ağacının yaprakları, yerliler tarafından çok eski zamanlardan beri çiğnenerek medikal uygulamalar ve keyif verici etkisi için kullanılmıştır. Sonrasında bu bitkiden elde edilen kokainden tıbbi amaçlar doğrultusunda yararlanılmaya başlanmış, Freud da dahil olmak üzere birçok hekim opioid bağımlılığı ve melankoli tedavisi için kokainin kullanılabileceğini belirtmişlerdir (Biondich ve Joslin, 2016). Bu maddeler toplumsal bir sorun olarak ancak 2. Dünya Savaşı'ndan sonra yapılan çalışmalarda ele alınmıştır (McLaughlin, 1973).

Son dönemlerde madde kullanımı oranında ciddi boyutta bir artış gözlenmektedir. Birleşmiş Milletler 2018 yılında yayınladığı raporda dünya genelinde yaklaşık 275 milyon kişinin madde kullandığını, bunlardan yaklaşık 31 milyon kişinin madde kullanım bozukluğu tanısı aldığını belirtmiştir. 2016 yılında ise madde kullanan kişi sayısı yaklaşık 250 milyon, madde bağımlısı kişi sayısı 29,5 milyon olarak tespit edilmiştir (Yeşilay, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılında yayınladığı rapora göre dünya genelinde aynı yılda 450.000 kişi madde kullanımına bağlı hayatını kaybetmiştir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Örgütü (UNODC) 2017 Raporu'nda; dünyada kullanılan ve yakalanan maddelerin yarısının yaklaşık 183 milyon kullanıcıyla esrar olduğu, bunu yaklaşık 33 milyon kullanıcıyla amfetamin, 19 milyon kullanıcıyla ekstazi ve 17,4 milyon kullanıcıyla kokainin takip ettiği tespit edilmiştir. İçişleri Bakanlığı'nın 2019 yılında yayınladığı Türkiye Uyuşturucu Raporunda 2016 yılında meydana gelen uyuşturucu olayı toplam 81.222 iken bu sayı 2017 yılında 118.482 olarak belirtilmiştir. Yine aynı raporda kadınların hayatında bir kere madde kullanma oranı % 0,3, erkeklerin ise % 6,1 olduğu tespit edilmiştir. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) 2019 yılı raporu incelendiğinde Türkiye'de ele geçirilen MDMA (3,4-metilendiyoksimetamfetamin) ve eroin miktarının tüm Avrupa Birliği ülkelerinde ele geçirilenin toplamından daha fazla olduğu ve Türkiye'de yakalanan kubar esrar miktarının 2009 yılından beri herhangi bir Avrupa ülkesinde yakalananandan daha fazla olduğu gözlenmektedir. Türkiye genelinde 24438 bin kişi üzerinden çıkarılan Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR) ise yaptığı araştırmada katılımcıların %4.5'inin tek tip, %2.5'inin ise birden fazla tipte madde kullandığını belirtmiştir. Madde kullanım oranları (tek veya çoklu tip) kadınlarda %3.6', erkeklerde %10.4 iken madde kullanımı için (tek veya

çoklu tipte) en riskli grubun 24-29 yaş arası erkek katılımcı grubu olduğu bulunmuştur (Ünübol ve Sayar, 2019). Bütün bu araştırmalardan elde edilen bulgular dünya genelinde ve ülkemizde madde kullanımı ve bağımlılığının giderek daha ciddi bir problem haline geldiğini göstermektedir.

2.1.2.1 Bağımlılık Yapıcı Maddeler

APA'nın yayınladığı DSM 5'e göre bağımlılık yapıcı maddeler alkol, amfetamin veya benzer etkili sempatomimetikler, kannabis, kokain, hallüsinojenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin veya benzer etkili arilsikloheksilaminler, sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler olmak üzere 10 kategoriye ayrılır. Psikoaktif maddeler olarak tanımlanan bu maddeler hem psikolojik hem fizyolojik bağımlılık yapabilir, yaptıkları bağımlılığın türü ve şiddeti maddeye göre farklılık gösterir. Ortak özellikleri ise merkezi sinir sistemini etkileyerek algı, dikkat gibi bilişsel süreçleri sekteye uğratması, aynı zamanda mizaçta değişim meydana getirmesidir (Hasin vd., 2013).

Bağımlılık yapıcı maddeler merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine göre de dört farklı şekilde sınıflandırılabilir: merkezi sinir sistemini uyuşturanlar (afyon ve türevleri; eroin, morfin, sentetik ve yarı sentetik narkotik analjezikler), merkezi sinir sistemini uyaranlar (kokain, amfetamin, nikotin, khat, ecstasy, kafein, efedrin), merkezi sinir sistemine halüsinojen etki eden maddeler (kannabinoid, sentetik kannabinoid, lysergic acid diethylamid (LSD), ecstasy, fensiklidin, meskalin), merkezi sinir sistemini bastıranlar (alkol, uçucu madde, barbiturat, trankilizan). Bu maddeler elde edildikleri kaynaklara göre doğal, yarı sentetik ve sentetik olarak 3 gruba ayrılmaktadır (Öztürk, 2010).

2.1.2.1.1 Opiyatlar

Afyon

'Haşhaş', 'afyon' ve 'opiyum gelinciği' isimleriyle anılan bitkiden tahmini yaklaşık 24 çeşit alkaloid üretilebilmekte olup bunların arasında morfin, eroin, kodein, narkotin ve papaverin bağımlılık yapan maddeler olarak karşımıza çıkar. Bazı türleri tıpta ağrı kesici olarak da kullanılabilen opiyatların bağımlılık geliştirme etkileri bir hayli yüksektir. Akut etkileri arasında kullanımdan kısa bir süre sonra

anksiyetede azalma, öfori, ‘rush-zevkten çatlama’ olarak adlandırılan keyif verici etkisi, bu etki geçtikten sonra sakinlik, dikkat azalması, hipotansiyon, kalp ritim bozuklukları, solunum yavaşlaması, orgazm benzeri abdominal kasılmalar sayılabilir. Kabızlık, anhedoni, öz bakım azalması, damar yolu kullanımı olan kişilerde AIDS vb. enfeksiyonlar, mesane kanserine yatkınlık gibi etkiler opioidlerin kronik etkileri olarak sıralanabilir. Göz bebeği küçülmesi, kabızlık, kusma, öksürük ve solunum merkezini inhibe etme, yüz ve boyunlarda kızarıklık gibi belirtiler de opiyatların diğer etkileri olarak belirtilmektedir (Kardaş ve Yüncü, 2009). Afyon, ağıza alınıp çiğnenerek veya sigara gibi sarılıp içilerek kullanılır. “Siyah hap”, “Cin”, “Pekmez”, “Big D”, afyonun sokakta kullanılan yaygın isimleridir (Çelik, 2015).

Morfin

Afyonun kimyasal işlemlerden geçmesiyle elde edilen morfin, tıpta çok güçlü olan ağrı kesici etkisinden ötürü tercih edilir. Damar yolundan, sigara ile, ağızdan alınarak ya da inhalasyon yoluyla kullanılabilir. Beyaz renktedir, kokusuzdur, tablet ya da toz şeklindedir. Sokakta ‘beyaz şey, maymun, amca, küp, eritici, rüya gören’ olarak anılır (Kardaş ve Yüncü, 2009).

Eroin

Morfinin çeşitli kimyasal işlemlerden elde geçmesiyle elde edilen yarı-sentetik bir maddedir. Beyaz ve kristalize formda olup satılan eroin açık kahverengi ve toz şeklinde olabilir. IV (intrevenöz-damar içi), burundan çekilerek ya da dumanını soluyarak kullanılır. Genellikle diğer yollarla kullanılmaya başlanıp zamanla damar içi kullanıma dönüşür. Tek kullanımda bağımlılık yapar (Kardaş ve Yüncü, 2009).

Kodein

Ağrı kesici etkisi morfine göre daha düşük olan kodein, sakinleştirici bir etkiye sahip olduğundan uyku bozukluğu tedavisinde tercih edilir. Aynı zamanda ishal tedavisinde ve öksürük giderici olarak kullanılır. Bağımlılık etkisi morfin ve eroine göre daha düşüktür. Ağız yolu ya da damar yoluyla kullanılır (Kardaş ve Yüncü, 2009).

2.1.2.1.2 Benzodiazepinler, Diğer Yatıştırıcılar ve Hipnotikler

Bu gruptaki maddeler benzodiazepinler, barbitüratlar, trankilizanlar ve sedatifler olarak sıralanabilir. Kimyasal yapı olarak birbirlerinden farklı olmalarına karşın etkileri benzer görüldüğünden süreç içinde aynı gruba giren bu ilaçların ortak özellikleri yatıştırıcı olması, uykuyu kolaylaştırması, kas gevşetici olması ve fazla miktarının anestezi etkisinin olmasıdır. Madde kötüye kullanımına açıktır, alışkanlıkla beraber bağımlılık geliştirirler. Bağımlılık geliştirme süresi ise kullanım dozu ve süresine göre farklılık gösterir. Alındıktan kısa süre sonra öfori, solunumda yavaşlama, uyku hali, anksiyetede azalma gibi belirtiler gözlemlenirken bunlara hafıza kaybı, kas ve motor hareketlerde yavaşlama, dikkat eksikliği, duygu durumunda dalgalanma gibi belirtiler takip edebilir. Ek olarak, sedatiflerin alkolle birlikte alınmasında zehirlenme riski oluşabilir (Ögel, 1997).

2.1.2.1.3 Kokain

Psikostimülan etki gösteren bir madde olan kokain, kullanım sırasında ve sonrasında öfori, kendine güven artışı, artan girişkenlik ve konuşma, çabuk öfkelenme, saldırganlık, konuşmada bozukluk, dürtüsellik, aşırı uyarılmışlık gibi belirtiler gösterir. Bu psikolojik ve davranış değişikliklerine ek olarak iştah, yorgunluk ve uyku ihtiyacında azalma, cinsel dürtülerde artış, kalp hızı ve kan basıncında artma gibi fiziksel semptomlar da görülür. Etkisini çok hızlı gösteren, tek kullanımda bağımlılık yapabilen güçlü bir maddedir. Yaygın kullanım biçimi buruna çekilmesidir; suda çözülürken enjeksiyon yoluyla da kullanılabilir (Sönmez, 2009).

Crack

Kokainin küçük parçaları halindeki daha ucuz formu olan bir maddedir. Kokain ve eroine göre çok daha hızlı bağımlılık geliştirir. Sokak ismi ‘taş’ olan krek adı, madde yakılıp içilirken çıkan çatırtı isminden gelmektedir. Uzun süreli kullanımında saldırganlık, anksiyete, kilo kaybı, kalp atışlarında düzensizlik, terleme, nefes darlığı, halüsinasyon ve paranoid hezeyan gibi belirtiler göstermektedir (Sönmez, 2009).

2.1.2.1.4 Amfetamin ve Metamfetamin

Amfetamin ve metamfetamin, merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkisi olan birbirleriyle yakın ilişkili iki maddedir. Ağız yoluyla, burundan çekilerek ya da damar yoluyla kullanılabilirler. Duygudurum yükselmesi, artmış enerji, aşırı uyarılmışlık, dikkat ve odaklanmada artış, uyku ihtiyacında azalma, cinsel dürtü ve performansta artış, ağrı eşiği yükselmesi gibi belirtiler ilk ve küçük dozda kullanımda gözlenirken uzun süreli yüksek doz kullanımda kalp krizi, koma ve ölüm riski vardır (Eslek, 2009).

2.1.2.1.5 Ecstasy

Yasadışı laboratuvarlarda üretilen, kimyasal olarak uyarıcı ve halüsinojenlere benzeyen, duygudurum ve algıda değişikliklere neden olan sentetik bir maddedir. Toz, sıvı, tablet veya kapsül formundadır ve ağız yoluyla kullanılır. Alındıktan 20-60 dakika etkisini göstermeye başlar, bu etkiler 60-90 dakika içinde en yoğun şekilde ortaya çıkar ve 3-5 saat boyunca devam eder. Birincil etkiler gevşeme, duygusal açıklık, artmış enerji, duygusallık, ses, renk ve dokunma algısında artış, cinsel uyarılmayı artırma olarak sıralanabilir. En çok istenen etkisi, dünyadaki herkesle derin bir ilişki kurma arzusudur. Terleme, taşikardi, anksiyete, pupillerde daralma, çenede kilitlenme, bulantı, huzursuz bacak, panik atak ve bilinç kaybı istenmeyen etkileri arasındadır. Uzun süreli kullanımda koordinasyon bozukluğu, hızlı kas yıkımı, vücut sıvı dengesinde bozulma, böbrek yetmezliği ve ölümcül beyin ödemi riski bulunmaktadır (Tamar Gürol, 2009).

2.1.2.1.6 Halüsinojenler

Kişinin gerçeklik algısında, düşünce ve duygu durumunda değişikliklere neden olan, elde edilme yoluna göre bitkisel, hayvansal kaynaklı ya da sentetik olabilen maddelerdir. Halüsinojenler etki ettikleri nörotransmitter sisteme ve kimyasal yapılarına göre sınıflandırılırlar. LSD ve ketamin sıklıkla kullanılan halüsinatif maddeler arasında yer alır. Bireyin kullandığı maddeyle ilişkili olarak sıklıkla görsel ve işitsel olarak meydana gelen halüsinasyonlar, geçmiş yaşantıların tekrar deneyimlenmesi, depersonalizasyon, ses ve renklerin farklı algılanması gibi psikotik etkiler görülmektedir. Genellikle ağız yoluyla alınırlar, kısa süreli kullanım

etkileri ağız kuruluğu, kızarma, kan basıncı artışı, mide ve bağırsak hareketlerinde artma, çarpıntı, mide bulantısı görülür, baş dönmesi, titreme olarak sayılabilir. Kronik kullanımda ise aşırı kilo kaybı, taşikardi ya da brakardi, kas seğirmesi ve zayıflaması, huzursuzluk, uykusuzluk, böbrek yetmezliği, koma ve solunum durması, alkolle birlikte alınırsa ani ölümler görülebilir (Güleç Öyekçin, 2009).

2.1.2.1.7 Esrar

Kenevir bitkisinden elde edilir, içinde Tetrahydrocannabinol (THC) isimli aktif bir madde bulunmaktadır. Esrar; sarılarak doğrudan ya da sigaraya konup tütünle birlikte, demlenerek çay şeklinde ya da kek, kurabiye gibi şeker içeren yiyeceklerin içine konarak, daha az sıklıkla rektal ya da göz damlası şeklinde kullanım yolu olan bir maddedir. Dünya genelinde en yaygın kullanımı olan madde esrar olarak belirtilmektedir. Sigara şeklinde kullanımında diğer yollara göre etkisi daha hızlı ve güçlü görülmektedir, kullanımından birkaç dakika sonra etkisini gösterir, tepe noktasına 30 dakika içinde ulaşır, 2-3 saat içinde bu etki son bulur. Kalp hızında artış, kaslarda gevşeme, ağızda kuruluk, gözlerde kızarıklık, iştahta artma ilk belirtileri arasında olup devamında kısa süreli hafıza kaybı, denge bozukluğu, reflekslerde azalma, öfori, konuşma isteğinde artma gibi etkiler gösterebilir. Yüksek dozlarda kullanımında psikotik belirtiler ve deliryum görülmektedir. Uzun süreli kullanımında içgöründe azalma, dikkat ve bellekte bozulma, sosyal ilişkilerinde etkinlik azalması, anksiyete bozuklukları, paranoid bozukluklar, duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar meydana gelebilir. Ayrıca, kişi yüksek ihtimalle esrar ve diğer maddelere bağımlılık geliştirir (Öztürk Sarıkaya, 2009).

2.1.2.1.8 Sentetik Kannabinoidler

THC benzeri etkiler gösteren psikoaktif maddelerdir. Ülkemizde ‘bonzai’ ve ‘jamaika’ isimleriyle anılan bu maddeler, sıklıkla esrar gibi sigara şeklinde kullanılmaktadır. Düşük dozda kullanımda öfori, rahatlama, duygusal değişiklikler, dikkat dağınıklığı gibi belirtiler görülürken yüksek dozda kullanımı ajitasyon, halüsinasyon, anksiyete, bilişsel işleme ve algıda bozulmaya yol açmaktadır. Sentetik kannabinoidler, kullanım sonrasında solunumda zorlanma, paranoya, panik

atak, inme, böbrek yetmezliği, çarpıntı, göğüs ağrısı, koma ve ölüm gibi ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (Bozkurt, 2009).

2.1.2.1.9 Uçucular

İnhalan olarak da adlandırılan uçucu maddeler; benzen, toluen, nitrit, freon gibi hidrokarbonlardır. Günümüzde ticari olarak birçok farklı amaç için kullanılan bu maddeler, boya, yapıştırıcı, deodorant, sprej, inceltici (tiner) gibi ürünlerin içinde bulunur. Ağız ya da buruna sprej gibi sıkılarak ya da kağıt, plastik gibi koruyucuların içine koyup buharını soluma yoluyla kullanılır. Bu maddeler kullanan bireyde sedasyon, öfori, görme bulanıklığı, baş ağrısı, kas gücünde azalma, yorgunluk, tükürük miktarında artış, mide bulantısı, iştah azalması, koordinasyon bozukluğu, kalp çarpıntısı ve komaya neden olurlar (Akvardar, Tümöklü ve Alptekin, 2003).

2.1.2.2 Madde Kullanım Bozukluğu ve DSM-5 Tanı Kriterleri

Madde Kullanım Bozukluğunun Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-5'e göre aşağıda tanımlanan 11 belirtiden son 12 ayda en az 2 tanesinin olması durumunda Madde Kullanım Bozukluğu tanısı konulur (Köroğlu, 2013):

1. İstenenden daha fazla miktarlarda ve daha uzun süre boyunca madde alınır.
2. Madde kullanımını bırakmak ya da kontrol etmek için sürekli bir istek ya da başarısız çabalar vardır.
3. Madde elde etmek, kullanmak ya da etkisinden kurtulmak için çok fazla zaman harcanır.
4. Madde kullanmak için güçlü istek, dürtü ya da zorundalık hissi olması.
5. Tekrarlayan madde kullanımı sonucu evde, işte, okulda başlıca sorumlulukları yerine getirememe.
6. Maddenin etkilerinin neden olduğu veya şiddetlendirdiği sosyal veya kişilerarası sorunlar olmasına rağmen yineleyici madde kullanımına devam etme.

7. Madde kullanımından dolayı önemli sosyal, mesleki ya da eğlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Tehlikeli olma ihtimali olan durumlarda dahi tekrarlayıcı madde kullanımı.

9. Muhtemelen maddenin neden olduğu fiziksel ya da psikolojik problemlerin bilincinde olunmasına rağmen madde kullanımına devam edilmesi.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı gibi tolerans gelişmiş olması:

c. İstenen etkiyi ya da entoksikasyonu sağlamak amacıyla belirgin şekilde artan madde miktarına ihtiyaç duyulması.

d. Aynı miktarda madde kullanılmasına rağmen belirgin şekilde etki azalması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı gibi yoksunluk gelişmiş olması:

c. Maddeye özgü yoksunluk sendromu.

d. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak amacıyla madde (veya benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) kullanılması.

2.2 Aleksitimi

Sifneoz (1996) tarafından literatüre kazandırılan ve Türkçe'ye Dereboy(1990) tarafından çevrilen aleksitimi kavramı; “duygular için söz yokluğu” anlamına gelmekte olup duyguları tanımlama, ifade etme ve hayal kurma konusundaki güçlüklerle karakterize edilebilir. Bu kavram genel olarak duygusal yaşantılar için farklılaşmamış anlatım biçimi, düşlemsel yaşantıda kısırlaşma, imgelemede sınırlama, empati bozukluğu ve duyguları bedenselleştirme gibi özelliklere odaklanmaktadır (Ahrens ve Deffner, 1986).

Ortaya çıktığı ilk zamanlarda psikosomatik rahatsızlıklarda gözlemlenen belirli kişilik özellikleri olarak görülmüş, daha sonraki yıllarda fiziksel veya psikolojik rahatsızlığı bulunan bireylerde ve sağlıklı insanlarda da farklı zamanlarda ortaya çıkan aleksitimik özellikler olabileceği öne sürülmüştür (Lesser, 1981). Bu tartışmalar aleksitimi kavramı ile ilgili muğlak bir tanım oluşturmuştur. Taylor (2000) ve arkadaşları, tanım ve kavram ile ilgili bu belirsizliği gidermek ve diğer

tanılardan ayırtırmak amacıyla aleksitimi kavramını 4 temel unsur ile karakterize etmişlerdir: 1) duyguları fark etme, ifade etme ve diğer insanlara açıklama güçlüğü 2) duyguların, duygusal uyarılmanın yarattığı bedensel duyular ile arasındaki farkı ayırt etmede yaşanan zorluk 3) düşlemenin yetersizliği ile kanıtlanmış, kısıtlı imgesel kapasite 4) dışsal odaklı-uyaran bağımlı bilişsel tarz. Aleksitiminin özelliklerini kapsayan bu unsurların genel olarak bilişsel işleme ve duyguların düzenlenmesindeki eksikliği yansıttığı öne sürülmekte, bu düşünce de çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir (Taylor, 2000).

Aleksitimik özellik gösteren kişiler duygularını tanımak, anlamlandırmak ve ayrıntılı bir şekilde açıklamakta zorlanırlar. Duygu ve düşünceleri arasında bağlantı kurma, aralarındaki ayrımı içselleştirme ve bu süreci sözel bir şekilde ifade etme konusunda sıkıntı yaşarlar. Duygusal uyarılma ve fiziksel uyarılma durumları arasındaki farkı ayırt edemedikleri için duygularını fiziksel belirtiler aracılığıyla söze dökerler (Lesser, 1981). Düşlem, fantezi, düşünce ve görsel imgelerini duygularıyla ilişkilendirmede zorlanırlar; duygusal uyarılmanın fiziksel ya da somatik belirtisine odaklanıp duyguları ‘aşırı ayrıntılandırılmış bilişsel hissetme durumları (cognitive feeling states)’ olarak tecrübe ederler. Hayal edilmesi istenen duyguları zihinlerinde yoğun bir şekilde canlandıramadıkları için hayal kurma konusunda güçlük çekerler; rüyaları da içsel gerçeklikleri hakkında değil, dışsal yaşantılarla ilişkileri hakkında bilgi vermektedir (Taylor ve Bagby, 1988). İşlemsel (operasyonel) düşünceleri sebebiyle sorunlara genellikle pragmatik ve yüzeysel yaklaşım problemi en kısa yoldan ortadan kaldırmaya çalışırlar (Koçak, 2012). Bu bireylerin zihinsel yaşantıları tutarsızlık ve boşluklarla doludur, aynı zamanda kendi içsel gerçeklikleri ile de çok az ilişki içindedirler (Vanheule vd., 2011). Aleksitimi özellikleri olarak ifade edilen bu unsurların kişilerin yalnızca kendi duygularını anlamlandırma konusunda değil, diğer insanların duygularını anlama ve onlarla ilişki kurma konusunda da sıkıntılara sebep olduğu, böylece bahsedilen duygusal yetersizliklerin sonuçlarının kişilerin hayatında kendi içsel zorluklarından çok daha geniş bir alana yayıldığı gözlemlenmektedir. Bu sebeple aleksitimik bireylerin empati kapasitelerinin de yetersiz olduğu savunulmaktadır. Bu durum diğer insanlarla ilişki kurma konusunda da sıkıntı yaşamalarına neden olur; dış uyaranlara göre davranış örüntüsü geliştirip çevrelerine uyum sağlamaya çalışırlar (Şenkal ve Işıklı, 2015).

Aleksitimide bahsedilen duygusal eksikliklerin yanında bilişsel alanda da çeşitli kapasite kısıtlılıkları gözlenmektedir; bunlar engelleyici uyku apnesi sendromu, Asperger ve fonksiyonel otizm gibi bozuklukların bazı özelliklerine benzetilmiştir ancak tanı kriterini karşılaması için birçok farklı belirtinin de gerekiyor oluşu aleksitimiye bu bozukluklardan ayırmaktadır (Fitzgerald ve Bellgrove, 2006).

Aleksitimi, bütün bu tanımlanan unsurlarla bir kişilik özelliği olarak kabul edilmekte ve bu özellikler ‘birincil aleksitimi’ olarak adlandırılmaktadır. Krystal (1986) ve Freyberger (1977), toplama kampındaki kişilerle yaptıkları araştırma sonucu ‘ikincil aleksitimi’ kavramını ortaya atmış, aleksitimin yalnızca doğuştan gelen bir kişilik özelliği değil, aynı zamanda hastalık, kaygı ve stresle sonradan da edinilebileceğini öne sürmüşlerdir. Sonraki yıllarda yapılan araştırmalar, ölümcül hastalığı olan, toplama kamplarında bulunmuş, cinsel taciz ve tecavüz öyküsü bulunan ya da travmatik yaşantılar deneyimlemiş bireylerin daha aleksitimik hale geldiğini göstererek bu görüşü desteklemişlerdir (Shipko vd. , 1983; Zeitlin vd. , 1993; Zlotnick vd. , 1996).

Klinik gözlemler doğrultusunda yapılmakta olan aleksitimi kavramı tanımlamalarının birbirleriyle benzerlik gösterdiği kadar görüldüğü üzere birbirinden ayrıştığı noktalar da olmaktadır. Bu kavramın daha iyi anlaşılması için ardındaki kuramsal paradigmların kavramı ele alma şekillerini de değerlendirmek gerekmektedir (Şaşıoğlu vd. , 2013).

Nörofizyolojik yaklaşım, aleksitiminin sağ ve sol hemisferin arasındaki bağlantı kopukluğu sonucu limbik sistemden neokortekse giden uyanların bloke edilmesinden kaynaklandığını ileri süren çalışmalarla başlamıştır (Larsen vd. , 2003). Lane ve arkadaşları (1997), beynin ön kabuğunun duygusal işleme ve tepki verme işlevinde önemli rol oynadığını, dolayısıyla aleksitiminin bu bölgede oluşan bir işlev bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir. Burgess ve Simpson (1988), aleksitimi belirtileri taşıyan bireylerin sol yarım kürelerinde uzmanlaşma olduğunu, bu durumun da düşlemsel yaşantıda kısırlaşma, esnek olmayan düşünce yapısı, somatik yakınmalar ve panik bozukluk gibi belirtileri açıkladığını savunmuşlardır. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre aleksitiminin, bilişsel işleme ve duygu düzenleme işlevlerindeki yetersizlikten kaynaklandığı görüşüne varılmıştır. Bu görüş, Moriguchi ve

arkadaşlarının (2006) aleksitimiye medial prefrontal korteksin hipoaktivitesinden kaynaklanan bilişsel işlemelemedeki bozukluk, rahatsız edici duyguları düzenlemede yaşanan güçlük ve empati kurmadaki yetersizlik ile ilişkilendirdiği araştırmalarıyla ve aleksitiminin işlevsel olmayan duygu düzenleme stilleri, duygusal zeka ve hemisferler arasındaki iletişim bozukluğu, REM yoğunluğu azalması ile ilişkisinin bulunduğunu saptayan çalışmalarla desteklenmiştir (Taylor, 2000).

Psikanalitik kuram ise aleksitimiye psikosomatik hastalıklara yaklaşımından daha farklı bir şekilde ele almamaktadır. Kişinin söze dökemediği iç çatışmalarının somatizasyon yoluyla ifade edildiği ileri sürülmesi durumun fizyolojik boyutunun oldukça basite indirgenmiş olduğunu göstermektedir. Psikosomatik hastaların psikanaliz ile tedavi edilip iyileşme konusunda sınırlı sonuçlar alınması bu çıkarımı desteklemektedir (Lesser, 1981). Sosyokültürel kuram ise özetle kişinin içinde yaşadığı sosyo-kültürel ortamdaki öğrenilmiş deneyimlerin aleksitimik özellikleri ortaya çıkardığını savunmaktadır (Epözdemir, 2012).

Bilişsel kuramın kurucularından Beck (1961), aleksitiminin iç ve dış dünyadan gelen uyaranların bozulmuş bilişsel sürecin sebep olduğu çarpıtılmış bir algı ve gerçeğe uygun olmayan yorumdan kaynaklandığını belirtmiştir. Aleksitimi, bilişsel yaklaşımda bu kuramsal çerçevede açıklanmakta ve işlevsel olmayan bilişsel süreçlerle ilişkilendirilmektedir (Koçak, 2002). Pennebaker (1989), duyguların bilişsel süreç içinde yanlış ya da eksik işlendiğini ve kişinin duygular yerine fiziksel uyarımlara odaklandığını, dolayısıyla aleksitiminin kendini yansıtmı becerisinde eksiklik ve duygusal ketlenme ile karakterize edilebileceğini vurgulamıştır. Lazarus'un (1982) duyguları kişinin çevre ile etkileşimi sonucu oluşan bilişsel şemalar olarak tanımlamasından hareketle Martin ve Phil (1986), aleksitimi özellikleri gösteren bireylerin ilkel bilişsel şemalardan yararlandığını belirtmişlerdir. Bu çalışmaların devamı niteliğinde olan güncel kuramlar, duygusal farkındalık, zihin teorisi, meta-kognisyonlar gibi kavramları içinde barındıran 'zihinsel durum kavrayışı' kavramını ortaya atarak aleksitimi ile ilişkilendirmişlerdir (Ogrodniczuk, Piper ve Joyce, 2011).

Tüm bu nörofizyolojik, psikanalitik, bilişsel, sosyo-kültürel ve diğer güncel kuramlar incelendiğinde aleksitimi kavramının tanımlanması ve özelliklerinin diğer patolojilerden ayrışması konusunda birçok araştırmaya ihtiyaç duyulduğu

gözlemlenmektedir. Bu noktada aleksitimiye var ya da yok olarak değerlendirmektense süreklilik arz eden bir kavram olarak ele almak büyük önem taşımaktadır (Koçak, 2002).

Güncel araştırmalarda, aleksitiminin dissosiyatif bozukluk, alkol kullanım bozukluğu, patolojik kumar oynama, depresyon, madde kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, somatoform bozukluk, kişilik bozuklukları ve AIDS ile ilişkili olduğunu görülmektedir (Grabe vd., 2000; Yıldırım vd., 2012; Evren vd., 2008; Bruce vd., 2012; Toneatto vd., 2009; Haviland vd., 1991; Rasheed, 2001; Honkalampi vd., 1991; Frewen vd., 2006; Cochrane vd., 1993; Bach vd., 1994). Aynı zamanda, genel popülasyonda da aleksitimik özelliklerin görülebileceği; erkeklerin, ileri yaştakilerin, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir seviyesine sahip bireylerin daha aleksitimik olduğu ortaya konmuştur (Blachard vd., 1981; Salminen vd., 1999).

2.2.1 Aleksitimi ve Alkol ve Madde Bağımlılığı İlişkisi

Çok eski yıllarda yapılan araştırmalar aleksitimik özellikler olarak vurgulanan kişilik özelliklerinin madde bağımlılarında görüldüğünü göstermektedir; bu araştırmalara göre alkol kullanım bozukluğuna sahip ya da genetik açıdan alkol bağımlılığı oranı yüksek olan bireylerde ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerde aleksitimi oranı yüksektir (Krystal ve Raskin, 1970).

Pektaş ve arkadaşlarının (1991) yaptığı çalışma, eroin bağımlılığı olanların olmayanlara göre %60 oranında daha aleksitimik olduğu göstermektedir.

Rybakowski ve Ziolkowski (1991) yaptıkları çalışmada, erkek alkol bağımlılarının %79'unun aleksitimik kişilik özelliklerine sahip olduğunu bulmuşlardır.

Pandey ve arkadaşları (2011), madde kullanımındaki anhedoni ve negatif etki belirtilerinin temelini aleksitiminin oluşturduğunu öne sürmektedir. Aleksitiminin madde kullanımının öncesinde var olma durumunda; madde kullanan bireylerde kullanmayanlara göre daha yüksek aleksitimi düzeyleri olduğunu, aynı zamanda

sosyal içicilerin kullandığı alkol miktarının bireylerdeki aleksitimi düzeyini yordadığını belirtmişlerdir.

Evren ve arkadaşları (2002), yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında aleksitimi görülme oranını %56 olarak saptamışlardır. Thorberg ve arkadaşları (2009), alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerde aleksitimi prevalansını %45 ve %67 arasında olarak belirtmektedir. Ziolkowski ve arkadaşları (1995) ise ayaktan tedavi gören 60 erkek alkol bağımlısı hastanın üzerinde yaptıkları çalışmada bu hastaların %48'inde aleksitimi olduğunu belirtmişlerdir.

Türkiye genelinde 24438 bin kişi üzerinden çıkarılan kapsamlı Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR), Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları tanıma güçlüğü ve duyguları ifade güçlüğü puanlarının alkol kullanan bireylerde kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı durum madde kullanan bireyler için de geçerlidir. Madde kullanan bireylerin aleksitimi düzeyleri, madde kullanmayanlara göre daha fazladır (Ünübol ve Sayar, 2019).

2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü anlamak için öncelikle duygu kavramının incelenmesi gerekir. Gross'a (1998) göre duygular, insan hayatında önemli bir yeri olan, davranışsal amaçlar doğrultusunda neyin iyi ve kötü olduğuna karar vermek, kişiler arası ilişkilerde esnek şablonlar oluşturmak gibi işlevleri olan, maruz kalınan içsel ve dışsal uyaranlara karşı verilen bilişsel, davranışsal ve fiziksel tepkilerdir. Duygunun deneyimlenmesi, o duygunun düzenlemesini de beraberinde getirir. Duygu düzenleme, bir duygu ortaya çıktığında nasıl deneyimleneceği ve tepki verileceği ile ilgili süreçlerin tümünü kapsayan bir kavramdır (Gross, 1998). Duygu düzenlemeyle birlikte var olan duygular artırılır, azaltılır ya da aynı düzeyde tutulur; bunların üzerinde ise duyguların ne zaman, nasıl, ne şekilde tecrübe edildiği ve ifade edildiği faktörleri önemli rol oynar. Bireyin duygusal tepkilerini inceleme, üzerinde kontrol sahibi olma ve değiştirebilme yeteneği ise duygu düzenleme becerisi olarak tanımlanır (Gross, 1998; Thompson, 1994). Duygular düzenlenirken adaptif ya da maladaptif bir strateji izlenebilir, bununla birlikte duygular bilinçli ya da bilinçsiz olarak düzenlenebilir (Leahly ve vd., 2011; Gross ve Thompson, 2007). Gross'un

(1998) Duygu Düzenleme Süreç Modeline göre, duygusal veya davranışsal tepkiler verilmeden önce duygulara müdahale edilen öncül odaklı strateji ve psikolojik ya da davranışsal tepkiler ortaya çıktıktan sonra duyguya müdahaleyi içeren tepki odaklı strateji olmak üzere iki temel duygu düzenleme stratejisi bulunmaktadır. Gross (2007), sonraki yıllarda ise durum seçimi, durum düzenlemesi, dikkat odağı, bilişsel değişim ve tepki düzenleme olmak üzere 5 temel duygu düzenleme stratejisi olduğunu belirtmiştir. Bu stratejiler duygusal tepkiyi ortaya çıkaran durumlar arası tercih yapma, duygusal tepkiyi düzenlemek için dikkati bir noktada toplama, dikkatin bir noktada odaklanması ile birlikte bilişsel anlamlandırmayı düzenleme ve duygusal tepkiyi artırma ya da azaltma ve duygusal tepkiyi değiştirme gibi becerileri kapsamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü, olumsuz olarak atfedilen duyguların dışı vurumunda tepkisellik, şiddet ve değişim hızı açısından yaşanan problemler olarak görülmektedir (Shields ve Cicchetti 1997; Thompson, 1994). Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireyler, karşılaştıkları durumlara verdikleri duygusal tepkilerini düzenlemekte zorlanmakta ve bu tepkiler kişilerin psikolojik işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Cole vd., 1994; Han ve Shaffer, 2013). Aynı zamanda bu bireylerin duygularını tam olarak anlayamadıkları, kabul edemedikleri, duruma uygun işlevsel duygu düzenleme stratejileri uygulayamadıkları, olumsuz duyguları tecrübe ederken dürtü kontrolünde zorluk yaşadıkları, amaç odaklı davranamadıkları ve günlük yaşamın bir getirisi olan duygusal sıkıntıyı yaşamaya karşı isteksiz oldukları gözlenmektedir (Gratz ve Roemer, 2004; Weiss vd., 2013).

2.3.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Alkol ve Madde Bağımlılığı İlişkisi

Çeşitli araştırmalar, duygu düzenleme güçlüğü olan kişilerin, olumsuz duygularından kaçmak ya da o duyguları yönetebilmek için bağımlılık davranışlarına yöneldiğini vurgulamaktadır (Taylor vd., 1997; Tice vd., 2001; Ricketts ve Macaskill, 2003; Aldao vd., 2010).

Yapılan araştırmalara göre günlük hayatın bir parçası olan olumsuz duyguları düzenleme konusunda beceri eksikliği, alkol kullanım problemlerinin gelişmesi, sürmesi ve tedavisiyle ilişkili bulunmuştur (Holahan vd., 2001; 2003). Ek olarak, duygu düzenleme güçlüğü alkol kullanım bozukluğu tedavisi sonucu kişilerin alkol

kullanım miktarını ve olumsuz duygu içeren durumlarla karşılaştığında alkol bağımlılığı nüksünü yordamaktadır (Berking vd., 2011; Bandura vd., 2003).

Stasiewicz ve arkadaşları (2012), ayakta alkol bağımlılığı tedavisi gören 77 kadın ve erkek hasta üzerinde yaptıkları çalışmada düşük duygu düzenleme becerilerinin bireylerin alkol kullanmadıkları gün sayısını azalttığını, alkol bağımlılık şiddetini artırdığını ve alkol alma riskini artırdığını gözlemlemişlerdir. Ayrıca, düşük duygu düzenleme becerilerinin 12 haftalık alkol kullanım bozukluğu tedavi sonrası kişilerin alkol kullanım düzeylerini yordadığını belirtmişlerdir.

Kober'ın 2014 yılında madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmaya göre aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü hem bağımlılık ve nüks için erken risk faktörü oluşturmakta hem de tedavi motivasyonu üzerine etkili olmaktadır.

Allen ve arkadaşları (2014), alkol ve maddenin etkilerine karşı savunmasız kişilerdeki olumsuz duygudurum ile birlikte ortaya çıkan duygu düzenleme becerisi eksikliğinin madde kullanımına sebep olabileceğini belirtmektedir.

Birçok çalışma madde kullanım bozukluğunun, farklı yollarla bilişi etkileyen duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (Baker vd., 2004).

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu nedeniyle NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM kliniğinde tedavi görmekte olan, araştırma hakkında bilgilendirilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve DSM 5'e göre alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan ve yaş ortalaması 32 olan 100 hasta, bunun yanında yaş ortalaması yaklaşık 25 olan 50 sağlıklı kontrol bu araştırmaya alınmıştır. 18 yaşından küçük olmak, 65 yaşından büyük olmak, bipolar bozukluk, şizofreni veya organik mental bozukluk tanılarına sahip olmak, alkol ve madde etkisinde olmak, görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak, ölçeklerin doldurulabilmesini engeller boyutta eğitimi olmamak ve görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması gibi faktörler hasta ve kontrol grubu için araştırmadan dışlama kriteri olarak sayılmaktadır. Görüşmeyi tek bir görüşmeci yapmış ve anket tekniği uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu, bu çalışma için hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAS-20), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) ve BAPİ(Bağımlılık Profil İndeksi) Özbildirim Formu kullanılmıştır. Çalışma verileri SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) istatistiksel analiz programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmış olup katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, daha önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı gibi bilgileri kapsayan bir ölçektir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği(TAÖ-20): 20 maddelik bir özbildirim ölçeği olup hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık, her zaman olmak üzere 5 seçenekten oluşan likert tipi bir ölçektir. Üç alt ölçekten oluşur. Bunlar duyguları tanımda güçlük, duyguları ifade etmede güçlük ve dışa-dönük düşünmedir. Duyguları

tanımda güçlük(TAÖ-1) alt ölçeği 7 maddeden (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), duyguları ifade etmede güçlük(TAÖ-2) alt ölçeği 5 maddeden(2, 4, 11, 12, 17), dışa-dönük düşünme alt ölçeği 8 maddeden(5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) oluşmaktadır (Güleç ve ark., 2009). Hesaplamada geri kalan tüm maddelerin puanları toplanırken 4, 5, 10, 18 ve 19. maddelerin puanları ters toplanır. Puanlar arttıkça aleksitiminin şiddeti artmaktadır. Ölçekten 62 ve üzeri puan alan bireyler aleksitimik özellikli olarak değerlendirilir (Sayar ve ark., 2001). 1985 yılında Taylor, Bagby ve Ryan tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmaları Dereboy(1990) tarafından yapılmış, iç güvenirlik katsayısı 65, test tekrar test güvenirliği 70 olarak belirlenmiştir (Okuyuz, 1993). Taylor ve arkadaşları(1994) ölçeğin orijinal versiyonunda bazı değişiklikler yapıp 26 maddeden 20 maddeye indirmiş, yeni ölçeğe TAÖ-20 adını vermişlerdir (Timoney ve Holder, 2013). Ölçeğin Beştepe(1997) tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında güvenirlik katsayısı cronbach alfa değeri= 0.81 olarak bulunmuştur. 2009 yılında Güleç ve arkadaşları ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik uyarlamasını yapmış ve iç tutarlılık (Cronbach Alpha) katsayısını 0,78 olarak, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayısını ise 0.57 ile 0.80 arasında hesaplamışlardır(Güleç ve ark., 2009). Bagby ve arkadaşları 2014 yılında TAÖ-20'nin iç tutarlılığını 0,81 olarak saptamışlardır.

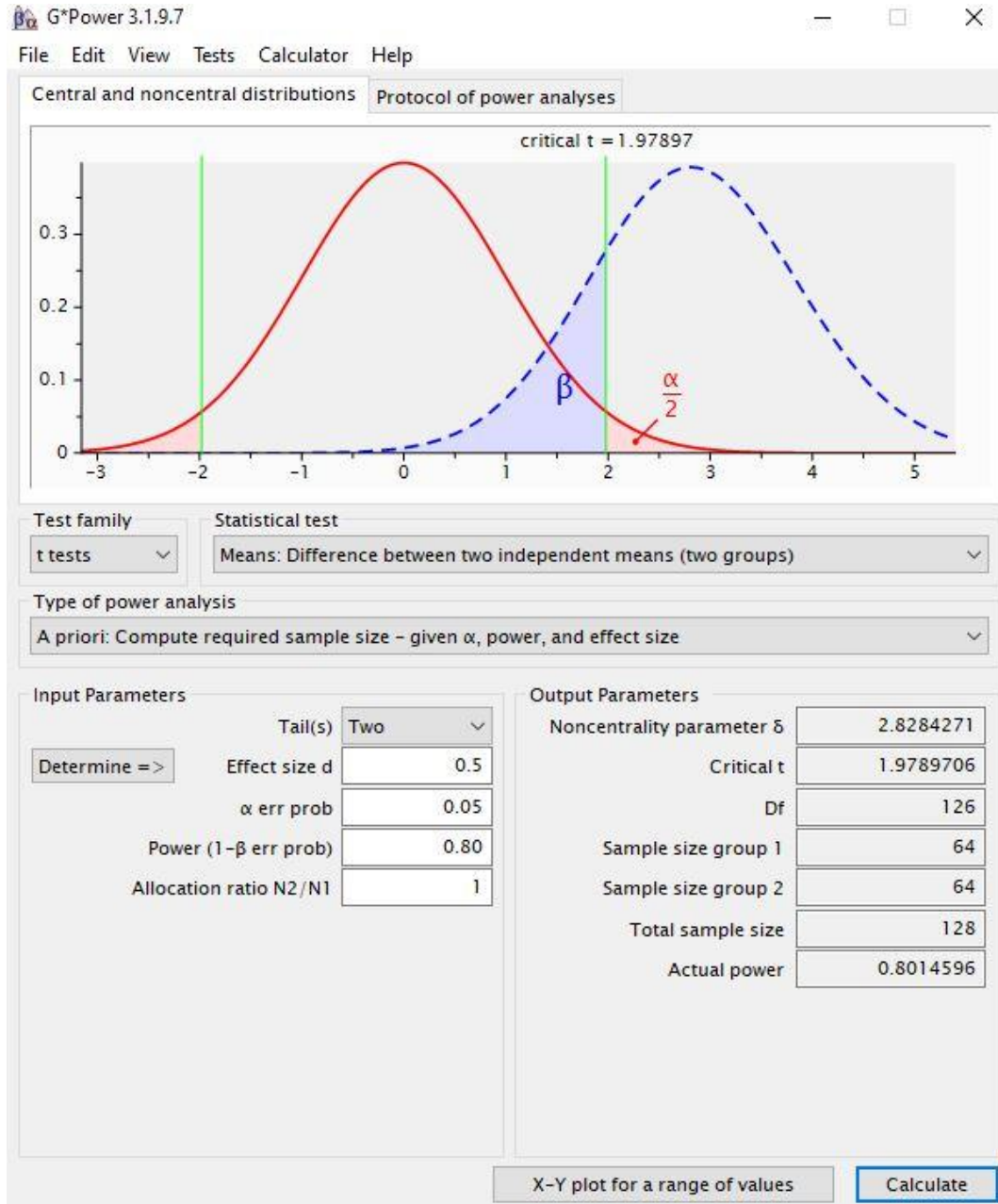
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form(DDGÖ-16): 16 maddeden oluşan ve maddeleri 1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında derecelendirilerek puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekte ters kodlanan madde ve herhangi bir kesme noktası yoktur, yüksek puanlar duygu düzenleme güçlüğü belirtilerinin fazlalığını gösterir. Açıklık(1, 2), amaçlar(3, 7, 15), dürtü(4, 8,11), stratejiler(5, 6, 12, 14, 16), ve kabul etmeme(9, 10, 13) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşur(Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2017). Gratz ve Roemer(2004) tarafından duygu düzenleme güçlüklerini belirlemek amacıyla geliştirilen ve otuz altı maddeden oluşan ölçeğin (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği), 2016 yılında Bjureberg ve arkadaşları tarafından geliştirilerek bir adet alt boyutla birlikte bazı maddelerin çıkarılması ve 16 maddeye indirilmesiyle elde edilmiştir. Yiğit ve Güzey Yiğit (2017) ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış ve ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısını .92 olarak, alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayılarını ise .78 ile .87 arasında bulmuşlardır. Güvenirlik çalışmasında

Guttman yarıya bölme güvenirlik katsayısı .88 olarak saptanmıştır (Yiğit ve Guzey Yiğit, 2017).

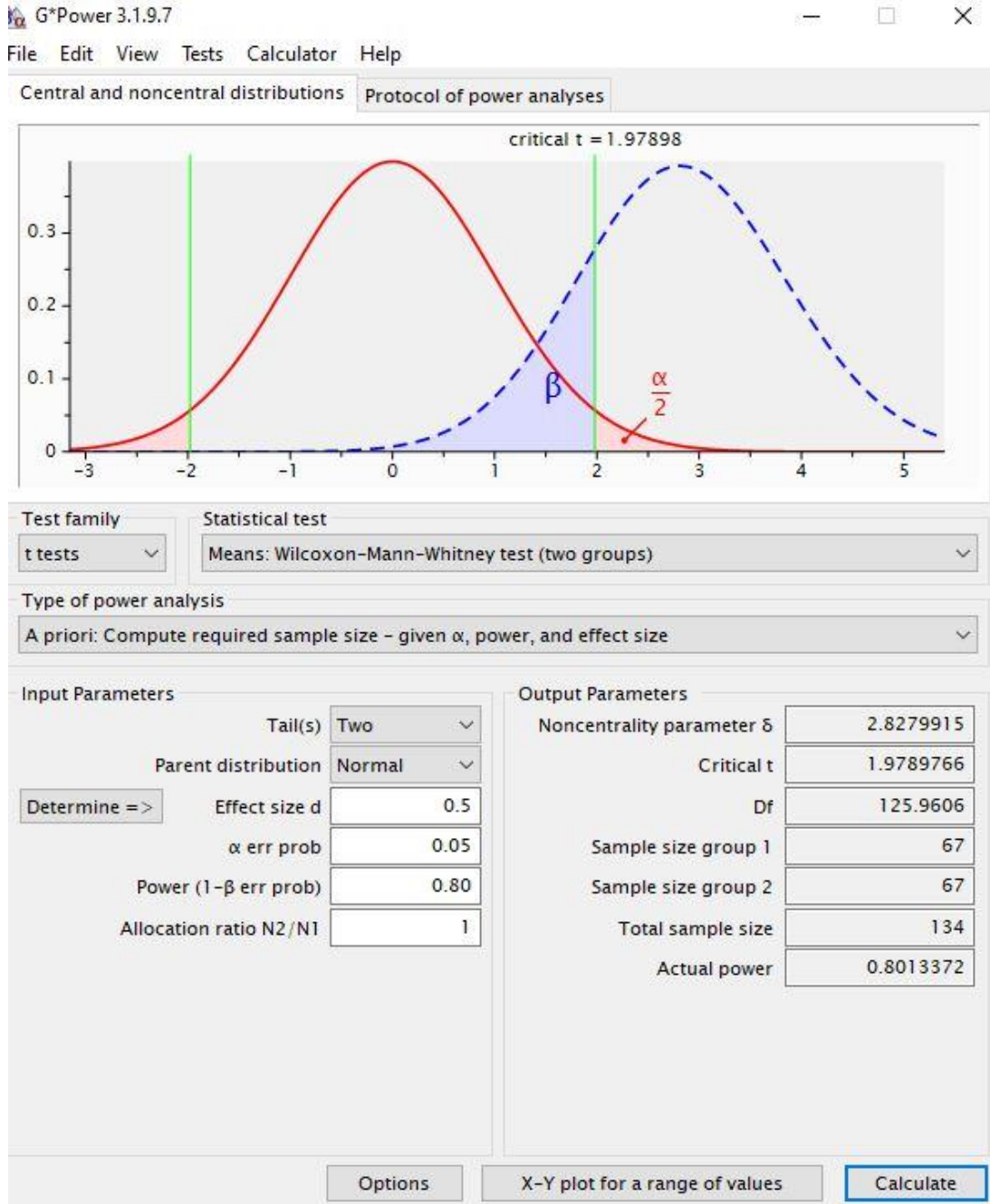
Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ): Ögel ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilen Bağımlılık Profil İndeksi(BAPİ), alkol ve madde kullanan bireylerin bu kullanımdan kaynaklı yaşadığı sorunları çok boyutlu olarak değerlendiren bir ölçektir. 37 soru ve 5 alt boyuttan oluşur. Yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0,89 ve alt boyutlarının kat sayıları .63-.86 arasında bulunmuştur (Ögel ve ark., 2012). Testin alt ölçekleri şunlardır: Madde kullanım özellikleri(Mady); madde kullanım sıklığı, kullanılan madde sayısı ve madde kullanımına bağlı sorunları değerlendirerek bağımlılık şiddetini, Bağımlılık tanı ölçütleri(Tanı); DSM-V ve ICD'e göre bağımlılık kriterlerini, Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi(Yaşam); madde kullanımının kişinin yaşamını birçok yönden nasıl etkilediğini, Madde kullanımının şiddeti(Crav); kişideki şiddetli madde kullanım isteğini ve Madde kullanımını bırakma motivasyonu(Motiv); bireyin madde kullanmayı bırakma motivasyonunu ölçmektedir (Ögel ve ark., 2012). Ölçeğin tüm maddeleri 0-4 puan arasında değerlendirilmekte olup maddelere verilen cevaplar 5 seçenekten oluşmaktadır. Ölçeğin hem uygulayıcı hem de öz bildirim formları mevcuttur. Bu çalışmada BAPİ Öz bildirim Formu kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Süreci / İşlem

Araştırmaya başlanmadan önce G Power 3.1.9.7 Programı ile örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. T test kategorisinde, normal dağılım varsayılarak ortalama karşılaştırma için, bağımsız iki ortalama farkının hesaplandığı istatistik testler dikkate alındığında %80 güven, etki büyüklüğü $d=0.5$ ve yanılma payı $\alpha=0.05$ alındığında minimum örneklem sayısı 128 olarak belirlenmiştir (Şekil 1). Yine t testi kategorisinde normal dağılımın olmadığı varsayıldığında ortalama için, bağımsız iki ortalama farkının hesaplandığı Wilcoxon ve Mann Whitney istatistik testler dikkate alındığında %80 güven, etki büyüklüğü $d=0.5$ ve yanılma payı $\alpha=0.05$ alındığında minimum örneklem sayısı 134 olarak belirlenmiştir (Şekil 2).

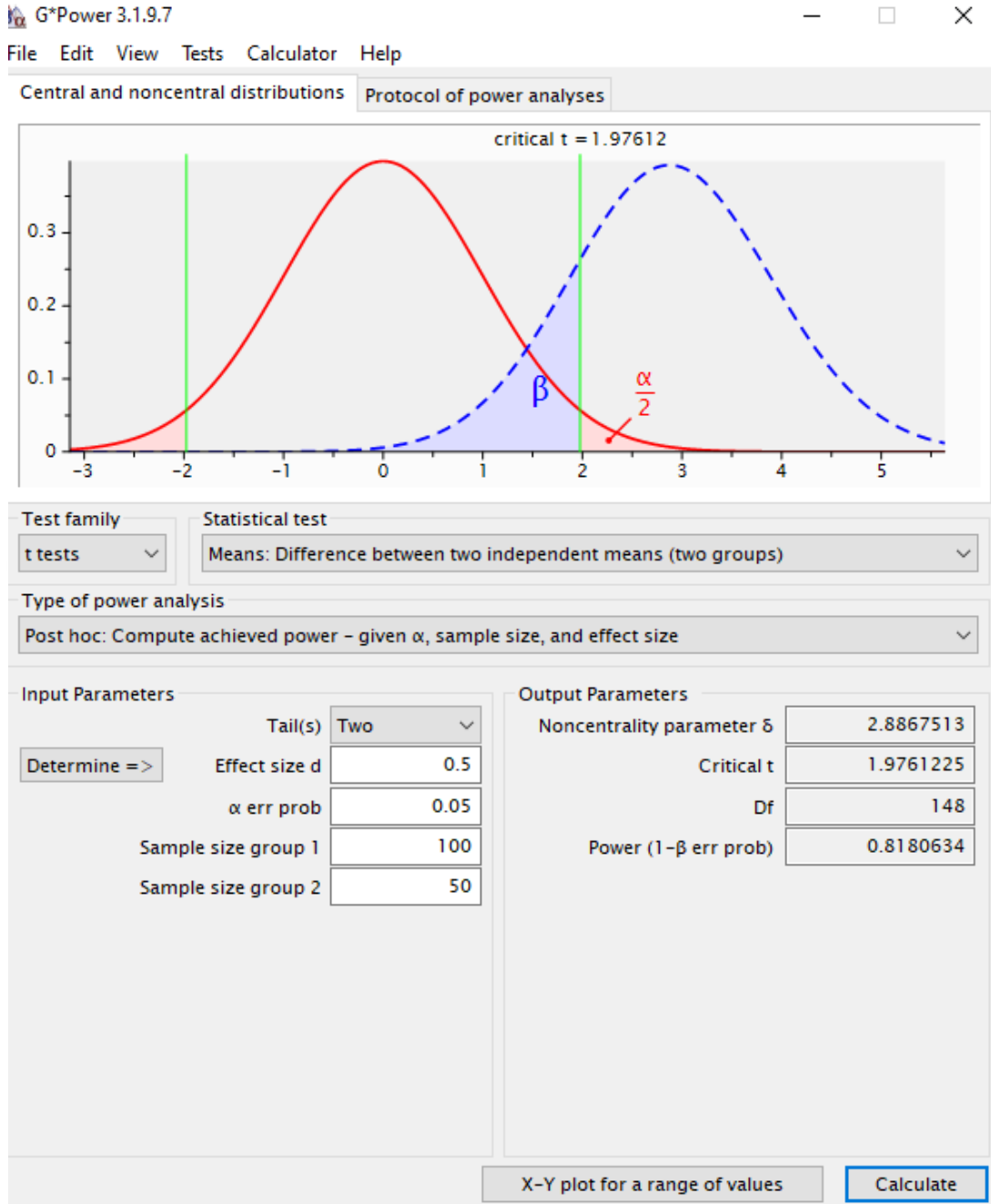


Şekil 1. Normal dağılım varsayımı ile örneklem büyüklüğü hesaplaması

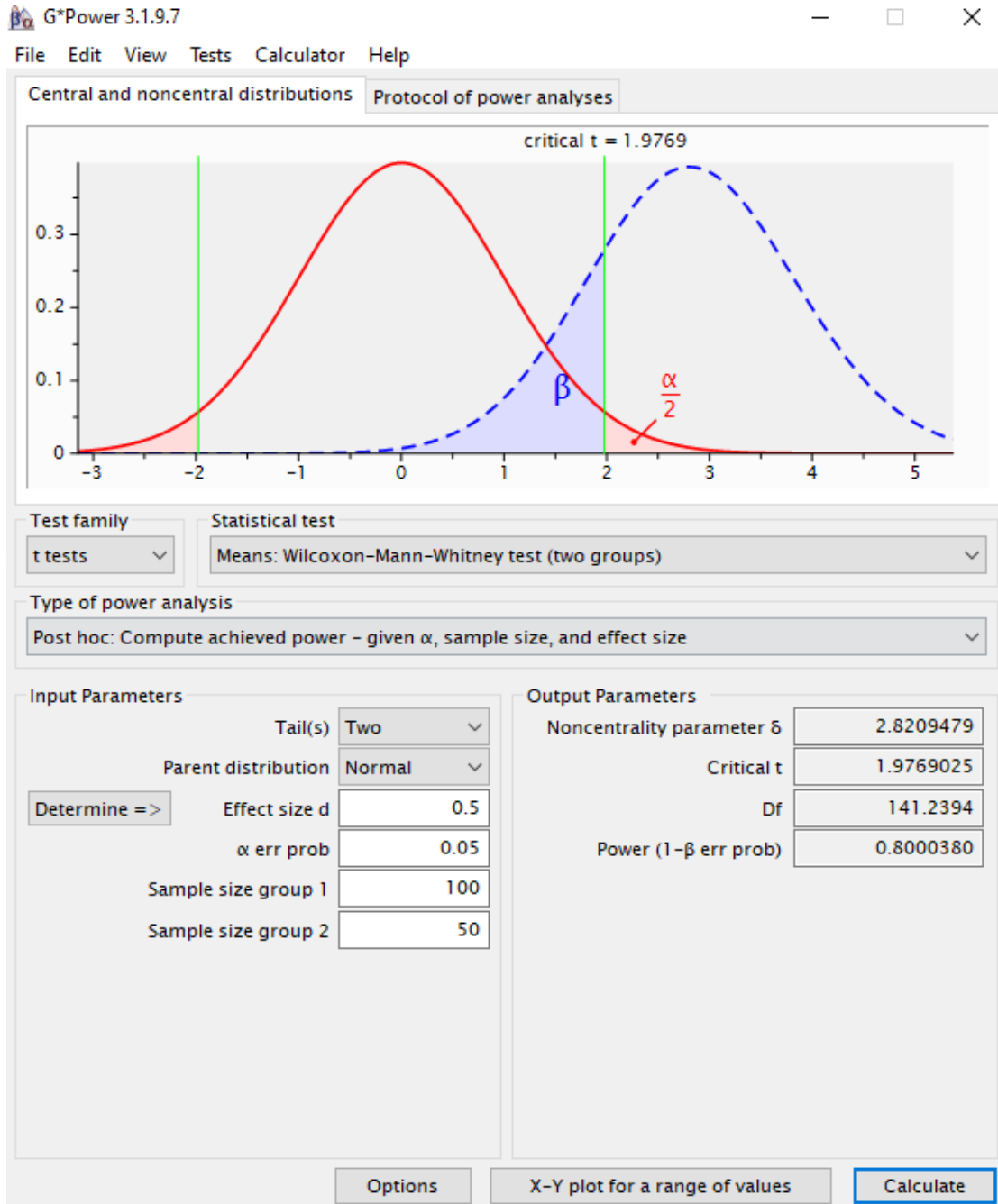


Şekil 2. Normal dağılım olmadığında örneklem büyüklüğü hesaplaması

Şekil 1 ve Şekil 2’de gösterilen örneklem büyüklüğü hesaplamaları dikkate alınmış ve araştırmada da vaka grubunda 100 katılımcıya, kontrol grubunda ise 50 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmada yer alan 150 kişi üzerinden test gücü, %80 güven, etki büyüklüğü $d=0.5$ ve yanılma payı $\alpha=0.05$ alındığında ile hesaplandığında, normal dağılım için test gücü %82 olarak hesaplanmıştır (Şekil 3). Normal dağılımın olmadığı durumda ise test gücü %80 olarak hesaplanmıştır (Şekil 4).



Şekil 3. Normal dağılımın sağlandığı durumda güç analizi



Şekil 4. Normal dağılımın sağlanamadığı durumda güç analizi

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS v.21 istatistik programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Veri analizine geçilmeden önce araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların hem vaka grubu hem de kontrol grubu için normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilks normallik testi ile analiz edilmiştir. Normallik testi sonucunda ölçeklerden alınan puanların genel olarak normal dağılım sergilemediği, ayrıca çarpıklık-basıklık değerlerinin (Skewness-Kurtosis) -1.5 ve +1.5 aralığı dışında da değerler aldığı gözlemlendiğinden Tabachnick ve Fidell'in (2013) önerdiği gibi parametrik olmayan istatistiksel analizlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Gruplararası karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi yürütülmüştür. Bu testlere ilişkin tablolarda ortalama, standart sapma değerleri ile, Mann Whitney U testi için z değeri, Kruskal Wallis için χ^2 değeri (ki-kare) değeri, ayrıca p (anlamlılık) değerleri verilmiştir. Gruplararası karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın korelasyon analizlerinde ise yine nonparametrik istatistiksel analizlere uygun olarak Spearman korelasyon analizi yürütülmüştür. Spearman korelasyon analizlerinde anlamlılık düzeyi $p < .01$ ve $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analiz sonuçları verilmiştir. İlk olarak araştırmanın vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların demografik ve klinik özellikleri bakımından frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu iki grup arasındaki demografik ve klinik özelliklerin dağılımları arasında fark bulunup bulunmadığına ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. İkinci olarak alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar ile kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Üçüncü olarak, hem alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış hasta grubu için hem de kontrol grubu için ölçeklerden alınan puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Dördüncü olarak alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda demografik özellikler bakımından ölçeklerden alınan ortalama puanlar arasında fark bulunup bulunmadığına ilişkin Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi bulguları verilmiştir.

4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hasta ve Kontrol Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 1’de alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubu ve kontrol grubunun demografik özellikleri bakımından frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri bakımından frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare analizi bulguları

		Vaka		Kontrol		Toplam		χ^2	P
		N	%	N	%	N	%		
Medeni Durum	Bekar	59	59.0	40	80.0	99	66.0	7.102	.069
	Evli	38	38.0	10	20.0	48	32.0		
	Boşanmış	2	2.0	0	0.0	2	1.3		
	Dul	1	1.0	0	0.0	1	0.7		
Çocuk	Evet	41	41.0	6	12.0	47	31.3	13.029	.000 *
	Hayır	59	59.0	44	88.0	103	68.7		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	8	8.0	2	4.0	10	6.7	18.876	.001 *
	Ortaokul	11	11.0	0	0.0	11	7.3		
	Lise	48	48.0	14	28.0	62	41.3		
	Lisans	31	31.0	31	62.0	62	41.3		
	Yüksek lisans	2	2.0	3	6.0	5	3.3		
Mesleği	Çalışmıyor	40	40.0	3	6.0	43	28.7	60.299	.000 *
	Çalışan	60	60.0	24	48.0	84	56.0		
	Emekli	0	0.0	2	4.0	2	1.3		
	Öğrenci	0	0.0	21	42.0	21	14.0		
Birlikte Yaşam	Yalnız	15	15.0	5	10.0	20	13.3	9.414	.009 *
	Ailesiyle	84	84.0	39	78.0	123	82.0		
	Diğer	1	1.0	6	12.0	7	4.7		
Kardeş Sayısı	Tek	11	11.0	8	16.0	19	12.7	7.370	.061
	İki kardeş	32	32.0	22	44.0	54	36.0		
	Üçkardeş	25	25.0	14	28.0	39	26.0		
	Dört kardeş ve üstü	32	32.0	6	12.0	38	25.3		
Toplam		100	100.0	50	100.0	150	100.0		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun medeni durumları ve kardeş sayısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun çocuk sayıları bakımından dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2(1)=13.029$; $p=.000$]. Vaka grubunda çocuk sahibi olanların oranı (%41) kontrol grubunda çocuk sahibi olanların oranından (%12) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun eğitim durumları bakımından dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2(4)=18.876$; $p=.001$]. Vaka grubunda ve kontrol grubunda ilkökul mezunu olanların dağılımları ve yüksek lisans mezunu olanların dağılımları birbirine denk gözlenmiştir. Ancak vaka grubunda ortaokul mezunu olanların oranı %11'ken

kontrol grubunda hiç ortaokul mezunu yoktur. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda lise mezunu olanların oranı (%48) kontrol grubunda lise mezunu olanların oranından (%28) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir. Kontrol grubunda lisans mezunu olanların oranı (%62) vaka grubunda lisans mezunu olanların oranından (%31) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun meslekleri bakımından dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2(3)=60.299$; $p=.000$]. Vaka grubunda ve kontrol grubunda çalışanların dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda çalışmayanların oranı (%40) kontrol grubunda çalışmayanların oranından (%6) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir. Kontrol grubunda emekli olanların oranı %4'ken alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda emekli bulunmamaktadır. Kontrol grubunda öğrenci olanların oranı %42'yken alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda öğrenci bulunmamaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun birlikte yaşadıkları kimseler bakımından dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2(2)=9.414$; $p=.009$]. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda ve kontrol grubunda yalnız yaşayanların dağılımları arasında ve ailesiyle yaşayanların dağılımları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Kontrol grubunda yalnız ya da ailesi dışında başkalarıyla yaşayanların oranı (%12) alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda yalnız ya da ailesi dışında başkalarıyla yaşayanların oranından (%1) anlamlı şekilde yüksek gözlenmiştir.

Tablo 2'de alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda kullanılan madde türlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelere verilmiştir.

Tablo 2. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda kullanılan madde türlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelere

Madde Türü	N	%
Uçucu	1	1.0
Alkol+meth	1	1.0
Esrar+ecstasy	1	1.0
Eroin+meth	1	1.0
Eroin	3	3.0
Alkol+esrar	3	3.0
Esrar+eroin	3	3.0
Alkol+kokain	4	4.0
Esrar+kokain	5	5.0
Esrar	8	8.0
Uyarıcı	12	12.0
Çoklu	24	24.0
Alkol	32	32.0
Diğer	2	2.0
Toplam	100	100.0

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda uçucu madde kullanım oranı %1, alkol ve meth kullanım oranı %1, esrar ve ecstasy kullanım oranı %1, heroin ve meth kullanım oranı %1, sadece heroin kullanım oranı %3, alkol ve esrar kullanım oranı %3, esrar ve heroin kullanım oranı %3, alkol ve kokain kullanım oranı %4, esrar ve kokain kullanım oranı %5, sadece esrar kullanım oranı %8, sadece uyarıcı kullanım oranı %12, çoklu madde kullanım oranı %24, alkol kullanım oranı %32 ve diğer madde kullanım oranı %2 bulunmuştur.

Tablo 3'te alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun alkol başlangıç yaşı ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

4.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hasta ve Kontrol Grubunun Aleksitimi ve Duygu Düzenlemede Güçlük Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 3'te alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve Duygu Düzenlemede Güçlük Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 3. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve Duygu Düzenlemede Güçlük Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

	Grup	N	ORT	SS	z	p
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Vaka	100	55.35	14.820	-9.174	.000*
	Kontrol	50	24.80	6.135		
Aleksitimi Toplam	Vaka	100	65.93	13.816	-8.907	.000*
	Kontrol	50	38.68	9.690		
Duygularını tanıma zorluğu	Vaka	100	18.02	7.383	-5.909	.000*
	Kontrol	50	10.84	4.409		
Duygularını ifade etme zorluğu	Vaka	100	16.53	4.726	-7.950	.000*
	Kontrol	50	9.24	3.048		
Dışa vuruk düşünce	Vaka	100	31.98	6.080	-8.853	.000*
	Kontrol	50	18.22	5.277		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-9.174$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun duygu düzenleme güçlüğü ortalamaları ($ort=55.35$) kontrol grubunun ortalamalarından ($ort=24.80$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları toplam ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-8.907$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun aleksitimi ortalamaları ($ort=65.93$) kontrol grubunun ortalamalarından ($ort=38.68$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-5.909$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun duyguları tanıma zorluğu ortalamaları ($ort=18.02$) kontrol grubunun ortalamalarından ($ort=10.84$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-7.950$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun duyguları ifade etme zorluğu ortalamaları

(ort=16.53) kontrol grubunun ortalamalarından (ort=9.24) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Vuruk Düşünce alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-8.853$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun dışa vuruk düşünce ortalamaları (ort=31.98) kontrol grubunun ortalamalarından (ort=18.22) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

4.3. Alkol ve Madde kullanım Bozukluğu Olan Hasta Grubunda Demografik ve Klinik Değişkenler Bakımından Bağımlılık Şiddeti, Aleksitimi ve Duygu Düzenleme Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4'te alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun medeni durum bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun medeni durum bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

	Medeni Durum	N	ORT	SS	z	p
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Bekar, boşanmış, dul	62	55.23	16.210	-.412	.680
	Evli	38	55.55	12.426		
Aleksitimi Toplam	Bekar, boşanmış, dul	62	67.63	12.614	-1.684	.092
	Evli	38	63.16	15.353		
Duygularını tanıma zorluğu	Bekar, boşanmış, dul	62	19.11	6.744	-2.094	.036*
	Evli	38	16.24	8.099		
Duygularını ifade etme zorluğu	Bekar, boşanmış, dul	62	16.82	4.593	-.776	.438
	Evli	38	16.05	4.959		
Dışa vuruk düşünce	Bekar, boşanmış, dul	62	32.02	5.852	-.064	.949
	Evli	38	31.92	6.516		
Bağımlılık Şiddeti Toplam	Bekar, boşanmış, dul	62	14.12	3.152	-.923	.356
	Evli	38	13.61	3.068		
Madde kullanım özellikleri	Bekar, boşanmış, dul	62	3.12	1.719	-.508	.611
	Evli	38	3.01	1.382		
Tanı	Bekar, boşanmış, dul	62	19.86	5.425	-.832	.405
	Evli	38	19.21	5.440		
Yaşam üstüne etkileri	Bekar, boşanmış, dul	62	33.66	8.321	-1.537	.124
	Evli	38	30.79	8.562		
Şiddetli istek (Aşırma)	Bekar, boşanmış, dul	62	8.42	4.518	-.260	.795
	Evli	38	8.68	4.363		
Motivasyon	Bekar, boşanmış, dul	62	11.34	1.941	-.402	.688
	Evli	38	10.97	2.488		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda medeni duruma göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.094$; $p=.036$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda bekar, boşanmış ve dul olanların duygularını tanıma zorluğu ortalamaları ($ort=19.11$) evli olanların ortalamalarından ($ort=16.24$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 5'te Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun eğitim düzeyi bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği

ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 5. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun eğitim düzeyi bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

	Eğitim Düzeyi	N	ORT	SS	z	p
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Lise ve altı	67	57.07	14.121	-1.584	.113
	Lisans ve üstü	33	51.85	15.792		
Aleksitimi Toplam	Lise ve altı	67	68.00	13.973	-2.453	.014*
	Lisans ve üstü	33	61.73	12.677		
Duygularını tanıma zorluğu	Lise ve altı	67	19.21	7.254	-2.363	.018*
	Lisans ve üstü	33	15.61	7.150		
Duygularını ifade etme zorluğu	Lise ve altı	67	17.42	4.749	-2.613	.009*
	Lisans ve üstü	33	14.73	4.193		
Dışa vuruk düşünce	Lise ve altı	67	32.12	5.971	-.250	.803
	Lisans ve üstü	33	31.70	6.381		
Bağımlılık Şiddeti Toplam	Lise ve altı	67	14.54	2.774	-2.679	.007*
	Lisans ve üstü	33	12.69	3.431		
Madde kullanım özellikleri	Lise ve altı	67	3.28	1.626	-1.996	.046*
	Lisans ve üstü	33	2.66	1.460		
Tanı	Lise ve altı	67	20.41	4.836	-2.047	.041*
	Lisans ve üstü	33	18.00	6.195		
Yaşam üstüne etkileri	Lise ve altı	67	34.09	7.798	-2.409	.016*
	Lisans ve üstü	33	29.48	9.097		
Şiddetli istek (Aşırma)	Lise ve altı	67	9.04	4.294	-1.647	.100
	Lisans ve üstü	33	7.45	4.604		
Motivasyon	Lise ve altı	67	11.48	1.511	-1.784	.074
	Lisans ve üstü	33	10.64	3.040		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Toronto Aleksitimi Ölçeğinden alınan toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.453$; $p=.014$). Lise ve altı düzeyde eğitimi olanların aleksitimi ortalamaları ($ort=68$) lisans ve üstü düzeyde eğitimi olanların ortalamalarından ($ort=61.73$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.363$; $p=.018$). Lise

ve altı düzeyde eğitimi olanların duygularını tanıma zorluğu ortalamaları (ort=19.21) lisans ve üstü düzeyde eğitimi olanların ortalamalarından (ort=15.61) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.613$; $p=.009$). Lise ve altı düzeyde eğitimi olanların duygularını ifade etme zorluğu ortalamaları (ort=17.42) lisans ve üstü düzeyde eğitimi olanların ortalamalarından (ort=14.73) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Vuruk Düşünce alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık Şiddeti toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.679$; $p=.007$). Lise ve altı düzeyde eğitimi olanların bağımlılık şiddeti ortalamaları (ort=14.54) lisans ve üstü düzeyde eğitimi olanların ortalamalarından (ort=12.69) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık Şiddeti Madde Kullanım Özellikleri alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-1.996$; $p=.046$). Lise ve altı düzeyde eğitimi olanların madde kullanım özellikleri ortalamaları (ort=3.28) lisans ve üstü düzeyde eğitimi olanların ortalamalarından (ort=2.66) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık Şiddeti Tanı alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.047$; $p=.041$). Lise ve altı düzeyde eğitimi olanların tanı ortalamaları (ort=20.41) lisans ve üstü düzeyde eğitimi olanların ortalamalarından (ort=18) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık Şiddeti Yaşam Üstüne Etkileri alt

ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.409$; $p=.016$). Lise ve altı düzeyde eğitimi olanların yaşam üstüne etkileri ortalamaları (ort=34.09) lisans ve üstü düzeyde eğitimi olanların ortalamalarından (ort=29.48) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda eğitim durumu bakımından Bağımlılık Profil İndeksinin diğer alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6’da Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun çalışma durumu bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 6. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun çalışma durumu bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

	Çalışma Durumu	N	ORT	SS	z	p
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	58.15	12.797	-1.570	.116
	Çalışıyor	60	53.48	15.857		
Aleksitimi Toplam	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	68.23	13.180	-1.306	.192
	Çalışıyor	60	64.40	14.126		
Duygularını tanıma zorluğu	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	19.35	7.167	-1.557	.119
	Çalışıyor	60	17.13	7.450		
Duygularını ifade etme zorluğu	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	17.10	4.396	-1.076	.282
	Çalışıyor	60	16.15	4.933		
Dışa vuruk düşünce	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	32.03	6.282	-.116	.907
	Çalışıyor	60	31.95	5.996		
Bağımlılık Şiddeti Toplam	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	13.84	3.447	-.049	.961
	Çalışıyor	60	13.98	2.901		
Madde kullanım özellikleri	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	3.31	1.716	-1.264	.206
	Çalışıyor	60	2.92	1.499		
Tanı	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	19.23	6.059	-.097	.923
	Çalışıyor	60	19.88	4.971		
Yaşam üstüne etkileri	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	32.50	9.301	-.039	.969
	Çalışıyor	60	32.62	7.979		
Şiddetli istek (Aşırma)	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	8.60	4.378	-.116	.907
	Çalışıyor	60	8.47	4.515		
Motivasyon	Çalışmıyor, emekli, öğrenci	40	10.75	2.933	-1.526	.127
	Çalışıyor	60	11.50	1.384		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda çalışma durumu bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında ve Bağımlılık Profil İndeksinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 7’de Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun aileleriyle yaşayıp yaşamamaları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 7. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun aileleriyle yaşayıp yaşamamaları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

	Birlikte Yaşam	N	ORT	SS	z	p
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Yalnız, diğer	16	52.50	14.427	-.917	.359
	Ailesiyle	84	55.89	14.917		
Aleksitimi Toplam	Yalnız, diğer	16	67.38	13.769	-.155	.877
	Ailesiyle	84	65.65	13.891		
Duygularını tanıma zorluğu	Yalnız, diğer	16	16.81	7.968	-.885	.376
	Ailesiyle	84	18.25	7.294		
Duygularını ifade etme zorluğu	Yalnız, diğer	16	16.94	5.026	-.368	.713
	Ailesiyle	84	16.45	4.694		
Dışa vuruk düşünce	Yalnız, diğer	16	33.63	4.288	-.867	.386
	Ailesiyle	84	31.67	6.337		
Bağımlılık Şiddeti Toplam	Yalnız, diğer	16	12.98	3.315	-1.410	.158
	Ailesiyle	84	14.11	3.062		
Madde kullanım özellikleri	Yalnız, diğer	16	3.24	1.696	-.612	.541
	Ailesiyle	84	3.04	1.581		
Tanı	Yalnız, diğer	16	17.19	6.598	-1.806	.071
	Ailesiyle	84	20.08	5.071		
Yaşam üstüne etkileri	Yalnız, diğer	16	30.56	9.309	-.994	.320
	Ailesiyle	84	32.95	8.326		
Şiddetli istek (Aşırma)	Yalnız, diğer	16	6.06	5.471	-2.108	.035*
	Ailesiyle	84	8.99	4.088		
Motivasyon	Yalnız, diğer	16	11.75	1.000	-1.440	.150
	Ailesiyle	84	11.10	2.306		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun aileleriyle yaşayıp yaşamamaları bakımından Bağımlılık Profil İndeksi Şiddetli İstek (Aşırma) alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.108$; $p=.035$). Aileleriyle yaşayanların şiddetli istek ortalamaları ($ort=8.99$) yalnız ya da başkalarıyla yaşayanların ortalamalarından ($ort=6.06$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun aileleriyle yaşayıp yaşamamaları bakımından Bağımlılık Profil İndeksinin diğer alt ölçeklerinden, Duygu Düzenleme Ölçeğinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 8’de Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun kardeş sayıları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Kruskal Wallis testi bulguları verilmiştir.

Tablo 8. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun kardeş sayıları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Kruskal Wallis testi bulguları

	Kardeş Sayısı	N	ORT	SS	χ^2	P
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Tek	11	52.36	11.690	.912	.822
	İki kardeş	32	56.13	14.760		
	Üçkardeş	25	54.44	15.690		
	Dört ve üzeri kardeş	32	56.31	15.605		
Aleksitimi Toplam	Tek	11	67.00	13.616	1.122	.772
	İki kardeş	32	64.44	12.884		
	Üçkardeş	25	67.24	14.572		
	Dört ve üzeri kardeş	32	66.03	14.674		
Duygularını tanıma zorluğu	Tek	11	16.73	9.446	.594	.898
	İki kardeş	32	17.81	6.916		
	Üçkardeş	25	18.04	6.624		
	Dört ve üzeri kardeş	32	18.66	7.901		
Duygularını ifade etme zorluğu	Tek	11	17.73	4.777	1.674	.643
	İki kardeş	32	15.75	4.515		
	Üçkardeş	25	16.56	4.984		
	Dört ve üzeri kardeş	32	16.88	4.804		
Dışa vuruk düşünce	Tek	11	32.55	5.484	4.057	.255
	İki kardeş	32	30.88	6.194		
	Üçkardeş	25	33.44	6.318		
	Dört ve üzeri kardeş	32	31.75	5.995		
Bağımlılık Şiddeti Toplam	Tek	11	13.92	2.827	1.998	.573
	İki kardeş	32	13.47	3.235		
	Üçkardeş	25	13.74	3.570		
	Dört ve üzeri kardeş	32	14.53	2.730		
Madde kullanım özellikleri	Tek	11	3.32	1.871	.563	.905
	İki kardeş	32	3.06	1.538		
	Üçkardeş	25	3.08	1.591		
	Dört ve üzeri kardeş	32	3.00	1.619		
Tanı	Tek	11	20.14	4.025	2.377	.498
	İki kardeş	32	18.41	5.934		
	Üçkardeş	25	19.60	6.212		
	Dört ve üzeri kardeş	32	20.66	4.528		
Yaşam üstüne etkileri	Tek	11	30.36	9.760	2.512	.473
	İki kardeş	32	31.47	8.242		
	Üçkardeş	25	32.60	10.316		
	Dört ve üzeri kardeş	32	34.41	6.520		
Şiddetli istek (Aşırma)	Tek	11	8.09	5.467	2.263	.520
	İki kardeş	32	8.44	4.970		
	Üçkardeş	25	7.72	3.889		
	Dört ve üzeri kardeş	32	9.38	3.941		
Motivasyon	Tek	11	11.55	.934	6.583	.086
	İki kardeş	32	10.84	2.112		
	Üçkardeş	25	11.24	2.634		
	Dört ve üzeri kardeş	32	11.41	2.138		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda kardeş sayıları bakımından Bağımlılık Profil İndeksinden alınan ortalama puanlar arasında, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 9’da Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmiş psikiyatrik öykülerinin bulunup bulunmaması bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 9. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmiş psikiyatrik öykülerinin bulunup bulunmaması bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

	Psikiyatrik Öykü	N	ORT	SS	z	P
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Var	35	56.29	14.535	-.546	.585
	Yok	64	54.67	15.112		
Aleksitimi Toplam	Var	35	65.03	12.067	-.124	.901
	Yok	64	66.42	14.856		
Duygularını tanıma zorluğu	Var	35	17.97	6.858	-.040	.968
	Yok	64	18.02	7.759		
Duygularını ifade etme zorluğu	Var	35	16.00	4.433	-.756	.450
	Yok	64	16.81	4.924		
Dışa vuruk düşünce	Var	35	31.63	5.259	-.953	.340
	Yok	64	32.22	6.550		
Bağımlılık Şiddeti Toplam	Var	35	14.48	3.105	-1.457	.145
	Yok	64	13.71	3.052		
Madde kullanım özellikleri	Var	35	3.09	1.631	-.132	.895
	Yok	64	3.11	1.563		
Tanı	Var	35	20.99	4.761	-1.672	.095
	Yok	64	19.02	5.561		
Yaşam üstüne etkileri	Var	35	33.51	9.066	-.946	.344
	Yok	64	32.22	8.150		
Şiddetli istek (Aşırma)	Var	35	9.57	3.704	-1.670	.095
	Yok	64	7.98	4.749		
Motivasyon	Var	35	11.09	2.215	-1.534	.125
	Yok	64	11.31	2.122		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmiş psikiyatrik öykülerinin bulunup bulunmaması bakımından Bağımlılık Profil İndeksinden alınan ortalama puanlar arasında, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 10’da Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım durumları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği,

Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 10. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım durumları bakımından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

	Psikiyatrik İlaç	N	ORT	SS	z	P
Duygu Düzenleme Güçlüğü	Var	38	54.39	15.300	-.500	.617
	Yok	61	55.77	14.677		
Aleksitimi Toplam	Var	38	64.00	14.273	-.849	.396
	Yok	61	67.13	13.620		
Duygularını tanıma zorluğu	Var	38	17.95	7.551	-.180	.857
	Yok	61	18.03	7.396		
Duygularını ifade etme zorluğu	Var	38	15.42	4.711	-1.807	.071
	Yok	61	17.21	4.680		
Dışa vuruk düşünce	Var	38	31.16	6.533	-1.027	.304
	Yok	61	32.54	5.813		
Bağımlılık Şiddeti Toplam	Var	38	13.93	3.431	-.281	.779
	Yok	61	14.02	2.865		
Madde kullanım özellikleri	Var	38	3.35	1.524	-1.095	.274
	Yok	61	2.95	1.606		
Tanı	Var	38	19.95	5.716	-.616	.538
	Yok	61	19.57	5.155		
Yaşam üstüne etkileri	Var	38	31.82	9.238	-.577	.564
	Yok	61	33.21	7.973		
Şiddetli istek (Aşırma)	Var	38	8.84	3.901	-.559	.576
	Yok	61	8.36	4.789		
Motivasyon	Var	38	10.63	2.898	-2.482	.013*
	Yok	61	11.61	1.406		

*p<.05

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmişte psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmamaları bakımından Bağımlılık Profil İndeksi Motivasyon alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.482$; $p=.013$). Psikiyatrik ilaç kullanmayanların motivasyon ortalamaları (ort=11.61) kullananların ortalamalarından (ort=10.63) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun geçmişte psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmamaları bakımından Bağımlılık Profil İndeksinin diğer alt ölçeklerinden, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 11’de alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun alkol başlangıç yaşı ve madde başlangıç yaşı ile Bağımlılık Profil İndeksinden, Toronto

Aleksitimi Ölçeğinden ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 11. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun alkol başlangıç yaşı ve madde başlangıç yaşı ile Bağımlılık Profil İndeksinden, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları

		Alkol başlangıç yaşı	Madde başlangıç yaşı
Duygu Düzenleme Güçlüğü	r	-.074	-.193
	p	.500	.101
Aleksitimi Toplam	r	-.198	-.374**
	p	.068	.001
Duygularını tanıma zorluğu	r	-.287**	-.373**
	p	.007	.001
Duygularını ifade etme zorluğu	r	-.132	-.327**
	p	.227	.005
Dışa vuruk düşünce	r	.067	-.137
	p	.540	.249
Bağımlılık Şiddeti Toplam	r	-.106	-.124
	p	.330	.296
Madde kullanım özellikleri	r	-.174	-.151
	p	.109	.201
Tanı	r	-.092	-.090
	p	.399	.448
Yaşam üstüne etkileri	r	-.192	-.230
	p	.076	.051
Şiddetli istek (Aşerme)	r	.035	.026
	p	.752	.828
Motivasyon	r	.045	-.009
	p	.682	.941

*p<.05; **p<.01

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda alkol başlangıç yaşı ile Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.287$; $p=.007$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça alkol başlangıç yaşı düşmektedir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda alkol başlangıç yaşı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Ölçeğinden, Toronto Aleksitimi Ölçeğinin diğer alt ölçeklerinden ve Bağımlılık Profil İndeksinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda madde başlangıç yaşı ile Toronto Aleksitimi Ölçeğinden alınan toplam puanlar arasında negatif yönde

anlamli iliŖki bulunmuŖtur ($r=-.374$; $p=.001$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyleri arttıkça madde başlangıç yaşı düşmektedir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda madde başlangıç yaşı ile Toronto Aleksitimi  l eği Duygularını Tanıma Zorluğu alt  l eğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamli iliŖki bulunmuŖtur ($r=-.373$; $p=.001$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça madde başlangıç yaşı düşmektedir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda madde başlangıç yaşı ile Toronto Aleksitimi  l eği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt  l eğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamli iliŖki bulunmuŖtur ($r=-.327$; $p=.005$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını ifade etme zorluğu arttıkça madde başlangıç yaşı düşmektedir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda madde başlangıç yaşı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Bağımlılık Profil İndeksinden alınan puanlar arasında anlamli iliŖki bulunmamıştır.

4.4. Alkol ve Madde kullanım Bozukluğu Olan Hasta Grubunda Bağımlılık Ŗiddeti, Aleksitimi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişkiler

Tablo 12’de alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Bağımlılık Profil İndeksi, Toronto Aleksitimi  l eği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü  l eğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 12. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Bağımlılık Profil İndeksi, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları

Vaka Grubu		Duygu Düzenleme Güçlüğü	Aleksitimi Toplam	Duygularını tanıma zorluğu	Duygularını ifade etme zorluğu	Dışa vuruk düşünce
Duygu Düzenleme Güçlüğü	r	1	.514**	.565**	.405**	.134
	p		.000	.000	.000	.185
Bağımlılık Şiddeti Toplam	r	.368**	.441**	.412**	.403**	.068
	p	.000	.000	.000	.000	.499
Madde kullanım özellikleri	r	.405**	.508**	.408**	.456**	.216*
	p	.000	.000	.000	.000	.031
Tanı	r	.302**	.263**	.277**	.268**	-.030
	p	.002	.008	.005	.007	.770
Yaşam üstüne etkileri	r	.237*	.244*	.310**	.214*	-.071
	p	.018	.015	.002	.033	.484
Şiddetli istek (Aşırma)	r	.256*	.333**	.307**	.330**	.016
	p	.010	.001	.002	.001	.871
Motivasyon	r	-.071	.023	-.056	.013	.088
	p	.482	.823	.580	.895	.384

*p<.05; **p<.01

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.514$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyleri arttıkça duygu düzenleme güçlüğü artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.565$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça duygu düzenleme güçlüğü artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.405$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını ifade etme zorluğu arttıkça duygu düzenleme güçlüğü artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü  l   inden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi  l   i Dışa Vuruk Düşünce alt  l   inden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü  l   inden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık şiddeti toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.368$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça bağımlılık şiddeti artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü  l   inden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Madde Kullanım  zellikleri alt  l   inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.405$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça madde kullanım özellikleri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü  l   inden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Tanı alt  l   inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.302$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça tanı artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü  l   inden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Yaşam  st ne Etkileri alt  l   inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.237$; $p=.018$). Vaka grubunda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça yaşam üstüne etkileri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü  l   inden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi şiddetli İstek (Aşerme) alt  l   inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.256$; $p=.010$). Vaka grubunda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça şiddetli istek (aşerme) artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Duygu Düzenleme G  l ğ nden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Motivasyon alt  l ğ inden alınan puanlar arasına anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi  l ğ inden alınan toplam puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık şiddeti toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.441$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyi arttıka bağımlılık şiddeti artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi  l ğ inden alınan toplam puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Madde Kullanım  zellikleri alt  l ğ inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.508$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyi arttıka madde kullanım özellikleri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi  l ğ inden alınan toplam puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Tanı alt  l ğ inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.263$; $p=.008$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyi arttıka tanı artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi  l ğ inden alınan toplam puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Yaşam  st ne Etkileri alt  l ğ inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.244$; $p=.015$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyi arttıka yaşam üstüne etkileri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi  l ğ inden alınan toplam puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi şiddetli İstek (Aşerme) alt  l ğ inden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.333$; $p=.001$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyi arttıka şiddetli istek (aşerme) artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeğinden alınan toplam puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Motivasyon alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık şiddeti toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.412$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça bağımlılık şiddeti artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Madde Kullanım Özellikleri alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.408$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça madde kullanım özellikleri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Tanı alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.277$; $p=.005$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça tanı artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Yaşam Üstüne Etkileri alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.310$; $p=.002$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça yaşam üstüne etkileri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi şiddetli İstek (Aşerme) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.307$; $p=.002$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını tanıma zorluğu arttıkça şiddetli istek (aşerme) artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını Tanıma Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Motivasyon alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık şiddeti toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.412$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını ifade etme zorluğu arttıkça bağımlılık şiddeti artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Madde Kullanım Özellikleri alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.408$; $p=.000$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını ifade etme zorluğu arttıkça madde kullanım özellikleri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Tanı alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.277$; $p=.005$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını ifade etme zorluğu arttıkça tanı artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Yaşam Üstüne Etkileri alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.310$; $p=.002$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygularını ifade etme zorluğu arttıkça yaşam üstüne etkileri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi şiddetli İstek (Aşerme) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.307$; $p=.002$). Alkol ve madde kullanım

bozukluğu olan hasta grubunda duygularını ifade etme zorluğu arttıkça şiddetli istek (aşerme) artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygularını İfade Etme Zorluğu alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Motivasyon alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Vuruk Düşünce alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Madde Kullanım Özellikleri alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.216$; $p=.031$). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda dışa vuruk düşünce arttıkça madde kullanım özellikleri artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Vuruk Düşünce alt ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksinin diğer alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerdeki aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü'nün bağımlılık şiddetiyle olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış 100 hasta ve sağlıklı 50 katılımcının tamamı erkek bireylerden oluşmaktadır. Dünya genelindeki birçok araştırma madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çoğunluğunun erkek olduğunu göstermiştir (Brady ve Randall, 1999; McHugh vd., 2018). Ülkemizde ise AMATEM'e (Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) başvuran hastalarda kadın erkek oranının 1/8 ve 1/15 arasında olduğu görülmektedir (Türkcan ve Çakmak, 1999; Asan vd., 2015). Yine Türkiye'de yapılan bir araştırmada 1998-2002 yılları arasında alkol kullanım bozukluğu sebebiyle bağımlılık merkezlerine yatan hastaların %97.1'i erkek olarak saptanmıştır (Evren vd., 2003). 2019 yılında Türkiye genelinde 24438 bin kişi üzerinden çıkarılan kapsamlı Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR), kadın katılımcıların ayda bir ve üstü alkol kullanımını %25.5, erkek katılımcıların ise %42.0; madde kullanım oranlarını (tek veya çoklu tip) kadınlarda %3.6, erkeklerde %10.4 olarak belirlemiştir (Ünüböl ve Sayar, 2019). Türkiye'nin toplulukçu kültür yapısına sahip olması, erkeklerin alkol ya da madde kullanımının kadınlara göre toplum tarafından daha az tepki görmesi ya da kadınların yardım arayışının oldukça az oluşu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda kadın hasta oranını da etkilemektedir (Evren ve Ögel, 2003).

İki grup eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin lise mezunu olma oranının (%48) kontrol grubunun lise mezunu olma oranından (%28) daha yüksek olduğu ve lisans mezunu olma oranının (%31) sağlıklı bireylerin lisans mezunu olma oranından (%62) düşük olduğu gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde, Türkiye'deki alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çoğunluğunun eğitimsiz ya da ilköğretim mezunu olduğu

görülmekle beraber düşük eğitim seviyesinin bağımlılık için önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (Evren ve Ögel, 2003).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda çalışmayanların oranı %40 iken kontrol grubunda çalışmayanların oranı %6 olarak görülmektedir. Türkiye’de yapılan araştırma sonuçlarının çalışmamızla paralellik gösterdiği gözlenmektedir; bağımlılık tanısı almış hastaların büyük çoğunluğu işsizdir (Evren ve Ögel, 2003; Nebioğlu vd., 2013; Zorlu vd., 2011). Bunun sebebinin alkol ve madde bağımlılığı bulunan bireylerin işlevselliklerinin daha düşük olması, daha az sabırlı olmaları, düzenli bir işte çalışmayı sürdürememeleri dolayısıyla kovulma oranlarının daha sık olabileceği düşünülebilir.

Dünya genelinde ve ülkemizde yapılan çoğu araştırmada bekar, boşanmış ya da dul olan alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış hasta sayısı evli olanlara göre daha fazladır (Heinz vd., 2009; Asan vd., 2015). Ancak tam tersini işaret eden çalışmalar da mevcuttur (Cengisiz, 2013; Yüncü vd., 2006). Bu sonuçlar, medeni durumun içinde yaşanan toplumun sosyokültürel yapısı ve algılanan sosyal desteğe göre değişebileceğini düşündürmektedir. Nitekim bizim çalışmamızda da hasta grubu ve kontrol grubu birlikte yaşadıkları kişiler, medeni durum ve kardeş sayısı değişkenleri bakımından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Alkol kullanım bozukluğu, bugün dünya genelinde görülen en yaygın sağlık problemi olarak kaynaklarda yerini almıştır (Grant vd., 2004). Yeşilay, 2019 yılında yayınladığı raporda dünya genelinde 2 milyar kişinin alkol kullandığını belirtmiştir. Bu bilgilere paralel olarak, çalışmamızda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubu kullandıkları madde değişkeni üzerinden incelendiğinde bireylerde en fazla alkol kullanımı (%32) olduğu görülmektedir. Çoklu madde kullanım oranı %24 ile ikinci sırayı almaktadır. Hasta grubunun %12’si ise sadece uyarıcı kullanmaktadır. Bu sırayı sadece esrar kullanımı (%8), esrar ve kokain kullanımı (%5), alkol ve kokain kullanımı (%4), sadece eroin kullanımı (%3), alkol ve esrar kullanımı (%3), esrar ve eroin kullanımı (%3), uçucu madde kullanımı(%1), alkol ve meth kullanımı (%1), esrar ve ecstasy kullanımı (%1), eroin ve meth kullanımı (%1) ve diğer madde kullanımı (%2) takip etmektedir. Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası en sık kullanılan maddenin esrar olduğunu, bu sırayı ekstazi, kokain ve bonzainin izlediğini saptamıştır (Ünübol ve Sayar, 2019).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta ve kontrol grubu duygu düzenleme güçlüğü değişkeni üzerinden karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Hasta grubunun duygu düzenleme güçlüğünden aldığı toplam puan kontrol grubunun duygu düzenleme güçlüğü toplam puanından yüksek bulunmuştur . Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar sağlıklı bireylere göre duygu düzenleme konusunda daha çok güçlük yaşamaktadır. Araştırma sonucunda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sağlıklı bireylere göre daha aleksitimik olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin duygularını tanıma ve ifade etme konusunda kontrol grubuna göre çok daha fazla zorlandığı ve daha çok dışa vuruk düşündüğü gözlenmiştir. Böylece “Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalar sağlıklı popülasyona göre daha aleksitimiktir ve duygu dışa vurumlarında daha çok güçlük yaşarlar.” hipotezimiz çalışma sonuçlarıyla doğrulanmıştır. Alanyazın incelendiğinde çalışmamızın temel değişkenleri arasında tespit edilmiş olan ilişkinin diğer araştırmalar tarafından da desteklendiği görülmektedir (Krystal ve Raskin, 1970; Pektaş vd., 1991; Rybakowski ve Ziolkowski vd., 1991; Evren vd., 2002; Ünübol ve Sayar, 2019; Kober, 2014; Allen vd., 2014).

Stasiewicz (2012) ve arkadaşları, olumsuz olarak atfedilen duyguların ve bu duyguları düzenlemede yaşanan güçlüğü alkol ve madde kullanım bozukluğunun gelişimi, sürdürülmesi ve tedavi sürecinde önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Ek olarak, aleksitiminin duyguları tanımlama, ifade etme, bedensel duyumlardan ayırt etme ve dışa vuruk düşünmeyle karakterize özelliklerinin duygu düzenleme güçlüğü ile benzerlik taşıdığını vurgulamaktadır. Birçok çalışma aleksitiminin ve duygu düzenleme güçlüğüne madde ve alkol kötüye kullanım bozukluğuyla sıklıkla birlikte görülebileceğini göstermektedir (Kober ve Bolling, 2014; Estevez vd., 2017). Çalışmamızda tespit edilen bulgular konuyla ilgili alanyazın araştırmalarını desteklemektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyleri arttıkça duygu düzenleme güçlüğü artmaktadır. Aynı zamanda, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği alt ölçekleri olan duygularını tanıma zorluğu ve duygularını ifade etme zorluğu arttıkça duygu düzenleme güçlüğü artmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden alınan puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık Şiddeti toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça bağımlılık şiddeti artmaktadır. Estevez ve arkadaşları, 2017 yılında yaptıkları çalışmada duygu düzenleme güçlüğüne alkol ve madde kullanımıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeğinden alınan toplam puanlarla Bağımlılık Profil İndeksi Bağımlılık Şiddeti toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyi arttıkça bağımlılık şiddeti artmaktadır. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar “Yatan hasta grubunda aleksitimi düzeyi ve duygu düzenleme güçlüğü daha fazla olan bireylerin bağımlılık şiddeti daha yüksektir.” hipotezlerimizi doğrulamaktadır. Literatür bulguları da hipotezimizi desteklemektedir. Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler üzerinde yapılan birçok araştırma hastalardaki aleksitimi düzeyinin bağımlılık şiddeti ile pozitif korelasyon içinde olduğunu vurgulamaktadır (Cecero ve Holmstrom, 1997; Uzun, Ateş, Cansever ve Özşahin, 2003; Cleland, Magura, Foote, Rosenblum ve Kosanke, 2005).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda duygu düzenleme güçlüğü ve aleksitimi düzeyi arttıkça madde kullanımının kişinin yaşamı üzerine etkisi ve kişideki şiddetli madde isteği (aşırma) de artmaktadır. Çalışmamızın bu bulguları “Aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüne madde kullanımının kişinin yaşamı üzerine etkisi ile ilişkisi vardır.” ve “Aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüne kişinin şiddetli madde kullanma isteği ile ilişkisi vardır.” hipotezlerimizi desteklemiştir. Ancak, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeyleri ve duygu düzenleme güçlüğü ile kişilerin madde kullanımını bırakma motivasyonu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Dolayısıyla “Aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüne kişinin maddeyi bırakma motivasyonu ile ilişkisi vardır.” hipotezlerimiz çalışma bulgularıyla desteklenmemiştir. Literatür incelendiğinde ise mevcut çalışmaların bulgularımızın aksine hipotezimizi desteklediği görülmektedir. Loas ve arkadaşları (1997), alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerle yaptıkları çalışmada aleksitimi düzeyinin artmasının bireylerdeki tedavi motivasyonunu azalttığını saptamıştır. Bunun sebebinin

duyguların davranışlarımıza zemin hazırlayan temel güdülerden biri olduğu ve kişinin duygularını fark edip tanımlayamamasının bireyi ilgili tedavi davranışına yönlendirecek içsel motivasyonunu olumsuz yönde etkilemesi olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda duygu düzenleme güçlüğüde kişinin olumsuz duyguları hissederken amaç odaklı davranışlar sergilemede de güçlük yaşadığı bilinmektedir, bunun kişinin tedavi motivasyonu üzerinde etkisi olabilir. Bağımlılıkla duyguları tanıma ilişkisini inceleyen bir başka çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde ‘öfke’ duygusunu tanıyamama ve anlamlandıramamanın tedavi motivasyonunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Çarkcı, 2014). Çakmak ve Çoşkun (2005), öfkenin doğru bir şekilde anlaşılmasının bağımlılık tedavi motivasyonu ve sürecinde önemli rol oynadığını belirtmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın ana hipotezi olan alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastalar ve kontrol grubundaki sağlıklı bireyler bağımlılık şiddeti, aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü değişkenlerine göre karşılaştırılmıştır. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin daha aleksitimik olduğu ve duygu dışı vurumlarında daha çok güçlük yaşadığını göstermiştir. Bu kişilerin daha aleksitimik olduğu ve duygu düzenlemede daha çok güçlük yaşadığı için alkol ve madde alma davranışına yöneliyor olabileceği düşünülebilir.

Sonuçlar değerlendirildiğinde, yatan hasta grubunda aleksitimi düzeyi ve duygu düzenleme güçlüğü daha fazla olan bireylerin bağımlılık şiddetinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü değişkenlerinin madde kullanımının kişinin yaşamı üzerine etkisi ve şiddetli madde kullanma isteği alt değişkenleri ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü kişinin maddeyi bırakma motivasyonu alt değişkeni ile bir ilişkisi bulunmamıştır. Literatür tarandığında aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü ile bağımlılık şiddeti değişkenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bağımlılık şiddetinin alt değişkenleri olan şiddetli kullanım isteği (aşırma), madde kullanımının yaşam üzerine etkisi ve madde kullanmayı bırakma motivasyonu hakkında da daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bağımlılık zor ve çok yönlü bir hastalıktır. Hastaların tedavi süreçleri kapsamlı olup bazıları tekrar kayabilmektedir. Yüksek aleksitimi düzeylerinin alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde terapötik işbirliği, tedaviye katılma ve tedavi sonrası iyileşmeyi olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar alanyazında mevcuttur (Loas, Fremaux, Otmani, Lecercle ve Delahousse, 1997; Cleland, Magura, Foote, Rosenblum ve Kosanke, 2005). Bu yüzden bu hastalıkta bahsedilen unsurları incelemek kişiye özel tedavi fikrinin gündeme geldiği bu günlerde bağımlılıkta yeni tedavi planlarının düzenlenmesinde faydalı olacaktır.

Araştırmamızdan elde edilen bir diğer bulgu da alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grubunda aleksitimi düzeylerinin arttıkça duygu düzenleme güçlüğü de artıyor oluşudur. Aynı zamanda, duygu düzenleme güçlüğü ve aleksitimi düzeylerinin ayrı ayrı bağımlılık şiddetiyle ilişkisinin olması aleksitimi ve

bağımlılık şiddeti ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı bir rolünün olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bir araştırmada duygu düzenleme güçlüğü'nün aleksitimi ve patolojik kumar oynama arasındaki ilişkiyi zayıflatığı, dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı değişken olduğu tespit edilmiştir (Elmas, Cesur ve Oral, 2017). Çalışmamız doğrultusunda yapılacak sonraki araştırmalarda aleksitimi ve bağımlılık şiddeti ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aradaki işlevini değerlendirmek adına regresyon analizi yapılabilir. Kurduğumuz aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü modelinin bağımlılık şiddetinin ne kadarını açıkladığını incelemek ilgili literatüre de katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda öz-bildirim ölçeklerinin kullanılması ve araştırmamıza katılan bireylerin tamamının erkek olması gibi sınırlılıklar mevcuttur. Ek olarak, hastanemizin özel bir kurum oluşu, ayaktan tedavi edilemeyen yatan hastalar ile çalışılması ve yatan hastaların bağımlılık şiddetinin daha fazla olması gibi faktörler sonuçların tüm bağımlı hasta popülasyonuna genellenememesine neden olmaktadır. Gelecek araştırmalarda bahsedilen değişkenlerin ilişkisi kadın ve erkek katılımcı sayısı eşit tutularak ve her sosyoekonomik düzeyden birey çalışmaya dahil edilerek incelenebilir.

KAYNAKÇA

- Ahrens, S., Deffner, G., “Empirical Study of Alexithymia: Methodology and Results” American Journal of Psychotherapy, 1986;40, ss. 430-447.
- Akvardar, Y., Tümöklü, M., Alptekin, K. Ş., “Madde Kullanımı” Bağımlılık Dergisi, 2003;4, ss. 118-122.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., “Emotion-regulation Strategies Across Psychopathology: a Meta-analytic Review” Clinical Psychology Review, 2010;30, ss. 217-237.
- Allen, K. J., Gabbay, F. H., 2014, “The Amphetamine Response Moderates the Relationship Between Negative Emotionality and Alcohol Use” NIH Public Access, Author Manuscript, Alcoholism: Clinical and Experimental Research.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- American Psychiatric Association, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)”, çev. Köroğlu E., DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.
- Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ. T., Göka, E. (2015). “Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri” Bağımlılık Dergisi, 2015;16(1), ss. 1-8.
- Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Avrupa Uyuşturucu Raporu, Lizbon, 2019, ss. 44-46.
- Babaoğlu, A. N., Uyuşturucu ve Tarihi: Bağımlılık Yapan Maddeler, Kaynak Yayınları, 1997.
- Bach, M., Zwaan, M., Ackard, D., Nutzinger, D.D., Mitchell, J.E., “Alexithymia: Relationship to Personality Disorders” Comprehensive Psychiatry, 1994;35, ss. 239-243.
- Baker, T. B., Piper, M. E., Fiore, M. C., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., “Addiction Motivation Reformulated: an Affective Processing Model of Negative Reinforcement” Psychological Review, 2004;111(1).
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., Pastorelli, C., “Role of Affective Self-regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning” Child Development, 2003;74, ss. 769.
- Beck, A.T., “An Inventory For Measuring Depression” Archives of General Psychiatry, 1961;4, ss. 561-571.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hogmann, S.G., Junghanns, K., “Deficits in Emotion-regulation Skills Predict Alcohol Use During and After

- Cognitive-behavioral Therapy for Alcohol Dependence” Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2011;79, ss. 307–318.
- Biondich, A.S., Joslin, J.D., Coca: The History and Medical Significance of an Ancient Andean Tradition, Hindawi Publishing Corporation Emergency Medicine International, 2016, ss. 1-5.
- Blanchard, E.B., Arena, J.G., Pallmeyer, T.P., “Psychosomatic Properties of a Scale to Measure Alexithymia” Psychotherapy and Psychosomatics, 1981;35, ss. 64-71.
- Bozkurt, M., “Sentetik Kannabinoidler” Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme, İstanbul, ss. 241-249.
- Brady, K. T., Randall, C. L., “Gender Differences in Substance Use Disorders” Psychiatric Clinics of North America, 1999; 22(2), ss. 24
- Bruce, G., Curren, C., Williams, L., “Alexithymia and Alcohol Consumption: The Mediating Effects of Drinking Motives” Addictive Behaviors, 2012;37, ss. 350-352.
- Burgess, C., Simpson, G.B., “Cerebral Hemispheric Mechanisms in the Retrieval of Ambiguous Word Meanings” Brain and Language, 1988;33, ss. 86-103.
- Can, Y., Anlı, İ., Evren, C., Usta, Ö., “Patolojik Narsisizm ve Alkol Kullanım Bozukluğu Arasındaki İlişki” Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 2016;4(1), ss. 119-135.
- Cengiz, C., “Alkol Bağımlılığında Aleksitimi Ve Öfkenin Tedavi Motivasyonuna Etkisi” Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa, 2013.
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. Journal of Psychosomatic Research, 58, 299-306.
- Cochrane, C.E., Brewerton, T.D., Wilson, D.B., Hodges, E.L., “Alexithymia in the Eating Disorders” International Journal of Eating Disorders, 1993;14, ss. 219-222.
- Cole, P. M., Michel, M. K., ve Teti, L.O.D., (1994). “The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: A Clinical Perspective” Monographs of the Society for Research in Child Development, 1994;59(2- 3), ss. 73-102.
- Conway, K.P., Kane, R.J., Ball, S. A., Poling, J.C., Rounsaville, B.J., “Personality, Substance of Choice, and Polysubstance Involvement Among Substance Dependent Patients” Drug and Alcohol Dependence, 2003;71(1), ss. 65-75.
- Copeland, W.E., Magnusson, A., Goransson, M., Heilig, M.A., “Genetic Moderators and Psychiatric Mediators of the Link Between Sexual Abuse and Alcohol Dependence” Drug and Alcohol Dependence, 2011;115, ss. 183–189.
- Çakmak, D., Coşkun, B., “Alkol Bağımlılarının Grup Psikoterapisinde Psikodramanın Kullanılması” Bağımlılık Dergisi 2005; 6(3), ss. 103-110.

- Çarkçı, Ö. H., “Alkol Bağımlılığında Yüzde Dışa Vuran Duyguların Tanınması ve Ayırt Edilmesi ile Aleksitimi ve Kişilik Boyutları İlişkisi” Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstanbul, 2014.
- Çelik, M., Uyuşturucu nedir? Nasıl anlarız? Ne yapabiliriz?, Alter Yayıncılık, Ankara, 2015.
- Dereboy, I.F., “Aleksitimi Öz-bildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Çalışma” Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1990.
- Dilbaz, N., “Madde Bağımlılığında Korunma ve Tedavi İlkeleri” Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Bölüm 1, Ankara, 2012.
- Dönmezer, S., Hukuk ve Uyuşturucu, Alışkanlık Yapıcı Maddeler, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 1987;43, ss. 457–474.
- Edwards, G., Marshall, E.J., Cook, C., The Treatment Of Drinking Problems: A Guide For The Helping Professions, New York: Cambridge University Press, Book Review, 2003.
- Enoch, MA., Goldman D., “The Genetics of Alcoholism and Alcohol Abuse” Current Psychiatry Reports, 2001;3(2), ss. 144-51.
- Elmas, H. G., Cesur, G., Oral, T., “Aleksitimi ve Patolojik Kumar: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü” Türk Psikiyatri Dergisi, 2016; 27, ss. 1-8.
- Eslek, A., 2019, “Amfetamin ve Metamfetamin” Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme, Türkiye Yeşilay Cemiyeti, İstanbul, ss. 291-296.
- Estevez, A., Jauregui, P., Sanchez-Marcos, I., Lopez-Gonzalez, H., Griffiths, M. D., “Attachment and Emotion Regulation in Substance Addictions and Behavioral Addictions” Journal of Behavioral Addictions, 2017; 6(4), ss. 534-544.
- Epözdemir, H., “Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği mi?” Türk Psikoloji Yazıları, 2012;15(30), ss. 25-33.
- Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., Cakmak, D., “Dissociation and Alexithymia Among Men with Alcoholism” Psychiatry Clinical Neurosciences, 2008;62, ss. 40-47.
- Evren, C., Ögel, K., “Alkol/Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkisi” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003;4(1), ss. 30-37.
- Evren, E. C., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A., Çakmak, D., “Alkol Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi” Bağımlılık Dergisi, 2003;4, ss. 96-100.

- Frewen, P.A., Pain, C., Dozois, D.J.A., Lanius, R.A., "Alexithymia in PTSD: Psychometric and fMRI Studies" *Annals of New York Academy of Sciences*, 2006;1071, ss. 397-400.
- Freyberger, H., "Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia" *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977;28, ss. 337-342.
- Fitzgerald, M., Bellgrove, M.A., "The Overlap Between Alexithymia and Asperger's Syndrome" *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2006;36, ss. 573-576.
- Grabe, H.J., Reinermann, S., Spitzer, C., Gänssicke, M., Freyberger, H.J., "The Relationship Between Dimensions of Alexithymia and Dissociation." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2000;69, ss. 128-131.
- Gratz, K. L., Roemer, L., "Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale" *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004;26(1), ss. 41-54.
- Gross, J.J., "Antecedent and Response-focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology" *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998;74(1), ss. 224.
- Gross, J. J., *Handbook of Emotion Regulation*, New York: The Guilford Press, 2007.
- Gross, J.J., Thompson, R.A., *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*, J. J.Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation* (3-27), New York: The Guilford Press, 2007.
- Gürol, D. T., "MDMA" Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme, Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2019, İstanbul, ss. 277-289.
- Hand, A., Blake, A., Kerrigan, P., Samuel, P., Friedberg, J., "History of Medical Cannabis" *Journal of Pain Management*, 2016;9(4), ss. 387-394.
- Han, Z. R., Shaffer, A., "The Relation of Parental Emotion Dysregulation to Children's Psychopathology Symptoms: The Moderating Role of Child Emotion Dysregulation" *Child Psychiatry and Human Development*, 2013;44(5), ss. 591-601.
- Hasin, D.S., O'Brien, C.P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., "DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale" *American Journal of Psychiatry*, 2013;170, ss. 834-851.
- Haviland, M.G., Hendryx, M.S., Cummings, M.A., Shaw, D.G., MacMurrey, J.P., "Multidimensionality and State Dependency of Alexithymia in Recently Sober Alcoholics" *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991;179, ss. 284-290.
- Heinz, A. J., Wu, J., Witkiewitz, K., Epstein, D. H., Preston, K. L., "Marriage and Relationship Closeness as Predictors of Cocaine and Heroin Use" *Addictive Behaviors*, 2009; 34(3), ss. 258-263.

- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Cronkite, R.C., Randall, P.K., “Drinking to Cope and Alcohol Use and Abuse in Unipolar Depression: A 10-year model.” *Journal of Abnormal Psychology*, 2003;112, ss. 159–165.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., Viinamaki, H., “Alexithymia and Depression: a Prospective Study of Patients with Major Depressive Disorder” *Psychosomatics*, 2001;42, ss. 229–234.
- Kardaş, Ö., Yüncü, Z., 2019, “Opiyatlar” Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme, Türkiye Yeşilay Cemiyeti, İstanbul, ss. 251-269.
- Keller, M., “A Historical Overview of Alcohol and Alcoholism” *Cancer Research*, 1979;39 (7 Part 2), ss. 2822-2829.
- Kendler, K.S., Chen, X., Dick, D., Maes, H., Gillespie, N., Neale, M.C., Riley, B., “Recent Advances in the Genetic Epidemiology and Molecular Genetics of Substance Use Disorders” *Nature Neuroscience*, 2012, 6;15(2), ss. 181-189.
- Kober, H., Bolling, D., “Emotion Regulation in Substance Use Disorders” *Handbook of Emotion Regulation*, 2014;2, ss. 428-446.
- Koçak, R., “Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve, Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar” *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2002;35(1-2), ss. 185-212.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., Kostogianni, C., “Personality Disorders in Drug Abusers: Prevalence and Their Association with AXIS I Disorders as Predictors of Treatment Retention” *Addictive Behaviors*, 1998;23(6), 841-853.
- Köknel, Ö., *İnsanlık Tarihi Boyunca Dünyada ve Türkiye’de Uyuşturucu Madde Sorunları*, 1.Baskı, Gelişim Yayınları, İstanbul, 1976.
- Köroğlu, E., *Alkol Madde Kullanım Bozuklukları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
- Krystal, H., Giller, E.L., Cicchetti, D.V., “Assessment of Alexithymia in Post-traumatic Stress Disorder and Somatic Illness: Introduction to a Reliable Measure” *Psychosomatic Medicine*, 1986;48, ss. 84-94.
- Krystal, H., Raskin, H., *Drug Dependence*, Wayne State University Press, Detroit, 1970.
- Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., Kaszniak, A.W., “Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight?” *Biological Psychiatry*, 1997;42, ss. 834–844.
- Larsen, J.K., Brand, N., Bermond, B., Hijman, R., “Cognitive and Emotional Characteristics of Alexithymia: A Review of Neurobiological Studies.” *Journal of Psychosomatic Research*, 2003;54, ss. 533- 541.
- Lazarus, R.S., “Thoughts on the Relation Between Emotion and Cognition.” *American Psychologist*, 1982;37, ss. 1019-1024.
- Leahy, R.L., Tirch, D., ve Napolitano, L.A., *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, 2011.

- Le Bon, O., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M., Ansseau, M., Pelc, I., Verbanck, P., Dupont, S., 2004, *Drug And Alcohol Dependence*, 7;73(2), ss. 175-182.
- Lesser, E.M., "A Review of the Alexithymia Concept" *Psychosomatic Medicine*, 1981;43, ss. 531-543.
- Li, T.K., Hewitt, B.G., Grant, B.F., "Alcohol Use Disorders And Mood Disorders: A National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism Perspective" *Biological Psychiatry*, 2004;56, ss. 718-720.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., vd., "Is Alexithymia a Negative Factor for Maintaining Abstinence? A Follow-up Study" *Comprehensive Psychiatry*, 1997; 38, ss. 296-299.
- Magnusson, A., Lundholm, C., Goransson, M., Copeland, W., Heilig, M., Pedersen, N.L., "Familial Influence and Childhood Trauma in Female Alcoholism" *Psychological Medicine*, 2011;42(2), ss. 381-389.
- Marlowe, D.B., Patapis, N.S., DeMatteo, D.S., "Amenability to Treatment of Drug Offenders" *Federal Probation*, 2003;67, ss. 40-46.
- Martin, B.J., Pihl, O.R., "Influence of Alexithymia Characteristics on Psychological and Subjective Stress Responses in Normal Individuals." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1986;45, ss. 66-77.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., Greenfield, S. F. "Sex and Gender Differences in Substance Use Disorders" *Clinical Psychology Review*, 2018;66, ss. 12-23.1-252.
- McLaughlin, G.T., *Cocaine: The History and Regulation of a Dangerous Drug*, Cornell Law Review, 1973;58, ss. 537-573.
- Merz, F., United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report*, 2017.
- Milivojevic, D., Milovanovic, S. D., Jovanovic, M., Svrakic, D. M., Svrakic, N. M., Svrakic, S. M., Cloninger, C. R., "Temperament and Character Modify Risk of Drug Addiction and Influence Choice of Drugs" *The American Journal on Addictions*, 2012;21(5), ss. 462-467.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R.D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., et al. "Impaired Self-awareness and Theory of Mind: an fMRI Study of Mentalizing in Alexithymia" *NeuroImage*, 2006;32, ss. 1472-1482.
- Nebioğlu, M., Yalnız, H., Güven, F. M., Geçici, Ö., "Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi" *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2003;12(1), ss. 35-42.
- Norn, S., Kruse, P.R., Kruse, E., "History of Opium Poppy and Morphine" *Dansk medicinhistorisk årbog*, 2005;33, ss. 171-184.
- O'Brien, C.P., Crowley, T.J., *Substance-Related and Addictive Disorders*, American Psychiatric Association, ed. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

- (DSM) 5th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013, ss. 481–590.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., “Effect of Alexithymia on the Process and Outcome of Psychotherapy: a Programmatic Review” *Psychiatric Research*, 2011;190, ss. 43-48.
- Ögel, K., *Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık*, Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, 1997.
- Öyekçi, D.G., 2019, “Halüsinojenler (Varsandırıcılar)” *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme*, Türkiye Yeşilay Cemiyeti, İstanbul, ss. 297-315.
- Öztürk, S., 2010, “Ergenlikte Madde Bağımlılığının Projektif Testler Aracılığıyla İncelenmesi” *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Pandey, R., Saxena, P., Dubey, A., “Emotion Regulation Difficulties in Alexithymia and Mental Health” *Europe's Journal of Psychology*, 2011;7(4).
- Pektaş, Ö., vd., “Eroin Bağımlılarında Aleksitimi” XXVII. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi, Antalya, 1991.
- Pennebaker, J.W., “Confession Inhibition and Disease” *Advances in Experimental Social Psychology*, 1989;22, ss. 211-244.
- Rasheed, A.H., “Alexithymia in Egyptian Substance Abusers” *Substance Abuse*, 2001;22, ss. 11-21.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorn Charoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J., “Global Burden Of Disease And Injury And Economic Cost Attributable to Alcohol Use And Alcohol-Use Disorders” *The Lancet*, 2009;373(9682), ss. 2223-2233.
- Ricketts, T., Macaskill, A., “Gambling as Emotion Management: Developing a Grounded Theory of Problem Gambling” *Addiction Research and Theory*, 2003;11, ss. 383-400.
- Rufer, M., Hand, I., Braatz, A., Alsleben, H., Fricke, S., Peter, H., “A Prospective Study of Alexithymia in Obsessive-compulsive Patients Treated with Multimodal Cognitive Behavior Therapy” *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004;73, ss. 101-106.
- Rybakowski, J., Ziolkowski, M., “Clinical and Biochemical Heterogeneity of Alcoholism: the Role of Family History and Alexithymia” *Drug and Alcohol Dependence*, 1991;27, ss. 73-77.
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Aarela, E., Toikka, T., Kauhanen, J., “Prevalence of Alexithymia and its Association with Sociodemographic Variables in the General Population of Finland.” *Journal of Psychosomatic Research*, 1999;46, ss. 75–82.
- Sarıkaya, Ö.Ö., 2019, “Esrar” *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme*, Türkiye Yeşilay Cemiyeti, İstanbul, ss. 229-240.
- Schuckit, M.A., *Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı Tanı ve Tedavi*, ed. Koşay S., (çev: Kutlu Kameroğlu), Saray Tıbbi Yayıncılık, İzmir, 1993.

- Shields, A., Cicchetti, D., “Emotion Regulation Among School-age Children: The Development and Validation of a New Criterion Q-sort Scale” *Developmental Psychology*, 1997;33(6), ss. 906.
- Shipko, S., Alvarez, W.A., Novello, N., “Towards a Teleological Model of Alexithymia: Alexithymia and Post-traumatic Stress Disorder” *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1983;39, ss. 122- 126.
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., Gulliver, S. B., “The Relationship of Alexithymia to Emotional Dysregulation within an Alcohol Dependent Treatment Sample” *Addictive Behaviors*, 2012; 37(4), ss. 469-476.
- Stasiewicz, P.R., Bradizza, C. M., Gudleski, G.D., et al. “The Relationship of Alexithymia to Emotional Dysregulation within an Alcohol Dependent Treatment Sample” *Addictive Behaviors*, 2012;37(4), ss. 469-476.
- Sullivan, L.E., Fiellin, D.A., O’Connor, P.G., “The Prevalence and Impact of Alcohol Problems in Major Depression: A Systematic Review” *The American Journal of Medicine*, 2005;118(4), ss. 330-341.
- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., Tosun, A., “Aleksitimi Kavramı.” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013;5(4), ss. 507-527.
- Şenkal, İ., Işıklı, S., “Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon Belirtileri ile İlişkisi: Aleksitiminin Aracı Rolü” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015;26.
- Tarhan, N., Nurmedov, S, Bağımlılık: Sanal veya Gerçek, Timaş Yayınları, İstanbul, 2018.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., “Measurement of Alexithymia: Recommendations for Clinical Practice and Future Research” *Psychiatric Clinics of North America*, 1988;11, ss. 351–366.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A., 1997, “Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness” (Paperback edition 1999), New York Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., “Recent Developments in Alexithymia Theory and Research” *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2000; 45(2), ss. 134-142.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırma Raporu, Ankara, 2018, ss. 6-12.
- Thompson, R. A., “Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition” *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1994;59(2- 3), ss. 25-52.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., “Alexithymia and Alcohol Use Disorders: A Critical Review” *Addictive Behaviors*, 2009;34(3), ss. 237-245.
- Toneatto, T., Lecce, J., Bagby, M., “Alexithymia and Pathological Gambling” *Journal of Addictive Diseases*, 2009;28, ss. 193-198.

- Türkcan, A., Çakmak, D., “AMATEM’e 1998 Yılı İçinde Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Madde Kullanım Özellikleri” 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 1999; 24.
- United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2018, New York, 2018, ss. 7-18.
- Uzbay, İ. T., “Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler” Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 2009;21, ss. 5-15.
- Ünüböl, H., Sayar, H.G., TURBAHAR Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu 2019, Üsküdar Üniversitesi Yayınları-21, İstanbul, 2019.
- Vengeliene, V., Bilbao, A., Molander, A., Spanagel, R., “Neuropharmacology of Alcohol Addiction.” British Journal of Pharmacology, 2008;154(2), ss. 299-315.
- Vogt, I., “Gender Differences in Help-seeking Behavior of Heroin Users in Germany” In A. Springer & A. Uhl (Eds.), Illicit Drugs, Innsbruck: Studienverlag, 2000, ss. 261-274.
- Yeşilay, 25 Ekim 2019, BM Dünya uyuşturucu raporu açıklandı. <https://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/bm-dunya-uyusturucu-raporuaciklandi>.
- Yıldırım, N.K., Özkan, M., Özkan, S., Oflaz, S.B., Gelincik, A., Büyüköztürk, S., “Kronik İdiyopatik Ürtikerli Hastalarda Aleksitimi, Anksiyete, Depresyon İlişkisi” Nobel Medicus, 2012;8, ss. 46-51.
- Yüncü, Z., vd., “Çocuk Ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine 2 Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi” Bağımlılık Dergisi, 2006; 7(1), ss. 31-37.
- Walter, H., Gutierrez, K., Ramskogler, K., Hertling, I., Dvorak, A., Lesch, O.M., “Gender-Specific Differences In Alcoholism: Implications For Treatment” Archives of Women's Mental Health, 2003;6(4), ss. 253-258.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., Gratz, K. L., 2013, “Impulsive Behaviors as an Emotion Regulation Strategy: Examining Associations between PTSD, Emotion Dysregulation, and Impulsive Behaviors among Substance Dependent Inpatients” NIH Public Access, Author manuscript, Journal of Anxiety Disorders.
- World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health 2018, Geneva, 2018, ss. 30-48.
- World Health Organization, Substance Abuse, 20 Ocak 2019, https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/.
- Zeitlin, S.B., McNally, R.J., Cassiday, K.L., “Alexithymia in Victims of Sexual Assault: an Effect of Repeated Traumatization” American Journal of Psychiatry, 1993;150, ss. 661-663.

- Ziolkowski, M., Gruss, T., Rybakowski, J.K., “Does Alexithymia in Male Alcoholics Constitute a Negative Factor for Maintaining Abstinence?” *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1995; 63, ss. 169-173.
- Zlotnick, C., Zakriski, A.L., Shea, M.T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., et al. “The Longterm Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Post-traumatic Stress Disorder” *Journal of Traumatic Stress*, 1996;9, ss. 195-205.
- Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. Ğ., Karadaş, B., Gülseren, Ş., “Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Başvuran Hastalarda Sosyodemografik, Klinik Özelliklerin ve Alkol Kullanım Bozukluğu Sıklığının Geriye Dönük Değerlendirilmesi” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011; 12, ss. 253-257.



EKLER

EK1:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Aleksitimi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Bağımlılık Şiddeti Üzerine Etkisi

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 verirsiniz, **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.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu araştırmanın amacı, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların sağlıklı bireylere göre daha aleksitimik ve duygu dışı duygu dışı vurumunda güçlükle yaşayıp yaşamadığının araştırılmasıdır. Ayrıca, bağımlılık şiddetlerinin daha yüksek olduğu öngörülen yatan hasta popülasyonunda aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü'nün bağımlılık şiddetine etkisinin bağımlılık şiddetini çok boyutlu değerlendiren bir ölçekle incelenmesi amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir. Çalışmaya katılmanız durumunda, bir psikiyatrist tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine

katılmanız ve size verilen ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. Bu görüşme dahilinde size uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Uygulanmış olan tedavi üzerine hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Dolayısı ile bu çalışma herhangi bir tedavi uygulanıyorsa uygulanan tedavi etkinliğini değiştirmeyecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Kişisel olarak bu çalışmada yer almanız size bir fayda sağlamayacaktır. Ancak bu çalışmadan elde edilecek veriler ışığında; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sağlıklı popülasyon ile aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü faktörleri bağlamında karşılaştırılması, aynı zamanda bu iki faktörün yatan hasta grubunda bağımlılık şiddetini predikte edip etmediğinin incelenmesi sonraki çalışmalara ve uygulanacak psikoterapi yöntemlerine fayda sağlayacaktır. Çalışmanın hasta gönüllünün tedavisine/tedavi planlamasına etkisi olmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Bununla beraber izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişim imkânları bulunmaktadır, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elinizde bulunan bu gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Özlem Kızılkurt- Psikiyatri Uzmanı-NPİstanbul Beyin Hastanesi-05065026186
2. Miray Topaloğlu-Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi- Üsküdar Üniversitesi-05066707110

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.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
---------------------	--	----------------

Telefon:	
----------	--

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 2:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

- HastaNo: Telefon: e-posta:
 - AdıSoyadı:
 - MedeniHali: 0) Bekar 1)Evli 2) Boşanmış 3)Dul 4) Ayrıyaşıyor
 - DoğumTarihi(yaşı):
 - EğitimDüzeyi(yıl):
 - Mesleği: 0)Çalışmıyor 1)Çalışan 2)Emekli 3) Öğrenci
 - KiminleYaşıyor: 0)Yalnız 1)Ailesiyle 2)Diğer
 - Kaç kardeş, kaçınıcıocuk:
 - Daha öncepsikiyatrikhastalık: 0)Var 1) Yok
 - Psikiyatrikilaçkullanımı: 0)Yok 1)Var(sabelirtiniz).....
 - Şu anki psikiyatriktanısı:
 - Tanısı konmuştıbbihastalık: 0)Yok 1)Var(sabelirtiniz).....
 - Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan varmı?

0) Yok Var 1) Anne 2) Baba 3) Kardeş 4) Diğer akrabalar(hala, dayı, dede vs.)

Varsa hastalığıbelirtiniz:.....

 - Sigara:
 - Yok
 - 1-10adet/gün
 - 11-20adet/gün
 - >20adet/gün
 - Kullandığımadde:

- Alkol kullanıyor mu, kaç yaşında kullanmaya başlamış, sıklığı nedir:
- Madde kullanıyor mu, kaç yaşında kullanmaya başlamış, sıklığı nedir:



EK3:



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

- I Adınız soyadınız** [.....]
- II Doğum tarihiniz** [.....]
- III Cinsiyetiniz?**
☐ Kadın ☐ Erkek
- IV Eğitiminiz?**
☐ Okur yazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş
- V Medeni durumunuz?**
☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer
- VI Çocuğunuz var mı?**
☐ Evet ☐ Hayır
- VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?**
☐ Evet ☐ Hayır
- (BAPİ)

1

Son BİR yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

	Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
Alkol	☐	☐	☐	☐	☐

2 Esrar

	(marihuana, joint, gubar vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ecstasy (Ekstazi)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Eroin	☐	☐	☐	☐	☐
5	Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
6	Taş (krak kokain).....	☐	☐	☐	☐	☐
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar.....	☐	☐	☐	☐	☐
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
11	Diğer (LSD, GHB vb).....	☐	☐	☐	☐	☐

(BAPİ)

2

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer VIII düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

- ☐ Benim için sorun değil ☐ 1 yıldan az ☐ 1-2 yıldır ☐ 3-4 yıldır ☐ 5 yıl ve daha fazla

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13 Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma

14 oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

16 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

[Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor

17 musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

(BAPİ)

18 Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

[Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman

19 harcadığınız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

20 [Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

23 [Madde] kullanmak beden sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu?** (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsellişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu?** (örneğin maddeyleyakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

(BAPİ)

4

- 29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?**
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?**
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?**
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?**
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?**
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?**
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
☐ Neredeyse her zaman
-

(BAPİ)

5



EK4:

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.....	1	2	3	4	5

TAS değerlendirilmesi

TAS-A(Duygularını tanıma zorluğu): 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14..(7 madde)

TAS-B(Duygularını ifade etme zorluğu): 2, 4(ters), 11, 12, 17..(5 madde)

TAS-C(Disa-vuruk düşünce): 5(ters), 8, 10(ters), 15, 16, 18(ters), 19(ters), 20..(8 madde)

EK5:

Duygu Düzenleme Güçlüğü      -Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli       üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı      ten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hi� (% 0-% 10	Bazen (% 11- % 35)	Yakla�ık Yarı yarıya (% 36- % 65)	�o�u zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissetti�im konusunda karma�a ya�arım.					
3. Kendimi k�t� hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi k�t� hissetti�imde kontrolden �ıkarım.					
5. Kendimi k�t� hissetti�imde uzun s�re b�yle kalaca�ına inanırım.					
6. Kendimi k�t� hissetmenin yo�un depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.					
7. Kendimi k�t� hissederken ba�ka �eylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi k�t� hissederken kontrolden �ıktı�ım korkusu ya�arım.					
9. Kendimi k�t� hissetti�imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi k�t� hissetti�imde zayıf biri oldu�um duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi k�t� hissetti�imde davranı�larımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi k�t� hissetti�imde daha iyi hissetmem i�in yapabilece�im hi�bir �ey olmadı�ına inanırım.					
13. Kendimi k�t� hissetti�imde b�yle hissetti�im i�in kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi k�t� hissetti�imde kendimle ilgili olarak �ok fazla endi�elenmeye ba�larım.					
15. Kendimi k�t� hissetti�imde ba�ka bir					

şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					



EK6:



Altunizade Mahallesi Haluk Türksay Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

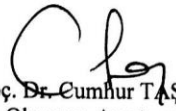
SAYI: 61351342-/ 2019-417

23/09/2019

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Özlem KIZILKURT
(Miray TOPALOĞLU)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/09/2019 tarihinde yapılan 09 No.lu toplantısında “Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Aleksitimi Ve Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Bağımlılık Üzerine Etkisi” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

MİRAY TOPALOĞLU

Adres Bilgileri Kentplus Kadıköy Sitesi Eğitim Mah. Abdibey Sok. 24/A A Blok

Kat:12 Daire:270

Kadıköy/ İSTANBUL

Cep tel 05066707110

E-mail miraytopaloglu@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Cinsiyet	Kadın
Doğum Yeri	Uşak
Doğum Tarihi	14/09/1994
Medeni Durum	Bekar
Uyruk	T.C.

KARİYER HEDEFLERİ

Klinik psikoloji alanında, yaptığı çalışmalarla alana katkıda bulunan başarılı bir terapist olmak.

EĞİTİM BİLGİLERİ

2018- halen (tez dönemi) Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji, Üsküdar Üniversitesi
İstanbul, Türkiye

2012 – 2017 Lisans, Psikoloji, İzmir Ekonomi Üniversitesi– Fen Edebiyat Fakültesi
İzmir, Türkiye

2008 - 2012 Lise, Nazilli Anadolu Lisesi
Aydın, Türkiye

STAJ BİLGİLERİ

01.04.2019 – 13.04.2019 NP İstanbul Beyin Hastanesi

Stajyer Klinik Psikolog(zorunlu)

(Psikoz servisinde, açık klinikte, sadece kadınların yattığı kapalı klinikte, bağımlılık servisinde vizitlere ve tüm katlardaki grup terapilerine katılım, TMU, EKT, SCID II, Rehacom, Nörofeedback ve Biofeedback uygulamalarında gözlem, Ergoterapi alanında hastaların resim, müzik, el sanatları gibi atölye çalışmalarında gözlemci olarak bulunma, servis katlarındaki güneydin toplantılarına katılım, AMATEM servisinde SAMBA((sigara, alkol, madde bağımlılığı) toplantılarına katılım)

16.01.2017 - 10.02.2017 Aydın-Nazilli Devlet Hastanesi

Stajyer Psikolog(zorunlu)

(Psikiyatri Polikliniğinde kişilik bozukluğu, depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan hasta görüşmelerine katılım, dosya takibi, ilk görüşme için anamnez alma, MMPI, Yale-Brown, Rorschach, IQ testleri uygulama gözlemi, sigara, alkol, madde bağımlılığı haftalık toplantılarına katılma, TRSM'depsikotik hasta gözlemi ve hasta görüşmelerine katılım, PANSS(pozitif ve negatif semptom ölçeği) uygulama)

06.05.2016 - 04.06.2016 Bayraklı Adliyesi, İzmir

Stajyer Psikolog(zorunlu)

(2.Çocuk Mahkemesi'ne bağlı bulunan psikologların yanında dosya takibi, ev ziyareti, istismar ve çeşitli duruşmalara katılım ve gözlem, çocukla ön görüşme yapılırken gözlem, 1.Ceza Mahkemesi'nde dosya takibi ve duruşmaya katılım)

14.05.2015-10.06.2015 Sahilevleri Küçük Şeyler Anaokulu, İzmir

Stajyer Psikolog(zorunlu)

(Normal gelişim düzeylerinde olan çocukları gözlemlleme, Down Sendromu ve Asperger Sendromu olan 2 çocuğu gözlemlleme, Ankara Gelişim Tarama Envanteri(AGTE), Bender-Gestalt Görsel Motor Algılama Testi ve Peabody Resin-Kelime Eşleştirme Testi uygulama)

EĞİTİMLER - ÇALIŞMALAR

07.06.2020-halen Bilişsel Davranışçı Terapi Süpervizyon Uygulaması Eğitimi(75 saat)– BDPD (Hakan Türkçapar, Kadir Özdel, Aslıhan Dönmez, Selçuk Aslan, Emre Sargın)

30.05-31.05.2020 Yeme Bozuklukları Temel Eğitimi 1.Modül (Feyza Bayraktar)

01.10.2019-halen NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM biriminde tez sürecini yürütme

(“Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Aleksitimi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Bağımlılık Şiddeti Üzerine Etkisi” konulu tez araştırması üzerine her hafta hastanede bulunup AMATEM vizitlerine katılma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla görüşme yaparak tez ölçeklerini doldurma)

10.02.2019-halen Üsküdar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Birimi Öğrenci Asistanlığı

(Okuldaki psikolojik danışmanlık birimine başvuran okul öğrencileri ve danışanlarla psikoterapi seansları yürütme)

10.02.2019-halen Kartal Belediyesi Kadın Dayanışma Merkezi

(Belediyenin ücretsiz psikolojik destek grubunda gönüllü klinik psikolog olarak ön görüşme ve psikoterapi seansları yürütme)

01.10.2018- 06.01.2019 Psikodiagnostik Testler dersi kapsamında MMPI ve Yale-Brown Ölçeği Uygulama, Üsküdar Üniversitesi

18.11-21.11.2018 1.Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Kongresi(Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, Ankara)

18.11.2018 “Anksiyete ve (Psikotik Belirtileri de İçeren) Depresif Bozukluklarda Teknolojiyle Güçlendirilmiş Bütüncül ve Çok Bileşenli BDT” çalışma grubu (6 saat) – Daniel David (1.Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Kongresi)

21.11.2018 “Acıyla Tutsaklık, Acıyla Özgürlük: Temel Kavramlarla ACT (Kabul ve Kararlılık Terapisi)” Çalışma Grubu (3 saat) – Fatih Yavuz (1.Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Kongresi)

13- 17.09.2018Bilişsel Davranışçı Terapi Beceri Kazandırma ve Süpervizyon Uygulaması Eğitimi(30 saat)– BDPD (Hakan Türkçapar, Kadir Özdel, Aslıhan Dönmez, Selçuk Aslan)

08.01- 15.07.2018 Bilişsel Davranışçı Terapi Kuram ve Uygulama Eğitimi(50 saat) – BDPD- (Hakan Türkçapar, Kadir Özdel, Levent Sütçügil)

26.05.2017 “Terrorism Effects on Anxiety Among University Students” proje çalışması, poster sunumu

21.05.2015 “Mortality Salience Effect on Decision Making” proje çalışması, poster sunumu

01.02.2015Çocuk Değerlendirme Testleri Eğitimi Uygulayıcı Sertifikası- Psikoaktif Eğitim Merkezi, İzmir

24 – 27.06.2014TPÖÇG 9.Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi – Samsun

SOSYAL ETKİNLİK

- 09.04.2015** ODER Otizm Derneği Konseriprojesi
İzmir Ekonomi Üniversitesi Psikoloji Kulübü, Organizatör
- 21.03.2015** Yaşlılar Haftası ‘‘ Yeniden Üniversiteli’’ Projesi
İzmir Ekonomi Üniversitesi Psikoloji Kulübü, Organizatör
- 29.04.2015**Günlük İşaret Dili Eğimi, Sen de Öğren Sosyal Sorumluluk Projesi
- 2014** 23 Nisan Ege Üniversitesi Onkoloji Bölümü Ziyaret Projesi
İzmir Ekonomi Üniversitesi Psikoloji Kulübü, Organizatör

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce İyi (Pre-Advanced)
İspanyolca Başlangıç (Pre-Intermediate)

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint), SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

REFERANSLAR

Uzm.Dr.Özlem KIZILKIRT- NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM Birimi
Tel: 05065026186
Klinik Psikolog Ahmet Yılmaz- NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM Birimi
Tel: 05324079262