

**T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ALKOL VE MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN BAĞIMLILIK  
ÖZELLİKLERİNİN VE TEDAVİ UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ceren ŞENYÜZ**

**Psikoloji Ana Bilim Dalı  
Klinik Psikoloji Programı**

**Haziran, 2021**

**T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ALKOL VE MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN BAĞIMLILIK  
ÖZELLİKLERİNİN VE TEDAVİ UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ceren ŞENYÜZ  
(Y1912.481006)**

**Psikoloji Ana Bilim Dalı  
Klinik Psikoloji Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Şahide Güliz Kolburan**

**Haziran, 2021**

## ONAY FORMU

## ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Alkol ve Madde Bağımlısı Bireylerin Bağımlılık Özelliklerinin ve Tedavi Uyumlarının Karşılaştırılması” adlı çalışmamın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin hepsinin “Kaynakça” başlığının altındaki eserlerden oluştuğunu, çalışmadaki bilgilerin bu eserlere atıf yapılarak verilmiş olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../...)

Ceren ŞENYÜZ

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimi yazdığım süreçte bana büyük bir özveriyle destek veren ve beni yönlendiren tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şahide Güliz Kolburan'a, bağımlılık alanında çalışmayı seçmemde ve bu alanda engin bilgileriyle kariyerime çok büyük katkıları olan, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Kültegin Ögel'e, temsilcisi olmaktan gurur duyduğum, kendimi mesleki ve bilimsel alanlarda geliştirmeye gayret ederken her türlü kolaylığı sağlayan Türkiye Yeşilay Vakfı'na, meslektaşım ve arkadaşım Uzm. Psk. Begüm Ceren Yüksel'e, her zaman yanımda olan anneme, babama, abilerim İbrahim Can Şenyüz'e ve Cem Şenyüz'e, son olarak ilk günden bu yana destekçim Erkin Yücel'e teşekkürlerimi sunarım.

Haziran,2021

Ceren ŞENYÜZ

# ALKOL VE MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN BAĞIMLILIK ÖZELLİKLERİNİN VE TEDAVİ UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

## ÖZET

Alkol ve madde kullanımının çok eskilere dayandığı bilinmektedir. Tercih edilen maddeye göre kişilerin bağımlılık özelliklerinde ve tedavi uyumlarında farklılıklar görülmektedir. Alkol ve madde kullanıcılarının madde kullanım özellikleri, karşıladıkları bağımlılık tanı ölçütleri, alkol ve madde kullanımının yaşam üzerine etkileri, craving (şiddetli istek) düzeyleri, motivasyonları, bağımlılık şiddetleri, bırakma ve tedavi geçmişlerini ve tedavi uyumları karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, alkol ve madde kullanıcılarının yukarıda belirtilen özelliklerinin karşılaştırılmasıdır. Alkol ve madde kullanıcılarının iki ayrı gruba ayrılarak yukarıda belirtilen bağımlılık özelliklerinin ve tedavi uyumlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın evreni Türkiye'deki alkol ve madde kullanıcılarıdır. Örneklemi bir bağımlılık danışmanlık merkezinden psikososyal tedavi desteği alan 18 yaş ve üzeri 13388 kişi oluşturmaktadır. Çalışmada Klinik İlk Görüşme (KİG) Formu ve Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) araçları kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda madde bağımlılarının yaşam üzerine etkiler, tanı, bağımlılık şiddeti alt ölçek puanlarının alkol bağımlılarından yüksek olduğu görülmüştür. Kullanılan maddeyi bırakma, ayaktan ve yatarak tedavi girişimi sayılarının da madde bağımlılarında daha fazla olduğu saptanmıştır. Tedavi uyumları, motivasyon ve craving (şiddetli istek) değişkenlerinin iki grup arasında anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Gelecek çalışmalarda alt ölçek soruları alkol ve madde bağımlıları için ayrıca karşılaştırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** bağımlılık, alkol, madde, bağımlılık özellikleri, tedavi uyumu

# **COMPARISON OF ADDICTION FEATURES AND TREATMENT COMPLIANCE OF ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE INDIVIDUALS**

## **ABSTRACT**

It is known that alcohol and substance use goes back a long way. There are differences in the addiction characteristics and treatment compliance of the individuals according to the preferred substance. The substance use characteristics of alcohol and substance users, the addiction diagnostic criteria they meet, the effects of alcohol and substance use in life, their craving levels, motivations, addiction severity, quitting and treatment histories, and treatment compliance were compared.

The aim of this study is to compare the above-mentioned characteristics of alcohol and substance users. No other study has been found in which alcohol and substance users are divided into two separate groups and compared the addiction characteristics and treatment compliance mentioned above. The population of the study is alcohol and substance users in Turkey. The sample consists of 13388 people aged 18 and over who received psychosocial treatment support from an addiction counseling center. In the study, Clinical First Interview (KIG) Form and Dependency Course Index (BASI) tools were used.

As a result of the study, it was observed that substance addicts' effects on life, diagnosis, and addiction severity subscale scores were higher than alcohol addicts. It was also found that the number of drug quitting, outpatient and inpatient treatment attempts was higher among substance addicts. There was no significant relationship between treatment compliance, motivation and craving variables between the two groups. In future studies, each subscale questions should be compared separately for alcohol and substance addicts.

**Key words:** addiction, alcohol, substance, addiction characteristics, treatment compliance

# İÇİNDEKİLER

|  | <u>Sayfa</u> |
|--|--------------|
| ONUR SÖZÜ .....                            | iii          |
| ÖNSÖZ.....                                 | iv           |
| ÖZET.....                                  | v            |
| ABSTRACT .....                             | vi           |
| İÇİNDEKİLER .....                          | vii          |
| KISALTMALAR .....                          | ix           |
| ÇİZELGE LİSTESİ.....                       | x            |
| <b>I. GİRİŞ .....</b>                      | <b>1</b>     |
| <b>II. GENEL BİLGİLER.....</b>             | <b>6</b>     |
| A. Alkol ve Madde Bağımlılığı .....        | 6            |
| B. DSM’de Dünden Bugüne “Bağımlılık” ..... | 8            |
| C. Bağımlılık Özellikleri .....            | 11           |
| 1. Tercih maddesi.....                     | 11           |
| 2. Motivasyon .....                        | 12           |
| 3. Bırakma girişimleri .....               | 14           |
| 4. Tedavi Geçmişleri.....                  | 15           |
| D. Craving (Şiddetli İstek) Düzeyleri..... | 16           |
| 1. Bağımlılık şiddeti.....                 | 17           |
| E. Bağımlılık Yapan Maddeler .....         | 17           |
| 1. Alkol .....                             | 18           |
| 2. Esrar .....                             | 20           |



|  |           |
|--|-----------|
| 3. Sentetik Kannabinoidler.....  | 22        |
| 4. Ekstazi.....  | 23        |
| 5. Kokain.....   | 24        |
| 6. Taş.....  | 25        |
| 7. Amfetamin (Metamfetamin) .....  | 25        |
| 8. Eroin.....  | 26        |
| 9. Rivotril, Rohipnol (Roş) ve Çeşitli Psikiyatri İlaçları (Akineton, Tantom,<br>Xanax, vb.) ..... | 28        |
| 10. Uçucu Maddeler .....   | 28        |
| 11. Halüsinojik Maddeler.....  | 29        |
| F. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi .....   | 30        |
| 1. Tıbbi Tedavi.....   | 30        |
| 2. Psikososyal Destek.....   | 31        |
| G. Alkol ve Madde Bağımlısı Danışanların Tedavi Uyumu .....  | 31        |
| <b>III. ARAŞTIRMANIN AMACI/ÖNEMİ .....</b>   | <b>33</b> |
| A. Yöntem .....  | 33        |
| B. Araçlar .....   | 34        |
| 1. Klinik İlk Görüşme Formu (KİG).....   | 34        |
| 2. Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) .....   | 35        |
| C. Analiz.....   | 35        |
| <b>IV. BULGULAR.....</b>   | <b>37</b> |
| <b>V. TARTIŞMA .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>VI. SONUÇ.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>VII.KAYNAKÇA .....</b>  | <b>45</b> |
| <b>VIII. EKLER .....</b>   | <b>54</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>   | <b>69</b> |

## KISALTMALAR

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>APA</b>       | : American Psychiatric Association                  |
| <b>BAPİ</b>      | : Bağımlılık Profil İndeksi                         |
| <b>BASİ</b>      | : Bağımlılık Seyir İndeksi                          |
| <b>DAS</b>       | : Davranışsal Aktivasyon Sistemi                    |
| <b>DİS</b>       | : Davranışsal İnhibisyon Sistemi                    |
| <b>DSM</b>       | : Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders |
| <b>KİG</b>       | : Klinik İlk Görüşme                                |
| <b>SPSS</b>      | : Statistical Package for the Social Sciences       |
| <b>UNODC</b>     | : United Nations Office on Drugs and Crime          |
| <b>WHO (DSÖ)</b> | : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)   |

## ÇİZELGE LİSTESİ

|  | <b><u>Sayfa</u></b> |
|--|---------------------|
| Çizelge 1. DSM-V'te Alkol ile İlişkili Bozukluklar .....                   | 19                  |
| Çizelge 2. Sosyo-demografik Özellikler .....                               | 36                  |
| Çizelge 3. Tercih Maddeleri .....  | 36                  |
| Çizelge 4. Bağımlılık Özellikleri ve Tedavi Uyumları Karşılaştırması ..... | 38                  |

## I. GİRİŞ

Bağımlılık, uzun yıllardır birçok farklı perspektiflerden tanımlanmaya çalışılmış, hem toplumsal hem de ruh sağlığı alanlarında tartışmalara sebep olan bir kavramdır (Goodman, 1990: 1403). Bağımlılık, bazı toplumlar tarafından sosyal bir problem olarak tanımlansa da, yapılan araştırmalar bağımlılığın aynı zamanda tıbbi bir hastalık olarak da değerlendirilmesi gerektirdiğini göstermiştir. Bağımlı olan kişiler sosyal, fizyolojik ve psikolojik olumsuz etkilenmeler yaşarlar (Ögel vd.1998: 11). Bu sebeple bu hastalığı yalnızca sosyal bir sorun veya tıbbi bir sorun olarak tanımlamak doğru değildir; bağımlılık bütüncül değerlendirilmesi gereken bir hastalıktır (1998: 11).

Bağımlılık hastalığının oluşmasında risk faktörleri olarak, kişilerin biyolojik özellikleri kadar aile ilişkileri, sosyo-ekonomik durumları, sosyal becerileri gibi dinamiklerin de rol oynadığı belirtilmektedir (Weinberg, 2001: 343-349; Tekin, 2018: 47-56). Bağımlılık tanısını koymak için ise Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)'nin yayınladığı *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) kitabı temel alınmaktadır. DSM'de bağımlılık hastalığı için yalnızca fizyolojik semptomlarıyla değerlendirilmeyen, kişinin sosyal yaşantısındaki bozulmaları da tanı kriteri olarak kabul eden bir değerlendirme içeriği mevcuttur. İlerleyen bölümlerde DSM standartlarında alkol ve madde bağımlılığı tanısı konulması için gereken şartlar açıklanacaktır. Bağımlılığın geliştiği nesnelere veya varlıklar farklılık gösterebilmektedir. İnsanlar yalnızca tütün, alkol ve maddelere değil; teknoloji, kumar, kafein vb. davranışsal bağımlılıklara da sahip olabilirler (APA, 2013: 481). Bu tez çalışmasında alkol ve madde bağımlılığı üzerinde durulacaktır.

Literatüre bakıldığında, alkol ve madde kullanımının milattan önceki çağlarda başladığı görülmektedir (Crocq, 2007: 355). Eski çağlarda, bazı kültürlerde psikedelik (hayal gördüren) maddeler çeşitli amaçlar için kullanılmaktaydı. Bu amaçlar arasında dini ritüeller, "iyileşme", doğa ve hayvanlarla bütünleşmeyi deneyimleme vb. yer almaktaydı (Winkelman, 1997:

144-145). Psikedelik maddelere ek olarak daha yaygın olarak bilinen alkol, afyon ve diğer maddelerin de kullanımı milattan öncesine dayanmaktadır. Tarihe bakıldığında bağımlılık yapan maddeler sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Milattan önce yaşayan Atinalı doktor Mnesitheus'un insanları fazla alkol kullanımının yol açabileceği rahatsızlıklar konusunda uyardığı (Ögel, 2010: 3), Osmanlı Devleti'nde alkolün zaman zaman yasaklandığı bilinmektedir (Öztürk, 2017: 27). Yakın bir tarihe kadar eroin, kokain, esrar, metamfetamin gibi maddeler ağrı kesici olarak, ekstazi ise kilo vermek için tıbbi amaçla kullanılmaktaydı (2010: 37). Bu maddelerin zararları 1800'lü yıllarda fark edilmeye başlanmış (2010: 36) ve zaman içerisinde çoğunun kullanımı yasaklanmıştır; tıbbi amaçla kullanımı devam edilenler ise günümüzde yalnızca reçetelendirilerek kullanılabilir (Tellioglu ve Tellioglu, 2012: 99-105; Kılıç, 2017: 126-127). Bunlara ek olarak, esrar maddesinin bazı ülkelerde tıbbi amaç haricinde belirli miktarlarda satışına izin verilmektedir (Ögel, 2018: 254). Esrarın yasallaştırılması ile ilgili tartışmalar günümüzde devam etmektedir.

2017 yılında yayınlanan Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) raporuna göre dünya genelinde 29,5 milyon kişinin madde kötüye kullanımı olduğu tahmin edilmektedir (Aldemir, 2019: 21). Geçmiş zamanlardan günümüze kadar yüksek miktarlarda alkol ve madde kullanımı görülse de, bağımlılık tedavisi çalışmalarının ise 1960'lı yılların sonu ile 1970'li yılların başından itibaren başladığı bilinmektedir (Henninger ve Sung, 2014: 2264). Son yıllarda yurtdışında ve Türkiye'de bağımlılık tedavisi çalışmaları yoğun bir şekilde gelişerek devam etmektedir. "Bağımlılık Tedavisinde Temel Bilgiler" bölümünde alkol ve madde bağımlılığının tedavisinin farmakolojik, psikolojik ve sosyal desteği bir araya getirerek kişiye özel olarak oluşturulması gerektiği belirtilmiştir (Ögel, 2010: 3-4). Oluşturulan tedavi programına düzenli devam eden alkol ve madde bağımlılarının iyileşme seyirlerinin olumlu olduğu belirtilmiştir. Tedavi süresince alkol ve madde kullanımının sebep olduğu sorunların giderilmesinin de bu sürece olumlu katkı sağladığı vurgulanmıştır (2010: 3).

Alkol ve madde kullanımı birtakım sosyodemografik özelliklere göre değişim göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2018'de yayınlanan "Global Status Report on Alcohol and Health" raporuna göre hayatı boyunca

erkeklerin alkol kullanımını kadınlardan daha fazla olarak bildirilmektedir. Aynı rapora göre 2016 yılı boyunca dünyadaki 15 yaş üzeri popülasyonun %57'sinin hiç alkol almadığı bildirilmiştir (WHO, 2018: 39). Bu istatistiklerdeki düşüşü etkileyen faktörlerden biri kayıt dışı evde üretilen alkollerin tüketimi olarak tartışılmıştır. Evde üretilen kayıt dışı alkol tüketiminin özellikle Güney- Doğu Asya ve Doğu Akdeniz Bölgelerinin oranlarında büyük etkisi olduğu düşünülmektedir. Altıntoprak ve arkadaşlarının derlemesinde ise Türkiye genelinde erkeklerin alkol kullanım oranları daha fazla olsa da, kadınların alkol kullanım oranında hızlı bir artış olduğu belirtilmiştir (Altıntoprak vd.2008: 200).

Madde bağımlılığı istatistikleri düşünüldüğünde ise, 1990'lı yıllarda Türkiye'de bağımlılık oranlarının diğer ülkelerle kıyaslandığında, daha düşük olduğu (Ögel vd.1998: 6) fakat bu oranların 1998-2008 seneleri arasında hızla arttığı görülmüştür (Gökler ve Koçak, 2008: 90). Türkiye'de madde kullanımını yaygınlığını araştıran epidemiyolojik çalışmalar sınırlı olmakla birlikte kesitseldir (Çiftçi, 2019: 576). DSÖ'nün 2017'de yayınladığı rapora göre, dünyada en sık kullanılan yasa dışı maddenin esrar olduğu (%3,8); bilinmektedir fakat bu raporun içinde Türkiye'deki esrar kullanım istatistikleri yer almamaktadır. Dünya genelinde esrardan sonra yaşam boyu en az bir kere kullanımının en yaygın olduğu madde ise LSD olarak belirtilmiştir (%9,4) (Aldemir, 2019: 22-26). Bu tez çalışmasında Türkiye genelinden yüksek sayıda katılımcının tercih ettikleri maddeler cinsiyete ve yaş gruplarına göre de incelenecektir. Bu hususta, bu çalışmanın Türkiye'deki farklı kesimlerde alkol ve madde kullanımı ile ilgili güncel sosyodemografik özellikleri de yansıtması hedeflenmektedir.

Geçmiş çalışmalarda alkol ve madde kullanıcılarının bağımlılık özellikleri ve tedavi uyumları karşılaştırılmış olsa da, alkol ve madde kullanıcılarının iki ayrı grupta incelendiği ve karşılaştırıldığı çalışmalar sayıca azdır ve bu tez çalışmasında olduğu gibi geniş kapsamlı çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalara 2014 yılında yapılan bir araştırma örnek gösterilebilir (Fatseas, vd.2015: 1035-1042). Bu çalışmada alkol, esrar, opiyat ve tütün kullanıcıların istek düzeyleri karşılaştırılmıştır. Kullanıcıların istek düzeylerini etkileyen maddeye özgü hatırlatıcıları (örn: alkol şişesi) ve kişiye özgü hatırlatıcıları (beraber madde kullandığı kişiyi görmesi) ayrı kategorilerde değerlendirilerek tercih maddelerine göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Maddeye özgü hatırlatıcılara

maruz kalındığında alkol kullanıcılarının yaşadığı istek, diğer madde kullanıcılarına göre daha fazla olarak görülmüştür. Kişiyeye özgü hatırlatıcılara maruz kalındığında ise, isteğin en çok arttığı grup opiyat kullanıcıları olarak görülmüştür (2015: 1039). Bu tez çalışmasında istek düzeyi “Bağımlılık Özellikleri” başlığının alt başlıklarından biri olarak yer almaktadır.

Bir diğer çalışmada ise alkol ve madde kullanan kişilerin sosyo demografik özellikleri, alkol kullanım bozukluklarının şiddeti ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları incelenmiştir (Saha, vd.2018: 261-269). Saha ve arkadaşları, yaptıkları bu çalışmada hem alkol hem esrar kullanımı olan kişilerin alkol kullanım şiddetlerinin alkol ve tütün, alkol ve diğer maddeler veya sadece alkol kullananlara göre daha fazla olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca alkol ve diğer maddeleri birlikte kullanan erkek sayısının kadınlardan fazla olduğunu ve diğer gruplara göre evlenme oranlarının ve aylık gelirlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğunun şiddeti DSM-V’teki tanı kriterleri baz alınarak belirlenmektedir ve bu tez çalışmasında bağımlılık özelliklerinden biri olarak ele alınacaktır. Bu çalışmada bağımlılık özelliklerini ve tedavi uyumlarını daha anlaşılır görebilmek için, alkol ve maddeyi beraber kullanan katılımcılar çalışmanın dışında bırakılacaktır.

Yukarıda verilen örnekler bu tez çalışmasında incelenecek olan özelliklerin küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Alkol ve madde kullanıcılarının bağımlılık özelliklerinin ve tedavi uyumlarının karşılaştırılması bağımlılık hastalığının tanımlaması, tedavisinin planlanması ve gelecek çalışmalara ışık tutması açısından literatür için önem taşımaktadır. Bu tez çalışmasında bahsi geçen karşılaştırmaların yapılması amaçlanmıştır. Verilerin alınacağı danışmanlık merkezinde psikolojik ve sosyal destek merkezdeki uzmanlar tarafından verilirken, tıbbi tedavi için anlaşmalı kurumlara yönlendirme yapılmaktadır. Bu sebeple tıbbi tedavi uyumları araştırmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmada alkol ve madde kullanıcılarının:

- Sosyodemografik özellikleri (yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, istihdam durumu),
- Bağımlılık Özellikleri;
  - Madde kullanım özellikleri,

- Tanı ölçütleri,
  - Yaşam üzerine etkileri,
  - Bağımlılık şiddetleri,
  - Bırakma girişimleri,
  - Motivasyonları
  - Tedavi geçmişleri (Ayaktan ve/veya yatarak),
  - İstek (craving) düzeyleri
- Psikososyal tedaviye uyumları (danışmanlık merkezindeki randevularına kaç kere geldikleri, alkol ve madde kullanım seyirleri, vs.) karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır.

- Madde bağımlıları alkol bağımlılarından daha sık miktarlarda alkol veya madde kullanmaktadırlar.
- Madde bağımlılarının madde kullanımlarının, yaşamları üzerine etkileri alkol bağımlılarından fazladır.
- Madde bağımlılarının karşıladığı bağımlılık tanı kriterleri alkol bağımlılarından daha fazladır.
- Madde bağımlılarının craving (maddeye duyulan güçlü arzu) şiddeti alkol bağımlılarından fazladır.
- Madde bağımlılarının bağımlılık şiddetleri alkol bağımlılarından daha fazladır.
- Madde bağımlılarının motivasyonları alkol bağımlılarından yüksektir.
- Madde bağımlılarının başarısız bırakma ve tedavi girişimleri alkol bağımlılarından fazladır.
- Alkol bağımlılarının tedavi uyumları madde bağımlılarından daha fazladır.



## II. GENEL BİLGİLER

### A. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol ve madde bağımlılığı, her zaman ilk kullanımda oluşmaz; kişiler bağımlı olmadan önce bazı aşamalardan geçebilirler (Haasen, vd.2009: 119). Bu aşamalar, deneysel kullanım, arada sırada kullanım, düzenli kullanım ve bağımlılık olarak açıklanmıştır (2009: 119-120). Bu hastalığın gelişme aşamaları kişiden kişiye ve kullanılan maddeye göre farklılık gösterebilir. Bağımlılık hastalığının standart bir oluşum sürecinin olmaması, kişilerin etiketlenme kaygıları, alkol ve madde kullanan kişilerinin ailelerinin ve diğer yakınlarının bu hastalığı saklama eğilimleri hastalığın teşhisini zorlaştırmaktadır (2009: 121).

Bağımlı olmayan ve bağımlı olan beyinler arasında karşılaştırma yapıldığında alkol ve madde kullanan kişilerinin beyin işlevsellikleri ile alkol ve madde kullanmayan kişilerin beyin işlevsellikleri arasında farklar olduğu bildirilmiştir (Leshner, 1997: 46). Bağımlılığın beyinde etki ettiği işlevlere bakıldığında en başta nörotransmitter salınımları görülmektedir. Bağımlı kişilerde bağımlılığın oluşması için kullandıkları maddelerin beyindeki dopamin salınımını artırması gereklidir. Alkol veya madde kullanımı anlık dopamin salınımının artması işlemini gerçekleştirir (Wise, 1989; Robinson vd.2003; Akt: Kalivas, 2004: 347). Alkol ve madde bağımlılığı her ne kadar dopamin salınımını etkilese de, sadece “haz” veren hormon olan dopamin salınımı ile açıklanamamaktadır. Beyinde bağımlılık ile direkt ilişkili diğer bölge ise ödül merkezidir. Ödül merkezi, madde kullanımı gerçekleştiğinde direkt olarak uyarılır; madde kullanımı davranışının pekiştirilmesi ve madde ile ilişkili anıların üretilmesinde rol oynar (APA, 2013: 481).

Farelerde madde arama davranışının da beyindeki protein işlevlerindeki majör değişikliklerle ilişkili olduğu görülmüştür. Proteinler, alkol ve madde kullanımı sonrasında prefrontal korteks ve beyin ödül merkezi olan nucleus accumbens arasında gerçekleşen etkileşimden etkilenmektedirler. Tekrarlayan

madde kullanımları sonucunda beyindeki proteinlerde değişiklikler meydana gelir; fakat genellikle iki haftalık abstinans sonrasında proteinler normal haline dönmektedir. Bu durumda madde arama davranışı bu proteinlerdeki değişikliklerle açıklansa da, kişilerin relaps (nüks) risklerinin her zaman olması bu durumla açıklanamamaktadır (Kalivas, 2004: 348).

Alkol ve madde bağımlılığının tanımlayıcı kriterlerinden ikisi olarak bilinen craving ve relapslar da beyin işlevlerindeki değişimler ile ortaya çıkmaktadır. Beyindeki prefrontal korteks ve amigdala arasındaki iletişimin çevresel tetikleyiciler tarafından etkilenmesi craving ve relapsların yaşanmasına sebep olmaktadır (2004: 347). Relaps risklerinin her zaman olması ve bağımlılık hastalığında relapsların sıklıkla görülmesi bağımlılık hastalığının akut değil, kronik bir hastalık olduğunun göstergesidir (APA, 2013: 481; Leshner, 1997: 46).

Beyin ve bağımlılık ilişkisine bir diğer yaklaşım ise Gray'in Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ve Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS) teorisi olabilir. Gray'in teorisine göre beyindeki DİS ve DAS, kişilerin duygularını ve davranışlarını kontrol etmektedir (Franken, 2006: 400). DİS kişinin davranışı sonucunda karşılaşacağı bir ceza veya ödülün kaldırılması ile ilişkilirken, DAS bir ödül veya cezanın kaldırılması ile ilişkilidir. DAS hassasiyetinin fazla olması ile alkol ve madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Risk alma ve yenilik arama gibi davranışları DAS bileşenleri içinde ele almak mümkündür. 2006 yılında yapılan bir çalışmada alkol ve madde bağımlılarının DİS ve DAS ölçekleri puanları karşılaştırılmış ve DAS ölçeğinde risk alma (risk taking) ve yenilik arayışının (novelty seeking) madde bağımlılarında alkol bağımlılarından daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun açıklaması olarak alkol kullanımı yasal iken madde kullanımının yasal olmaması öne sürülmüştür. Yasal olmayan davranışların risk alma ve yenilik arayışı fazla olan kişilerde daha fazla görüldüğü tartışılmıştır (Franken, 2006: 400). Gray'in bu teorisine bakıldığında, alkol ve madde bağımlılığının kişilerin davranışları ile ilişkili olan beyindeki işlevleri etkilediğini desteklemektedir.

Beyin ile bağımlılık arasındaki bütün bu etkileşimlere bakıldığında alkol ve madde bağımlılığını yalnızca sosyal bir sorun olarak ele almak mümkün değildir. Bireylerde biyolojik değişikliklere sebep olan, hem tıbbi hem sosyal bir hastalık

olarak tanımlamak yalnızca sosyal bir sorun olarak tanımlamaktan daha geçerli olacaktır.

Maddelerin etkileri, yoksunluk belirtileri ve idrarda kalma süreleri birbirinden farklıdır. Bu özellikler arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamakla birlikte, geçmiş zamanlarda yoksunluk belirtileri ile maddenin kişiye verdiği zararın doğru orantılı olması gibi farklı fikirler ortaya konmuştur. Ancak tıbbın gelişmesi ile birlikte bu iddialar çürütülmüştür. Örneğin, eroin bağımlısı bir kişinin tıbbi tedavisi günümüzde çok zorlayıcı olmamakta; yoksunluk belirtileri belirli ilaçlarla rahatlıkla kontrol altına alınabilmektedir. Başka bir örnek ise metamfetamin ve taş maddeleri için verilebilir. Bu iki madde de bağımlılık şiddeti oldukça yüksek olan maddelerdir fakat fiziksel yoksunluk belirtileri eroin veya alkol kadar şiddetli görülmeyebilir (Leshner, 1997: 46).

Bu bilgilere ek olarak, bağımlılık hastalığının seyri kişilerde genellikle benzer olsa da her bağımlı aynı fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri tecrübe etmek zorunda değildir. Bireylerin kullandıkları maddelere göre geliştirdikleri bağımlılık “psikolojik bağımlılık” veya “fiziksel bağımlılık” olabilir (Gökler ve Koçak, 2008: 91). Bahsedilen sebeplerden yola çıkıldığında, bağımlı kişilerin bağımlılık özelliklerinin ve tedavi uyumlarının kullandıkları maddelere göre değişkenlik göstermesi beklenebilir.

## **B. DSM’de Dünden Bugüne “Bağımlılık”**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), mental hastalıkların tanımlarını koymak için uzmanların yararlandığı, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan bir tanı kitabıdır. İlk baskısı olan DSM-I 1952 yılında basılmıştır. DSM-I’i takip eden, DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) ve son olarak DSM-V (2013) olarak güncellemeleri devam etmiştir. Bu güncellemelerde birçok mental bozukluğun tanı kriterleri düzenlenip değiştirilmiştir. Bunlardan bir tanesi de “bağımlılık” hastalığıdır.

Spitzer’in 1973 yılında yeniden düzenlendiği bir tanımla, bir durumun psikiyatrik bozukluk sayılması için kişinin kendisini zor duruma sokuyor olması veya sosyal anlamda işlevselliğini olumsuz etkiliyor olması gerekmektedir

(Zimmerman ve Spitzer, 2005; Akt. Güleç vd.2015: 449). Bağımlılık, önceki DSM'lerde kısıtlı olarak bahsedilse de DSM-III-R'de "bağımlılık" (dependence) kelimesiyle yerini almıştır (2015: 449; O'Brien, 2011: 649). Bu durum, bazı ilaçların sebep olduğu ve olağan olan, vücudun ilaca tolerans geliştirmesi ve "dependence" oluşturması durumuyla karıştırılmış; birçok tartışmaya sebep olmuştur. 2012'de yayınlanması planlanan DSM-V'in bu karışıklığı gidermek adına "alkol ve madde kötüye kullanımı" ve "bağımlılık" kavramlarının tekrar kitaba dâhil edileceği belirtilmiştir. (2011: 649). DSM-V 2013 tarihinde yayınlanmıştır ve aşağıda DSM-V'te yer alan "Alkol Kullanım Bozukluğu" ve "Madde Kullanım Bozukluğu" nun detayları izah edilecektir.

DSM- IV ile DSM-V arasında bazı farklılıklar vardır. Bunlardan bir tanesi, DSM-IV'te "bağımlılık" kelimesi "Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar" başlığında yer almazken, DSM-V'te bu kelime tekrar bu başlığa eklenmiştir. DSM-V'te alkol ve madde kullanım bozuklukları "Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları" olarak güncel halini almıştır (APA, 1994; APA, 2013: 481). Diğer bir önemli değişiklik ise kullanmak için şiddetli bir istek veya dürtü yaşamanın (craving) bir tanı ölçütü olarak eklenmesidir. Esrar maddesi ile ilgili bir değişiklik de göze çarpmaktadır. Esrar yoksunluğu daha önceki DSM'lerde görülmezken, DSM-V'te bu kavramın kitapta yer aldığı görülmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısını almak için DSM-IV'te 3 ölçütün karşılanması gerekirken, DSM-V'te karşılanması gereken ölçüt sayısı 2 olarak güncellenmiştir (APA, 2013: 484; Güleç vd.2015: 450).

Yayınlanan son DSM olan DSM-V'e göre alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı konulmasında, her iki bozukluk için, birbirleriyle örtüşen 10 adet kriter belirlenmiştir. Bu ölçütler DSM-V kitabında "Alkol Kullanım Bozuklukları" ve "Madde Kullanım Bozuklukları" başlıklarında ayrı ayrı verilmiştir. Aşağıda örtüşen maddelerin birleştirilmiş halleri yazılmıştır. Bahsi geçen tanı kriterleri ise aşağıda belirtilmiştir:

Kişi aşağıdaki durumların en az 2'sini son 12 ay süresince yaşıyorsa:

1. Planlanandan fazla miktarda alkol ve madde kullanımı
2. Alkol ve madde kullanımı için sürekli bir arzu ve başarısız azaltma veya bırakma girişimleri

3. Alkol ve maddeye ulaşmak, alkolü ve maddeyi kullanmak ve alkolün ve maddenin etkisinden kurtulmak için çok fazla zaman harcanması

4. Alkol ve madde kullanmak için güçlü bir istek, arzu ve/veya dürtü yaşanması

5. Alkol ve madde kullanımı sonucu işte, okulda veya evde zorunlulukları yerine getirmede tekrarlayan başarısızlıklar

6. Sosyal ortamlarda ve insan ilişkilerinde sürekli ve tekrarlayıcı problemler yaşanmasına rağmen alkol ve madde kullanımına devam edilmesi

7. Alkol ve madde kullanımı sebebiyle önemli sosyal, mesleki ve eğlenceli aktivitelere katılımın azalması veya bırakılması

8. Fiziksel olarak tehlikeli olduğu durumlarda bile alkol ve madde kullanımının tekrarlanması

9. Alkol ve madde kullanımıyla artan veya oluşan, sürekli veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik bir problemin varlığının bilinmesine rağmen alkol ve madde kullanımının devam etmesi

10. Tolerans gelişmesi;

a. Alkolün ve maddenin istenilen etkisine veya intoksikasyonuna ulaşmak için daha fazla alkol ve madde miktarına ihtiyaç duyulması

b. Aynı miktar alkol ve madde kullanımına rağmen alkolün etkisinin azalması

11. Yoksunluk belirtilerinin yaşanması;

a. Alkol ve madde kullanımına özgü karakteristik yoksunluk belirtileri yaşanması

b. Alkolün (veya benzodiazepin gibi benzer maddelerin) yoksunluk belirtilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak için kullanılması (APA, 2013: 490-491).

Yukarıdaki belirtilerin iki veya üç tanesini yaşıyorsa kişi hafif şiddette, dört veya beş tanesini karşılıyorsa orta şiddette, altı veya yedi tanesini karşılıyorsa yüksek şiddette bağımlı olarak gruplanmaktadır. DSM-V’te bağımlılık şiddetinin

zaman içerisinde değişmesi mümkündür (APA, 2013: 484). Bu duruma etki eden faktörler “Bağımlılık Şiddeti” başlığında detaylandırılacaktır.

DSM-V’te “Madde Kullanım Bozuklukları” başlığının altında kumar ve kafein bağımlılıkları da açıklanmıştır. İnternet, seks, alışveriş bağımlılığı gibi bağımlılıklar yeterli kanıtlara ulaşamadığı için ruhsal bozukluk olarak adlandırılmamıştır (APA, 2013: 481).

### **C. Bağımlılık Özellikleri**

Bağımlılığı standardizasyonu olmayan bir hastalık olarak görmek gerekmektedir; her madde her kişide bağımlılık yapmayabilir veya seneler sonra bağımlılık gelişebilir. Aynı maddeleri aynı süreyle ve aynı miktarlarda kullanan iki kişide farklı şiddetlerde bağımlılık oluşabilir. Kişilerde oluşan bağımlılığın birbirinden farklı özellikleri gözlemlenebilir. Otokontrol becerisi zayıf olan kişilerde beyindeki inhibitör sistemleri yeterince iyi çalışmayabilir ve bu kişiler bağımlılık hastalığına daha yatkın olabilir (APA, 2013: 481). Bağımlılık özellikleri kişilerin tercih maddeleri, tedavi ve bırakma girişimleri, motivasyonları, craving düzeyleri ve bağımlılık şiddetleri dikkate alınarak değerlendirilmektedir. Bu bölümde bu tez çalışmasında karşılaştırılacak olan bağımlılık özellikleri açıklanacaktır. Bağımlılık özellikleri bu çalışmada Klinik İlk Görüşme (KİG) formundan alınacak olup altı alt ölçeğe, tedavi ve bırakma girişimlerine ve tercih maddelerine bakılarak incelenecektir. Aşağıda bu başlıklar alt başlıklar halinde verilmiştir. Birbirinden farklı başlıklar olarak incelense de, bu alt başlıkları birbirinden bağımsız olarak düşünmemek gerekmektedir. Her alt başlık tıpkı bağımlılık hastalığının kendisi gibi çok yönlü incelenmesi gereken başlıklardır.

#### **1. Tercih maddesi**

Madde kullanıcıları sadece tek bir maddeye veya birden fazla maddeye bağımlı olabilirler ve kullandıkları maddelerin hepsinin etkilerini ve yoksunluk belirtilerini yaşayabilirler. Kişilerin birden fazla maddeye bağımlı olduğu durumlarda, her madde için ayrı tanı konulup, tedavisi düzenlenmelidir (APA, 2013: 485-489). Amerika’da 2017 yılında 36,309 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %7,8’inin yaşamlarının herhangi bir döneminde çoklu madde

kullanım bozukluğu tanısı aldıkları görülmüştür (Eysenck, 1957; Akt: McCabe, vd.2017: 3). Yaşamlarının herhangi bir döneminde alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin %7,4'ünün çoklu madde kullanım bozukluğu tanısı aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmaya göre, alkol kullanım bozukluğundan sonra en fazla çoklu madde kullanımının görüldüğü madde ile ilişkili bağımlılık bozukluğu, esrar kullanım bozukluğudur. Esrar kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin %5,2'sinde çoklu madde kullanım bozukluğu da olduğu saptanmıştır (McCabe vd.2017: 4). Başka bir çalışmada tercih maddesi metamfetamin olan kişilerin büyük bir çoğunluğunun diğer maddeleri de kötüye kullandığı belirtilmiştir (Winslow vd.2007: 1170).

Geçmiş yayınlara bakıldığında tercih maddesi ile ilgili farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Bazı kaynaklar tercih maddesi ile en çok kullanılan maddenin aynı olmadığını öne sürmektedir. Maddeye ulaşımın kolaylığı, maddenin fiyatı, kişilerin akran ilişkilerinin etkileri en çok kullanılan maddenin hangisi olacağını belirleyebilir; bu durumda kişinin tercih ettiği madde ile en çok kullandığı madde aynı olmayabilir (Feldman, vd.2007: 82). Bu çalışmada bağımlı kişilerin çoklu madde kullandığı durumlarda, bu kişilerin en sık kullandıkları madde tercih maddesi olarak kabul edilmiştir. Yalnızca bir tane madde kullanıyorsa, kullandığı madde tercih maddesi olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan KİG ve BASİ Formlarındaki sorular kişilerin tercih maddeleri üzerinden sorulmaktadır (Şimşek vd.2019: 7). Bu tez çalışmasında tercih maddeleri alkol ve madde olarak iki ana grupta incelenecek ve katılımcıların tercih maddelerinin dağılımları belirtilecektir.

## **2. Motivasyon**

Alkol ve madde kullanımı tedavisinde en sık rastlanan kavramlardan biri motivasyondur. Alkol ve madde kullanımını bırakma motivasyonunun yüksek olması ve azalmaması, bağımlı kişinin tedavisinin başarıya ulaşması için en önemli unsurlardan biridir. Motivasyon dış etkenlerden etkilenebilen, değişim için hazır olma veya harekete geçilmesi için ihtiyaç duyulan bir kavramdır. Kişilerin ayık kalma motivasyonlarının az olması ve başarısız tedavi girişimleri gibi nedenlerle bağımlı kişilerinin tedavilerinin yarım kaldığı bilinmektedir (Evren vd.2006; Evren vd.2008; Akt: Savaşan, 2010: 120). Geçmişteki bağımlılık

tedavileri bağımlı kişilerin zorla kullandıkları maddeyi bırakmalarına yönelik olabilmekte ve bu tedavilerinin başarısız olduğu bilinmektedir. Bu hususta kişilerin bağımlılık yapan maddeleri kullanmayı bırakması için değişime açık olmaları ve motivasyonlarının yüksek olması tedaviyi kolaylaştırıcı bir unsur olarak görülmeye başlanmıştır. Bağımlı kişilerin motivasyonlarını güçlendirmesi ve iki değerlilik olarak da adlandırılan ambivalanslarının çözülmesi amacıyla geliştirilen Motivasyonel Görüşme Tekniği tedavi başarısının artmasında oldukça etkilidir (Ögel, 2009: 42).

Motivasyonun içsel ve değişkenlik gösterebilen bir durum olduğu dikkate alındığında, değişimin birdenbire olmayabileceği ve bir seyri olduğu görülmüştür. Sigara kullanıcılarının sigarayı bırakma süreçleri ile yapılan bir çalışma sonucunda Prochaska ve DiClemente, 1983 yılında Değişim Döngüsü Modeli'ni tanımlamıştır. Değişim Döngüsü Modeli'nin amacı bağımlılık tedavisinde kişilerin buldukları evreye göre tedavi planlarının yapılması ve tedavinin etkinliğinin artırılmasıdır (Prochaska ve DiClemente, 1983: 390). Değişim Döngüsü Modeli Motivasyonel Görüşme Tekniğinde davranışın sürecini anlamaya ve değişim evrelerinde motivasyonu güçlendirmek için kişiye özel bir tedavi planı oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır (DiClemente ve Velasquez, 2002: 201).

Değişim Döngüsü evreleri aşağıda açıklanmıştır:

- Farkındalık Öncesi: Kişinin kullandığı bağımlılık yapıcı maddelerin kendisine verdiği zararın farkında olmadığı, değişim için isteğinin ve motivasyonunun olmadığı dönemdir.
- Farkındalık: Kişinin kullandığı bağımlılık yapıcı maddenin zararlarının farkında olduğu fakat değişim için isteğinin ve motivasyonunun olmadığı dönemdir.
- Karar verme: Kişi bu dönemde kullandığı bağımlılık yapıcı maddeyi bırakmak için hazırlık yapmaktadır; henüz eyleme geçmemiştir.
- Eylem: Kişinin kullandığı bağımlılık yapıcı maddeyi bıraktığı dönemdir.
- Sürdürme: Kişinin bıraktığı bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmamayı sürdürdüğü dönemdir.



- Relaps: Kişinin bırakmadan önce kullandığı bağımlılık yapıcı maddeyi tekrar kullanmaya başladığı dönemdir (Ögel, 2010: 32-33).

DiClemente ve Velasquez, “Motivational Interviewing: Preparing People for Change” kitabında Değişim Döngüsü’nde “farkındalık öncesi” evreden “sürdürme” evresine uzanan bu süreçte motivasyonun baştan sona gerekliliğinden bahsetmişlerdir (2002: 202). Motivasyonel Görüşme Tekniği uygulanan tedavi sürecindeki alkol bağımlısı katılımcılarla yapılan bir çalışmada, görüşmecilerin katılımcılarla yaptıkları motivasyonel görüşmelerin 3 ay sonrasında gerçekleştirdikleri telefonla takip görüşmelerinin motivasyonlarını arttırdığı görülmüştür. Bu katılımcıların 6. ve 12. aylarda telefonla takip görüşmesi yapılmayan katılımcılara göre alkole bağlı problemlerinin, alkol kullanımlarının ve tekrar kullanma risklerinin daha az olduğu görülmüştür (Field vd.2020: 2367). Bu çalışma ile birlikte motivasyonel görüşmelerin sonlandırılmasından sonra yapılan takip görüşmelerinin motivasyonu artırıcı özelliği ve sürdürme evresinin devamlılığı açısından önemi dikkate alınmalıdır.

### **3. Bırakma girişimleri**

DSM-V’de Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerinden bir tanesi kişinin kullandığı maddeyi bir veya birden fazla kere bırakma girişiminin olmasıdır (APA, 2013: 490). Bağımlı kişilerin büyük bir çoğunluğu tedaviye başvurmadan önce kendi imkanları ile kullandıkları maddeyi bırakmayı denerler (Ögel, 2010: 7). Kişinin bağımlılık özelliklerinden biri olan bırakma girişimleri, sonrasında tekrar kullanma ile sonuçlanabilir. Bağımlılık hastalığı sürecinde tekrar kullanma ve craving olarak da adlandırılan depreşme bu hastalığın bir parçasıdır (Yılmaz, vd.2014: 244). Bırakma girişimlerinin nasıl gerçekleştiği ve kaç kere olduğu, tekrar kullanmaları öngörebilmek ve engellemek adına detaylıca öğrenilmeli ve çalışılmalıdır.

Alkol ve madde bağımlısı bireyler bu maddeleri kullanımlarıyla birlikte oluşan zararlar sonucunda, kullandıkları maddeleri bırakma girişiminde bulunabilmektedirler. Bu girişimler bir tedavi destek alınmadığında relaps ile sonuçlanabilmektedir (Kalyoncu vd.2001: 4). Kişilerin bağımlılık ile ilgili bilgilerinin yeterli olmaması, ayık kalma süresinin olması gerekenden kısa tutulması, tekrar kullanmaları konusunda risk yaratan durumlara maruz kalmaları

ve bu durumlarla baş etme becerilerinin yeterli olmaması bırakma girişimlerinin başarısız olmasına sebep olabilmektedir. Bırakma girişimlerinin sayısının tercih maddelerine göre değiştiği düşünülmektedir.

#### **4. Tedavi Geçmişleri**

Bırakma girişimlerinin yanı sıra, danışanlar bir profesyonel desteğe başvurduğunda tedavi girişiminde bulunmuş olarak kabul edilmektedirler. Bırakma girişimi ile tedavi girişimleri aynı şeyi ifade etmemektedir; bırakma girişimi dışarıdan herhangi bir destek almadan da gerçekleşebilir. Alkol ve madde bağımlısı kişiler yalnızca başarısız bırakma girişimlerinde değil, sıklıkla başarısız tedavi girişimlerinde de bulunmaktadır. Alkol ve madde kullanıcılarının psikososyal tedaviye devamlılıkları incelendiğinde, tedaviye başvurduktan sonra ilk görüşmeye gelme oranları %68,1 olarak bulunmuş, kişilerin %31,2'si ilk görüşmeye gelmemiştir (Direkli vd.2019: 8). Bu çalışmaya göre alkol ve madde bağımlısı kişilerin büyük bir kısmı tedaviye başvurduktan hemen sonra, ilk görüşmeyi bile gerçekleştirmeden tedaviyi bırakmaktadır. Diğer bir çalışmada ise ilk görüşmeye katılan bireylerin yalnızca %57,5'inin ikinci görüşmeye katılım sağladığı görülmüştür (Şimşek vd., 2019:806). Bu çalışmaların ışığında bağımlılık tedavisinin başarısız sonuçlanmasının en önemli sebeplerinden birinin tedavinin yarım bırakılması olduğu düşünülmektedir.

Bağımlı bireylerin tedavisinin tamamlanması için en az 6 ay, akabinde 1 sene tedavide kalması hedeflenmelidir. Geçmiş zamanlarda tedavide olan kişi eskiden kullandığı maddeyi bir kere bile tekrar kullandığında o tedavi girişiminin başarısız olduğu kabul edilmekteydi. Şu anki uygulamalarda direkt tam abstinans (ayıklık) değil, kademeli olarak abstinans hedeflenmektedir (Arıkan, 2012: 233). Bu yaklaşım şeklinin tedavinin başarısını arttırdığı düşünülmektedir.

Kokain ve alkol kullanımı olan bireylerle yapılan bir çalışmada bağımlılık şiddetinin, tedavinin başarısı için bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (Ahmadi vd.2009: 85). Çıray ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise alkol tedavisi gören hastaların hastanede yatış sürelerinin esrar, sentetik esrar, kokain, eroin, metamfetamin ve çoklu madde kullanıcılarına göre daha uzun olduğu belirtilmiştir (Çıray vd.2018: 110). Halüsinojik maddeler gibi maddeleri kullananların bağımlılık tedavisine başvurma oranı diğer madde kullanıcılarına

kıyasla daha azdır (Akvardar, 2012: 185). Bu çalışmalar ışığında bağımlı kişilerin tercih maddeleri ile tedavi girişimleri arasındaki ilişkinin alkol ve madde grupları olarak ayrılarak karşılaştırmalı incelenmesinin gerekliliği düşünülmüştür.

#### **D. Craving (Şiddetli İstek) Düzeyleri**

Bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmak için şiddetli bir arzu ve dürtü duyulması aşırma (craving) olarak adlandırılmaktadır. Tez metninin önceki bölümlerinde bağımlılığın beyindeki etkileri açıklanmıştır. Beyindeki dopamin salınımının artması bağımlılığın oluşmasında önemli bir rol oynasa da, bağımlılık yapıcı maddelere karşı duyulan istek beyin ve bağımlılık ilişkisinde üzerinde durulması gereken önemli bir diğer konudur. Kalivas (2004), istek duyma sebebini beyindeki prefrontal korteks ve amigdala arasındaki uyarılma olarak açıklamıştır (2004: 347). Bu uyarılmaların sebepleri çevresel faktörler olabileceği gibi, kişinin kendi düşünceleri ve ruh hali de olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada alkol kullanımları sebebiyle tedavi gören 205 kişinin istek seviyeleri karşılaştırılmış ve kendilerinde istek uyandıran durumlar listelenmiştir (Westerberg, 2000: 415-423). Bu listedeki durumlar çalışmanın katılımcılarına açık uçlu sorular sorarak oluşturulmuştur. Listedeki durumların büyük bir kısmını kişinin duygu durumu, düşünceleri ve bedensel belirtileri oluşturmaktadır (2000: 418-420). 2002 ve 2003 yıllarında İstanbul'da 21 yaş altı çocuklarla yapılan bir diğer çalışmada en yaygın madde kullanım sebebini arkadaşların kullanması olduğu, diğer sebeplerin ise öfkelenmek, üşümek, cesaretlenmek istemek gibi durumlar olduğu görülmüştür (Ögel ve Aksoy, 2002: 135-140). Bu çalışmalara bakıldığında isteğin hem içsel hem çevresel sebeplerden kaynaklanabileceği görülmektedir.

Kullanılan maddeye göre craving düzeylerinin değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Alkol ve esrar kullanıcılarının craving düzeylerinin kullanımları için bir yordayıcı olduğu görülmüşken, opiyat kullanıcılarının craving şiddetlerinin tekrar kullanımları için bir yordayıcı olmadığı saptanmıştır (Serre vd.2018: 123-129). Alkol ve madde bağımlısı kişilerin yaşadıkları bu craving, tez çalışmasındaki bağımlılık özellikleri alt formlar arasında yer almaktadır.

## 1. Bağımlılık şiddeti

Bağımlılık şiddeti, bağımlı bireye sağlanacak tedavinin oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır (Yancar, 2005; Akt: Ögel vd.2012: 266). DSM-V'te bağımlılık şiddeti, kişinin karşıladığı tanı ölçütlerinin sırasına göre belirlenmektedir. DSM-V tanı ölçütlerine göre, 2-3, 4-5, 6 veya fazla ölçütü karşılayan kişiler hafif, orta, yüksek şiddette bağımlı olarak gruplanmaktadır (APA, 2013: 484). DSM-V'teki bağımlılık kriterlerine bakıldığında bağımlılık şiddetinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlere bağlı olduğu görülmektedir. Bu hususta bağımlılık şiddetini ölçmeye yarayan ölçeklerin de tek boyutlu değil, hastalığın olumsuz sonuçlar getirdiği bütün boyutlarda değerlendirmesi gerekmektedir.

Ögel ve arkadaşlarının oluşturduğu BAPİ ölçeği ile alkol ve madde kullanan kişilerin bağımlılık şiddetlerini kişinin madde kullanım özellikleri, tanı ölçütlerini ne kadar karşıladığı, alkol ve madde kullanımının yaşamı üzerinde ne kadar etkisi olduğu, craving düzeyi ve motivasyonu değerlendirilerek hesaplanmaktadır (Ögel vd.2012: 265). Bağımlılık şiddeti kendisi de bir ayrı ölçek olmak üzere BAPİ formundaki diğer alt ölçeklerin toplamının ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Bu alt ölçekler yukarıdaki başlıklarda açıklanmıştır.

## E. Bağımlılık Yapan Maddeler

Madde bağımlılığı her ne kadar bir bütün olarak değerlendirilse de, hem tedavisi hem de bağımlılık yapıcı özellikleri birbirinden farklı görülebilmektedir. Maddelerin kullanım şekilleri, bağımlılık yapma süresi, bağımlılık şiddeti, fiziksel ve psikolojik etkileri, yoksunluk belirtileri kullanılan maddeye göre değişiklik göstermektedir. Maddelerin tanıları konulurken de birtakım farklılıklara rastlanabilir. DSM-V'te esrar ve tütün yoksunluklarının, kokain ve amfetamin gibi maddelere kıyasla daha az belirgin olduğu tartışılmıştır. Fakat madde bağımlılığı bozukluğu tanısı konulması için esrar ve tütünün yoksunluk belirtilerinin görülmesinin ve tolerans gelişmesinin zorunlu ölçütler olmadığı belirtilmiştir (APA, 2013: 484). Bu farklılıklara bakıldığında bağımlılık yapıcı maddelerin ayrı ayrı ele alınması gerekliliği doğmaktadır. DSM-V'e göre bağımlılık yapan maddeler: alkol, kafein, esrar, halüsinojenler, inhalanlar, opiyat, sedatif- hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar (amfetaminler), tütün ve diğerleri

olarak incelenmiştir. Metnin devamında ise tez çalışmasında kullanılan KİG formunda yer alan maddeler açıklanacaktır.

## 1. Alkol

Alkol, ana maddesi etanol olarak bilinen psikoaktif ve bağımlılık yapıcı bir maddedir (Ögel, 2010: 17). Alkol, eski çağlardan beri, bağımlılık yapan diğer maddelere kıyasla kültürel olarak en önemli olandır. Bazı medeniyetlerde ve kültürlerde zaman zaman yasaklansa veya bir tabu olsa da alkol toplum tarafından görmezden gelinen bir madde değildir (Mandelbaum, 1965: 281).

1952’de Jellinek’in yayınladığı bir makaleye göre yoğun miktarlarda alkol kullanan “alkoliklerin” hepsine bağımlı denmemektedir. Alkolizm “bağımlı alkolikler” ve “yoğun kullanıcı alkolikler” olarak ikiye ayrılmaktaydı. Alkolik olmak hasta olmak anlamına gelmiyordu fakat bağımlılık geliştiği zaman artık tıbbi tedavinin de düzenlenmesi gereken bir hastalık olarak değerlendirilmekteydi (Jellinek, 1952: 673-674). Bu iki grup arasında benzer patolojiler görülmekte ve gruplar arasındaki en belirgin fark ise yıllar süren yoğun alkol kullanımı sonucu kontrolün kaybedilmesi olarak belirtilmektedir (1952: 674).

Günümüzde alkol bağımlısı kişiler “bağımlı alkolikler” ve “yoğun kullanıcı alkolikler” olarak ikiye ayrılmamaktadır. Alkol bağımlılığı yüksek miktarlarda ve uzun bir süre kullanıldığında oluşabilen bir bağımlılık olarak tanımlanır (Ögel, 2010: 18). Kişilerde alkol bağımlılığı oluşmasa da alkol kullanımı sonucu birtakım hastalıklar, kazalar, yasal veya bireyler arası sorunlar, akut sarhoşluklar yaşanabilmektedir (2010: 19).

DSM-V’te “Alkol ile İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yer alan başlıklar ve başlıkların içeriği Tablo 1’de verilmiştir:

## Çizelge 1. DSM-V'te Alkol ile İlişkili Bozukluklar

---

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Alkol Kullanım Bozukluğu         | Tanı kriterleri, tanı özellikleri, etkisinin   |
| Alkol İntoksikasyonu             | süresi, sosyo demografik özellikleri, risk ve  |
| Alkol Yoksunluğu                 | prognostik unsurları, işlevsellik ile ilişkili |
|                                  | sonuçları, ayırıcı tanıları ve komorbiditesi   |
|                                  | açıklanmıştır.                                 |
| Alkole Bağlı Diğer Bozukluklar   | Alkol ile tetiklenen veya alkolün sebep        |
|                                  | olabileceği bozukluklar açıklanmıştır.         |
| Alkol ile İlişkili Tanımlanmamış | Alkol kullanımı ile ilişkili bozuklukların     |
| Bozukluklar                      | özelliklerini taşıyan fakat tam kriterlerini   |
|                                  | karşılamayan bozukluklar açıklanmıştır         |
|                                  | (2013:490-503).                                |

---

Alkol yoksunluğu belirtileri genellikle 4-12 saat sonra görülmektedir (APA, 2013:492). Alkol yoksunluğu yaşandığında görülebilecek belirtiler:

- Terleme
- Baş ağrısı
- Titreme
- Uyku sorunları
- Kaygı
- Psikomotor ajitasyon
- İşitsel, görsel, dokunsal halüsinasyonlar
- Delirium (Ögel, 2010: 21; APA, 2013: 499).

Alkol bağımlılığının ayırıcı tanılarında birisi patolojik olmayan alkol kullanımıdır. Alkol kullanan herkes bağımlı olmayabilir; bu durumda patolojik olmayan alkol kullanımı bağımlılık ile karıştırılmamalıdır (2013: 496). Halk arasında patolojik olmayan alkol kullanımı sosyal içicilik olarak da bilinmektedir. DSM V'e göre belirlenen kriterlerden iki tanesi sağlandığında kişi bağımlı tanısı almaktadır. Sosyal içicilik bağımlılığın oluşması riskini taşır; ancak bağımlılık oluşmasa da alkol kullanımı beraberinde başka sorunlar getirebilmektedir.

Williams'ın 91 üniversite öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada alkol kullanım miktarlarıyla birlikte depresyon ve anksiyete ölçekleri puanlarının doğru oranda arttığı görülmüştür (Williams, 1966: 689-693). Sosyal içici kişilerin araba kullanma performanslarının araştırıldığı diğer bir çalışmada ise alınan alkol miktarı ile birlikte araba kullanma performanslarının azaldığı ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerinde bozulmaların arttığı gözlemlenmiştir. Bu gözlemler sonucunda kişilerin aldığı alkol miktarıyla bilişsel bozulmalar arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (Charlton vd.2015: 214). Bu etkiler alkol kullanımının akut etkileri olarak değerlendirilmektedir. Alkol kullanımının olası diğer akut etkileri aşağıda belirtilmiştir:

- Dengenin bozulması
- Reflekslerin yavaşlaması
- Konuşmada bozulma
- Bir veya iki gözün istemsiz bir şekilde hareket etmesi (Nistagmus)
- Risk alma davranışlarının artması, muhakemede azalma
- Duygu değişimlerine yol açma ve sosyal beklentileri karşılayamama
- Stupor ve koma (Ögel, 2010: 18; APA, 2013: 497).

## **2. Esrar**

Tarihte alkolden sonra kullanıldığı bilinen ilk madde esrardır. Esrar maddesinin kullanımının milattan önce 4000 yıllarına dayandığı tahmin edilmektedir. “Kenevir” olarak bilinen bitkiden üretilmektedir ve etken maddesi Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)'dur (Pakiş ve Polat, 2016: 6). Özellikle Türkiye ve çevresindeki coğrafyalarda kenevir tohumunun üretiminin yaygınlığı oldukça fazladır. Kenevirin bitkisinin ikinci kere elenmesiyle elde edilen esrarın birbirinden farklı kullanım amaçları olabilmektedir (2010: 21-25). Medikal ve eğlence amaçlı (recreational) kullanımlar olarak bunları iki başlıkta açıklamak mümkündür.

Esrarın eğlence amaçlı kullanım şekilleri arasında daha çok tercih edilen joint, pipo ve kova olarak adlandırılan, esrarın dumanı inhale edilerek kullanımdır. Diğer kullanım şekilleri puro ve nargile araçlarıyla dumanını inhale

ederek, buharlaştırarak buharını inhale ederek, kek ve kurabiye gibi yiyeceklere ve çay gibi içeceklere karıştırmak suretiyle kullanımdır (Schauer, 2016: 2).

Esrar diğer maddelere göre daha uzun sürede bağımlılık yapabilir. Bu durumda esrarın diğer maddelerden farklı olduğu düşünülebilir. Fakat esrar bağımlılığı oluştuğunda esrar bağımlısı kişilerin bağımlılık seyirleri diğer maddeyi kullanan kişilerin bağımlılık seyirleri ile benzeşmektedir. Kullanıldığında etkileri 15-30 dakika içerisinde en yüksek seviyeye ulaşır ve yaklaşık 2-6 saat boyunca bu etkiler devam edebilir. Esrarın idrarda kalma süresi genellikle 2-3 gündür. Kronik kullanıcıların idrarlarında ise kullanımdan sonraki 6. haftaya kadar tespit edilebilir (WHO, 2014: 85).

Kenevir kullanımının fiziksel etkileri akut olarak görülmesine de, uzun süreli kullanımlarda solunum problemlerine ve solunum ile ilişkili kanserlerin riskini artırdığı bildirilmiştir (Feeney ve Kapman, 2016: 174-178). Esrarın etkileri arasında en yaygın olanlar:

- Zaman algısında yavaşlama
- Duyusal farkındalığın artması
- Rahatlama
- Gözlerde kızarıklık
- Uyku hali
- Kan şekerinin düşmesi sonucu iştahta artma
- Tembellik (Demotivasyon Sendromu) (WHO, 2004: 85; Ögel, 2010: 25)

Esrar bağımlılık yapıcı diğer maddeler gibi yoksunluk belirtilerinin de ortaya çıkmasına sebep olan bir maddedir. Bu yoksunluk belirtileri fiziksel belirtilerden çok psikolojik belirtiler olarak görülebilir:

- Uykuya dalmada güçlük
- Psikotik örüntüler
- Hafızada problemler
- Odaklanamama
- Öfke



- Rahatlayamama (2004: 85; 2010: 25).

Esrar ile ilgili bir diğere bilinmesi gereken nokta ise, çoklu madde kullanımlarında sıklıkla karşımıza çıkmasıdır. Esrarın yaygın kullanımı, uyuşturucu kullanımına ilk adım olmasına sebebiyet vermektedir. Esrar kullanımı sonucunda tolerans geliştikçe kişi daha güçlü maddelere yönelebilir. Bu nedenlerden dolayı esrar literatürde “gateway (geçiş maddesi)” olarak da tanımlanmaktadır. Farelerle yapılan deneylerde uzun-dönem bellekte bulunan genlerin öğrenme yolu ile aktivasyonu sağlanması sebebiyle, nikotinin kokain kullanımı için bir “gateway” maddesi olduğu kanıtlanmıştır. Fakat bu durumun insanlarda esrar maddesinin opiyat gibi daha güçlü maddeler için “gateway” olduğu henüz bilimsel olarak ispatlanmamıştır (Williams, 2020: 271).

### **3. Sentetik Kannabinoidler**

Sentetik kannabinoidler sentetik maddelerin adaçayı, damiana çayı, yavşan otu, kekik, kalitesiz esrar, kına, hint kınası, kimyon gibi bitkisel ürünlerin üzerine sprey ile püskürtülüp tekrar kurutulmuş halidir (T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2020: 53; İbiloğlu, vd.2017: 318). Yurt dışında daha çok “spice”, “K2” olarak bilinen bu maddeler Türkiye’de daha çok “bonzai” ve “jamaika” isimleriyle bilinmektedirler (Bozkurt, 2014; Tung, vd.2012; Akt: Altınışık, vd.2015: 118). Sentetik kannabinoidlerin 300’e yakın çeşidi olduğu bilinmektedir (2020: 53).

Sentetik kannabinoid ani ölümlere sebep olabilen bir maddedir. Türkiye’de 2018 yılında madde kullanımına bağlı ölümlerin %45,8’inde sentetik kannabinoid kullanımı görülürken, 2019 yılında madde kullanımına bağlı ölümlerin %13,2’sinde sentetik kannabinoid kullanımına rastlanmıştır (2020: 114). Bu verilere bakıldığında, bir sene içerisinde sentetik kannabinoid kullanımı ile ilişkili ölümlerin azaldığı söylenebilir; fakat bu azalmanın sebebinin neden olduğu ile ilgili kesin bilgiler bilinmemektedir.

Sentetik kannabinoidleri kullanan kişilerde yaygın olarak görülen etkiler aşağıda sıralanmıştır:

- Bilişsel işlevlerde (özellikle öğrenme ve hafıza) bozulma
- Öfori

- Halüsinasyonlar
- Uyku bozuklukları
- İştahta artma)
- Kalp çarpıntısı ve göğüs sıkışması
- Ani saldırganlık
- Bulantı, kusma
- Baş dönmesi, bayılma (Küçük vd.2015: 20; Pakiş ve Polat, 2016: 7).

Yoksunluk belirtileri ise:

- Kaygı
- Kas ağrıları
- Baş ağrısı
- Taşikardi
- Ürpertiler
- İştahta azalma olarak belirtilmiştir (Haney, 2005; Akt: Nacca vd.2013: 297).

#### **4. Ekstazi**

Kullanıcılar arasında çeşitli farklı isimlerle de adlandırılan bu madde, genellikle bir hap şeklinde olup oral yolla kullanılmaktadır. Diğer kullanım yolları arasında sıvı olarak tüketme ve enjeksiyon da bulunmaktadır. Halk arasında bu maddeye şeker, butterfly, ex, vb. isimler verilmektedir. Etkisi 20-60 dakika içinde ortaya çıkmakla beraber çoğunlukla 2-4 saat sürmektedir (Grispoon ve Bakalar, 1986; Akt: WHO, 2004: 97).

Etkileri aşağıda sıralanmıştır:

- İştahta azalma
- Huzursuzluk
- Gerginlik
- Öforik duygu durum

- Kasılmalar, kramplar
- Hafıza bozuklukları
- Uyku bozuklukları (Ögel, 2010: 48; APA, 2013: 527).

Bu etkilere ek olarak ekstazi kullanan kişiler maddenin etkisindeyken çevrelerindeki insanlara bir “yakınlık” duygusu hissedebilirler. Bu maddeye bu sebeple “love drug” (aşk maddesi) de denmektedir. Yüksek dozlarda kullanımında halüsinojik etkiler görülmektedir. Bu nedenle ekstazi halüsinojenler grubunda da değerlendirilebilmektedir (WHO, 2004: 97). DSM-V’te ekstazi kullanımı “Diğer Halusinojen Kullanımı Bozuklukları” başlığında yer almaktadır (APA, 2013: 524). Kullanımının yaygın olması sebebiyle bu tez çalışmasında Halüsinojik Maddeler başlığından ayrı bir başlıkta açıklanmıştır.

Yoksunluk belirtileri 1-3 gün arasında ortaya çıkar ve aşağıda sıralanmıştır:

- Kaygı
- Yorgunluk
- Ajitasyon
- Huzursuzluk
- Depresyon
- İştah artması
- Aşırı uyku hali (Davison ve Parrott, 1997; Gawin ve Ellinwood, 1988; McGregor vd.2005; Akt: McKetin vd.2014: 26).

## **5. Kokain**

Kokain maddesi beyaz bir toz halinde sentetik bir madde olup, en yaygın kullanımıyla burundan çekilerek kullanılmaktadır. Halk arasında bu kullanım şekline “line almak”, “line çekmek” gibi isimler verilmektedir. Kokain maddesi “coco” adı verilen bir ağaçtan elde edilmektedir. Coco ağacının çeşitli işlemlerden geçerek sentetik bir hale getirilmesi sonucu kokain elde edilir. Kokain şiddetli bağımlılık yapıcı bir maddedir. Etkilerini hemen gösterir ve bu etkiler 1 saat içerisinde geçmektedir (Ögel, 2010: 53). Bazı olgularda kokainin bir kere kullanımı sonucunda bağımlılık yaptığı görülmüştür.

Kokainin akut etkileri aşağıda sıralanmıştır:

- Gz bebeklerinde büyüme
- Enerji artması
- Öfori
- Ağızda kuruma
- Odaklanmada artma
- Kaygıda azalma (Gawin, 1991: 1581).

Yoksunluk belirtileri 2-4 arasında sürebilmektedir. Aşağıda yoksunluk belirtileri sıralanmıştır:

- Anhedoni
- Sinirlilik
- Yorgunluk
- Mutsuzluk
- Endişe
- Uyuma isteği (Ögel, 2010: 55).

## **6. Taş**

Taş maddesi, diğer adıyla “crack” yukarıda açıklanan kokain maddesinin kristalize edilmiş halidir (Rosario vd.2020: 59). İsmi görüntüsünün küçük taşlara benzemesinden gelmektedir. En yaygın kullanım şekli, maddenin yakılıp dumanının inhale edilmesidir. Taş, kokain gibi bağımlılık şiddeti oldukça yüksek olan bir maddedir. Taşın etkileri ve yoksunluk belirtilerinin kokain ile aynı olduğu bilinmektedir (Ögel, 2010: 55).

## **7. Amfetamin (Metamfetamin)**

Metamfetamin, amfetaminler sınıfında yer alan sentetik bir maddedir. Amfetamin sınıfındaki ilaçlar iştah arttırma, obezite tedavisi gibi amaçlarla kullanılmaktadır. Kokain ve taş maddelerine kıyasla bağımlılık şiddeti düşüktür (Ögel, 2010: 57). Halk arasında “kristal” olarak bilinmektedir. Metamfetamin maddesi en yaygın olarak yakıp burundan dumanı inhale edilerek kullanılır.

Etkisi 12 saate kadar sürebilmektedir. Diğer kullanım şekilleri arasında burundan çekme, enjeksiyon, oral ve rektal yollarla alımı yer almaktadır (Winslow vd.2007: 1169).

En yaygın görülen akut ve kronik etkileri aşağıda sıralanmıştır:

- Uyuma ihtiyacının azalması
- Dikkatin artması
- Hiperaktivite
- Paranoid düşünceler
- Uykuda azalma
- Dişlerde çürüme
- Ciltte yaralar
- Deri yolma davranışları (Winslow vd.2007: 1170, Ögel, 2010: 57).

Metamfetamin kullanıcıları arasında paranoid düşünceler ve beraberinde maddeye bağlı psikoz tablosu sıklıkla görülmektedir. Bu paranoid düşünceler ve psikotik belirtiler metamfetamin kullanımı sırasında görülebileceği gibi, maddenin etkisi geçtikten sonra da görülebilmektedir (Leamon vd.2010: 158).

Metamfetaminin yoksunluk belirtileri ikinci günde ortaya çıkmakla beraber bir hafta kadar sürebilmektedir. Bu belirtiler:

- Baş ağrısı
- Terleme
- Uyku hali
- Yorgunluk
- Mutsuzluk
- Kaygı olarak belirtilmiştir (Ögel, 2010: 58).

## **8. Eroin**

Eroin maddesi opioid maddeler sınıfının bağımlılığa en çok eşlik eden maddesidir (Dilbaz, 2012: 63). Temel maddesi morfin olan eroin maddesi ne kadar beyazsa o kadar saf olduğu anlamına gelmektedir (Ögel, 2010: 41).

Piyasada daha çok kahverengi tonlarında satıldığı bilinmektedir. Sigara ucu, folyo, enjeksiyon ile kullanımı yaygındır. Enjeksiyon ile kullanımı olan kişiler enjeksiyon paylaşımı yapıyorlarsa bulaşıcı hastalık riski yüksek hastalar olarak değerlendirilmektedirler. Eroinin bilinen yaygın etkileri aşağıda sıralanmıştır:

- Ağız ve burun kuruluğu
- Öfori
- Uyku hali ve sersemlik
- Göz bebeklerinin küçülmesi
- Konuşma ve hafızada bozulmalar
- Öne doğru istemsiz eğilme (Dilbaz, 2012: 69)

Aşırı doz alındığında ise bazı istenmeyen etkileri:

- Mide bulantısı ve kusma
- Bilinç kaybı ve koma
- Solunum depresyonu olarak özetlenmektedir (WHO, 2004: 79; 2012: 69).

Eroinin yoksunluk belirtileri diğer maddelerle kıyaslandığında çok daha belirgindir. Eroin yoksunluğu yaşayan bir kişinin çok ağır bir grip geçirdiği düşünülebilir. Yoksunluk belirtileri arasında en sık rastlananlar:

- Şiddetli kas ağrıları
- İshal
- Burun akıntısı
- Halsizlik
- Kalp atışlarında ve tansiyonda artma
- Titreme
- Gözlerde kızarıklık, yanma, batma
- Mide bulantıları ve kusmadır (WHO, 2004: 80).

## **9. Rivotril, Rohipnol (Roş) ve Çeşitli Psikiyatri İlaçları (Akineton, Tantum, Xanax, vb.)**

Psikiyatri ilaçları çeşitli ruhsal bozuklukları veya semptomları iyileştirmek amacıyla doktorlar tarafından büyük bir çoğunluğu reçetelendirilerek verilen ilaçlardır. Tez çalışmasının bu kısmında bahsedilecek olan ilaçların hepsi yeşil veya kırmızı reçete ile satılmaktadır. DSM-V’te bu ilaçların kullanımına bağlı olarak oluşan bağımlılıklar Sedatif, Hipnotik veya Anksiyolitik ile İlişkili Bozukluklar olarak tanımlanmıştır (APA, 2013: 550).

Bu sınıflandırmada yaygın olarak bilinen ilaçlar benzodiazepin grubu ilaçlar olan Roş, Ativan, Xanax gibi ilaçlardır. Etkileri genellikle 15-20 dakika içinde görülmektedir. Akut ve kronik etkileri olarak özellikle motor koordinasyonlarında, bilişsel işlevlerde hafızada bozulma ve rahatlama hissi görülürken, alkol ile birlikte veya aşırı doz alındığında ölümcül sonuçları olabileceği belirtilmiştir (Ögel, 2010: 70; APA, 2013: 555). Yoksunluk belirtileri ise alkol ile benzeşmektedir (2010: 70).

## **10. Uçucu Maddeler**

Uçucu maddeler günlük hayatta karşımıza sıklıkla çıkabilen yapıştırıcılar, tiner, sprey, aseton, oje, benzin, çakmak gazı gibi oda sıcaklığında buharlaşabilen maddelerdir. Uçucu maddeleri tıbbi amaçlı kullanılan gazlar, tıbbi amaçlı kullanılmayan gazlar, endüstriyel uçucular, sanat/ofis eşyaları olarak kullanılabilen malzemeler, evde veya kişisel bakım için kullanılabilen uçucular olarak sınıflandırmak mümkündür. Etkileri hemen görülmekle birlikte 15 dakika içerisinde geçmektedir (Ögel, 2010: 33).

Uçucu maddelerin kullanımının 1960’lı yıllarda yayınladığı bilinmektedir (Vural ve Ögel, 2005: 143). Uçucu maddelerin en yaygın olarak kullanılanları ise tiner, bali ve çakmak gazıdır. Tiner ve balinin etken maddesi toluene maddesidir. Tinerde bulunan toluene oranı %50-60 iken balideki toluene oranı %35 olarak bildirilmiştir (2010: 33). Toluene etken maddesi, alkolün etken maddesi olan etanol ile benzeşen etkilere sebep olabilmektedir (Benignus vd.2005: 453). Yapılan bir çalışmada 8 saat boyunca toluene inhale eden kişilerde seçmeli reaksiyon süresi görevlerinde reaksiyon zamanının gittikçe arttığı görülmüştür (2005: 452).

Diğer uçucu maddeler aseton, oda spreyi, deodorantlar, kuru temizleme gereçleri, yağ çıkarıcılar ve türevleridir (Dilbaz, 2012: 160).

Uçucu maddelerin diğer etkileri aşağıda belirtilmiştir:

- Dürtüsellik
- Sersemleme
- Uyarılmada artma
- Öfori
- Halüsinasyonlar
- Duygudurumun ani değişimi (Boztaş ve Aksoy, 2010: 520-521).

Yoksunluk belirtileri ise:

- Huzursuzluk
- Odaklanamama
- Kaygı
- Uykusuzluk
- Şiddetli istek olarak belirtilmiştir (Perron vd.2009: 936).

## **11. Halüsinojik Maddeler**

Halüsinojik maddelerin kullanımı alkol ve esrar gibi oldukça eski çağlara dayanmaktadır. Tarihteki bazı kültürler halüsinojik maddeleri bir “iyileştirici” olarak görmüş ve bu maddeler o kültürlerin önemli bir parçası olmuştur (Winkelman, 1997: 143). Halüsinojik maddelerin bağımlılık şiddetleri diğer maddelere kıyasla düşüktür (Ögel, 2010: 152). Bu maddelerin yakın zamanlarda kullanımının maddenin etkilerini azalttığı bildirilmektedir. Sentetik olarak üretilen ilk halüsinojik madde LSD'dir. LSD maddesi eski zamanlarda tıbbi bir tedavi amacıyla üretilmiş ve kullanılmıştır. 1990'lı yılların başında tıbbi amaçlarla kullanımı yasaklanmıştır (Akvardar, 2013: 181).

Halüsinojik maddeler arasında en yaygın olarak bilinenler sihirli mantar (magic mushroom), DMT, LSD'dir. Kullanım şekilleri maddelere göre değişmektedir. Sihirli mantar yenerek tüketilirken, LSD ve DMT bir bez veya kâğıt parçasına emdirilmek suretiyle dile veya damağa yapıştırılarak tüketilir.



Etkisi kullanımdan yarım saat sonra görülmeye başlar ve yaklaşık 12 saat sürer. Zamanın çarpık algılanması, iki duyunun birbirine karışması (sinestezi), psikotik epizodlar gibi halüsinojik etkilerinin yanı sıra mide bulantısı, kas gerilmesi, hipertermi, hipertansiyon, koma, solunum durması gibi akut etkileri olduğu bilinmektedir. Etkilerin şiddeti kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir (2013: 182).

## **F. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi**

Alkol ve madde bağımlılığının tedavisi standardize edilememektedir; tedavinin kişilere özel olarak planlanması gerekir (Ögel, 2010: 3). Güncel olarak bilinen en etkili psikoterapi yöntemleri arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ilk sırada yer almaktadır. BDT ile birlikte farkındalık temelli terapiler (Mindfulness) ve Kabul ve Kararlılık Tedavisinin de etkinliği kanıtlanmıştır. Bağımlılık tedavisinde psikoterapi, farmakolojik tedavi ve sosyal destek tek başına uygulanabilir fakat tedavinin başarılı olma ihtimalini artırmak için hepsinin eş zamanlı uygulanması gerekmektedir. Bağımlılığın kişide zarar verdiği alanlar ile ilişkili olarak bu üç bileşenin tedavi planında olması kişinin tekrar kullanıma dönmemesi için önemlidir.

Tedavinin başarılı olmasını etkileyen bir diğer faktör ise kişinin tedaviye isteyerek başlamasıdır. Tedavi motivasyonunun düşük olması başarı oranını olumsuz yönde etkileyebilir ve tedavinin yarıda bırakılmasına sebep olabilir. Bu gibi durumlara engel olmak için görüşmelerde alkol ve madde bağımlısı kişilerde motivasyonel görüşme temelli bir yaklaşım sergilemek tedavinin etkinliğini arttırmaktadır (Hettama vd.2005: 92).

### **1. Tıbbi Tedavi**

Alkol ve madde bağımlılığının tıbbi tedavisi kişilerin iyileşme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Eroin gibi bağımlılık şiddeti yüksek maddelerin yoksunluk hallerinin tedavisi semptomatik olabileceği gibi, agonist ikame tedavileri ile de sağlanabilir (Ögel, 2010: 122). Yoksunluk belirtilerinin bu kadar şiddetli olması sonucunda, eroin bağımlısı kişiler arasında bu belirtileri yaşamamak için tekrar eroin kullanma riski yüksektir (APA, 2013: 541). Yoksunluk belirtilerinin yaratabileceği tekrar kullanma riskleri göz önünde

bulundurulduğunda tıbbi tedavinin şiddetli yoksunluk yaşayan vakalarda büyük bir önem taşıdığı düşünülmektedir.

Eroin ve türevleri opiyatların kullanımının tedavisinde tıbbi tedavilerin kişilerin yaşadıkları şiddetli yoksunluk belirtilerini büyük ölçüde azalttığı bilinirken, halüsinojen maddelerin tıbbi tedavi uygulamasının olmadığı bilinmektedir (2010: 153; Akvardar, 2012: 182). Bu hususta bağımlılık tedavilerinin yalnızca tıbbi tedaviler odaklı planlanmaması, tıbbi tedavilerin sınırlı kaldığı durumlarda psikososyal tedaviye yönelik planlamalar yapılmasının gerekliliği değerlendirilmelidir.

Bunlara ek olarak, başka bir hastalık için bir tıbbi tedavi alan ve alkol veya madde kullanımı olduğu bilinen kişilerin tedavilere uyumlarının, alkol veya madde kullanmayan kişilerden daha düşük olduğu görülmüştür (Sansone ve Sansone, 2008: 43-46).

## **2. Psikososyal Destek**

Psikososyal destek, alkol ve madde bağımlısı kişilerin tedavisinde hem psikoterapi hem de sosyal alanlarda kişilere destek sağlanmasıdır. Psikoterapi kişilere psikoeğitim, duygu, düşünce ve istekle başa çıkma, ruhsal destek sağlama gibi hususlarda tedaviyi sağlarken, sosyal destek kişilerin barınma, iş, yasal süreçler ve boş zaman değerlendirme gibi alanlarda tedavisini sağlamaktadır. Psikososyal destek sayesinde alkol ve madde bağımlısı kişiler bağımlılığın sebep olduğu ruhsal ve sosyal zedelenmelerin iyileştirilmesi gerçekleşmektedir. Bağımlılığın psikolojik yıkımların yanında sosyal yıkımlara da sebep olmasından yola çıkılarak bağımlılık tedavisinde psikososyal tedavi uygulamaları geliştirilmiştir. Norveç'te yapılan bir araştırmada bağımlı kişilerden alınan geri bildirimlere göre, kişilerin psikososyal iyileşmelerinin tedavi süreçleri hakkındaki değerlendirmelerinin olumlu olmasında önemi oldukça fazladır (Nordfjærn vd.2010: 57-59).

## **G. Alkol ve Madde Bağımlısı Danışanların Tedavi Uyumu**

Tedavi uyumu, iyileşmeyi etkileyen en önemli unsurlardan birisidir (Ögel, 2010: 3). Tedaviye uyum, bağımlı kişi ile yapılan ilk görüşme itibariyle değerlendirilmektedir (Şimşek vd.2019: 3). Tedavi uyumunu etkileyen faktörler

üç başlıkta toplanmaktadır: hasta ile ilişkili olanlar, tedavi ile ilişkili olanlar, terapist ile ilişkili olanlar (Arıkan, 2012: 233-234). Bireylerin Farkındalık Öncesi dönemde olmaları (Motivasyon başlığında açıklanmıştır), bağımlılık ile ilgili bilgi sahibi olmamaları, craving yaşamaları gibi sebepler hasta ile ilişkili olan ve tedavi uyumunu zorlaştıran sebeplerdir. Terapist ile ilişkili olan durumlarda terapistin bağımlı bireylerin düşük motivasyonları karşısında pasif kalması ve bağımlılık tedavisinde yapılmaması gerekenlerin yapılması olarak açıklanmıştır (bağımlı bireyle tartışma, bireyi ikna etmeye çalışma, vb.). Tedavi uyumunu arttırmak için hastaya Motivasyonel Görüşme tekniği ile yaklaşılması gerektiği belirtilmiştir. Tedavi ile ilişkili olan sorunlar ise bağımlı bireyin tedavi beklentileri, uygun tedavi sağlanmaması, komorbid (eş-tanı) hastalıkların göz ardı edilmesi gibi durumlardır (2012: 234-237).

Tedaviyi yarım bırakma, bağımlılık tedavisinde en sık karşılaşılan durumlardan birisidir İlaçları (verildiyse) düzenli kullanmama, psikolog görüşmelerine ve doktor randevularına düzenli gitmeme, tedavide yapılması gereken ek çalışmaları yapmama tedavinin etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Ögel, 2010: 5). Tedaviye uyumunu kapsayan bu başlıklar dikkate alındığında, alkol ve madde kullanıcıları arasındaki tedavi uyumu ilişkisi merak uyandırmaktadır.

### **III. ARAŞTIRMANIN AMACI/ÖNEMİ**

Bu araştırmanın amacı alkol ve madde kullanıcılarının bağımlılık özellikleri ile tedavi uyumları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Literatürde daha önce Türkiye genelinde alkol ve madde kullanıcılarını farklı gruplarda inceleyip karşılaştıran bu kapsamda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada Türkiye genelinde şubeleri bulunan bir bağımlılık danışmanlık merkezinden alınan ve 4 yıl süresince verileri toplanan örneklem ile alkol ve madde kullanıcılarının sosyodemografik özellikleri analiz edilmiştir. Aynı örneklemin bağımlılık özellikleri ve tedavi uyumları arasında bir ilişki olup olmadığı ve tercih maddelerine göre bu özelliklerin nasıl değişkenlik gösterdiği araştırılmıştır. Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında bu çalışmanın örnekleminin toplandığı süre ve konumların kapsamlı olmasının bulguların geçerlik ve güvenilirliğini arttırması amaçlanmıştır.

#### **A. Yöntem**

Çalışmanın evreni Türkiye'deki alkol ve madde kullanıcılarıdır. Araştırmanın örneklemini Türkiye genelinde ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde şubeleri olan bir bağımlılık danışmanlık merkezinden psikososyal destek alan 13.388 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya 18 yaş üzeri danışanlar dâhil edilmiştir. Veriler 2016 ve 2021 yılları arasında bağımlılık danışmanlık merkezine başvuran danışanlardan alınmıştır. Çalışmanın geçmişe yönelik olması nedeniyle etik kurul onayına başvurulmamıştır. Verilerin alındığı bağımlılık danışmanlık merkezinde ilk görüşmeye katılan danışanlara Karşılıklı Sorumluluklarımız (bkz: Ek-1) sözleşmesi imzalatılmıştır.

## B. Araçlar

### 1. Klinik İlk Görüşme Formu (KİG)

Çalışmada Prof. Dr. Kültegin Ögel ve arkadaşlarının oluşturduğu Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)'nin verilerin alındığı bağımlılık danışmanlık merkezi için uyarlanmış versiyonu olan Klinik İlk Görüşme (KİG) Formu (bkz: Ek-2) kullanılmıştır. Ölçeğin amacı alkol ve madde bağımlısı kişilerin bağımlılığını çok boyutlu olarak değerlendirmektir (Ögel vd.2012: 264-273). BAPİ'nin Cronbach alfa katsayısı 0.89, alt ölçeklerinin 0.63-0.86 arasında bulunmuştur. 18 yaş altı katılımcılara ayrı bir Çocuk-Ergen KİG Formu doldurulması sebebiyle bu katılımcılar çalışmaya dâhil edilmemiştir. KİG formu danışanlarla yapılan ilk görüşmede ve bir kere uygulanmaktadır. KİG formundaki sorular görüşmeci tarafından katılımcıya direkt sorulur. KİG formunda yer alan alt ölçek soruları BAPİ ölçeğindeki sorularla aynıdır fakat “b2b” kodlu “madde kullanım özellikleri” alt ölçeğinin sorularından biri olan “Sentetik kannabinoid” sorusu BAPİ formunda yer almamaktadır, bu soru KİG formunda güncel olarak bulunmaktadır.

BAPİ ölçeğinin 6 tane alt ölçeği vardır. Bu alt ölçekler 37 tane likert tipi sorunun cevapları ile hesaplanmaktadır. Alt ölçekler aşağıda belirtilmiştir:

- Madde kullanım özellikleri: Bağımlılık yapıcı maddelerden kaç tanesini kullanıldığı ve bu maddelerin kullanım sıklığı.
- Tanı: DSM-IV tanı kriterleri.
- Yaşam üzerine etkileri: Eğitim, ruhsal durum, aile ve arkadaş ilişkileri, yasal ve ekonomik sorunların yaşanma sıklığı.
- Craving (aşerme): alkol veya madde kullanma isteğinin sıklığı.
- Motivasyon: değişim için motivasyonun sürekliliği.
- Bağımlılık şiddeti: madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üstüne etkileri, craving ve motivasyon puanlarının toplamı (Ögel vd.2012: 8).

Çalışmada bu alt ölçeklere ek olarak tercih maddeleri, bırakma girişimleri, ayaktan ve yatarak tedavi girişimleri de karşılaştırmaya dâhil edilmiştir. KİG Formundan elde edilen bu başlıklar “bağımlılık özellikleri” olarak tanımlanmıştır.

Bırakma girişimleri ayrı, tedavi girişimleri ayrı olarak değerlendirilmiştir. Tedavi girişimleri ayaktan ve yatarak olmak üzere iki ayrı değişken olarak incelenmiştir.

## **2. Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)**

BASİ ölçeği alkol ve madde bağımlısı kişilerin psikososyal iyileşmelerinin seyrini farklı boyutlarda takip etmek amacıyla Melike Şimşek ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Şimşek vd.2019: 1-9). BASİ aracılığıyla incelenen iki temel faktör madde ile ilgili olan faktör ve sosyal iyileşme faktörlerdir. Madde ile ilgili olan faktörler maddeyi veya alkolü kullanım miktarı, sıklığı ve isteğini içerirken; sosyal iyileşme yaşama katılımı, aile ilişkilerini, istihdam durumunu ve fiziksel durumu inceler. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alfa kat sayısı .80 olarak bulunmuştur (2019: 5).

BASİ likert tipi 11 sorudan oluşur, 3 soru direkt katılımcıya yöneltilirken, diğer 8 soru görüşmecinin gözlemlerine göre doldurulur. Her görüşmede danışana görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Son 3 soru toplam puana eklenmeyip ayrı olarak değerlendirilmektedir (bkz: Ek-3). Tedavi uyumu sorusu BASİ'nin son sorusudur ("Tedaviye uyum: Bireysel ve grup çalışmalarına katılım, ilacı düzenli kullanma vb"). Görüşmeci, en uygun gördüğü cevabı (0 (Çok iyi), 1 (İyi), 2 (Orta), 3 (Kötü), 4 (Çok kötü), 9 (BUG)) işaretler. Tedavi uyumunu değerlendirirken danışanın bireysel ve grup görüşmelerine katılımı, eğer yönlendirildi ise ilaç kullanımını, ev çalışmalarını yapıp yapmadığı gibi ölçütleri dikkate alınır. BASİ katılımcılara her görüşmede uygulanmıştır ve 10 görüşmenin puanının ortalaması analizlerde kullanılmıştır.

## **C. Analiz**

Verilerin analizinde SPSS.26 programı kullanılmıştır. BAPİ alt ölçekleri için SPSS programında yeni değişkenler oluşturulup diğer bağımsız değişkenlerle birlikte analizleri yapılmıştır. Değişkenler Independent Sample T-Test yöntemi ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin hepsi için Skewness-Kurtosis değerleri +2 ve -2 arasındadır ve kabul edilebilir sınırlardadır. Bu sebeple parametrik testler kullanılmıştır.

Çizelge 2. Sosyo-demografik Özellikler

|                              | N      | %     |
|------------------------------|--------|-------|
| <b>Cinsiyet</b>              |        |       |
| Kadın                        | 2230   | 16,7  |
| Erkek                        | 111555 | 83,3  |
| Yanıt yok                    | 3      | 0     |
| Toplam                       | 13388  | 100,0 |
| <b>Eğitim Durumu</b>         |        |       |
| Okul bitirmedim, okuryazarım | 160    | 2,4   |
| İlkokul                      | 994    | 15,0  |
| Ortaokul                     | 2581   | 39,1  |
| Lise                         | 1965   | 29,7  |
| Üniversite                   | 907    | 13,7  |
| Toplam                       | 6607   | 100,0 |
| <b>Medeni Durum</b>          |        |       |
| Evli                         | 2359   | 35,6  |
| Bekâr                        | 3568   | 53,9  |
| Diğer                        | 695    | 9,4   |
| Toplam                       | 6622   | 100,0 |
| <b>Çalışma Durumu</b>        |        |       |
| Çalışıyor                    | 4269   | 64,5  |
| Çalışmıyor                   | 2330   | 35,2  |
| Yanıt yok                    | 19     | ,3    |
| Toplam                       | 6618   | 100,0 |

Katılımcıların tercih maddeleri tez çalışması için alkol ve madde olarak iyi ayrı grupta incelenmiştir; KİG formunda tercih maddelerine verilen cevaplar Tablo-3'te belirtilmiştir.

Çizelge 3. Tercih Maddeleri

|  | N    | %     |
|--|------|-------|
| Sentetik Kannabinoid                   | 882  | 13,9  |
| Esrar                                  | 860  | 13,5  |
| Ekstazi                                | 117  | 1,8   |
| Eroin                                  | 1149 | 18,1  |
| Kokain                                 | 68   | 1,1   |
| Taş                                    | 104  | 1,6   |
| Roş,Rivotril, vb.                      | 14   | ,2    |
| Uçucu Maddeler                         | 93   | 1,5   |
| Çeşitli haplar (Akineton, Tantum, vb.) | 97   | 1,5   |
| Amfetamin                              | 725  | 11,4  |
| Diğer                                  | 22   | ,3    |
| Alkol                                  | 2210 | 34,8  |
| Yanıt yok                              | 8    | ,1    |
| Toplam                                 | 6349 | 100,0 |

## IV. BULGULAR

Katılımcıların %83,3'ü erkek (N=11155), %16,7'si kadındır (N=2230). Çalışmaya katılan 3 kişi cinsiyetini belirtmek istememiştir.

Alkol kullanıcıları için:

- Alkol kullanıcılarının (Ort.=2.31, SS=.1.44) madde kullanıcılarından (Ort.=2.1616, SS=1.56) madde kullanım özellikleri alt ölçek puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür [ $t(4796.68)=3.88$ ,  $p<.001$ ].
- Tedavi uyumu değişkeninde varyansların eşit dağıldığı kabul edilmiştir ( $p>.05$ ); alkol kullanıcılarının (Ort.=17.87, SS= 10.96) tedavi uyumlarının madde kullanıcılarının (Ort.=16.97, SS=11.04) tedavi uyumları puanından yüksek olmasına rağmen, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $t(1523)=1.52$ ,  $p>.05$ ].

Madde kullanıcıları için:

- Tanı puanlarının ortalamalarına bakıldığında, madde kullanıcılarının (Ort.=15.21, SS=6.11) alkol kullanıcılarına (Ort.=13.03, SS=6.22) göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır [ $t(4425.23)=-13.34$ ,  $p<.05$ ].
- Yaşam üzerine etkileri alt ölçeğinde madde kullanıcılarının puanlarının (Ort.=24.80, SS=9.13) alkol kullanıcılarından (Ort.=20.75, SS=8.64) anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur [ $t(4700.09)=-17.34$ ,  $p\le .05$ ].
- Şiddetli istek alt ölçeği sonuçlarında alkol (Ort.=9.18, SS=4.58) ve madde kullanıcıları (Ort.=9.27, SS=4.80) arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır [ $t(4702.78)=-.699$ ,  $p>.05$ ].
- Motivasyon alt ölçeğinde varyansların eşit olduğu kabul edilmiştir ( $p>.05$ ); madde kullanıcıları (Ort.=9.88, SS=3.27) ile alkol kullanıcıları



(Ort.=9.72, SS=3.05) arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür [ $t(62)=-1.87, p>.05$ ].

- Bağımlılık şiddeti değişkenine bakıldığında varyanslar eşit dağılmıştır ( $p>.05$ ); madde kullanıcılarının (Ort.=11.72, SS=3.72) BAPİ toplam puanlarının alkol kullanıcılarından (Ort.=10.95, SS=3.61) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür [ $t(6216)=-7.89, p<.05$ ].
- Bırakma girişimleri analizlerinde madde kullanıcılarının (Ort.=61.57, SS=1547.71) alkol kullanıcılarından (Ort.=4.24, SS=23.91) anlamlı olarak daha fazla bırakma girişimi olduğu bulunmuştur [ $t(3968.45)=-2.33, p<.05$ ].
- Ayaktan tedavi geçmişlerinde madde kullanıcılarının (Ort.=1.67, SS=3.95) ayaktan tedavi geçmişlerinin alkol kullanıcılarından (Ort.=0.83, SS=2.59) anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür [ $t(5974.33)=-10.06, p<.05$ ].
- Yatarak tedavi geçmişlerine bakıldığında madde kullanıcılarının (Ort.=0.71, SS=1.73) yatarak tedavi geçmişlerinin alkol kullanıcılarından (Ort.=0.32, SS=1.26) anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur [ $t(5679.22)=-10.08, p<.05$ ].

Yukarıda açıklanan bulgular Tablo-4'te gösterilmiştir.

Çizelge 4. Bağımlılık Özellikleri ve Tedavi Uyumları Karşılaştırması

|                            |       | N    | Ort   | SS   | t      | p                 |
|----------------------------|-------|------|-------|------|--------|-------------------|
| madde kullanım özellikleri | alkol | 2196 | 2.31  | 1.45 | 3.88   | <b>&lt;0.05**</b> |
|                            | madde | 4074 | 2.16  | 1.56 |        |                   |
| tanı                       | alkol | 2196 | 13.03 | 6.23 | -13.34 | <b>&lt;0.05**</b> |
|                            | madde | 4077 | 15.22 | 6.12 |        |                   |
| yaşam üzerine etkileri     | alkol | 2191 | 20.75 | 8.65 | -17.34 | <b>&lt;0.05**</b> |
|                            | madde | 4069 | 24.81 | 9.14 |        |                   |

Çizelge 4. (devam) Bağımlılık Özellikleri ve Tedavi Uyumları Karşılaştırması

|                   |       | N    | Ort   | SS      | t      | p       |
|-------------------|-------|------|-------|---------|--------|---------|
| şiddetli istek    | alkol | 2204 | 9.19  | 4.58    | -0.699 | >0.05   |
|                   | madde | 4087 | 9.28  | 4.81    |        |         |
| motivasyon        | alkol | 2196 | 9.73  | 3.06    | -1.87  | >0.05   |
|                   | madde | 4059 | 9.88  | 3.28    |        |         |
| BAPİ toplam puanı | alkol | 2181 | 10.96 | 3.62    | -7.89  | <0.05** |
|                   | madde | 4037 | 11.73 | 3.72    |        |         |
| Tedavi uyumu      | alkol | 535  | 17.88 | 10.97   | 1.52   | >0.05   |
|                   | madde | 990  | 16.98 | 11.05   |        |         |
| Bırakma girişimi  | alkol | 2177 | 4.24  | 23.92   | -2.33  | <0.05*  |
|                   | madde | 3966 | 61.57 | 1547.71 |        |         |
| Ayaktan tedavi    | alkol | 2181 | 0.83  | 2.6     | -10.06 | <0.05** |
|                   | madde | 4007 | 1.67  | 3.95    |        |         |
| Yatarak tedavi    | alkol | 2179 | 0.32  | 1.27    | -10.08 | <0.05** |
|                   | madde | 4003 | 0.71  | 1.74    |        |         |

\* p<.05

\*\* p=.00

## V.TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının amacı alkol ve madde kullanıcılarını iki ayrı grupta tutarak, bağımlılık özelliklerini ve tedavi uyumlarını karşılaştırmaktır. Yapılan analizler sonucunda alkol bağımlılarının madde kullanım özellikleri puanlarının madde kullanıcılarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bağımlılık tanısı ve bağımlılık şiddeti puanlarının, ayaktan ve yatarak tedavi geçmişlerinin ve bırakma girişimlerinin madde kullanıcılarında daha fazla olduğu görülmüştür. Tedavi uyumu, craving ve motivasyon değişkenlerinde iki grup arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu bulgular sonucunda; Madde bağımlılarının tanısı, yaşam üzerine etki, bağımlılık şiddeti alt ölçek puanlarının ve ayaktan veya yatarak tedavi geçmişi sayılarının alkol bağımlılarından fazla olduğu hipotezleri doğrulanmıştır.

Öte yandan, alkol bağımlılarının madde kullanım özellikleri puanlarının ve tedavi uyumlarının madde bağımlılarından daha yüksek olduğu hipotezi desteklenmemiştir. Çalışmanın bulgularıyla birlikte madde bağımlılarının cravinglerinin ve motivasyonlarının alkol bağımlılarından yüksek olduğu hipotezinin de desteklenmediği görülmektedir.

Çalışmanın sınırlılıklarından biri veri analizlerinde oldukça fazla kayıp veri bulunmasıdır. Verilerin 4 sene boyunca Türkiye’den ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ndeki merkezlere başvuran danışanlardan toplanan bir veri havuzundan alınması sebebiyle bu kadar fazla kayıp veri bulunmaktadır. Görüşmelerin çok sayıda farklı görüşmeci tarafından yapılması ve BASİ’nin son sorusu olan “Tedavi uyumu” sorusunun gözleme dayalı olarak cevaplanması ve görüşmecilerin tedavi uyumlarını sübjektif olarak değerlendirmesi cevaplardaki yanlılık ihtimalini düşündürmektedir. Erkek katılımcı oranının kadın katılımcı oranından çok daha yüksek olması sosyodemografik dağılımın eşit olmadığını göstermektedir.

Madde kullanıcılarının karşıladığı DSM-V bağımlılık kriterlerinin alkol kullanıcılarının karşıladığı kriterlerden fazla ve/veya daha sık olduğu görülmüştür

(bkz: Ek-3). Katılımcıların çoklu madde kullanıcısı olup tercih maddelerinin alkol olduğu durumlarda, madde kullanım özellikleri alt ölçek puanları alkol kullanmayan madde kullanıcılarına göre yüksek çıkabilir. Diğer bir açıklama ise tercih maddesi alkol olan katılımcıların daha sık aralıklarla alkol veya eşlik eden maddeler kullanması olabilir (Ögel vd.2012: 8). Gelecek çalışmalarda hayatları boyunca hiç madde kullanmamış alkol kullanıcıları ile madde kullanıcılarının madde kullanım özellikleri karşılaştırılabilir.

Craving, maddeye maruz kalmak veya madde kullanan biri ile karşılaşmak gibi dışsal tetikleyicilerden ve üzgün olmak, maddeyi düşünmek gibi içsel tetikleyicilerden etkilenebilen bir durumdur (Westerberg, 2000: 415-423; Kalivas, 2004: 348). Geçmiş çalışmalarda bireylerin madde kullanmalarının bu tetikleyicilere maruz kalınması sonucunda olduğu bilinmektedir (2000: 415-423; Ögel ve Aksoy, 2002: 135-140). Bu tetikleyicilerin sebep olabileceği craving maddeyi tekrar kullanma riskini artırmaktadır (2004: 347). Bu sebepten yola çıkarak cravingin tercih maddeleri üzerinden farklılıkları incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda craving ile ilişkili olan birçok unsur olsa da, alkol veya madde tercihinin craving ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Dikkat edilmesi gereken bir nokta olarak, klinik çalışmalarında bireylerin madde tercihlerinden bağımsız olarak, özellikle tekrar kullanımı önleme kapsamında cravingleri üzerine çalışılmasının öneminin üzerinde durulmalıdır.

Alkol ve madde bağımlılarının motivasyonlarının Değişim Modeli'nin hangi evresinde olduğu tedavinin planlanması açısından belirleyici bir unsurdur (DiClemente ve Velasquez, 2002: 201). Bu tez çalışmasının bulgularına bakıldığında alkol veya madde tercihleri ile motivasyonlarının bu evreleri belirlemede veya tedavi planını oluşturmada belirleyici bir rol taşımadığı söylenebilir. Craving ve motivasyon kavramlarının alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde oynadığı kritik roller dikkate alındığında, ilerideki çalışmalarda craving ve motivasyonların yordayıcıları farklı bağlamlarda incelenmelidir.

Tedavi geçmişlerine bakıldığında önceki çalışmalarda alkol kullanıcılarının tedavide kalma sürelerinin madde kullanıcılarından daha uzun olduğu bilinmektedir (Çıray vd.2018: 110). Bu çalışma ile birlikte, önceki çalışmalarda alkol bağımlılarının tedavide kalma süreleri madde bağımlılarından fazla olsa da, madde bağımlılarının tedaviye başvurma sayılarının daha yüksek olduğu

saptanmıştır. Bu durum kullanılan maddeye göre değişiklik gösterebilmektedir (Ögel, 2010: 153; Akvardar, 2012: 182). Bu çalışmanın verileriyle tercih maddeleri ve tedavi girişimleri arasındaki ilişki ayrıca incelenip bulguların geçmiş çalışmalarla tutarlı olup olmadığı incelenebilir.

Bırakma girişimleri genellikle kişilerin kendi kendilerine kullandıkları maddeleri bırakabileceklerine inanmaları ile gerçekleşir (Ögel, 2010: 7). Bırakma girişimleri ve tedavi girişimleri sayısının doğru orantılı olup olmadığı gelecekteki çalışmaların konusu olabilir. Bırakma ve tedavi girişimlerinin madde kullanıcılarında daha fazla olması durumu alkol kullanıcılarının tedaviye ilişkin tutumları konusunda merak uyandırmaktadır.

Madde kullanıcılarının ayaktan ve yatarak tedavi geçmişleri alkol kullanıcılarından fazladır. Bu durumun açıklaması madde kullanımının bağımlılık şiddetinin ve yaşam üzerine olumsuz etkilerinin daha fazla olması, başarısız bırakma girişimlerinin tedavi girişimlerine yol açması gibi sebepler olabilir. Madde kullanımının yol açtığı yasal sorunların bırakma ve tedavi girişimleri değişkenlerinin üzerine etkisi ayrıca araştırılmalıdır. Kullanılan maddeye göre tedavi başarısının değişkenliği ayrıca incelenip yorumlanabilir.

Bu çalışmanın bulguları alkol bağımlısı kişilerin tedavi motivasyonlarından bağımsız olarak alkolü bırakma ve tedavi girişimlerinin madde bağımlılarından az olduğunu göstermiştir. Gelecekteki çalışmalarda alkol kullanıcılarında tedaviye başvurmayı etkileyen faktörler incelenmelidir.

Bağımlılık şiddetinin bağımlılık hastalığının sebep olduğu olumsuz sonuçlar ile doğru orantılı olduğu bilinmektedir (APA, 2013: 484). Bununla birlikte madde bağımlıların hayatlarında alkol bağımlılarına kıyasla daha çok olumsuz etkiler olduğu düşünülmüştür. Yaşam üzerine etkiler alt ölçeği ile bütün alt ölçeklerin toplamının ortalaması olan bağımlılık şiddeti ölçeğinin puanları madde kullanıcılarında daha yüksektir, yapılan analizler sonucunda bu hipotezler doğrulanmıştır.

Bağımlılığın kullanılan maddeye göre psikolojik veya fiziksel bağımlılık yaptığı önceki araştırmalarda belirtilmiştir (Gökler ve Koçak, 2008: 91). Bu bağlamda alkol ve madde kullanıcılarının kullandıkları maddelere bağlı olarak deneyimledikleri olumsuz sonuçlar yaşam üzerine etkiler alt ölçeğinde

ölçülmüştür. Alkol ve madde kullanımı sebebiyle fiziksel veya psikolojik bağımlılıkların gelişmesi durumu gelecekteki araştırmalarda incelendikten sonra tekrar bu karşılaştırma yapılabilir.

Alkol ve madde kullanıcılarının tedavi uyumlarının alkol veya madde kullanmayanlara göre daha düşük olduğu bilinmektedir (Sansone ve Sansone, 2008: 43-46). Alkol bağımlılarının yatılı tedavide daha uzun süre kalması bulguları ışığında tedavi uyumlarının madde bağımlılarından daha fazla olduğu düşünülse de, psikososyal tedavi kapsamında alkol ve madde bağımlıları arasında bir farklılık görülmemiştir. Tedavi uyumunu etkileyen faktörler göz önüne alındığında, hastaların tedaviden beklentilerinin belirleyici olduğu bilinmektedir (Arıkan, 2012: 233-234). Tedaviye uyumları değişkeninde anlamlı bir farklılık görülmese de, gelecek çalışmalarda alkol ve madde bağımlılarının psikososyal tedaviye yaklaşımları karşılaştırılabilir.

Yapılan analizler sonucunda alkol bağımlılarının madde kullanım özellikleri puanlarının madde kullanıcılarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bağımlılık tanı ve bağımlılık şiddeti puanlarının, ayaktan ve yatarak tedavi geçmişlerinin ve bırakma girişimlerinin madde kullanıcılarında daha fazla olduğu görülmüştür. Tedavi uyumu, craving ve motivasyon değişkenlerinde iki grup arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu bulgular sonucunda;

Madde bağımlılarının tanı, yaşam üzerine etki, bağımlılık şiddeti alt ölçek puanlarının ve ayaktan veya yatarak tedavi geçmişi sayılarının alkol bağımlılarından fazla olduğu hipotezleri doğrulanmıştır. Öte yandan, alkol bağımlılarının madde kullanım özellikleri puanlarının ve tedavi uyumlarının madde bağımlılarından daha yüksek olduğu hipotezi desteklenmemiştir. Madde bağımlılarının cravinglerinin ve motivasyonlarının alkol bağımlılarından yüksek olduğu hipotezi desteklenmemiştir.

Alkol ve madde bağımlılığında craving ve motivasyonu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu çalışma craving ve motivasyonların alkol ve madde kullanımına göre değişiklik göstermediğini belirtmektedir.

## VI.SONUÇ

Bu çalışma Türkiye'nin birçok yerinde ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde alkol ve madde bağımlılarına psikososyal destek sağlayan bir danışmanlık merkezinin veri havuzundan sağlanan verilerle yapılmıştır. Literatürde alkol ve madde bağımlılarının bu değişkenlerle karşılaştırılmasının yapıldığı başka bir çalışma olmaması ve verilerin alındığı danışmanlık merkezlerinde uygulanan formların alkol ve madde bağımlılarının bağımlılık özelliklerini ve tedavi uyumlarını ölçmesi üzerine, bu çalışmanın gerekliliği düşünülmüştür. Hipotezlerin bazıları desteklenmiş, bazıları desteklenmemiştir.

Çalışmanın sınırlılıkları göz önüne alındığında bu karşılaştırmaların tekrar yapılması sonucunda farklı bulgular görülebilir. Madde bağımlılarının hangi maddeleri tercih ettikleri dikkate alınarak kendi gruplarında karşılaştırmalı analizleri, çalışmanın bulgularını netleştirebilir. Madde bağımlılarının madde kullanımının bağımlılık şiddetleri ile birlikte yaşam üzerine etkilerinin, DSM-V tanı kriterlerini daha sıklıkla ve çoğunlukla karşılamalarının alkol bağımlılarına kıyasla daha fazla olması madde kullanımının tedavisinin daha sistemli ve çok boyutlu olması gerekliliğini düşündürmektedir. Benzer sonuçlara ulaşılan bırakma ve tedavi girişimlerinin madde kullanıcılarında daha fazla olması, madde kullanımının alkol kullanımından daha fazla olumsuz sonuçlara yol açtığı veya madde bağımlılarının alkol bağımlılarından daha fazla yardım ihtiyacı olduğu anlamına gelebilir. Alkol ve madde kullanıcılarının bu çalışmanın hipotezleri üzerinden karşılaştırıldığı benzer çalışmaların kısıtlı olması sebebiyle, gelecek çalışmalar için elde edilen sonuçların desteklenmesi için benzer hipotezlerin tekrar test edilmesi önerilmektedir.

## VII. KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

AKVARDAR, Y. Halüsinojenler. **Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı** içinde, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s.181-185.

ALDEMİR, E. Türkiye’de ve Dünyada Bağımlılık. Öztürk, M., Ögel, K., Evren, C., Bilici, R. (Eds). **Bağımlılık: Tanı, Tedavi ve Önleme kitabı** içinde İstanbul, Yeşilay Yayınları, 2019, s.21-40.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington DC, London: England, 2013, s.481-589.

ARIKAN, Z. Bağımlılık Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler ve Bunlarla Başa Çıkma. **Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı** içinde, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s.235-237.

ÇİFTÇİ, A. Ergenlerde Madde Kullanım Bozuklukları. Öztürk, M., Ögel, K., Evren, C., Bilici, R. (Eds). **Bağımlılık: Tanı, Tedavi ve Önleme kitabı** içinde, İstanbul, Yeşilay Yayınları, 2019, s.575-596.

DICLEMENTE, CC., VELASQUEZ, MM. **Motivational Interviewing: Preparing People for Change** (2nd Ed). Motivational Interviewing and the Stages of Change, New York, Guilford, 2002, s.201-216.

DİLBAZ, N. Opiyat Bağımlılığı. **Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı** içinde, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s.63-104.

DİLBAZ, N. Uçucuların Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. **Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı** içinde,



Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s.157-166.

HAASEN, C., EL-GUEBALY, N., ve SALLOUM, I. M. Substance-Use Disorders. I. M. Salloum & J. E. Mezzich, (Eds). **Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects** içinde, West Sussex, UK, John Wiley & Sons, 2009, s.119-128.

HENNINGER, A., SUNG, HUNG-EN. History of substance abuse treatment. **Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice** kitabı içinde, 2014, ss.2256-2269.

O'BRIEN, C.P. Drug addiction. **Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics** (12th ed.) New York, McGraw-Hill, 2011, s.649.

ÖGEL, K., KARALI, A., TAMAR, D. ve ÇAKMAK, D. **Sigara, Alkol Ve Madde El Kitabı**. İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1998, s. 6-11.

ÖGEL K. Bağımlılık Tedavisinde Temel Bilgiler. **Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme**. İstanbul, Yeniden Yayınları, 2010, s.57-59.

ÖGEL, K. Bağımlılık Yapan Maddeler. **Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme** içinde, İstanbul, Yeniden Yayınları, 2010, s.3-153.

ÖGEL, K. Tarihçe. **Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme**, İstanbul, Yeniden Yayınları, 2010, s.3-37.

ÖGEL, K. **Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı**. 2. Baskı, İstanbul, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 2018, s.254.

TEKİN, K. Bağımlılığa Etki Eden Sosyal Faktörler. Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R. içinde (Eds), **Bağımlılık: Tanı, Tedavi ve Önleme**, İstanbul, Yeşilay Yayınları, 2019, s.47-56.

## MAKALELER

- AHMADI, J., KAMPMAN, K.M., OSLIN, D.M., PETTINATI, H.M., DACKIS, C., SPARKMAN, T. (2009). "Predictors of Treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence Treatment". *The American Journal on Addictions*, sayı 18, ss. 81-86
- ALTINIŞIK, U., ALTINIŞIK, HB., ŞİMŞEK, T., DOĞU, T., AYDIN, H. (2015). "Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Sentetik Kannabinoid (Bonza) Zehirlenmesi Olgularının Klinik Özellikleri". *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, sayı 13, ss. 117-121.
- ALTINTOPRAK, A.E., AKGÜR, A.S., YÜNCÜ, Z., SERTÖZ, Ö.Ö., COŞKUNOL, H. (2008). "Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar". *Türk Psikiyatri Dergisi*, cilt 19, sayı 2, ss. 197-208.
- BENIGNUS, V.A., BUSHNELL, P.J., BOYES, W.K. (2005). "Toward cost-benefit analysis of acute behavioral effects of toluene in humans". *Risk Analysis: An International Journal*, cilt 25, sayı 2, ss. 447-456.
- BOZTAŞ, M.H., ARISOY, Ö. (2010). "Uçucu Madde Bağımlılığı ve Tıbbi Sonuçları". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, cilt 2, sayı 4, ss. 516-531.
- CHARLTON, S.G., STARKEY, N.J. (2015). "Driving while drinking: Performance impairments resulting from social drinking". *ScienceDirect*, sayı 74, ss. 210-217.
- CROCQ, M. A. (2007). "Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs". *Dialogues in clinical neuroscience*, cilt 9, sayı 4, ss. 355-361.
- ÇIRAY, RO., KURT, ÜS., KILIÇASLAN EE. (2018). "Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Yatan Hastalarda Ek Tanı, Kullanılan Madde ve Kişilik Bozukluklarının Yatış Sürelerine Etkisi". *Bağımlılık Dergisi*, cilt 19, sayı 4, ss. 107-114.
- DIREKLI, H., IŞIK, A., KAHRAMAN, B., SEZER, S., ve ŞENYÜZ, C. (2019). "Examination Of Factors That Affect Clients' İnitiation Of First Clinical Interview In Yesilay Consulting Centre". *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, cilt 1, Özel Sayı 1, ss. 6-8.

- FATSEAS, M., SERRE, F., ALEXANDRE, J., DEBRABANT, R., AURIACOMBE, M., AND SWENDSEN, J. (2015). "Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues." *Addiction*, cilt 110, sayı 6, ss. 1035– 1042.
- FEENEY, K., KAMPMAN, K. (2016). "Adverse effects of marijuana use". *The Linacre Quarterly*. cilt 83, sayı 2, ss. 174-178.
- FELDMAN, M., KUMAR, V.K., ANGELINI, F., PEKALA, R.J., PORTER, J. (2007). "Individual Differences in Substance Preference and Substance Use". *Journal of Addictions & Offender Counseling*, sayı 27, ss. 82-101.
- FIELD, CA., RICHARDS, DK., CASTRO, Y., CABRIALES JA., WAGLER A., VON STERNBERG K. (2020). "The Effects of a Brief Motivational Intervention for Alcohol Use through Stages of Change among 12 Non-Treatment Seeking Injured Patients". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, cilt 44, sayı 11, ss. 2361-2372.
- FRANKEN, I. H. A., MURIS, P., ve GEORGIEVA, I. (2006). "Gray's model of personality and addiction". *Addictive Behaviors*, cilt 31, sayı 3, ss. 399–403.
- GAWIN, F.H. (1991). "Cocaine Addiction: Psychology and Neuropsychology". *Science*, cilt 251, sayı 5001, ss. 1580-1586.
- GOODMAN, A. (1990). "Addiction: Definition and Implications", *British Journal of Addiction*, cilt 85, sayı 11, ss. 1403-1408.
- GÖKLER, R., KOÇAK, R. (2008). "Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı". *Sosyal Bilimler ve Araştırmaları Dergisi*, sayı 1, ss. 89-104.
- GÜLEÇ, G., KÖŞGER, F., ve EŞSİZOĞLU, A. (2015). "DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, cilt 7, sayı 4, ss. 448-460.
- HETTAMA, J., STEELE, J., MILLER, W.R. (2005). "Motivational Interviewing". *Annual Review of Clinical Psychology*, cilt 1, ss. 91-111.

- İBİLOĞLU, A., ATLI, A., GÜNEŞ, M. (2017). “Sentetik Kannabinoidler”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, cilt 9, sayı 3, ss. 317-328.
- JELLINEK, E. M. (1952). “Phases of alcohol addiction”. *Quarterly journal of studies on alcohol*, cilt 13, sayı 4, ss. 673-684.
- KALIVAS, P. W. (2004). “Recent understanding in the mechanisms of addiction”. *Current psychiatry reports*, cilt 6, sayı 5, ss. 347-351.
- KALYONCU, A., MIRSAL, H., PEKTAŞ, Ö., YAZICI, A.H., MIRSAL, N., BEYAZYÜREK, M. (2001). “Alkol Bağımlılığında Nüks Nedenleri: Kesitsel Bir Çalışma”. *Bağımlılık Dergisi*, cilt 2, sayı 2, ss. 1-5.
- KILIÇ, FS. (2017). “Opioidler, Ağrı, Opioidlerin Suistimali ve Yanlış Kullanımı”. *Osmangazi Tıp Dergisi*, cilt 39, sayı 3, ss. 125-129.
- KÜÇÜK, E. KÜÇÜK, İ., KİRAZALDI, YY. (2015). “Acil serviste yeni bir tehlike: Sentetik kannabinoidler (Bonzai, Jameika)”. *Genel Tıp Dergisi*, sayı 25, ss. 18-22.
- LESHNER, A. I. (1997). “Addiction Is a Brain Disease, and It Matters”. *Science*, cilt 278, sayı 5335, ss. 45–47.
- LEAMON, M.H., FLOWER, K., SALO, R.E., NORDAHL, T.E., KRANZLER, H.R., GALLOWAY, G.P. (2010). “Methamphetamine and Paranoia: The Methamphetamine Experience Questionnaire”. *The American Journal on Addictions*, sayı 19, ss.155-168.
- MANDELBAUM, D. G. (1965). “Alcohol and culture”. *Current Anthropology*, cilt 6, sayı 3, ss. 281-293.
- MCCABE, S.E., WEST, B.T., JUTKIEWICZ E.M., BOYD C.J. (2017). “Multiple DSM-5 substance use disorders: A national study of US adults”. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, cilt 32, sayı 5, ss. 1-10.
- MCKETIN, R. COPELAND, J., NORBERG, M.M., BRUNO, R., HIDES, L., KHAWAR, L. (2014). “The effect of the ecstasy ‘come-down’ on the diagnosis of ecstasy dependence”. *Drug and Alcohol Dependence*, sayı 139, ss. 26-32.

- NACCA, N., VATTI, D., SULLIVAN, R., SUD, P., SU, M., MARAFFA, J. (2013). "The Synthetic Cannabinoid Withdrawal Syndrome". American Society of Addiction Medicine, cilt 7, sayı 4, ss. 296-298.
- NORDFJÆRN, T., RUNDMO, T., HOLE, R. (2010). "Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction". Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, cilt 17, sayı 1, ss.46-64.
- ÖGEL, K., ve AKSOY, A. (2002). "İstanbul'da koruma merkezlerine başvuran çocuklarda tütün, alkol ve madde kullanım özellikleri". Bağımlılık Dergisi, cilt 9, sayı 3, ss. 135-140.
- ÖGEL, K. (2009). "Motivasyonel Görüşme Tekniği". Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, cilt 2, sayı 2, ss. 41-44.
- ÖGEL, K., EVREN, C., KARADAĞ, F., ve TAMAR GÜROL, D. (2012). "Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği". Türk Psikiyatri Dergisi, cilt 23, sayı 4, ss. 264-273.
- PAKİŞ, I., POLAT, O. (2016). "Sentetik Kannabinoidler". Acı Sağ Bilg Derg, sayı 1, ss. 6-13.
- PERRON, B.E., HOWARD, M.O., VAUGHN, M.G., JARMAN, C.N. (2009). "Inhalant withdrawal as a clinically significant feature of inhalant dependence disorder". Medical hypotheses, cilt 73, sayı 6, ss. 935-937.
- PROCHASKA, JO., DICLEMENTE, CC. (1983). "Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change". Journal of Consulting and Clinical Psychology, cilt 51, sayı 3, ss. 390-395.
- ROSARIO, B., DE NAZARE, M., ESTADELLA, D., RIBEIRO, D., VIANA, M., (2020). "Behavioral and neurobiological alterations induced by chronic use of crack cocaine". Reviews in the Neurosciences, cilt 31, sayı 1, ss. 59-75.
- SCHAUER, G. L., KING, B. A., BUNNELL, R. E., PROMOFF, G., MCAFEE, T. A. (2016). "Toking, Vaping, and Eating for Health or Fun:

- Marijuana Use Patterns in Adults”. U.S. American journal of preventive medicine, cilt 50, sayı 1, ss. 1-8.
- SAHA, TD., GRANT, BF., CHOU, SP., KERRIDGE, BT., PICKERING, RP., RUAN, WJ. (2018). “Concurrent use of alcohol with other drugs and DSM-5 alcohol use disorder comorbid with other drug use disorders: Sociodemographic characteristics, severity, and psychopathology”. *Drug and Alcohol Dependence*, sayı 187, ss. 261-269.
- SANSONE, R.A, SANSONE, L.A. (2008). “Alcohol/Substance Misuse And Treatment Nonadherence: Fatal Attraction”. cilt 5, sayı 9, ss. 43-46.
- SAVAŞAN, A. (2010). “Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonunun İncelenmesi.” *Klinik Psikiyatri*, sayı 13, ss. 119-126.
- SERRE, F., FETSEAS, M., DENIS, C., SWENDSEN, H., AURIABOMBE, M. (2018). “Predictors of Craving and Substance Use Among Patients With Alcohol, Tobacco, Cannabis or Opiate Addictions: Commonalities and Specificities Across Substances.” *Addictive Behaviors*, sayı 83, ss. 123-129.
- ŞİMŞEK, M., AKTÜRK, İ., DİNÇ, M., IŞIK, S. VE ÖGEL, K. (2019). “Bir bağımlılık danışma merkezinde uygulanan tedavi programına yönelik etkililik değerlendirme: YEDAM örneği”. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, sayı 6, ss. 797–819.
- ŞİMŞEK, G. M., DİNÇ, M., & ÖGEL, K. (2019). “Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, ss.1-9.
- TELLİOĞLU, T., TELLİOĞLU, Z. (2012). “Tıbbi esrar psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılabilir mi?”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni- Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, cilt 22, sayı 1, ss. 98-109.
- VURAL, M., ÖGEL, K. (2005). “Uçucu maddelerin kalp üzerine etkileri”. *Journal of Dependence*, sayı 6, ss. 142-146.
- YILMAZ, A., CAN, Y., BOZKURT, M., EVREN, C. (2014). “Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, cilt 6, sayı 3, ss. 243-256.

- WEINBERG, N. Z. (2001). "Risk factors for adolescent substance abuse". Journal of learning disabilities, cilt 34, sayı 4, ss. 343-351.
- WESTERBERG, V. S. (2000). "Constituents of craving in a clinical alcohol sample". Journal of Substance Abuse, cilt 12, sayı 4, ss. 415-423.
- WILLIAMS, A, F. (1966). "Social drinking, anxiety, and depression". Journal of Personality and Social Psychology, cilt 3, sayı 6, ss. 689–693.
- WILLIAMS, A, R. (2020). "Cannabis as a Gateway Drug for Opioid Use Disorder". J Law Med Ethics, cilt 48, sayı 2, ss. 268-274.
- WINKELMAN, M. J. (1997). "Shamanic guidelines for psychedelic medicine". Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatments, sayı 2, ss. 143-168.
- WINSLOW, B.T., VOORHEES, K.I., PEHL, K.A. (2007). "Methamphetamine abuse". American family physician, cilt 76, sayı 8, ss. 1169–1174.

#### **TEZLER**

- Yeter Öztürk, "XIX. Yüzyıl Arşiv Belgelerine Göre Osmanlı Devleti'nde İçki ve Yasakları", Ordu Üniversitesi, 2017, s.27

#### **DİĞER**

- ÖGEL, K., KARADAĞ, F., EVREN, C., GÜROL, D.T. (2012)." Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulama Rehberi". İstanbul, Yeniden Yayınları.
- T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI EMNİYET GENEL MÜDÜRLÜĞÜ NARKOTİK SUÇLARLA MÜCADELE DAİRE BAŞKANLIĞI. (2020). Türkiye Uyuşturucu Raporu: Eğilimler ve Gelişmeler. NDB Yayınları; Ankara.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004). "Psychopharmacology of Dependence for Different Drug Classes". In: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva; World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. ((2018Global status report on alcohol " .and health 2018". World Health Organization





## **VIII. EKLER**

**Ek 1.** Karşılıklı Sorumluluklarımız Sözleşmesi

**Ek 2.** Klinik İlk Görüşme (KİG) Formu

**Ek 3.** Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)

## **Ek 1. Karşılıklı Sorumluluklarımız Sözleşmesi**

Değerli Danışanımız;

Sizinle tarafımızdan aldığınız hizmetlerin sürecine başlarken psikososyal hizmetlerimiz hakkında size bilgilendirmek, birlikte uymamız gereken ilke, sorumluluk ve haklardan bahsetmek istiyoruz.

Psikososyal tedavi konuşularak psikolojik ve sosyal yönde danışmanlık desteğinin alınmasıdır.

Seanslarda psikoterapi görüşmeleri 45 dakika, sosyal destek görüşmeleri 30 dakika olarak planlanır. İlk değerlendirme görüşmeleri 90 ve 60 dakika olarak planlanmaktadır.

Randevunuza geç kaldığınız durumda, görüşmeyi yapan uzman seans süresine ekleme yapmaz ve her zamanki süre bittiğinde görüşme sona erer.

Üç seans üst üste randevusuna herhangi bir gerekçe olmadan gelmeyen danışan psikososyal destek sürecine uyumsuz olarak görülür ve psikoterapi/sosyal destek hizmet süreci sonlandırılır.

Seansa gelememeniz durumunda randevu gününden en az bir gün öncesinde iptal ettirmeniz gerekmektedir.

Randevularınızın takibinin sorumluluğu sizin sorumluluğunuzdadır.

Görüşmeye alkol/madde etkisinde geldiğiniz takdirde görüşmeniz gerçekleştirilmez.

Merkezimize gelirken üzerinizde veya yanınızda alkol/madde bulunmaması gerekmektedir.

Terapi sürecinde psikoloğunuz alkol/madde kullanımınızı ölçen testler isteyebilir. Bu testler tanı-tedavi amaçlı olmayıp merkezimizde yapılacak terapilerin amacına ulaşmasını sağlamak içindir. Ölçüm sırasında bedeninize herhangi bir madde verilmeden ölçüm yapılacaktır. Küçük aparatlarla yapılacak bu ölçüm hakkında gerekli bilgiyi aldığınızı ve merkezimizde tedavi süreçlerine devam edilmesi için kendi iradenizle ölçüm yapılmasına izin verdiğinizi kabul etmektesiniz.

Gerektiğinde psikoloğunuz sizi grup terapilerine yönlendirebilir. Katılım sağladığınız grup terapilerinde grubun gizlilik ilkesi ve kurallarına uymanız gerekmektedir. Belirli oturum sayısından oluşan grup terapilerinin tamamına katılımınızla tamamlamanız beklenmektedir.

Psikoloğunuz tıbbi tedaviye ihtiyacınız olduğuna kanaat getirdiğinde tıbbi bir merkeze gitmenizi tavsiye edebilir ya da psikiyatriste görünmenizi önerebilir.

### **Gizlilik İlkesi ve Sınırlar**

**Merkezimizde aldığımız hizmetler çerçevesinde verdiğimiz bilgiler gizlilik ilkesi çerçevesinde korunmaktadır. Psikoloğunuz danışma ilişkisinde elde edilen bilgi ve kayıtların saklanması, başkalarına verilmesi ya da yok edilmesinde etik kurallara uygun davranır.**

Psikoloğunuz ya da sosyal hizmet uzmanınız kimliğinizi saklı tutarak, ihtiyaç duyduğunda veya danışmak amaçlı verdiği eğitimlerde verilerinizi mesleki çerçevede kullanabilir. Aynı amaçla sizden izin almak kaydıyla seanslarınızın ses ya da video kaydını yapabilir.

Psikolojik danışma süreci kapsamında belirli “istisnai durumlar” için gizliliğin sınırları bulunmaktadır. Bu durumlarda gizliliği bozarak belirli adımları atmam zorunludur:

Sizin, “kendinize veya başka kişilere ciddi bir zarar verme (örneğin kendinizin veya başkasının canına kastetme) niyetiniz/planınız olduğu yönünde,

Yakınınızın sizden tehlikeli ve bulaşıcı bir hastalığı habersizce kapma ihtimalinin yüksek olduğu yönünde sözlü veya yazılı açıklamada bulunmanız ya da bu yönde ciddi bir izlenim vermeniz durumunda, sizi ve diğerlerini korumak amacıyla konuyla ilgili kişilere durumu bildirmem hem genel psikolojik danışma etik ilke ve uygulama standartları hem de ülkemizdeki kanunlar (Türk Ceza Kanunu) açısından zorunluluktur.

Ayrıca, sizin yararınız için psikolojik durumunuza veya psikolojik danışma sürecine ilişkin bazı bilgileri aileniz ya da sizinle ilgili kişilerle sizin izniniz doğrultusunda paylaşmayı gerekli görebilirim.

Sonuçta hangi nedenle olursa olsun, sizinle ilgili bir bilginin başkasına açıklamam gerektiğinde, bu durumu önce sizinle görüşmem gerekir. Hangi

bilginin, kime/kimlere, ne zaman ve nasıl açıklanacağını ortaklaşa belirler ve açıklama yapabilmek için sizin sözlü veya yazılı izniniz almam gerekir.

Yukarıdaki konuları okudum ve anladım. Psikososyal Tedavi sürecimde bunlara uygun olarak hareket etmeyi kabul ediyorum.

**Tarih: .../ ... / .....**

**Sorumlu Psikolog Danışan Ad Soyad**

**İmza**

**İmza**

## Ek 2. Klinik İlk Görüşme (KİG) Formu

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.

Soruları boş bırakmayın, en yakın hissettiğiniz tek bir şıkla işaretleyin.

- A3 Cinsiyetiniz?**  
2 Kadın 1 Erkek 3 Diğer
- A4 Eğitiminiz nedir?**  
0 Okul bitirmedim, okur yazarım 1 İlkokulu bitirdim 2 Ortaokulu bitirdim 3 Liseyi bitirdim 4 Üniversiteyi bitirdim
- A5 Medeni durumunuz?**  
0 Evli 1 Bekar 2 Ayrı 3 Boşanmış 4 Dul 5 Diğer
- A6 Çocuğunuz var mı?**  
0 Hayır 1 Evet
- A5a Eşiniz ile olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?**  
9 Evli değilim 0 Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü  
99=Yanıt yok BUG=98
- A8 Annenizle olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?**  
9 Annem ve babam yok 0 Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü  
99=Yanıt yok
- A8b Babanızla olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?**  
9 Annem ve babam yok 0 Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü
- A9**  
Son altı aydır nerede kalıyorsunuz? Bir konutta (apartman dairesi, gecekondu vb) 0 0  
Bir kurumda (balnevi, hastane vb) 1 1  
Sokakta 2 2  
İnşaatta, şantiyede 3 2  
Çalıştığım yerde 4 2  
Barnakta 5 2  
Cezaevinde 6 2  
Askerde 7 0  
Diğer 8 1
- A10**  
Son altı aydır kiminle yaşıyorsunuz? Ailemle (eş ve/veya ebeveyn) 0 0  
Yakın akrabalarımınla 1 1  
Arkadaşlarımla 2 1  
Tek başına 3 2  
Askerdeydim 4 1  
Diğer 5 1
- A11 Arkadaşlarınızın ne kadarı uyuşturucu veya yoğun alkol kullanıyor?**  
0 Hiçbiri 1 Çok azı 2 Yarısı 3 Çoğu 4 Neredeyse hepsi  
9=Yanıt yok
- A11 b Yaşadığımız ortamı, kolaylıkla madde bulunan veya orada yaşayan çoğu kişinin madde kullandığı bir yer mi?**

0 Hayır 1 Kısmen 2 Evet  
9=Yanıt yok

- A12 Son bir yıldır bir işte çalışıyor musunuz?**  
Düzenli bir işim var (memur, esnaf, ticaret vb) 0  
Düzensiz bir işim var (geçici işler, aile işinde düzensiz  
çalışma, işporta, bohçacılık vb) 1  
Emekliyim (malülen dahil) 2  
Halen eğitime devam ediyorum 3  
Ev kadınıyım 4  
Fiziksel veya ruhsal engelim nedeniyle çalışmıyorum 5  
Çalışmıyorum 6  
9=Yanıt yok

- A12b Bir mesleğiniz var mı?**  
Gelir getirecek ve yapmasının uygun olduğu bir mesleği varsa "evet" işaretleyiniz  
0 Hayır 1 Evet

- A12c Gün içinde ne kadar boş zamanınız var?**  
0 Hiç yok 1 Nadiren 2 Bazen 3 Günün çoğu 4 Neredeyse tüm gün

- A13 Ekonomik zorluklar nedeniyle temel ihtiyaçlarınızı bile karşılamakta zorlandığınız olur mu?**  
*Temel ihtiyaçları karşılayamamaya örnekler: bakkaldan ekmek alamama, kira ödenmediği için sokağa atılma, tüp alamama, parasızlıktan evde elektriğin kesilmesi gibi durumlar sayılabilir.*  
*Temel ihtiyaçları karşılayamama, geçim sıkıntısından daha güç bir durumu ifade etmektedir.*  
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Çoğu zaman 4 Neredeyse her zaman  
9=Yanıt yok

- A14 Genel olarak ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**  
0 Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü  
9=Yanıt yok

- A15 Genel olarak fiziksel sağlığınızı nasıl tarif edersiniz ?**  
0 Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü

- Düzenli kullandığınız ilaç veya ilaçlar var mı?**  
**A16** Bu soruda, alkol veya [madde] kullanımıyla veya ruhsal durumla ilgili olmayan ilaçlar kast edilmektedir  
0 Hayır 1 Evet

- A17 Aşağıdaki rahatsızlıkları geçirip geçirmediğinizi belirtiniz.**  
1 Hepatit B 2 Hepatit C 3 Verem 4 AİDS, HIV 0 Hiçbirini geçirmediğim

- Daha önce kaç kez psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz?**  
**A18** Alkol ve madde kullanımı nedeniyle olan tedavileri hesaba katmayın. Daha önce hiç psikiyatrik veya psikolojik tedavi görmediyse "0" yazınız...

- A18b Yaşadığınız ruhsal sorunlar nedeniyle halen kullandığınız bir ilaç var mı?**  
Burada Alkol/madde kullanımı dışındaki ilaçlar sorulmaktadır  
 Varsa ilaçların adını yazınız

- A19 Daha önce kaç kez alkol veya madde kullanımını bırakma girişiminiz oldu?**  
Daha önce hiç bırakma girişimi olmadıysa "0" yazınız...

A20 Daha önce kaç kez alkol veya madde kullanımı nedeniyle AYAKTAN (POLİKLİNİKTEN) tedavi gördünüz?

Daha önce hiç ayaktan tedavi görmediyse "0" yazınız...

A21 Daha önce kaç kez alkol veya madde kullanımı nedeniyle bir HASTANEYE YATARAK tedavi gördünüz?

Daha önce bir hastaneye yatarak tedavi görmediyse "0" yazınız...

A22 Daha önce metadon ya da buprenorfin (suboxone) tedavisi gördünüz mü?

0 Hayır 1 Evet, buprenorfin (suboxone) 2 Evet, metadon 3 Metadon ve sbx

A23 Hayatınızda bugüne kadar hiç damar yoluyla madde kullandınız mı?

0 Hayır 1 Evet

A24 Hakkınızda "denetimli serbestlik" tedbiri kararı var mı?

0 Hayır 1 Evet

A25 Şimdiye kadar cezai yaşantınız oldu mu?

0 Hayır 1 Evet, madde kullanımıyla ilişkiliydi 2 Evet, ama madde kullanımıyla ilişkisizdi 3 Evet, her ikisi birden

A26 Yaşamınız boyunca kendinize zarar verdiniz mi? (kolların ya da vücudun herhangi bir yerinin kesilmesi, yakılması, faça atmak gibi...)

0 Hiçbir zaman 1 1-2 kez 2 3 kereden fazla

A27 Yaşamınız boyunca hiç intihar ettiniz mi?

0 Hiçbir zaman 1 1 kez 2 1 kereden fazla

A28 Ailenizde alkol bağımlısı veya madde kullanan kişi var mı?

0 Hayır 1 Anne/babam 2 Kardeşim 3 İkinci derece akrabam (amca, dayı vb)

Az sonra size alkol veya bazı maddeleri sayacağım.

Bu maddeleri

SON BİR YIL içinde

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 |
|-----------|-----|--------------------|---------------|-----------------|---------------------|
| b0 Sigara | 0   | 1                  | 2             | 3               | 4                   |

|     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| b1  | Alkol   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b2  | Esrar<br>(marihuana, joint, gubar, bonzai,<br>jamaican vb).....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b2b | Sentetik kannabinoid<br>(bonzai, jamaikan, THC vb.)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b3  | Ecstasy (Ekstazi)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b4  | Eroin .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b5  | Kokain .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b6  | Taş (krak kokain).....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b7  | Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar<br>(bu ilaçların doktor tavsiyesi dışında<br>kullanımı).....           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b8  | Uçucu maddeler<br>(tiner, bali, gaz vb).....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b9  | Çeşitli haplar<br>(akineton, tantum, xanax vb gibi<br>ilaçların doktor tavsiyesi dışında<br>kullanımı)..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b10 | Amfetamin türevleri<br>(metamfetamin, ice vb).....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b11 | Diğer (LSD, GHB vb).....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Bx** Kişinin tercih maddesi nedir? Son zamanlarda en sık kullandığı madde...

|                           |                                    |                     |                  |          |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------|------------------|----------|
| 0 Sentetik<br>kannabinoid | 1 Esrar                            | 2 Ecstasy           | 3 Eroin          | 4 Kokain |
| 5 Taş (crack)             | 6 Rohipnol<br>(Roş) gibi<br>haplar | 7 Uçucu<br>maddeler | 8 Çeşitli haplar |          |
| 9 Amfetamin<br>türevleri  | 10 Diğer (LSD,<br>GHB, vb)         | 11 Alkol            |                  |          |

**bxa** Alkol dışında ilk kullandığımız madde hangisi?

|   |                     |   |                                  |                                 |                  |
|---|---------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|------------------|
| 0 Sentetik<br>kanabinoid                        | 1 Esrar             | 2 Ecstasy   | 3 Eroin                          | 4 Kokain                        | 5 Taş<br>(crack) |
| 6 Rohipnol,<br>rivotril<br>(roş) gibi<br>haplar | 7 Uçucu<br>maddeler | 8 Çeşitli haplar<br>(akineton,<br>tantum, xanax<br>vb gibi) | 9 Amfet<br>amin<br>türevle<br>ri | 10 Diğer<br>(LSD,<br>GHB<br>vb) |                  |

**bxb** Alkol dışında kullandığımız maddeyi ilk kez kaç yaşında kullandınız?  
.....



- bla** Son bir yıldır çoğunlukla hangi cins alkollü içeceği tercih ediyorsunuz?  
 0 Hiç alkol kullanmıyorum 1 Bira 2 Rakı 3 Şarap 4 Votka, viski, cin vb
- bla1** Bira içtiğinizde bir günde ortalama olarak ne kadar içerdimiz? Lütfen son bir yılı göz önüne alarak yanıt veriniz  
 0 Bir büyük kutu bira veya daha az 1 2 büyük kutu bira 2 3-4 büyük kutu bira 3 5-6 büyük kutu bira 4 7 büyük kutu bira veya daha fazlası
- bla2** Rakı içtiğinizde bir günde ortalama olarak ne kadar içerdimiz? Lütfen son bir yılı göz önüne alarak yanıt veriniz  
 0 1 dubleden az 1 2 duble 2 3 duble 3 4 duble 4 5 duble veya daha fazlası
- bla3** Votka, viski, cin vb içtiğinizde bir günde ortalama olarak ne kadar içerdimiz? Lütfen son bir yılı göz önüne alarak yanıt veriniz  
 0 1 dubleden az 1 2 duble 2 3 duble 3 4 duble 4 5 duble veya daha fazlası
- bla4** Şarap içtiğinizde bir günde ortalama olarak ne kadar içerdimiz? Lütfen son bir yılı göz önüne alarak yanıt veriniz  
 0 1-2 kadeh şarap 1 3-4 kadeh şarap 2 5-6 kadeh şarap 3 7-8-9 kadeh şarap 4 10 kadeh şarap veya daha fazlası
- bla5** Son bir yıl içinde bir seferde (6 kadeh şarap veya 3 duble rakı veya dört kutu büyük bira veya daha fazla) içme sıklığınız ne kadardır?  
 0 Hiç bu kadar içmedim 1 Ayda birden az 2 Ayda bir 3 Haftada bir 4 Hemen hemen her gün

**Dikkat!**

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kişinin kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle tercih maddesi neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyun.

Örneğin...

Eğer alkol kullanıyorsa "[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" yerine "Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" biçiminde okuyun.

Bir başka örnek: Eğer esrar içiyorsa "Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" biçiminde okuyun.

- b12** [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)  
 0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Çoğu zaman 4 Neredeyse her zaman
- 
- B12b** [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?  
 0 Benim için sorun değil 1 1 yıldan az 2 1-2 yıldır 3 3-4 yıldır 4 5 yıl ve daha fazla

Bundan sonraki soruları SON BİR YILI göz önüne alarak sorunuz

- b13 Kullandığımız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığımız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığımız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b15 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığımızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b16 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b18 Kullandığımız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığımız oldu mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b19 [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığımız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b20 [Madde] kullandığımız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b23 [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- 
- b26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- b27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamınıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- Bundan sonraki soruları SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak sorunuz
- b32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- b37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman
- Az sonra insanların ruh haliyle ilgili bazı sorular soracağım. Bu soruları genel ruhsal halinizi düşünerek cevaplayınız.
- b38 Kolaylıkla kızıp öfkelenirim.  
 Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- b39 Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum.  
 Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- b40 Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyuyorum.  
 Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- b41 Ne hissettiğimi ifade etmekte zorluk çekerim.  
 Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- b42 Başkalarını kendimden daha çok düşünürüm.  
 Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman

|     |  |
|-----|--|
| b43 | İçe kapanık biriymişimdir.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman   |
| b44 | Sosyal bir ortama girdiğimde, ne konuşacağımı bilememekten endişe ederim.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman  |
| b45 | Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağım, ya da saçma konuşacağım ile ilgili endişe yaşarım.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                   |
| b46 | Uyumsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanırım.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                               |
| b47 | Hayatında yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlarım.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                               |
| b48 | Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih ederim.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                                 |
| b49 | İstediğim şeyi elde etmek için beklemekte zorlanırım. Sabırsızım (Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılmak gibi...)<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| b50 | Düşünmeden hareket ederim.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman   |
| b51 | Rahat konsantre olamam, dikkatimi kolay toplayamam.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman  |

Bundan sonraki soruları cevaplarırken SON BİR YILI göz önüne alın.  
Sorularda verilen durumu yaşıyor yaşamadığınızı ya da ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

|     |   |       |      |     |          |
|-----|---|-------|------|-----|----------|
| b52 | Geçen yıl içinde yaşamıma son vermeye ilgili düşüncelerim oldu.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                     |       |      |     |          |
| b53 | Geçen yıl içinde kendimi hüznü, kederli hissettim.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                                  |       |      |     |          |
| b54 | Geçen yıl içinde gelecekle ilgili olarak düşündüğümde, umutsuzluk hissine kapıldım.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |       |      |     |          |
| b55 | Geçen yıl içinde kendimi başka insanlarla karşılaştığımda, daha değersiz gördüm.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman    |       |      |     |          |
| b56 | Geçen yıl içinde kendimi huzursuz ve tedirgin hissettim.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                            |       |      |     |          |
| b57 | Geçen yıl içinde dehşet ya da panik nöbetleri yaşadım.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman                              |       |      |     |          |
| b58 | Geçen yıl içinde kendimi yerimde duramayacak kadar tedirgin hissettim.<br><input type="radio"/> Hiçbir zaman <input type="radio"/> Bazen <input type="radio"/> Neredeyse her zaman              |       |      |     |          |
| B59 | Bugüne kadar;<br>Yangın, sel ya da başka bir afet yaşadın mı? Ciddi bir trafik kazası geçirdin mi?  | Hayır | Evet | BUG | Yanıtsız |
|     |   | 0     | 1    | 99  | 98       |

|     |  |   |   |    |    |
|-----|--|---|---|----|----|
| B60 | Fiziksel bir saldırıya uğradın mı, dayığa maruz kaldın mı?               | 0 | 1 | 99 | 98 |
| B61 | Cinsel bir saldırı ya da tacize maruz kaldın mı?                         | 0 | 1 | 99 | 98 |
| B62 | Çok sevdiğin bir yakınıni ani ve beklenmedik bir şekilde kaybettin mi?   | 0 | 1 | 99 | 98 |
| B63 | Silahlı çatışma altında kaldın mı?                                       | 0 | 1 | 99 | 98 |
| B64 | Bir yakınıni cinayet veya intihar gibi bir nedenle kaybettin mi?         | 0 | 1 | 99 | 98 |
| B65 | Bir insanın yaralandığını veya öldüğünü gördün mü?                       | 0 | 1 | 99 | 98 |
| B66 | Çocukluğunda başından çok kötü ve katlanılması çok zor olaylar geçti mi? | 0 | 1 | 99 | 98 |

Eğer yukarıdaki maddelerden herhangi birine EVET yanıtını verdiyseniz, aşağıdaki sorulara geçiniz.  
Yukarıdaki maddelerden herhangi birine EVET yanıtı işaretlemiyorsanız diğer bölüme geçiniz.

|     |   |  |  |    |    |
|-----|---|--|--|----|----|
| B67 | Az önce saydığım olaylardan seni en fazla etkileyen hangisiydi? |  |  | 99 | 98 |
|-----|---|--|--|----|----|

*Kişi bu olaylardan etkilenmediğini belirtiyorsa da travmayı sorgulamaya devam edin.*

|     |   |                     |  |  |    |
|-----|---|---------------------|--|--|----|
| B68 | Seni en fazla etkileyen bu olayı ne zaman yaşamıştın? | 1 ay önce           |  |  | 0  |
|     |   | 3 ay önce           |  |  |    |
|     |   | 6 ay önce           |  |  | 1  |
|     |   | 1 yıl ve daha fazla |  |  | 2  |
|     |   | BUG                 |  |  | 99 |
|     |   | Yanıtız             |  |  | 98 |

SON BİR AY içinde...

|     |   | Hayır | Evet | BUG | Yanıtız |
|-----|---|-------|------|-----|---------|
| B69 | Seni en fazla etkileyen bu olayı hatırlatan düşünceler, duygular, kabuslar, yerler veya kişiler nedeniyle korku veya kaygı yaşadın mı?<br><i>Anksiyete</i>                            | 0     | 1    | 99  | 98      |
| B70 | Seni en fazla etkileyen bu olayı düşünmemek, olayları hatırlatan şeylerden uzak durmak için çaba harcadın mı?<br><i>Kaçınma</i>   | 0     | 1    | 99  | 98      |
| B71 | Kendini sürekli diken üstünde veya tetikte hissettin mi?<br>(Soru anlaşılmazsa tedirginlik olarak açıklanabilir)<br><i>Aşırı uyarılma</i>   | 0     | 1    | 99  | 98      |
| B72 | Seni en fazla etkileyen bu olayla ilgili dan sonra kendini duygusal olarak duygusuz, taşlaşmış, yakın ilişkilerden uzak, kopuk veya ilgisiz hissettin mi?<br><i>Duygusal donukluk</i> | 0     | 1    | 99  | 98      |
| B73 | Bu sorunlar nedeniyle ruhsal bir tedavi veya danışmanlık ihtiyacı hissediyor musun?<br><i>Yardım ihtiyacı</i>   | 0     | 1    | 99  | 98      |

|    |   |                              |                                    |                                 |  |
|----|---|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| C1 | İnsanlar bazen kendilerine sorulan sorulara çeşitli nedenlerden dolayı doğru yanıt vermek istemeyebilir. Siz sorulara doğru yanıtlar verdiniz mi? |                              |                                    |                                 |  |
| 0  | Ben her zaman doğruyu söylerim  | 1                            | 2                                  | 3                               |  |
|    |   | Evete, doğru yanıtlar verdim | Yanıtların bir kısmı doğru değildi | Yanıtlarımın çoğu doğru değildi |  |



### Ek 3. Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)

Dikkat: [Madde] kavramı kişinin tercih maddesini tanımlamaktadır

- T1 [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musun? Ne sıklıkta?**
- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

AŞAĞIDAKİ SORULARI GÖZLEMLERİNİZE GÖRE DOLDURUN.

- T2 [Madde] kullanım sıklığı** (kullandığı zamanların ortalaması, görüşülmeyen dönemde ama en fazla son 1 ayı değerlendirin)
- Yok  Çok seyrek  Haftada bir kaç gün  Haftanın çoğunluğu  Hemen hemen her gün  BUG
- T3 [Madde] kullanım miktarı** (kullandığı zamanların ortalaması, görüşülmeyen dönemde ama en fazla son 1 ayı değerlendirin)
- Yok  Çok az  Ortalama kadar  Ortalamadan fazla  Zarar verici düzey  BUG
- T4 Aile ilişkileri**
- Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü  BUG
- T5 Çalışma durumu/Eğitim durumu**
- Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü  BUG
- T6 Fiziksel durum**  
*Hiçbir hastalığı yoksa "çok iyi", kronik bir hastalık veya bağımlılığa ilişkin bir sorunu varsa ama hayatını etkilemiyorsa "orta", hastalığı hayatını etkiliyorsa "çok kötü" işaretlenebilir.*
- Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü  BUG
- T7 Ruhsal durum**
- Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü  BUG
- T8 Yaşama katılımı**  
*Boş zaman değerlendirme, madde dışı aktivite, yatış kalkış saatleri vb*
- Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü  BUG

Not: BUG; bilinmiyor, uygulanamaz, bilgi güvenilir değil anlamına gelir. Hesaplamalar, BUG puanı çıkarılarak yapılır.

**ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN SORULAR**  
**Bu sorular toplam puana katılmaz, ayrıca değerlendirilir**

AŞAĞIDAKİ SORULARI DOĞRUDAN KİŞİYE SORUN.

- T2 [Madde] kullanımını bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musun? Ne sıklıkta?**  
*Kişi bıraktıysa o zaman "temiz kalma" motivasyonunu değerlendirin*
- o Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Çoğu zaman 4 Neredeyse her zaman
- T2a Bugünkü görüşmemiz sana NE KADAR yararlı oldu?**
- o Çok yararlı oldu 1 Yararlı oldu 2 Kısmen 3 Yararlı olmadı 4 Hiç yararlı olmadı

AŞAĞIDAKİ SORUYU GÖZLEMLERİNİZE GÖRE DOLDURUN.

- T10 Tedaviye uyum**  
*Bireysel ve grup çalışmalarına katılım, ilacı düzenli kullanma vb*
- o Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü 9 BUG

**Kaynak:** Şimşek M, Dinç M, Ögel K. Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi (baskıda)

## **ÖZGEÇMİŞ**

**Ad Soyad:** Ceren Şenyüz

### **ÖĞRENİM DURUMU:**

**Lisans:** 2018, Koç Üniversitesi, İnsani Bilimler ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji

**Yüksek Lisans:** 2021, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji

### **MESLEKİ DENEYİM:**

Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi, Deneyim Kazandırma Programı  
Stajyeri, Aralık '18- Nisan '19

Türkiye Yeşilay Vakfı, Psikolog, Nisan '19- Devam

### **YAYINLAR:**

Şenyüz, C. Sezer, S. Direkli, H., Kahraman, B., Işık, A. (2019). Yedam Danışmanlık Merkezinde Danışanların Klinik İlk Görüşmeye Gelme Durumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, Özel Sayı Cilt 1, Sayı 1. ss. 6-8.

Şenyüz, C. Bayramoğlu, E.İ. (2021). Neurobiological and Familial Influences on Children and Adolescents' Alcohol and Substance Use. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health (baskıda).