

ISSN: 1302-5570

Journal of Dependence

bağımlılık

Dergisi



CİLT / VOLUME: 26 - SAYI / NUMBER: 2

2025

YAYIN KURULU

Yayın Yönetmenleri

Prof. Dr. Ö. Ayhan Kalyoncu

İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Yasin Genç

Gelişim Üniversitesi İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mehmet Emin Demirkol

Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Dil Editörü

Nejla Yıldız, MA

İstatistik Editörleri

Prof. Dr. Deniz Ünal

Coemnius University, Bratislava, Slovakya

Doç. Dr. Çağatay Çavuşoğlu

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa, Türkiye

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Yıldız Akvardar

Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Zehra Arıkan

Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Elif Mutlu

İstanbul Galata Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Rabia Bilici

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hakan Coşkunol

Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Mehmet Çakıcı

Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, KKTC

Doç. Dr. Ulaş M. Çamsarı

Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, USA

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz

Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Cüneyt Evren

İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Kültegin Ögel

Acıbadem Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Didem Behice Öztop

Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Özgür Özlürk

İstanbul Psikiyatri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Defne Tamar Gürol

İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Berna Uluğ

Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Erdal Vardar

Trakya Üniversitesi, Edirne, Türkiye

Prof. Dr. Görkem Yazarbaş

Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Zeki Yüncü

Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Köksal Alptekin

Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Aslıhan İbiloğlu

Dicle Üniversitesi, Diyarbakır, Türkiye

Prof. Dr. Behçet Coşar

Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Orhan Doğan

Gelişim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı çıkar. / The journal is quarterly published in March, June, September and December.

Bağımlılık Dergisi; Türk Tıp Dizini, Türk Psikiyatri Dizini, Turk Medline, Türkiye Atıf Dizini, Chemical Abstracts, dizinlerinde yer almaktadır. / Journal of Dependence is indexed in TR Index, Türk Psikiyatri Dizini, Turk Medline, Turkish Citation Index, Chemical Abstracts.

Dergide yer alan yazı, şekil, tablo ya da resimlerin bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak olarak belirtmesi gereklidir. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir. Dergimiz yayınlanan yazılarda belirtilen görüşlere resmen katılmaz, hiçbir ürün yada servis reklamı için garanti vermez.

Any of the articles, tables, figures and pictures are not allowed to be copied completely or partially without authorization. The medical journals and books which will quote, have to indicate The Journal as reference. The articles and opinions in The Journal are in scientific and ethical responsibility of the authors. The Journal does not agree officially with the articles, and does not guarantee any of the advertised products and services.

Yayımlanma Tarihi/Publication Date: Haziran 2025 / June 2025

ISSN: 1302-5570

Üç ayda bir yayımlanan süreli yayındır.
International scientific journal published quarterly.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA/RESEARCH

- 137 **Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**
Validity and Reliability Study of Turkish Form of Substance Use Awareness and Insight Scale
Mehmet Karakaş, Ayşegül Koç
- 147 **Madde Kullanımının Savunma Mekanizmaları, Benlik Saygısı ve Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi**
Investigation of Substance Use in Terms of Defense Mechanisms, Self-Esteem and Attachment Styles
Merve Karaburun
- 162 **The Relationship between Addiction Severity and Co-Addiction Level in Individuals with Substance Use Disorder**
Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Bağımlılık Şiddeti İle Eşbağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişki
Osman Akay, Esra Albal, Gülten Güleşen, Gökhan Umut
- 176 **Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Psikiyatrik Bozuklukları Olan Erişkinlerin Madde Kullanım Profilleri, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri**
Substance Use Profiles, Sociodemographic and Clinical Characteristics of Adults with Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence
Dilek Altun Varmış
- 191 **Çocukluk Çağı Travmalarının, Riskli Alkol-Madde Kullanımı ve Cinsel Kompulsiyonlarla İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü**
Mediating Role of Emotion Regulation Strategies in the Relationship of Childhood Traumas with Risky Alcohol-Substance Use and Sexual Compulsions
Şevval Kınay, Lut Tamam

DERLEME / REVIEW

- 207 **Kannabis Kullanımının Epidemiyolojisi ve Farmakolojik Etkileri**
Epidemiology and Pharmacological Effects of Cannabis Use
Burçin Ün
- 220 **Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Çözüm Odaklı Terapinin Psikososyal Sorunların Azaltılmasına Etkisi: Sistemik Derleme**
The Effect of Solution Focused Therapy on Reducing Psychosocial Problems in Patients with Substance Use Disorder: Systematic Review
Şeyma Erkuş, Elçin Babaoğlu
- 235 **Tütün Kontrolü ve Bağımlılığının Tedavisinde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları**
Roles and Responsibilities of Nurses in Tobacco Control and Addiction Treatment
Songül Kamışlı

- 247 **Bağımlılıkta Psikoterapi Kuramları**
Theories of Psychotherapy in Addiction
Muhammed Yıldız, Lut Tamam
- 264 **İnternet Bağımlılığını Önlemede Türkiye ve Güney Kore Uygulamalarının Karşılaştırılması**
Comparison of Türkiye and South Korea Practices in Preventing Internet Addiction
Mehmet Bilge
- EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR**
- 274 **Türkiye’de Sigara Bırakmada Yeni Medikal Tedavi: Sitizin**
New Medical Treatment for Smoking Cessation in Türkiye: Cytisine
Özlem Kızıltaş

Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Validity and Reliability Study of Turkish Form of Substance Use Awareness and Insight Scale

Mehmet Karakaş¹ , Ayşegül Koç² 

1. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

2. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu

Abstract

Objective: The aim of this study was to test the reliability and validity of the Turkish version of the Substance Use Awareness and Insight Scale.

Method: The sample of the study consisted of 101 inpatients with a diagnosis of substance use disorder admitted to a mental health and diseases hospital. The research data were collected with 'Patient Introduction Form', 'Substance Use Awareness and Insight Scale' and 'Addiction Profile Index Effects on Life subscale and Motivation subscale'. The scale was tested with validity and reliability analyses such as exploratory factor analysis after language validity, confirmatory factor analysis, criterion validity, item discrimination and Cronbach Alpha coefficient.

Results: The results of the internal consistency analyses showed that the factor loadings of the scale were between 0.53 and 0.80. The scale has two sub-dimensions as disease awareness and awareness of negative consequences, and Cronbach Alpha values were 0.716 and 0.689, respectively. The total Cronbach Alpha value of the scale was found to be 0.758. In the confirmatory factor analysis, $\chi^2/Sd=1.705$, $GFI=0.949$, $AGFI=0.869$, $CFI=0.945$, $RMSEA=0.080$, $SRMR=0.096$. There was a positive and significant relationship between the Substance Use Awareness and Insight Scale and the Addiction Profile Index Motivation and Effects on Life sub-dimensions.

Conclusion: The Turkish form of the Substance Use Awareness and Insight Scale was found to be a valid and reliable measurement tool with seven items and a two-factor structure, based on short and self-report.

Keywords: Substance addiction, awareness, reliability, validity

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliliğini test etmektir.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine başvuran madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve yatarak tedavi gören 101 birey oluşturmuştur. Araştırma verileri "Hasta Tanıtım Formu", "Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği" ve "Bağımlılık Profil İndeksi Yaşam Üstüne Etkileri alt boyut ölçeği ve Motivasyon alt boyut ölçeği" ile toplanmıştır. Çalışmada dil geçerliği sonrası açımlayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, ölçüt geçerliği, madde ayırt ediciliği ve Cronbach Alpha katsayısı gibi geçerlik ve güvenirlik analizleri ile ölçek test edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada ölçeğin iç tutarlık analiz sonuçlarında faktör yüklerinin 0,53 ile 0,80 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin hastalık farkındalığı ve olumsuz sonuçların farkındalığı şeklinde iki alt boyutu bulunmakta olup sırasıyla Cronbach Alpha değeri 0,716 ve 0,689 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri ise 0,758 olarak bulunmuştur. Yapılan doğrulayıcı faktör analizinde $\chi^2/Sd=1,705$, $GFI=0,949$, $AGFI=0,869$, $CFI=0,945$, $RMSEA=0,080$, $SRMR=0,096$ olarak tespit edilmiştir. Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği ile Bağımlılık Profil İndeksi Motivasyon ve Yaşam üzerine etkileri alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeğinin Türkçe formunun yedi madde ve iki faktörlü bir yapıda, kısa ve öz bildirime dayalı, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Madde kullanımı, farkındalık, güvenirlilik, geçerlilik

Giriş

Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) herkesi etkileyebilen biyolojik, sosyal ve davranışsal boyutları olan ciddi bir sorundur (1). Ülkemizde yayınlanan Meclis Araştırma Raporu'nda (2008) bağımlılık yapıcı maddeyle tanışma yaşının giderek düştüğü ve özellikle ergenlik dönemindeki gençlerin bağımlılık açısından risk altında olduğu bildirilmiştir (2). Bağımlılık beden ve ruh sağlığını, işlevselliği, iş, aile ve toplum uyumunu bozmakla kalmayıp suça sürüklenme, özkiyim veya aile parçalanmaları gibi birçok farklı probleme de sebep olabilmektedir. Madde kullanım bozukluğunun tedavisi olsa da bağımlılık yapıcı maddenin tekrar kullanılması halinde bağımlılık da tekrar nüksetmektedir (3). Çeşitli tedavi seçeneklerinin bulunmasına rağmen, madde kullanım bozukluğunda hastalık farkındalığı bozulmuş bireylerin klinik hizmetlerden yararlanma olasılıkları daha düşük, kullanımın ciddiyetine rağmen tedaviyi bırakma olasılıkları ise daha yüksektir (4). Madde kullanım bozukluğunda hastalık farkındalığının daha yüksek düzeyde olması tedavi katılımını, uyumu ve klinik iyileşme sonuçlarını da olumlu etkilemektedir (5). Ancak bu olumlu etkilerine rağmen, MKB olan bireylerde hastalık farkındalığı konusu yeterince önem görmemiştir (6).

Madde kullanım bozukluğunda hastalık farkındalığı, kişinin madde kullanımıyla ilgili bir sorunu olduğunu subjektif olarak tanımasını ifade eder. Aynı zamanda kişinin tedavi ihtiyacını ve madde kullanımından kaynaklanan olumsuz sonuçları kabul etmesini de içerir (7). Bağımlılık ile mücadelede önemli rolü olan farkındalığın artması, istek ve eylem arasındaki tutarsızlıkları görmeye yarar sağlayabilir (8). Bu nedenle bağımlılığı olan bireylerin farkındalık ve iç görülerinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Madde kullanım bozukluğunda farkındalık ile ilgili yapılan literatür çalışmasında yurt dışında madde, alkol, nikotin kullanım bozukluğu ve kumar bağımlılığına yönelik çeşitli içgörü ve farkındalık ölçeklerinin olduğu görülmüştür (7,9-11). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise daha çok madde kullanım bozukluğuna yönelik farkındalıkları belirlemeye yönelik bağımlı olmayan örneklemelerde kullanılan ölçeklerin olduğu saptanmıştır (12-14). Ancak Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeği (MKFiÖ) bağımlılığı olan bireylerin farkındalıklarını belirlemeye yardımcı olacak bir araçtır. MKFiÖ bağımlılıkta ilk hastalık farkındalığını ölçmek ve iç görüdeki hassas değişiklikleri tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. Hastalık farkındalığını dört teorik alana dayandırılarak geliştirmiş olan ölçekte ve bu alanlar Hastalık Farkındalığı, Belirtilere Atıf, Tedavi İhtiyacı Bilinci ve Olumsuz Sonuçların Farkındalığı olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin oldukça kısa olması klinisyenler için hem kullanım kolaylığı hem de hastanın farkındalığı hakkında hemen bilgi sahibi olmayı sağlayacağı düşünülmektedir. Ölçek hastalık ve belirtilerini fark etme, tedavi ihtiyacına olan bilinç ve hastalığın olumsuz sonuçlarının farkındalığı konularında bilgi vermektedir. Bu ölçeğin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel olarak farkındalıklarının değerlendirilmesi ve onlara özgü hedeflerin oluşturulması sürecine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca tedavi, sağlık bakım hizmetleri ve psiko-sosyal müdahalelerin planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi için kullanılacak bir ölçüm aracı olması hedeflenmektedir. Bu nedenle bağımlılıkta ilk hastalık farkındalığını ölçmek ve iç görüdeki hassas değişiklikleri tespit etmek amacıyla ülkemiz kültürüne uygun ve geçerli bir ölçüm aracının olması oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesidir.

Yöntem

Örneklem

Çalışmanın evrenini bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine başvuran, madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve yatarak tedavi gören tüm bireyler oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini DSM-5 ve ICD-10 tanılama sistemlerine göre madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve yatarak tedavi gören tüm hastalar oluşturmuştur. Dışlama kriteri ise 18 yaşından küçük olması, zeka geriliği tanısının olması, bipolar bozukluk veya herhangi bir psikotik bozukluk eş tanısının olması, maddenin akut etkisi altında olması ve okuryazar olmaması olarak belirlenmiştir. Literatürde ölçek uyarlama çalışmaları için örneklem sayısının ölçek madde sayısının 5 ile 10 katı olması gerektiği (15), ancak örneklem sayısının da 100'ün altına düşmemesinin uygun olduğu

belirtilmektedir (16,17). Ayrıca verilerin yeterlilik durumunun Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ile değerlendirilmesinin gerektiği belirtilmiştir (18). Bu çalışmada 126 bireye ulaşılmış ancak 25 anket eksik doldurma veya sadece bir kez kullandığını ifade etme gibi nedenlerle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Çalışma, formları eksiksiz dolduran toplam 101 bireyle tamamlanmış ve KMO analizi ile de örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Etik Araştırmalar Kurulundan (Tarih: 06.09.2022, Karar no:2022/238), araştırmanın yapıldığı kurumun yetkili kişilerinden (Tarih: 12.08.2022, Sayı: E-27991073-604.01.02), araştırmaya katılan bireylerden yazılı, ölçekleri geliştiren araştırmacılardan ise e-posta yolu ile izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından çalışmaya katılmak isteyen bireylerle yüz yüze görüşme gerçekleştirilerek veriler toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında "Hasta Tanıtım Formu", "Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği" ve "Bağımlılık Profil İndeksi Yaşam Üstüne Etkileri alt boyut ölçeği ve Motivasyon alt boyut ölçeği" kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu

Sosyodemografik özellikler (yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu vb) ve hastalığa ilişkin özellikleri (daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi alma durumu, madde kullanımına başlama süresi, madde kullanım sıklığı, maddenin türü vb) içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği (Substance Use Awareness and Insight Scale-SAS)

Bağımlılıkta ilk hastalık farkındalığını ölçmek için geliştirilmiştir. Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği 7 maddelik öz bildirim dayalı bir ölçektir. Her madde için 10'lu Likert ölçeği (0-Kesinlikle katılmıyorum, 10-Kesinlikle katılıyorum) kullanan bağımlılık farkındalık ölçeği iç görüdeki hassas değişiklikleri tespit etme kapasitesine sahip olacak şekilde Kanada Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Merkezi (2020) tarafından geliştirilmiştir (7). Ölçek iki faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır. Faktör 1, madde kullanım bozukluğuna sahip olmanın farkındalığı, tedavi ihtiyacını ve madde kötüye kullanımının olumsuz sonuçlarını ölçen maddeler içerirken, faktör 2 ise madde kullanım bozukluğunun inkarını ölçen maddeler içermektedir. Ölçek hastalık farkındalığının dört teorik alanına dayandırılarak geliştirmiştir ve bu alanlar Hastalık Farkındalığı, Belirtilere Atf, Tedavi İhtiyacı Bilinci ve Olumsuz Sonuçların Farkındalığı olarak isimlendirilmiştir (7). Ölçekte iki madde (M4, M5) ters puanlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.86 olarak belirlenmiştir (7). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.758 olarak saptanmıştır.

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Ögel ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen, bağımlılığı boyutları ile ele alan ve bağımlılık şiddetini ölçen bir ölçektir (3). Ölçek tamamı 37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşsa da bu çalışmada tamamı kullanılmamıştır. Bu çalışmada ölçüt bağıntılı geçerlik için kullanılacağından ölçeğimizle paralel yapıları ölçen Yaşam Üstüne Etkileri ve Motivasyon alt boyut ölçekleri kullanılmıştır. BAPİ ölçeğinde her alt boyut ayrı ayrı puanlanıp hesaplanmaktadır. Yaşam Üstüne Etkileri alt boyutu 10 madde ve Motivasyon alt boyutu ise 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5 likert tipte olup, ölçek alt puan ortalamaları toplam puanın madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değerleri Yaşam Üstüne Etkileri alt boyutu için 0.71, Motivasyon alt boyutu için 0.44 ve toplamı için 0.89 olarak belirlenmiştir (3). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değerleri Motivasyon alt boyutu için 0,785, Yaşam üzerine etkileri 0,803 ve BAPİ genel için 0.799 olarak saptanmıştır.

Ölçek Uyarılama Süreci

Ölçeğin uyarılama çalışması için ölçeği geliştiren araştırmacıdan e-mail yoluyla izin alınmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi iki uzman tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye çevrilen form kültürel anlam ve gramer açısından psikiyatri alanında uzman olan yedi kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşü sonrası form

güncellenmiştir. Sonraki aşamada bu Türkçe form çalışmaya dahil edilmeyecek 10 bireye ön uygulama olarak yaptırılmıştır. Ön uygulama sonrası Türkçe form tekrar iki farklı uzman tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Dil geçerliği sağlandıktan sonra uygulama aşamasına geçilmiştir.

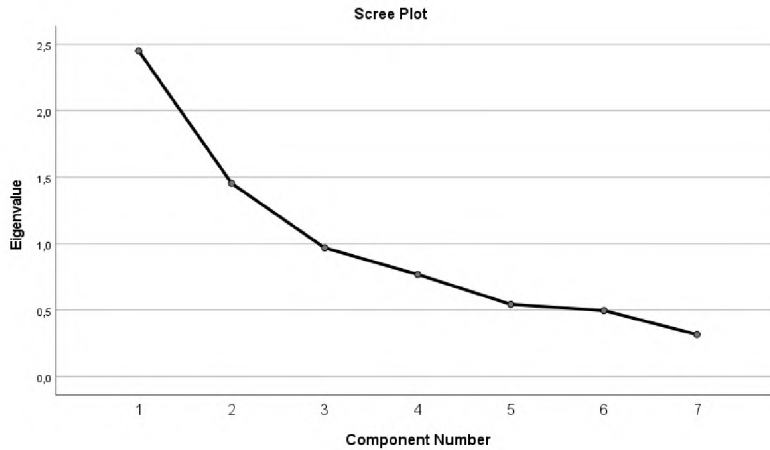
Ölçeğin dil geçerliği sonrası yapı geçerliği için açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. AFA çok sayıda değişkenin olduğu bir yapıyı az sayıda değişkenle anlamlı bir biçimde tanımlamayı hedefler (19). DFA ise farklı değişkenlerle oluşturulan faktörlerin gerçek verilerle uyum düzeylerini değerlendirme amacıyla kullanılır (20). DFA için Uyum İyiliği İndeksi (GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) gibi uyum indeksleri kullanılmaktadır. Bu uyum indekslerinde GFI ve CFI için $>.90$ ve üstündeki, RMSEA ve RMR için $<.08$ ve altındaki değerlerin kabul edilebilir değerler olduğu ifade edilmiştir (21). Geçerlik için ölçüt bağıntılı geçerliğe ve iki ölçek arası korelasyona, (15,18) ölçek güvenirliği için ise Cronbach Alpha katsayısına ve iki yarı güvenirlik katsayılarına bakılır (15). Bu çalışmada da ölçüt bağıntılı geçerlik için BAPİ motivasyon ve yaşam üzerine etkileri alt boyutları kullanılmıştır. Uyarlama sürecinde kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları incelenerek literatür doğrultusunda belirtilen adımlar izlenerek yapılmıştır (22).

Veri Analizi

Çalışmanın verileri SPSS 25.0 Paket programı ve AMOS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verilerinin normallik dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testi ile, iki yarı test güvenirliği Guttman Split-Half analizi kullanılmıştır. Ayrıca verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel, ölçekler arası korelasyon analizi, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, uyum iyiliği analizleri (χ^2/Sd , RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü, GFI: Uyum İyiliği İndeksi, AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi) Cronbach Alpha ve Pearson korelasyon katsayı istatistikleri kullanılmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizinde Varimax rotasyonu, Temel Bileşenler Analizi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin %94,1'inin erkek, %53,5'inin bekar, %41,6'sının çocuk sahibi olduğu, %41,6'sının lise mezunu ve yaş ortalamalarının $32,42 \pm 8,39$ olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %43,6'sı kullandığı madde miktarının çoğu zaman arttığını, %32,7'si ise neredeyse her zaman arttığını, %33,6'sının 1-5 yıldır madde kullandığı, %57,4'ünün madde kullanım sıklığının haftada 4 kez ve üstünde olduğu ve en çok kullanılan maddelerin sırasıyla alkol, esrar ve uyarıcılar (amfetamin vb.) olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Katılımcıların %66,3'ünün birden fazla ilaç ve diğer psikoaktif madde kullanımı, %26,7'sinin alkol kullanımı ve % 7'sinin Esrar kullanımı teşhisleri ile klinikte yattıkları saptanmıştır.



Şekil 1. Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeği Scree plot grafiği

Tablo 1. Araştırmaya ilişkin tanıtıcı özelliklerin dağılımı

Değişken (N=101)	n	%
Yaş sınıfı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 32,42 \pm 8,39$ (yıl)]		
<25	19	18,8
25-29	22	21,8
30-34	26	25,7
≥ 35	34	33,7
Cinsiyet		
Erkek	95	94,1
Kadın	6	5,9
Medeni durum		
Evli	33	32,6
Bekar	54	53,5
Boşanmış	13	12,9
Dul	1	1,0
Çocuk sahibi olma		
Evet	42	41,6
Hayır	59	58,4
Kullanılan madde miktarını artırma		
Hiçbir zaman	3	3,0
Nadiren	6	5,9
Bazen	15	14,8
Çoğu zaman	44	43,6
Neredeyse her zaman	33	32,7
Madde kullanım süresi		
1-5 yıl	34	33,6
6-10 yıl	22	21,8
11-15 yıl	22	21,8
16-20 yıl	9	8,9
≥ 21	14	13,9
Madde kullanım sıklığı		
Ayda 2-4 kez	15	14,9
Haftada 2-3 kez	28	27,7
Haftada 4 kez ve üstü	58	57,4
Eğitim düzeyi		
Okuryazar	1	1,0
İlkokul	12	11,9
Ortaokul	39	38,6
Lise	42	41,6
Üniversite	7	6,9
Psikiyatrik tedavi alma		
Evet	53	52,5
Hayır	48	47,5
Değişken (N=101)	Hiç kullanmadım (n,%)	En az bir kez kullandım (n, %)
Alkol	20 (%19,8)	81 (%80,2)
Esrar	32 (%31,7)	69 (%68,3)
Uyarıcılar (Amfetamin vb.)	38 (%37,6)	63 (%62,4)
Çeşitli ilaçlar (Rivoltil vb.)	59 (%58,4)	42 (%41,6)
Kokain	68 (%67,3)	33 (%32,7)
Uçucu maddeler	74 (%73,3)	27 (%26,7)
Eroin	78 (%77,2)	23 (%22,8)
Diğer bilinmeyen maddeler	85 (%84,2)	16 (%15,8)

Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği Geçerliliği

Ölçeğin Kaiser Mayer Olkin (KMO) örneklem yeterlilik değeri 0,632 olarak saptanmıştır. Barlett Sphericity testi sonucu ($\chi^2=143,449$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda ölçek 2 faktör altında toplanmıştır (Şekil 1). Birinci faktör tek başına toplam varyansın %35,017'sini ve iki faktör birlikte toplam varyansların %55,785'ini açıklamaktadır. Ölçeğin iç tutarlık analiz sonuçlarında faktör yüklerinin 0,53 ile 0,80 arasında değiştiği belirlenmiştir. Faktörlerin Cronbach- α katsayısı bakıldığında Faktör 1 için 0,716, Faktör 2 için 0,689 ve ölçeğin geneli için 0,758 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği faktör yüklerinin dağılımı

Madde	Faktör yükleri		Açıklanan varyans
	Faktör 1	Faktör 2	
Madde 1	0,640		35,017
Madde 2	0,801		
Madde 3	0,619		
Madde 6	0,538		
Madde 7	0,734		
Madde 4		0,645	20,767
Madde 5		0,545	
Toplam açıklanan varyans			55,785
Cronbach- α katsayısı (Madde sayısı)			0,758 (7 madde)
			0,716 (5 madde)
			0,689 (2 madde)

MKFİÖ ile BAPİ motivasyon, yaşam üzerine etkileri ve BAPİ – genel arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). MKFİÖ arttıkça, motivasyon, yaşam üzerine etkileri ve BAPİ – genel puanı da artmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Korelasyon* (N=101)			Madde Kullanım Farkındalık ve İlgörü Ölçeği	
Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)	Motivasyon	r	0,293	
		p	0,003	
	Yaşam üzerine etkileri	r	0,217	
		p	0,030	
	BAPİ – genel	r	0,246	
		p	0,013	

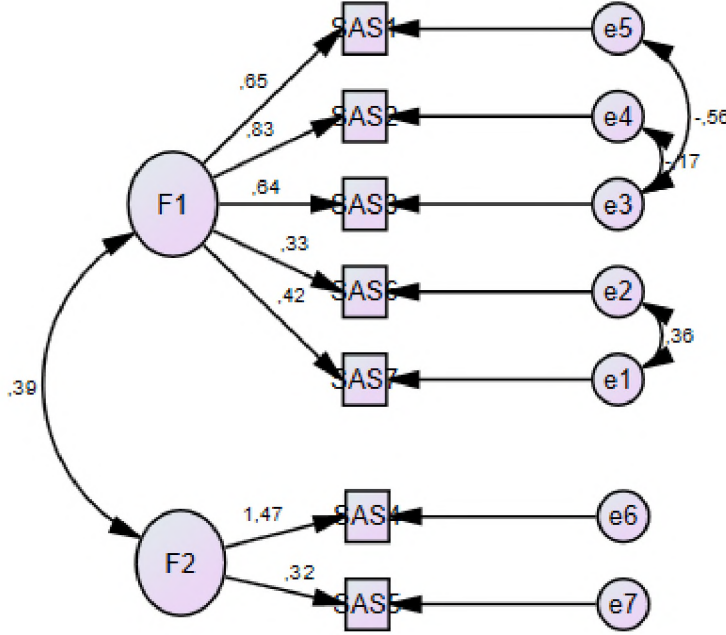
*Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4. Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum indekslerinin dağılımı

Değişken*	Uygun	Kabul edilebilir	Çalışmadaki değer
χ^2/SD	≤ 2	≤ 5	1,705
RMSEA	$\leq 0,05$	$\leq 0,08$	0,080
CFI	$\geq 0,97$	$\geq 0,90$	0,945
SRMR	$\leq 0,05$	$\leq 0,10$	0,096
GFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$	0,949
AGFI	$\geq 0,90$	$\geq 0,85$	0,869

* RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü, GFI: Uyum İyiliği İndeksi, AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

Bu çalışmada, iki faktörlü yapısının doğrulanma durumunu belirlemek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır (Şekil 2). Yapılan doğrulayıcı faktör analizinde $\chi^2/Sd=1,705$, $GFI=0,949$, $AGFI=0,869$, $CFI=0,945$, $RMSEA=0,080$, $SRMR=0,096$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).



Şekil 2. Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) modeli

Tartışma

Bu çalışma madde kullanımı ile ilgili farkındalık ve içgörüyü belirleyebilmek adına Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeğini Türkçeye uyarlamak ve ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini test etmek için yapılmıştır. Ölçeğin KMO örneklem yeterlilik değeri 0,632, Barlett Sphericity testi sonucu $\chi^2=143,449$; $p<0,001$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar örnekleminin açıklayıcı faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir (19). Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun erkek olduğu görülmektedir. Madde kullanım bozukluğunda farkındalık ve içgörü ile ilgili yapılan sistematik gözden geçirme çalışmalarında da örneklemin büyük çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu bulunmuştur (23,24). Bu sonuçlar erkek bağımlı hastaların daha fazla olması, kadın hastalara yönelik daha fazla damgalama olması veya kadın hastaların yatarak tedavi görmek istememeleri gibi birçok değişken söylenebilir (25). Çalışmamızdaki bu sonucun nedeni çalışma yapılan hastanede tek bir arındırma kliniğinin olması ve bu kliniğe de yatış için başvuran kadın hasta sayısının az olması olarak söylenebilir.

Ölçeğin yapı geçerliliği için AFA ve DFA analizleri yapılmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizi Varimax rotasyonu sonucunda ölçeğin 2 faktörlü bir yapıda olduğu saptanmıştır. Ölçeğin orijinalinde de 2 faktörlü yapı bulunmaktadır (7). Birinci faktör tek başına toplam varyansın %35,017'sini ve iki faktör birlikte toplam varyansların %55,785'ini açıklamaktadır. Bu sonuçlar ölçeğin maddelerin varyansın büyük kısmını açıkladığını göstermektedir. Ölçeğin faktör yüklerinin 0,53 ile 0,80 arasında değiştiği belirlenmiştir. Literatürde de faktör yük değerinin kabul edilebilir olması için 0,30'un üstünde olması gerektiği ama 0,50'nin üstünde olmasının güvenirliği arttıracığı vurgulanmıştır (15). Çalışmamızda da tüm faktör yüklerinin 0,50'nin üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum ölçek maddelerinin hepsinin faktör yük değerinin uygun olduğunu göstermektedir.

Faktörlerin Cronbach Alpha katsayısına bakıldığında Faktör 1 için 0,716, Faktör 2 için 0,689 ve ölçeğin geneli için 0,758 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinalinde Cronbach Alpha değeri 0,86 olarak bulunmuştur (7). Psikometrik çalışmalarda Cronbach Alpha değerinin en az 0,60'ın üzerinde olmasının kabul edilebilir bir değer olduğu, özellikle düşük maddeli ölçeklerde bu değer düşebileceği ve genellikle bu değer 0,70'in üzerinde olması istendiği bilinmektedir (15,26). Çalışmamızda da madde sayısının az olmasının Cronbach Alpha değerini etkilediği düşünülmektedir. Özellikle iki maddeli ikinci faktörün Cronbach Alpha değerinin 0,70'in biraz altında olduğu görülse de kabul edilebilir bir seviyede olduğu söylenebilir. Ölçeğin madde sayısının az olması güvenilirliği biraz düşüren bir durum olarak görünse de bu durumun ölçeğin uygulanabilirliğini artıracak ve klinik ortamlarda basit ve hızlı değerlendirme sunacağı da unutulmamalıdır.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizinde $\chi^2/Sd=1,705$, $GFI=0,949$, $AGFI=0,869$, $CFI=0,945$, $RMSEA=0,080$, $SRMR=0,096$ olarak saptanmıştır. Uyum iyiliği analizleri ölçek geçerliliği için sık kullanılan bir yöntemdir (21). DFA bireylerden alınan verilerin teorik yapıyla uyumlu olup olmadığını göstermek için önemli bir yöntemdir (22). Bu çalışmada da bu yöntem kullanılmış ve ölçek geçerliğinin literatürde yer alan kabul edilebilir seviye olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda ölçüte dayalı geçerlik için paralel form olarak BAPİ motivasyon ve yaşam üzerine etkileri alt boyutları kullanılmıştır. BAPİ bağımlılığın boyutlarını ve bağımlılık şiddetini ölçen ölçeğimizle paralel bir ölçektir. BAPİ motivasyon ve yaşam üzerine etkileri alt boyutları ile MKFİÖ arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ölçüte dayalı geçerlik için paralel formun benzer amaçla hazırlanmış olması ve uyarlanan ölçek ile aralarında anlamlı ilişki olması gerektiği belirtilmektedir (15,27). Paralel form kullanımı ölçüte dayalı geçerlik için sık kullanılan yöntemlerden olup benzer birçok çalışmada da kullanılmıştır (3,28,29). Bu bulgular çerçevesinde Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik sağlandığı söylenebilir.

Farkındalığa dayalı müdahaleler, bedensel sinyalleri harekete geçirerek eylemi teşvik edebilir ve şu andaki biliş, duygu ve davranışlara ilişkin farkındalığı artırabilir. Ayrıca motivasyonel görüşme yoluyla da iç görü geliştirilebilir (30). Madde kullanım bozukluklarına ilişkin iç görünün de tedaviye uyum, yoksunluk ve eşlik eden ruh sağlığı semptomlarıyla bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır (24). Ayrıca madde kullanım bozukluğunda nüksü önlemek için farkındalık temelli müdahalelerin geleneksel tedavilerden daha etkili olduğu saptanmıştır (23). Bu nedenle madde kullanım bozukluğunda farkındalık ve iç görü önemli kavramlardır. Ülkemizde madde kullanım bozukluğunda bu kavramlarla ilişki pek çalışma bulunmamakla birlikte bağımlılığı olan bireylerin farkındalık ve iç görülerini ölçen herhangi bir ölçekte bulunmamaktadır. Ölçeğin kullanımında herhangi bir özel bilgi gerektirmemesi, son derece kısa ve öz olması ve tüm klinisyenlerin (hekim, hemşire vb.) kullanabilecek olması gibi birçok önemli artıları vardır. Form madde kullanım bozukluğu poliklinik veya kliniklerinde kullanılabilir. Bu nedenle bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin yapılmasının oldukça önemli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Ölçeğin öz bildirim dayalı bir ölçek olması bireylerin taraflı davranma sorununu öne çıkarmaktadır. Özellikle bağımlılık yapıcı maddelerden bazılarının yasa dışı ve kullanımlarının yasak olması bireylerin soruları yanıtlarken taraflı davranmaya itmiş olabilir. Bu nedenle bundan sonraki çalışmalarda bu durumda göz önüne alınması önerilmektedir. Ayrıca 25 anketin eksik doldurma, bağımlı olduğunu kabul etmeme vb. sebeplerle değerlendirmeye alınamaması, çalışmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması, kadın erkek dağılımının dengesiz olması ve örneklem sayısının bir genelleme için yeterli olmaması bu kısıtlıklardandır. Geliştirilen ölçeğin farklı çalışmalarda da geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi ve ölçeğin kliniklerde kullanılarak uygulanabilirliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Sonuçlarımız MKFİÖ'yü geliştiren araştırmacıların sonuçlarıyla uyumlu olarak ölçek yapısını desteklemektedir. Ancak ölçeği geliştiren araştırmacıların hastalık farkındalığının dört teorik alana dayandırarak öne sürdükleri hastalık farkındalığı, belirtilere atf, tedavi ihtiyacı bilinci ve olumsuz sonuçların farkındalığı isimli dört teorik alana dayandırılan teorik yapıyı desteklememektedir. Çünkü bu alanlarda her alt boyut olarak sunulan yapıda sadece bir veya iki maddenin yer alması ve belirtilen alanların istatistiksel analizde ortaya çıkmaması sebebiyle dört teorik alana dayandırılan teorik yapının desteklenmesi mümkün değildir. Çalışmamızda iki alt

boyutlu bulunan yapıda birinci alt boyut hastalık farkındalığı (M1,M2,M3,M6,M7), ikinci alt boyut ise olumsuz sonuçların farkındalığı (M4,M5) şeklinde adlandırılmıştır. Olumsuz sonuçların farkındalığı alt boyutundaki maddeler ters puanlanmakta olup, ölçek toplam puanı bu maddeler ters çevrildikten sonra tüm maddelerin toplanıp ortalamasının alınması ile elde edilir. Bu nedenle olumsuz sonuçların farkındalığı alt boyutunda düşük puan alınması madde kullanım farkındalık ve iç görüşü için olumludur. Hastalık farkındalığı alt boyutunda ise yüksek puan almak olumludur. Sonuç olarak Madde Kullanım Farkındalık ve İçgörü Ölçeğinin Türkçe formunun 7 madde ve iki faktörlü bir yapıda, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Ögel K (editor). Bağımlılık tedavisine bakış. Bağımlılıkta Tıbbi ve Psikososyal Tedavi. İstanbul: Karakter Color, 2010: 133.
2. Meclis Araştırma Raporu. Uyuşturucu başta olmak üzere madde bağımlılığı ve kaçakçılığı sorunlarının araştırılarak alınması gereken önlemler. Ankara, TBMM 2008; 323: 7-13.
3. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol T. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg 2012; 23(4): 264-273.
4. Kenny P, Harney A, Lee NK, Pennay A. Treatment utilization and barriers to treatment: Results of a survey of dependent methamphetamine users. Subst Abuse Treat Prev Policy 2011; 6(1): 1-7.
5. Linn-Walton R, Maschi T. Insight, motivation and outcome in drug treatment for offenders: A review of the recent literature. Journal of Addiction Research & Therapy 2015; 6(1): 1000210.
6. Raftery D, Kelly PJ, Deane FP, et al. Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. Addict Behav 2020; 111: 106549.
7. Kim J, Kambari Y, Taggar A, et al. A measure of subjective substance use disorder awareness—Substance Use Awareness and Insight Scale (SAS). Drug Alcohol Depend 2022; 231: 109129.
8. Çöl İA, Sönmez MB, Vardar ME. Evaluation of interoceptive awareness in alcohol-addicted patients. Noro Psikiyatr Ars 2016; 53(1): 17-22.
9. Kim J, Taggar A, Quilty LC, Selby P, et al. A measure of illness awareness in alcohol use disorder—Alcohol Use Awareness and Insight Scale (AAS). Drug Alcohol Depend 2021; 226: 108813.
10. Kim J, Kambari Y, Taggar AA, et al. Measure of illness awareness in individuals with nicotine dependence—Nicotine Use Awareness and Insight Scale. Nicotine Tob Res 2022; 24(4): 536-543.
11. Kim J, Amaev A, Quilty LC, et al. A measure to assess illness Awareness in problem gambling: Gambling Awareness and Insight Scale (GAS). J Gambli Stud 2022; 38(3): 1029-1043.
12. Özay Köse E, Gül Ş. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2018; 19(3): 41-56.
13. Yıldız Z, Sel A. Developing a scale to determine university students' awareness level of substance use. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi 2021; 10(1): 44-57.
14. Yurtsever B, Arabacı Baysan L. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği'nin ve Madde Bağımlılığı Bilgi Testi'nin erişkinlerde geçerlilik ve güvenirliği. Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021; 1(3): 206-225.
15. Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları & Veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. F. Erdoğan, N. Nahcivan ve M. N. Esin. (Editörler). Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2017: 193-232.
16. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol 2007; 60(1): 34-42.
17. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. BMC Med Res Methodol 2010; 10: 22.
18. Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci. 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık, 2018.
19. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri El Kitabı, İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum. 14. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2018.
20. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. 26. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2019.
21. Çokluk ÖS, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2018.
22. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. Florence Nightingale Journal of Nursing 2018; 26(3): 199-210.

23. Alpay Ü, Aydoğdu BE, Yorulmaz O. Madde kullanımı olan yetişkinlerde farkındalık temelli müdahalelerin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 2018; 5(4): 721-746.
24. Raftery D, Kelly PJ, Deane FP, et al. Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addict Behav* 2020; 111: 106549.
25. Kutlu Y. Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(2): 90-93.
26. Taber KS. The use of Cronbach's Alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Educ* 2018; 48: 1273–1296.
27. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2014;13(40): 39-49.
28. Demir GT, Cicioğlu Hİ. Egzersiz Bağımlılığına İlişkin Farkındalık Ölçeği (EBİFÖ): geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* 2022; 13(1): 1-17.
29. Traş Z, Yakıcı HB. Sevgi Bağımlılığı Ölçeğinin Türk Kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bağımlılık Dergisi* 2024; 25(4): 368-383.
30. Maracic CE, Moeller SJ. Neural and behavioral correlates of impaired insight and self-awareness in substance use disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* 2021; 8(4): 113-123.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.

Madde Kullanımının Savunma Mekanizmaları, Benlik Saygısı ve Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi

Investigation of Substance Use in Terms of Defense Mechanisms, Self-Esteem and Attachment Styles

Merve Karaburun ¹ 

1. Bursa Teknik Üniversitesi, Bursa

Abstract

Objective: This study aims to examine the relationship between substance use disorder, self-esteem, attachment styles, and defense mechanisms.

Method: The study sample consisted of 199 individuals, 90 female and 109 male, with substance use disorder. Data were collected using the Personal Information Form, DSM-5 Substance Use Disorder Criteria Form, Three-Dimensional Attachment Style Scale, Two-Dimensional Self-Esteem Scale, and Defense Styles Questionnaire.

Results: The study found correlations between self-esteem dimensions, attachment styles, and defense mechanisms in individuals with substance use disorder. Immature defenses were notably prominent. Self-liking was correlated with immature and mature defenses, as well as secure and anxious ambivalent attachment styles. Self-efficacy showed significant associations with mature defenses, secure attachment, and anxious ambivalent attachment. Immature defenses were linked to avoidant and anxious ambivalent attachment, while neurotic defenses related to secure, avoidant, and anxious ambivalent attachment. Mature defenses were associated with secure, avoidant, and anxious ambivalent attachment styles.

Conclusion: It would be useful to examine in depth the psychological and sociocultural factors associated with substance use disorder. Understanding the attachment styles of individuals and developing treatment methods accordingly, as well as therapeutic interventions aimed at increasing self-esteem, may be effective in the treatment of substance use.

Keywords: Substance use disorder, self-esteem, attachment styles, defense mechanism

Öz

Amaç: Bu araştırma; madde kullanım bozukluğu, benlik saygısı, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemi 90'ı kadın ve 109'u erkek olmak üzere madde kullanım bozukluğu olan 199 kişiden oluşmaktadır. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, DSM-5 Madde Kullanım Bozukluğu Kriterleri Formu, Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği, İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği ve Savunma Biçimleri Testi kullanılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, madde kullanımı bozukluğu olan bireylerde benlik saygısı boyutları, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasında korelasyonlar bulunmuştur. İlkel savunmalar belirgin şekilde öne çıktı. Kendini beğenme boyutu; ilkel ve olgun savunmalar ile güvenli ve kaygılı-kararsız bağlanma stilleriyle ilişkiliydi. Öz-yeterlilik ise olgun savunmalar, güvenli bağlanma ve kaygılı-kararsız bağlanma ile anlamlı bir ilişki gösterdi. İlkel savunmalar, kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma ile ilişkiliyken, nevrotik savunmalar güvenli, kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma ile ilişkiliydi. Olgun savunmalar güvenli, kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma stilleriyle ilişkilendirildi.

Sonuç: Madde kullanım bozukluğu ile ilişkili psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin derinlemesine incelenmesi faydalı olacaktır. Bireylerin bağlanma stillerini anlamak ve buna göre tedavi yöntemleri geliştirmek, ayrıca benlik saygısını artırmaya yönelik terapötik müdahaleler madde kullanımının sağaltımında etkili olabilir.

Anahtar kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, benlik saygısı, bağlanma stilleri, savunma mekanizmaları

Giriş

Madde kullanım bozukluğu; çeşitli davranış bozukluklarıyla birlikte görülen, biyolojik, sosyal ve davranışsal bileşenleri olan; tedavi edilebilmesine karşın tekrar kullanıldığında nüks eden kronik bir rahatsızlık olarak tanımlanmıştır (1). Tekrarlı madde kullanımı sonucunda bireyin bilişsel, davranışsal ve fizyolojik semptomlar yaşaması, problemli madde kullanımının en temel özelliği olarak görülmektedir (2). Birey, her kullanımda aynı etkiyi deneyimlemek için daha fazla maddeye ihtiyaç duymakta ve bu ihtiyacı karşılamak için de her defasında aldığı miktarı arttırarak maddeye yönelik tolerans geliştirmektedir. Maddeye toleransın gelişmesiyle birlikte madde kullanım bozukluğu ortaya çıkmakta; birey önemli rol yükümlülüklerini yerine getirmede zorlanma, yasal problemler yaşama, risk alma davranışlarında artış ile sonuçlanan bir kullanım döngüsünün içine girmektedir. Tolerans ve yoksunluk sonucunda beliren fizyolojik semptomlar, önemli sorumlulukların yerine getirilememesi, madde kullanımıyla ilgili aktivitelerde daha fazla zaman geçirme, planlanandan daha uzun süreli madde kullanımı ve madde kullanımı kaynaklı sorunların varlığına rağmen maddeyi kullanmaya devam etme madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerindendir (3,4). DSM 5'e göre, 12 aylık bir süre içinde belirtilen tanı kriterlerinden en az ikisinin yaşanması, madde kullanım bozukluğuna işaret eder (2). Uzun süreli kullanımda, vücut madde etkisi altında işlev görmeye alışmakta ve yalnızca madde mevcut olduğunda normal şekilde işlev görebilir hale gelmektedir. Kullanıcıda madde kullanım bozukluğu geliştikten sonra, madde alımı aniden kesilirse yoksunluk belirtileri ortaya çıkmakta ve bu belirtiler madde türüne bağlı olarak hafif rahatsızlıktan konvülsiyonlara kadar değişebilmektedir. Maddenin varlığının ürettiği etkilerin tam tersi olan yoksunluk belirtilerinin yoğunluğu, kullanıcının fiziksel durumuna, kullanılan madde türüne, alınan madde miktarına ve kötüye kullanımın süresine bağlıdır. Bu tür sorunlar, kullanıcının maddeyi bırakmasını zorlaştırmakta ve kişi hoş olmayan yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için madde kullanımına devam etmektedir (3,4).

Rosenberg, benlik saygısını, kendine karşı istikrarlı bir kişisel değer veya değersizlik duygusu olarak tanımlamış; benlik saygısının kendini değerli hissetmek ve kişinin kendi yeteneklerine bakış açısı da dahil olmak üzere hayatının tüm yönlerini etkilediğini belirtmiştir (3). Benlik saygısı ile madde kullanım bozukluğunu beraber inceleyen sınırlı sayıda çalışma olmasına karşın, düşük benlik saygısının madde kullanım bozukluğunun gelişiminde önemli bir belirleyici olduğu (4-7) ve benlik saygısı düşük olan bireylerin, olumsuz duygularından kaçmak için madde kullandığı bildirilmiştir (8). Benlik saygısı ile kaygı (9), depresyon (10), kişilik bozuklukları (11), psikolojik dayanıklılık (12), gibi çeşitli psikolojik faktörler arasındaki ilişki üzerine pek çok çalışma yapılmıştır; ancak benlik saygısı ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiye dair kanıt eksikliği vardır (13).

Savunma mekanizmaları, tehdit edici olayların algılanma şeklini etkileyerek bilişsel uyumsuzluğu azaltmak, iç ve dış gerçeklikteki ani değişiklikleri en aza indirmek için aktif olan otomatik düzenleyici süreçlerdir (14). İlkel savunma mekanizmaları, birçok olumsuz sağlık göstergesiyle ilişkili olup madde kullanımı ve nüksetmede etkili bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu olanlar, bağımlılık davranışını sürdürmek için inkar, rasyonelleştirme, küçümseme ve yansıtma dahil olmak üzere çeşitli savunma mekanizmalarını kullanmakta ve madde kullanımıyla ilgili rahatsızlığı azaltmaya çalışmaktadır (15,16). Dodes'e göre, kişi çaresizlik ve güçsüzlük duyguları yaşadığında madde kullanımı düzeltici görevi görürken, bağımlılık davranışı kontrol duygusunu yeniden sağlamak için katalizör görevi görür. Bağımlılık davranışıyla geri kazanılan güç, kişinin yaşamında algıladığı güçsüzlüğün yerinden edilmesine hizmet etmekte; ayrıca, bağımlılık yaratan davranışlar dayanılmaz güçsüzlük duygularına karşı yer değiştirme olarak da görülmektedir (16-18).

Güvensiz bağlanma stilleri, diğer psikolojik problemler gibi madde kullanım bozukluğu ile de ilişkilidir (19). Güvensiz bağlanma stiline sahip kişiler, duygu ve stres düzenlemede daha fazla zorlukla karşılaşmakta; aynı zamanda başkalarıyla ilişki kurma ve sürdürmede problem yaşamaktadır. Psikotrop maddeler, bu bireylerin duygularını düzenleme, stresle baş etme ve bağlanma ihtiyaçlarını telafi etmelerinin bir yoludur (20,21). Bağlanma açısından bakıldığında, dört zihinsel sürecin madde kullanım bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir: Birincisi, çevrenin keşfi azalmakta, çarpıtılmakta ya da madde kullanımı olmadığında asla alınmayacak riskler alınmaktadır (22). İkincisi, zihinselleştirme azalmakta; bu yolla kişi kendisinin ve

başkalarının iç zihinsel dünyasını keşfetmede zorlanmaktadır. Bu, madde kullanımı için bir motivasyon olarak da görülebilir zira kişi bu yolla sıkıntı veren anılarını hatırlayamamaktadır (23). Üçüncüsü, ilişkilerde yaşa uygun deneyimler sıklıkla engellenir (24). Dördüncüsü, duygu düzenleme ve ödülün yerini madde kullanımı alabilir (25).

Literatürde benlik saygısı ve madde kullanım bozukluğunun yanı sıra, ilişkili psikolojik faktörlerden olan savunma mekanizmaları da sınırlı çalışılmıştır. Literatür taraması yapıldığında, madde kullanım bozukluğu ile benlik saygısı, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkileri beraber inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu üç değişken, literatürde ayrı ayrı çalışılmış ve madde kullanım bozukluğu ile ilişkisi incelenmiş olsa da beraberce ele alınarak birbirleri üzerindeki etkilerinin de ayrıca çalışılması güncel literatüre katkı sağlaması açısından önemli görülmüştür. Savunma mekanizmalarının, kişiyi işlevsiz birincil bağlardan türetilen olumsuz intrapsişik içeriklerden korumak için çalışabileceği (26); ayrıca işlevsiz birincil bağlara sahip kişilerin, benlikleri ile ilgili olumsuz zihinsel temsiller geliştirme olasılıklarının daha yüksek olması nedeniyle daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarına (27) dair bulgular çalışmamıza yön vermiştir. Bu noktalardan hareketle bu araştırma; benlik saygısı, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu değişkenlerin madde kullanım bozukluğu ile etkileşimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu bağımsız değişken olmak üzere; benlik saygısı, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir.

Örneklem

Çalışmanın örneklemini, Türkiye’de yaşayan ve madde kullandığı bilinen 18 yaş üzeri 228 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, DSM-5’e göre madde kullanım bozukluğu kriterlerini karşılamak, ölçekleri ve gönüllü onam formunu eksiksiz doldurmaktır. Buna göre, formları eksik dolduran 29 kişinin verileri dışlanmış ve 199 kişinin verileri analiz edilmiştir.

İşlem

Araştırmaya başlamadan önce, Haliç Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 010 sayılı, 30.01.2024 tarihli Etik Kurulu Onay Belgesi alınmıştır. Öncesinde madde kullanım bozukluğu tanısı almış ve İstanbul’da özel bir klinikte psikoterapi sürecine devam eden iki kişi aracılığıyla, madde kullanan diğer bireylere kartopu örnekleme yoluyla ulaşılmış ve araştırmaya davet edilmişlerdir. Görüşmeler, araştırmacının ofisinde ve araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş, araştırmanın amacı anlatılmış ve gönüllü onam formları verilmiştir. Katılımcılardan, gönüllü onam formunu imzaladıktan sonra öz bildirim ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Veri toplama işlemi yüz yüze yapılmış ve veri toplama araçları basılı olarak verilmiştir. Ardından, ilgili formlar DSM-5 kriterlerine göre, araştırmacı ve bir psikiyatrist hekim ile öz bildirim ölçekleri üzerinden değerlendirilmiş ve kriterleri karşılayan bireyler çalışmaya dahil edilerek istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu’nda, bireylerin kişisel bilgilerine ilişkin (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi) sorular yer almaktadır.

DSM-5 Madde Kullanım Bozukluğu Kriterleri Formu

2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan DSM-5 Madde Kullanım Bozukluğu kriterleri bir form haline getirilmiş ve ölçeklerle beraber kişiden formda kendisi için uygun olan ifadeleri işaretlemesi istenmiştir.

Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği

Erzen (28), tarafından geliştirilen ölçek ile güvenli, kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma stilleri 8 madde ve 3 alt boyut ile değerlendirilmektedir. Öz bildirime dayalı değerlendirilen ölçeğin her bir boyutu için ayrı toplam puan elde edilmekte ve üç ayrı bağlanma stiline ilişkin hesaplama yapılmaktadır. Güvenli bağlanmada yüksek, kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanmada düşük puanlar, bireyin sağlıklı bağlanma stiline sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek alt boyutlarından alınabilecek maximum değerler; güvenli bağlanma stili için 25, kaçınan bağlanma stili için 35 ve kaygılı-kararsız bağlanma stili için 30'dur. Ölçekte ortalama ve standart sapma değerleri; güvenli bağlanma stili için ($X=19.82$, $SS=3.67$), kaçınan bağlanma stili için ($X=15.83$, $SS=5.86$), ve kaygılı-kararsız bağlanma stili için ($X=15.56$, $SS=4.90$)'dır. Cohen Kappa uyuma indeksi puanları; dil ve anlam geçerliği için .87, içerik geçerliği için .72'dir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda güvenli, kaçınan ve kaygılı-kararsız olmak üzere üç boyut elde edilmiş, doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen değerler modelin uyumlu olduğunu göstermiştir ($GFI=.93$, $AGFI=.90$, $RMSEA=.05$, $\chi^2/sd=2.48$, $CFI=.90$). Ölçeğin güvenirliği, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirilmiş; iç tutarlılık katsayısı güvenli bağlanma stili için .69, kaçınan bağlanma stili için .80 ve kaygılı kararsız bağlanma stili için .71 olarak bulunmuştur.

İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği

Tafarodi ve Swan (29), tarafından geliştirilen ve Doğan (30) tarafından Türkçe'ye uyarlanan öz bildirime dayalı değerlendirilen ölçek, kendini sevmek ve özyeterlik alt boyutlarından oluşmakta ve 16 madde içermektedir. Puanlamada kesin bir sınır olmamakla birlikte, benlik saygısı düzeyi, her bir boyutta yer alan maddelerin puanlarının toplanması ve bir ortalama elde edilmesiyle belirlenmektedir. Ortalamanın üzerindeki puanlar, benlik saygısı (kendini sevmek ve özyeterlik) düzeyinin yüksek olduğunu, ortalamanın altındaki puanlar ise benlik saygısı (kendini sevmek ve özyeterlik) düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Kendini sevmek ve özyeterlik boyutları ayrı ayrı puanlanarak her iki boyutun toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçeğin güvenirlik çalışmalarında, kendini sevmek için Cronbach Alpha katsayısı 0,83, özyeterlik içinse 0,74 olarak bulunmuştur. Ölçek geneli Cronbach Alpha katsayısı ise 0,85'tir.

Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

Ölçek, Andrews, Singh ve Bond (31) tarafından geliştirilmiş Yılmaz, Gençöz ve Ak (32) tarafından standardize edilmiş; öz bildirime dayalı, 9'lu likert tipinde, 20 savunma mekanizmasını 3 alt boyut (ilkel, nevrotik, olgun) ve 40 madde ile değerlendirmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değerleri, olgun savunma mekanizması için 0,70, nevrotik savunma mekanizması için 0,61 ve ilkel savunma mekanizması için 0,83'tür. Puanlamada kesin bir sınır olmamakla birlikte, savunma biçimleri düzeyi her bir boyutta yer alan maddelerin puanlarının toplanması ve bir ortalama elde edilmesiyle belirlenmektedir. Ortalamanın üzerindeki puanlar, savunma biçimleri düzeyinin yüksek olduğunu, ortalamanın altındaki puanlar ise savunma biçimleri düzeyinin düşük olduğunu gösterir. İlkel, nevrotik ve olgun savunmalar ayrı ayrı puanlanarak alt boyutlar için toplam puanlar hesaplanabilmektedir.

Veri Analizi

Verilerin analizi, bilgisayarda ve SPSS 22 programı aracılığıyla yapılmış; uygulanacak testlere ve dağılımın normalliğine karar vermek için Kolmogorov-Smirnov ve basıklık/çarpıklık değerleri hesaplanmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırmasına t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasına tek yönlü varyans analizi, çoklu karşılaştırmaya Bonferroni testleri ve sayısal değişkenler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığına, 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt alınarak karar verilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya, 90'ı kadın (%45,23) ve 109'u (%54,77) erkek olmak üzere, 18-60 yaşları arasında 199 kişi katılmıştır. Katılımcıların 36'sı (%18,09) ilköğretim/ortaokul düzeyinde, 82'si (%41,21) lise düzeyinde, 81'i

(%40,70) ise üniversite düzeyinde eğitim gördüğünü; 170'i (%85,43) bekar, boşanmış ya da ayrı, 29'u (%14,57) evli olduğunu; 38'i (%19,10) asgari ücretin altında, 35'i (%17,59) asgari ücretle, 62'si (%31,16) asgari ücretin üzerinde, 40'ı (%20,10) asgari ücretin iki katı üzerinde, 24'ü (%12,06) asgari ücretin üç katı ve üzerinde gelire sahip olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik özelliklere ilişkin bulgular

Değişken	Grup	N	%
Yaş	18-25	147	73,87
	26-35	32	16,08
	36+	20	10,05
Cinsiyet	Erkek	109	54,77
	Kadın	90	45,23
Medeni Durum	Bekar/Boşanmış/Ayrı	170	85,43
	Evli	29	14,57
Eğitim Düzeyi	İlkokul-ortaokul mezunu	36	18,09
	Lise mezunu	82	41,21
	Üniversite mezunu	81	40,70
Gelir Durumu	Asgari Ücretin Altı	38	19,10
	Asgari Ücret	35	17,59
	Asgari Ücretin Üzeri	62	31,16
	Asgari Ücretin İki Katı	40	20,10
	Asgari Ücretin Üç Katı ve Üzeri	24	12,06

Tablo 2. Kullanılan uyuşturucu/uyarıcı maddelere yönelik bulgular

Madde	N	%
Opiyat	24	10,67
Sentetik Kanabinoidler, Kenevir	121	53,78
Uyarıcılar	44	19,55
Hallüsinojenler	20	8,89
Uçucu Maddeler	16	7,11

Tablo 3. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğuna yönelik bulgular

Bulgular	Kolmogorov-Smirnov		Çarpıklık	Basıklık	$\bar{X}$	SS	Cronbach's Alpha
	İstatistik	p					
Kendini sevme	0,11	0,01	-0,12	-0,07	3,35	0,83	0,79
Özyeterlik	0,10	0,01	0,05	0,78	3,17	0,66	0,66
İlkel savunmalar	0,06	0,20	0,21	0,67	5,05	1,30	0,86
Nevrotik savunmalar	0,05	0,20	0,31	0,55	4,88	1,44	0,68
Olgun savunmalar	0,07	0,03	-0,17	0,34	5,39	1,52	0,74
Savunma biçimleri testi	0,06	0,08	0,22	1,86	5,09	1,15	0,89
Güvenli bağlanma stili	0,07	0,04	-0,41	0,06	3,54	0,85	0,69
Kaçınan bağlanma stili	0,07	0,04	-0,02	-0,37	2,93	0,90	0,80
Kaygılı kararsız bağlanma stili	0,07	0,03	-0,26	-0,25	3,20	0,95	0,80

Formda birden fazla maddeyi işaretleyebileceklerine dair yönerge verilmiş olmasına karşın, tüm katılımcılar aktif olarak kullandıkları tek bir maddeyi işaretlemiştir. Buna göre, kullanılan maddelere yönelik dağılımlar incelendiğinde; %53,78 (n=121) ile en çok kullanılan maddenin sentetik kanabinoidler ve kenevir olduğu görülmüştür (Tablo 2). Kolmogorov-Smirnov testi sonunda anlamlı bulunan değişkenlerde ($p<0,05$) basıklık ve çarpıklık değerleri $\pm 2,0$ arasında bulunmuş; değerlerin normal dağılımdan aşırı sapma göstermemesi (33) sonucunda analizler parametrik testler ile gerçekleştirilmiştir. Cronbach Alpha katsayısı ile de ölçek güvenilirlikleri değerlendirilmiş ve ölçek puanlarının kabul edilebilir yüksek güvenilirlik düzeyleri arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların savunma mekanizmaları ölçek ve alt ölçeklerine ilişkin değerler Tablo 4'te verilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ilkel savunma mekanizmaları ($X=122,23$, $SS=31,43$), nevrotik ($X=39,07$, $SS=11,51$) ve olgun savunma mekanizmalarına ($X=43,13$, $SS=12,17$) kıyasla öne çıkmaktadır. İlkel savunmalardan bedenselleştirme savunması ana savunma tarzı iken ($X=12,04$, $SS=5,36$), dissosiyasyon ve rasyonalizasyon ilkel savunmaları ortalama puanı sırasıyla ($X= 11,40$, $SS= 4,31$ ve $X=11,13$, $SS=4,51$)'dir. Nevrotik savunma mekanizmalarında ana savunma yapay özgecilik ($X=11,75$, $SS=3,83$), olgun savunma mekanizmalarında ise ana savunma ($X=11,59$, $SS=3,95$) baskılamadır.

Tablo 4. Savunma mekanizmaları ölçek puanlarına ilişkin bulgular

Ölçek Alt Boyutları	N	Min.	Max.	Ort.	Ss
Yansıtma	199	2	18	10,76	4,60
Pasif Agresyon	199	2	18	10,93	4,41
Dışa Vurma	199	2	18	9,86	4,23
Yalıtma	199	2	18	9,55	4,06
Değersizleştirme	199	2	18	9,67	4,06
Otistik Fantezi	199	2	18	9,55	3,92
İnkâr	199	2	18	9,49	4,31
Yer Değiştirme	199	2	18	8,67	4,09
Çözülme (Dissosiyasyon)	199	2	18	11,40	4,31
Bölme	199	2	18	9,16	3,69
Rasyonalizasyon (Mantıksallaştırma)	199	2	18	11,13	4,51
Bedenselleştirme	199	2	18	12,04	5,36
İlkel Savunma Mekanizmaları Toplamı	199	32	216	122,23	31,43
Yapma Bozma	199	2	18	9,24	4,13
Yapay Özgecilik	199	2	18	11,75	3,83
İdealleştirme	199	2	18	10,09	4,07
Karşıt Tepki Geliştirme	199	2	18	7,99	3,89
Nevrotik Savunma Mekanizmaları Toplamı	199	8	72	39,07	11,51
Yüceltme	199	2	18	11,44	4,26
Mizah	199	2	18	10,05	4,17
Beklenti	199	2	18	10,05	3,89
Baskılama	199	2	18	11,59	3,95
Olgun Savunma Mekanizmaları Toplamı	199	8	72	43,13	12,17

Min: Minimum, Max: Maximum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Madde kullanım bozukluğu kriterlerini karşılayan katılımcıların cinsiyetine göre yapılan karşılaştırmada; özyeterlik ($t_{197}=2,08$; $p<0,05$) ve kaygılı kararsız bağlanma stili ($t_{197}=-4,04$; $p<0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Erkeklerin özyeterlik puanları kadınlara göre daha yüksek, kaygılı kararsız bağlanma stili puanları ise daha düşüktür (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Grup (Cinsiyet)	N	$\bar{X}\pm Ss$	t	sd	p
Kendini Sevme	Erkek	109	3,39±0,86	0,67	197	0,50
	Kadın	90	3,31±0,79			
Özyeterlik	Erkek	109	3,26±0,64	2,08	197	0,04*
	Kadın	90	3,07±0,67			
İlkel Savunmalar	Erkek	109	4,85±1,56	-1,12	197	0,26
	Kadın	90	4,92±1,29			
Nevrotik Savunmalar	Erkek	109	5,46±1,57	-0,35	197	0,73
	Kadın	90	5,31±1,46			
Olgun Savunmalar	Erkek	109	5,04±1,23	0,72	197	0,48
	Kadın	90	5,15±1,06			
Güvenli Bağlanma Stili	Erkek	109	3,56±0,93	0,43	197	0,67
	Kadın	90	3,51±0,75			
Kaçınan Bağlanma Stili	Erkek	109	2,86±0,93	-1,27	197	0,20
	Kadın	90	3,02±0,85			
Kaygılı Kararsız Bağlanma Stili	Erkek	109	2,96±1,04	-4,04	197	0,01*
	Kadın	90	3,49±0,73			

$\bar{X}$:Ortalama, Ss: Standart Sapma, t: Bağımsız Örneklem t Testi, * $p<0,05$

Katılımcıların eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada özyeterlik ($F=3,74$; $p<0,05$) ve güvenli bağlanma stili ($F=3,28$; $p<0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Lise mezunu katılımcıların özyeterlik puanı üniversite mezunu katılımcılara göre; ilkokul-ortaokul mezunu katılımcıların güvenli bağlanma stili puanları üniversite mezunu katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Katılımcıların ekonomik düzeyine göre yapılan karşılaştırmada özyeterlik puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,44$; $p<0,05$). Asgari ücret ile geçinen kişilerin, asgari ücret üzeri gelire sahip kişilere göre özyeterlik puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ölçek puanları kişilerin yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (Tablo 6).

Tablo 6. Ölçek puanlarının yaş, eğitim durumu ve gelir düzeyine göre karşılaştırması

Alt Boyutlar	Grup (Yaş)	N	$\bar{X}\pm Ss$	F	p	Fark
Kendini Sevme	18-25	147	3,38±0,79	0,70	0,50	-
	26-35	32	3,33±0,95			
	36+	20	3,15±0,93			
Özyeterlik	18-25	147	3,18±0,63	1,59	0,21	-
	26-35	32	3,29±0,64			
	36+	20	2,96±0,85			
İlkel Savunmalar	18-25	147	5,16±1,25	2,02	0,14	-
	26-35	32	4,67±1,53			
	36+	20	4,90±1,22			
Nevrotik Savunmalar	18-25	147	5,00±1,41	2,12	0,12	-
	26-35	32	4,43±1,62			

	36+	20	4,80±1,30			
Olgun Savunmalar	18-25	147	5,57±1,38	3,10	0,06	-
	26-35	32	5,02±2,05			
	36+	20	4,72±1,28			
Güvenli Bağlanma Stili	18-25	147	3,63±0,75	3,15	0,06	-
	26-35	32	3,36±1,11			
	36+	20	3,20±1,01			
Kaçınan Bağlanma Stili	18-25	147	3,00±0,86	1,87	0,16	-
	26-35	32	2,70±1,02			
	36+	20	2,78±0,88			
Kaygılı Kararsız Bağlanma Stili	18-25	147	3,28±0,89	2,24	0,11	-
	26-35	32	3,01±1,10			
	36+	20	2,90±1,07			
Alt Boyutlar	Grup (Eğitim Durumu)	N	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark
Kendini Sevme	İlk/Ortaokul ¹	36	3,33±1,03	0,03	0,97	-
	Lise ²	82	3,34±0,82			
	Üniversite ³	81	3,37±0,75			
Özyeterlik	İlk/Ortaokul ¹	36	3,05±0,76	3,74	0,03*	2<3
	Lise ²	82	3,08±0,65			
	Üniversite ³	81	3,33±0,59			
İlkel Savunmalar	İlk/Ortaokul ¹	36	5,03±1,70	0,47	0,62	-
	Lise ²	82	5,15±1,12			
	Üniversite ³	81	4,96±1,28			
Nevrotik Savunmalar	İlk/Ortaokul ¹	36	5,08±1,85	2,12	0,67	-
	Lise ²	82	4,83±1,21			
	Üniversite ³	81	4,85±1,46			
Olgun Savunmalar	İlk/Ortaokul ¹	36	5,18±1,78	3,10	0,34	-
	Lise ²	82	5,30±1,26			
	Üniversite ³	81	5,58±1,64			
Güvenli Bağlanma Stili	İlk/Ortaokul ¹	36	3,22±1,14	3,15	0,04*	1<3
	Lise ²	82	3,57±0,75			
	Üniversite ³	81	3,65±0,78			
Kaçınan Bağlanma Stili	İlk/Ortaokul ¹	36	2,66±0,97	1,87	0,11	-
	Lise ²	82	3,04±0,74			
	Üniversite ³	81	2,94±0,99			
Kaygılı Kararsız Bağlanma Stili	İlk/Ortaokul ¹	36	2,91±1,21	2,24	0,12	-
	Lise ²	82	3,27±0,82			
	Üniversite ³	81	3,25±0,93			
Alt Boyutlar	Grup (Gelir Düzeyi)	N	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark
Kendini sevme	AÜ Altı ¹	38	3,37±0,82	1,08	0,37	
	AÜ ²	35	3,35±0,83			
	AÜ Üzeri ³	62	3,25±0,85			
	AÜ İki Katı ⁴	40	3,31±0,86			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	3,66±0,73			

Özyeterlik	AÜ Altı ¹	38	3,06±0,75	3,44	0,01*	2<3
	AÜ ²	35	2,95±0,73			
	AÜ Üzeri ³	62	3,17±0,52			
	AÜ İki Katı ⁴	40	3,28±0,56			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	3,53±0,75			
İlkel savunmalar	AÜ Altı ¹	38	5,10±0,90	1,24	0,30	
	AÜ ²	35	5,38±1,25			
	AÜ Üzeri ³	62	4,94±1,37			
	AÜ İki Katı ⁴	40	5,13±1,44			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	4,67±1,45			
Nevrotik savunmalar	AÜ Altı ¹	38	4,90±1,22	0,28	0,89	
	AÜ ²	35	4,98±1,26			
	AÜ Üzeri ³	62	4,97±1,41			
	AÜ İki Katı ⁴	40	4,69±1,81			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	4,81±1,49			
Olgun savunmalar	AÜ Altı ¹	38	5,26±1,33	0,95	0,44	
	AÜ ²	35	5,82±1,38			
	AÜ Üzeri ³	62	5,28±1,47			
	AÜ İki Katı ⁴	40	5,43±1,95			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	5,21±1,33			
Güvenli bağlanma stili	AÜ Altı ¹	38	3,58±0,61	1,08	0,37	
	AÜ ²	35	3,34±0,86			
	AÜ Üzeri ³	62	3,68±0,80			
	AÜ İki Katı ⁴	40	3,43±0,98			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	3,58±1,05			
Kaçınan bağlanma stili	AÜ Altı ¹	38	3,12±0,71	0,73	0,57	
	AÜ ²	35	3,00±0,76			
	AÜ Üzeri ³	62	2,82±0,93			
	AÜ İki Katı ⁴	40	2,88±0,97			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	2,92±1,12			
Kaygılı kararsız bağlanma stili	AÜ Altı ¹	38	3,43±0,86	1,14	0,34	
	AÜ ²	35	3,20±0,91			
	AÜ Üzeri ³	62	3,23±0,95			
	AÜ İki Katı ⁴	40	3,10±0,98			
	AÜ Üç Katı ve Üzeri ⁵	24	2,93±1,06			

*p<0,05, AÜ: Asgari Ücret, $\bar{X}$:Ortalama, Ss: Standart Sapma, F:Tek Yönlü Varyans Analizi

Ölçek ve alt boyut puanları arası ilişkiye Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Kendini sevmeye ile ilkel savunmalar negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0,252$; $p<0,05$), olgun savunmalar pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0,173$; $p<0,05$), güvenli bağlanma stili pozitif yönde orta düzeyde ($r:0,447$; $p<0,05$), kaygılı kararsız bağlanma stili negatif yönde orta düzeyde ($r:-0,362$; $p<0,05$) istatistiksel olarak ilişkilidir. Özyeterlik ile olgun savunmalar pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0,200$; $p<0,05$), güvenli bağlanma stili pozitif yönde orta düzeyde ($r:0,411$; $p<0,05$), kaygılı kararsız bağlanma stili negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0,286$; $p<0,05$) istatistiksel olarak ilişkilidir. İlkel savunmalar ile kaçınan bağlanma stili pozitif yönde orta düzeyde ($r:0,592$; $p<0,05$), kaygılı kararsız bağlanma stili negatif yönde orta düzeyde ($r:0,644$; $p<0,05$) istatistiksel olarak ilişkilidir. Nevrotik savunmalar ile güvenli bağlanma stili pozitif yönde orta düzeyde ($r:0,328$; $p<0,05$),

kaçınan bağlanma stili pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0,236$; $p<0,05$), kaygılı kararsız bağlanma stili negatif yönde orta düzeyde ($r:0,364$; $p<0,05$) istatistiksel olarak ilişkilidir. Olgun savunmalar ile güvenli bağlanma stili pozitif yönde orta düzeyde ($r:0,427$; $p<0,05$), kaçınan bağlanma stili pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0,252$; $p<0,05$), kaygılı kararsız bağlanma stili negatif yönde düşük düzeyde ($r:0,176$; $p<0,05$) istatistiksel olarak ilişkilidir. Savunma biçimleri testi ile güvenli bağlanma stili pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0,226$; $p<0,05$), kaçınan bağlanma stili pozitif yönde orta düzeyde ($r:0,523$; $p<0,05$), kaygılı kararsız bağlanma stili negatif yönde orta düzeyde ($r:0,570$; $p<0,05$) istatistiksel olarak ilişkilidir (Tablo 7).

Tablo 7. Ölçek puanları arası ilişkiye yönelik bulgular

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kendini sevme (1)	1	,654**	-,252**	-,034	,173*	-,130	,447**	-,055	-,362**
Özyeterlik (2)	,654**	1	-,157*	-,032	,200**	-,059	,411**	,079	-,286**
İlkel savunmalar (3)	-,252**	-,157*	1	,550**	,442**	,927**	,040	,592**	,644**
Nevrotik savunmalar (4)	-,034	-,032	,550**	1	,507**	,760**	,328**	,236**	,364**
Olgun savunmalar (5)	,173*	,200**	,442**	,507**	1	,695**	,427**	,252**	,176*
Savunma biçimleri testi (6)	-,130	-,059	,927**	,760**	,695**	1	,226**	,523**	,570**
Güvenli bağlanma stili (7)	,447**	,411**	,040	,328**	,427**	,226**	1	,136	,023
Kaçınan bağlanma stili (8)	-,055	,079	,592**	,236**	,252**	,523**	,136	1	,506**
Kaygılı kararsız bağlanma stili (9)	-,362**	-,286**	,644**	,364**	,176*	,570**	,023	,506**	1

r: Pearson Korelasyon Katsayısı, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Tartışma

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerden elde edilen ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, erkeklerin özyeterlik puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Biyolojik, tarihsel ve çevresel faktörler nedeniyle cinsiyet farkı sorunlarının oldukça karmaşık olduğu ifade edilse de (34), çalışmalarda erkek madde kullanıcılarının kadınlara göre ailelerinden daha fazla sosyal destek aldığı ve bunun da kadınların özyeterliklerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca kadınlar, sosyal destek ağlarına daha fazla güvenme eğiliminde olsa da daha fazla damgalanma yaşadıklarından, özyeterliği kazanma hususunda engellerle karşılaşmaktadır. (35). Ürdün örnekleminde yapılan bir çalışmada, erkeklerin ailelerinden ve çevrelerinden daha fazla sosyal destek aldığı; kadınların ise madde kullanımını gizlemeye çalıştıkları ve destek almaktan çekindikleri bulunmuştur (36). Sosyal destek ağlarından yeteri kadar destek alamamak ve toplumsal kabul seviyelerindeki bu farklılıklar, erkeklerin özyeterlik düzeyini artırırken, kadınların özyeterlik düzeylerini olumsuz etkilemekte, bu yolla psikososyal uyumun önemli bir parçası ve dolayısıyla madde kullanımına karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilen (37-40) benlik saygısında cinsiyete dayalı farklılıklar görülmektedir. Düşük benlik saygısı ile psikoaktif madde kullanımı arasında bir ilişki olduğu bilinmekle birlikte (41-44), Harter'a göre benlik saygısı bireyler için uyum sağlayıcı ve koruyucu bir rol oynamakta, düşük benlik saygısı ise değişime uyum sağlama yeteneğini bozmaktadır (45). Bir başka çalışmada benlik saygısı ne kadar yüksek olursa madde kullanma olasılığının o kadar düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (46). Düşük benlik saygısının madde kullanımıyla ilişkilendirilebileceği kesin mekanizmalar net olmamakla birlikte; çalışmacılar, benlik saygısının, madde kullanım bozukluğunun sağaltımında kullanılan terapötik müdahalelerin merkezinde olması gerektiğini öne sürmektedir (37-40). Bulgulara göre, terapötik müdahalelerde cinsiyete dayalı farklılıkların da ele alınması önemli görülmektedir. Cinsiyete dayalı bir başka bulgu, madde kullanım bozukluğu olan örnekleme kaygılı kararsız bağlanma stiline kadınlar göre erkeklerde daha yüksek olduğudur. Literatürde, erkeklerin kaygılı-kararsız bağlanma stiline daha yatkın olması madde kullanımını artırıcı bir faktör olarak değerlendirilmiş; yanı sıra erkeklerin kaygı ile başa çıkmak için madde kullanımını daha fazla tercih ettiği de belirtilmiştir (47-49). Bulgulardan hareketle, erkeklerin

madde kullanım bozukluğu ve kaygılı bağlanma stiline kesişiminde kadınlara oranla daha yüksek risk taşıdığı söylenebilir.

Çalışmamızda, madde kullanım bozukluğu olan lise mezunu katılımcıların özyeterlik puanlarının, üniversite mezunu katılımcılara göre daha düşük olduğu bulunmuş, buna karşın literatürde eğitim düzeyi ile özyeterlik ilişkisinde etkili dinamiklerin karmaşık bir yapıda olduğu görülmüştür. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, okul yaşantısından memnun olmayan ve akademik başarısı düşük bireylerin, madde kullanım bozukluğundan korunma açısından özyeterlik düzeylerinin düşük olduğu saptanmış (50), bir başka çalışmada bu kavramın özellikle psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısı gibi değişkenlerle yakından ilişkili olduğu, özyeterliğin genel olarak bireyin yaşam koşulları ve alacağı sosyal destek doğrultusunda değişebileceği belirtilmiştir (51). Ayrıca düşük gelir düzeyinin daha düşük psikolojik dayanıklılık ve özyeterlik ile ilişkili olduğuna dair bulgu da literatür ile örtüşmektedir (52). İlkel savunma mekanizmalarından; bedenselleştirme, dissosiyasyon, rasyonalizasyonun en sık, bölme savunmasının en az; nevrotik savunma mekanizmalarından yapay özgeciliğin en sık, karşıt tepki geliştirme en az; olgun savunma mekanizmalarından baskılamanın en sık mizah ve beklentinin en az kullanılan savunma mekanizmaları olduğu görülmüştür. Savunma mekanizmaları, madde kullanan bireylerin baş edemediği psikolojik çatışmalarını çözmeye çalışmasına ve madde kullanma davranışına gerekçeler üretmesine yardımcı bir mekanizma olarak işlev görmektedir (53,54). Literatürde, madde kullanım bozukluğunda ilkel ve nevrotik savunmaların en sık kullanılan savunma mekanizmaları olduğu ortak görüşü hakimken; bunların bölme, yalıtma, yadsıma, yansıtma, inkar etme, rasyonalize etme, baskılama ve bedenselleştirme olduğuyla ilgili farklı bulgular mevcuttur (53-56). Bir çalışmada, savunma stilleri ve kişilik özellikleri madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan grupta incelenmiş, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ilkel ve nevrotik savunma stillerini normal gruba göre daha sık kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (57). Raketic ve ark. (58), alkol ve opiat kullanım bozukluğu olan kadınlarda, nevrotik ve ilkel savunma mekanizmalarını kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuş; alkol kullanım bozukluğu olanlarda nevrotik savunma mekanizmalarının, opiat kullanım bozukluğu olanlarda ise ilkel savunma mekanizmalarının daha yaygın olduğunu belirtmiştir. Keskin de (59) opiyat kullanımında olgun savunma mekanizmalarının az derecede, nevrotik ve ilkel savunma mekanizmalarının yüksek derecede kullanıldığını bulmuştur. Redick (60) ilkel savunma mekanizmalarının madde kullanım bozukluğu olan bireylerde mizaç özellikleri haline geldiğini ifade etmiş, JanaAbadi ve Zamani (61) bu bireylerin; kaygı, psikolojik baskı, algıladıkları iç ve dış tehditlere karşı kendilerini korumak için bu mekanizmaları kullandığını ve bu mekanizmaların otomatikleştirilmiş psikolojik bir süreç haline gelerek, bireylerin yaşamdaki stres ve duygusal çatışmalarla başa çıkmasına yardımcı olduğunu belirtmiştir. Çeşitli çalışmalardan elde edilen yukarıdaki sonuçlar, bulgularımızla örtüşmekte ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin uyumsuz savunma mekanizmalarını kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak ilkel savunma mekanizmalarından hangi savunmaların daha sık kullanıldığına dair ortak bir görüş bulunmamaktadır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde benlik saygısı boyutlarından özyeterlik ve kendini sevmek, güvenli bağlanma ile pozitif yönde, kaygılı-kararsız bağlanma stili ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Olumsuz bağlanma stillerinden kaygılı kararsız bağlanma stiline birey, bağlanma figüründen ayrıldığında öfke, kaygı ve stres yaşamakta, bağlanma figürüyle bir araya geldiğinde ise rahatlayamayarak yapışma eğilimi göstermektedir. Bu bireylerin özgüvenleri düşüktür, kendilerini sevmeye uygun görmezler ve yakın ilişkilerinde terk edilme korkusu yaşarlar (62). Benlik saygısı ve bağlanma örtülerinin incelendiği çalışmalarda; benlik saygısı yüksek olan bireylerin yakın ilişkilerinde diğerlerini tutarlı ve kabul edilebilir algılayacak olumlu bakış açısına sahip olduğu; ancak benlik saygısı düşük bireylerin olumsuz bağlanma örüntüleri gösterdiği bulunmuştur (63). Psiktropik maddeler bağlanma ihtiyacını karşılama, duygu düzenleme, stresle başa çıkmanın bir yolu olarak deneyimlenmekte ve güvenli yakın ilişkiler kurma yeteneği üzerinde olumsuz etki gösterebilmektedir (64-66). Çalışmalar madde kullanım bozukluğu ile olumsuz bağlanma stilleri arasında ilişki olduğunu ve olumsuz bağlanma stillerinin de madde kullanım bozukluğu için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (67,68). Madde kullanım bozukluğu olan ebeveynler ile yapılan çalışmalar, ebeveynlerin çocuklarıyla güvenli bağlanma ilişkileri kurmadığını (69), ayrıca güvensiz bağlanan bireylerin güvenli bağlanana göre benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (70).

Literatürde kaygılı kararsız bağlanma stillinin düşük düzeyde özyeterlik ve kendini sevmeye yönelik ilişkisine yönelik bulgular çalışmamızda madde kullanım bozukluğu olan örneklem bulgularıyla da örtüşmektedir.

Çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bağlanma stilleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişki de incelenmiştir; güvenli bağlanma ile olgun ve nevrotik, kaçınan bağlanma ile ilkel ve nevrotik savunmalar pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Sezer ve ark. (71) çalışmalarında; güvenli bağlanmanın olgun ve nevrotik, kaçınan bağlanmanın olgun, nevrotik ve ilkel savunmaları yordadığını bulmuştur. West (72) ise çalışmasında saplantılı ve kayıtsız bağlanan kişilerin ilkel savunmaları daha sık kullandığını bulmuştur. Çalışmamızdan ve literatürden elde edilen benzer bulgulardan yola çıkarak, güvenli bağlanma stiline sahip madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bir kısmının uyum sağlayıcı olgun savunma mekanizmalarını kullandığı, bir kısmının da gerginliği belli derece de hafifletse de uyum sağlamayı zorlaştıran nevrotik savunma mekanizmalarını kullandığı; kaçınan bağlanma stili gösteren madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerinse uyum sağlamayı zorlaştıran nevrotik ve ilkel mekanizmaları daha sık kullandığı söylenebilir.

Genel olarak bu çalışmanın bulguları sosyodemografik veriler açısından değerlendirildiğinde, kadın katılımcıların özyeterlik ve kaygılı kararsız bağlanma stili düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha düşük olduğu; lise mezunu katılımcıların özyeterlik puanlarının, üniversite mezunu katılımcılara göre daha düşük olduğu; düşük gelir düzeyinin daha düşük özyeterlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları ilişkisel açıdan değerlendirildiğinde, benlik saygısının hem özyeterlik ve hem de kendini sevmeye boyutlarında güvenli bağlanma ile pozitif yönde, kaygılı-kararsız bağlanma stili ile negatif yönde ilişkili olduğu; güvenli bağlanmanın olgun ve nevrotik, kaçınan bağlanmanın ise ilkel ve nevrotik savunmalar ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan bireyler tarafından en sık ilkel savunma mekanizmalarının kullanıldığı da bulgular arasındadır.

Bu çalışmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Örneklemin belli bir şehirdeki 199 kişi ile sınırlı olması, örneklem büyüklüğü ve demografik yapı açısından genel popülasyonu yeterince temsil etmeyebilir ve sonuçların genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Çalışma sonuçlarının örneklemdaki kişilerin öz bildirimine ve ölçeklerin ölçme gücüne bağlı olması sonuçların genellenebilirliği açısından bir başka sınırlılıktır. Çalışmanın metodolojisi, bağlanma stilleri, benlik saygısı, savunma mekanizmaları ve madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkilerin zaman içindeki gelişimi hakkında bilgi sağlayamamaktadır. Çalışma belirli bir kültürel bağlamda gerçekleştirildiği için, bulguların farklı kültürel gruplar için geçerli olup olmadığı bilinmemektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğunda etkili ve çalıştığımız değişkenler ile de ilişkili olabilecek; sosyal destek, aile dinamikleri, kişilik bozuklukları, travma öyküsü gibi diğer faktörler incelenmediğinden, bu faktörlerin çalıştığımız değişkenlerle ilişkileri yoluyla madde kullanımına etkileri bilinmemektedir.

Sonuç olarak, bireylerin bağlanma stillerini anlamak ve buna göre tedavi yöntemleri geliştirmek, madde kullanım bozukluğu sağaltımında etkili olabilir. Madde kullanım bozukluğu ile başa çıkmada sağlıklı savunma mekanizmaları geliştirmeye yönelik eğitim programları düzenlenerek, bireylerin duygusal çatışmalarla etkili başa çıkmaları sağlanabilir. Benlik saygısını artırmaya yönelik psikolojik destek ve terapötik müdahaleler, madde kullanımının önlenmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, madde kullanım bozukluğu ile ilişkili psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin derinlemesine incelenmesi de faydalı olacaktır. Diğer yandan madde kullanım bozukluğunun psikopatolojilerle ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, madde kullanımına eşlik eden psikopatolojilerin de savunma mekanizmaları, benlik saygısı ve bağlanma stilleri ile ayrıca araştırılması önemlidir. Bununla birlikte, madde kullanım bozukluğu, bağlanma stilleri, benlik saygısı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere daha geniş popülasyonda, kullanılan madde türü de dikkate alınarak ve farklı metodolojiler de kullanılarak çeşitli çalışmalar yapılabilir. Bu çalışmadan elde edilen ve gelecek çalışmalardan elde edilecek sonuçlar, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoterapi ve psikoeğitiminde ele alınabilir. Bu noktada, cinsiyet farklarına dayalı bulgular, madde kullanım bozukluğunun tedavisinde farklı yaklaşımlar geliştirilmesine olanak sağlayabilir. Kadınlarda damgalanma ve düşük sosyal destek nedeniyle sosyal destek odaklı müdahalelerin uygulanması faydalı olabilir. Ayrıca, benlik saygısının madde kullanım bozukluğunun tedavisinde kilit bir etken olduğu göz önünde bulundurularak, benlik saygısını artırmaya yönelik terapötik müdahaleler klinik pratiğe entegre edilebilir. Yanı sıra bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları konusundaki bulgular da tedavi sürecine rehberlik edebilir. Özellikle ilkel ve nevrotik

savunma mekanizmalarını yaygın kullanan bireylerde, bu savunmaları azaltmayı amaçlayan psikoterapötik tekniklerin kullanımı tedavi sonuçlarını iyileştirebilir.

Kaynaklar

1. Milhorn HT. Substance Use Disorders A Guide for the Primary Care Provider. Cham: Springer, 2018.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Köroğlu E (Çevirenler). 5.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013: 234-236.
3. Tokur H. Bağımlılık Tanısı ve İlgili Kavramlar. Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R (editörler). İstanbul: Yeşilay Yayınları, 2021: 147-176.
4. Erol T. Madde bağımlılığı ve benlik saygısı arasındaki ilişki konusunda yapılan çalışmalar üzerine bir inceleme. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi 2019; 1(1): 56-58.
5. Richter S, Brown S, Mott M. The impact of social support and self-esteem on adolescent substance abuse treatment outcome. J Subst Abuse Treat 1991; 3(4): 371-385.
6. Pihl R, Spiers P. The etiology of drug abuse. B Maher (editor). Progress in Experimental Personality Research. New York: Academic Press, 1984: 374.
7. Toker T, Tiryaki A, Özçürümez G, İskender B. Madde kullananlarda çocukluk örselenme yaşantılarının, madde kullanma eğilimi, benlik saygısı ve başa çıkma tutumları ile ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2011; 22(2): 83-92.
8. Bajaj B, Gupta R, Pande N. Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. Pers Individ Dif 2016; 94: 96-100.
9. Liu A, Guo M, Liao R, et al. The relationships between self-esteem, self-efficacy, and test anxiety: a cross-lagged study. Stress Health 2024; 40(3): e3346
10. Ho TTQ. Self-esteem and depression symptoms among late adolescents: a parallel mediation model. J Child Adolesc Trauma 2024; doi: 10.1007/s40653-024-00659-w.
11. de Groot LR, Hindriks E, Hessels CJ, et al. A person environment approach to borderline personality disorder features in young people: the role of life events, parental support, and self-esteem. J Soc Clin Psychol 2024; 43(3): 276-301.
12. Auttama N, Seangpraw K, Ong-Artborirak P, et al. Factors associated with self-esteem, resilience, mental health, and psychological self-care among university students in Northern Thailand. J Multidiscip Healthc 2021; 14: 1213-1221.
13. Mohammadpourasl A, Fakhari A, Rostami F et al. Multivariate analysis of psychological factors related to adolescent smoking. Payesh Helath Monitor 2006; 5(3): 178-184.
14. Vaillant GE. Adaptation to Life. Cambridge: Harvard University Press, 2014.
15. Fine J, Juni S. Ego atrophy in substance abuse: addiction from a socio-cultural perspective. Am J Psychoanal 2001; 61(3): 293-304.
16. Dodes LM. Psychic Helplessness and the Psychology of Addiction. Dowling S (editor). The Psychology and Treatment of Addictive Behavior. CT: International Universities Press 1995: 133-145.
17. Dodes LM. Compulsion and addiction. J Am Psychoanal Ass 1996; 44(3): 815-835.
18. Dodes LM. Addiction and psychoanalysis. Can J Psychol 2003; 11(1): 123-134.
19. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in Adulthood. New York: The Guilford Press, 2007.
20. Thomasius R, Paschke K, Arnaud N. Substance use disorders in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2022; 119(25): 440-450.
21. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry 1999; 4(2): 31-44.
22. Klein M. Psychosoziale aspekte des risikoverhaltens jugendlicher im umgang mit suchtmitteln. Das Gesundheitswesen 2004; 66(1): 56-60.
23. Philips B, Kahn U, Bateman AW, Fonagy P (editors). Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2012: 445-463.
24. Thorberg FA, Livers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. Addict Behav 2006; 31(4):732-737.
25. Alvarez-Monjaras M, Mayes LC, Potenza MN, et al. A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. Attach Hum Dev 2018; 21(6): 616-637.
26. Ciocca G, Rossi R, Collazzoni A, et al. The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young adult sample: A path analysis. J Affect Disord 2020; 273: 384-390.

27. Chen WW, Xu G, Wang Z, et al. Unhappy us, unhappy me, unhappy life: the role of self-esteem in the relation between adult attachment styles and mental health. *Curr Psychol* 2022; 41: 837-846.
28. Erzen E. Üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2016; 17 (3): 1-21.
29. Tafari RW, Swann WB. Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Pers Individ Diff* 2001; 31(5), 653-673.
30. Doğan T. İki boyutlu benlik saygısı: kendini sevme/özyeterlik ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Eğitim ve Bilim* 2011; 36: 126-137.
31. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(4): 246-256.
32. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma biçimleri testinin psikometrik özellikleri: güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18(3): 244-253.
33. George D, Mallery P (editors). *Descriptive statistics. IBM SPSS Statistics 26 Step by Step*. 16.th ed, London: Routledge, 2019: 112-120.
34. McHugh K, Votaw V, Sugarman D. Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 2019; 66: 12-23.
35. Davis MI, Jason LA. Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *Am J Community Psychol* 2005; 36(3-4): 259-274.
36. Al-Ziadat MA. Do social support and self- efficacy play a significant role in substance use relapse? *Health Psychol Res* 2024; 12: 94576.
37. Leary MR, Schreindorfer LS, Haupt AL. The role of low self-esteem in emotional and behavioral problems: why is low self-esteem dysfunctional? *J Soc Clin Psychol* 1995; 14(3): 297-314.
38. Aubry C, Gay MC, Romo L, Joffre S. L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle tennessee du concept de soi: étude comparative entre hommes et femmes. *L'Encéphale* 2004; 30(1): 24-31.
39. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(8): 981-1010.
40. Modrain-Talbott MA, Pullen L, Ehrenberger H, et al. Self-esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 1998; 21(3), 159-171.
41. Karakaş SA, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2016; 3(2): 133-139.
42. Pereira JL, Ramos DG, Ulisses SMV. Adolescents with substance use disorders: profile, self-esteem and mental disorders. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2022; 19(3): 38-47.
43. Ayeni VA, Abolurin OO, Nwobi NL, et al. Association of self-esteem and school connectedness with substance use among street children in southwestern Nigeria. *J Subst Use* 2024; 1-6.
44. Walitzer KS, Sher KJ. A prospective study of self-esteem and alcohol use disorders in early adulthood: evidence for gender differences. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20(6):1118-1124.
45. Harter S. *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. NewYork: Guilford, 2001.
46. Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *J Adolesc Health* 2010; 47(6): 582-590.
47. NIDA. Sex and gender differences in substance use. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use> (Accessed 26.09.2024).
48. Burgkart PL, Vuzic X, Fuchshuber J, et al. Attachment styles, personality organization, and substance use as predictors of emotion regulation strategies suppression and reappraisal in young adults. *Front Psychiatry* 2022; 12: 1-8.
49. Weber R, Eggenberger L, Stosch C, Walther A. Gender differences in attachment anxiety and avoidance and their association with psychotherapy use: examining students from a german university. *Behav Sci* 2022; 12(7): 1-18.
50. Uzun S, Kelleci M. Substance abuse in high school students: their self-efficacy to avoid substance abuse and related factors. *Dusunen Adam* 2018; 31, 356-363.
51. Yang C, Zhou Y, Cao Q, et al. The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: resilience and self-esteem as mediators. *Front Psychiatry* 2019; 10: 1-8.
52. McCabe HA, Wahler EA. The affordable care act, substance use disorders, and low-income clients: Implications for social work. *Soc Work* 2016; 61(3): 227-233.
53. Ward LC, Rothaus P. The measurement of denial and rationalization in male alcoholics. *J Clin Psychol* 1991; 47(3), 465-468.
54. Taşkent V. Alkol ve/veya Madde Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi*, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, 2010.

55. Dalbastı B. Erişkinlerde Madde Kullanım Bozukluğunun Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2018.
56. Koçhan K, İlhan T. Erbaş/erlerin ebeveyne bağlanma stilleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma stillerinin madde kullanımı açısından incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 2015; 2(2): 61-109.
57. Ahmadi M, Najafi M, Hosseini Almadani A, Ashuri A. On the comparison of defensive styles and personality traits between addicts and normal people. *Scientific Quarterly Journal of Research on Addiction*, 2012; (23), 39-51.
58. Raketic D, Barisic JV, Svetozarevic SM, et al. Five-factor model personality profiles: the differences between alcohol and opiate addiction among females. *Psychiatr Danub* 2017; 29(1): 74-80.
59. Keskin Y. Separation-Individuation Process, Defense Mechanisms, Alexithymia And Family Dynamics Among Substance Dependent Individuals. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 2012.
60. Redick RT. The Defense Styles of Outpatient Substance Abusers vs. Non Substance Abusers. Doctoral Dissertation, Chicago: Adler School of Professional Psychology, Department of Psychology, 2002.
61. Jana Abadi H, Zamani N. Defense mechanisms in substance abusers' families. *Scientific Quarterly Research on Addiction* 2016; 9(35): 55-67.
62. How D, Betts L. Attachment across The Lifecourse: A Brief Introduction, 2nd ed.. London: Bloomsbury Publishing, 2023.
63. Baldwin MW, Keelan JPR. Interpersonal expectations as a function of self-esteem and sex. *J Soc Pers Relaths* 1999; 16(6): 822-833.
64. Schindler A, Bröning S. A review on attachment and adolescent substance abuse: empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Subst Abuse* 2015; 36(3): 304–313.
65. Petraitis J, Flay BR, Miller TQ, Torpy EJ, Greiner B. Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Subst Use Misuse* 1998; 33(13): 2561–2604.
66. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4(5): 231–244.
67. Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner UJ, Eckert J. Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attach Hum Dev* 2005; 7(3): 207–228.
68. Iglesias EB, Fernández Del Río E, Calafat A, et al. Attachment and substance use in adolescence: a review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones* 2014; 26(1): 77–86.
69. Suchman NE, DeCoste CL. Substance abuse and addiction—implications for early relationships and interventions. *Zero Three* 2018; 38(5): 17–22.
70. Büyüksahin A. Yakın İlişki Kuran ve Kurmayan Üniversite Öğrencilerinin Çeşitli Sosyal Psikolojik Etkenler Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı, 2001.
71. Sezer T, Sapancı A, Kuzgun TB. Çocukluk çağı ruhsal travma düzeyi ile savunma biçimleri arasındaki ilişkide bağlanma boyutlarının düzenleyici rolü. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi* 2003; 10(1): 57-82.
72. West AE. Yetişkin Bağlanma Stillerinin Savunma Mekanizmaları ve Yaşam Doyumuyla İlişkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, 2018.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.

The Relationship between Addiction Severity and Codependency Level in Individuals with Substance Use Disorder

Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Bağımlılık Şiddeti İle Eşbağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişki

Osman Akay ¹ , Esra Albal ¹ , Gülten Güleşen ¹ , Gökhan Umut ¹ 

1. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, Istanbul

Abstract

Objective: This study aimed to examine the relationship between the addiction severity of individuals diagnosed with substance use disorder and the spouse addiction levels of family members.

Method: Data were collected from 146 individuals and 146 family members who received addiction treatment at the adult detoxification center of a mental health hospital in Istanbul. Data were collected using sociodemographic information forms, the Addiction Profile Index (API), and the Codependency in Addiction Assessment Form (CAAF).

Results: Of the 146 study participants, 128 (87.7%) were male; 84 of them (57.5%) were between the ages of 26 and 45 years. A total of 86 (58.9%) were primary school graduates and 70 (47.9%) were married. The average score of the male participants on API ($X = 6.87$) was higher than the average score of the female participants ($X = 5.91$). Of the relatives, 96 (65%) were women, 42 (28.8%) were mothers, and 71 (48.6%) were between the ages of 45 and 65 years. It was observed that whether the participants had low, medium, or high addiction severity did not make a difference in the scores they received from the CAAF scale.

Conclusion: Women, those with children, those with chronic illnesses, those with a primary school education, those who were divorced, and those aged 45–65 had higher levels of codependence. These data show that families also need support when working with people with alcohol- or substance-use disorder.

Keywords: Alcohol use disorder, addiction severity, codependency, family, substance use disorder

Öz

Amaç: Bu araştırmada madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerin bağımlılık şiddeti ile aile üyelerinin eş bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Veriler İstanbul'da ruh sağlığı alanında hizmet veren bir hastanenin Erişkin Arındırma Merkezinde bağımlılık tedavisi gören 146 birey ve 146 aile üyesi ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve Bağımlılıkta Eş Bağımlılık Faktörü Ölçeği (BEŞF) ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 128'i (%87,7) erkek; 84'ü (%57,5) 26-45 yaş aralığındadır. 86 kişi (%58,9) ilköğretim mezunu, 70 kişi (%47,9) evlidir. Erkek katılımcıların BAPİ den aldıkları puan ortalaması ($X=6,87$) kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamalarından ($X=5,91$) daha yüksektir. Yakınların 96'sı (%65) kadın, 42'si (%28,8) annesi, 71 kişi (%48,6) 45-65 yaş aralığındadır. Katılımcıların düşük orta ya da yüksek bağımlılık şiddetine sahip olma durumlarının BEŞF ölçeğinden aldıkları puanlarda farklılaşma yaratmadığı görülmüştür.

Sonuç: Kadınların, çocuk sahibi olanların, kronik hastalığı olanların, ilkökul mezunu olanların, boşanmışların ve 45-65 yaş aralığında olanların eş bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bağımlılık şiddeti ile eş bağımlılık arasında ise bir ilişki saptanamamıştır. Bağımlılık şiddeti ile eş bağımlılık düzeyinin alt ölçeği olan "ses çıkarmama" arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, bağımlılık şiddeti, eş bağımlılık, aile

Introduction

Substance-use disorders are a prevalent family illness characterized by dysfunctional and harmful use of alcohol or drugs, often resulting in impairments in the medical, legal, social, interpersonal, and occupational domains. These disorders are accompanied by mental health issues and social problems such as poverty and homelessness and are marked by recurrent relapses (1-4). This disease also poses an urgent public health challenge that requires clinicians and scientists to identify the best treatment practices. For this purpose, the combination of pharmacological and behavioral interventions is widely accepted as the standard approach in the long-term treatment of addiction (5).

Substance addiction not only affects the individual using substances but also impacts the family environment, leading to changes in the daily routines and behaviors of family members. Many families struggle to free themselves from the negative consequences of addiction, a situation commonly referred to in the literature as “codependency” or “enabling.” Codependency is a set of pathological behaviors and thought patterns specific to individuals living with or in close proximity to someone experiencing substance dependence. It is a condition characterized by learned, conditioning-based behaviors that reinforce the maladaptive behavioral patterns of the dependent individual, leading to emotional and behavioral challenges that hinder the development of a healthy and mutually satisfying relationship. This concept was first defined as a disease by Cermak and there is still no consensus among experts on a clear definition (6).

The codependent individual establishes a dysfunctional relationship with family members, hides his/her own emotional reactions, and maintains his/her behavior on this basis. Codependency is a process of dependent communication with another person (7-10). The concept of codependency, developed in the 1970s, addresses the unintentional facilitation of substance use disorder's persistence and emotional, psychological, and behavioral problems exhibited by partners or close family members of individuals with substance use disorder (11). Whether willingly or unwillingly, family members nurturing, protecting, and supporting the addictive behavior of an individual with substance-use disorder not only impact the individual but the entire family as well (12). This transforms addiction from an individual problem to an issue that affects all family members (11). When a person has a substance-use disorder, especially involving alcohol or other substances, it is likely that their spouse or family members feel the need to control them (11). Often, this behavior facilitates the continuation of the addictive cycle for the individual with the substance-use disorder (12). Codependent family members, particularly spouses, unintentionally play a facilitating role due to their excessive control and focus on the individual with substance-use disorder, inadvertently reinforcing their substance-use behaviors (11).

The presence of a person with a substance-use disorder in the family is an extremely challenging experience that affects the social, economic, physical, and psychological well-being of the entire family. Therefore, one of the crucial steps in creating a healthy environment for both the individual with substance-use disorder and family members is to identify and prevent such enabling behaviors. To achieve this, it is essential for family members to learn to avoid these behaviors (12). Consequently, freeing family members from codependency is beneficial for the treatment of individuals with substance-use disorders (11). The spouse of a patient diagnosed with alcohol-use disorder preparing an alcohol table at home to prevent the patient from being harmed can be considered as a concrete example of codependency.

Despite the absence of a specific definition for codependency in the International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), the literature has indicated that substance addiction can impact family members as well. It is important to recognize that family members may require professional care not only in terms of their interaction with the addicted individual throughout their life but also because the addicted person significantly alters their relationships and lifestyle with others (13). The severity of addiction can be determined by the biopsychosocial variables of each patient, and this assessment is crucial in terms of the services to be provided to the patient (14, 15). The number of symptoms forming the criteria for addiction diagnosis, the individual's substance-use characteristics (type of substance used, quantity and duration of substance use), the impact of substance

use on the individual's life, the intensity of substance cravings, and the level of treatment motivation are all considered indicators of addiction severity (16, 17). Individuals with high addiction severity require a more intensive and prolonged treatment strategy. Therefore, identifying and measuring the severity of addiction is a crucial aspect of the treatment process (17).

Addiction is acknowledged as a family disease, and it is believed that the changes and developmental processes in family members directly and indirectly influence the addiction process of individuals with substance-use disorder. However, there is a lack of studies examining the impact of codependency, a familial factor thought to be influential in the continuation of addiction and addiction severity, as well as the relationship between addiction severity and codependency levels. The aim of this study is to examine the codependency level of individuals diagnosed with substance-use disorder according to a number of demographic variables as well as to examine the relationship between addiction severity and codependency level.

Method

Sample

The research was conducted at the adult detoxification center of a mental health hospital in Istanbul. The determination of the sample size was calculated for ANOVA, using the G*Power 3.1.10 program to achieve an acceptable power level. Data were collected from a total of 292 individuals, including 146 from the group of alcohol- and substance-dependent individuals and their families.

Procedure

This research study is descriptive, cross-sectional, and quantitative in design, utilizing a survey model. All individuals diagnosed with alcohol- and substance-use disorder who were receiving inpatient treatment at the adult detoxification center where the research was conducted were invited to participate in the study. Those individuals with psychotic disorders, mental disability, or who were living alone or on the streets were excluded from the study. Individuals over 18 years of age, who had been hospitalized by a specialist physician with a diagnosis of alcohol- or substance-use disorder, who had the cognitive competence to perceive and answer the research questions, and who were not in the stage of intoxication or withdrawal were enrolled in the study with informed consent. Families of individuals who voluntarily agreed to participate were included in the study through weekly visits, awareness meetings, or by special invitation. The convenience sampling method was chosen as the goal was to include anyone willing to participate in the study. The researchers completed the scales, believing they could not be filled out reliably by the participants. Ethical approval and institutional permission were obtained from the relevant authorities to implement the data collection tools used in the research. The data were collected between January and June 2023 following the ethical approval decision obtained from the Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee on 7th December 2022 (approval number 2002/385).

Data Collection Tools

Sociodemographic Information Form

Two separate sociodemographic information forms were developed by the researchers. The first form is a 10-item questionnaire targeting the individual with alcohol- or substance-use disorder, including information such as age and gender. The second form is a 12-item questionnaire targeting the family member responsible for the individual's admission to the clinic, including information such as age, gender, and education.

Codependency in Addiction Assessment Form (CAAF)

Developed by Şimşek and colleagues in 2020, this scale is designed to assess codependency in individuals close to those with alcohol- and substance-use disorders, exhibiting a five-factor structure. The factors are

“concern for others,” “anxiety,” “silence,” “avoidance,” and “guilt.” The assessment of codependency consists of 14 predicted items, with responses in a five-point Likert scale format: “never,” “rarely,” “sometimes,” “often,” and “almost always.” Responses are scored between 0 and 4 points, with a total score ranging from 0 to 56. There are no reverse-coded items in the scoring. The internal consistency Cronbach’s alpha coefficient for the entire scale is 0.76. Permission to use the scale was obtained from the developers.

Addiction Profile Index

This scale, developed by Ögel and colleagues in 2015, consists of 22 questions that can assess the risk of addiction in the population where the research is conducted by providing a certain degree of ranking. The Cronbach’s alpha coefficient for the entire scale is 0.89. It consists of three factors: “substance use characteristics,” “diagnosis,” and “impact on life.” Response options were created as 0/1/2. Below 1.6 points is categorized as low severity of dependency, between 1.6 and 4.6 points as moderate severity of dependency, and above 4.6 points as high severity of dependency. For academic use of the scale, researchers have statements indicating that they can use it without permission as long as the source is cited.

Statistical Analysis

Descriptive statistics (frequencies, percentages, means, and ranges) were derived using the Statistical Package for the Social Sciences 26.0 (SPSS Inc.; Chicago, IL, USA) program to determine the profiles of the participants. The Kolmogorov–Smirnov normality test, which was performed to determine whether or not the data were normally distributed, showed that the variables had values between $p = .07$ and $p = .20$; therefore, it was assumed that the data were normally distributed with the assumption of $p > 0.05$. Independent sample t-tests were applied for two-group comparisons using parametric tests, and one-way analysis of variance (ANOVA) was used for comparisons involving more than two groups. Post-hoc analysis was performed in case of a significant difference between the groups to determine which group the difference originated from. Pearson correlation analysis was used for relational analyses. The correlation coefficient takes values between -1 and +1, and values between 0.01 and 0.29 indicate a low level of relationship while values between 0.71 and 0.99 indicate a high level of relationship (18). The confidence interval was set at 95%, and statistical significance was defined as $p < 0.05$.

The determination of the sample size was calculated for ANOVA, using the G*Power 3.1.10 program to achieve an acceptable power level. In this context, considering a moderate effect size targeting ($f^2 = .25$), an α error probability of 0.05, and a $1-\beta$ error probability of 0.95, the required minimum sample size was calculated. For ANOVA analysis, it was deemed sufficient to reach a minimum sample size of 251 for analysis with a power of 0.95 (critical $f = 3.032$) when it includes similar numbers of individuals in more than two groups. Data were collected from a total of 292 individuals, including 146 from the group of alcohol- and substance-dependent individuals and their families.

Results

The data regarding the demographic characteristics of individuals with substance-use disorder who participated in the study are presented in Table 1. Of the 146 participants, 128 (87.7%) were male, while 84 (57.5%) were in the age range of 26–45 years. A total of 86 individuals (58.9%) were primary school graduates, while 11 individuals (7.5%) were university graduates. Among the participants, 70 individuals (62.3%) reported having sought addiction treatment previously, whereas 55 individuals (37.7%) stated that they were undergoing inpatient treatment for the first time.

Demographic data for the families of individuals with substance-use disorder included in the study are provided in Table 2. According to the data, 96 participants (65.8%) were female; 71 participants (48.6%) were aged between 45 and 65 years. A total of 81 individuals (55.5%) were primary school graduates, and 40 individuals (7.5%) were high school graduates. It was observed that 125 individuals (85.6%) were

married. Regarding the degree of proximity to the individual undergoing treatment among the participants, it was expressed that 42 (28.8%) were mothers and 38 (26.0%) were spouses/partners.

Table 1. Socio-demographic characteristics of individuals with substance use disorder

Characteristics		Number	Percentage
Gender	Female	18	12.3
	Male	128	87.7
Age	18-25	30	20.6
	26-45	84	57.5
	45-65	31	21.2
	66+	1	.7
Education Level	Literate	6	4.1
	Primary School	86	58.9
	High School	43	29.5
	University	11	7.5
Marital Status	Married	58	39.7
	Single	70	47.9
	Divorced/Separated	18	12.4
Children Status	Yes	68	46.6
	No	78	53.4
Number of Children	None	78	53.4
	1-2	45	30.9
	3-4	23	15.7
Number of Siblings	Only Child	2	1.4
	2-4 Siblings	95	65.1
	4+ Siblings	49	33.5
Employment Status	Employed	59	40.4
	Unemployed	87	59.6
Living Situation	Alone	7	4.8
	With Spouse and Children	61	41.8
	With Parents	74	50.7
	With Relatives	4	2.7
Previous Addiction Treatment	Yes	91	62.3
	No	55	37.7
Total		146	100.0

The average scores of the Addiction Profile Index (API) scale, the Codependency in Addiction Assessment Form (CAAF), and their sub-dimensions are provided in Table 3. The reliability coefficient of the API scale is 84.3, with reliability coefficients for the sub-dimensions ranging between 72.5 and 79.1. The reliability coefficient of the CAAF scale is 72.9, while reliability coefficients for the sub-dimensions range between 61.1 and 69.9.

Table 2. Socio-demographic characteristics of families

Characteristics		Number	Percentage
Gender	Female	96	65.8
	Male	50	34.2
Relationship to Patient	Mother	42	28.8
	Father	28	19.2
	Spouse/Partner	38	26.0
	Sibling	30	20.5
	Child	8	5.5
Age	18-25	9	6.2
	26-45	61	41.8
	45-65	71	48.6
	66+	5	3.4
Education Level	Literate	10	6.8
	Primary School	81	55.5
	High School	40	27.4
	University	15	10.3
Marital Status	Married	125	85.6
	Single	14	9.6
	Divorced/Separated	7	4.8
Children Status	Yes	121	82.9
	No	25	17.1
Number of Children	None	23	15.8
	1-2	52	35.6
	3-4	69	47.3
Number of Siblings	Only Child	5	3.4
	2-4 Siblings	141	96.6
	4+ Siblings	0	0.0
Employment Status	Employed	67	45.9
	Unemployed	79	54.1
Other Dependent in Family	Yes	26	17.8
	No	120	82.2
Number of People in Same Household	2-4 People	99	67.8
	5-7 People	43	29.5
	8+ People	4	2.7
Ongoing Patient Treatment	Yes	39	27.7
	No	107	73.3
Total		146	100.0

Table 3. Descriptive statistics of scale and sub-dimensions

Scale	Min	Max	Mean	Std. Deviation	Number of Items	Cronbach's Alpha
API-Total	.42	10.25	6.75	1.72	22	84.2
Substance Use Characteristics	1.00	23.00	6.30	5.09	12	78.8
Diagnosis	.00	8.00	6.01	1.80	4	72.5
Impact on Life	.00	10.00	8.29	2.06	5	79.1
CAAF-Total	5	83	35.93	9.85	14	72.9
Enabling	3	43.00	12.80	3.85	4	64.3
Anxiety	.00	12.00	8.81	2.70	3	66.5
Silence	.00	12.00	5.51	2.86	3	63.7
Avoidance	.00	13.00	4.60	2.42	2	61.1
Guilt	.00	8.00	4.19	2.50	2	69.9

Table 4. Comparison of scores obtained from the Addiction Profile Index (API) Scale and its Sub-dimensions based on gender, parenthood status, and history of addiction treatment

Variables	Groups	N	X	SS	t	sd	p
API General	Female	18	5.91	2.17	>0.05	>0.05	<0.05
	Male	128	6.87	1.63			
	Have Children	66	6.44	1.85	>0.05	>0.05	<0.05
	No Children	78	7.03	1.57			
	Received Treatment	91	7.09	1.56	>0.05	>0.05	<0.05
	No Treatment	55	6.20	1.85			
Substance Use Frequency	Female	18	.39	.36	>0.05	>0.05	>0.05
	Male	128	.56	.47			
	Have Children	66	.46	.45	>0.05	>0.05	<0.05
	No Children	78	.61	.46			
	Received Treatment	91	0.61	0.45	>0.05	>0.05	<0.05
	No Treatment	55	0.41	0.44			
Diagnosis	Female	18	1.36	.50	>0.05	>0.05	>0.05
	Male	128	1.52	.44			
	Have Children	66	1.42	.50	>0.05	>0.05	<0.05
	No Children	78	1.57	.39			
	Received Treatment	91	1.56	0.44	>0.05	>0.05	<0.05
	No Treatment	55	1.40	0.45			
Impact on Life	Female	18	1.60	.48	>0.05	>0.05	>0.05
	Male	128	1.66	.40			
	Have Children	66	1.63	.47	>0.05	>0.05	<0.05
	No Children	78	1.68	.36			
	Received Treatment	91	1.71	0.37	>0.05	>0.05	<0.05
	No Treatment	55	1.57	0.46			

Table 4 presents the relationship between the API scale and its sub-dimensions and a number of variables. A t-test was conducted to determine the relationship between the scores obtained from the API scale and its sub-dimensions and variables. When Table 4 is examined, it can be observed that the scores participants obtained from API differed based on gender ($t = -2.253$; $p < .05$). The mean score obtained by male participants from API ($X = 6.87$) was higher than the mean score obtained by female participants ($X = 5.91$). However, no significant difference was found in the scores obtained from API sub-dimensions based on gender. Similarly, it is observed that the scores participants obtained from API differed based on whether they had children or not ($t = -2.090$; $p < .05$). The mean score obtained by participants without children from API ($X = 7.03$) was higher than the mean score obtained by participants with children ($X = 6.44$). Moreover, the scores obtained from API sub-dimensions followed a similar pattern, with participants without children scoring higher than participants with children.

Table 5. Comparison of Co-Dependency Assessment Factor Scale (CAAF) and its subscale scores by gender, parenthood, and presence of chronic illness

Variables		Groups	N	X	SS	t	Sd	P
CAAF Total	Gender	Female	96	2.66	0.59	2.428	144	<0.05
		Male	50	2.37	0.85			
	Parenthood	Yes	123	2.65	0.71	2.978	140	<0.05
		No	23	2.19	0.43			
	Chronic Illness	Yes	39	2.86	0.70	3.199	144	<0.01
		No	107	2.45	0.67			
	Addiction Severity	Moderate	19	2.39	0.65	0.700	144	>0.05
		High	127	2.59	0.70			
Enabling	Gender	Female	96	3.21	0.71	0.154	144	>0.05
		Male	50	3.18	1.32			
	Parenthood	Yes	119	3.27	0.99	1.670	140	>0.05
		No	23	2.91	0.69			
	Chronic Illness	Yes	39	3.52	1.34	2.389	144	<0.05
		No	107	3.08	0.75			
Anxiety	Gender	Female	96	3.03	0.83	1.869	144	>0.05
		Male	50	2.74	1.09			
	Parenthood	Yes	119	3.02	1.00	1.715	140	<0.05
		No	23	2.68	0.69			
	Chronic Illness	Yes	39	3.11	0.84	1.472	144	>0.05
		No	107	2.87	0.91			
Silence	Gender	Female	96	2.04	0.91	3.864	144	<0.05
		Male	50	1.43	0.91			
	Parenthood	Yes	119	1.89	1.00	1.597	140	<0.05
		No	23	1.55	0.64			
	Chronic Illness	Yes	39	2.10	0.95	2.042	144	<0.05
		No	107	1.74	0.94			
Avoidance	Gender	Female	96	2.45	1.12	2.032	144	<0.05
		Male	50	2.01	1.33			
	Parenthood	Yes	119	2.42	1.23	2.364	140	<0.05
		No	23	1.78	0.98			
	Chronic Illness	Yes	39	2.65	1.24	2.125	144	<0.05
		No	107	2.17	1.17			
Guilt	Gender	Female	96	2.16	1.26	0.874	144	<0.05
		Male	50	1.97	1.23			
	Parenthood	Yes	119	2.24	1.19	2.991	140	<0.05
		No	23	1.41	1.37			
	Chronic Illness	Yes	39	2.55	1.20	2.705	140	<0.05
		No	107	1.92	1.23			

The scores participants obtained from API also differed based on whether they had received addiction treatment in the past ($t = 3.096$; $p < .05$). The mean score obtained by participants who had received addiction treatment in the past from API ($X = 7.09$) was higher than the mean score obtained by participants who had not previously received addiction treatment ($X = 6.20$). Participants who had previously received addiction treatment had higher addiction severity than those who had not. The scores obtained from the API sub-dimensions followed a similar pattern, with participants who had received addiction treatment in the past scoring higher than those who had not received addiction treatment. The scores participants obtained from API in general and the sub-dimensions specifically did not differ based on their employment status. The results of the ANOVA test are shown in Table 4. According to the results, the mean scores of the overall API and its sub-dimensions do not differ based on marital status, the number of children, the number of siblings, or living arrangements. However, it was found that individuals who are literate but not attending formal education have lower addiction severity scores compared to those with other levels of education.

The relationship between the Codependency in Addiction Assessment Form (CAAF) and its subscale scores to a range of variables is presented in Table 5. A t-test was conducted to determine the association between the CAAF scale and its subscale scores with different variables. Upon examination of Table 5, it is observed that participants' scores on the CAAF scale differ according to gender ($t = 2.428$; $p < .05$). The mean score for female participants on the CAAF scale ($X = 2.66$) is higher than that of male participants ($X = 2.37$). Female participants also have higher mean scores on the "silence," "avoidance," and "guilt" subscales of the CAAF scale. Additionally, it is noted that participants' scores on the CAAF scale differ depending on whether they have children or not ($t = 2.978$; $p < .05$). Participants with children have a higher mean score on the CAAF scale ($X = 2.65$) compared to those without children ($X = 2.19$). Except for "enabling," participants with children have higher mean scores on all other subscales, suggesting that individuals with children have higher levels of co-dependency. Furthermore, the scores on the CAAF scale vary based on whether participants have a chronic illness ($t = 3.199$; $p < .05$). Participants with chronic illness have a higher mean score on the CAAF scale ($X = 2.86$) compared to those without chronic illness ($X = 2.45$). It was found that individuals with chronic illness have higher mean scores on all subscales except for the "anxiety" subscale. The scores on the CAAF scale do not differ based on participants' employment status ($t = -1.183$; $p > .05$) or whether there are other dependent individuals in the family ($t = -.926$; $p > .05$). Moreover, the t-test examining whether the scores on the CAAF scale differ based on the severity of addiction shows no significant difference ($t = -.700$; $p > 0.05$). Thus, it is concluded that the severity of addiction does not correlate with the level of codependency among individuals living together.

Table 6. Analysis of Variance (ANOVA) table for comparing the mean scores of the CAAF Scale with marital status, age, and number of siblings variables

Variable	Source	Sum of Squares Total	Sd	Mean Square	F	P
Marital Status	Inter-group	844.623	2	422.311	4.563	<0.05
	Intra-group	13233.822	143	92.544		
	Total	14078.445	145			
Education Level	Inter-group	5.910	4	1.477	3.160	<0.05
	Intra-group	65.919	141	.468		
	Total	71.829	145			
Age	Inter-group	1.261	3	.420	.846	>0.05
	Intra-group	70.567	142	.497		
	Total	71.829	145			
Number of Siblings	Inter-group	529.303	3	176.434	1.849	>0.05
	Intra-group	13549.142	142	95.416		
	Total	14078.445	145			

The ANOVA test conducted to compare the mean scores of the CAAF scale across various variables is presented in Table 6. When Table 6 is examined, it is found that there is no significant difference in the level of codependency based on age and number of siblings ($p > .05$), while there is a statistically significant difference between marital status and education level ($p < .05$). a post-hoc Tukey test, conducted to determine which groups differ, revealed that divorced individuals exhibit higher levels of codependency compared to singles, and primary school graduates have higher levels of codependency compared to university graduates.

To determine the relationship between addiction severity and codependency, Pearson correlation analysis was employed, and the findings are presented in Table 7. In the correlation analysis conducted to determine the relationship between addiction severity and codependency, no significant relationship was found. Upon examining the relationship between addiction severity and the sub-scale of the codependency scale, "silence," a weak positive correlation was observed.

Table 7. Pearson correlation analysis on the relationship between addiction severity and codependency

Variable		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
API Total	r	1									
	p										
CAAF Total	r	.065	1								
	p	.434									
SUC	r	.545**	.199*	1							
	p	.000	.016								
Diagnosis	r	.805*	.078	.379*	1						
	p	.000	.347	.000							
IL	r	.723*	.010	.283**	.583*	1					
	p	.000	.904	.001	.000						
Enabling	r	.025	.768*	.126	-.004	-.004	1				
	p	.768	.000	.130	.966	.961					
Anxiety	r	.049	.639*	.138	.056	-.004	.389*	1			
	p	.560	.000	.096	.505	.964	.000				
Silence	r	.180*	.698*	.216*	.213*	.080	.382	.200	1		
	p	.030	.000	.009	.010	.335	.000	.016			
Avoidance	r	-.087	.736*	.105	-.021	-.038	.464*	.387	.472	1	
	p	.298	.000	.205	.803	.653	.000	.000	.000		
Guilt	r	.044	.548*	.089	.030	-.006	.175*	.229	.340	.255*	1
	p	.599	.000	.287	.720	.946	.035	.005	.000	.002	

* The correlation is significant at the 0.05 level; (API: Addiction Profile Index, CAAF: Codependency in Addiction Assessment Form, SUC: Substance Use Characteristics, IL: Impaction Life)

Discussion

Family, which is one of the most important factors affecting addiction, has an important role in the onset and continuation of alcohol substance use disorder. At the same time, alcohol substance use of individuals can also negatively affect the family (19). Co-dependence, which is one of these critical situations that families experience in the addiction process, leads to the continuation of addiction rather than its reduction (20).

In contrast to the findings of this study, Kaplan and Özbaran (2024) found that there was a significant positive correlation between the severity of addiction and the level of codependency in families (19). Similarly,

Harkness et al. (2001) found that codependency was an important factor in the families of people with alcohol- or substance-use disorder (21). In addition, Rusnakova's (2014) qualitative study with the families of people with alcohol-use disorder showed that focusing on the experiences and behaviors of codependent family members was effective in influencing the alcohol-use behaviors of people with alcohol-use disorder (22). Çakır et al. (2022) emphasized in their study that the family factor is effective at every stage of addiction and that family experiences, such as the development of codependency, come to the fore in the addiction process (20). It is emphasized that families should be involved in the addiction treatment process and that the family's compliance with treatment should be supported.

Vederhus et al. (2019) assessed the level of codependency using different assessment tools than the Codependency in Addiction Assessment Form (CAAF) and found increased dysfunction and decreased quality of life in families with high levels of codependency (23). Pant et al. (2022) found that most families of dependent individuals had severe codependency (50%) (24). Although the results of the study were limited to correlational rather than progressional analyses, it does point to the family as an important factor in the development of codependency (6).

In this study, contrary to the findings in the literature, no relationship was found between the severity of addiction of individuals with alcohol- or substance-use disorder and the codependency levels of family members. When the sociodemographic characteristics of the participants are analyzed, it is seen that the majority of the individuals with substance-use disorder are single, and the degree of closeness of the participants to the person who is in treatment is the mother in the majority of cases. It can be considered that there is a difference in terms of the participation of families in treatment according to the degree of closeness and that mothers may be more patient toward the process and, consequently, the addicted individual is impacted by this.

Makvand et al. (2009), in a study conducted with spouses of opiate users, found that codependence symptoms in spouses were observed together with the anxiety factor (25). A qualitative study using in-depth interviews with relatives of alcoholics showed that codependency was shaped around the concepts of "denial, anger, savior, grief, and hatred" (22, 26). In Potter-Efron's (1989) study, factors such as fear, shame, guilt, hopelessness, and denial, and in Fischer and Spann's (1991) study factors such as difficulty in self-expression and focusing too much on others other than oneself were shown to be prominent (26). It can be said that the findings of Rusnakova's (2014) study are similar to the "avoidance" factor, and the findings of Fischer and Spann's (1991) study are similar to the "enabling" factor (22, 26). In this study, the finding that the "silence" factor—which includes questions about giving the relative money when they know they are going to buy alcohol or other substances, cleaning up when the relative makes a mess, and turning a blind eye when the relative uses at home—has a weak positive relationship with addiction severity is interpreted as meaning that the level of endurance of life events that families are exposed to may increase as the severity of addiction increases.

It has been reported in the literature that many female spouses are negatively affected by the consequences of a substance-use disorder (11). Sabater found that spouses of people with alcohol-use disorders were more codependent than women who were not married to people with alcohol-use disorders (27). Pant et al. also found higher levels of codependency among women (spouses) (24). In the study by Salonia et al. which assessed the degree of codependence of spouses of drug users and the severity of addiction among drug users, it was found that all the spouses participating in the study were women, had co-dependence, and 60% of them had a higher degree of codependence (12).

Similarly, studies show that codependency is more common in the wives of men with alcohol- and substance-use disorders (26, 28). In the study by Şimşek et al. (2020), it was found that the majority of participants were parents of people with alcohol- and substance-use disorders (26). When considering the degree of closeness to the person with the substance-use disorder, the fact that the majority of participants in this study were the parents of the person with the disorder is similar to the findings of the study by Şimşek et al. (2020). This situation limits the generalization of whether codependency is more common among parents or spouses and also suggests that this difference is due to the profile of applicants at the center

where the study was conducted. In addition, contrary to the literature, this study found higher levels of codependency among divorced individuals. It can be said that the weakened social support systems of individuals after divorce are effective in increasing the level of codependency.

Studies show that codependency often develops among families, especially spouses, that codependency is a contributing factor to the maintenance of substance-use behavior in addicted individuals (22), and that family members of addicted individuals should be knowledgeable about addiction (12). In a study evaluating the effectiveness of family support therapy in treating codependency, it was reported that such support groups are an important educational tool that provides the family with an opportunity to reflect on and change codependency attitudes and behaviors, and that professionals working in this field can make more effective interventions if they are trained in codependency (29).

Looking at the literature, some studies show that women develop codependency more than men (26, 30,31,32). The findings of Sabater, Pant et al., and Salonia et al. regarding the high level of codependency among women are similar to the findings of our study (12, 24, 27). Thus, the results of the present study seem to be consistent with the literature. In our study, the majority of the sample consists of women. The fact that the number of male relatives of people with substance-use disorders is rather low limits the evaluation of the concept of codependence in terms of gender. However, our findings suggest that the high levels of codependency among women may be related to a cultural belief that men should be the breadwinners in the family and that the responsibility for caring for the dependent individual is placed on women.

In the present study, it was found that those who had children, those who had a chronic illness, and those in the 45 to 65 years age group had higher levels of codependency. No previous study was found that used the Codependency in the Addiction Assessment Form (CAFF) to compare individuals having or not having children, having or not having a chronic disease, or by age group. In this study, the finding that codependency levels were higher in the 45 to 65 years age group is thought to be influenced by the fact that family members' hopes that the person with a substance-use disorder will "kick the habit" at a younger age and return to a normal life one day become exhausted as they get older. The finding that the level of codependency was higher among those with children and chronic illness may be related to the increasing caring responsibilities in families and the decreasing ability of families to maintain care for the person with a substance-use disorder as the persistence associated with the chronic illness decreases.

The limitations of this study include the small sample size, the fact that the study was conducted in a single center, and the unequal distributions of gender and proximity of the participants' family members. In future studies, it is planned to study with a larger sample size, to repeat the study with families who come to outpatient clinic follow-up and who have just learned about alcohol- and substance-use, and to conduct different studies with participants from different centers and with a similar number of participants according to the gender and proximity of the participants' family members. The strengths of this study include the fact that it was conducted in a field where the number of studies is relatively small, that it included both addicted individuals and their families in the same study, and that the sample was large with addicts who received inpatient treatment. However, the small number of similar studies made it difficult to elaborate the discussion section further.

As a result of this study, it was concluded that men, those without children, and those who had previously received addiction treatment had higher levels of addiction severity, while women, those with children, those with chronic illnesses, those with primary school education, those who were divorced, and those aged 45–65 had higher levels of codependence. No relationship was found between the severity of addiction and the level of codependency. A positive correlation was found between the severity of codependency and the "silence" subscale of codependency. The analysis of the sociodemographic variables of the families show that preventive and effective measures should be taken for the problems of families of individuals with alcohol- and substance-use disorders and that appropriate care needs to be provided. It is thought that treatment interventions for families will reduce the impact of the burden of care caused by codependency on the families. It also supports the importance and necessity of including other family members, such as

spouses, children, or parents of people with substance-use disorders in treatment plans, regardless of their willingness to change and recover from codependence. It would also be useful to conduct further research on family members with codependency problems. In this context, the study needs to be repeated with a larger sample in order to generalize the results.

References

1. Lee EB, An W, Levin ME, et al. An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2015; 155: 1-7.
2. Stotts AL, Northrup TF. The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Curr Opin Psychol* 2015; 2: 75-81.
3. Priddy SE, Howard MO, Hanley AW, et al. Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Subst Abuse Rehabil* 2018; 9: 103-114.
4. Shanmugam PK. Psychoeducation impact for family members of substance users: An evaluation the workbook "Addiction: A Family Disease". *J Subst Use* 2020; 202-211
5. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, et al. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020; 3(6): e208279.
6. Diotaiuti P, Mancone S, Corrado S, et al. Internet addiction in young adults: The role of impulsivity and codependency. *Front Psychiatry* 2022; 13: 893861.
7. Roncone R, Mazza M, Ussorio D, et al. The questionnaire of family functioning: A preliminary validation of a standardized instrument to evaluate psychoeducational family treatments. *Community Ment Health J* 2007; 43(6): 591-607.
8. Askian P, Krauss SE, Baba M, et al. Characteristics of co-dependence among wives of persons with substance use disorder in Iran. *Int J Ment Health Addict* 2016; 14(3): 268-283.
9. Bacon I, McKay E, Reynolds F, et al. The lived experience of codependency: an interpretative phenomenological analysis. *Int J Ment Health Addict* 2020; 18(3): 754-771.
10. Ferré-Grau C, Casado MS, Cid-Buena D, et al. Caring for family caregivers: an analysis of a family-centered intervention. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48: 87-94.
11. Askian P, Krauss SE, Baba M, et al. Recovering from co-dependence: A study of Iranian wives of persons with substance use disorder. *Curr Psychol* 2018; 40: 1234-1248.
12. Salonia G, Mahajan R, Mahajan NS. Codependency and coping strategies in the spouses of substance abusers. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* 2021; 7: 1130-1138.
13. Ançel G, Kabakçı E. Psychometric properties of the Turkish form of codependency assessment tool. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23: 441-453.
14. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Grau-López L, et al. Impulsivity and addiction severity in cocaine and opioid dependent patients. *Addict Behav* 2016; 58: 104-9.
15. Bahadır G, Karaca S. Investigation of addiction severity of drug users under probation according to depressive symptom level. *Bağımlılık Dergisi* 2021; 22(3): 209-217
16. Ögel K, Evren C, Karadağ F, et al. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2012; 23(4): 264-273.
17. Ögel K, Güneş R, Koç C, Görücü S, et al. The development, validity, and reliability study of Addiction Profile Index (BAPİ)'s Short Form. *Bağımlılık Dergisi* 2015; 16(4): 175-181.
18. Köklü N, Büyükoztürk Ş, Çokluk BÖ. Sosyal Bilimler için İstatistik. Ankara: Pegem Yayınları, 2006.
19. Kaplan Ö, Özbaran B. Alkol-madde kullanıcılarının bağımlılık şiddeti ile aile üyelerinin eş bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi* 2024; 25(2): 113-121.
20. Çakır G, Burak A, Kılınc K, et al. Saha çalışanlarının gözlemleri aracılığıyla madde bağımlısı çocuğu olan ailelerin özellikleri ve deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2022; 24(3): 1095-1122.
21. Harkness D, Hale R, Swenson M, Madsen-Hampton K. The development, reliability, and validity of a Clinical Rating Scale for Codependency. *J Psychoactive Drugs* 2001; 33(2): 159-171.
22. Rusnáková M. Codependency of the members of a family of an alcohol addiction. *Procedia Soc Behav Sci* 2014; 132, 647-653.
23. Vederhus JK, Kristensen Ø, Timko C. How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Qual Life Res* 2019; 28: 2161-2170.

24. Pant S, Mishra S, Kar SK. Significant co-dependency, anxiety, depression and family burden among the caregivers of patients with opioid dependence syndrome: an observational study. *Global Psychiatry Archives* 2022; 5(2): 90-104.
25. Makvand HS, Bigdeli IA, Agha BA. Codependency and mental health in wives of opioid drug abusers. *J Clin Psychol* 2009; 1: 71-79
26. Şimşek M, Öncü F, Kabil M. Bağımlılıkta Eş Bağımlılık Faktörü (BEŞF) Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2020; 12(Suppl 1): 268-280.
27. Sabater V. An Exploration of Codependency among African American, Caucasian, and Hispanic Wives of Alcoholics (Doctoral thesis). New York: New York University, 2006.
28. Prest LA, Storm C. The codependent relationships of compulsive eaters and drinkers: Drawing parallels. *Am J Fam Ther* 1988; 16: 339-350.
29. Peixoto da Silva M, Netto de Oliveira AM, Arruda da Silva P, et al. Family orientation group as a strategy for care in chemical codependency. *Invest Educ Enferm* 2019; 37(3): e08.
30. O'Gorman P. Codependency explored: A social movement in search of definition and treatment. *Psychiatr Q* 1993; 64(2): 199-212.
31. Dear GE, Roberts CM. The relationships between codependency and femininity and masculinity. *Sex Roles* 2002; 46: 159-165.
32. Chang SH. Codependency among College Students in the United States and Taiwan: A Cross-Cultural Study (Doctoral dissertation). Ohio: Ohio University, 2010.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.

Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Psikiyatrik Bozuklukları Olan Erişkinlerin Madde Kullanım Profilleri, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Substance Use Profiles, Sociodemographic and Clinical Characteristics of Adults with Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence

Dilek Altun Varmış ¹ 

1. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana

Abstract

Objective: This study aimed to examine the socio-demographic and clinical characteristics, as well as the substance use profiles, of adults diagnosed with psychiatric disorders during childhood and adolescence.

Method: The sample comprised patients treated at the Alcohol and Substance Addiction Treatment Center (AMATEM), who were diagnosed with Substance Use Disorder (SUD), had a history of Child Psychiatry and/or ÇEMATEM admission, and tested positive for at least one substance in their urine. Relevant patient data were accessed from hospital records.

Results: The study included 537 patients, of whom 52.1% were male and 47.9% were female, with a mean age of 32.2±9.4 years (range: 18–65). Among childhood diagnoses, conduct disorder was the most common (61.6%), followed by Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) (7.1%). In adulthood, the most prevalent substance use disorder was multiple substance use disorder (40.2%), followed by cannabis (39.8%) and heroin use (12.3%). Childhood trauma was significantly associated with gender, marital status, educational level, suicide attempts, sleep disorders, and childhood psychiatric diagnoses.

Conclusion: The findings indicate that conduct disorder is the most common childhood diagnosis among patients with SUD, with a high prevalence of childhood trauma and treatment discontinuation. These insights underscore the importance of early interventions to address psychiatric disorders and prevent substance use.

Keywords: Adolescents, attention deficit hyperactivity disorder, trauma, substance use

Öz

Amaç: Çocukluk ve ergenlik döneminde psikiyatrik bozukluk tanısı olan yetişkinlerin sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile madde kullanım profillerinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde (AMATEM) 01.01.2012-31.07.2020 tarihleri arasında tedavi olan, Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) tanısı almış, geçmişinde Çocuk Psikiyatri ve/veya ÇEMATEM başvurusu olan ve idrarda en az bir defa madde saptanan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Hastane kayıtlarından çalışma kriterlerini karşılayan hastaların tıbbi kayıtlarına ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışma 537 hasta ile yürütülmüş olup, hastaların %52.1'i erkek, %47.9'u kadındı. Yaş ortalaması 32,2±9,4 (min=18, max=65) idi. Çocukluk tanıları arasında en sık davranım bozukluğu (%61,6), ikinci sıklıkta (%7,1) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) bulundu. Yetişkinlikte en sık görülen MKB çoklu madde kullanım bozukluğu (%40,2) olup, onu esrar (%39,8) ve eroin kullanımının (%12,3) takip ettiği saptanmıştır. Çocukluk çağı travması ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, suisidal girişim, uyku bozukluğu ve çocukluk çağı psikiyatrik tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızdan MKB olan hastalarda en sık görülen çocukluk çağı tanısının davranım bozukluğu olduğu, çocukluk çağında travmaya maruz kalma ve tedaviyi bırakma oranının yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bu bulgular, psikiyatrik bozuklukları ele almak ve madde kullanımını önlemek için erken müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Adolesanlar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, travma, madde kullanımı

Correspondence / Yazışma Adresi: Dilek Altun Varmış, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Adana, Türkiye E-mail: dilekvarmis@gmail.com

Received /Gönderilme tarihi: 04.10.2024 | Accepted /Kabul tarihi: 22.01.2025

Giriş

Madde kullanım bozukluğu (MKB), sürekli ve periyodik kullanım isteği oluşturan, keyif verici etkiler yaşamak ya da yoksunluk belirtilerinden kaçınmak amacıyla davranış bozukluklarına yol açan psikiyatrik bir rahatsızlıktır (1). Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC) Dünya Uyuşturucu Raporunda 2021 yılında madde kullanan kişi sayısının %23'lük artışla 296 milyon kişiye ulaştığını ve MKB tanısı alan kişilerin %45'lik artışla 39,5 milyon kişiye ulaştığını bildirmektedir (2). Ülkemizde yapılan madde kullanıcıları profil analizinde 27,779 kişinin hayatı boyunca en az bir kez madde kullandığı; gençler arasında MKB döngüsünün tütün ve alkol kullanımı ile başlayıp, MKB'na eğilimi arttırdığı ifade edilmektedir (3). Madde kullanma açısından 15-24 yaş aralığı çok riskli olup, madde kullanımı öncesi tütün kullanma oranı %82,4, alkol kullanım oranı %37,9 olarak bildirilmektedir (4). Toplumda giderek daha büyük bir problem haline gelmeye devam eden madde kullanma yaşı giderek düşmekte ve MKB seviyesine geçtikten sonra kişi maddeyi hayatının merkezine koyarak birçok şeyden vazgeçmekte ya da geri plana atmaktadır (5). MKB olan kişinin maddeye ulaşmak için suç işlemesi ve yasa dışı davranışlara yönelmesi, giderek toplumu etkileyen bir tehdide dönüşmesine yol açmaktadır (6).

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki psikiyatrik bozukluklar, madde bağımlılığını arttırmaktadır (7). MKB'nda psikososyal ve çevresel etkenler, özellikle erken adölesan dönemde depresyon, anksiyete, ekonomik sorunlar, eğitim düzeyinin düşük olması, ebeveyn eksikliği, fiziksel ya da cinsel istismar, hiperaktivite, ailede MKB ya da psikiyatrik bozukluk öyküsü, erken yaşta madde kullanımı olarak bildirilmektedir (8). Madde kullanım bozukluğunun, herhangi bir kronik tıbbi durum gibi ele alınması, erken evrelerde tespit edilmesi ve maddeye bağlı oluşabilecek zararı önlemek için uygun şekilde tedavi edilmesi önerilmektedir (9). Bu mücadele çok yönlü olarak ele alınmalı, koruyucu, önleyici ve rehabilite edici girişimler için ilgili disiplinlerin birlikte çalışmaları sağlanmalıdır (10). Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) biriminde uygulanan tedavinin amacı madde bağımlılığının önlenmesi ve hastaların işlevselliğinin tekrar kazandırılması olup, ayaktan veya yatarak tedavi alan hastaların bireysel özellikleri gözönüne alınarak tedavi stratejilerine karar verilmektedir (11). Tüm bu verilerden yola çıkarak, bu çalışmada AMATEM başvurusu olan hastalar arasında çocuk psikiyatri ve Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) başvurusu olanların madde kullanım profillerini, klinik ve sosyo-demografik özelliklerini belirlemek ve literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Yöntem

Retrospektif ve tanımlayıcı olarak planlanan çalışma 01.06.2020-31.07.2020 tarih aralığında Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM Birimi'nde yürütülmüştür. Çalışmanın yürütüldüğü hastane, bölgenin referans hastanesi olarak hizmet vermektedir. Erişkin AMATEM, hem poliklinik hem de yataklı servis hizmeti vermektedir. Erişkin AMATEM'deki tedavi sürecinde, hastanın yatışı başvuru şekline göre belirlenmektedir. Resmi yazısı olan hastaların yatışı zorunlu, resmi yazısı olmayan hastaların yatışı ise gönüllülük esasına göre yapılmaktadır. Çocuk psikiyatri ve ÇEMATEM'in yataklı bölümü olmayıp, MKB olan çocuk ve ergen hastalara sadece ayaktan poliklinik hizmeti verilmektedir. Hastaneye başvuran tüm çocuk ve ergen hastalar poliklinik hizmetlerinde uzman bir çocuk psikiyatristi tarafından, yetişkin hastalar ise poliklinik ve yatış işlemlerinde uzman bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmektedir. Hastaların MKB ve psikiyatrik bozukluklarının tanısı, Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısına (DSM-5) dayalı psikiyatrik muayene ile konularak, tedavileri başlatılmaktadır (12).

Hastaneye bağlı faaliyet gösteren merkez laboratuvarında madde ve ilaç düzeyi analizleri Siemens Advia 1800 otokimya analizöründe siemens ve immunoanalysis marka kitler ile çalışılmaktadır. Laboratuvar da; amfetamin, benzodiazepin, kannabinoid, kokain, opiat, buprenorfin, sentetik kannabinoid testleri çalışılmaktadır. Testler saat kısıtlaması olmaksızın AMATEM, acil, poliklinik ve servislerden gelen doktor istemli numunelerden hızlıca çalışılmaktadır. Madde testlerinde test prensibi olarak güçlendirilmiş enzim immünassay (EMIT) yöntemi kullanılmaktadır. Bu analizlerde esas alınan minimum madde konsantrasyonları şu şekildedir. Opiat için 200 ng/ml, amfetamin için 500 ng/ml, kannabinoidler için 50 ng/ml,

benzodiazepinler için 300 ng/ml, buprenorfin 5 ng/ml, kokain için 150 ng/ml, sentetik K2-1 "Sentetik kannabinoid" 20 ng/ml, sentetik K2-2 "Sentetik kannabinoid" 10 ng/ml, sentetik K3 "Sentetik kannabinoid" için 10 ng/ml'dir. Çalışmaya başlamadan önce Adana Şehir ve Eğitim Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 23.09.2020, 66 sayılı toplantı ve Karar no: 1074) etik kurul kararı alınmıştır.

Örneklem

Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında AMATEM başvurusu olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 537 hastanın kayıtları oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; katılımcının 01.01.2012-31.07.2020 tarih aralığında Adana Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi AMATEM Birimi'ne başvurusunun olması, 18-65 yaş arası olması, DSM-5' e göre MKB tanısı almış olması, geçmişinde Çocuk Psikiyatri Polikliniği ve/veya ÇEMATEM başvurusunun olması ve idrar analizinde en az bir kere madde saptanmış olmasıdır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş hastanın madde kullanım profili ile, klinik ve demografik özelliklerinin sorgulandığı (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, uyku düzeni, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ailede psikiyatrik tanı, intihar girişimi öyküsü, travmatik olay varlığı, travmatik olay yaşanmışsa türü, yaşanan travmatik olay sayısı, sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, çocukluk çağı psikiyatrik tanıları, erişkin çağı psikiyatrik tanıları, kullanılan madde türü, yatarak tedavi öyküsü, taburculuk durumu) toplam 20 sorudan oluşan bilgi formu oluşturulmuş ve tüm veriler bu forma aktararak değerlendirilmeler yapılmıştır (13,14). Hastanın verilerine hastane kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından ulaşılmıştır. Hastaların tanı sıralaması, hastane sistemi kayıtlarında yer alan tanı tarihlerine uygun olarak düzenlenmiştir.

Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 paket program kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada, kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak; sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak sunulmuştur. Hastaların çocukluk çağı travmaya uğrama durumları ile sosyo-demografik değişkenleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların demografik verileri incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen 537 hastanın %52.1'i erkek, %90.1'i bekar, yaş ortalaması 32.2 ± 9.4 ve %58.7'si lise mezunudur. Katılımcıların %90.7'si işsiz olup, %83.8'nin sağlık güvencesi vardır. Uyku düzeni %67.4'nün kötü olup, %12.5'u alkol, %63.7'si sigara kullanmaktadır. İntihar girişimi öyküsü %14.7'sinde mevcut olup, %7.1'nin ailesinde psikiyatrik olay/madde kullanımı hikayesi bulunmaktadır. Katılımcıların %66.9'u tek psikiyatrik bozukluk tanısına sahipken, %33.1'i iki ve üzeri tanı sayısına sahiptir (Tablo 1).

Tablo 2'de katılımcılar çocukluk çağı travma öyküsü (ÇÇT) açısından incelenmiştir. Katılımcıların %54.2'sinin Çocuk Psikiyatri Poliklinik muayenesinde ÇÇT öyküsü vardır. Yaşanan travmatik olay açısından en fazla yaşanan travmanın cinsel istismar (%31) olduğu ve onu anne-baba ayrılığının (%16.9) takip ettiği bulunmuştur. Tek bir travmatik öyküye sahip olan katılımcı oranının %35.4, iki veya daha fazla travmatik öyküye sahip katılımcı oranının %18.8 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'de katılımcıların sağlık kuruluşuna başvuru durumları incelenmiştir. ÇEMATEM'e başvuru yapan katılımcı sayısı 46 olup, başvuru sayısı ortalaması 2.1 ± 1.9 (min=1, max=10) bulunmuştur. Çocuk Ruh Sağlığına başvuru yapan katılımcı sayısı 530 olup, başvuru sayısı ortalaması 5.3 ± 6.0 (min=1, max=47), AMATEM'e başvuru yapan katılımcı sayısı 537 olup, başvuru sayısı ortalaması 2.3 ± 4.1 (min=0, max=69) olarak saptanmıştır. AMATEM'de yatış yapan katılımcı sayısı 40 olup, yatış gün sayısı ortalaması 5.4 ± 4.9

(min=1, max=22) gündür. Psikiyatri polikliniğine başvuru yapan katılımcı sayısı 237 olup, başvuru sayısı ortalaması 5.6 ± 6.9 (min=1, max=41), acil bölümüne başvuru yapan katılımcı sayısı 181 olup, başvuru sayısı ortalaması 3.1 ± 3.4 (min=1, max=20) bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 1. Katılımcıların demografik verilerinin dağılımının incelenmesi (n=537)

Değişkenler	Ortalama $\pm$ SS	Minimum-Maximum
Yaş	32.2 $\pm$ 9.4	18-65
	n (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet		
Erkek	280	52,1
Kadın	257	47,9
Medeni Durum		
Bekar	484	90,1
Evli	41	7,6
Boşanmış	12	2,3
Eğitim Durumu		
Okuma Yazma Yok	11	2,0
İlköğretim	208	38,8
Lise	315	58,7
Üniversite	3	0,6
Çalışma Durumu		
İşsiz	487	90,7
Çalışıyor	50	9,3
Sağlık Güvencesi		
Var	450	83,8
Yok	87	16,2
Uyku Düzeni		
İyi	175	32,6
Kötü	362	67,4
Sigara Kullanımı		
Var	342	63,7
Yok	195	36,3
Alkol Kullanımı		
Var	67	12,5
Yok	470	87,5
Ailede Psikiyatrik Olay/Madde Kullanımı Öyküsü		
Var	38	7,1
Yok	499	92,9
İntihar Girişimi Öyküsü		
Var	79	14,7
Yok	458	85,3
Tanı Sayısı		
Tek Tanı	359	66,9
İki ve üzeri tanı	178	33,1

Tablo 2. Katılımcıların çocukluk çağı travması açısından incelenmesi

Değişkenler	n (sayı)	% (yüzde)
Travmatik Olay		
Var	291	54,2
Yok	246	45,8
Yaşanan Travmatik Olay (n=291)		
Anne-Baba Ayrılık	49	16,9
Yurtta Kalma	29	10,0
Evden Kaçma	24	8,3
Zorla Evlilik	6	2,1
Fiziksel İstismar	15	5,2
Cinsel İstismar	90	31,0
Ebeveyn Vefatı	14	4,8
Ebeveyn Cezaevinde	12	4,1
Kendisi Cezaevinde	9	3,1
Diğer	43	14,7
Travmatik Öykü Sayısı		
Travma Yok	246	45,8
Tek Travmatik Olay	190	35,4
2 veya Daha Fazla Travmatik Olay	101	18,8

Tablo 3. Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvuru durumlarının incelenmesi

Değişkenler	n (Sayı)	Mean±SD	Minimum-Maximum
Çocuk Ruh Sağlığı Başvuru Sayısı	530	5,3±6,0	1-47
ÇEMATEM Başvuru Sayısı	46	2,1±1,9	1-10
AMATEM Başvuru Sayısı	537	2,3±4,1	0-69
AMATEM Yatış Süresi (Gün)	40	5,4±4,9	1-22
Psikiyatri Poliklinik Başvuru Sayısı	237	5,6±6,9	1-41
Acil Klinik Başvuru Sayısı	181	3,1±3,4	1-20

Tablo 4’de katılımcıların çocukluk çağı tanılarının dağılımı tanı tarihlerine (1., 2. ve 3. tanı) ve acil klinik başvuru durumlarına göre incelenmiştir. Katılımcıların birinci tanı dağılımına bakıldığında en fazla davranım bozukluğu (% 61.6), ikinci tanı dağılımına bakıldığında en fazla DEHB (%17.9), üçüncü tanı dağılımına bakıldığında ise en fazla bipolar bozukluk (%0.6) tanısı bulunmuştur. Katılımcıların acil klinik başvuru tanılarına bakıldığında ise en fazla MKB nedeniyle (%7.6) başvurdıkları sonucu elde edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 5’ de katılımcıların erişkin çağı psikiyatrik bozukluk tanı dağılımları tanı tarihlerine göre 1., 2. ve 3. tanı kategorilerinde incelenmiştir. Katılımcıların birinci tanı dağılımına bakıldığında en fazla MKB (%59.3), ikinci tanı dağılımına bakıldığında en fazla davranım bozukluğu (%2.7) tanısı aldıkları, üçüncü tanının bulunmadığı (%0) sonucu elde edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6’da katılımcılar bağımlılık özellikleri açısından incelenmiştir. Katılımcıların en fazla birden çok maddeyi kullandığı (%40.2), sadece %7.4’ünün AMATEM’e yatış yaptırdığı, %85’inin tedaviyi reddettiği sonucu elde edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 4. Katılımcıların çocukluk çağı sağlık kuruluşuna başvuru tanı dağılımlarının incelenmesi

Değişkenler	1.Tanı		2. Tanı		3.Tanı		Acil Klinik Tanı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DEHB	38	7,1	96	17,9	0	0	1	,2
Davranım Bozukluğu	331	61,6	13	2,4	2	0,4	60	11,2
Bipolar Bozukluk	12	2,2	14	2,6	3	0,6	3	0,6
Anlıksal Yetimi	2	0,4	4	0,7	2	0,4	0	0
Anksiyete Bozukluğu	28	5,2	39	7,3	0	0	34	6,3
Madde Kullanım Bozukluğu	2	,4	1	,2	0	0	41	7,6
Depresif Bozukluk	13	2,4	10	1,9	0	0	12	2,2
Uyku Bozukluğu	2	,4	0	0	0	0	0	0
Psikoz	2	,4	2	,4	0	0	5	,9
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	,2	0	0	0	0	0	0
Uyum Bozukluğu	3	,6	1	,2	0	0	3	,6
Çocukluk Çağı Duygusal Bozukluk	1	,2	0	0	0	0	0	0
Fonksiyonel Nörolojik Bozukluk	0	0	0	0	0	0	5	,9
Kişilik Bozukluğu	0	0	0	0	0	0	2	,4
Ekstrapiramidal Hastalık	0	0	0	0	0	0	2	,4
Epilepsi	0	0	0	0	0	0	1	0,2
İlaç Reaksiyonu	0	0	0	0	0	0	1	0,2

Tablo 5. Katılımcıların erişkin çağı psikiyatrik bozukluk tanı dağılımlarının incelenmesi

Değişkenler	1.Tanı		2. Tanı		3.Tanı	
	n	%	n	%	n	%
DEHB	3	1.2	3	1.2	0	0
Davranım Bozukluğu	31	12	7	2.7	0	0
Bipolar Bozukluk	3	1.2	2	0.8	0	0
Anksiyete Bozukluğu	8	3.1	3	1.2	0	0
Madde Kullanım Bozukluğu	153	59.3	6	2.3	0	0
Depresif Bozukluk	25	9.7	5	1.9	0	0
Uyku Bozukluğu	0	0	0	0	0	0
Psikoz	1	0.4	1	0.4	0	0
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	0.4	0	0	0	0
Uyum Bozukluğu	3	1.2	0	0	0	0
Kişilik Bozukluğu	2	0.8	0	0	0	0

Tablo 7’de travmatik olay varlığı ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir. ÇÇT ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, travmaya uğrayan kişilerin en fazla kadınlar (%68.8) olduğu ve erkeklere göre (%35.5) daha fazla travmatik olaya maruz kaldıkları sonucu bulunmuştur ($X^2=0.45$, $p=0.00$). ÇÇT ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, travmaya uğramış kişilerin yüksek oranda bekar oldukları (%46.9) onu evli (%5) ile boşanmış (%2.4) olanların takip ettiği görülmüştür ($X^2=14.72$, $p=0.00$). ÇÇT ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda tamamlı hastaların en fazla oranda lise mezunu (%30.2) oldukları, onu ilköğretim mezunu (%22.3) ile okuryazar olanlar (%1.6) ve lisans mezunu olanların (%0) takip ettiği görülmüştür ($X^2=11.54$, $p=0.00$). ÇÇT ile suicidal girişim arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, travmaya uğrayan katılımcıların suicidal girişim oranının (%10.2) travmaya uğramayan suicidal girişimde bulunan katılımcılara göre (%5.2) daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir ($X^2=5.76$, $p=0.01$).

Tablo 6. Katılımcıların bağımlılık özellikleri açısından incelenmesi

Değişkenler	n (Sayı)	% (Yüzde)
Kullanılan Madde		
Esrar	103	39,8
Eroin	32	12,3
Sentetik kannabinoid	1	,4
Amfetamin	10	3,9
Ucucu Madde	9	3,5
Birden Çok Madde	104	40,2
AMATEM'de Yatarak Tedavi Öyküsü		
Yok	497	92,6
Var	40	7,4
Taburculuk Durumu		
Tedavi Red	34	85,0
Kısmen Şifa	6	15,0

Tablo 7.Çocukluk çağı travmatik olay varlığı ile demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Değişkenler	Travma					
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın (1)	201	37.4	56	10.4	X2=-0.45 p=0.00*	1>2
Erkek (2)	90	16.8	190	35.4		
Medeni Durum						
Bekar (1)	251	46.7	233	43.4	X2=14.9 p=0.00*	1>2>3
Evli (2)	27	5	13	2.4		
Boşanmış (3)	13	2.4	0	0		
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil (1)	10	1.9	3	0.6	X2=8.49 p=0.03*	3>2>1>4
İlköğretim (2)	119	22.3	89	16.2		
Lise (3)	162	30.2	150	27.7		
Lisans (4)	0	0	4	1.1		
Suisidal Girişim						
Var (1)	55	10.2	28	5.2	X2=5.76 p=0.01*	2>1
Yok (2)	236	43.9	218	40.6		
Çalışma Durumu						
İşsiz (1)	273	50.8	214	39.9	X2=7.34 p=0.00*	1>2
Çalışıyor (2)	18	3.4	32	6		
Uyku Kalitesi						
İyi (1)	77	14.3	98	18.2	X2=10.8 p=0.00*	2>1
Kötü (2)	214	39.9	148	27.6		

Çocukluk Çağı Tanısı						
DEHB (1)	7	1.3	31	6		
Davranım Bozukluğu (2)	182	35	149	28.7		
Bipolar Bozukluk (3)	7	1.2	5	0.9		
Anlıksal Yetimi (4)	2	0.4	0	0		
Anksiyete Bozukluğu (5)	18	3.5	10	1.9		2>5>1=3=7
Madde Kullanım Bozukluğu (6)	1	0.2	1	0.2	X ² =0.12	>11>4=8>6
Depresif Bozukluk (7)	7	1.4	6	1.2	p=0.00*	=10>9=12
Uyku Bozukluğu (8)	2	0.4	0	0		
Psikoz (9)	0	0	2	0.4		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (10)	1	0.2	0	0		
Uyum Bozukluğu (11)	3	0.6	0	0		
Çocukluk Çağı Duygusal Bozukluk (12)	0	0	1	0.2		

*Not. Kalın değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir (p < .05). Veriler ortalama, yüzde ve Pearson Ki-Kare testi olarak ifade edilmiştir.

ÇÇT ile işsizlik oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, travmaya uğrayan katılımcıların işsizlik oranının (%50.8) travmaya uğramayan işsiz katılımcılara göre (%39.9) daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (X²=7.34, p=0.00). ÇÇT ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, travmaya uğrayan uyku kalitesi kötü olan katılımcıların oranının (%39.9) travmaya uğramayan uyku kalitesi kötü olan katılımcılara göre (%27.6) daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (X²=10.8, p=0.00). ÇÇT ile çocukluk çağı psikiyatri tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, yapılan bonferroni düzeltmesi sonucunda tıvımlı hastaların en fazla çocukluk çağında davranım bozukluğu tanısı (%30.2) aldıkları, onu anksiyete bozukluğu tanısının (%3.5) takip ettiği görülmüştür (X²=0.12, p=0.00) (Tablo 7).

Tartışma

Bu çalışmada AMATEM'e başvuran hastalar arasında geçmişinde çocuk psikiyatri veya ÇEMATEM başvurusu olanlar madde kullanım profilleri ile çocukluk ve ergenlik dönemi klinik ve sosyodemografik özellikleri açısından retrospektif olarak incelenmiştir. AMATEM'le ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, ülkemizde erkeklerin MKB oranının oldukça yüksek olduğu, %93.1 ile %96 arasında değiştiği bildirilmektedir (15,16). Yurtdışında yapılan çalışmalarda da erkeklerin madde kullanımı yaygınlığı daha yüksektir (17,18). Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'da yapılan araştırmalarda ise tedavi arayışında olan erkek ve kadınların madde kullanım oranlarının birbirine daha yakın olduğu bildirilmektedir (19,20). Çalışmada literatürle uyumlu olarak tedavi için AMATEM'e başvuru yapan erkek hastaların oranı (%52.1) kadınlara göre daha fazla olmakla birlikte, tedavi için başvuran kadınların oranı (%47.9) erkek hasta oranına yakın bulunmuştur. 2018 yılında Türkiye Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Genel Nüfus Araştırması Çalışma Grubu tarafından 26 ilde yapılan bir çalışmanın madde kullanımına ilişkin bulguları incelendiğinde, hayatında en az bir kere madde kullananların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında en yoğun yaş grubu 15-34 (%65) olarak bildirilmiştir (21). Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 32.2±9.4 olup literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu sonuçlar bize erkeklerin madde kullanımı konusunda kadınlara göre daha baskın olmakla birlikte, kadınların da benzer oranlarda tedavi arayışında olduklarını, ilk madde kullanım yaş ortalamasının dikkate alınarak gerekli önlemlerin bu doğrultuda planlanması gerektiğini düşündürmektedir.

Literatürde eğitim düzeyindeki farklılıkların önemli bir faktör olduğunu bildirmektedir (22,23). Okula devam etmeyen çocukların madde kullanılan ortamlara ulaşımı daha kolay olmakta, anne baba otoritesi sağlanamamakta, eğitilmiş olmanın avantajlarından mahrum kalmaktadırlar. Bu nedenle okulu bırakma ve düşük eğitim düzeyi, MKB'da ele alınması gereken önemli konulardır (24). Türkiye Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) verilerinde 2022 yılında tedavi gören hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %1,7'sinin hiç okula gitmediği, %39.5'inin ilköğretim mezunu, %51.6'sının ortaöğretim mezunu, %7,1'inin lise mezunu olduğu görülmüştür (25). Çalışmada literatürle uyumlu olarak MKB tanısı en

az üniversite mezunu olan (%0,6) hastalarda görülmekle birlikte, en yüksek lise düzeyinde (58,7) eğitim alanlarda bulunmuştur. Eğitim düzeyinin yanı sıra medeni durum açısından MKB tanısı alanların evlilik düzeylerinin düşük olduğu bildirilmektedir (15,26). Madde kullanmayan bireyler, madde kullanan kişilerle iletişim kurmaktan çekinmekte, tehlikeli olarak algılamakta, evlilik veya arkadaşlık ilişkisi kurmak istememektedirler (27). Çalışmada literatürle uyumlu olarak hastaların %90,1'inin bekar olduğu bulunmuştur. Madde kullanımının toplumsal yaşam ve kişilerarası ilişkilere olan olumsuz etkilerinin evlilik oranlarını düşürdüğü düşünülmüştür. Ayrıca MKB beyin işlevlerini etkileyerek, bireylerin iş bulma ve işte kalma becerilerini de olumsuz etkilemektedir (28). İşsizliğin madde kullanımına, madde kullanımının iş bulma ve işte tutunabilmeye olumsuz etkileri bulunduğu ve iki durum arasında kısır bir döngü olduğuna dair veriler bulunmaktadır (29). TÜBİM verilerinde 2022 yılında tedavi gören kişilerin %15,2'sinin işsiz olduğu, %43,1'nin düzenli bir işinin olmadığı, görülmüştür (25). Çalışmada bulunan işsizlik oranı (%90,7) TÜBİM verileri ile kıyaslandığında çok daha yüksektir. Bekarlık ve işsizlik oranının yüksek olmasının MKB açısından risk oluşturan önemli değişkenler olduğu düşünülmüştür.

Ailede psikiyatrik hastalık ve madde kullanım öyküsü, genetik geçiş, model olma ve maddeye kolay erişim gibi sebeplerin madde bağımlılığı için risk faktörü olduğu bilinmektedir (30,31). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ailede MKB oranları sırasıyla %31,1, %48,8, ve %80,4 gibi farklı oranlarda bildirilmektedir (13,32,33). Çalışmada saptanan ailede MKB (%7,1) literatüre göre düşük bulunmuştur. MKB aileyi derinden etkileyen ve aynı zamanda aileden etkilenen biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir hastalıktır (34). Bu yüzden çalışmada ailede MKB oranının düşük bulunmasının ailenin rolünün göz ardı edilmesine neden olmaması gerektiği, önleyici tedbirler konusunda ailenin rolünün ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Uyku bozukluğu madde kullanımından önce var olup madde kullanım riskini artırabileceği gibi, MKB'na bağlı olarak da uyku bozukluğu oluşabilmektedir (35). Akut madde kullanımı, uykuya dalmayı geciktirip, uyku süresini ve kalitesini etkilerken, kronik madde kullanımı ise uyku bozukluğunu daha şiddetli hale getirerek uykusuzluğa bağlı dürtüsellikleri artırarak, madde aşermesi ve relaps gelişimine neden olabilmektedir (36). Tedavi alan veya almayan MKB olan hastalarda, madde türüne göre değişmekle birlikte %66 ve %76,3 arasında uyku problemleri yaşandığı bildirilmektedir (37,38). Çalışmada hastaların %67,4'ünün uyku sorunu olup, bu bulgular literatürle uyumludur. Literatüre baktığımızda, hastaların madde aşerme konusunda başa çıkma becerilerini arttırmak için uyku problemlerinin çözülmesi gerektiği bildirilmektedir (39). Madde bağımlılığı ile mücadelede uyku problemlerinin ele alınması ve tedavi edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Madde kullanımının muhakemeyi bozarak, dürtü kontrolünü zayıflatarak ve nörotransmitter yollarını kesintiye uğratarak disinhibisyon yoluyla intihar eğilimine yol açabileceği bildirilmektedir (40). Bazı çalışmalarda kokain ve çoklu madde kullanımı, bipolar bozukluk tanısı, DEHB tanısı, istismar ve intihar öyküsünü artıran etkenler olarak bulunmuştur (41,42). Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü (%14,7) literatürde bildirilen oranlardan düşük olmakla birlikte yine de dikkat çekici bir düzeydedir. Bu sonuçlar, MKB olan hastalarda intihar riskinin yüksek olduğunu ve bu bireylerin tedavi süreçlerinde intihar eğilimlerinin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Literatürde belirtilen oran yok sorun olur mu

Madde kullanımının bağımlılığa dönüşmesinde birçok etken olmasına rağmen, temelde biyolojik bir süreçtir. Kişinin ruhsal özellikleri en önemli etkenler arasındadır (43). Eş tanılar ergenlikteki madde kullanımı riskini arttırabilmekte, madde kullanımı bilişsel bozulmalara ya da psikoz gibi yeni psikiyatrik bozuklukların gelişimine yol açabilmektedir (44). Davranım Bozukluğu ve MKB arasındaki ilişki, dürtü kontrolü eksikliğinden kaynaklanmakta olup, dürtüsellik bağımlılığın ve MKB patolojisinin altında yatan bir neden olarak bildirilmektedir (45,46). Çalışmada MKB olan hastaların çocukluk tanılarına baktığımızda en fazla Davranım Bozukluğu (%61,6) ve DEHB (%7,1) tanısı aldıkları bulunmuştur. Çocukluk veya ergenlik döneminde DEHB semptomlarının uyarıcı ilaçlarla tedavi edilmesinin, yetişkinlikte MKB gelişme riskini azaltabileceği bildirilmektedir (47). Bu yüzden MKB olan hastaların etyolojisinde çocukluk dönemi psikiyatrik tanılarının önemli olduğu, koruyucu önlemler açısından bu hastaların MKB açısından riskli görülüp, takiplerinin daha dikkatli yapılması gerektiği düşünülmektedir.

MKB olanların madde kullanımı öncesi tütün (%86.8) ve alkol (%44.4) kullanım oranlarının yüksek olduğu 2018 yılı verileri olarak TUBİM raporunda sunulmuştur (21). Ülkemizde tedavi alan hastalarda MKB ve alkol kullanım bozukluğu birlikteliği oranları %64.3, %39.4 (48,49), MKB ile sigara kullanım bozukluğu birlikteliği oranları %91.7 ve %87.4 olarak bulunmuştur (15,50). Çalışmada MKB hastalarının aynı zamanda %12.5'i alkol, %63.7'si sigara kullanmaktadır. Çalışmadaki oranlar literature göre daha düşük olmakla birlikte, özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde sigara ve alkol kullanımına yönelik önleyici politikaların benimsenmesinin MKB'na karşı koruyucu bir yaklaşım olabileceği düşünülmektedir.

TUBİM raporunda, 2021 yılında en sık tedavi için başvuru maddenin eroin, 2022 yılında ise birden fazla madde kullanımı olduğu bildirilmektedir (51). Literatüre baktığımızda çoklu madde kullanım oranları sırasıyla %15.5, %22.8 ve %74 (52,53,54) olarak bildirilirken, en fazla kullanılan madde olarak ise eroin ve esrar bildirilmektedir (54,55). Çalışmada en fazla kullanılan maddenin esrar olduğu (%39.8), çoklu madde kullanım oranının %40.2 olduğu ve sonuçların literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır. Tüm bu bilgiler doğrultusunda en fazla kullanılan maddelerin belirlenmesinin MKB ile mücadelede önemli bir veri oluşturabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde erişkinlerde yapılan çalışmalarda, MKB olan hastalarda eşlik eden psikiyatrik tanı oranları %11.7, %29.5 ve %24.72 olarak bildirilmiştir (50,56,57). Çalışmaya alınan hastaların erişkin dönemde MKB ile birlikte %43'ünün psikiyatrik tanısı olup, bu oran literatürde bildirilen sonuçlara göre daha yüksektir. Bu yüksek oranın çalışmamıza dahil edilme kriterleri arasında çocukluk çağında çocuk psikiyatri veya ÇEMATEM başvurusunun olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Literatürde MKB olan hastalarda en sık eşlik eden psikiyatrik tanının depresyon olarak bildirildiği çalışmaların yanı sıra (15,50,57), en sık eşlik eden hastalığın davranım bozukluğu olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (14). Çalışmada literatürle uyumlu olarak en sık eşlik eden hastalığın davranım bozukluğu olduğu (%61.6), ÇÇT'ya uğrayanların en fazla davranım bozukluğu tanısı (%35) aldıkları sonucu elde edilmiştir. Bu durum bize ÇÇT'sını önlemenin MKB açısından en fazla risk teşkil eden davranım bozukluğu tanısı üzerinde etkili olarak, MKB'nun önlenmesinde önemli bir strateji olabileceğini düşündürmüştür.

Madde bağımlılığı tedavisi, bireylerin motivasyonlarını sürdürebilmelerinin zor olduğu bir süreçtir. Bu zorluk, yüksek oranda yatışı terk (kendi isteği ile taburcu olma) oranları ile kendini göstermektedir. Ülkemizde erişkinlerde tedavi ret oranları %37.5, %59.8, %74 olarak bildirilmektedir (15,22,58). Çalışmada AMATEM'e yatışı olan hastaların tedavi ret oranı %85 olarak belirlenmiştir. Bu oran literatürle kıyaslandığında oldukça yüksek olup, hasta grubunun çocukluk çağı psikiyatrik tanılarına sahip olması ve dolayısıyla erişkinlikte buna paralel olarak komorbid psikiyatrik bozukluk oranının yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çocukluk çağı travmaları Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın subkortikal beyin yapılarında, ödül duyarlılığı ile ilişkili olan mezokortikolimbik sistemde ve bilişsel kontrolden sorumlu prefrontal kortekste yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açarak ilerleyen yıllarda MKB riskini arttırmaktadır. MKB'nun ergenlik döneminde başlaması ile yüksek nöroplastisite düzeyine bağlı nörotoksik etkiler artmaktadır. Aynı zamanda nöroplastisitenin yüksek olması nedeniyle, ergenlik döneminde bile ÇÇT'sına yönelik herhangi bir müdahalede bulunmanın MKB üzerinde olumlu etkilerinin olacağı bildirilmektedir (59). Travma MKB olan kişiyi hem travmayla başetmek için madde kullanımını tercih etmesi, hem de madde kullanımının kendisini savunmasız hale getirmesi açısından olumsuz etkilemektedir (60).

Literatüre baktığımızda MKB olan kişilerde çocukluk çağı travma görülme oranları %4.3 ile %45.4 arasında farklı düzeylerde görülmektedir (61,62). Çalışmada hastaların %54.2'sinin çocukluk döneminde bir travmatik olay yaşadığı saptanmış olup, bu oran literatüre göre daha yüksektir. Göç travmatik bir etken olarak madde bağımlılığı gelişmesinde rol oynayabilmektedir (48). Önleme ve müdahale çalışmalarında özellikle travmatik yaşantıların madde kullanımına yol açan etkilerine odaklanılmalı, sadece bireyi değil aileyi hatta toplumu da kapsamalıdır (62). Bu veriler ışığında bizim bölgemizde ÇÇT oranının yüksek olmasının çok fazla göç alan bölge olması ile ilişkili olabileceği, bölgenin sosyodemografik özelliklerinin göz önüne alınarak MKB önleme ve tedavi stratejileri geliştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatürde ÇÇT'sına uğrama oranının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir [63,64]. Kadınların daha fazla travmatik olayla karşı karşıya kalmalarının sebebi, erkeklere göre kadınların fiziksel güçlerinin ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olması ile açıklanabilir [65,66]. Çalışmada literatürle uyumlu olarak ÇÇT'na uğrayan kadınların oranı (%37.4) erkeklerin travma oranından (%16.8) çok daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ayrıca düşük eğitim düzeyi ile ÇÇT'sı arasında bir ilişki olduğu, ÇÇT'sına maruz kalmanın ilerleyen dönemde eğitimde başarısızlıklara yol açtığı [68,69], ayrıca duygusal ilişkide yüksek oranda ayrılma veya boşanmaya neden olduğu bildirilmektedir [67]. Çalışmada da literatürle uyumlu olarak travmaya uğramış katılımcıların yüksek oranda bekar (%46.9) ve lise mezunu (%30.2) olup, işsizlik oranının (%50.8) yüksek olduğu saptanmıştır. ÇÇT'sı olan bireylerin yetişkinlikte işsizlik ve yoksulluk oranlarının yüksek olduğu, dolayısıyla sosyo-ekonomik refah düzeylerinin düşük olduğu çalışmalarda bildirilmektedir [70,71]. Bağımlılık tedavisinin faydalı olabilmesi için ailenin tedavi sürecinde yer alması gerektiği, hem akademik çalışmalar hem de uzman görüşüyle ortaya konulmaktadır [72]. Çalışmadaki sonuçlar gözönüne alındığında katılımcıların bekar, lise mezunu ve yüksek oranda işsiz olmalarının MKB açısından risk oluşturduğu veya MKB'na bağlı bu olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kaldıkları, aynı zamanda davranım bozukluğu tanısının fazla olmasının da bu sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda ÇÇT'sının yetişkinlik döneminde intihar düşüncesi, planı ve girişimi için önemli bir risk faktörü olduğu, travma türü olarak fiziksel, cinsel ve duygusal olarak istismara maruz kalmanın yaşam boyu intihar girişiminde bulunma olasılığını yaklaşık 4 kat arttırdığı bildirilmektedir [73,74,75]. Çalışmada literatüre paralel olarak travmaya uğrayan katılımcıların suicidal girişim oranının (%10.2) travmaya uğramayan katılımcılara göre (%5.2) daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. MKB olan hastaların öyküsünde ÇÇT'sı varlığının intiharı önleme açısından ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda ÇÇT'sının uzun dönem etkilerine bakıldığında, yetişkinlik döneminde daha kısa uyku, uykuya dalmanın gecikmesi ve daha sık gece uyanmaları gibi uyku bozukluklarına yol açtığı bildirilmektedir [76,77]. Aynı zamanda uykusuzluk literatürde suicidal açılarından bağımsız bir risk faktörü olarak bildirilmiştir [78,79]. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak ÇÇT'sına uğrayan katılımcıların kötü uyku kalitesine sahip olma oranının (%39.9) travmaya uğramayan katılımcılara göre (%26.7) daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Travmaya uğrayan katılımcıların hem suicidal girişim, hem de kötü uyku kalitesine sahip olma oranının yüksek olması, bize başta ÇÇT'sını önlemek olmak üzere, uyku kalitesinin artırılması yönünde etkili stratejiler geliştirilmesinin suicidal girişim üzerinde olumlu etkilerinin olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmanın retrospektif olup, hasta dosyalarının incelenerek yapılmış olması, yapılandırılmış görüşmenin uygulanmaması, tek bir merkezde yürütülmesi, cinsiyetlerin eşitlenmemesi, kontrol grubunun olmaması, MKB ile eş tanıların tedavi şekillerine göre sonuçların değerlendirilmemesi kısıtlılıklar arasında sayılabilir. Bu nedenle araştırmanın sonuçları tedavi arayışında olmayan alkol/madde bağımlılarına ve tüm MKB merkezlerine genellenemeyebilir. Ükemizde AMATEM'lerde yapılan çalışmaların sayısının az olması, çalışmanın yürütüldüğü hastanenin bölge hastanesi olması, hasta sayısının 537 olması, değerlendirilen sürenin 8 yıl olması, MKB nedeniyle tedavi gören hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelenmiş olması çalışmamızın güçlü yönleri olarak değerlendirilebilir. Verilerimizin ülkemizdeki diğer AMATEM'lerin verileri ile karşılaştırılarak tedavi seçeneklerinin planlanmasına ve hastaların klinik ve sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak çalışmada AMATEM başvurusu olan MKB tanısı alan hastaların arasında bekar, erkek, lise mezunu olanların daha fazla olduğu ve hemen hemen tamamının işsiz olduğu bulunmuştur. Ayrıca hastaların madde ile birlikte eş zamanlı alkol ve/veya sigara kullanım oranlarının da yüksek olduğu, en sık birden fazla madde kullanımının yaygın olduğu sonucu elde edilmiştir. MKB olan hastalarda en sık görülen çocukluk çağı tanısının davranım bozukluğu olduğu, çocukluk çağında travmaya maruz kalma oranının yüksek olduğu ve tedaviyi bırakma oranının fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma, Adana AMATEM'de tedavi gören MKB hastalarının madde bağımlılığı profillerini ve sosyo-demografik özelliklerini araştıran ilk çalışmadır. Araştırma sonuçlarının ülkemizdeki diğer AMATEM'lere başvuran bireylerin madde kullanım profilleri, klinik ve sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılmasında veri sağlayacağı, hem bölgesel farklılıkların, hem de ortak özelliklerin saptanması konusunda literatüre önemli katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Uzbay İT. Madde Bağımlılığı Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık Ve Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul Tıp Kitabevi, 2015.
2. Citaristi I. United Nations Office on Drugs and Crime—UNODC. In: Smith J, Taylor K (editors). The Europa Directory of International Organizations 2022. London: Routledge, 2022: 248-252.
3. Narkolog. Madde kullanıcıları profil analizi 2021 yılı narkolog raporu 2022. <https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal> (Accessed 18.09.2024)
4. TUBİM. Türkiye Madde Raporu 2019. <https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUBİM/Ulusal%20Yayınlar/2019TURKIYE-UYUSTURUCU-RAPORU.pdf> (Accessed 18.09.2024)
5. Seyfeli EB, Şener Ö. Yetişkinlerde madde bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi 2022; 23(4): 473-482.
6. Başar MR, Aktaş S, Aydemir İ. Madde bağımlısı bireylerin ailelerinin karşılaştıkları psiko-sosyal ekonomik güçlükler ile sosyal dışlanma algılarının sosyal hizmet perspektifinden incelenmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi 2022; 19: 37-52.
7. Conway KP, Swendsen J, Husky MM, et al. Association of lifetime mental disorders and subsequent alcohol and illicit drug use: results from the national comorbidity survey-adolescent supplement. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; 55(4): 280-288.
8. Mistry CJ, Bawor M, Desai D, et al. Genetics of opioid dependence: a review of the genetic contribution to opioid dependence. Curr Psychiatry Rev 2014; 10(2): 156-167.
9. Fuster D, Zuluaga P, Muga R. Substance use disorder: Epidemiology, medical consequences and treatment. Med Clin (Barc) 2024; 162(9): 431-438.
10. Albayrak S, Balcı S. Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014; 11(2): 30-37.
11. Esser MB, Sherk A, Liu Y, et al. Deaths and years of potential life lost from excessive alcohol use-United States, 2011-2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69(30): 981-987.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) (Çev. Köroğlu E). Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 2014.
13. Önen Ö, Sargin E, Kahraman FB. Bir ÇEMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların klinik özellikleri: İzmir örnekleme. Ege Tıp Dergisi 2023; 62(3): 385-389.
14. Demiralay Ş, Keser İ, Güven FM. Özel bir hastanenin psikiyatri servisinde bağımlılık tedavisi alan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin retrospektif analizi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2021; 24(3): 383-393.
15. Karaagac H, Esenkaya Usta Z, Usta A, et al. Retrospective analysis of sociodemographic characteristics of inpatients at Kayseri Research and Training Hospital AMATEM Clinic. Dusunen Adam 2017; 30(3): 251-257.
16. Karaca M, Şimşek E, Şengül A, Daş MÖ. Retrospective analysis of sociodemographic characteristics of substance abuse patients receiving inpatient treatment. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2024; 15(1): 54-61.
17. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. Clin Psychol Rev 2018; 66: 12-23.
18. Reingle Gonzalez JM, Walters ST, Lerch J, Taxman FS. Gender differences in substance use treatment and substance use among adults on probation. Am J Drug Alcohol Abuse 2018; 44(4): 480-487.
19. Phillips NL, Milne B, Silsbury C., et al. Addressing adolescent substance use in a paediatric health-care setting. J Paediatr Child Health 2014; 50(9): 726-731.
20. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. Hum Genet 2012; 131(6): 779-789.
21. TC İçişleri Bakanlığı. Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Dairesi Başkanlığı. EGM Yayın Kataloğu 2019; 703: 91-98.
22. Mutlu EA, Özyıl ÖS. Evaluation of sociodemographic data in patients treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ASATC) clinic. Klinik Psikiyatri Dergisi 2019; 22(3): 276-285.
23. Lee JO, Herrenkohl TI, Kosterman R, et al. Educational inequalities in the co-occurrence of mental health and substance use problems, and its adult socio-economic consequences: a longitudinal study of young adults in a community sample. Public Health 2013; 127(8): 745-753.
24. Akferti KS, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2009; 10(1): 40-47.
25. TUBİM. Türkiye Madde Raporu 2023. <https://www.narkotik.pol.tr/2023-turkiye-uyusturucu-raporu> (Accessed 18.09.2024)

26. İlhan MN, Arıkan Z, Kotan Z, et al. prevalence and socio-demographic determinants of tobacco, alcohol, substance use and drug misuse in general population in Turkey. *Noro Psikiyatri Ars* 2016; 53(3): 205-212.
27. Çakıcı M, Babayiğit A, Karaaziz M, Eş A. KKTC'de erişkin bireylerde psikoaktif madde kullanımının yaygınlığı, risk etkenleri ve madde kullanımına yönelik tutumların incelenmesi, 2003-2017. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2019; 20(3): 277-286.
28. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med* 2016; 374(4): 363-371.
29. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev* 2011; 4(1): 4-27.
30. Rusby JC, Light JM, Crowley R, Westling E. Influence of parent-youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *J Fam Psychol* 2018; 32(3): 310-320.
31. Walker DM, Nestler EJ. Neuroepigenetics and addiction. *Handb Clin Neurol* 2018; 148: 747-765.
32. Karatoprak S, Uzun N. Çocuk ve ergen madde tedavi merkezinde yatarak tedavi gören ergenlerin sosyodemografik ve klinik değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Child Adolescent Mental Health* 2020; 27(2): 110-115.
33. Bilaç Ö, Kavurma C, Önder A, et al. Bir bölge ruh sağlığı hastanesi çocuk ve ergen yataklı servisinde madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören gençleri klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019; 22(4): 463-471.
34. Demircan D, Tamam L. Madde kullanım bozukluğuna aile perspektifinden bir bakış. *Bağımlılık Dergisi* 2024; 25(4): 491-497.
35. Provencher T, Lemyre A, Vallières A, Bastien CH. Insomnia in personality disorders and substance use disorders. *Curr Opin Psychol* 2020; 34: 72-76.
36. Valentino RJ, Volkow ND. Drugs, sleep, and the addicted brain. *Neuropsychopharmacology* 2020; 45(1): 3-5.
37. Grau-López L, Grau-López L, Daigre C, et al. Insomnia symptoms in patients with substance use disorders during detoxification and associated clinical features. *Front Psychiatry* 2020; 11: 540022.
38. Chen Y, Sun Y, Ai SZ, et al. Similarities and differences in psychology. *Adv Exp Med Biol* 2017; 1010: 91-101.
39. Hartwell EE, Bujarski S, Glasner-Edwards S, Ray LA. The association of alcohol severity and sleep quality in problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 2015; 50(5): 536-41.
40. Pompili M, Serafini G., Innamorati M, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(4): 1392-1431.
41. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Braquehais MD, et al. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res* 2018; 262: 440-445.
42. Marshall BD, Galea S, Wood E, Kerr T. Longitudinal associations between types of childhood trauma and suicidal behavior among substance users: a cohort study. *Am J Public Health* 2013; 103(9): e69-75.
43. Çevik M, Zahir K. Uyuşturucu bağımlılarının demografik özellikleri ve madde kullanım alışkanlıkları. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2021; 37: 470-506.
44. Robinson ZD, Riggs PD. Cooccurring psychiatric and substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25(4): 713-22.
45. Bakhshpour-Rudsari A, Karimpour-Vazifehkhori A. The role of impulsivity and sensitivity to reward in dropout of addiction treatment in heroin addicts. *Addict Health* 2021; 13(1): 45-51.
46. Zohdi Y, Parvaneh M, Alireza KV. The role of Anhedonia and low arousal in substance use disorder among adolescents with conduct disorder symptoms. *Practice in Clinical Psychology* 2022; 10(2):111-120.
47. Katusic SK, Barbaresi WJ, Colligan RC, et al. Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based, birth cohort study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005; 15(5): 764-776.
48. Ünal S, Mutlu EA, Topaktaş Ö. Madde bağımlılığının gelişiminde birikimli risk faktörlerinin rolü. *Bağımlılık Dergisi* 2021; 22(1): 31-42.
49. Altıntoprak AE, Akgür AS, Kitapçıoğlu G, et al. Denetimli serbestlik olgularının retrospektif analizi: Sosyodemografik özellikler, bireysel ve ailesel bağımlılık ve suç öyküleri ile tedavi yanıtları. *Bağımlılık Dergisi* 2014; 15(1): 1-9.
50. Polat S, Koparal B, Okumuş B, Hocaoglu Ç. Bir eğitim ve araştırma hastanesi denetimli serbestlik birimine başvuran olguların madde kullanım özellikleri açısından değerlendirilmesi. *Kocaeli Medical Journal*. 2021; 10(2): 78-82.
51. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2015; 16(1): 1-8.
52. Örnek BY, Ulusoy S. Retrospective analysis of applications to Ankara AMATEM Unit: an evaluation of the pandemic years. *Genel Tıp Dergisi* 2023; 33(5): 485-490.

53. Yazici AB, Yazici E, Akkisi Kumsar N, Erol A. Addiction profile in probation practices in Turkey: 5-year data analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 2259-2263.
54. Roy A. Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(2): 121-125.
55. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Res* 2003; 121(1): 99-103.
56. Aslan M, Çiçek H. Eğitim ve Araştırma hastanesinde denetimli serbestlik uygulamalarının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2015; 20(3): 138-143.
57. Demir B, Şahin ŞK, Elboga G, et al. Substance use characteristics, treatment completion rates and related factors of patients in Gaziantep AMATEM in 2019: A retrospective study. *J Subst Use* 2022; 27(2): 128-134.
58. Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(2): 75-79.
59. Bozkurt M. Çocukluk çağı ihmal ve istismarının madde kullanım bozukluğu ile ilişkisi. Özçetin M, Kılıç A, Eds. *Her Yönüyle Çocuk İstismarı ve İhmali*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri 2024; 5(1): 33-38.
60. Kardaş Ö. Ergenlerdeki alkol ve madde kullanım bozukluğunda komorbidite. In: Evren Cüneyt, Ed. *Alkol ve madde kullanım bozukluklarında özel durumlar ve komorbidite*. 1. Baskı İstanbul: Yerküre 2019; 187-197.
61. Ateş K, Tuncay T. Madde bağımlılığı merkezine başvuranların aile ve sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi Bursa Gadem örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 2020; 16: 62-81.
62. Kardaş Ö, Gümüşsoy AS, Ayaz AMB, et al. Sağlık tedbiri kapsamında değerlendirilen ergenlerde madde kullanımı ile ilişkili faktörler. *The Bulletin of Legal Medicine* 2023; 28(3): 259-266.
63. Ibañez GE, Sanchez M, Villalba K, Amaro H. Acting with awareness moderates the association between lifetime exposure to interpersonal traumatic events and craving via trauma symptoms: a moderated indirect effects model. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 287.
64. Craig JM, Zettler HR, Wolff KT, Baglivio MT. Considering the mediating effects of drug and alcohol use, mental health, and their co-occurrence on the adverse childhood experiences–recidivism relationship. *Youth Violence Juv Justice* 2019; 17(3): 219-240.
65. Jones MS, Pierce H, Shafer K. Gender differences in early adverse childhood experiences and youth psychological distress. *J Crim Justice* 2022; 83: 101925.
66. Portnoy GA, Relyea MR, Decker S, et al. (2018). Understanding gender differences in resilience among veterans: Trauma history and social ecology. *J Trauma Stress* 2018; 31(6): 845-855.
67. De Jong R, Alink L, Bijleveld C, et al. Transition to adulthood of child sexual abuse victims. *Aggress Viol Behav* 2015; 24: 175-187.
68. Park S, Hong JP, Bae JN, et al. Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatry Res* 2014; 219(3): 443-449.
69. Porche MV, Fortuna LR, Lin J, Alegria M. Childhood trauma and psychiatric disorders as correlates of school dropout in a national sample of young adults. *Child Dev* 2011; 82(3): 982-998.
70. Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat* 2010; 15(2): 111-120.
71. Metzler M, Merrick MT, Klevens J, et al. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Child Youth Serv Rev* 2017; 72: 141-149.
72. Kılıç ÖD, Güz G, Koç BS. İlk görüşme ve anamnez alma. *Current Addiction Research* 2022; 6(2): 5-11.
73. Liu P, Huang W, Chen S, et al. The association among childhood maltreatment, sleep duration and suicide behaviors in Chinese young people. *J Affect Disord* 2023; 327: 190-196.
74. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020; 3(8): e2012563.
75. Zatti C, Rosa V, Barros A, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* 2017; 256: 353-358.
76. McWhorter KL, Parks CG, D'Aloisio AA, et al. Traumatic childhood experiences and multiple dimensions of poor sleep among adult women. *Sleep* 2019; 42(8): zsz108.
77. Liu P. Childhood maltreatment, sleep disturbances, and associated outcomes. *J Affect Disord* 2023; 327: 190-196.
78. Brailovskaia J, Teismann T, Margraf J. Positive mental health accounts for the relationship between insomnia symptoms and suicide-related outcomes. *J Psychiatr Res* 2024; 174: 192-196.
79. Liu RT, Steele SJ, Hamilton JL, et al. Sleep and suicide: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev* 2020; 81: 101895.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır
Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.
Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.
Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.
Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author
Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.
Peer-review: Externally peer-reviewed.
Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.
Financial Disclosure: Authors declared no financial support.

Çocukluk Çağı Travmalarının, Riskli Alkol-Madde Kullanımı ve Cinsel Kompulsiyonlarla İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Mediating Role of Emotion Regulation Strategies in the Relationship of Childhood Traumas with Risky Alcohol-Substance Use and Sexual Compulsions

Şevval Kınay Demirezer ¹ , Lut Tamam ¹ 

1. Çukurova Üniversitesi, Adana

Abstract

Objective: This study aims to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between childhood trauma, risky alcohol and substance use, and sexual compulsions.

Method: The research involved 303 participants from universities in Ankara. Data collection included the Childhood Trauma Questionnaire, Sexual Compulsions Scale, Addiction Profile Index Risk Screening Scale, and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. The relationships between the variables were analyzed using correlation, simple linear regression, and Model 4 for mediation analysis.

Results: The study found that childhood trauma significantly predicted risky alcohol and substance use, sexual compulsions, and maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Additionally, maladaptive emotion regulation strategies were found to significantly impact sexual compulsions. The analysis also revealed that childhood trauma influences sexual compulsions through these maladaptive strategies, highlighting the crucial role of cognitive emotion regulation in the development of addictive behaviors.

Conclusion: Childhood trauma and cognitive emotion regulation strategies are vital factors in addiction risk processes. These results suggest that interventions targeting emotion regulation could help address maladaptive behaviors linked to trauma and addiction, providing valuable insights for researchers and practitioners.

Keywords: Sexual compulsion, childhood trauma, emotion regulation, risky alcohol use

Öz

Amaç: Bu çalışma, çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımı ile cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırma, Ankara'daki üniversitelerde öğrenim gören 303 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılara Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Cinsel Kompulsiyon Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri arasında korelasyon, basit doğrusal regresyon ve aracı rol analizi için Model 4 yer almaktadır.

Bulgular: Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımını, cinsel kompulsiyonları ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ise cinsel kompulsiyonları yordadığı bulunmuştur. Çalışmanın bulgularına göre, çocukluk çağı travmaları ile cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkiyi adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri aracılığıyla yordadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Çocukluk çağı travmalarının ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bağımlılık riski oluşturma süreçlerinde önemli bir etmen olduğunu vurgulamaktadır. Bu bulgular, bağımlılık alanındaki araştırmalar için önemli bir katkı sağlarken, uygulayıcılar için de iyileşme süreçlerinde dikkate alınması gereken kritik faktörleri ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Cinsel kompulsiyon, çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme, riskli alkol kullanımı

Giriş

Genel olarak bireylerin günlük yaşamına etkisi olan, psikolojik bütünlüğe zarar veren ve olumsuz sonuçlar doğuran olaylar psikolojik travma olarak tanımlanmaktadır (1). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarından olan ihmal ve istismara ise insanlık tarihi boyunca rastlanmaktadır (2).

Bağımlılık kavramı ise olumsuz sonuçları olsa da durum üzerinde kişinin kontrolünün bozulduğu durumlar olarak tanımlanabilmektedir (3). Bağımlılık ile ilgili akla öncelikle alkol ve maddeler gelse de davranışların bağımlılığa yol açma etkilerinin bulunması da mümkündür. Davranışsal bağımlılıklar da benzer olarak bireye veya çevresine zarar verebilecek bir eylemi sürdürme veya gerçekleştirmeye yönelik dürtü ve cazibeye direnememe şeklinde karakterizedir (4). Davranışsal bağımlılıklar arasında kabul edilen cinsel bağımlılık için araştırmacılar tarafından madde kullanım bozukluklarına benzer tanı kriterleri önerilmiştir. (5,6).

Bir duygu düzenleme aracı olarak adaptif ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullanılmaktadır ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri, çeşitli psikopatolojiler ile ilişkilendirilmiştir. Adaptif olmayan stratejiler (örn., ruminasyon, kaçınma, bastırma) daha fazla psikopatoloji ve adaptif stratejiler (örn., kabul, yeniden değerlendirme ve problem çözme) daha az psikopatoloji ile ilişkilendirilmektedir (7).

Çocukluk çağı travmaları bireyin hayatını çeşitli alanlarda etkilemektedir. Çocukluk çağı travması yaşayan kişilerde çocuklukta ortaya çıkan kısa vadeli sorunların yanı sıra yetişkinlik döneminde de birtakım problemler gelişebilmektedir (8,9). Literatür incelendiğinde çocukluk çağı travması öyküsünün varlığı sigara, alkol ve madde kullanımı, riskli cinsel ilişkilerde bulunma gibi daha fazla riskli davranışla ilişkili bulunmuştur (10,11). İstismara uğramış çocuklar, bakım verenle olan ilişkilerinde duygularını düzenlemek için etkili bir strateji edinme görevini yerine getirmede önemli zorluklarla karşılaşabilmektedir (12).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan ve cinsel bağımlılığı olan kişilerle yapılmış çalışmalarda çocukluk çağı travmalarına sıkça rastlanmaktadır (13,14). Özellikle cinsel istismar ile cinsel bağımlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok araştırma görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ve bağımlılık ile ilgili araştırmalar genelde tanı almış veya kendini bağımlı olarak tanımlayan klinik gruplarla gerçekleştirilmiştir (15,16). Klinik olmayan örneklerde bu ilişkiyi inceleyen araştırmalar görece daha azdır.

Bağımlılığın yanı sıra riskli düzeyde alkol ve madde kullanımının da çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Riskli alkol kullanımını yordayan faktörlerden biri olarak çocukluk çağı travmaları gösterilmekte ve çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin, kişilerde alkol bağımlılığı geliştirme riskini 7 kat artırdığı savunulmaktadır (17-19). Ergenlikten önce kötü muamele ve kümülatif stresli yaşam olaylarının deneyimlenmesinin, ergenlikte erken başlayan içme sorunu ve erken yetişkinlik döneminde alkol ve madde bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur (20).

Çocukluk çağı travmalarının, özellikle istismar ve ihmalin, bireylerin yetişkinlik döneminde riskli alkol ve madde kullanımı ile ilişkilendirildiği birçok araştırmada ortaya konmuştur (21,22). Örneğin, Heffernan ve diğerleri (22) opiyat kullanıcılarında çocukluk çağı istismar öyküsünün varlığının, bu bireylerde opiyat kullanma olasılığını artırdığını belirtmişlerdir. Ayrıca, çocukluk çağı travmaları ile duygu düzenleme arasında da önemli bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (23,24).

Çocukluk çağı travmalarının, bireylerin yetişkinlik dönemindeki cinsel davranışlarını etkilediği ve cinsel kompulsyonlarla ilişkilendirildiği bir dizi çalışmada belirtilmiştir (25,26). Örneğin, Blain ve arkadaşları (25) kompulsif cinsel davranışlar ile çocukluk çağı istismarı arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Benzer şekilde, Vaillancourt-Morel ve arkadaşları (26) çocukluk çağı cinsel istismarının, yetişkinlik dönemindeki cinsel kaçınma ve kompulsif cinsel davranış ile ilişkilendirildiğini bulmuşlardır.

Sonuç olarak ihmal ve istismar öyküsü olan kişiler, olumsuz duygusal durumlar ve kişilerarası zorluklarla başa çıkmak için sıklıkla bağımlılık yapıcı davranışlara yönelebilmektedir (27). Çocukluk çağı travmasının sonucu olarak duygu düzenleme güçlükleri yaşanmaktadır (24,28) ve duygu düzenleme sorunlarının da bağımlılık ile ilişkili durumlarda etkin rol oynayabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (29,30).

Literatürdeki bulgular ışığında, bu araştırma çocukluk çağı travmaları ile riskli alkol ve madde kullanımı ve cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkiyi duygu düzenleme stratejileri aracılığıyla daha derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır.

Bu araştırma, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının (ÇÇT) cinsel kompulsiyonlar ve riskli alkol-madde kullanımıyla ilişkisini, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolü bağlamında incelemeyi amaçlamaktadır. Literatürde, ÇÇT'nin alkol ve madde kullanım bozukluklarıyla ilişkisinin genellikle klinik örneklemeler üzerinden incelendiği, cinsel kompulsiyonlarla ilişkisine yönelik çalışmaların ise sınırlı olduğu görülmektedir. Özellikle ülkemizde, cinsel kompulsiyonlarla ilgili araştırmaların görece yeni olduğu dikkat çekmektedir. ÇÇT'nin, bireylerde duygu düzenleme sorunlarına yol açtığı ve bu sorunların hem bağımlılık yapıcı maddelere hem de kompulsif davranışlara yönelimi artırabileceği belirtilmektedir. Ancak, ÇÇT'nin cinsel kompulsiyonlar ve alkol-madde kullanımı üzerindeki etkisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolünü ele alan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmanın, bu boşluğu doldurarak literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Örneklem

Araştırmanın hedef kitlesi Ankara'da üniversite öğrenimine devam eden lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmaya dâhil etme ölçütleri arasında katılımcıların araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi, 18-35 yaşları arasında olmaları, Ankara'da üniversite öğrencisi olmaları bulunmaktadır. Dışlama ölçütleri ise katılımcıların beyanı dikkate alınarak demografik bilgi formundaki sorulara (Daha önce hiç psikolojik/psikiyatrik bozukluk tanısı aldınız mı? Aldığınız psikolojik/psikiyatrik bozukluk tanısı nedir?) verilen cevaplar doğrultusunda değerlendirilmiş ve herhangi bir yaygın gelişim bozukluğu, mental retardasyon, psikotik bozukluk ve alkol-madde kullanım bozukluğu öyküsü olan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu bağlamda araştırma kapsamında 350 katılımcıdan veri elde edilmiştir ancak analize 303 katılımcı ile devam edilmiştir. Veriler incelendikten örneklem kapsamına çeşitli sebeplerle uymayan katılımcılar elenmiştir. Katılımcılardan 1 tanesi onam vermemesi, 3 tanesi yaş, 1 tanesi hem yaş hem Ankara ili dışındaki üniversitede öğrenci olması ve 42 tanesi Ankara ili dışındaki üniversitede öğrenci olması sebebiyle toplam 47 kişi analize başlamadan önce elenmiştir. Psikiyatrik tanı geçmişli sebebiyle araştırmaya dahil edilmeyen katılımcı ise olmamıştır. Katılımcıların en sık bildirdiği psikiyatrik tanı geçmişleri sırasıyla anksiyete bozukluğu, depresyon ve sosyal fobidir. Örneklem yöntemi olarak evrendeki elemanların hepsini belirlemenin ve örneklem tasarlanmanın zor olduğu durumlar ile katılımcılara ulaşma açısından daha pratik ve ekonomik yolların seçilmesi gerektiğinde kullanılan bir örneklem yöntemi olan elverişli/uygun örneklem tercih edilmiştir (32).

Veri Toplama Süreci

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Akademik Kurul Kararı onayı alınmıştır. Araştırmada veriler çevrim içi yöntemler ile Ekim 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama sürecinde katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla Demografik Bilgi Formu, geçmişe dönük çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), cinsel kompulsiyon düzeylerini ölçmek için Cinsel Kompulsiyon Ölçeği (CKÖ), alkol ve maddenin riskli kullanımını değerlendirmek için Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği (BAPİRT) ve adaptif ve adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanım düzeyini tespit etmek için Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) kullanılmıştır.

Çevrim içi veri toplanırken İnternet E-Anketlerinin Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi (KİRAZ) dikkate alınarak veri toplanmıştır (31). Çalışma, Google Formlar üzerinden çevrim içi anket olarak hazırlanmıştır.

Anketler katılımcılara ulaştırılmadan önce, kontrol ve uygulama kolaylığı açısından araştırmacı ve başka iki kişi tarafından kontrol edilmiştir. Kullanılan veri toplama araçlarından demografik bilgiler hariç, diğer ölçeklerdeki maddelerin cevaplanması zorunlu tutulmuş ve kayıp veri önlenmiştir. Ankete erişim, elinde çevrim içi form bağlantısı olan herkese açık halde hazırlanmıştır. Katılımcılara ilk temas çeşitli çevrim içi platformlardan Ankara'daki üniversitelerin öğrenci topluluk sayfaları, öğrenciler, öğrencilerin çevreleri ve bazı internet siteleri aracılığıyla olmuştur.

Veri Toplama Araçları

Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini toplamak amacıyla kullanılmıştır. Katılımcılardan bu doğrultuda doğum yılı, cinsiyet (kadın, erkek, diğer), cinsel yönelim, romantik ilişki durumu (ilişkim var, ilişkim yok, diğer), medeni durumu (hiç evlenmemiş, evli, boşanmış, eşi vefat etmiş, diğer), eğitim durumu (lise, lisans, yüksek lisans, doktora), yaşadığı şehir, şu an eğitim gördüğü üniversite, daha önce psikiyatrik tanı alıp almama durumu ve eğer aldılarsa psikiyatrik tanının ne olduğu şeklinde genel demografik bilgiler alınmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein ve arkadaşları (33) tarafından geliştirilen çocuklukta yaşanan ihmal ve istismar deneyimlerini geriye dönük değerlendiren ve öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçeğin ergen ve yetişkin gruplarda kullanılması amaçlanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Şar ve arkadaşları (34) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin özgün yazarlarca kısaltılmış 28 maddeden oluşan hali kullanılmıştır. Ölçekteki maddeler beş alt boyutta duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarı ölçmektedir. 5'li likert tipidir. Puanlar 25-125 arasında değişir.

Cinsel Kompulsiyon Ölçeği (CKÖ)

Ballester-Arnal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (35), Akın ve Çelik (36) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (35,36). Cinsel kompulsyonları; cinsel davranışlara yoğunlaşma ve cinsel dürtüleri kontrolde başarısızlık olmak üzere iki boyutta ölçen öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları ölçeğin tamamı için .89 olarak bulundu. 10 maddeden oluşmakta ve 4'lü likert tipi yanıtlama sağlamaktadır. Puan 10 ile 40 arasında değişmektedir. Cinsel kompulsiyon puanının artması bireyin cinsel kompulsyonlarının yüksek olduğunu göstermektedir (36).

Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği (BAPİRT)

Alkol ve madde kullanım riskini taramak için Ögel, Koç ve Görücü (37) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek alkol ve madde ile ilgili sorulardan oluşan altışar soruluk iki bölümden oluşmaktadır ve yetişkinlere yönelik hazırlanmıştır. BAPİRT-Alkol Ölçeği (BAPİRT-AÖ) ve BAPİRT-Madde Ölçeği (BAPİRT-MÖ) değerlendirilirken altı soru için verilen yanıtların puanları toplanır; BAPİRT-AÖ için toplam sonucun 3 puan ve üstü, BAPİRT-MÖ için ise toplam sonucun 4 puan ve üstü olması yüksek riskli olarak değerlendirilir. Yüksek risk kişinin bağımlı olduğu göstermez, bağımlı olma olasılığının yüksek olduğunu gösterir. BAPİRT-AÖ ve BAPİRT-MÖ için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla .70 ve .88'dir (37).

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Tehdit edici ve stresli yaşam olayları karşısında duygu düzenlemenin bilişsel bileşenlerini ölçmek için Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (38) tarafından geliştirilmiştir (38). Türkçeye Onat ve Otrar tarafından (39) uyarlanmıştır. Ölçek toplam 36 maddeden ve dokuz alt boyuttan oluşur ve 5'li Likert tipi şeklinde derecelendirilir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .67 ile .81 arasında değer almaktadır (39).

Veri Analizi

Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Örneklem dışında kalan katılımcıların verilerini çıkararak 303 katılımcının verisi paket programına aktarılmıştır. Ölçeklerdeki ters madde puanları yeniden kodlanmış ve alt boyutların toplam puanları hesaplanmıştır. Verilerin genel özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı

istatistiksel analizler yapılmıştır. Uç değerlerin tespiti ve verilerin dağılımlarını görmek amacıyla frekans, standart sapma, ortalama, histogram, Q-Q plot gibi tanımlayıcı istatistik değerlerinden faydalanılmıştır. Demografik değişkenlere (cinsiyet, cinsel yönelim, psikiyatrik tanı, pornografi tüketimi durumu) göre ölçek ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t test uygulanmıştır. Bu bağlamda ortalama (M) ve standart sapma (SS) değerleri dikkate alınmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkileri ve yönünü tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı ve çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile diğer değişkenlerin ilişkilerini tespit etmek amacıyla Spearman Sıra Farkları korelasyon testlerinden faydalanılmıştır. Bunun için ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT, AÖ, BDDÖ-A ve BDDÖ-AO ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonlarına bakılmıştır. Aracılık analizi yapmadan önce birtakım basit doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizleri sonucunda hipotezler doğrultusunda, Baron ve Kenny (40)'nin aracı değişken analizi için gerekli gördüğü anlamlı ilişkileri sağlayan değişkenler ile modele devam edilmiştir. Aracı rolü tespit etmek için, Hayes'in (41) bu doğrultuda geliştirmiş olduğu SPSS Process Sürüm 4.2 kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda anlamlılık değerlerinin gücünü ve etki büyüklüklerini tespit etmek için post-hoc güç analizi uygulanmıştır. Bağımsız gruplar için t-testi ve basit doğrusal regresyon analizlerinin gücünü ve etki büyüklüklerini tespit etmek amacıyla G*Power 3.1 (42) ve aracılık etkisinin gücünü tespit etmek için Monte Carlo Güç Analizi (43) yazılımından faydalanılmıştır. Bağımsız gruplar t test ve basit doğrusal regresyon analizinin sonuçları için G*Power (42) uygulaması kullanılmıştır. Bütün analizler $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde uygulanmıştır. Etki büyüklükleri hesaplanırken Cohen's d dikkate alınmıştır. Buna göre $d=0.2$ küçük etki, $d=0.5$ orta etki ve $d=0.8$ büyük etki olarak kabul edilmiştir (44).

Bulgular

Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Cinsiyet, cinsel yönelim, psikiyatrik tanı geçmişi ve pornografik materyal tüketimi değişkenlerine göre yapılan analizlerde anlamlı farklar bulunmuştur. Kadın katılımcılar, çocukluk çağı travmaları açısından erkeklere göre daha yüksek puan alırken, erkekler cinsel kompulsiyon ve riskli alkol/madde kullanımı düzeylerinde kadınlardan daha yüksek puanlar elde etmiştir. Diğer cinsel yönelime sahip bireyler, heteroseksüellere göre çocukluk çağı travmaları, cinsel kompulsiyon ve riskli alkol/madde kullanımı düzeylerinde daha yüksek puanlara sahiptir. Ayrıca, psikiyatrik tanı geçmişi olan bireyler, çocukluk çağı travmaları ve riskli alkol/madde kullanımı düzeyleri açısından daha yüksek puanlar alırken, pornografik materyal tüketen bireyler de bu alanlarda daha yüksek puanlar elde etmiştir (Tablo 2).

Değişkenler Arasındaki İlişki Bulguları

Korelasyonel İlişkiler

Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizine göre, çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile cinsel kompulsiyon ($r=0.235$; $p<0.01$) ve riskli alkol/madde kullanımı ($r=0.199$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. ÇÇT ile adaptif olmayan bilişsel stratejiler arasında ($r=0.354$; $p<0.01$) pozitif, adaptif bilişsel stratejilerle ise ($r=-0.158$; $p<0.01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Cinsel kompulsiyonlar ile riskli alkol ve madde kullanımı arasında ($r=0.230$; $p<0.01$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki ve adaptif olmayan bilişsel stratejilerle ($r=0.198$; $p<0.01$) zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarıyla yapılan analizlerde, cinsel istismar alt boyutu ile adaptif olmayan bilişsel stratejiler ($r=0.182$; $p<0.01$), riskli alkol ve madde kullanımı ($r=0.140$; $p<0.01$) ve cinsel kompulsiyonlar ($r=0.117$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunurken, duygusal istismar alt boyutu ile adaptif bilişsel stratejiler arasında ($r=-0.120$; $p<0.05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki ve adaptif olmayan bilişsel stratejiler ($r=0.367$; $p<0.01$), riskli alkol ve madde kullanımı ($r=0.131$; $p<0.05$) ve cinsel kompulsiyonlar ($r=0.241$; $p<0.01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Fiziksel istismar alt boyutu ile riskli alkol ve madde kullanımı ($r=0.147$; $p<0.05$) ve cinsel kompulsiyonlar ($r=0.136$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Fiziksel ihmal alt boyutu ile adaptif olmayan bilişsel stratejiler ($r=0.286$; $p<0.01$) ve cinsel kompulsiyonlar ($r=0.172$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı

ilişkiler gözlemlenmiştir. Duygusal ihmal alt boyutu ile adaptif bilişsel stratejiler arasında ($r=-0.202$; $p<0.01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki, adaptif olmayan bilişsel stratejiler ($r=0.265$; $p<0.01$), riskli alkol ve madde kullanımı ($r=0.144$; $p<0.05$) ve cinsel kompulsiyonlar ($r=0.172$; $p<0.01$) ile ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	222	73,3
	Erkek	77	25,4
	Diğer	4	1,3
Cinsel yönelim	Heteroseksüel	235	77,6
	Homoseksüel	12	4,0
	Biseksüel	36	11,9
	Aseksüel	5	1,7
	Diğer	15	5,0
Romantik ilişki	Var	133	43,9
	Yok	169	55,8
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	293	96,7
	Evli	10	3,3
Psikiyatrik tanı alma	Evet	88	29,0
	Hayır	215	71,0
Pornografik materyal tüketme miktarı	0	118	38,9
	1 saatten az	126	41,6
	1-3 saat	50	16,5
	3-6 saat	6	2,0
	6 saatten fazla	3	1,0
Sigara kullanma miktarı	Hiç sigara kullanmıyorum.	166	54,8
	Nadiren sigara kullanıyorum.	43	14,2
	Günde 1-2 tane kullanıyorum.	14	4,6
	Günde 5-10 tane kullanıyorum.	42	13,9
	Günde 10-20 tane kullanıyorum.	26	8,6
	Günde 1 veya daha fazla paket sigara kullanıyorum.	12	4,0

Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlar ve riskli alkol/madde kullanımı üzerindeki etkisi, basit doğrusal regresyon analizleriyle incelenmiştir. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının her iki davranış üzerinde de anlamlı pozitif etkileri olduğunu göstermektedir (cinsel kompulsiyonlar: $F=17,54$, $p<0.001$; riskli alkol/madde kullanımı: $F=12,32$, $p=0.001$). Güç analizleri, etki büyüklüğünün önemsiz düzeyde olduğunu ($d=0.02-0.05$) ve analizlerin gücünün %75-95 arasında değiştiğini göstermektedir. Alt boyutlar bazında yapılan analizler, özellikle duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalin her iki davranış üzerinde pozitif etkiler sunduğunu ortaya koymuştur.

Çocukluk Çağı Travmalarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi

Çocukluk çağı travmalarının adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi negatif yöndedir ($F=7,711$, $p=0.006$), ancak etki büyüklüğü önemsizdir ($d=0.03$). Duygusal istismar ve duygusal ihmalin adaptif stratejiler üzerinde negatif etkisi bulunmuş, cinsel istismar ve fiziksel ihmalin etkisi anlamlı

bulunmamıştır. Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin yapılan analizde ise, çocukluk çağı travmalarının bu stratejiler üzerinde pozitif yönde anlamlı etkiler yarattığı ($F=43,19$, $p=0.000$) ve etki büyüklüğünün düşük olduğu ($d=0.14$) gözlemlenmiştir. Tüm alt boyutların adaptif olmayan stratejiler üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlıdır, ancak etki büyüklükleri yine önemsiz düzeydedir ($d=0.05-0.16$).

Tablo 2. Demografik özelliklere göre ortalamaların karşılaştırılması

Değişkenler	Tür	Grup	N	Ort.	SS	t	sd	p
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Cinsiyet	Kadın	222	41,80	15,363	2,553	194,954	0.011*
		Erkek	77	37,78	10,451			
	Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	235	39,03	13,175	-3,93	93,46	0.000*
		Diğer	68	47,54	16,390			
	Psikiyatrik Tanı	Var	88	46,67	15,515	4,287	141,353	0.000*
		Yok	215	38,60	13,224			
	Porno Tüketimi	Evet	179	42,83	14,380	2,774	301	0.006*
		Hayır	124	38,22	13,990			
Cinsel Kompulsiyon Ölçeği	Cinsiyet	Kadın	222	14,82	5,128	-3,339	297	0.001*
		Erkek	77	17,18	5,909			
	Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	235	15,15	5,300	-2,17	301	0.031*
		Diğer	68	16,78	5,970			
	Psikiyatrik Tanı	Var	88	16,40	6,309	1,638	135,582	0.104
		Yok	215	15,16	5,088			
	Porno Tüketimi	Evet	179	17,19	5,988	7,479	293,242	0.000*
Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği		Hayır	124	13,10	3,487			
	Cinsiyet	Kadın	221	1,41	2,268	-2,794	110,091	0.006*
		Erkek	76	2,41	2,825			
	Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	234	1,53	2,388	-2,362	299	0.019*
		Diğer	67	2,33	2,671			
	Psikiyatrik Tanı	Var	86	2,52	2,921	3,289	125,003	0.001*
		Yok	215	1,38	2,190			
	Porno Tüketimi	Evet	177	2,21	2,582	4,512	291,717	0.000*
		Hayır	124	0,98	2,115			

Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyon üzerindeki etkisi incelendiğinde, adaptif stratejilerle ilgili model anlamlı bulunmamışken ($F=0.845$, $p=0.359$), adaptif olmayan stratejilerle ilgili model anlamlı çıkmıştır ($F=12,320$, $p=0.001$), etki büyüklüğü ($d=0.04$) ve gücü %82 olarak hesaplanmıştır. Riskli

alkol ve madde kullanımı üzerindeki etkiler ise, hem adaptif ($F=1,265$, $p=0.262$) hem de adaptif olmayan stratejiler için anlamsız bulunmuştur.

Tablo 3. Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyon ve riskli alkol-madde kullanımını yordaması

Cinsel Kompulsiyon Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R^2
ÇÇTÖ	0,090	0,021	0,235	4,188**	0,06
Cinsel istismar	0,172	0,068	0,143	2,513	0,02
Duygusal istismar	0,257	0,064	0,225	4,009**	0,05
Fiziksel ihmal	0,188	0,061	0,175	3,078**	0,05
Duygusal ihmal	0,525	0,131	0,225	4,009**	0,03
Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R^2
ÇÇTÖ	0,034	0,010	0,199	3,510**	0,04
Cinsel istismar	0,082	0,031	0,152	2,656*	0,01
Duygusal istismar	0,080	0,029	0,156	2,731*	0,02
Fiziksel ihmal	0,165	0,060	0,158	2,759*	0,03
Duygusal ihmal	0,087	0,027	0,181	0,181**	0,03

ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Tablo 4. Çocukluk çağı travmalarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini yordaması

Adaptif Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R^2
ÇÇTÖ	-0,129	0,046	-0,158	-2,777**	0,03
Cinsel istismar	-0,107	0,147	-0,042	-0,727	0,002
Duygusal istismar	-0,342	0,139	-0,140	-2,455*	0,02
Fiziksel ihmal	-0,557	0,285	-0,112	-1,952	0,01
Duygusal ihmal	-0,469	0,129	-0,205	-3,625**	0,04
Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R^2
ÇÇTÖ	0,233	0,035	0,354	6,572**	0,13
Cinsel istismar	0,442	0,116	0,214	3,797**	0,05
Duygusal istismar	0,680	0,106	0,346	6,390**	0,12
Fiziksel ihmal	1,091	0,223	0,271	4,889**	0,07
Duygusal ihmal	0,503	0,103	0,272	4,897**	0,07

ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Aracı Role İlişkin Bulgular

Aracılık rolü analizleri için Hayes'in (2022) SPSS Process Sürüm 4.2 programı kullanılmış, 5000 Bootstrap modellemesi ve %95 güven aralığı dikkate alınmıştır (41). Baron ve Kenny (1986) aracı etkisini değerlendirirken, sıfırın güven aralığı içinde yer almasının anlamsız olduğu kabul edilmiştir (40). Çalışmada da sıfırın yer aldığı durumlar anlamsız olarak değerlendirilmiştir. Aracılık etkisinden bahsedebilmek için üç koşul gerekmektedir: (1) Bağımsız değişkenin aracı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi, (2) bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi, (3) aracı değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi olmalıdır. Aracı değişken araştırma modeline dahil edildiği durumda bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmaktan çıkıyorsa "tam" aracılık; bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyinde azalma oluyorsa "kısmi" aracılık söz konusu olmaktadır.

Tablo 5. Aracı role ilişkin modeller

İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Güven Aralığı	
				Alt	Üst
ÇÇTÖ > BDDÖ AO > CKÖ	0,090	0,072	0,018	0,003	0,033
Duygusal İstismar > BDDÖ AO > CKÖ	0,257	0,203	0,054	0,014	0,101
Duygusal İhmal > BDDÖ AO > CKÖ	0,188	0,140	0,048	0,015	0,089
Fiziksel İhmal > BDDÖ AO > CKÖ	0,525	0,431	0,094	0,025	0,186

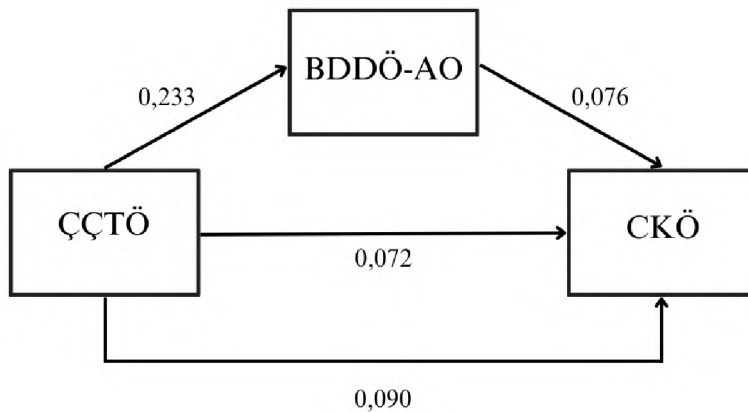
ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği; BDDÖ-A/AO-Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Adaptif/Adaptif Olmayan

Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlarla ilişkisi ve adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü incelenmiştir. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde negatif etkisi olduğunu göstermiştir ($b = -0.129$, $p = 0.006$). Ancak, adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır. Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan ve toplam etkileri ise pozitif ve anlamlıdır ($b = 0.095$, $p < 0.001$). Adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, bu ilişki üzerindeki dolaylı etkisi ise anlamlı olmamıştır.

Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ve cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkide, adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü SPSS PROCESS (Model 4) makrosu ile incelenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisinde, adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kısmi aracılık rolü bulunmuştur (Şekil 1). Çocukluk çağı travmaları, bu stratejiler üzerinde pozitif etkiler yaratmış ve bu stratejiler de cinsel kompulsiyonları artırmıştır. Analizler, çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan ve toplam etkilerinin pozitif ve anlamlı olduğunu göstermiştir. Aracılık etkisinin gücü ise %60 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 5).



0,233: Çocukluk çağı travmalarının (ÇÇTÖ), adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri (BDDÖ-AO) üzerindeki etkisi.

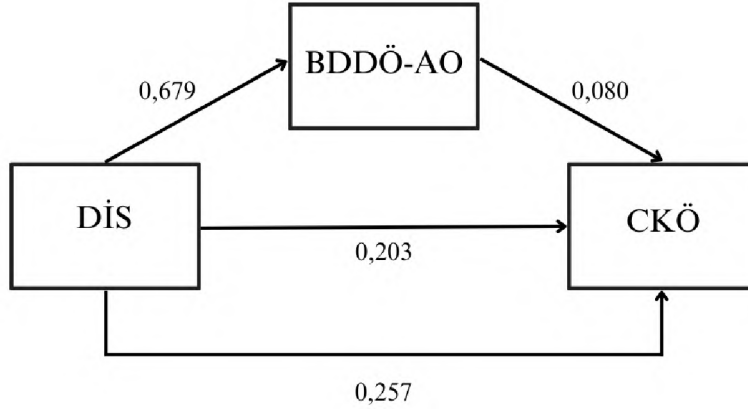
0,076: Adaptif olmayan bilişsel stratejilerin (BDDÖ-AO), cinsel kompulsiyonlar (CKÖ) üzerindeki etkisi.

0,072: Çocukluk çağı travmalarının (ÇÇTÖ), cinsel kompulsiyonlar (CKÖ) üzerindeki doğrudan etkisi.

0,090: Adaptif olmayan bilişsel stratejilerin aracılığıyla çocukluk çağı travmalarının, cinsel kompulsiyonlar üzerindeki toplam etkisi.

Şekil 1. Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü

Analiz SPSS PROCESS (Model 4) makrosu ile gerçekleştirilmiştir. Tüm değerler standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır (β).



0,679: Duygusal istismarın adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi.

0,080: Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi.

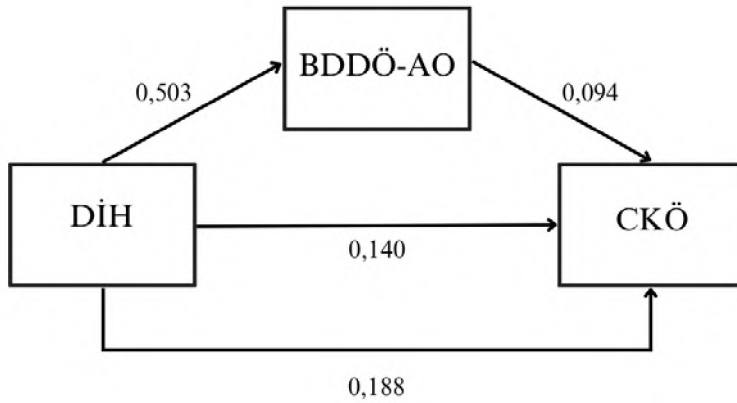
0,203: Duygusal istismarın cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan etkisi.

0,257: Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılığıyla, duygusal istismarın cinsel kompulsiyonlar üzerindeki toplam etkisi.

Şekil 2. Duygusal istismarın cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü

Analiz SPSS PROCESS (Model 4) makrosu ile gerçekleştirilmiştir. Tüm değerler standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır (β).

Duygusal istismarın (DİS) adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif yöndedir (Şekil 2). Bu stratejilerin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi de anlamlıdır. Duygusal istismarın cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan ve toplam etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuş, kısmi aracılık etkisinin gücü %60 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 5)



0,503: Duygusal ihmalin adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi.

0,094: Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi.

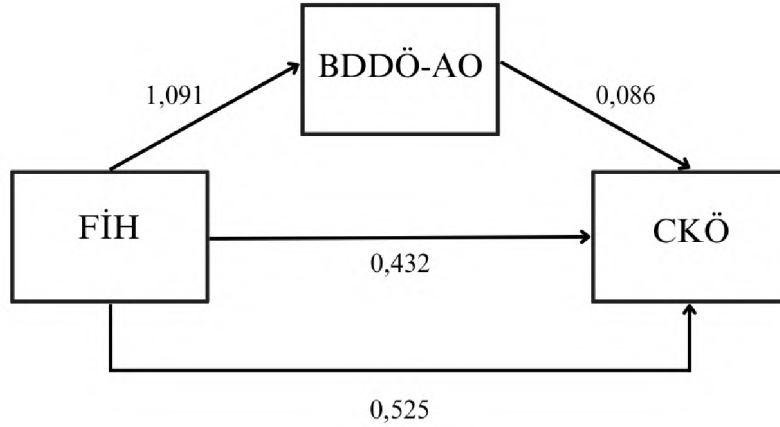
0,140: Duygusal ihmalin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan etkisi.

0,188: Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılığıyla, duygusal ihmalin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki toplam etkisi.

Şekil 3. Duygusal ihmalin cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü

Analiz SPSS PROCESS (Model 4) makrosu ile gerçekleştirilmiştir. Tüm değerler standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır (β).

Duygusal ihmalin (DİH) adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif yöndedir (Şekil 3). Bu stratejilerin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi de anlamlı bulunmuştur. Duygusal ihmalin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan ve toplam etkisi pozitif ve anlamlıdır. Duygusal ihmalin cinsel kompulsiyonlarla olan ilişkisi üzerindeki kısmi aracılık etkisi de pozitif yönde anlamlı olup, aracılık etkisinin gücü %76 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 5).



1,091: Fiziksel ihmalin adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi.

0,086: Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi.

0,432: Fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan etkisi.

0,525: Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılığıyla, fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki toplam etkisi.

Şekil 4. Fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü

Analiz SPSS PROCESS (Model 4) makrosu ile gerçekleştirilmiştir. Tüm değerler standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır (β).

Fiziksel ihmalin (FİH) adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif yöndedir (Şekil 4). Bu stratejilerin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi de anlamlı bulunmuştur. Fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki doğrudan ve toplam etkisi pozitif ve anlamlıdır. Fiziksel ihmal ile cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkideki kısmi aracılık etkisi de pozitif yönde anlamlı olup, aracılık etkisinin gücü %62 olarak belirlenmiştir. (Tablo 5)

Çocukluk Çağı Travmalarının Riskli Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkisinde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımı üzerindeki etkisi incelendiğinde, adaptif ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bu ilişkiye anlamlı bir dolaylı etkisi bulunmamıştır. Çocukluk çağı travmalarının doğrudan etkisi pozitif ve anlamlıdır, ancak duygu düzenleme stratejileri bu ilişkilerde aracılık yapmamaktadır.

Tartışma

Bu çalışma, çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımı, cinsel kompulsiyon düzeyi ve duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkilerini ve aracı rolleri incelemesiyle literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Çalışmanın öne çıkan yönü, özellikle duygusal istismar ve ihmalin, bireylerin duygu düzenleme süreçleri ve cinsel kompulsiyon düzeyleri üzerindeki belirgin etkilerini ortaya koymasındır. Bu bulgular, travmaların yetişkinlik dönemine yansıyan karmaşık etkilerini ve bağımlılıkla olan ilişkilerini çok boyutlu bir şekilde anlamlandırmaya olanak tanımaktadır. Hem alkol ve madde kullanımı ve riskli kullanım açısından (45,46) hem de cinsel kompulsiyon düzeyleri açısından (47) erkeklerde kadın katılımcılardan daha yüksek düzeylerin görülmesi başka çalışmalarla da uyumludur. Heteroseksüel cinsel yönelimde olmayan (homoseksüel, biseksüel, aoseksüel, diğer) kişilerin cinsel kompulsiyon düzeyi, çocukluk çağı travma düzeyi, riskli alkol ve madde kullanımı düzeyleri heteroseksüel cinsel yönelimde olan kişilere göre daha yüksektir. Literatürde de buna uygun şekilde kompulsif cinsel davranış açısından homoseksüel ve biseksüel cinsel yönelimdeki erkeklerin daha fazla cinsel kompulsiyon prevalansına sahip olduğunu gösteren çalışma ile uyumludur (48). Literatürde de araştırma bulguları ile uyumlu olarak daha fazla ÇÇT, psikopatoloji ile sıkça ilişkilendirilmiştir ve psikiyatrik tanı alan kişilerde de yüksek düzeyde madde kullanım bozukluğu daha sık görülmektedir (49,50). Erkek olmak ve psikiyatrik yardım almak başka bir çalışmada da alkol ve madde kullanım riski açısından daha yüksek puanlar ile ilişkilendirilmiştir (51). ÇÇT arasında yer alan ihmal ve

istismar pek çok alanda çeşitli sorunlar ve psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir. Bunların arasında riskli davranışlara yönelme, alkol ve maddenin riskli düzeylerde kullanımı, alkol ve madde kullanım bozuklukları, cinsellikle ilgili riskli davranışlar, cinsel problemler bulunmaktadır (10,11,50). Cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmalin de riskli davranışlarda bulunma, madde kötüye kullanımı ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (8,19,52). Literatürle uyumlu olarak çocukluk dönemi travma düzeyi yükseldikçe riskli alkol ve madde kullanımının arttığı ve ÇÇT'nin riskli alkol ve madde kullanımını yordayan faktörlerden biri olduğu görülmüştür. Ege Üniversitesi ve İzmir Üniversitesi'nde okumakta olan 208 öğrenci ile yürütülen bir araştırmada ile yapılan bir çalışmada da ÇÇT'nin alkol kullanma davranışını yordadığı bulunmuştur (18). Bu çalışmada çocukluk çağı travma düzeyi arttıkça cinsel kompulsiyon, riskli alkol ve madde kullanım düzeyi ve adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımı artmakta; adaptif bilişsel stratejilerin kullanımı ise azalmaktadır. Duygusal ihmal ve duygusal istismarın hem adaptif hem adaptif olmayan stratejiler için önemli bir etmen olduğu vurgulanabilir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin duygu düzenleme ile ilişkili olduğunu ve duygu düzenleme güçlüklerine yol açtığını belirten araştırmalar bulunmaktadır, bu araştırmaların bulguları da bununla uyumludur (24,28). Madde kullanımı olan ve olmayan mahkûmlar ile yapılan bir çalışmada da madde kullanımı olan grupta ÇÇT için fark gözlenmemiş ancak duygusal istismar ve fiziksel ihmal daha yüksek düzeyde bulunmuştur (53). Intravenöz madde kullanımı olan katılımcılarla yürütülen bir çalışmada da duygusal ihmal düzeyi diğer istismar türlerine göre daha yüksek oranda saptanmıştır (54).

Araştırmaya katılan katılımcıların madde kullanımına ilişkin bulgular, Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda (2019) yer alan tütün ürünü kullanımı %47, alkol kullanımı %22,1 ve diğer maddeler %3,1 oranları ile benzerlik göstermektedir (55). Tıp fakültesi öğrencileri (n=121) ile yapılan bir çalışmaya göre öğrencilerin sigara kullanımı (%27,3) ve riskli alkol kullanımının (%6,6) bu çalışmaya göre daha düşük oranlarda olduğu görülmüştür (55). Bu durum tıp fakültesi öğrencilerinin daha yüksek farkındalığa sahip olmasından kaynaklanabilir. Başka bir üniversitedeki oranlara göre öğrencilerin %33,9'u sigara ve %18,1'i alkol kullanmaktadır (56). Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir diğer araştırmaya göre riskli içicilerin oranı %6,3 olarak saptanmıştır (45). Literatüre bakıldığında bu çalışmada, Türkiye'de üniversite öğrencileriyle yapılmış daha önceki çalışmalardan daha yüksek oranlarda sigara kullanımı ve riskli alkol kullanımının gözlemlendiğini belirtmek mümkündür. Cinsel kompulsiyon düzeyi arttıkça riskli alkol ve madde kullanımı ve adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımı da artmaktadır. Cinsel kompulsiyon diğer bağımlılık türleri ile ilişkili olduğunu savunan başka araştırmalar da mevcuttur (57,58). Cinsel kompulsiyon düzeyi arttıkça cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyleri de artmaktadır. Literatürde çok sayıda araştırmada cinsel kompulsiyon gözlenen kişilerde çocukluk çağı travma hikayesi gözlenmiştir (15,16,59). 60 adsız seks bağımlısı ve 47 sağlıklı katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada ÇÇT ve duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutları; cinsel kompulsiyon düzeyinin bir yordayıcısıdır (60). Diğer ÇÇT alt boyutları için elde edilmiş olsa da cinsel istismar için böyle bir yordama etkisi bu çalışmada tespit edilmemiştir. Cinsel istismar araştırmacılar tarafından daha fazla dikkat çeken bir boyut olsa da diğer istismar ve ihmal türlerinin önemini de değerlendirmek gerekmektedir. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yordayıcı etkilerine bakıldığında sadece adaptif olmayan bilişsel stratejilerin cinsel kompulsiyon üzerinde yordayıcı etkisi bulunmuştur. Riskli alkol ve madde kullanımı üzerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bir etkisi bulunmamıştır. Literatürde klinik örnekleme gerçekleştirilen çalışmalarda bu etki bulunsa da klinik olmayan örnekleme riskli alkol ve madde kullanımı için bu etki ortaya çıkmamış olabilir. Bu araştırmada sonuç olarak aracı role ilişkin birtakım bulgular elde edilmiştir. ÇÇT'nin, duygusal istismarın, duygusal ihmalin ve fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımının kısmi aracılık etkisinin olduğu bulunmuştur. Duygusal istismarın uzun dönemde psikolojik işlevsellik açısından diğer istismar türlerine göre daha güçlü bir ilişkisinin olabileceği düşünülmektedir (8). Bu çalışmada da diğer istismar türlerinde bu ilişki gözlenmezken duygusal istismar için gözlemlenmesi duygusal istismarın uzun dönemdeki etkilerine ve duygu düzenleme süreçlerindeki etkisi ile ilgili olabilir. Duygusal ihmal ve fiziksel ihmalin de bu modelde anlamlı olması çocukluk çağı travmalarından ihmalin yetişkinlik hayatına yansımaları konusunda bilgi vermektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda, ilk olarak bu çalışmanın yalnızca Ankara ilindeki üniversite öğrencileriyle yapılmış olması, bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ayrıca, verilerin belirli bir zaman diliminde toplanmış olması nedeniyle boylamsal verilere ulaşılammış ve dolayısıyla nedensellik ilişkisi kurulması mümkün olmamıştır. Çalışmanın kesitsel bir yapıya sahip olması, değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin derinlemesine incelenmesini engellemektedir. Çevrim içi yürütülmüş olan araştırma, hassas konular olan travmalar ve cinsel kompulsiyonlar açısından katılımcıların rahatlıkla yanıt verebilmesine olanak sağlasa da, çevrim içi veri toplamanın getirdiği zorluklar ve kontrol eksiklikleri de sınırlılık olarak belirtilebilir. Katılımcıların içtenlikle ve dikkatle cevap verdikleri varsayılmıştır, ancak verilen yanıtlar kişisel beyanlara dayanmaktadır, bu da yanıltıcı olabilmektedir. Gelecekteki araştırmalarda, çocukluk dönemi travmalarının öz bildirim ölçütleri ile değerlendirilmesinin yanı sıra, farklı veri toplama yöntemlerinin kullanılması önerilebilir. Aile yaşamı, aile içindeki ilişkiler ve aile bireylerinden birinin kaybı gibi faktörler, cinsel kompulsiyon ve alkol-madde kullanımı üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Ancak bu çalışma, yalnızca çocukluk dönemi travmalarına odaklanmış olup, aile içi dinamiklerin bu bağlamdaki rolü araştırılmamıştır. Gelecekteki araştırmalar, aile yaşamı ve diğer sosyal etkenlerin bu bağımlılık davranışları üzerindeki etkilerini daha kapsamlı bir şekilde incelemeyi hedefleyebilir. Katılımcıların psikiyatrik tanı geçmişleri ile ilgili beyanlarının doğru olduğu kabul edilmiştir ve ek olarak, bir görüşme yapılmadan dışlama ölçütleri dışında kalan psikiyatrik tanısı olan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Bu durum, çalışmanın güvenilirliğini etkileyebilecek bir sınırlılık olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca, bireylere psikiyatrik tanıların ne zaman koyulduğu, tedavi süreçleri ve mevcut durumları gibi faktörlerin de değerlendirilmesi kritik bir nokta olup, gelecekteki araştırmalarda bu unsurların dikkate alınması önerilmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, çocukluk çağı travma geçmişi olan kişilerde daha yüksek düzeyde riskli alkol ve madde kullanımı ve kompulsif cinsel davranışlar gözlenmektedir. Çocuk çağı travmaları, cinsel kompulsiyon ve riskli alkol ve madde kullanımının bir yordayıcısıdır. Riskli alkol ve madde kullanımı arttıkça cinsel kompulsiyon düzeyi artmaktadır. Çocukluk çağı travması düzeyinin artmasıyla adaptif bilişsel stratejilerin kullanımı azaltmakta ve adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımını arttırmaktadır. Adaptif olmayan stratejilerin kullanımının artmasıyla cinsel kompulsiyon düzeyi de artmaktadır. Çocukluk çağı travması, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkide de adaptif olmayan stratejilerin kısmi aracılık rolü bulunmaktadır. ÇÇT'nin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisinde adaptif olmayan stratejilerin kullanımının etkisinden söz etmek mümkündür. Çalışmanın sonuçlarına göre klinik ortamda cinsel kompulsiyon ya da yüksek riskli alkol ve madde kullanımı olan kişilerle çalışırken çocukluk çağı travmaları göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca çocukluk çağında ihmal ve istismara uğrayan çocuk ve ergenlere de bağımlılığa yönelik önleyici yaklaşımlar uygulanması önemli olabilir. ÇÇT'nin adaptif duygu düzenleme stratejilerinin daha az kullanımıyla ve adaptif olmayan stratejilerin daha fazla kullanımıyla ilişkisinden kaynaklı, bu tür travmaları yaşayan çocuk ve ergenlerde duygu düzenleme becerilerine daha çok önem verilmelidir. Cinsel kompulsiyon düzeyi yüksek olan kişilerle çalışırken de duygu düzenleme stratejilerini öğrenmek ve bununla ilgili çalışmak önemlidir. Bunlara ek olarak üniversite öğrencileri arasında önceki çalışmalara göre daha yüksek oranlarda sigara kullanımı ve alkolün riskli kullanımı tespit edilmesi de dikkat çekmektedir. Bu alanda çalışmalar yapılırken tespit edilmesi daha zor kabul edilen duygusal istismar ve ihmale önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları daha fazla çalışılırken ve araştırmalar genelde klinik örneklemelerde gerçekleştirilirken alkol ve maddenin riskli düzeyde kullanımı daha az çalışılmaktadır. Bu nedenle alkol ve maddenin riskli kullanımı ve bununla ilişkili etmenler üzerine çalışmalar faydalı olacaktır.

Cinsel bağımlılık yani cinsel kompulsiyonlar ise ülkemizde çok fazla çalışılmayan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu alanda çalışmaların artması ve çeşitlenmesi oldukça gereklidir. Üniversite örnekleminden elde edilen araştırma bulgularını genellemek zor olduğundan farklı yaş grupları ve örneklemlemlerle benzer çalışmaların yürütülmesi önemli olabilir. Boylamsal çalışmalar duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolünün daha iyi anlaşılmasına olanak sağlaması açısından literatüre katkı sağlayabilir. Çalışmanın riskli alkol ve madde kullanımının yanı sıra farklı diğer bağımlılık türleriyle de yürütülmesi literatür açısından faydalı olabilir.

Kaynaklar

1. Pekcanlar Akay A, Ercan ES (editors). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 2. baskı. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2021.
2. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1, 3. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019.
3. West R. Theories of addiction. *Addiction* 2001; 96(1): 3-13.
4. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36(5): 233-241.
5. Rosenberg KP, Carnes P, O'Connor S. Evaluation and treatment of sex addiction. *J Sex Marital Ther* 2014; 40(2): 77-91.
6. Kafka MP. Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 2010; 39: 377-400.
7. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(2): 217-237.
8. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(10): 1214-1222.
9. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl* 1996; 20(1): 7-21.
10. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. The long-term health outcomes of childhood abuse: An overview and a call to action. *J Gen Intern Med* 2003; 18(10): 864-870.
11. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14(4): 245-258.
12. Schwartz MF. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(4): 567-586.
13. Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R (editors). Bağımlılık Tanı, Tedavi Önleme. İstanbul: Yeşilay Yayınları, 2019.
14. Türkcan A. Türkiye'de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Dusunen Adam* 1998; 11(3): 56-64.
15. Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154(2): 243-249.
16. Gerber J. Treatment of sexually compulsive adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(4): 657-669.
17. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256(3): 174-186.
18. Tok ESS, Özyurt BE. Üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımını yordayan faktörler. *Yeni Symposium* 2015; 53(1): 1-10.
19. Eker İ, Yılmaz B. Risk alma davranışı: Çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısı temelinde bir değerlendirme. *Klinik Psikiyatri* 2016; 19(1): 27-36.
20. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology* 2011; 214: 17-31.
21. Cohen FS, Densen-Gerber J. A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: Preliminary results. *Child Abuse Negl* 1982; 6(4): 383-387.
22. Heffernan K, Cloitre M, Tardiff K, Marzuk PM, Portera L, Leon AC. Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addict Behav* 2000; 25(5): 797-803.
23. Karagöz B. Alkol veya Madde Bağımlısı Bir Grupta Kendini Yaralama Davranışının İncelenmesi: Çocukluk Dönemi İstismarı ve İhmali ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
24. Burns EE, Jackson JL, Harding HG. Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *J Aggress Maltreat Trauma* 2010; 19(8): 801-819.
25. Blain LM, Muench F, Morgenstern J, Parsons JT. Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse Negl* 2012; 36(5): 413-422.
26. Vaillancourt-Morel MP, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S. Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2015; 40: 48-59.

27. Wéry A, Schimmenti A, Karila L, Billieux J. Where the mind cannot dare: A case of addictive use of online pornography and its relationship with childhood trauma. *J Sex Marital Ther* 2019; 45(2): 114-127.
28. Ehrling T, Quack D. Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behav Ther* 2010; 41(4): 587-598.
29. Gürgeç A. Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Araştırılması: Kesitsel Kontrollü Çalışma. Uzmanlık Tezi, Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017.
30. Bedirhanbeyoğlu H. Çocukluk Çağı Travmaları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.
31. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res [Internet]* 2004; 6(3): e34.
32. Başaran YK. Sosyal bilimlerde örnekleme kuramı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017; 5(47): 480-495.
33. Bernstein P, Fink L, Foote J, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8): 1132-1136.
34. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32(4): 1054-1063.
35. Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Llaró MDG, Salmerón-Sánchez P. Sexual compulsivity scale: Adaptation and validation in the Spanish population. *J Sex Marital Ther* 2013; 39(6): 526-540.
36. Akın A, Çelik E. Cinsel Kompülsiyon Ölçeğinin uyarlanması. *Gaziantep University Journal of Social Sciences* 2015; 14(3): 617-629.
37. Ögel K, Koç C, Görücü S. Study on development, validity and reliability of a Risk-Screening Questionnaire for Alcohol and Drug Use. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2017; 27(2): 164-172.
38. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif* 2001; 30(8): 1311-1327.
39. Onat O, Otrar M. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2010; 31: 123-143.
40. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51(6): 1173-1182.
41. Hayes AF. Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach (Vol. 3). New York: Guilford Press; 2022.
42. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41(4): 1149-1160.
43. Schoemann AM, Boulton AJ, Short SD. Monte Carlo power analysis for indirect effects. https://schoemanna.shinyapps.io/mc_power_med/.
44. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Academic Press; New York, 2013.
45. Eryılmaz D, Göğcegöz I, Eryılmaz G. Üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımını yordayıcı bazı etkenlerin değerlendirilmesi. *Güncel Bağımlılık Araştırmaları* 2020; 4(1): 16-20.
46. Öztürk YE, Kırloğlu M, Kırac R. Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2015; 18(2): 97-118.
47. Ünübol H, Hızlı Sayar G. Türkiye Bağımlılık Risk Profili Ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu (TURBAHAR). İstanbul: Üsküdar Univ Publications, 2019.
48. Grant JE, Potenza MN. Sexual orientation of men with pathological gambling: Prevalence and psychiatric comorbidity in a treatment-seeking sample. *Compr Psychiatry* 2006; 47(6): 515-518.
49. Karakuş G, Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Cukurova Med J* 2012; 37(1): 37-48.
50. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl* 2002; 26(6-7): 715-729.
51. Kızıldaş A, Tuncay T. Üniversite öğrencilerinin alkol ve madde kullanma risklerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2021; 32(3): 867-882.
52. Ulaş S. Yaşam boyu ihmal ve istismar: Önleme-müdahale yaklaşımları. In: Seçer İ, (Editör). Yaşam Boyu Gelişim ve Uyum Sorunları Psikopatolojiyi Anlamak. İstanbul: Nobel Kitap; 2020.
53. Cuomo C, Sarchiapone M, Di Giannantonio M, Mancini M, Roy A. Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008; 34(3): 339-345.
54. Medrano MA, Zule WA, Hatch J, Desmond DP. Prevalence of childhood trauma in a community sample of substance-abusing women. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25(3): 449-462.

55. Akvardar Y, Aslan B, Ekici B, Öğün E, Şimşek T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2001; 2(2): 49-52.
56. Kılıç M, Uzunçakmak T. Üniversite öğrencilerinde madde kullanım eğilim düzeyi ve risk faktörleri. Bozok Tıp Dergisi 2020; 10(3): 1-5.
57. Carries PJ, Delmonico DL. Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. Sex Addict Compulsivity J Treat Prev 1996; 3(3): 258-268.
58. Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J, Giménez-García C, Gil-Juliá B, Gil-Llario MD. Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). Addict Behav 2020; 107: 106384.
59. Perera B, Reece M, Monahan P, Billingham R, Finn P. Childhood characteristics and personal dispositions to sexually compulsive behavior among young adults. Sex Addict Compulsivity 2009; 16(2): 131-145.
60. Efrati Y, Gola M. The effect of early life trauma on compulsive sexual behavior among members of a 12-step group. J Sex Med 2019; 16(6): 803-811.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Not: Bu makale ilk yazarın, ikinci yazarın danışmanlığında tamamladığı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.

Acknowledgements: This article is derived from a master's thesis completed by the first author under the supervision of the second author.

Kannabis Kullanımının Epidemiyolojisi ve Farmakolojik Etkileri

Epidemiology and Pharmacological Effects of Cannabis Use

Burçin Ün ¹ 

1. İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul

Abstract

Cannabis (marijuana) is a widely consumed and frequently abused substance worldwide. Shortly after being ingested, the tetrahydrocannabinol (THC) contained within it is known to cause effects such as euphoria, relaxation, and alterations in perception. Cannabis use and the accompanying problems are rapidly increasing globally and in our country. This situation creates serious problems in social, economic, and health domains. Cannabis addiction not only reduces individuals' quality of life but also damages family structures and negatively impacts the overall welfare of society. Economically, the efforts and treatment processes to combat cannabis use incur significant costs and result in loss of workforce productivity. Health-wise, it leads to various physical and psychological problems. Preventing cannabis use is crucial for the welfare of our country and the health of our future generations. Therefore, it is necessary to have a thorough understanding of cannabis, its pharmacological properties, and the effects it causes in users. This review provides general information on cannabis use, its pharmacological properties, and its effects on users. It is believed that this information can make significant contributions to academic studies aimed at protecting public health and reducing cannabis use

Keywords: Addiction, cannabis, pharmacological effects, tetrahydrocannabinol

Öz

Kannabis (esrar), günümüzde dünya çapında yaygın olarak tüketilen ve sıklıkla suistimal edilen bir maddedir. Vücuda alındıktan kısa bir süre sonra içeriğinde bulunan Tetrahidrokanabinol (THC)'un kullanıcıda keyif, gevşeme ve algıda değişiklikler gibi etkilere neden olduğu bilinmektedir. Kannabis kullanımı ve bunun beraberinde getirdiği sorunlar, dünya genelinde ve ülkemizde hızla artış göstermektedir. Bu durum sosyal, ekonomik ve sağlık alanlarında ciddi problemler yaratmaktadır. Kannabis bağımlılığı bireylerin yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp aile yapısını zedelemekte ve toplumun genel refahını olumsuz etkilemektedir. Ekonomik açıdan bu mücadele ve tedavi süreçleri büyük maliyetler oluşturmakta iş gücü kaybına neden olmaktadır. Sağlık açısından ise, çeşitli fiziksel ve psikolojik problemlere yol açmaktadır. Kannabis kullanımının engellenmesi ülkemizin refahı ve geleceğimizin sağlığı için oldukça önemli bir konudur. Bu nedenle; kannabisin iyi tanınması, farmakolojik özellikleri ve kullanıcılarda oluşturduğu etkilerinin iyi bilinmesi gerekir. Bu derlemede; kannabis kullanımı, kannabisin farmakolojik özellikleri ve kullanıcıda oluşturduğu etkiler hakkında genel bilgilere yer verilmiştir. Bu bilgilerin toplum sağlığını koruma ve kannabis kullanımını azaltma hedeflerine yönelik akademik çalışmalara önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Bağımlılık, farmakolojik etkiler, kannabis, tetrahidrokanabinol

Giriş

Toplumlar için büyük bir problem haline gelen madde kullanımı bireyin yaşamında önemli rol oynayan bir maddenin kullanımıyla karakterize edilen geniş bir kavramdır. Bugün dünyada ve ülkemizde çok çeşitli madde türlerinin var olması; özellikle son yıllarda, geleneksel maddelerin yanı sıra kimyasal yöntemler kullanılarak üretilen sentetik maddelerin ortaya çıkması bu problemi daha da karmaşık hale getirmiştir. Bu durum, madde bağımlılığıyla mücadelede yeni ve farklı yaklaşımların geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Kannabis (esrar), hem dünyada hem de Türkiye'de en yaygın kullanılan ve en çok üretilen madde olarak dikkat çekmektedir (1). Dünya çapında yaklaşık 200 milyon insanın cannabis kullandığı tahmin edilmektedir (2). Cannabis kullanımı, özellikle zihinsel işlevlerde, öğrenme ve bellekte bozulmaya, psikoz ve paranoid düşüncelerden sosyal ilişkilerde bozulmaya, iş kayıplarına, trafik kazalarına ve şiddet ile saldırganlık gibi hem bireysel hem de toplumsal pek çok sorunla ilişkilidir (3). Bu durum, cannabis kullanımının ciddi bir küresel sorun olduğunu ve daha etkili önlemler alınması gerektiğini göstermektedir. Bu derlemede, cannabis kullanımının epidemiyolojisi, farmakolojik özellikleri ve kullanıcılarda oluşturduğu etkiler ele alınmıştır. Bu bilgilerin paylaşılması, cannabis kullanımı hakkında farkındalık oluşturmaya amaçlamaktadır.

Kannabis

Kannabis, dünya genelinde sigara, alkol ve kafeinden sonra en yaygın kullanılan ve bağımlılık oluşumuna neden olan psikoaktif bir maddedir (4). Hint keneviri bitkisi olan Cannabis Sativa'nın yaprakları ve çiçeklerinden elde edilir (5). İlk kez 1543 yılında Alman hekim ve botanikçi Leonart Fuchs tarafından tanımlanmıştır (6). Her türlü iklim koşulunda rahatlıkla yetişmektedir. Günümüzde seksenden fazla farklı isimle anılmaktadır. Ancak, halk arasında en yaygın kullanılan isimleri marihuana ve esrardır (7).

Kannabis bitkisi içeriğinde yaklaşık 546 farklı kimyasal bileşen bulunmaktadır. Bunların 104'ü cannabinoidler olarak adlandırılır (8). Cannabinoidler, doğal (fitokannabinoidler), endojen (endokannabinoidler) ve sentetik olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır (9). (-)-delta-9-trans-tetrahidrokannabinol (Δ^9 -THC), (-)-delta-8-trans-tetrahidrokannabinol (Δ^8 -THC), kannabigerol (CBG), kannabikromen (CBC), kannabidiol (CBD), kannabinodiol (CBND), kannabielsoin (CBE), kannabisiklol (CBL), kannabinol (CBN) ve kannabitriol (CBT) dahil olmak üzere çeşitli tipte cannabinoidler bulunmaktadır. THC, doğal cannabinoidler arasında en çok bilinen ve cannabisin fizyolojik ve psikolojik etkilerinden sorumlu olan psikoaktif bir bileşendir (3, 7). CBD ise, psikoaktif özellik taşımayan ve anti-inflamatuar etkileri ile tanınan bir bileşiktir (10).

Tarihçesi

Kannabisin tarih boyunca farklı kültürlerde ve medeniyetlerde çeşitli amaçlarla kullanıldığı bilinmektedir. Kannabisin tedavi amaçlı kullanımı, M.Ö. 2700'lerde Çin'de kayıt altına alınmıştır. Çin İmparatoru Shen-Nung, esrarın sıtma ve romatizma tedavisinde kullanılmasını tavsiye etmiştir (11). M.Ö. 1500'lere ait bazı Mısır papirüslerinde, göz yaralanmaları ve enflamasyonun tedavisi için esrar kullanımına dair kayıtlara rastlanmaktadır. M.Ö. 600'lerde Hindistan'da, esrar bitkisinin yapraklarından elde edilen özel bir karışım olan "Bhang", yaygın olarak anestezi amaçla kullanılmıştır. 800'lü yıllarda ise İslam bilginleri, bazı hastalıkların tedavisinde esrarı önerirken, aynı zamanda onun öldürücü bir zehir olabileceği konusunda da uyarılmışlardır (12). Yunan tarihçi Herodot, Orta Doğu savaşçıları olarak bilinen İskitler cannabis kullanan savaşçılar olarak tanımlamıştır. Kannabisin İskitler tarafından dünyaya tanıtıldığı ve yayıldığı düşünülmektedir. Herodot'a göre İskitler cannabis eğlence, dini ritüeller, ayinler ve cenaze törenleri gibi çeşitli amaçlarla kullanmışlardır. Ayrıca, Eski Ahit'te tütsü ve kutsal yağ olarak kullanıldığından bahsedilmektedir (13-15). M.S. 79 yılında, Romalı yazar, doğa bilimci ve filozof Gaius Plinius Secundus (Pliny the Elder), kaynatılmış esrar köklerinin gut, ağrı ve krampların tedavisinde kullanılabileceğini belirtmiştir. Kannabisin toksik etkileri ve potansiyel zararları, Fransız yazar Théophile Gautier'nin 1846 yılında yayımlanan "Le Club des Hachichins" adlı eserine kadar büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Bu kitap, cannabis bağımlılığının ilk belirtilerini içermektedir. Yazar, cannabisin yeni bir zevk kaynağı olduğunu anlatırken kendi deneyimlerini paylaşmaktadır. (16). 1920'lerden

İtibaren, kannabis kullananlar arasında suç işleme oranının artması hem hükümetin hem de toplumun dikkatini çekmeye başlamıştır. Amerika'da tıbbi amaçlarının dışında her geçen gün kötüye kullanılan kannabisin sigara şeklinde içilmesiyle marihuana terimi ilk kez Amerika'da kullanılmıştır. Gazetelerde çıkan kannabis bağlantılı suç haberleri, kannabis ticareti ve kullanımının yasadışı bir faaliyet olarak ele alınması gerekliliğine işaret etmiştir. Bu amaçla, 1925 yılında Amerika'da kannabisin tıbbi amaçlarla kullanımına kısıtlılık getirilmiş, 1930 yılında Federal Narkotik Bürosu Müdürü olan Harry J. Anslinger kannabise karşı mücadele başlatmıştır. Nitekim bundan sonra 1937 yılına kadar Amerika'nın birçok eyaletinde kannabis kullanımı ve ticareti yasalarla sınırlandırılmış ve tıbbi amaçlarla kullanımı kontrol altına alınmıştır. 1970 yılına gelindiğinde ise yeni çıkarılan yasayla tıbbi kullanımı tamamen yasaklanmıştır. Kanada'da kokain ve opiyatlar gibi yasa dışı maddeler arasında sınıflandırılarak narkotik ilaçlar kategorisine dahil edilmiştir (12, 17).

Epidemiyolojisi

Bugün tüm dünyada halk arasında en çok suistimal edilen maddelerden biri kannabistir (18). Kannabis kullananlarda kullanım sıklığına bağlı olarak kannabis bağımlılığı gelişme riski artmaktadır (19). Kannabis bağımlılığı, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp aile yapısını zedelemekte ve toplumun genel refahını olumsuz etkilemektedir. Ekonomik açıdan bu mücadele ve tedavi süreçleri büyük maliyetler oluşturmakta iş gücü kaybına neden olmaktadır. Sağlık açısından ise çeşitli fiziksel ve psikolojik problemlere yol açmaktadır.

Her gün artan dozlarda kannabis kullanan bireylerde, kannabis bağımlılığı gelişme risk oranının %20 ile %50 arasında değiştiği bildirilmiştir (20, 21). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)'nin 2023 yılında yayınlanan raporuna göre; Avrupalı yetişkinlerin (15-64 yaş) yaklaşık %8'inin (22,6 milyon) son bir yıl içinde kannabis kullandığı tahmin edilmektedir. Öte yandan, 2021 yılında Avrupa'da yaklaşık 97.000 kişinin kannabis kullanımıyla yaşadığı problemlerden dolayı uyuşturucu tedavisine başvurduğu rapor edilmiştir. Amerika'da aynı yıl ele geçirilen toz (816 ton) ve kubar (256 ton) kannabis miktarları, son on yılın en yüksek miktarı olarak kaydedilmiştir. Bu da kannabisin kolayca temin edilebilir olduğunu göstermektedir (22). Amerika'da gençler arasında madde kullanımını uzun yıllardır inceleyen "Monitoring the Future" araştırmasının 2023 yılı verilerine göre, sekizinci sınıf öğrencilerinin %8,3'ü, 10. sınıf öğrencilerinin %17,8'i ve 12. sınıf öğrencilerinin %29,0'ı esrar kullandığı bildirilmiştir (23).

Üniversite öğrencileri arasında İtalya'da yapılan bir çalışmada, kannabis kullanımına başlama yaşının ortalama 16,9 olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bu çalışmaya katılan öğrencilerin %52,1'i kannabisin yasallaştırılması gerektiği yönünde görüşlerini bildirmiştir (24). Asya'da ise üniversite öğrencileri arasında alkol bağımlılığının en yüksek prevalansı %66,8, nikotin bağımlılığının en yüksek prevalansı %76,76 ve kannabis bağımlılığının en yüksek prevalansı %27,3 olarak saptanmıştır (25).

Ülkemizde yapılan son araştırmalarda, gençler arasında madde kullanımının giderek arttığı ve uyuşturucu maddeye başlama yaşının düştüğü tespit edilmiştir. Türkiye'de genç popülasyonda madde kullanım sıklığını inceleyen ilk kapsamlı çalışma, 2011 yılında TUBİM tarafından 8045 gencin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, yaşamlarında en az bir kez uyuşturucu madde kullanma oranı 15-24 yaş grubunda %2,9, 15-17 yaş grubunda ise %1,5 olarak raporlanmıştır (26). İlköğretim öğrencileri arasında yapılan araştırmalarda, kannabis kullanım oranı %1,2, ortaöğretim öğrencileri arasında ise %4,0 olarak belirlenmiştir. İstanbul'da lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşamları boyunca en az bir kez kannabis kullananların oranı %0,7, sigara ve alkol haricinde herhangi bir madde kullananların oranı ise %2,6 olarak tespit edilmiştir (27). Aydın'da 2019 yılında üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, öğrencilerin %49,5'i alkol, %7,5'i ise uyuşturucu madde kullanmaktadır. Bu öğrencilerin %8,8'i her gün, %21,9'u haftada bir, %10,2'si haftada iki ya da daha fazla, %4,1'i ise ayda bir kez uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir. Kullanılan uyuşturucu maddeler arasında kannabis %56 ile en yaygın olanıdır (28). Benzer şekilde üniversite öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışmada, yaşam boyunca en az bir kez kannabis kullanma oranı %9,2 olarak rapor edilmiştir (29). Ülkemizde gençler arasında madde kullanım yaygınlığını inceleyen bir diğer çalışma ise Ögel ve Aksoy'un 2007 yılında tutukevi ve islahevinde 207 hükümlü gençle gerçekleştirdiği araştırmadır. Bu çalışmada, hükümlü gençlerin %73,8'i

yaşamları boyunca en az bir kez tütün, %71,3'ü esrar, %48,1'i ucuucu madde ve %45'i alkol kullandığını belirtmiştir (30).

Kannabis kullanım yöntemleri ve kullanım oranları ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklar; bireysel özelliklerin yanı sıra, coğrafi faktörler, kültürel etkiler veya tıbbi amaçlarla kullanımını serbest bırakma gibi düzenleyici politikalarla da bağlantılıdır. Bu nedenle tüm bu etkenler göz önüne alınarak daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Kullanımı ve Riskleri

Kannabis kullanımı, genellikle sigara kağıtlarına (joint) veya puro yapraklarına (blunt) sarılarak bitki materyalinin dumanının inhalasyonu yoluyla gerçekleşir. Ayrıca, oral yolla cannabis bitkisinden hazırlanan çeşitli preparatlar çay olarak demlenip içilebilir veya yenilebilir. Oral kullanım seçenekleri arasında kapsül ve tablet formları da bulunmaktadır. Alternatif olarak, buharlaştırıcı (vaporizer) kullanarak buharın inhalasyonu, esrar yağlarının damlatılarak veya buharlaştırılarak kullanımı, topikal uygulamalar ve çeşitli gıda ürünleri (edibles) şeklinde tüketim yöntemleri de yaygındır (31, 32).

Kannabis kullanımının ardından geçici ve klinik olarak belirgin bir durum olan cannabis intoksikasyonu gelişir. Bu durumda kullanıcıda bilinç, biliş, algı, duygulanım, davranış ve koordinasyon bozulmaları görülmektedir. Belirtilerin şiddeti alınan cannabis miktarıyla doğrudan ilişkilidir ve cannabis vücuttan atıldığında kaybolur. Klinik belirtiler arasında öfori, dikkat ve yargılama bozuklukları, algısal değişiklikler (örneğin zamanın farklı algılanması veya yüzme hissi), sosyalleşmede değişimler, iştah artışı (hiperfaji), anksiyete, sıradan deneyimlerin yoğun olarak hissedilmesi, kısa süreli bellek bozuklukları yer almaktadır. Fiziksel belirtiler ise gözlerde kızarıklık (konjonktiva) ve kalp atım hızında artış (taşikardi) şeklinde ortaya çıkmaktadır (33).

Kannabis içeriğindeki THC maddesinin, doza bağlı olarak kullanıcının ruh halinde geçici bir iyileşme ve keyif hissi yarattığı belirtilmiştir (34). THC, beyin ödül sistemi üzerinde etkili olarak dopamin salınımını arttırmakta ve bu da kullanıcıda haz duygusunun gelişmesine neden olmaktadır. Cannabis kötüye kullanımı bu özelliği sayesinde bağımlılığa yol açmaktadır (35). Ayrıca, uzun süre yüksek dozda cannabis kullanan bireylerde kullanımın bırakılması veya azaltılması ise cannabis yoksunluğuna neden olmaktadır. Cannabis yoksunluğunda sinirlilik, öfke, agresif davranışlar, huzursuzluk, anksiyete, depresif ya da disforik duygudurum, insomnia, iştah azalması, kilo kaybı, baş ağrısı, terleme, titreme, abdominal kramplar ve kas ağrıları gibi klinik olarak belirgin davranışsal ve fizyolojik belirtiler gözlenir. (33, 36, 37). Bununla birlikte, cannabis ve türevlerini kötüye kullanan kişilerde diğer santral sinir sistemi baskılayıcılarında da görülen amotivasyonel sendrom gelişmektedir. Yapılan çalışmalarda, kronik cannabis kullanım bozukluğu olan kişilerde amotivasyonel sendrom belirtilerinin %16-21 oranında görüldüğü belirlenmiştir (38). Amotivasyonel sendrom, kronik cannabis kullanan kişilerin yaşam tarzı, düşünce yapısı, insan ilişkileri ve motivasyonel özelliklerde çeşitli sorunlarla seyreden bir sendromdur. Bu sorunlar arasında apati, günlük rutin görevlerde işlevselliğin kaybı, uzun süreli plan yapamama, uzun süreli bir işe odaklanamama, konuşma ve yazma becerilerinde bozulma gibi belirtiler bulunur (39, 40). Bu belirtiler; cannabis kullanımının motivasyon, bilişsel işlevler ve sosyal etkileşimler üzerindeki negatif etkilerini yansıtmaktadır. Bu belirtilerin ortaya çıkmasında, limbik yolda meydana gelen ve noradrenerjik ile dopaminerjik sistemleri içeren değişikliklerin rol oynadığı düşünülmektedir (41).

Kötüye Kullanım ve Bağımlılık Tanı ve Sınıflandırması

Kannabis kullanan bireyler arasında bu alışkanlığın bir hastalık veya sorun olarak görülme inancı genellikle çok düşüktür. Kullanıcılar, cannabisin zararlarını ve bağımlılık potansiyelini küçümseyebilir veya reddedebilir. Çoğu zaman cannabis kullanımının sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğunun farkına varılması zor olabilir. Bu genellikle madde kullanımının keyif verici ve rahatlatıcı etkilerinin ön planda tutulmasından kaynaklanır. Bu durum diğer madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi tedavide gecikmeye neden olmaktadır. Bu nedenle ayırıcı tanıda hastanın detaylı öyküsü ve izlem oldukça önemlidir (11).

Kannabis kullanım bozukluğu, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases ICD-11) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5) ölçütlerine göre çeşitli tanı kategorileri altında değerlendirilmektedir.

DSM-5 tanı kriterlerine göre; cannabis kullanım bozukluğu, on iki aylık bir süre içerisinde aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin görülmesiyle kendini gösteren ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya neden olan sorunlu bir cannabis kullanım örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (36).

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak cannabis kullanılması
2. Cannabis kullanımını kontrol etme veya bırakma çabalarının sürekli olarak başarısız olması
3. Cannabis elde etmek, cannabis kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için harcanan zamanın artması
4. Cannabis kullanmaya iştahın gitmesi ya da cannabis kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
5. İşte, okulda ya da evdeki başlıca sorumluluklarını yerine getirememeye ile sonuçlanan ve tekrarlanan cannabis kullanımı
6. Cannabisin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın cannabis kullanımını sürdürme
7. Cannabis kullanımından dolayı önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda cannabis kullanılması
9. Büyük bir olasılıkla cannabisin neden olduğu ya da tetiklediği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine rağmen cannabis kullanımının sürdürülmesi
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde cannabis kullanma gereksinimi
 - b. Aynı ölçüde cannabis kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması
11. Cannabisin bırakılmasına veya azaltılmasına bağlı olarak yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması

ICD-11 tanı kriterlerine göre; cannabis bağımlılığı, cannabisin tekrar eden ya da sürekli kullanımının sonucunda ortaya çıkan ve cannabis kullanımının düzenlenmesine ilişkin bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılık özellikleri genellikle en az 12 ay süresince devam eder. Ancak, cannabis kullanımı en az 3 aylık bir süre boyunca sürekli (her gün ya da neredeyse her gün) tekrar ediyorsa bu durumda tanı konulabilir ve aşağıda verilen ölçütleri içermektedir:

1. Cannabis kullanımına yönelik kuvvetli bir içsel dürtünün var olması ve bu durumun kontrol edilememesi
2. Cannabis kullanımına diğer etkinliklere göre giderek daha fazla öncelik verilmesi
3. Olumsuz sonuçlarına veya verdiği zararlara rağmen kullanıma devam edilmesi

Bu deneyimlere cannabis kullanımına yönelik zorlanma veya aşırma hissi eşlik eder. Ayrıca, bağımlılığın fizyolojik belirtileri de ortaya çıkabilir. Bu fizyolojik belirtiler, cannabisin etkilerine karşı tolerans gelişimi, cannabis kullanımının azaltılması ya da kesilmesi sonucu ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ve yoksunluk belirtilerini azaltmak için yineleyici olarak cannabis veya cannabis benzer farmakolojik maddelerin kullanımı şeklinde görülebilmektedir (33).

Farmakokinetik Özellikleri

Bir maddenin uygulama şekli ve ilaç formülasyonu, ilacın emilim oranını önemli ölçüde etkiler. Alınan doz, uygulama aracı, absorpsiyon, metabolizma ve atılım gibi fizyolojik faktörler dolaşımdaki madde konsantrasyonlarını belirleyen önemli faktörlerdir. THC, pKa değeri 10.6 olan zayıf asidik özellikte ve lipofilik bir maddedir (13). Kannabis kullanımının yaygın olarak tercih edilen uygulama şekli olan sigara içme akciğerler aracılığıyla hızlı ve etkili bir şekilde beyne madde iletilmesine olanak tanır. Bu hızlı etki, kannabisin kötüye kullanım potansiyelini arttırmaktadır (42). Kannabis inhalasyonunun ardından THC'nin maksimum plazma konsantrasyonuna 3-10 dakika içinde ulaştığı ve biyoyararlanımın %10-35 arasında olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, oral kullanımda absorpsiyon oldukça yavaştır ve maksimum plazma konsantrasyonuna 1-2 saat içinde ulaşılır (43). Kannabisin kaç defa inhale edildiği, dumanın akciğerlerde tutulma süresi, iki duman alımı arasındaki süre, dumanın alındığı hacim ve bireylerin sigara içme alışkanlıkları gibi faktörler bireyin maddeye maruz kalma derecesini büyük ölçüde etkilemektedir (44).

Kannabisin inhalasyon şeklinde kullanımına kıyasla oral kullanımında THC ve metabolitlerinin vücuttaki dağılımlarını araştıran çalışmaların sayısı daha azdır. Terapötik amaçlarla genellikle oral kullanım tercih edilir. Örneğin, sentetik THC preparatlarından biri olan Dronabinol (Marinol) oral yoldan kullanılır. Oral kullanımda absorpsiyon oldukça yavaştır ve maksimum plazma konsantrasyonuna 1-2 saat içinde ulaşılır (42-44). Ayrıca, Brenneisen ve arkadaşları rektal yoldan (THC hemisüksinat fitil) uygulamanın, oral (Marinol) uygulamaya göre yaklaşık iki kat daha yüksek bir biyoyararlanım sağladığını ortaya koymuştur (45).

Kannabinoidlerin yağda yüksek çözünürlüğü nedeniyle kan dolaşımıyla birlikte vücudun tüm bölgelerine dağıldıkları gözlemlenmektedir. THC, plazmada büyük ölçüde proteinlere, özellikle lipoproteinlere bağlı olduğundan yüksek bir dağılım hacmine (Vd) sahiptir (46). Akciğerler, böbrekler ve karaciğer gibi kanlanması yüksek organlardan kolay ve büyük oranda geçmektedir. Ancak, kandaki doruk konsantrasyonunun sadece %1'inin beyne geçtiği belirlenmiştir. Bu da yaklaşık olarak 2-44 mikrogram arasındadır (47, 48). Ek olarak, THC'nin plasentaya hızla geçtiği ve plasentadaki THC konsantrasyonunun annenin kan ve dokularındakinden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (32, 48). THC metabolizasyonundan karaciğerde sitokrom p450 enzim sistemi sorumludur. Şu ana kadar THC'nin di ve tri-hidroksi bileşikler, ketonlar, aldehytler ve karboksilik asitler gibi çeşitli bileşiklerin bulunduğu 100'den fazla metabolit tanımlanmıştır (3). Vücuda alındıktan sonra ilk olarak aktif metaboliti olan 11-OH-THC'ye metabolize olmakta ardından inaktif bir form olan THC-COOH'ye dönüşmektedir (49, 50). Beş gün içinde alınan THC'nin %80 ila %90'ı, büyük ölçüde hidroksillenmiş ve karboksillenmiş metabolitler olarak vücuttan atılmaktadır (51).

Psikofarmakolojisi

Kannabis ve türevleri, içeriğinde bulunan THC gibi psikoaktif bileşikler aracılığıyla psikofarmakolojik etkiler göstermektedir. Bu etkiler, santral sinir sistemi ve diğer dokulardaki hücre membranında yer alan kannabinoid reseptörleri aracılığıyla endokannabinoid sistem üzerinden ortaya çıkmaktadır (52). Araşidonik asit türevleri olan endokannabinoidler, presinaptik aktiviteyi düzenlemek amacıyla postsinaptik nöronlardan salınmaktadır. Endokannabinoidler, diğer klasik nörotransmitterlerin aksine veziküllerde depolanmazlar; bunun yerine ihtiyaç duyulduğunda sentezlenip salınırlar (53). İki tip kannabinoid reseptörü bulunmaktadır: CB1 ve CB2. Bu reseptörler, G proteinine bağlı yedi transmembran bölge içeren proteinler olarak tanımlanmıştır (54). Kannabinoid reseptörleri ve bunlara bağlanan endojen ligandlar, çeşitli nörotransmitter sistemlerini etkileyen nöromodülatörler olarak görev yapmaktadır (55). CB1 reseptörleri, endokannabinoidlerin psikoaktif etkilerinden sorumlu olup ağırlıklı olarak merkezi sinir sisteminde; özellikle prefrontal korteks, hipokampus, bazal gangliyonlar ve serebellumda yoğun olarak bulunmaktadır. Ayrıca, periferik dokularda düşük seviyelerde varlıkları gösterilmiştir. CB2 reseptörleri ise, yüksek oranda bağışıklık sistemi hücrelerinde (tonsiller, dalak, makrofajlar ve lenfositler) lokalizedir (54, 56).

Mezolimik dopamin sisteminin kannabinoidlerin ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin ödüllendirici etkilerinde kritik bir rol oynadığı bugüne kadar yapılan birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Bu maddelerin

neredeyse tamamı mezolimbikdopamin sisteminin önemli bir nöroanatomik yapısı olan nükleus akkumbenste dopamin salınımını artırma özelliğine sahiptir. Araştırmalar, endokannabinoidlerin postsinaptik hücrelerden salındığını ve presinaptik hücrelerde bulunan CB1 reseptörlerini aktive ederek klasik nörotransmitterlerin salınımını baskıladığını göstermektedir (57).

THC, endokannabinoidlere benzerliği nedeniyle kannabinoid reseptörlerine bağlanarak bu reseptörleri modüle eder. THC'nin beyindeki CB1 reseptörleri üzerindeki etkisi kullanıcının deneyimlediği öforik ve diğer etkilerin temel mekanizmasını oluşturur. Kullanıcılarda çeşitli psikolojik ve fiziksel tepkilerin oluşmasına neden olur. CBD ise non-psikoaktif bir bileşik olup anksiyete ve ağrı gibi durumların tedavisinde potansiyel terapötik etkiler sunmaktadır. THC'nin aksine CBD doğrudan psikoaktif etkilere neden olmaz ancak bazı durumlarda THC'nin etkilerini modüle edebilir. Bu bileşiklerin her ikisi de endokannabinoid sistem üzerinden etki göstererek kullanıcılarda farklı derecelerde psikoaktif ve terapötik yanıtlar oluşturabilmektedir (13, 53, 58, 59).

Farmakolojik Etkileri

Santral Sinir Sistemi Üzerindeki Etkileri

Kannabis kullanımının santral sinir sistemi üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla çok sayıda araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırmalar, düzenli kannabis kullanımının birçok beyin bölgesinde nöroanatomik değişikliklere yol açtığını göstermiştir (60, 61). Özellikle diğer madde kullanım bozukluklarında da etkilenen ödül, öğrenme ve motivasyon devrelerinin temel bileşenleri olan hipokampus ve orbitofrontal kortekste gri madde hacmindeki azalma kannabis kullanımıyla da ilişkilendirilmiştir (62). Hipokampus'ta kannabinoid reseptörleri yaygın olarak GABAerjik ve glutamaterjik sinir uçlarında yer almaktadır (63, 64). Kannabinoidlerin bu reseptörleri aktive etmesi her iki nörotransmitter salınımının azalmasına ve böylece nörotransmitterler arasındaki dengenin bozularak uzun vadede nörolojik hasarları tetikleyebileceği öne sürülmektedir (65, 66).

Uzun süreli kannabis kullanımında psikotik bozukluk riskinin arttığı, şizofrenik ve paranoid semptomlar ile anksiyetenin şiddetlendiği belirtilmektedir (67-69). Yüksek dozda kannabis kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan algı bozuklukları ve halüsinasyonlarla karakterize panik atak, "freak out" olarak adlandırılan ve kullanıcının gerçeklikten kopma belirtileri gösterdiği psikotik bir reaksiyon gelişebilmektedir (47). Öte yandan, kannabis kullanan bireylerde yapılan Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRI) çalışmaları, amigdala aktivasyonunda azalma olduğunu ve bu değişikliklerin kannabis kullanım sıklığıyla korele olduğunu göstermektedir (70-72).

Solunum Sistemi Üzerindeki Etkileri

Kannabis kullanımı, solunum sistemi üzerinde potansiyel olumsuz etkilere neden olabilecek endişeleri beraberinde getirmektedir. Pek çok çalışma kannabis içiminin nefes darlığı, farenjit, ses kısıklığı ve astım gibi solunum semptomlarına yol açtığını göstermiştir. (73-76). Sadece kannabis içen 40 kişi ve sadece tütün içen 31 kişiden alınan bronkoskopik mukoza biyopsilerini analiz ederek kannabis ve tütün içiminin bronşiyal mukoza üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmada her iki grupta da bronşiyal mukozada belirgin hasarlar gözlenmiştir. Kannabis içen bireylerdeki hasarın tütün içen bireylere kıyasla daha yaygın inflamasyon ve hücrel anormallikler ile karakterize olduğu görülmüştür (77). Bununla birlikte, uzun süreli kannabis kullanımının akciğerlerdeki makrofaj aktivitesinde azalmaya neden olması akciğerlerin enfeksiyonlara karşı savunmasız hale gelmesine ve akciğer enfeksiyonu riskinin artmasına yol açabilir (13). Kannabis kullanımı ile kanser arasındaki ilişki henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Ancak bu bulgular, kannabis içmenin akciğer kanseri geliştirme riskini artırabileceği ihtimalini ortaya koymaktadır.

Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkileri

Kannabisin kardiyovasküler sistem üzerindeki etki mekanizmaları karmaşıktır (78). Kannabinoidlerin, otonom sinir sisteminde doza bağlı bifazik etki oluşturduğu bilinmektedir. Düşük ve orta dozlarda sempatik aktiviteyi

artırıp parasempatik aktiviteyi azaltması, taşikardi ve kardiyak debi artışına neden olurken yüksek dozlarda sempatik aktivitenin inhibisyonu ve parasempatik aktivitenin artışı ile bradikardi ve hipotansiyon gözlemlenir (79). Kannabis kullanan kişilerde doza bağlı olarak miyokard enfarktüsü ve kardiyak aritmiler riskinin arttığı belirtilmektedir (80). Kannabis kullanımından sonra akut koroner sendromu tanımlayan çok sayıda vaka raporu bulunmaktadır. Miyokard enfarktüsü için önemli tetikleyicileri değerlendiren 36 çalışmanın meta-analizi, kannabis içimini miyokard enfarktüsü için üçüncü sıradaki tetikleyici olarak tanımlamıştır (81). Ek olarak, genç yaşlarda kannabis kullanımının inme oluşturabileceği öne sürülmektedir. 2004-2011 yılları arasında 14-54 yaş arası hastaların retrospektif analizi yapılan bir çalışma da, kannabis kullananlarda akut iskemik inme vakalarının kullanmayanlara kıyasla daha sık görüldüğünü göstermiştir (82).

Bağışıklık Sistemi Üzerindeki Etkileri

Kannabinoidlerin bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri çift yönlüdür. Anti-inflamatuar ve immün modülatör etkileri, bazı durumlarda terapötik faydalar sağlayabilirken bağışıklık baskılayıcı etkileri özellikle uzun süreli ve yüksek doz kullanımlarda enfeksiyon riskini artırabilmektedir. Kannabinoidlerin; monositler, makrofajlar, bazofiller, lenfositler ve dendritik hücreler gibi çeşitli bağışıklık hücrelerinde bulunan kannabinoid reseptörleri (CB1 ve CB2) aracılığıyla bağışıklık yanıtını modüle ettiği bilinir (83). Bu hücrelerin işlevlerinin değişmesi bağışıklık sisteminin işlevsel aktivitelerini etkileyebilmektedir. CBD ve diğer bazı kannabinoidlerin anti-inflamatuar özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir. Bu da, kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisinde potansiyel terapötik kullanımlarını gündeme getirmiştir (84). Bununla birlikte, THC'nin bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri arasında T lenfositlerinin aktivasyonunu azaltma, sitokin üretimini değiştirme ve makrofajların fagositoz yeteneğini etkileme gibi çeşitli mekanizmalar bulunmaktadır (85). Bu nedenle, kannabis kullanan kişilerde kullanmayanlara göre enfeksiyon gelişme riski daha fazladır (86).

Endokrin Sistem Üzerine Etkileri

Kannabisin yaygın kötüye kullanımı endokrin sistem fonksiyonlarında belirgin değişikliklere yol açmaktadır. Bu etkiler hipofiz, tiroid, adrenal, testis, yumurtalık ve pankreatik β hücreleri ile osteoklastlar, osteoblastlar ve adipositlerde bulunan endojen kabinoid reseptörleri CB1 ve CB2 aracılığıyla gerçekleşmektedir (87). Kronik kabinoid maruziyeti çeşitli mekanizmalar aracılığıyla Gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) düzeylerinde azalmaya yol açmaktadır (88). Kemirgenlerde yapılan çalışmalarda, THC'nin norepinefrin ve dopamin ile uyarılan GnRH salınımını azalttığı gösterilmiştir (89, 90). Bir başka çalışmada ise, THC'nin gebeliğin erken döneminde uygulanması dozlamadan başlamasından 14 ila 18 gün sonra yüksek oranda kendiliğinden düşüklerle sonuçlanmıştır. Bu düşükler gebeliğin sonlanmasına yol açan maternal koryonik gonadotropin ve progesteron seviyelerinde hızlı bir düşüş ile ilişkilendirilmiştir (91). Bununla birlikte, CBD'nin sıçan testislerinde androjen sentezinde ihtiyaç duyulan 17α -hidroksilaz enzimini inhibe ederek testiste testosteron üretimini azalttığı gösterilmiştir (92).

Kannabis kullanımının insan cinsel işlevi üzerindeki etkileri kullanım süresine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Literatürde akut kullanımın libidoyu artırabileceği ancak kronik kullanımın erektil disfonksiyona neden olabileceği bildirilmektedir (93-96). Yapılan bir çalışmada, kannabis kullanan bireylerde hiç kullanmayanlara kıyasla daha düşük TSH (tiroid uyarıcı hormon) seviyeleri ile daha düşük tiroid peroksidaz antikorlarına sahip oldukları bulunmuştur (97). Çift kör plasebo kontrollü 16 kadını kapsayan bir çalışmada ise, 1 gram akut inhale kannabis dozu, adet döngüsünün luteal fazı sırasında plazma luteinize edici hormon (LH) seviyelerini %30 oranında baskılamıştır (98). Bununla birlikte, sağlıklı gönüllülere akut THC uygulamasının glikoz intoleransına neden olduğu bildirilmiştir (99, 100). Ayrıca, kannabis kullandığını bildiren tip 1 diyabetli hastalarda diyabetik ketoasidoz riskinin arttığı bildirilmiştir (101).

Gebelikte Kannabis Kullanımı

Gebelik sırasında kannabis kullanımı, hem anne hem de bebek sağlığı için önemli riskler taşımaktadır (102). Yapılan araştırmalar, gebelik süresince kannabis kullanımının düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği ve yeni doğan yoğun bakım ihtiyacı riskini artırdığını ortaya koymaktadır (103-106). Prenatal dönemde

kannabis maruziyetinin beyin gelişimi üzerinde olumsuz etkiler yarattığı ve uzun vadede çocuklarda bellek, algı, akıl yürütme, yürütücü işlevler, okuma ve sözel beceriler gibi nörobilişsel becerileri olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir (107). Ayrıca, gebelik döneminde cannabis kullanımı gelişmekte olan bebeğin doğuştan ve sonradan edinilen bağışıklık sistemini etkileyerek ilerleyen yaşlarda enfeksiyonlara ve kansere karşı bağışıklık mekanizmasının zayıflamasına yol açmaktadır (108).

Duyu Organları Üzerindeki Etkileri

Kannabis kullanımı, ağızda uvulanın ve damağın posterosuperior kısmında reaksiyonlara neden olabilmektedir. Kronik cannabis kullanımının oral belirtileri arasında en yaygın olarak diş eti büyümesi ve uvulitis (küçük dil iltihabı) ileri evrelerde ise oral kanser gelişme riski vardır (86, 109, 110). Bunun yanı sıra, gözlerde konjonktivadaki kan damarlarının genişlemesi sonucunda en sık rastlanan yan etki konjunktivitir. Akut anjiyoödem vakaları toksik mekanizmalara bağlı olarak bildirilmiştir. Ayrıca, ürtiker yaygın kaşıntı ve ekskore prurigo gibi cilt reaksiyonları ile tip 1 alerji (astım ve anafilaksi) vakaları da rapor edilmiştir (111).

Sonuç

Bu derlemede; cannabis kullanımı, epidemiyolojisi ve farmakolojik etkileri ele alınmıştır. Literatürdeki mevcut veriler, cannabisin özellikle merkezi sinir sistemi üzerinde ciddi etkiler gösterebildiğini ve bu etkilerin beyin fonksiyonları, duyuşsal algı ve motor koordinasyon gibi temel alanları etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, uzun süre cannabis kullanımının diğer sistemler üzerindeki olumsuz etkileri konusundaki araştırmalar da önemli bulgular sunmaktadır. Bu makalenin, ileri araştırmalara bir temel oluşturabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Bussink C, Carpentier C, Davalos L, et al. World Drug Repot 2016. New York: United Nations, 2016.
2. Shao H, Du H, Gan Q, et al. Trends of the global burden of disease attributable to cannabis use disorder in 204 countries and territories 1990–2019 Results from the Disease Burden Study. Int J Ment Health Addict. 2023; doi: 10.1007/s11469-022-00999-4..
3. Pertwee RG. Handbook of Cannabis New York: Oxford University Press, 2014.
4. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Lancet 2012; 379(9810): 55-70.
5. Gaoni Y, Mechoulam R. Isolation and structure of. DELTA.-tetrahydrocannabinol and other neutral cannabinoids from hashish. Chem Bio Eng 1971; 93(1): 217-224.
6. Erkelens JL, Hazekamp A. That which we call Indica, by any other name would smell as sweet. J Cannabis Res 2014; 9(1): 9-15.
7. ElSohly MA, Slade D. Chemical constituents of marijuana: the complex mixture of natural cannabinoids. Life Sci 2005; 78(5): 539-548.
8. ElSohly MA, Mehmedic Z, Foster S, et al. Changes in cannabis potency over the last 2 decades (1995–2014) analysis of current data in the United States. Biol. Psychiatry 2016; 79(7): 613-619.
9. Pertwee RG. Pharmacology of cannabinoid CB1 and CB2 receptors. Clin Pharmacol Ther 1997; 74(2): 129-180.
10. Gaoni Y, Mechoulam R. Isolation, structure, and partial synthesis of an active constituent of hashish. J Am Chem Soc 1964; 86(8): 1646-1647.
11. Evren C, Bozkurt M. Synthetic cannabinoids: crisis of the decade. Dusunen Adam 2013; 26(1): 1-11.
12. Jacobson R. Medical marijuana: how the evidence stacks up. Sci Am Mind 2014; 25(3): 15.
13. Hancock S, McKim W. Drugs and Behavior: An Introduction to Behavioral Pharmacology, 8th edition. New York: Pearson, 2017.
14. Abel E. Marijuana The First Twelve Thousand Years. New York: Plenum Press, 1980.
15. Heilig S. The pot book: a complete guide to Cannabis, its role in medicine, politics, science, and culture. Cogent Food Agric; 2011.
16. Goode E. Marijuana. London: Routledge; 2017.
17. Bonnie RJ, Whitebread C. The Marijuana Conviction: A History of Marijuana Prohibition in the United States. Sarasota, FL: Book World, 1999.

18. Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, et al. Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction* 2002; 97(2): 187-194.
19. Agrawal A, Rogers CE, Lessov CN, et al. Alcohol, cigarette, and cannabis use between 2002 and 2016 in pregnant women from a nationally representative sample. *JAMA Pediatr* 2019; 173(1): 95-96.
20. Hall WD. The contribution of research to the development of a national cannabis policy in Australia. *Addiction* 2008; 103(5): 712-720.
21. Hall W, Stjepanović D, Caulkins J, et al. Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *Lancet* 2019; 394(10208): 1580-1590.
22. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Avrupa Uyuşturucu Raporu 2023. <https://www.emcdda.europa.eu/news/2023>. (Accessed 10.06.2024).
23. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Drug Report:Trends and Developments; 2023. <https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023> (Accessed 10.06.2024).
24. Kračmarová L, Klusoňová H, Petrelli F, Grappasonni I. Tobacco, alcohol and illegal substances: experiences and attitudes among Italian university students. *Rev Assoc Med Bras* (1992) 2011; 57(5): 523-528.
25. Majid Z, Mehdi Z, Sheen AI, Karim Z, et al. Prevalence of addiction in university students of asia. *Journal of Society of Prevention, Advocacy and Research* 2023; 2(1).
26. Yaman ÖM. Türkiye'de Gençlik ve Bağımlılık: Bibliyometrik ve Tematik Bir Araştırma (1910-2020), 1.Baskı. İstanbul: Dem Matbaası, 2021.
27. Özer ÖA. Ortaöğrenim Öğrencilerinin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikler. Uzmanlık tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1991.
28. Güner B. Üniversite öğrencilerinde uyuşturucu madde kullanım alışkanlıkları ve yaygınlığı: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Örneği. *ADUSOBED* 2019; 6(2): 81-95.
29. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri* 2005; 1(47): 61-64.
30. Ögel K, Aksoy A. Tutuklu ve hükümlü ergenlerde madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8(1): 11-17.
31. Karch SB. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Abused Drugs. Boca Raton, FL: CRC Press, 2007.
32. Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet* 2003; 42(4): 327-360.
33. WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural And Neurodevelopmental Disorders. Geneva: World Health Organization, 2024.
34. Murphy L, Bartke A. Marijuana/Cannabinoids: Boca Raton, FL: CRC Press; 1992.
35. Iseger TA, Bossong MG. A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. *Schizophr Res* 2015; 162(1-3): 153-161.
36. Cooper R. Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. New York: Routledge, 2018.
37. Livne O, Shmulewitz D, Lev-Ran S, Hasin DS. DSM-5 cannabis withdrawal syndrome: demographic and clinical correlates in US adults. *Drug Alcohol Depend* 2019; 195: 170-177.
38. Leweke FM, Koethe D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addict Biol* 2008; 13(2): 264-275.
39. Reilly D, Didcott P, Swift W, Hall W. Long-term cannabis use: characteristics of users in an Australian rural area. *Addiction* 1998; 93(6): 837-846.
40. Ozaki S, Wada K. Amotivational syndrome in organic solvent abusers. *Nihon Yakurigaku Zasshi* 2001; 117(1): 42-48.
41. Rovai L, Maremmanni AGI, Pacini M, Pani PP, Rugani F, Lamanna F, et al. Negative dimension in psychiatry. Amotivational syndrome as a paradigm of negative symptoms in substance abuse. *Riv Psichiatr* 2013; 48(1): 1-9.
42. Ohlsson A, Lindgren JE, Wahlen A, et al. Plasma delta-9-tetrahydrocannabinol concentrations and clinical effects after oral and intravenous administration and smoking. *Clin Pharmacol Ther* 1980; 28(3): 409-416.
43. Lindgren J-E, Ohlsson A, Agurell S, et al. Clinical effects and plasma levels of Δ 9-tetrahydrocannabinol (Δ 9-THC) in heavy and light users of cannabis. *Psychopharmacology (Berl)* 1981; 74(3): 208-212.
44. Azorlosa JL, Heishman SJ, Stitzer ML, Mahaffey JM. Marijuana smoking: effect of varying delta 9-tetrahydrocannabinol content and number of puffs. *J Pharmacol Exp Ther* 1992; 261(1): 114-122.
45. Brenneisen R, Egli A, Elsohly M, et al. The effect of orally and rectally administered delta 9-tetrahydrocannabinol on spasticity: a pilot study with 2 patients. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1996; 34(10): 446-452.
46. Kelly P, Jones RT. Metabolism of tetrahydrocannabinol in frequent and infrequent marijuana users. *J Anal Toxicol* 1992; 16(4): 228-235.

47. Brick J, Erickson CK. *Drugs, The Brain, and Behavior: The Pharmacology of Abuse and Dependence*: Philadelphia, PA: Haworth Press, 1998.
48. Adams IB, Martin BR. Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction* 1996; 91(11): 1585-1614.
49. Musshoff F, Madea B. Review of biologic matrices (urine, blood, hair) as indicators of recent or ongoing cannabis use. *Ther Drug Monit* 2006; 28(2): 155-163.
50. Huestis MA, Henningfield JE, Cone EJ. Blood cannabinoids. I. Absorption of THC and formation of 11-OH-THC and THCCOOH during and after smoking marijuana. *J Anal Toxicol* 1992; 16(5): 276-282.
51. Halldin M, Widman M, Bahr C, et al. Identification of in vitro metabolites of delta 1-tetrahydrocannabinol formed by human livers. *Drug Metab Dispos* 1982; 10(4): 297-301.
52. Bloomfield MA, Hindocha C, Green SF, et al. The neuropsychopharmacology of cannabis: A review of human imaging studies. *Pharmacol Ther* 2019; 195: 132-161.
53. Castillo PE, Younts TJ, Chávez AE, Hashimoto Y. Endocannabinoid signaling and synaptic function. *Neuron* 2012; 76(1): 70-81.
54. Howlett AC, Barth F, Bonner T, et al. International Union of Pharmacology. XXVII. Classification of cannabinoid receptors. *Pharmacol Rev* 2002; 54(2): 161-202.
55. Ameri A. The effects of cannabinoids on the brain. *Prog Neurobiol* 1999; 58(4): 315-348.
56. Munro S, Thomas KL, Abu-Shaar M. Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature* 1993; 365(6441): 61-65.
57. Kleber HD, Anton RF, George TP, et al. Treatment of patients with substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164(4): 3-123.
58. Hillard C, Harris R, Bloom A. Effects of the cannabinoids on physical properties of brain membranes and phospholipid vesicles: fluorescence studies. *J Pharmacol Exp Ther* 1985; 232(3): 579-588.
59. Pertwee R. The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: Δ^9 -tetrahydrocannabinol, cannabidiol and Δ^9 -tetrahydrocannabivarin. *Br J Pharmacol* 2008; 153(2): 199-215.
60. Chye Y, Suo C, Lorenzetti V, et al. Cortical surface morphology in long-term cannabis users: A multi-site MRI study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019; 29(2): 257-265.
61. Scott JC, Rosen AF, Moore TM, et al. Cannabis use in youth is associated with limited alterations in brain structure. *Neuropsychopharmacology* 2019; 44(8): 1362-1369.
62. Lorenzetti V, Chye Y, Silva P, et al. Does regular cannabis use affect neuroanatomy? An updated systematic review and meta-analysis of structural neuroimaging studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 269: 59-71.
63. Tsou K, Mackie K, Sanudo-Pena M, Walker J. Cannabinoid CB1 receptors are localized primarily on cholecystokinin-containing GABAergic interneurons in the rat hippocampal formation. *Neuroscience* 1999; 93(3): 969-975.
64. Katona I, Urbán GM, Wallace M, et al. Molecular composition of the endocannabinoid system at glutamatergic synapses. *J Neurosci* 2006; 26(21): 5628-5637.
65. Hájos N, Katona I, Naiem S, et al. Cannabinoids inhibit hippocampal GABAergic transmission and network oscillations. *Eur J Neurosci* 2000; 12(9): 3239-3249.
66. Robbe D, Montgomery SM, Thome A, et al. Cannabinoids reveal importance of spike timing coordination in hippocampal function. *Nat Neurosci* 2006; 9(12): 1526-33.
67. Roser P, Della B, Norra C, et al. Auditory mismatch negativity deficits in long-term heavy cannabis users. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260: 491-498.
68. Chopra GS, Smith JW. Psychotic reactions following cannabis use in East Indians. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30(1): 24-27.
69. Vaessen TSJ, De Jong L, Schäfer AT, et al. The interaction between cannabis use and the Val158Met polymorphism of the COMT gene in psychosis: A transdiagnostic meta-analysis. *PLoS One* 2018; 13(2): e0192658.
70. Phan KL, Angstadt M, Golden J, et al. Cannabinoid modulation of amygdala reactivity to social signals of threat in humans. *J Neurosci* 2008; 28(10): 2313-2319.
71. Fusar-Poli P. Distinct effects of Δ^9 -tetrahydrocannabinol and cannabidiol on neural activation during emotional processing. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 24(S1): 1-1.
72. Gruber SA, Rogowska J, Yurgelun-Todd DA. Altered affective response in marijuana smokers: an fMRI study. *Drug Alcohol Depend* 2009; 105(1-2): 139-153.
73. Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, et al. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007; 167(3): 221-228.

74. Lee MH, Hancox RJ. Effects of smoking cannabis on lung function. *Expert Rev Respir Med* 2011;5(4):537-547.
75. Taylor DR, Poulton R, Moffitt TE, et al. The respiratory effects of cannabis dependence in young adults. *Addiction* 2000; 95(11): 1669-1677.
76. Aldington S, Williams M, Nowitz M, et al. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 2007; 62(12): 1058-1063.
77. Fligiel SE, Roth MD, Kleerup EC, et al. Tracheobronchial histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana, and/or tobacco. *Chest* 1997; 112(2): 319-326.
78. Pratap B, Korniyenko A. Toxic effects of marijuana on the cardiovascular system. *Cardiovasc Toxicol* 2012; 12: 143-8.
79. Jones RT. Cardiovascular system effects of marijuana. *J Clin Pharmacol* 2002; 42(1): 58-63.
80. Reece AS. Chronic toxicology of cannabis. *Clin Toxicol (Phila)* 2009; 47(6): 517-524.
81. Nawrot TS, Perez L, Kunzli N, et al. Public health importance of triggers of myocardial infarction: a comparative risk assessment. *Lancet* 2011; 377(9767): 732-740.
82. Rumalla K, Reddy AY, Mittal MK. Recreational marijuana use and acute ischemic stroke: a population-based analysis of hospitalized patients in the United States. *J Neurol Sci* 2016; 364: 191-196.
83. Klein TW, Newton C, Larsen K, et al. The cannabinoid system and immune modulation. *J Leukoc Biol* 2003; 74(4): 486-496.
84. Nichols JM, Kaplan BL. Immune responses regulated by cannabidiol. *Cannabis Cannabinoid Res* 2020; 5(1): 12-31.
85. Cabral GA, Staab A. Effects on the immune system. *Handb Exp Pharmacol* 2005; (168): 385-423.
86. Cho C, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dent J* 2005; 50(2): 70-74.
87. Meah F, Lundholm M, Emanuele N, Amjed H, Poku C, Agrawal L, et al. The effects of cannabis and cannabinoids on the endocrine system. *Rev Endocr Metab Disord* 2022; 23(3): 401-420.
88. Steger RW, Murphy LL, Bartke A, Smith MS. Effects of psychoactive and nonpsychoactive cannabinoids on the hypothalamic-pituitary axis of the adult male rat. *Pharmacol Biochem Behav* 1990; 37(2): 299-302.
89. Murphy LL, Steger RW, Smith S, Bartke A. Effects of delta-9-tetrahydrocannabinol, cannabinol and cannabidiol, alone and in combinations, on luteinizing hormone and prolactin release and on hypothalamic neurotransmitters in the male rat. *Neuroendocrinology* 1990; 52(4): 316-321.
90. Rettori V, Aguila MC, Gimeno MF, et al. In vitro effect of delta 9-tetrahydrocannabinol to stimulate somatostatin release and block that of luteinizing hormone-releasing hormone by suppression of the release of prostaglandin E2. *Proc Natl Acad Sci USA* 1990; 87(24): 10063-10066.
91. Brents LK. Marijuana, the endocannabinoid system and the female reproductive system. *Yale J Biol Med*. 2016; 89(2): 175-191.
92. Carvalho RK, Andersen ML, Mazaro-Costa R. The effects of cannabidiol on male reproductive system: A literature review. *J Appl Toxicol* 2020; 40(1): 132-150.
93. Du Plessis SS, Agarwal A, Syriac A. Marijuana, phytocannabinoids, the endocannabinoid system, and male fertility. *J Assist Reprod Genet* 2015; 32(11): 1575-1588.
94. Shamloul R, Bella AJ. Impact of cannabis use on male sexual health. *J Sex Med* 2011; 8(4): 971-975.
95. Chopra GS, Jandu BS. Psychoclinical effects of long-term marijuana use in 275 Indian chronic users. A comparative assessment of effects in Indian and USA users. *Ann N Y Acad Sci* 1976; 282(1): 95-108.
96. Tart CT. Marijuana intoxication: common experiences. *Nature* 1970; 226(5247): 701-704.
97. Malhotra S, Heptulla RA, Homel P, Motaghedi R. Effect of marijuana use on thyroid function and autoimmunity. *Thyroid* 2017; 27(2): 167-173.
98. Mendelson JH, Mello NK, Ellingboe J, et al. Marijuana smoking suppresses luteinizing hormone in women. *J Pharmacol Exp Ther* 1986; 237(3): 862-6.
99. Hollister LE, Reaven GM. Delta-9-tetrahydrocannabinol and glucose tolerance. *Clin Pharmacol Ther* 1974; 16(2): 297-302.
100. Podolsky S, Pattavina CG, Amaral MA. Effect of marijuana on the glucose-tolerance test. *Ann N Y Acad Sci* 1971; 191(1): 54-60.
101. Akturk HK, Taylor DD, Camsari UM, et al. Association between cannabis use and risk for diabetic ketoacidosis in adults with type 1 diabetes. *JAMA Intern Med* 2019; 179(1): 115-118.
102. Hayatbakhsh MR, Flenady VJ, Gibbons KS, et al. Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. *Pediatr Res* 2012; 71(2): 215-219.
103. Gunn J, Rosales C, Center K, et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016; 6(4): 009986.

104. Gray KA, Day NL, Leech S, Richardson GA. Prenatal marijuana exposure: effect on child depressive symptoms at ten years of age. *Neurotoxicol Teratol* 2005; 27(3): 439-448.
105. Karila L, Cazas O, Danel T, Reynaud M. Short-and long-term consequences of prenatal exposure to cannabis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006; 35(1): 62-70.
106. Jaques S, Kingsbury A, Henshcke P, et al. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *J Perinatol* 2014; 34(6): 417-424.
107. Alpár A, Di Marzo V, Harkany T. At the tip of an iceberg: prenatal marijuana and its possible relation to neuropsychiatric outcome in the offspring. *Biol Psychiatry* 2016; 79(7): 33-45.
108. Dong C, Chen J, Harrington A, et al. Cannabinoid exposure during pregnancy and its impact on immune function. *Cell Mol Life Sci* 2019; 76(4): 729-743.
109. Rawal SY, Tatakis DN, Tipton D. Periodontal and oral manifestations of marijuana use. *J Tenn Dent Assoc* 2012; 92(2): 26-31.
110. Xie M, Gupta MK, Archibald SD, et al. Marijuana and head and neck cancer: an epidemiological review. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2018; 47(1): 73.
111. Tennstedt D, Saint-Remy A. Cannabis and skin diseases. *Eur J Dermatol* 2011; 21(1): 5-11.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was not required for this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Çözüm Odaklı Terapinin Psikososyal Sorunların Azaltılmasına Etkisi: Sistematiik Derleme

The Effect of Solution Focused Therapy on Reducing Psychosocial Problems in Patients with Substance Use Disorder: Systematic Review

Şeyma Erkuş ¹, Elçin Babaoğlu ²

1. Mudanya Üniversitesi, Bursa

2. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

Abstract

This systematic review aims to assess the impact of solution-focused therapy (SFT) on mitigating psychosocial issues among patients with substance use disorder. A comprehensive literature search was conducted using databases including PsycInfo, SpringerLink, Cochrane, PubMed, ProQuest, Science Direct, Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD), and ULAKBİM. Articles published within the past decade in English were included, with search terms comprising "substance use disorder," "solution-focused therapy," and related combinations. After screening titles and abstracts, eight studies—four randomized controlled trials and four non-randomized studies—met the inclusion criteria and were included in the review. Findings suggest that SFT has a beneficial effect on reducing psychosocial challenges in substance use disorder patients. SFT demonstrated efficacy in alleviating symptom distress, interpersonal relationship issues, social role dysfunction, impulsivity, well-being deficits, and addiction-related symptoms. Additionally, it was found to support recovery processes, enhance self-efficacy, foster an internal locus of control, and reduce trauma and anxiety symptoms. SFT was administered in individual or group formats, with session durations ranging from 30 to 90 minutes, delivered either twice weekly or biweekly over 1 to 12 sessions. Subjective measures assessing psychosocial outcomes were predominantly used across studies to evaluate the impact of SFT. The review highlights the need for more randomized controlled trials to further validate the effectiveness of SFT in this population.

Keywords: Substance use disorder, solution focused therapy, psychosocial problem, systematic review

Öz

Bu sistematiik derlemenin amacı madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikososyal sorunların azaltılması üzerine çözüm odaklı terapinin (ÇOT) etkisini incelemektir. Literatür taraması "PsycInfo, SpringerLink, Cochrane, PubMed, ProQuest, Science Direct, Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD), ULAKBİM" veri tabanlarında, son 10 yılda yayınlanmış, İngilizce dilinde, "substance use disorder", "solution focused therapy" anahtar kelimeleri ve kombinasyonları kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaların başlık ve özetleri incelenmiş ve dahil etme kriterlerini karşılayan 4'ü randomize kontrollü ve 4'ü nonrandomize çalışma olmak üzere 8 çalışma sistematiik derlemeye dahil edilmiştir. Sistematiik derlemenin sonucunda ÇOT'un madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikososyal sorunları azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. ÇOT madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda semptom sıkıntısı, kişiler arası ilişki sorunları, sosyal rol bozukluğu, dürtüsel davranışlar, iyilik hali, iyileşme süreci, öz yeterlik, iç kontrol odağı, travma belirtileri, anksiyete ve bağımlılıkla ilişkili sorunlar üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda çözüm odaklı terapinin bireysel ya da grup terapisi şeklinde, 30-90 dakika arasında, haftada 2 kez ya da 2 haftada 1 kez ve 1-12 seans arasında uygulandığı belirlenmiştir. ÇOT etkisini değerlendirmek için psikososyal sorunları değerlendiren subjektif ölçüm araçlarının kullanıldığı görülmüştür. ÇOT'un madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikososyal sorunları azaltmaya etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların artırılması önerilmektedir

Anahtar kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, çözüm odaklı terapi, psikososyal sorun, sistematiik derleme

Correspondence / Yazışma Adresi: Şeyma Erkuş, Mudanya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Mudanya, Türkiye
E-mail: seyma.erkus@mudanya.edu.tr

Received /Gönderilme tarihi: 07.07.2024 **Accepted /Kabul tarihi:** 29.10.2024

Giriş

Madde kullanım bozukluğu, bireyin madde kullanımından kaynaklanan sorunlar yaşaması ve buna rağmen madde kullanımına devam etmesi ile ilişkili ruhsal, bilişsel, davranışsal belirtilerin meydana gelmesidir (1). Madde kullanım bozukluğu dünya çapında sosyal, psikolojik, biyolojik ve ekonomik boyutlarıyla halk sağlığını tehdit eden ciddi bir problemdir (2-4). Dünya nüfusunda 15-64 yaş arası bireylerde madde kullanımının 2011 yılında 240 milyon iken 2021 yılında %23 oranında bir artış göstererek 296 milyona yükseldiği bildirilmiştir (5). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin 2023 yılında yayınladığı bir raporda, 2021 yılı içerisinde 36 milyon kişinin amfetamin, 22 milyon kişinin kokain ve 20 milyon kişinin ekstazi türü madde kullandığı bildirilmiştir. Esrar kullanımının 2021 yılında yetişkin nüfusun %4,3'üne karşılık gelen, 219 milyon kişi tarafından kullanıldığı ve dünya çapında en çok kullanılan uyuşturucu madde olduğu belirtilmiştir. Yayımlanan raporda opioidlerin kötüye kullanım nedeniyle öldürme riski en yüksek madde olduğu ifade edilmiştir. Opioidlerin 2019 yılında madde kullanım bozukluklarının neden olduğu ölümlerin yaklaşık %70'inden sorumlu olduğu belirtilmiştir (5). Madde kullanımı dünyada olduğu gibi ülkemizde de öncelikli bir toplum sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir (6). Türkiye'de 26 ilde toplam 42.754 kişi ile gerçekleştirilen bir çalışmada madde kullanımının yaşam boyu görülme sıklığının %3,1 olduğu tespit edilmiştir (7). Ülkemizde 2022 yılında 18.187 kişinin madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gördüğü bildirilmiştir. Yayımlanan raporda ülkemizde 2022 yılında uyuşturucu madde ile mücadele alanında yapılan kamu harcamalarının 2021 yılına kıyasla yaklaşık %82,2 oranında bir artış gösterdiği ifade edilmiştir (8).

Madde kullanım bozukluğu, madde yoksunluğu, madde intoksikasyonu ve maddeye bağlı diğer bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (9). Madde kullanımı olan bireylerde eş zamanlı olarak ruh sağlığı problemleri görülme sıklığının %56-60 olduğu tespit edilmiştir (10). Komorbidite nedeniyle hastaneye yatış sıklığı artmaktadır (11). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde özellikle anksiyete ve depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmiştir (12,13). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %72'sinin şiddetli düzeyde depresyon belirtileri ve %80'inin yüksek ve orta düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği saptanmıştır (14). Madde kullanım bozukluğu psikiyatrik ve psikolojik sorunlardan başka maddi kayıp yaşama, sosyal ilişkilerde bozulma, damgalanmaya maruz kalma, eğitim hayatı ve aile hayatının kötüleşmesi gibi psikososyal boyutlarda çok sayıda sorunlara neden olmaktadır (3). Tanhan ve Mukba (2014) tarafından yapılan çalışmada madde kullanım bozukluğunun anksiyete ve depresyon problemleri, kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama, bağımlı ilişkiler kurma, içe çekilme, duygularını ifade edememe ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (15).

Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde farmakoterapi, psikososyal tedavi, psikolojik danışmanlık ve rehabilitasyon tedavisi yer almaktadır (9). Madde kullanım bozukluğunda bireyin sosyal işlevselliğini iyileştirmek, yaşam kalitesini arttırmak, relapsları ve yeniden hastaneye yatmasını önlemek amacıyla psikososyal tedavi yaklaşımları önemli rol oynamaktadır (16). Çözüm odaklı terapi de madde kullanım bozukluğunda psikososyal sorunları çözmek amacıyla uygulanan kısa süreli psikoterapilerden biridir. Çözüm odaklı terapide bireyin yaşamındaki kendi belirlediği sorunlarına dair hedefler tanımlanır ve hedeflerinin peşinden gitmesi için kendi çözümlerini geliştirmesine yardımcı olunur. Terapist ayrıca bireyin sorun olarak tanımladığı durumlar olmasaydı hayatlarının nasıl farklı olacağını hayal etmelerine yardımcı olacak sorular sorar. Kendi belirlediği hedeflere ve istenilen geleceğe odaklanmak, bireyin madde kullanımının yaşamak istedikleri hayatı nasıl engellediğini keşfetmesine yardımcı olur (17).

Madde kullanım bozukluğuna yönelik psikososyal müdahaleleri uygulama açısından ruh sağlığı profesyonellerinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sistematik derlemeden elde edilecek sonuçların, madde kullanım bozukluğu tedavisi uygulanan bireylerde psikososyal sorunların azaltılmasına yönelik çözüm odaklı terapi temelli müdahalelerin yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu derlemenin amacı, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikososyal sorunların azaltılması üzerine çözüm odaklı terapinin etkisini incelemektir. Bu bağlamda Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikososyal sorunları azaltmada çözüm odaklı terapi etkililiği, terapilerin nasıl uygulandığı, seans süresi, hangi sıklıkta kaç seans uygulandığı, etkisinin hangi ölçüm aracı kullanılarak değerlendirildiği araştırılmıştır.

Yöntem

Araştırma Tasarım ve Stratejisi

Bu sistematik derleme, Cochrane kılavuzu 6.4.0 ve PRISMA 2020 kılavuzu kullanılarak hazırlanmış ve raporlanmıştır (18,19). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde psikososyal sorunların azaltılması üzerine çözüm odaklı terapinin etkisini belirlemek için "PsycInfo, SpringerLink, Cochrane, PubMed, ProQuest, Science Direct, Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD), ULAKBİM" veri tabanlarında Mayıs-Haziran 2024 tarihleri arasında İngilizce dilinde taranmıştır. Taramada "substance use disorder", "solution focused therapy" anahtar kelimeleri ve kombinasyonları kullanılmıştır. Tarama yapılırken kullanılan anahtar kelimeler MeSH terimleri ile belirlenmiş ve Boolean (AND / OR) operatörleri kullanılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Tarama stratejisi ve kullanılan anahtar sözcükler

(substance use disorder OR drug use disorder OR opioid use disorder OR cannabis use disorder OR cocaine use disorder OR alcohol use disorder OR heroin use disorder OR substance-related disorders OR substance abuse OR drug abuse OR opioid abuse OR cannabis abuse OR cocaine abuse OR alcohol abuse OR heroin abuse OR substance misuse OR drug misuse OR opioid misuse OR cannabis misuse OR cocaine misuse OR alcohol misuse OR heroin misuse OR substance dependence OR drug dependence OR opioid dependence OR cannabis dependence OR cocaine dependence OR alcohol dependence OR heroin dependence OR substance addiction OR drug addiction OR opioid addiction OR cannabis addiction OR cocaine addiction OR alcohol addiction OR heroin addiction) AND (solution focused therapy OR solution-oriented therapy OR solution focused brief therapy OR solution-oriented brief therapy OR solution focused short-term therapy OR solution-oriented short-term therapy OR solution focused OR solution-oriented)

Derlemenin dahil etme ve dışlama ölçütleri PICOS yöntemine göre tanımlanmıştır. PICOS; katılımcılar (P: Population), müdahaleler (I: Intervention), karşılaştırma grupları (C: Comparison), sonuçlar (O: Outcome) ve çalışma dizaynı (S: Study Design) başlıklarından oluşmaktadır (18).

Dahil Etme Kriterleri

P: Madde kullanım bozukluğu olan bireyler üzerinde yapılan çalışmalar

I: Çözüm odaklı terapi yöntemi uygulanan çalışmalar

C: Rutin tedavi veya farklı bir yöntemle karşılaştırmanın yapıldığı çalışmalar

O: Psikososyal sorunların azaltılmasına ilişkin sonuçların incelendiği çalışmalar

S: Randomize kontrollü veya nonrandomize çalışmalar

Diğer dahil etme kriterleri: çalışmaların 2015-2024 yılları arasında (son 10 yılda) yayınlanmış olması ve çalışmaların tam metnine ulaşılabilir olmasıdır.

Hariç Tutma Kriterleri

P: Madde kullanım bozukluğu olmayan bireyler üzerinde yapılan çalışmalar

I: Çözüm odaklı terapi yöntemi uygulanmayan çalışmalar

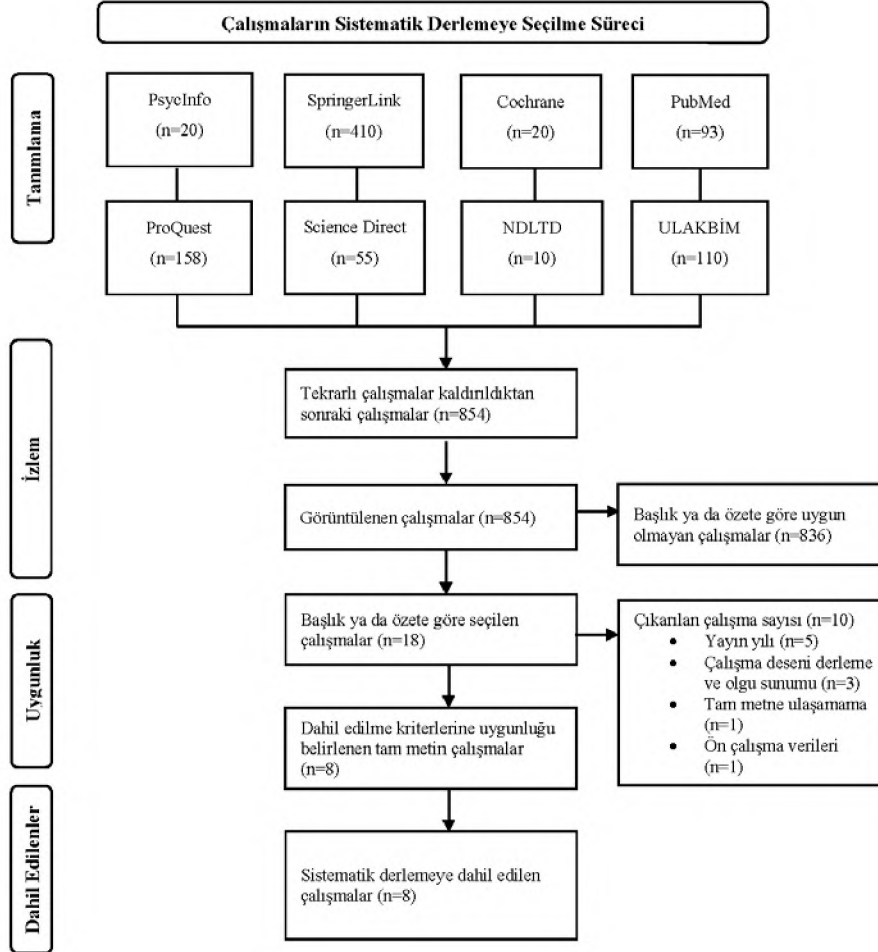
C: Rutin tedavi veya farklı bir yöntemle karşılaştırmanın yapılmadığı çalışmalar

O: Psikososyal sorunların azaltılmasına ilişkin sonuçların incelenmediği çalışmalar

S: Olgu sunumları, derleme, editör yorumları, özetler ve rapor niteliğindeki çalışmalar

Son 10 yılda yayınlanmamış ve tam metnine ulaşılamayan çalışmalar araştırmadan hariç tutulmuştur.

Tarama sonucunda 876 araştırmaya ulaşılmıştır. Öncelikle tekrarlanan araştırmalar elenmiş ve 854 araştırma başlıklar ve özetlerine göre incelenmiştir. Ardından başlık ve özete uygun olmayan 836 araştırma çıkarılmıştır. Başlık ve özete uygun olan 18 araştırma dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre incelenmiştir. Beş çalışma yayın yılı olarak on yıldan fazla bir süre önce yayınlandığı, 3 çalışma derleme ve olgu sunumu olması nedeniyle çalışma desenine uymadığı, 1 çalışma tam metnine ulaşamadığı ve diğer 1 çalışmada incelemeye alınan araştırmalardan birinin ön araştırması olduğu ve daha az sayıdaki aynı örnekleme uygulandığı için sistematik derlemeye dahil edilmemiştir. Son aşamada 8 çalışma, dahil etme kriterlerini karşıladığından sistematik derlemeye dahil edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. PRISMA 2020'ye göre hazırlanan çalışma seçimi akış şeması

Tablo 2. Randomize kontrollü çalışmaların yanlılık riski değerlendirilmesi

	Randomizasyon şekli	Randomizasyon bilgisini gizleme	Personeli ve katılımcıları körleme	Sonuç değerlendirmede körleme	Tamamlanmayan sonuç verileri	Seçmeli raporlama	Diğer yanlılıklar
Lakthong (2017)	+	+	?	+	+	+	+
Ali (2018)	?	?	?	+	+	+	+
Kim ve ark. (2021)	+	+	+	+	+	+	+
Dineva (2020)	+	+	?	+	+	+	+

(düşük risk: +, belirsiz risk: ?, yüksek risk: -)

Yanlılık Riskinin Değerlendirilmesi

Sistematiik derlemeye dahil edilen 8 çalışmadan 4'ü randomize kontrollü çalışma olup, bu araştırmaların yanlılık riski değerlendirmesi, 2 araştırmacı tarafından Cochrane yanlılık riski değerlendirme aracı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaların yanlılık riski "düşük", "belirsiz" ve "yüksek" şeklinde 3 düzeyde değerlendirilmektedir (20).

Cochrane yanlılık riski ölçütleri;

1. Randomizasyon şekli: seçim yanlılığı
2. Randomizasyon bilgisini gizleme: seçim yanlılığı
3. Personeli ve katılımcıları körleme: performans yanlılığı
4. Sonuç değerlendirmede körleme: belirleme yanlılığı
5. Tamamlanmayan sonuç verileri: kayıp yanlılığı
6. Seçmeli raporlama: raporlama yanlılığı
7. Diğer yanlılıklar

Randomizasyon şekli ve randomizasyon bilgisini gizleme bir çalışmada belirsiz risk, diğer tüm çalışmalarda düşük yanlılık olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıları ve personeli körleme bir çalışma hariç, diğer tüm çalışmalarda belirsiz risk olarak değerlendirilmiştir. Kayıp yanlılığı, sonuç değerlendirmede körleme, seçmeli raporlama ve diğer yanlılıklar tüm çalışmalarda düşük yanlılık olarak değerlendirilmiştir (Tablo 2).

Sistematiik değerlendirmeye dahil edilen diğer 4 çalışma nonrandomize kontrollü çalışma olup, bu alışmalar Joanna Briggs Enstitüsü'nün nonrandomize deneysel çalışmaları değerlendirme aracına göre incelenmiştir. Bu değerlendirme aracı, çalışmaların yanlılık riskini değerlendiren 9 sorudan oluşmaktadır. Çalışmalarda cevaplar "evet", "hayır", "belirsiz" ve "uygulanamaz" olmak üzere 4 düzeyde değerlendirilmektedir (21).

Tablo 3. Nonrandomize çalışmaların yanlılık riski değerlendirilmesi

	de Paula Araujo ve ark. (2024)	Yokotani ve Tamura (2015)	Gonzalez Suitt ve ark. (2019)	Sabri ve ark. (2017)
Çalışmada "etki"nin ve "neden"in ne olduğu açıkça belirtilmiş mi?	+	+	+	+
Katılımcılar, benzer karşılaştırmalara dahil edilmiş mi?	+	+	+	+
Katılımcılar, araştırmadaki müdahalenin haricinde benzer bakım/tedavi almaya dahil edilmiş mi?	+	+	+	+
Kontrol grubu var mı?	+	+	-	-
Müdahale öncesinin ve sonrasının sonuçlarına ilişkin çoklu ölçümler yapılmış mı?	+	+	+	+
Gruplar arasındaki farklılığın sebebi açık bir şekilde belirtilmiş ve analiz edilmiş mi?	+	+	+	+
Katılımcıların, sonuçları aynı şekilde ölçülen kontrol grubuna dahil edilmiş mi?	+	+	+	+
Güvenilir bir yol kullanılarak sonuçlar ölçülmüş mü?	+	+	+	+
Uygun istatistiksel analizler yapılmış mı?	+	+	+	+

(Evet: +, hayır: -, belirsiz: ?, uygulanamaz: u)

Joanna Briggs Enstitüsü değerlendirmeye soruları;

1. Çalışmada “etki”nin ve “neden”in ne olduğu açıkça belirtilmiş mi?
2. Katılımcılar, benzer karşılaştırmalara dahil edilmiş mi?
3. Katılımcılar, araştırmadaki müdahalenin haricinde benzer bakım/tedavi almaya dahil edilmiş mi?
4. Kontrol grubu var mı?
5. Müdahale öncesinin ve sonrasının sonuçlarına ilişkin çoklu ölçümler yapılmış mı?
6. Gruplar arasındaki farklılığın sebebi açık bir şekilde belirtilmiş ve analiz edilmiş mi?
7. Katılımcıların, sonuçları aynı şekilde ölçülen kontrol grubuna dahil edilmiş mi?
8. Güvenilir bir yol kullanılarak sonuçlar ölçülmüş mü?
9. Uygun istatistiksel analizler yapılmış mı?

Çalışmalarda tüm sorular evet olarak değerlendirilmiş ve çalışmaların yanlılık riski olmadığı şeklinde değerlendirilmiştir. Bir çalışma tek denekli yarı deneysel çalışma (22) ve bir çalışma ise ön test - son test tasarımı çalışması (23) olduğundan kontrol grubu sorusu hayır olarak işaretlenmiştir (Tablo 3).

Bulgular

Tablo 4. Sistematiğe derlemeye dahil edilen Çözüm odaklı terapilerle ilgili randomize çalışmaların özellikleri

Yazar, yayın yılı ve ülke	Amaç	Örneklem	Girişim	Süresi, sıklığı ve seans sayısı	Ölçüm aracı	Sonuç
Lakthong, 2017, Tayland	Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda çözüm odaklı grup terapilerinin iyileşme sürecine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.	18-24 yaş arası, erkek, 34 hasta Deney grubu: 17 Kontrol grubu: 17	Deney grubuna başlangıç, çalışma ve sonlandırma aşamalarından oluşan çözüm odaklı terapi oturumları uygulanmıştır. Kontrol grubuna olağan tedavi programı (madde kullanım bozukluğu ve nüksü önlemeye yönelik eğitim ve grup faaliyetleri gibi) uygulanmıştır.	Süre: 60-90 dk Sıklık: Haftada 1 kez Seans Sayısı: 6	Sonuçların değerlendirilmesinde İyileşme Süreci Envanteri (RPI) kullanılmış ve uyuşturucu idrar testi yapılmıştır. Ölçüm araçları; müdahale öncesinde, sonrasında ve takip aşamasında (10. haftada) uygulanmıştır.	Çözüm odaklı terapinin madde kullanım bozukluğu olan hastaların iyileşme süreci üzerinde ve iyileşmenin başkalarıyla ilişki kurma, güven ve amaç, başkalarının bakımı ve yardımı alt boyutları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.
Ali, 2018, Hindistan	Alkol bağımlılığı olan hastalarda çözüm odaklı terapinin alkolün sonuçları (semptom sıkıntısı, kişiler arası ilişki sorunları, sosyal rol bozukluğu), öz yeterlik, kontrol odağı, aşırma ve içme motivasyonu	18-50 yaş arası, erkek, 20 hasta Deney grubu: 10 Kontrol grubu: 10	Detoksifikasyonun ardından Klinik Enstitü Alkolü Bırakma Değerlendirmesi (CIWA-Ar) puanı 8'den düşük olanlar araştırmaya alınmıştır. İlaç tedavisine ek olarak deney grubundaki hastalara çözüm odaklı terapi oturumları, kontrol	Süre: 45-60 dk Sıklık: Haftada 2 kez Seans Sayısı: 5	Sonuçların değerlendirilmesinde Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği (SADQ), Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GSS-H), Sonuç Ölçeği (OQ), Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (LCS), İçme Motivasyonu Ölçeği (DMQ) ve Penn Alkol	Çözüm odaklı terapinin alkol bağımlılığı olan hastaların semptom sıkıntısı, aşırma ve içme motivasyonu, kişiler arası ilişki sorunları, sosyal rol bozukluğunun azalması üzerinde ve öz yeterlik, iç

	üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.		grubundaki hastalara psikoeğitim uygulanmıştır.		Aşerme Ölçeği (PACS) kullanılmıştır. Ölçüm araçları; müdahale öncesinde, sonrasında ve takip aşamasında (5. haftada) uygulanmıştır.	kontrol odağının artması üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.
Kim, Brook ve Akin, 2021, ABD	Madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerde çözüm odaklı terapinin bağımlılık ve travma belirtileri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.	Büyük ölçekli bir araştırma projesinin parçası olarak; 18 yaş ve üzeri, madde kullanımı olan ve çocuğu devlet kurumunda koruma altına alınan 179 birey Deney grubu: 90 Kontrol grubu: 89	Uygulayıcılara uluslararası alanda tanınan çözüm odaklı terapistler tarafından eğitim verilmiş, çalışma başlamadan önce çözüm odaklı terapi sadakat ölçeğini doldurmaları istenmiş ve çalışma boyunca süpervizyon verilmiştir. Deney grubundaki bireylere çözüm odaklı terapi seansları, kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğuna bilişsel davranışçı terapi (n=68) ve bir kısmına da bilişsel davranışçı terapi ile birlikte motivasyonel görüşme teknikleri (n=15) uygulanmıştır.	Süre: Danışan faktörüne göre değişken Sıklık: Genellikle haftada 1 kez Seans Sayısı: Danışan faktörüne göre değişken	Sonuçların değerlendirilmesinde Bağımlılık Şiddet İndeksi (ASI) ve Travma Semptom Kontrol Listesi (TSC-40) kullanılmıştır. Ölçüm araçları; müdahale öncesinde, sonrasında ve müdahalenin 3. ayında uygulanmıştır.	Çözüm odaklı terapinin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bağımlılıkla ve travmayla ilişkili sorunları azaltma üzerinde bilişsel davranışçı terapiyle benzer etkilere sahip olduğu, travmayla ilişkili depresyonu azaltma üzerinde ise bilişsel davranışçı terapi veya motivasyonel görüşme ile bilişsel davranışçı terapiden daha etkili olduğu bulunmuştur.
Dineva, 2020, Bulgaristan	Alkol bağımlılığı olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşımın anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.	Alkol bağımlılığı nedeniyle hastanede tedavi gören 60 birey Deney grubu: 31 Kontrol grubu: 29	Farmakoterapiye ek olarak deney grubundaki hastalara çözüm odaklı terapi oturumları, kontrol grubundaki hastalara ise yalnızca farmakoterapi uygulanmıştır.	Süre: 60 dk Sıklık: Haftada 1 kez Seans Sayısı: 2	Sonuçların değerlendirmesinde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) uygulanmıştır. Ölçüm araçları; müdahale öncesinde, sırasında (10. gün) ve takip aşamasında (20. gün) uygulanmıştır.	Çözüm odaklı yaklaşımın alkol bağımlılığı olan bireylerin yalnızca ilaç tedavisine göre anksiyete ve depresyon belirtilerinin şiddetini azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Sistematik derlemeye dahil edilen nonrandomize Çözüm odaklı terapi çalışmalarının özellikleri

Yazar, yayın yılı ve ülke	Amaç	Örneklem	Girişim	Süresi, sıklığı ve seans sayısı	Ölçüm aracı	Sonuç
de Paula Araujo ve ark., 2024, Brezilya	Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda çözüm odaklı terapinin değişime hazır olma ve madde kullanımı üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.	18 yaş ve üzeri, toplum temelli madde kullanım bozukluğu tedavi merkezinde, 102 hasta Deney grubu: 51 Kontrol grubu: 51	Deney grubundaki hastalara çözüm odaklı terapi seansı, kontrol grubundaki hastalara olağan tedavi programı (terapötik grup etkinlikleri, sosyal etkinlikler ve farmakoterapi gibi) uygulanmıştır.	Süre: 50 dk Sıklık: - Seans Sayısı: 1	Sonuçların değerlendirilmesinde Rhode Island Üniversitesi Değişim Değerlendirme Ölçeği (URICA) ve Alkol, Sigara ve Madde Bağımlılığı Tarama Testi (ASSIST) kullanılmıştır. Ölçüm araçları; müdahale öncesinde, sonrasında ve takip aşamasında (1. ay) uygulanmıştır.	Çözüm odaklı terapinin madde kullanım bozukluğu olan hastaların olağan tedavi programına göre alkol kullanımını azaltma üzerinde ve çoklu madde kullanımı olanların değişime hazır olmaları üzerinde daha etkili olduğu bulunmuştur.
Yokotani ve Tamura, 2015, Japonya	Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı grup terapisinin nüksetme ve depresyon üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.	Bir hapishanede madde kullanımına bağlı bir suçtan hüküm giymiş, 60 birey Deney grubu: 12 Kontrol grupları Pozitif kontrol (olağan tedavi): 11 Negatif kontrol (mail grubu): 37	Deney grubundaki bireylere çözüm odaklı grup terapisi uygulanmıştır. Pozitif kontrol grubundaki bireylere 6 aylık adsız narkotik grup toplantıları ve beceri eğitimi; negatif kontrol grubundaki bireylere 3 aylık madde kullanımı ve önlenmesine ilişkin mail yoluyla yazılı geri bildirim verilmiştir.	Süre: 90 dk Sıklık: 2 haftada 1 kez Seans Sayısı: 12	Sonuçların değerlendirilmesinde Uyarıcı-Nüksetme Risk Ölçeği (C-SRRS) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) kullanılmıştır. Ölçüm araçları; müdahale öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır.	Çözüm odaklı terapinin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin nüksetme riskini azaltma üzerinde etkili olduğu ancak depresyonu azaltma üzerinde her iki grubun da etkili olmadığı bulunmuştur.

Gonzalez Suitt ve ark., 2019, Şili	Alkol bağımlılığı olan bireylerde çözüm odaklı terapinin alkol kullanımının sonuçları (fiziksel, kişiler arası, kişisel, dürtü kontrolü, sosyal sorumluluk), depresif belirtiler, aile sağlığı, alkolle ilişkili sorunlar ve bireysel, kişiler arası, sosyal ve genel iyilik hali üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.	38-60 yaş arası, birinci basamak sağlık hizmetlerinde Deney: 8 hasta Kontrol: -	Uygulayıcıların çözüm odaklı terapi sadakat ölçeğinde 13 teknikten 10'unu oturumların en az %85'inde uyguladıkları bildirilmiştir. Çözüm odaklı terapi seansları bireysel olarak uygulanmıştır.	Süre: 30-60 dk Sıklık: - Seans Sayısı: 3	Sonuçların değerlendirilmesinde Alkol, Sigara ve Madde Bağımlılığı Tarama Testi (ASSIST), Alkol Zaman Çizelgesi Geri Takip Metodu (TLFB), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Aile Sağlık Ölçeği (SALUFAM), Kısa Sorun Envanteri (SIP), Sonuç Derecelendirme Ölçeği (ORS) kullanılmıştır. Ölçümler; Müdahale öncesinde (3 ölçüm), sırasında (2 ölçüm) ve takip aşamasında (1. ayda 1 ölçüm) uygulanmıştır.	Çözüm odaklı terapinin alkol bağımlılığı olan bireylerin alkolden uzak durdıkları günlerin, iyilik hallerinin artması üzerinde ve alkol kullanımının sonuçlarının, depresyonun azalması üzerinde etkili olduğu ancak aile sağlığı üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.
Sabri ve ark., 2017, Malezya	Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı grup terapisinin alkolün sonuçları (semptom sıkıntısı, kişiler arası ilişkiler ve sosyal rol) ve psikolojik iyilik hali üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.	19-60 yaş arası, erkek, madde ikame tedavisi almayan Deney: 57 hasta Kontrol: -	Çözüm odaklı terapi seansları grup terapisi şeklinde uygulanmıştır. Terapi seansları 4 haftalık olarak planlanmıştır.	Süre: - Sıklık: - Seans Sayısı: -	Sonuçların değerlendirilmesinde Sonuç Ölçeği (OQ) ve Rutin Değerlendirmede Klinik Sonuç Ölçeği (CORE) kullanılmıştır. Ölçüm araçları; müdahale öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır.	Çözüm odaklı terapinin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkolün sonuçlarını azaltma üzerinde ve psikolojik iyilik halinin artması üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri

Sistematiik derlemeye 4'ü randomize kontrollü (24-27) ve 4'ü nonrandomize (22,23,28,29) olmak üzere 8 çalışma dahil edilmiştir. Toplamda 520 hastanın değerlendirildiği 8 çalışmanın örneklem büyüklüğü 8 ile 179 arasında değişmektedir (22,26). Dahil edilen çalışmalar Tayland (24), Hindistan (25), Amerika Birleşik Devletleri (26), Bulgaristan (27), Brezilya (28), Japonya (29), Şili (22) ve Malezya'da (23) yapılmıştır (Tablo 4 ve Tablo 5).

Çalışmaların 3'ünde çözüm odaklı terapinin bağımlılık şiddetine ve madde kullanımına (22,26,28), 3'ünde maddenin sonuçları (semptom sıkıntısı, kişiler arası ilişki sorunları, sosyal rol bozukluğu, fiziksel sağlık problemleri, dürtüsel davranışlar) (22,23,25), 3'ünde depresyona (22,27,29), 2'sinde aşırma ve içme motivasyonuna ve değişime hazır olmaya (25,28), 2'sinde psikolojik, bireysel, kişiler arası, sosyal ve genel iyilik haline (22,23), 1'inde iyileşme sürecine (24), 1'inde öz yeterlik ve kontrol odağına (25), 1'inde travma belirtilerine (26), 1'inde anksiyeteye (27), 1'inde nüks riskine (29), diğer 1 çalışmada ise aile sağlığına (22) etkisi incelenmiştir (Tablo 4 ve Tablo 5).

Dahil Edilen Çalışmalarda Çözüm Odaklı Terapinin Özellikleri

Çalışmaların 5'inde terapi yöntemi bireysel terapi (22,25-28) diğer 3'ünde grup terapisi (23,24,29) şeklinde yapılmıştır. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda çözüm odaklı terapinin süresi 30-90 dakika arasında değişmektedir (22,24,29). Çalışmaların 2'sinde süre belirtilmemiştir (23,26). Çözüm odaklı terapinin uygulama sıklığı incelendiğinde, 3 çalışmada haftada 1 kez (24,26,27), 1 çalışmada haftada 2 kez (25), 1 çalışmada 2 haftada 1 kez (29) uygulanmıştır. Çalışmaların 3'ünde sıklık belirtilmemiştir (22,23,28). Dahil edilen çalışmalarda çözüm odaklı terapinin seans sayıları 1-12 arasında değişmektedir (28,29). Çalışmaların 2'sinde seans sayısı belirtilmemiştir (23,26).

Derlemeye dahil edilen çalışmalarda maddenin sonuçları (semptom sıkıntısı, kişiler arası ilişki sorunları, sosyal rol bozukluğu, fiziksel sağlık problemleri, dürtüsel davranışlar) Sonuç Ölçeği (OQ) (23,25), Kısa Sorun Envanteri (SIP) (22) ile ölçülmüştür. Çalışmalarda hastaların depresyonu Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (27), Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) (29), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) (22) ile değerlendirilmiştir.

Dahil edilen çalışmalarda hastaların psikolojik, bireysel, kişiler arası, sosyal ve genel iyilik hali Sonuç Derecelendirme Ölçeği (ORS) (22), Rutin Değerlendirmede Klinik Sonuç Ölçeği (CORE) (23) ile ölçülmüştür. İyileşme süreci İyileşme Süreci Envanteri (RPI) (24) ile, öz yeterlik Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GSS-H) (25) ile, kontrol odağı Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (LCS) (25) ile, travma belirtileri Travma Semptom Kontrol Listesi (TSC-40) (26) ile değerlendirilmiştir. Hastaların anksiyetesi Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) (27) ile, aile sağlığı Aile Sağlık Ölçeği (SALUFAM) (22) ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaların sonuçları incelendiğinde, çözüm odaklı terapinin 2 çalışmada depresyon üzerine etkili olduğu (22,27), 1 çalışmada ise etkili olmadığı (29), diğer 1 çalışmada da aile sağlığı üzerine etkili olmadığı (22) bulunmuştur. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmaların sonuçlarına göre, çözüm odaklı terapinin bağımlılık şiddeti ve madde kullanımı (22,26,28), nüks riski (29), maddenin sonuçları (semptom sıkıntısı, kişiler arası ilişki sorunları, sosyal rol bozukluğu, fiziksel sağlık problemleri, dürtüsel davranışlar) (22,23,25), aşırma ve içme motivasyonu (25), çoklu madde kullanımı olanlarda değişime hazır olma (28), psikolojik, bireysel, kişiler arası, sosyal ve genel iyilik hali (22,23), iyileşme süreci (24), öz yeterlik (25), iç kontrol odaklı olma (25), travma belirtileri (26) ve anksiyete (27) üzerine etkili olduğu bulunmuştur.

Tartışma

Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikososyal sorunları azaltmada çözüm odaklı terapi yönteminin önemli bir rolü bulunmaktadır (30,31). Çözüm odaklı terapi madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kişiler arası ilişkilerini, sosyal işlevselliğini, aile uyumunu, olumlu duyguları ve umudu arttırarak psikososyal sorunları ortadan kaldıran psikoterapötik bir müdahale yöntemidir (32-34). Çözüm odaklı yaklaşım sayesinde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin maddeyle ilişkili sorunları, semptom sıkıntısı, anksiyete ve depresyonu azalmaktadır (32,35,36). Bu müdahale yönteminde mevcut psikososyal sorunlara ilişkin çözüm yolları inşa edilirken öte yandan bireyin bağımlılık sorunu da ele alınmaktadır (17). Çözüm odaklı terapi ilke ve teknikleri madde kullanımına ilişkin davranış değişikliği meydana getirerek madde kullanım şiddetini azaltmakta, bireyin maddeden uzak durmasını ve kontrollü madde kullanımını arttırmaktadır (17,33,35).

Bu sistematik derleme madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı terapinin etkililiğine dair önemli kanıtlar sunmaktadır. Bu sistematik derlemenin sonucunda incelenen çalışmalarda çözüm odaklı terapi yönteminin psikososyal sorunları azaltma üzerine etkili olduğu bulunmuştur (22-27). Psikososyal sorunlara ek olarak sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda çözüm odaklı terapi yönteminin bağımlılıkla ilişkili sorunları azaltma üzerine de etkili olduğu tespit edilmiştir (22,25,26,28,29). Çözüm odaklı terapi yönteminin bireyin psikososyal sorunlarını çözüme ulaştıracak amaçların ve bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik çözüm yollarının belirlenmesinden dolayı bireyde sorunlara yönelik farkındalığı ve öz yeterliliği artırarak davranış değişikliği meydana getirmede etkili olduğu ve bunun sonucunda psikososyal sorunları azalttığı düşünülmektedir. Çözüm odaklı terapide terapist ve hasta ile birlikte belirlenen çözüm stratejilerinin uygulanması sayesinde birey etkili baş etme ve problem çözme becerilerini kazanarak etkisiz baş etme yollarından biri olan madde kullanımından uzaklaştığı ve dolayısıyla psikososyal sorunların yanı sıra bağımlılıkla ilişkili sorunlarda da azalma meydana geldiği düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu psikososyal anlamda önemli sorunlara neden olmaktadır. Bunlardan bazıları, ailevi ve sosyal problemler, ekonomik sorunlar, damgalanma, akademik başarının düşmesi, düşük benlik saygısı, anksiyete ve depresyon problemleridir (3,15). Madde kullanım bozuklukları büyük oranda komorbid psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülmektedir (10). En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozukluklarıdır (37). Yapılan çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %72'sinin depresyon ve %80'inin anksiyete problemleri yaşadığı belirtilmiştir (14). Madde kullanım bozukluğu tanımlı bireylerde görülen psikiyatrik ve psikososyal sorunlar, hastalık semptomlarının artış göstermesine ve nükslere neden olmaktadır. Savaşan, Engin ve Ayakdaş (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların %81,2'sinin ilk bir yıl içinde nüks yaşadığı ve ilk altı ay içinde nüks yaşayanların oranının ise %54,7 olduğu bildirilmiştir (38). Bağımlılığa eşlik eden sorunlar nedeniyle hastaneye yatış sıklığı (11), intihar ve mortalite riski artmaktadır (39). Bu nedenle bağımlılık sorunu ile beraber bu sorunla ilişkili psikososyal sorunları ele alan yaklaşımlar tedavide esas olmalıdır.

Madde kullanım bozukluğunun tedavisinde psikososyal sorunları azaltmak için pek çok psikososyal tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan çözüm odaklı terapi, madde kullanma sorununu doğrudan ortadan kaldırmak yerine, madde kullanımını azaltmanın bir yolu olarak bireyin sosyal ilişkilerini güçlendirmeyi ve hayat koşullarını iyileştirmeyi amaçlayan kısa süreli bir terapi yöntemidir. Çözüm odaklı terapide bireyin sorunlarının madde kullanımıyla ilişkili olduğunu fark etmelerine yardımcı olmak amacıyla yönlendirici olmayan, iş birliğine dayalı, çözüm odaklı bir duruş sergilenir. Çözüm odaklı terapistler bireyin ne istediği ve çözüm için en iyi umutlarının ne olduğu ile çalışırken aynı zamanda madde kullanımını da ele almaktadır (17). Çözüm odaklı terapi geçmişten çok geleceğe odaklanma, sorun yerine çözüm konuşmalarının üzerinde durma ve iyimser bakış açısına sahip olma yönleriyle geleneksel sorun odaklı terapilerden farklılık göstermektedir (40). Çözüm inşa etme sürecinde kullanılan sorular, çözüm odaklı terapi yönteminin temelini oluşturmaktadır. Bunlar arasında mucize soru, istisna soruları, baş etme soruları ve derecelendirme soruları yer almaktadır (41). Çözüm odaklı teknikler sayesinde hayal edilen geleceğin tasvir edilerek detaylandırılması, sorunlar yerine çözüm yollarının konuşulması, sorunların yaşanmadığı istisnai durumların da var olduğunun fark ettirilmesi ve geçmişte kullanılan işe yarar baş etme yollarının açığa çıkartılmasının bireyin motivasyonunu arttırarak sorunlarını azaltacak davranış değişikliğini ortaya çıkardığı ve böylece psikososyal ve bağımlılıkla ilişkili sorunlarını azalttığı düşünülmektedir.

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda çözüm odaklı terapi yönteminin nasıl uygulandığı, seans süresi, hangi sıklıkta ve kaç seans uygulandığı ve etkisinin değerlendirilmesinde hangi ölçüm araçlarının kullanıldığı incelenmiştir. Dahil edilen çalışmalarda çözüm odaklı terapi yönteminin bireysel ve grup terapileri şeklinde uygulandığı görülmüştür. Müdahale yöntemi hem bireysel hem de grup terapisi olmak üzere iki türde de uygulanabilmektedir (41). Ayrıca çift terapisi şeklinde de uygulandığı belirtilmiştir (42). Çözüm odaklı terapinin süresi incelendiğinde dahil edilen çalışmalarda 30-90 dakika arasında değişmektedir. Çözüm odaklı terapi süresinin 45 dakikayı aşmaması önerilmektedir (43). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatürle kısmen uyumlu olup, çözüm odaklı terapinin uygulandığı grubun özellikleri, danışmanın yeterliliği ve danışanın bireysel özellikleri ile ilişkili olarak bu sürenin değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir.

Derlemeye dahil edilen çalışmalarda çözüm odaklı terapinin uygulama sıklığı haftada 2 kez ya da 2 haftada 1 kez şeklinde değişmektedir. Literatürde uygulama sıklığı ile ilgili olarak ilerleme kaydedildikçe seanslar arasındaki sürenin uzatıldığı ve böylece dört seanslık bir terapinin birkaç aya yayılabildiği belirtilmektedir (43). Dahil edilen çalışmalar incelendiğinde çözüm odaklı terapinin seans sayısı 1-12 arasında değişmektedir. Çözüm odaklı terapinin 4-6 seansta yapılması önerilmektedir (44). Nadiren sekiz seanstan uzun sürdüğü ve çoğu zaman yalnızca bir seansın yeterli olduğu belirtilmektedir (43). Bu çalışmada seans sayılarındaki farklılığın nedeni terapinin uygulandığı ortam ve danışan unsurları ile ilişkili olabilir.

Çalışmalarda psikososyal sorunların değerlendirilmesinde güvenilir ve geçerli ölçüm araçlarının kullanılması önemlidir. Dahil edilen çalışmalarda çözüm odaklı terapi yönteminin etkisi psikososyal, psikiyatrik ve bağımlılık ile ilişkili sorunlarda azalmanın ölçülmesi yoluyla değerlendirilmiştir.

Çözüm odaklı terapinin depresyon üzerindeki etkisinin araştırıldığı 3 çalışmanın 2'sinde olumlu etkiye sahip olduğu gösterilmiş, 1 çalışmada ise etkili olmadığı bulunmuştur. Yokotani ve Tamura tarafından yapılan çalışma, hapishane ortamındaki madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini iyileşen ya da tedavi gören bireylere göre 20 yıllık madde kullanımı öyküsü olan ve cezaevinde yatan bireylerden oluşmaktadır. Uygulanan çözüm odaklı terapi yönteminin temasında madde kullanım bozukluğu ve nüksetme ile ilgili çözümlere odaklanıldığı belirtilmiştir (29). Depresif semptomları azaltmada etkili olmaması bu nedenlerden kaynaklanmış olabilir. Dahil edilen çalışmalardan Kim, Brook ve Akin madde kullanım bozukluğu olan bireylerde travmayla ilişkili depresyonu azaltma üzerinde çözüm odaklı terapinin etkililiğine dair önemli sonuçlar bildirmiştir (26). Yapılan çalışmada bilişsel davranışçı terapi veya motivasyonel görüşme ile bilişsel davranışçı terapiye göre çözüm odaklı terapinin daha etkili olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Gingerich ve Peterson tarafından yapılan metaanaliz çalışması önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Yapılan çalışmada çözüm odaklı terapinin davranışsal ve psikolojik çıktılar açısından etkili bir tedavi yöntemi olduğu, yetişkin ruh sağlığı alanında en büyük etkinin özellikle depresyon tedavisinde bulunduğu gösterilmiştir (45). Sorunların aksine çözüm yollarının konuşulması, iyimser bakış açısına sahip olması ve geçmiş yerine istenilen geleceğin ele alınmasından dolayı çözüm odaklı tekniklerin, bireyin geleceğe pozitif bakabilmesini ve umut duygusunun yeşermesini sağlayarak depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Derlemeye dahil edilen çalışmalardan biri çözüm odaklı terapinin aile sağlığı üzerine etkisini incelemiş, etkili olmadığını bulmuştur (22). Çalışmada kullanılan Aile Sağlık Ölçeği (SALUFAM) ile ailede uyum, anlaşma, destek, stresörler gibi ailesel özellikler değerlendirilmiştir. Yapılan çalışma yarı deneysel özellikte olduğundan ve aileyi ele alan başka herhangi bir çalışma bulunmadığından sonuçların tartışılması güçtür. Literatürde Juhnke ve Coker (1997) tarafından yapılan çalışma ailesel özellikler açısından önemli sonuçlar bildirmiştir (33). Yapılan çalışmada çözüm odaklı danışmanlık müdahalesi, iyileşmekte olan, alkol bağımlısı, tek ebeveynli anne ve çocuklarına uygulanmıştır. Çözüm odaklı müdahalenin annelerde ebeveynlik güveni ve memnuniyeti ile alkolden uzak durma, çocuklarında aile uyumunda ve aile düzeninde iyileşme gibi etkilere sahip olduğu bildirilmiştir. Çözüm odaklı terapinin temellerinde aile terapisinin önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir (46). Aile üyelerinden birinde yaşanan sorun tüm aileyi etkilediğinden aileden birinin sorununa çözüm bulunması için tüm ailenin terapiye dahil edilerek çözüm odaklı terapi müdahalesinin hem madde kullanım bozukluğu olan bireylere hem de bu bireylerin ailelerine uygulanmasının terapinin etkililiğini arttıran bir unsur olabileceği düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı terapinin psikososyal sorunları azaltmaya etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların sayısı yetersizdir. Bu çalışmada dahil etme kriterlerine uygun 8 makaleye ulaşılmıştır. Ulusal literatürde bu konulara uygun makaleye ulaşılamamıştır. Bundan dolayı sistematik derlemeye nonrandomize çalışmalar da dahil edilmiştir. Diğer sınırlılıklar bu konuyla ilgili güncel çalışmalara ulaşılamadığından dolayı daha fazla çalışmaya ulaşabilmek için son on yılda yayınlanmış ve tam metnine ulaşılabilen çalışmaların sistematik derlemeye dahil edilmesidir.

Bu sistematik derlemenin sonucunda çözüm odaklı terapinin madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikososyal ve bağımlılık ile ilişkili sorunlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Depresyon üzerine etkisini inceleyen çalışmaların %66,6'sında çözüm odaklı terapi yöntemi madde kullanım bozukluğu

olan bireylerde depresyonu azaltmıştır. Özellikle bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin travmayla ilişkili depresif semptomlarını azaltmada bilişsel davranışçı terapi veya motivasyonel görüşme ile bilişsel davranışçı terapiye göre çözüm odaklı terapinin daha etkili olduğu gösterilmiştir. İleride konuya ilişkin yapılacak randomize kontrollü çalışmalarda çözüm odaklı terapinin bilişsel davranışçı terapi gibi müdahale yöntemleriyle karşılaştırılarak depresyon üzerine etkisinin incelenmesi kanıtların desteklenmesi açısından önemlidir. Ayrıca dahil edilen çalışmalardan çözüm odaklı terapinin ailesel özelliklere etkisini inceleyen yalnızca bir çalışmaya ulaşılmış, yapılan çalışmada aile sağlığı üzerine etkili olmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle konuyla ilgili deneysel çalışmalar yapılmalı ve sürece aile üyeleri de dahil edilerek çözüm odaklı terapinin etkisi incelenmelidir.

Uluslararası literatürde madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı terapinin etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmış ancak ulusal literatürde konuyla ilgili sistematik derlemeye rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın sonuçlarının ulusal literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı terapi yönteminin psikososyal sorunlara etkisi üzerine randomize kontrollü çalışma sayısının sınırlı olması nedeniyle konuya ilişkin çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bu çalışma klinik uygulamalarda madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı terapinin psikososyal ve bağımlılıkla ilişkili sorunları azaltması üzerine yarar sağladığı ile ilgili bir kanıt sunmaktadır. Madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerin psikososyal sorunlarını azaltmada önemli sorumlulukları bulunan ruh sağlığı profesyonellerinin bu sorunları azaltmada çözüm odaklı terapi tekniklerini kullanmaları önerilmektedir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
2. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry* 2023; 22(2): 203-229.
3. Cüceler S, Yılmaz M, Türkleş S. Madde bağımlısı bireylerin yaşadığı psikososyal sorunlar, uygulanan kanıt temelli müdahaleler ve hemşireliğin rolü. *Bağımlılık Dergisi* 2022; 23(1): 105-110.
4. Asi Karakaş S, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2016; 3(2): 133-139.
5. United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC), World Drug Report 2023. New York: United Nations Publication, 2023.
6. T.C. Kalkınma Bakanlığı On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Raporu. Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları, 2018.
7. TC. İçişleri Bakanlığı, Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu. Ankara, 2018.
8. TC. İçişleri Bakanlığı, Türkiye Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler. Ankara: NSB Yayınları, 2023.
9. Karaoğlu M, Kaşarcı G, Şahin E, İplik ES. Madde ilişkili psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan atipik antipsikotikler. *Experimed* 2020; 10(1): 49-58.
10. Kuussaari K, Karjalainen K, Niemelä S. Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020; 55: 507-516.
11. Darcin AE, Nurmedov S, Noyan CO, et al. Psychiatric comorbidity among inpatients in an addiction clinic and its association with the process of addiction. *Dusunen Adam* 2015; 28(3): 196.
12. Garey L, Olofsson H, Garza T, et al. Directional effects of anxiety and depressive disorders with substance use: a review of recent prospective research. *Curr Addict Rep* 2020; 7: 344-355.
13. Mustafaoğlu R, Mutlu EK, Mutlu C, et al. Madde kullanım bozukluğunun ergenlerde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2020; 21(4): 308-316.
14. Mohamed II, Ahmad HEK, Hassaan SH, Hassan SM. Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. *Middle East Current Psychiatry* 2020; 27: 22.
15. Tanhan F, Mukba G. Aile içinde madde bağımlısı olma durumunu yordayan değişkenlerin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2014; 15(2): 65-75.
16. Imkome EU. Nursing care for persons with drug addiction. Zhao F, Li M (editors). *Drug Addiction*. United Kingdom: IntechOpen. 2018: 49-72.
17. De Shazer S, Isebaert L. The bruges model. *J Fam Psychother* 2003; 14(4): 43-52.

18. Higgins J, Thomas J, Chandler J, et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 6.4. 2023. <https://training.cochrane.org/handbook/current> (Accessed 10.06.2024).
19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372): n71.
20. Higgins JPT, Altman D, Sterne J. Assessing risk of bias in included studies. Higgins J, Churchill R, Chandler J, Cumpston M (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (updated June 2017). 2017. <https://training.cochrane.org/handbook> (Accessed 10.06.2024).
21. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, et al. Systematic reviews of effectiveness. Aromataris E, Munn Z (editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, 2017.
22. Gonzalez Suitt K, Geraldo P, Estay M, Franklin C. Solution-focused brief therapy for individuals with alcohol use disorders in Chile. *Res Soc Work Pract* 2019; 29(1): 19-35.
23. Sabri F, Sumari M, Jencius M, McGlothlin J. The effects of solution-focused group therapy in treatment outcomes and psychological well-being of substance abuse clients. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 2017; 7(13): 119-129.
24. Lakthong S. Effects of Solution-Focused Group Intervention on Recovery Process Among Thai Male Youth Substance Abusers. Doctoral Dissertation, Thailand: Burapha University Nursing Faculty, Department of Nursing, 2017.
25. Ali M. Solution Focused Brief Therapy in Alcohol Dependence Syndrome. Master's Thesis, India: Ranchi University Psychology Faculty, Department of Clinical Psychology, 2018.
26. Kim JS, Brook J, Akin B. Randomized controlled trial of solution-focused brief therapy for substance-use-disorder-affected parents involved in the child welfare system. *J Soc Social Work Res* 2021; 12(3): 545-568.
27. Dineva V. The effect of a solution-focused approach to the dynamics in the severity of anxiety and depression symptoms at alcohol dependence. *Trakia Journal of Sciences* 2020; 18(3): 218-222.
28. De Paula Araujo CN, Mendonça Corradi-Webster C, Gonçalves Correia-Zanini MR, Yurasek AM. Quasi-randomized trial of solution-focused brief therapy intervention for readiness to change and alcohol and other drug use in a Brazilian community-based treatment center. *Psychother Res* 2024; doi: 10.1080/10503307.2024.2336192..
29. Yokotani K, Tamura K. Solution-focused group therapy for drug users in Japanese prison: nonrandomized study. *International Journal of Brief Therapy and Family Science* 2015; 5(2): 42-61.
30. McCollum EE, Trepper TS, Smock S. Solution-focused group therapy for substance abuse: extending competency-based models. *J Fam Psychother* 2004; 14(4): 27-42.
31. Franklin C, Hai AH. Solution-focused brief therapy for substance use: a review of the literature. *Health Soc Work* 2021; 46(2): 103-114.
32. Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, et al. Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *J Marital Fam Ther* 2008; 34(1): 107-120.
33. Juhnke GA, Coker JKA. A solution-focused intervention with recovering, alcohol-dependent, single parent mothers and their children. *J Addict Offender Couns* 1997; 17(2): 77-87.
34. Kim JS, Brook JW, Liming K, et al. Randomized controlled trial study examining positive emotions and hope in solution-focused brief therapy with substance using parents involved in child welfare system. *International Journal of Systemic Therapy* 2022; 33(3): 129-149.
35. Kim JS, Brook J, Akin BA. Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: a randomized controlled trial study. *Res Soc Work Pract* 2016; 28(4): 452-462.
36. Linton J. Solution focused counseling with a substance abusing client. *Journal of Addiction Research* 2017; 4(1): 297-310.
37. National Institutes on Drug Abuse, Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report. Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse (US), 2020.
38. Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. Bir Amatemi kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(2): 75-79.
39. Rizk MM, Herzog S, Dugad S, Stanley B. Suicide risk and addiction: the impact of alcohol and opioid use disorders. *Curr Addict Rep* 2021; 8(2): 194-207.
40. Doğasal O, Karakartal D. Çözüm odaklı kısa süreli terapiye kuramsal bir bakış. *Uluslararası Beşerî Bilimler ve Eğitim Dergisi* 2021; 7(15): 130-142.
41. Arslan Ü, Gümüşçaylayan G. Çözüm odaklı kısa süreli terapiye kısa bir bakış. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2018; (47): 491-507.
42. Žak AM, Pakrošnis R, Kuminskaya E. Research on the solution-focused approach in 2022: a scoping review. *Journal of Solution Focused Practices* 2023; 7(1): doi:10.59874/001c.90976.

43. Iveson C. Solution-focused brief therapy. Adv Psychiat Treat 2002; 8(2): 149-156.
44. Macdonald A. Solution-Focused Therapy: Theory, Research & Practice,, 2nd ed.. New York: Sage, 2011.
45. Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of solution-focused brief therapy: a systematic qualitative review of controlled outcome studies. Res Soc Work Pract 2013; 23(3): 266-283.
46. Şahin S, Siyez D. Çözüm odaklı kısa süreli terapi: temeller, kavramlar ve teknikler. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2023; 21(2): 1-18.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was not required for this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

Tütün Kontrolü ve Bağımlılığının Tedavisinde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları

Roles and Responsibilities of Nurses in Tobacco Control and Addiction Treatment

Songül Kamışlı ¹ 

1. Çankırı Karatekin Üniversitesi, Çankırı

Abstract

Tobacco addiction ranks among the top preventable causes of death; nevertheless, 8 million people worldwide continue to lose their lives each year due to direct or indirect causes related to tobacco use. Combustible tobacco products like cigarettes and non-combustible products like hookah and e-cigarettes contain nicotine, which leads to addiction. Since tobacco addiction is both a physical and psychological dependence, pharmacological and psychosocial interventions are necessary for treatment. Most tobacco users attempt to quit but often fail. Treating tobacco addiction on its own is difficult, and therefore professional help is needed. Nurses, who are key members of the healthcare workforce, are essential health professionals who can assist with tobacco control and the treatment of tobacco addiction. Despite their known heavy workloads and long shifts, the smoking cessation counseling they provide can make significant contributions to the country's healthcare system, economy, and the quality of life in society. Nurses can contribute by providing counseling in addiction treatment, offering psychosocial support to individuals during their tobacco cessation efforts, and monitoring pharmacological treatments. Nurses who have received training in smoking cessation can enhance individuals' motivation to quit smoking, offer strategies to cope with addiction, and provide guidance. Additionally, by participating in tobacco control efforts, nurses can help raise public awareness and support efforts to reduce tobacco addiction. This article reviews the treatment and intervention efforts for tobacco addiction and discusses the counseling role of nurses.

Keywords: Tobacco prevention, smoking cessation, nursing, counselling

Öz

Tütün bağımlılığı, önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralardadır ve buna rağmen dünyada 8 milyon insan tütün kullanımına bağlı doğrudan veya dolaylı nedenlerle yaşamını kaybetmeye devam etmektedir. Yanıcı tütün ürünü olan sigara ve yanıcı olmayan nargile, e-sigara ve diğer tüm tütün ürünlerinin kullanımı, içerisinde bulunan nikotin nedeniyle bağımlılığa yol açmaktadır. Tütün bağımlılığı fiziksel ve psikolojik bir bağımlılık türü olması nedeniyle tedavisinde farmakolojik ve psikososyal müdahalelere ihtiyaç vardır. Çoğu tütün bağımlısı bırakmayı denemekte ancak başarısızlık yaşamaktadır. Tütün bağımlılığının tek başına tedavi edilmesi zordur ve bu nedenle profesyonel bir yardım gerekmektedir. Sağlık hizmeti ordusunun önemli neferlerinden olan hemşireler tütün kontrolü ve tütün bağımlılığının tedavisinde rol ve görev alacak önemli sağlık personeli arasındadır. Yoğun iş yükü ve mesailerinin olduğu bilinmekle birlikte hemşirelerin yapacağı tütün tedavisi danışmanlığı ülkenin sağlık hizmetlerine, ekonomisine ve toplumun yaşam kalitesine ciddi katkılar sunacaktır. Hemşireler, bağımlılık tedavisinde danışmanlık yaparak ve tütün kullanımını bırakma sürecinde bireylere hem psikososyal destek sağlayarak, hem de farmakolojik tedavileri takip ederek katkıda bulunabilirler. Sigara bıraktırma eğitimi almış hemşireler, bireylerin sigara bırakma sürecinde motivasyonlarını artırabilir, bağımlılık ile başa çıkma stratejileri sunabilir ve rehberlik yapabilirler. Hemşireler ayrıca, tütün kontrolü çalışmalarına katılarak toplumsal farkındalık oluşturma ve tütün bağımlılığını azaltma çabalarına destek sağlayabilirler. Bu yazıda tütün bağımlılığının tedavisi ve müdahale çalışmaları gözden geçirilmiş, hemşirelerin danışmanlık rolü tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Tütün kontrolü, sigara bırakma, hemşirelik, danışmanlık

Giriş

Önlenebilir ölüm nedenleri arasında sayılan tütün bağımlılığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Tütün pandemisi” olarak tanımlanmıştır (1). Dünyada her yıl 8 milyon insanın tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybettiği ve başta akciğer kanseri, kalp, dolaşım sistemi hastalıkları ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı çeşitli rahatsızlıkların doğrudan veya dolaylı olarak tütün kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (2). DSÖ, tütün kontrolü amacıyla Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)’ni geliştirmiş ve ülkemiz de bu sözleşmeye imza atmıştır (3). DSÖ tarafından, sözleşmeye imza atan ülkelere sözleşmede yer alan uygulamaların hayata geçirilmesi için MPOWER programı önerilmiştir (3). MPOWER programında, tütün kontrolü için hükümetlere yol gösterici ve etkinliği kanıtlanmış altı politika başlığı belirlenmiş ve MPOWER kelimesi de İngilizce olarak bu başlıkları içeren kelimelerin baş harflerini ifade etmek için kullanılmıştır (3). MPOWER programında özetle: Tütün kullanımı ve tütün kontrol politikalarının izlenmesi (Monitor), toplumun pasif içicilikten korunması (Protection), tütün bağımlılarına tütün bırakma desteğinin sunulması (Offer), tütünün zararları konusunda herkesin bilgilendirilmesi (Warn), tütün ürünlerinin reklam, sponsorluk ve tanıtımlarının yasaklanması (Enforce) ve tütün ürünlerinde verginin artırılması (Raise) politika başlıkları önerilmiştir (1,3).

Bir yandan tütünün pazarlanması ve gelişmiş ülkelerin bu pazardan elde ettikleri yüksek ekonomik kazanç, diğer yandan gelişmekte olan ülkelerin tütüne karşı verdiği savaş neredeyse iki cephe konumundadır. Tütün kontrolüne yönelik yapılan tüm çalışmalara rağmen kullanım oranı yüksektir ve henüz istenilen düzeye gelmemiştir (2,4). Bu nedenle tütün kontrolünün önemli bir basamağı olan tütün bağımlılığının tedavisi de oldukça önemlidir. Türkiye’de yapılmış Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’nda, 15 yaş ve üzeri kişilerde tütün kullanım oranı %31,6’dır ve bu oran erkeklerde (%44,1) kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir (4).

Ciddi sağlık riskleri yaratması nedeniyle dünyanın bir çok ülkesinde sağlık politikaları ve halk sağlığı çalışmalarında tütün kontrolüne önemli bir yer verilmiştir. Ülkemizde de uluslararası düzeyde belirlenmiş olan tütün önleme politikaları kabul edilmiş ve bu bağlamda ulusal eylem planları yapılmıştır (5). Bu eylem planlarında; tütün kullanımı ve önleme stratejilerinin izlenmesi, tütün dumanından korunma, tütünün sağlık üzerindeki zararları konusunda halkın uyarılması, tütün promosyonları, reklamları, sponsorluklarının kısıtlanması ve tütün vergilerinin artırılması hedeflenmiştir (5).

Ulusal eylem planları içerisinde tütün bağımlısı olan bireylerin tedavisi ve rehabilitasyonu da önemsenmiştir. Bu amaçla sigara bağımlılarının tedavi edilmesi için hastanelerde sigara bırakma hizmetleri veren poliklinikler kurulmuştur (5). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından sigara bırakma polikliniklerinde hizmet veren bireylere yönelik sigara bıraktırma ve danışmanlık eğitimleri yapılmış ve sigara bıraktırma sertifikaları verilmiştir (6). Sigara bırakma danışmanlığı, dünyada kabul görmüş klinik rehberlere dayandırılarak yapılandırılmaktadır (7,8). Halk sağlığının korunması kapsamında tüm sağlık personelinin tütünle mücadelede katkı verme sorumluluğu olmasına rağmen özellikle hekim ve hemşirelerin tütün kontrolü ve tütün bağımlılığının iyileştirilmesi konusunda daha aktif rol üstlenmeleri ve sigara bırakma danışmanlığı yapmaları gerekmektedir. Bu derlemenin amacı tütün kontrolünde ve tütün kullanım bozukluğunun tedavisinde, hemşirelerin tedavi, bakım, sağlık eğitimi ve danışmanlığı rollerinde neler yapabileceklerini tartışmaktır.

Tütün Bağımlılığı ve Tedavisi

Tütün bitkisinin yapraklarında bulunan nikotin, alkaloid, iyonize veya noniyonize formları bulunan fiziksel ve davranışsal bağımlılık yapıcı bir maddedir (9). Nikotinin akciğer, bağırsıklık sistemi, endokrin sistem, dolaşım ve solunum sistemi üzerinde hasara yol açtığı bildirilmiştir (10,11).

Amerikan Psikiyatri Birliği son yayımladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5’te, tütün bağımlılığını, tütün kullanım bozukluğu adıyla madde kullanım bozuklukları hastalık sınıflamasında tanımlamış ve 12 aylık bir dönemde kümelenen ve aşağıda sıralanmış olan 11 kriterden en az ikisinin bir arada görülmesinin tanı için yeterli olduğunu bildirmiştir (12,13) ve bunlar:

1. Tütünün genellikle amaçlanandan daha fazla veya daha uzun süre kullanılması.
2. Tütün kullanımını bırakma veya kontrol etme isteği olmasına rağmen, bu konuda başarısızlık ve kontrolsüz kullanım girişimlerinin olması.
3. Tütün elde etmek veya kullanmak için aşırı zaman harcanması.
4. Güçlü bir tütün kullanma isteğinin olması.
5. Tekrarlayan tütün kullanımı sonucu iş, okul veya aile sorumluluklarının yerine getirilememesi.
6. Tütün kullanımı nedeniyle sosyal etkinliklerde azalma veya kayıp olması.
7. Tehlikeli durumlara rağmen tütün kullanımının sürdürülmesi (örneğin, yatakta sigara içme).
8. Tütün kullanımının kalıcı ve tekrarlayan sosyal sorunlara rağmen devam etmesi.
9. Tütün kullanımının neden olduğu veya artırdığı muhtemel kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik problemlerin varlığına rağmen tütün kullanımına devam edilmesi.
10. Aynı miktarda tütün kullanımının azalan etkisi ve istenen etkiyi elde etmek için tütün kullanımının artırılması.
11. Tütün yoksunluk belirtileri yaşanması ve bu belirtileri hafifletmek veya önlemek için tütün (veya nikotinle ilişkili bir madde) kullanılması kriterlerini içermektedir.

Ülkemizde tütün bağımlılığı sıklıkla sigara kullanımı şeklinde görünmektedir. Sigara, yanıcı tütün ürünlerinin en yaygın olanı ve kullanılanıdır. Bu nedenle tütün kontrol çalışmaları, özellikle sigara bağımlılığının önlenmesi ve sigara tüketimi ile mücadele çalışmaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sigara bağımlılığı, tütünün içerisinde bulunan nikotinden kaynaklanmaktadır (14). Sigara bağımlılığı mekanizması; sigarayı deneme, tolerans, yoksunluk, düzenli kullanma, relaps ve tekrar bırakma ile seyreden kronik bir süreçtir (7). Bu mekanizmada belirtildiğine göre sigara içildiğinde ve dumanı solunduğunda, nikotin hızla akciğerlere giderek kana karışmaktadır. Sigara dumanının solunması ile nikotin 15-20 saniye içinde beyin bağımlılık merkezini harekete geçirmekte ve düzenli günlük sigara içen bir kişinin beyni her gün 24 saat nikotine maruz kaldığı için tolerans gelişimi ve içilmediğinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (14,15). Tolerans gelişmesinden dolayı alınan nikotin yetmediği için giderek daha fazla nikotin alma ihtiyacı ile birlikte stres ve gerilim de artmaktadır. Sonuçta nikotinin rahatsız edici kesilme belirtilerinin ortadan kalkması durumu tersine çevrilerek sürekli ve düzenli sigara içme ile kısır bir döngüye girilmesine yol açmaktadır (14,16). Sigara bağımlılarının genellikle erken yaşlarda sigaraya başladığı bilinmektedir. Bu nedenle genç nüfus tütün kontrolü çalışmalarında hassas ve risk grubu olarak kabul edilir. Günümüzde gençler arasında sigaraya alternatif gibi gösterilen elektronik sigara kullanımında artan bir eğilim göze çarpmaktadır (17,18). Elektronik sigara (e-sigara) daha az zararlı diye düşünülerek içilmekte, oysa nikotin içermesi nedeniyle kişi e-sigara içiyor iken nikotin bağımlılığı devam etmektedir. Elektronik sigaranın daha az zararlı olduğu veya sigara kullanımını azalttığına yönelik yanlış ve çarpıtılmış bilgiler hızla yayılmıştır (19). Ülkemizde tütün ürünü içeren her türlü sigara ve e-sigara'nın internet üzerinden satışı 4207 nolu yasa gereği kısıtlanmış olmasına rağmen e-ticaret aracılığı ile satışı sürmektedir (20). Elektronik sigara kullanımı, nikotin bağımlılığı ve sigara içme davranışlarının modellenmesi yoluyla ergenler arasında sigara kullanımının potansiyel olarak artmasına neden olmaktadır (17,18). Tütün kontrolü çalışmalarında e-sigara ve nikotin içeren ürünler konusunda dikkatli olunmalıdır. Tütün sorunu sadece sigara ile ilişkili bir sorun olmayıp tüm tütün ürünlerini ilgilendirmektedir. Dolayısıyla tütün kontrolüne yönelik yapılan çalışmalar tütün ürünlerinin tamamını kapsamalıdır. Tütün kontrolü için halk sağlığı hizmeti sağlık ordusunun önemli bir parçası olan hemşirelerin yeni tütün ürünlerinin farkında olması, nikotin bağımlılığının önlenmesi, tedavisi ve gençlerin korunması için sorumluluk alıp önleme çalışmalarına katılmaları hayati önem taşımaktadır (17,21).

Tütün bağımlılığının en yaygın görülen biçimi olan sigara bağımlılığının farmakolojik tedavisinde, nikotin içeren ve içermeyen ürünler olmak üzere iki grup ilaç kullanılmaktadır. Nikotin içeren tedaviler Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) olarak adlandırılan ve nikotin bantları, nikotin sakızları, nikotin inhalanları, burun spreyleri, burun pastilleri olarak kullanılan ürünlerdir (22). Nikotin içermeyen farmakolojik tedaviler ise

Vareniklin ve Bupropion adlı ilaçların yanısıra psikiyatrik komorbiditeye göre başlanan bazı antidepresan ve anksiyolitik ilaçlardır (23,24). Farmakolojik tedavilerin amacı sigara içme isteğini ve yoksunluk belirtilerinin şiddetini azaltmaktır. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan bu ilaçların mutlaka hekim önerisi ile kullanılması gerekmektedir. Nikotin sağlığı üzerindeki risklerine ve diğer olumsuz etkilerine rağmen henüz nikotin bağımlılığı için yeni ve etkili tek bir tedavi yöntemi geliştirilememiştir (25). Bu durum bir anlamda sigara bırakmaya yardım eden yeni ilaçlar geliştirilmesine yönelik araştırmalara ilginin düşük olduğunu ve tütün tekellerinin güçlü olduğunu göstermektedir (26).

Tütün bağımlılığı fiziksel ve psikolojik bağımlılığa yol açtığı için tek başına farmakolojik tedavilerin kullanılması yeterli değildir. Sigara bırakma tedavileri konusunda yapılan çalışmaların çoğunda farmakolojik ve psikososyal tedavilerin birlikte kullanımı önerilmektedir (21-26). Örneğin uyuşturucu madde bağımlılığı tedavi yöntemleri arasında önerilmiş olan Matriks Modeli'nin bireylerin uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına yardımcı olmak, uzun vadeli yoksunluk ve daha sağlıklı bir yaşam sağlamak için yapı, destek ve eğitim aşamalarını içeren planlı bir program şeklinde sunulduğu belirtilmektedir (27) Matrix Modeli'nin tedavi bileşenleri arasında nüks önleme grupları, bireysel danışmanlık seansları, aile eğitimi grupları ve idrar ve alkol nefes testleri, grup toplantıları ve bu toplantılarda yazılı konulara yönlendirmeler, güncel sorunlar ile aktiviteler üzerine odaklanılmaktadır (28). Matrix Modeli'nin esnek ve ihtiyaca göre revize edilebilen relaps önleme ve özyeterliliği artırmaya yönelik psikososyal müdahaleleri, tütün bağımlılığı tedavisinde hemşireler tarafından kullanılabilir. Tütün bağımlılığının tedavisine yönelik yapılmış çalışmalarda farmakolojik tedavilerin yanısıra psikoterapi ve psikoterapötik müdahale ve modelleri kullanılmaktadır. Bu psikososyal müdahaleler arasında en yaygın kullanılanları sigara bırakmak için yapılan bireysel ve grup danışmanlığı, stres yönetimi, sağlıklı yaşam alışkanlıklarına yönelik psikoterapötik müdahaleler, Bilişsel Davranışçı Tedaviler, davranış değiştirme ve farkındalığı artırmaya yönelik psikoeğitimler ve duygu kontrolüne yönelik psikososyal yaklaşımlardır. Son yıllarda yapılmış kanıt değeri yüksek ve farmakolojik tedavilerle birlikte yürütülen bazı psikososyal çalışmalar Tablo 1 de özetlenmiştir.

Tablo 1. Farmakolojik tedavilere ek olarak yürütülen psikososyal sigara bırakma tedavileri

Tedavi	Açıklama
Danışman eşliğinde klinik rehberlere göre yürütülen uzun süreli tedaviler	Klinik muayene ve telefon kontrolleri ile sigara bırakma rehberlerine göre danışman eşliğinde yürütülen, bırakma kitapçıklarıyla desteklenen tedaviler (8,29,30).
Kısa süreli tedaviler	Kısa süreli standard 5A, 5R, Motivasyonel Görüşme ve klinik uygulama rehberlerine dayalı yürütülen bireysel danışmanlık programları (31-33), Relaps önleme ve yüksek riskli durum önleme müdahaleleri (34,35).
Psikoeğitimsel Tedaviler	Motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanıldığı, bireysel olarak yapılan ve zaman sınırlı (4-8 hafta) görüşmelerle yürütülen; yoksunluk semptomlarını yönetme ve relaps önleme, problem çözme, bırakma öncesi ve sonrası hazırlık konularına odaklı tedaviler (21,36,37).
Bilişsel Davranışçı Tedaviler	Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT) tekniklere dayalı (38-40), telefon danışmanlığı (41); farmakolojik destekle birlikte bireysel danışmanlıkla yürütülen; bırakma için aktif plan, kendi kendini izleme, yüksek riskli durumları belirleme ve başa çıkma becerileri geliştirmeye dayalı tedaviler (42-45).
Duygu durumu ve ruh hali düzenleme odaklı tedaviler	İçme davranışını farketme ve bırakma çabalarıyla ilişkili olumsuz düşünceleri ifade etme (46,47); relaksasyon ve imajasyonla stres yönetimi programları (43,48); ruh halini kötüleştiren durumlar ve davranışların belirlenmesi, kaçınma davranışları ve ruminasyonun tanımlanması, günlük hoş aktivitelerin kendi kendine raporlanması ve sigara ile ilgili olmayan ödüllendirici aktivitelere katılım müdahaleleri (49), pozitif psikoterapi müdahaleleri (50) ve mindfulness odaklı tedaviler (51).

Tütün bağımlılığını tedavi etmek ve iyileştirmek için tek ve kesin bir tedavi mümkün olmadığı için bu tabloda özetlenmiş tüm çalışmalar değerlidir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre çok etkenli bir bağımlılık olan tütün bağımlılığının tedavisi konusunda çalışma ve araştırmalara devam edilmesi önerilmektedir (52,53). Genel olarak tütün bağımlılığının tedavisinde, farmakolojik ve psikososyal tedavilerin seçimi kişisel özellikler, sosyal çevre, fiziksel sağlık durumu, yaş, bağımlılık düzeyi gibi pek çok değişken gözönünde bulundurulmaktadır. Tütün bağımlılığı, kronik bir süreç olması nedeniyle iyileşme süreci de uzun zaman almakta ve yaşam tarzı değişikliği gerektirmektedir. Tütün bağımlılığının tedavi başarısı, hem bu değişkenlerin doğru ve uygun bir şekilde değerlendirilip tedavinin ona göre başlanmasına, hem de tedavinin uzun soluklu olup takiplerle sürdürülmesine, yani bireyin tedavide kalmasına bağlıdır (33,54). Kısa süreli uygulanan bırakma girişimlerinin başarısı sınırlıdır (53,55).

Tütün Kontrolünde ve Tütün Bağımlılığının Tedavisinde Hemşirelerin Olası Rol ve Sorumlulukları

Tütün bağımlılığı önlenabilir bir sorun ise milyonlarca insanın ölümü tütünden korunma ile gerçekleşebilir. Günümüzün modern ve teknolojik dünyasında henüz bu başarı elde edilememiş olmasına rağmen mücadele devam etmektedir. Ülkemiz DSÖ'nün tütün kontrolü için tavsiye etmiş olduğu çoğu uygulamayı yasalaştırarak kabul etmiş, Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesine uygun olarak önerilen MPOWER politikalarını uygulamaya başlamıştır. Tütün kontrol çalışmalarının önemli basamaklarından birisi olan tütün bağımlılarının tedavisi için Türkiye'de; sigara bırakma poliklinikleri, Alo 171 sigara bırakma danışma hattı, sigara paketleri görsel uyarıları, sigaranın sağlıkla ilişkili zararlarına ve bırakmaya yönelik kamu spotları, dumansız hava sahası uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Tütün İhbar Hattı (ALO 184) aracılığıyla Yeşil Detektör mobil uygulamaları gibi çeşitli çalışmalar yürütülmektedir (56).

Ulusal Kanser Birliğinin raporunda hemşirelerin diğer sağlık çalışanları ile birlikte sigara bırakma danışmanlığı yaptıklarında, sigara içenlerin sayısında önemli ölçüde azalabileceği çünkü sağlık ekibi içinde hemşire nüfusunun sayıca üstün olduğu bildirilmiştir (32,53). Bu nedenle hemşirelerin tütün kontrolü konusunda alacakları rol ve sorumluluklar toplum sağlığının korunmasında son derece önem arz etmektedir. Hemşirelerin DSM-5'de tanımlanmış olan tütün kullanım bozukluğu ve ilişkili sorunlarda alabilecekleri rol ve sorumluluklar şu alt başlıklarda sıralanabilir:

Tütün Kullanım Bozukluğunda Rol ve Sorumlulukları

Tütün kullanım bozukluğu, tütünün fiziksel ve psikolojik etkilerine karşı yoğun duyarlılık gelişmesi, tütünü elde etmeye ve kullanmaya yönelik yoğun arzu ve gereksinim duyulması, kullanımı sınırlandıramama, tütüne erişim engellendiğinde olumsuz duygular sergileme, tütün kullanımına bağlı davranışsal/mental ve bedensel sıkıntılar yaşama, işlevsellik alanlarında (örneğin sosyal, mesleki, medeni, okul ile ilişkili) sorunlarla karşılaşma olarak tanımlanmaktadır (57). Bu tanımlamaya göre tütün kullanım bozukluğu sorunu olan bireylerde hemşire öncelikle tütün kullanımı ile ilişkili öyküyü ayrıntılı almalıdır. Öyküde nikotin bağımlılık testlerinin yanı sıra, bireyin tütün kötüye kullanımının olup olmadığı (yani, tehlikeli kullanım, kullanımdan dolayı yükümlülükleri yerine getirememesi ve kullanım nedeniyle sosyal sorunlara rağmen devam eden kullanım gibi), içme miktarı, tütüne maruz kaldığı süre, tütün elde etmek için harcadığı zaman, ne tür tütün ürünü kullandığı, günlük tüketilen miktar vs araştırılmalıdır (12,13). Bu değerlendirmede kullanıcının geçmiş bırakma deneyimleri, kişilik özellikleri, dürtüsellik durumu ve bağımlılık düzeyi de yol gösterici olacaktır. Bu bilgilerle doğru bir öykü alma ve kişiselleştirilmiş bir bırakma süreci öngörmek mümkün olabilecektir.

Özellikle sigara söz konusu olduğunda kullanıcıların bırakma motivasyonlarının düzeyi birbirinden farklı olmaktadır. Bazı sigara kullanıcıları bırakmaya çok istekli ve yardım almaya hazırlıklı iken; diğerleri bırakmaya karşı isteksizlik ve direnç göstererek bırakmayı sürekli erteleyebilmektedir. Sigara bırakma temelde beş değişim aşamasından oluşan, belirli bir zaman ve çaba gerektiren bir süreçtir. Sigara bırakma aşamaları; niyet öncesi dönem (sigara bırakmanın düşünülmediği dönem), niyet dönemi (sigara bırakmayı düşünmeye başlama dönemi), sigara bırakmaya hazırlık yapma dönemi, sigarayı bırakma dönemi, nüks dönemi (tekrar

sigara içmeye başlama), yeniden sigara bırakmayı düşünmeye başlama ile sürüp giden aşamalarından oluşmaktadır. Sigara bırakma sürecinde yaşanan bu değişim aşamaları esnektir, bir aşamadan bir sonraki aşamaya ne kadar zamanda geçileceği değişkenlik göstermektedir. Değişime bilinçli ve iç motivasyonla başlama bireysel başarının önemli bir belirleyicisidir. Bu nedenle sigara bırakma sürecinde yardım isteyen bireylerin; bağımlılık düzeyi, bırakma ile ilgili duygu ve düşünceleri, bırakma aşaması, bırakma isteği, motivasyonu ve bırakma nedenleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (21,58).

Hemşireler bu tanıyı almış ve sigara bırakma konusunda isteksiz ve motivasyonu düşük olan bireylerle uluslararası klinik rehberleri dikkate alarak 5R yaklaşımı ile ele alabilirler (31,33,54). 5R yaklaşımına göre sigara kullanımı ve sağlık durumu ile ilişkili şikayetlerinin ilişkisinin kurulması ve bunun bireylerle konuşulması (Relevance), sigara ile almış olduğu risklerin anlatılması (Risk), eğer sigarayı bırakırsa elde edebileceği yararların ve ödüllerin açıklanması (Reward), sigara bırakmanın önündeki engellerin tanımlanması (Roadblocks) ve bu girişimlerin sık sık tekrarlanması (Repetition) önerilmektedir (54). Hemşireler tütün kullanım bozukluğu olan bireylerle bu aşamada motivasyonel görüşmeler yapabilirler. Bu görüşmelerde bireysel durum değerlendirmesi yaparak, tütünün zararlarının kişinin içinde bulunduğu durumu ilişkilendirerek açıklayabilir ve kullanıcıları bırakmak için cesaretlendirebilirler. Hemşireler sigara içmenin getireceği uzun ve kısa dönemli riskleri, sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararları açıklayabilirler. Ayrıca hemşireler sigarayı bırakmayı zorlaştıran; yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destek azlığı, içici bir çevreye sahip olma, tedavilerden haberdar olmama, stresi azalttığı yanılgısına sahip olma ve bırakırsa hasta olacağına inanma yanılgısına sahip olma gibi engelleri ve bu engelleri aşabilecek çözüm önerilerini sunabilirler.

Tütün Yoksunluğunda Rol ve Sorumlulukları

Tütün yoksunluğu tanımı, yüksek miktarlarda ve uzun süreli tütün kullanımına son verilmesini (ya da miktarın azaltılmasını) takiben (söz konusu süre 24 saattir) ortaya çıkan bozukluklar için kullanılmaktadır (12). Davranışsal/mental ve bedensel belirtiler/belirleyiciler ya da bulgular otonom sinir sistemi bozuklukları (örn., taşikardi, tansiyonda değişkenlik), nörolojik hastalık ve bozukluklar (örn., baş ağrısı), psikiyatrik bozukluklar (örn., sıkıntı, huzursuzluk, aşırı sinirlilik, kolay kızma, öfke, yeme isteğinde artma ya da azalma, bunaltı, uykusuzluk, depresif duygudurum) ve psikolojik sorunlar (örn., engellenmişlik duygusu, odaklanma güçlüğü, hatırlamada sorun) ile ilgilidir (13).

Tütün bırakmak isteyen ancak yukarıda belirtilen yoksunluk belirtilerini yaşadığını söyleyen bireylerde hemşireler Fagerström Nikotin Bağımlılığı testi gibi kolay uygulanabilen çeşitli nikotin bağımlılık düzeyi belirleme testlerini uygulayabilirler. Ardından tütün kullanıcısının bağımlılık düzeyini değerlendirip doktorun önerdiği farmakolojik tedavinin doğru şekilde kullanması, yoksunluk belirtilerinin hafifletilmesi ve relapsın önlenmesi konusunda ve sık takip sağlamada görev alabilirler. Tütünü yeni bırakmış kişilerde relaps önleme çalışmaları hemşireler tarafından aktif yürütülebilir. Örneğin tütün bırakma sürecinde; kayma, yeniden başlama ve relapsa yol açacak riskler, bırakmanın getirdiği yararlar, bırakmayı zorlaştıracak kişisel ve çevresel engeller konusunda bilgi vererek danışmanlık yapabilirler (59).

Nikotin yoksunluk belirtileri hayat kalitesini düşürdüğü için bireyi zorlayabilmektedir. Tütünü yeni bırakmış bir kişide ilk haftalarda yoğun daha sonra giderek azalan yoksunluk belirtileri görülebilir. Bu nedenle bırakmanın ilk günlerinde randevu sistemi ile sık sık bireysel görüşme planlayarak tütün bırakma danışmanlığı sürdürülmeli, bırakan kişinin yakın ve sigara içen sosyal çevresi içici ise onlardan yanında içmemeleri konusunda sosyal ve duygusal destek almaları önerilmelidir. Tütün bırakma süreci bir değişim gerektirdiği için bu dönemde zaman zaman dirençlerle karşılaşılabilir. Kullanıcılar bir yandan bırakmak isteyip öte yandan eski alışkanlıklarını sürdürebilirler. Bu durumlarda hemşireler, bireyin zıt duygular yaşadığı bu dönemin normal olduğunu bilerek, yaşanan çelişkileri dikkate alarak bu çelişkiyi büyütme yönelik motive edici görüşmeler yapabilirler. Bu amaçla hemşirelerin motivasyonel görüşme eğitimleri alıp danışmanlık becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Psikiyatri Hemşireleri Derneği tarafından bu tür eğitimler verilmektedir. Hemşireler bu eğitimlere katılıp sertifika alarak sahada bu çalışmaları aktif bir biçimde yürütebilirler (59).

Tütünle İlişkili Bozukluklarda Rol ve Sorumlulukları

Sağlık hizmeti sunulan kişilere rutin işlemleri yapılırken bir hemşirenin uygulayacağı 5A yaklaşımı oldukça yararlı olacaktır. Bu amaçla önce kişiye kullandığı tütün ürünü hangisi ise bırakmak isteyip istemediğinin sorulması (Ask); ve sonra sırasıyla bırakmasının tavsiye edilmesi (Advise); bırakma isteğinin değerlendirilmesi (Assist); bırakma girişimlerinin desteklenmesi (Assist); tekrar başlamanın önlenmesi için izleme alma (Arrange) yaklaşımını içeren kısa süreli bir danışmanlık yapılabilir (38). Hemşireler genel olarak tütün bağımlılığının tedavisinde tarama, sorun saptama, kısa müdahalelerde bulunma, tedavi ve relaps önleme gibi çalışmaları yapabilirler. Nitekim hemşireler tarafından yapılmış ve tütün bağımlılığının tedavisinde kullanılan çeşitli bilimsel çalışmalarda da buna işaret edilmektedir (1,21,53,55).

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanmış olan hemşirelik yasa ve yönetmeliğinde bağımlılık alanında ruh sağlığı hemşiresi için bakım verme rolünün yanı sıra danışman, konsültan, araştırmacı, yönetici, terapist gibi yeni yeni roller tanımlamış ve bu durum uzman hemşirelere yasal bir çerçeve sağlanmıştır (60). Ruh sağlığı hemşireleri bakım verme, tedavi sürecini destekleme ve sürdürmede bütüncül bir bakış açısıyla psikoterapi, psikobiyolojik müdahaleler, klinik denetim/danışmanlık ve danışmanlık-liyazon gibi ileri düzey işlevleri üstlenerek tütün kullanım bozukluğunun tedavisinde kritik bir öneme sahip olduklarını gösterebilirler. Ayrıca tütün bağımlılığının önlenmesinde tütün kontrol politikası ve yasalarının başlatılması ve desteklenmesinde aktif bir rol üstlenebilirler. Tütün kullanımının stres azaltma ve psikiyatrik semptom kontrolü için yaygın olarak kullanıldığı dikkate alındığında, ruh sağlığı hemşirelerinin toplumu tütün bağımlılığı ve tütünün ruh sağlığı üzerindeki etkileri konusunda doğru bir şekilde bilgilendirmeleri ve stres yönetimi konusunda çalışmaları önemlidir (61,62). Tütün bağımlılığı psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerde genel nüfusa oranla daha yüksektir bu nedenle hemşirelerin ruh sağlığı hizmetlerinde ihmal edilen bu konuya daha fazla dikkat etmeleri gerekmektedir (63-65). Psikiyatri yataklı servislerinde, günlük sigara kısıtlaması ve belli saat aralığında içilmesine izin verme şeklinde uygulamalar mevcuttur. Hemşireler hastaların sigara bırakmasının önemli olduğunu, ancak bu işi yapmanın kendi rutin görevleri olmadığını; hasta sigara bırakmak isterse onları destekleyebileceklerini düşünmektedirler. Oysa sigara bırakma tedavisi günlük tedavilerin bir parçası olarak görülmeli, hastanın isteğine bırakılmamalıdır. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, çeşitli uyarı sistemleri ve hastaların aktif katılabilecekleri faaliyetlere ağırlık verebilirler. Örneğin, resim ve el işi yapma, yürüyüş ve egzersiz yapma gibi aktivitelerin sayısını ve hastaların bunlara katılımını artırabilirler. Bu şekilde hastaların dikkatini sigaradan çeşitli işlere kaydırabilir ve iyileşmelerine katkı sağlayabilirler. Hemşirelerin bu konuda önemli bir potansiyel olduğu fark edilmeli ve sigara tedavisine katılmaları teşvik edilmelidir.

Diğer Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelerin tütün bağımlılığının iyileştirilmesi konusunda rol alabilecekleri görevlerden bir diğeri de nüks önleme çalışmalarıdır. Tütün bağımlılığının tedavi sürecinde nüks beklenen ve doğal bir durumdur. Bu nedenle etkili nüks önleme müdahalelerine ihtiyaç vardır. Hemşireler sigarayı yeni bırakmış biriyle karşılaştıklarında; kişiyi takdir etmeli, bırakma kararını pekiştirmeli, bırakmanın faydalarını gözden geçirmeli ve bırakmadan kaynaklanan herhangi bir kalıcı sorunun çözülmesine yardımcı olmalıdır. Tütün veya sigara bıraktıktan sonra sıklıkla ilk haftalarda veya aylarda bazen de aylar sonra nüks meydana gelme olasılığı yüksek olduğundan kısa müdahaleler nüks önlemek için oldukça önemlidir. Nüks önleme müdahaleleri; tüm bırakmalar için minimal uygulama ve bağımsızlığı sürdürme sorunları olan hastalar için reçeteli müdahaleler olarak iki grupta tanımlanmaktadır (8,54,55). Kısa süreli müdahalelerde tütün kullanımını yeni bırakanlarla her karşılaşmanın bir parçası olmalıdır. Bırakmış kişiler, başarısından dolayı tebrik edilmeli ve bağımlılıktan uzak kalması için güçlü bir şekilde teşvik edilmelidir.

Tütün kontrolü konusunda yapılacaklardan bir diğeri hekim ve hemşireler arasında tütün taraması yapıp, tütün bağımlılığını önleme ve tedavi etme girişimlerini başlatmaktır. DSÖ hemşirelere, birincil sağlık profesyonelleri grubunda olmaları nedeniyle hekimlerde olduğu gibi sigara bırakma danışmanlığında görev almalarını önermektedir (1). Bununla birlikte hekim ve hemşirelerde de sigara içme oranları beklenenin üzerindedir (65-67). Sigara kullanan bir sağlık profesyonelinin sigara bırakma danışmanlığı yapması inandırıcı ve ikna edici değildir. Sigara kullanan hekim veya hemşire, sigara bırakmaya çalışan danışanın

motivasyonunu düşürebilir ve bırakma konusundaki kararlılığın azaltabilir. Bu nedenle Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi'ni onaylayan ülkeler, kendi ülkelerindeki sağlık çalışanlarının sigara bırakmasını desteklemek ve takip etmekle yükümlü tutulmuşlardır. Üye ülkelerin bir kısmı bu sorumluluğu yerine getirmekte, yalnızca birkaç üye ülke ulusal sağlık sistemi üzerinden sistemi kurmuş, takibini yapmaktadır ve temel eğitime entegre etmiştir (65). Özellikle gelecek sağlık iş gücünün önemli bir parçası olan üniversite öğrencilik yılları bu anlamda oldukça önemlidir. Bazı çalışmalarda sağlık bilimleri ve tıp fakültelerinde ilerleyen sınıflarda derslerin yoğunluğu ve stres nedeniyle tütün kullanımının arttığı bildirilmiştir (68,69). Bu nedenle stres yönetimi konusunda daha fazla eğitim ve farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Özellikle Öğrencilik döneminde stres yönetimi ve duygu kontrolü, sağlıklı yaşam alışkanlıkları bilgi ve becerilerinin artırılacağı müdahaleler yapılmalıdır. Genel olarak, sağlık profesyonelleri, özellikle halk sağlığı hemşireleri tarafından, riskli grupların strese etkili bir şekilde başa çıkma yolları ve sigaranın zararları hakkında eğitilmesi, sigara içme yaygınlığının periyodik olarak izlenmesi, sigara içtiği belirlenen kişilere sigara bırakma danışmanlığı verilmesi ve sigara içmemeye yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi önerilmektedir (67,70,71). Hemşirelik eğitimi veren kurumlarda tütün kontrolü ile ilgili dersler yer almalı, tütün bağımlılığı ve tedavisi ile ilgili hemşirelik müfredatları, dünya çapında önenebilir olan bu hastalıkla mücadele etmek için güçlendirilmelidir.

Hemşirelere sağlık hizmeti sunma, sağlığı savunma ve bu konuda liderlik yapma bilinci okul yıllarında aşılmalıdır. Hemşirelik okullarında derslerin dışında eğitim, kültür ve sportif faaliyetlere ağırlık verilmelidir. Sigara bırakma konusunda standart yaklaşımlardan birisi olan 5A, 5R ve sigara bırakma danışmanlığı eğitimi lisansüstü psikiyatri hemşireliği eğitiminde zorunlu olmalıdır. Hemşirelik fakülteleri, tütün bağımlılığının önlenmesi ve iyileştirilmesi konusunu ders konularına ve müfredatlarına eklemelidir. Hemşirelik alanında çalışan akademisyen ve araştırmacılar kendi kurumlarındaki hemşireler tarafından sunulan sigarayı bırakma müdahalesinin kurum, hasta ve personel üzerindeki etkilerini araştırmalı, hemşire liderliğindeki sigarayı bırakma programlarını değerlendirmeli ve teşvik etmelidirler. Bu amaçla hemşireler sağlık bakanlığı ve üniversite bünyesinde yürütülen sigara bırakma eğitimleri ve sertifika programlarına katılmalı ve çalıştıkları birimlerde bunu kullanmalıdırlar. Ayrıca sağlık bakanlığı halk sağlığı uygulamalarında hemşireler, tütün önleme ve kontrolüne ilişkin politika faaliyetlerine dahil olmalıdırlar.

Ruh sağlığı hemşirelerinin tütün kontrolü ve tütün bağımlılığının tedavisi konusunda eğitime ihtiyaçları vardır. Bu amaçla ruh sağlığı hemşireliği meslek örgütlerinin ve üyelerinin de ulusal ve uluslararası tütün kontrol politikalarına, yasalarına sahip çıkmak ve desteklemek için aktif bir rol üstlenmeleri gerekmektedir. Sigara bırakma danışmanlığı için yeterli bilgi ve donanımına sahip, kanıtlanmış klinik rehberler kullanan, danışmanlık için yeterince yetkinlik kazanmış hemşireler; özellikle sigara bırakma hizmeti veren sağlık birimleri başta olmak üzere Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM), okullarda, hastanelerde, toplum ruh sağlığı, aile sağlığı merkezlerinde dahası sağlık hizmeti sunulan birimlerin tümünde sağlığı koruma ve geliştirme danışmanlığı yaparak tütün kontrolünde almaları gereken rol ve sorumluluklarını yerine getirmiş olurlar.

Sonuç

Tütün kontrolü için strateji ve politika geliştirmek, araştırmalar yapmak ve tütün bağımlılarının iyileştirilmesi için etkili müdahaleler geliştirmek toplum sağlığını iyileştirmek için kritik öneme sahiptir. Tütün bağımlılığının tedavi edilmesi multidisipliner yaklaşım gerektiren, uzun soluklu bir süreçtir. Tedavide kesin kanıtlanmış tek bir müdahale yoktur. Farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin birlikte kullanılması iyileşme başarısı için gereklidir. Tütün bağımlılığının tedavi edilmesi ve toplum sağlığının teşvik edilmesi için kanıt değeri yüksek bilimsel çalışmalar yapmaya devam edilmelidir. Tütün bağımlılığın iyileştirilmesinde bilgi düzeyi yüksek, güncel gelişmeleri takip eden, gönüllü ve yetkin hemşirelere, toplumun bilinçlenmesine ve etkin tütün kontrol politikalarına ihtiyaç vardır. Hemşireler tütün kontrolü çalışmalarında yer almalı, tütün bırakma danışmanlığı için eğitimler almalı ve ülkemize uyarlanacak tütün bağımlılığı rehberleri kullanarak çalıştıkları birimlerde rutin uygulamalarının içine bu görevleri yerleştirmelidirler. Sağlık ordusunun güçlü neferleri olan hemşirelerin bu konuda aktif sorumluluk alması, ülkemizin ekonomisine, halkın sağlığına, yaşam kalitesine ve gelecek nesillerin korunmasına katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. WHO. WHO 2023, Tobacco. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Accessed 20.06.2024).
2. Song, MA, Freudenheim JL, Brasky TM, et al. Biomarkers of exposure and effect in the lungs of smokers, nonsmokers, and electronic cigarette users, *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2020; 29(2): 443–451.
3. Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi: Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Küresel Gençlik Tütün Araştırması. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa, 2017.
5. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2018. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-planı.pdf> (Accessed 25.06.2024).
6. BEDAM, 2024, Tütün Kontrolü ve Sigara Bıraktırma Kursu, <https://bedam.baskent.edu.tr/saglik-bakanligi-onayli-sertifika-programi-tutun-kontrolu-ve-sigara-birakma-kursu-basariyla-tamamlandi/> (Accessed 25.10.2024).
7. Prochaska JJ, Benowitz NL. Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction. *Sci Adv* 2019; 5(10): eaay9763.
8. AHRQ 2012 Agency for Healthcare Research and Quality. Systems Change: Treating Tobacco Use and Dependence: Based on the Public Health Service (PHS) Clinical Practice Guideline-2008 Update. www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/tobacco/decisionmakers/systems/index.html December 2012 (Accessed 24.05.2024).
9. Levine A, Huang Y, Drisaldi B et al. Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine. *Sci Transl Med* 2011; 2(3): 107ra109.
10. Ling PM, Glantz SA. Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents. *Am J Public Health* 2002; 92(6): 908–916.
11. Buck JM, O'Neill HC, Stitzel JA. Developmental nicotine exposure engenders intergenerational downregulation and aberrant posttranslational modification of cardinal epigenetic factors in the frontal cortices, striata, and hippocampi of adolescent mice, *Epigenet Chromatin* 2020; 13(1): 13.
12. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD. 2016.
13. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5. Washington: American Psychiatric Association, 2013..
14. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. 3rd. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handb Exp Pharmacol* 2009; 192: 29–60.
15. Li X, Semenova S, D'Souza MS, et al. Involvement of glutamatergic and GABAergic systems in nicotine dependence: Implications for novel pharmacotherapies for smoking cessation. *Neuropharmacology* 2014; 76: 554–565.
16. George O, Ghosland S, Azar MR, et al. CRF-CRF1 system activation mediates withdrawal-induced increases in nicotine self-administration in nicotine-dependent rats. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 104(43): 17198–17203.
17. Ruffin L, Padden-Denmead M, Lewis JB Jr, et al. A Comparison of Haitian and American bachelor of science in nursing students' perceptions of cigarette smoking and e-cigarette use. *J Addict Nurs* 2022; 33(2): 95-102.
18. Heiny A, Walley S. The nicotine and tobacco epidemic among adolescents: new products are addicting our youth. *Curr Opin Pediatr* 2023; 35(4): 513-521.
19. Huey SW, Granitto MH. Smoke screen: The teen vaping epidemic uncovers a new concerning addiction. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020; 32(4): 293-298.
20. SB, 2024, 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11141/4207-sayili-tutun-urunlerinin-zararlarinin-onlenmesi-ve-kontrolu-hakkinda-kanunun-uygulanmasi-ile-ilgili-200944-sayili-bakanligimiz-genelgesi.html>. (Accessed 28.10.2024).
21. Kamlı S, Yüce D, Küçükçoban Ş, et al. Bir sigara bırakma polikliniğinde uygulanan psikoeğitimsel sigara bırakma programının etkinliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017; 20(4): 235-243.
22. Feigenbaum, JC. Pharmacological Aids to Promote Smoking Cessation. *J Addict Nurs* 2010; 21(2–3): 87–97.

23. Lindson N, Chepkin SC, Ye W et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst* 2019; (4): CD013308.
24. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: A network meta-analysis. *Circulation*. 2014; 129(1): 28–41.
25. Fiore MC, Jaen JR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. *JAMA* 2000; 283(24): 3244- 3254.
26. Hernández-Pérez A, García-Gómez L, Robles-Hernández R, et al. Addiction to tobacco smoking and vaping. *Rev Invest Clin* 2023; 75(3): 158-168.
27. Obert JL, McCann MJ, Marinelli-Casey P, et al. The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. *J Psychoactive Drug*, 2000; 32(2): 157-164.
28. Aryan N, Banafshe HR, Farnia V, et al. The therapeutic effects of methylphenidate and matrix-methylphenidate on addiction severity, craving, relapse and mental health in the methamphetamine use disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1): 72.
29. Lechner WV, Sidhu NK, Cioe PA, Kahler CW. Effects of time-varying changes in tobacco and alcohol use on depressive symptoms following pharmaco-behavioral treatment for smoking and heavy drinking. *Drug Alcohol Depend* 2019; 194: 173-177.
30. Weinberger AH, Pilver CE, Desai RA, et al. The relationship of major depressive disorder and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the US population. *Addiction* 2012; 107(10): 1847-1856.
31. Grossman J, Donaldson S, Lisa B, Oliver. RH. 5 A's Smoking Cessation with Recovering Women in Treatment, *J Addict Nurs* 2008;19(1): 1-8.
32. Miller W. Rollnick S. Motivational interviewing. In *Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 1991.
33. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD001292.
34. Garvey AJ, Kalman D, Hoskinson RA Jr, et al. Front-loaded versus weekly counselling for treatment of tobacco addiction. *Nicotine Tob Res* 2012; 14(5): 578-585.
35. Tomioka H, Sekiya R, Nishio C, Ishimoto G. Impact of smoking cessation therapy on health-related quality of life. *BMJ Open Respir Res* 2014; 1: e000047.
36. Lee EJ. Long-term effects of smoking cessation on depressive symptoms, resilience, coping skills, and serotonin. *Psychiat Q* 2019; 91(2): 263-271.
37. Rodríguez-Cano R, Lopez-Duran A, Del Rio EF et al. Smoking cessation and depressive symptoms at 1,3,6, and 12-months follow-up. *J Affect Disord* 2016; 191: 94-99.
38. Becoña E, Martínez-Vispo C, Senra C, et al. Cognitive-behavioural treatment with behavioural activation for smokers with depressive symptomatology: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2017;17.
39. Agarwal A, Das M, Jaiswal PL, Kashyap P. Behavioral therapy and pharmacotherapy: A case report on right approach for tobacco cessation. *J Can Res Ther* 2023;19(Suppl): S0.
40. Secades-Villa R, Gonzalez-Roz A, Vallejo-Seco G, et al. Additive effectiveness of contingency management on cognitive behavioural treatment for smokers with depression: six-month abstinence and depression outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2019; 204:107495.
41. Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019;5(5):CD002850.
42. Cinciripini PM, Robinson JD, Karam-Hage M et al. Effects of varenicline and bupropion sustained-release use plus intensive smoking cessation counselling on prolonged abstinence from smoking and on depression, negative affect, and other symptoms of nicotine withdrawal. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(5): 522-533.
43. Busch AM, Wagener TL, Gregor KL, et al. Utilizing reliable and clinically significant change criteria to assess for the development of depression during smoking cessation treatment: the importance of tracking idiographic change. *Addict Behav* 2011; 36(12): 1228-1232.
44. Haokip HR, Kumar R, Rawat VS, Kumar Sarma S. Efficacy of standard nicotine replacement therapy (NRT) versus video-assisted nurse-led NRT on tobacco cessation: A randomized controlled pilot trial *Clin Epidemiol Glob Health* 2021; 9: 141-146

45. Covey LS, Hu MC, Winhusen T, et al. Anxiety and depressed mood decline following smoking abstinence in adult smokers with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse Treat* 2015; 59:104-108.
46. Dedert EA, Resick PA, Dennis PA et al. Pilot trial of a combined cognitive processing therapy and smoking cessation treatment. *J Addict Med* 2019; 13(4): 322-330.
47. Avery N, Kenny AM, Kleppinger A, et al. Effects of varenicline, nicotine or placebo on depressive symptoms in postmenopausal smokers. *Am J Addict* 2014; 23(5): 459-65.
48. Segan CJ, Borland R, Wilhelm KA, et al. Helping smokers with depression to quit smoking: collaborative care with Quitline. *Med J Aust* 2011; 195(3): 7-11.
49. Berlin I, Chen H, Covey LS. Depressive mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. *Addiction* 2010; 105(12): 2209-2216.
50. Kahler CW, Spillane NS, Day A, et al. Positive psychotherapy for smoking cessation: treatment development, feasibility and preliminary results. *J Posit Psychol* 2014; 9(1): 19-29.
51. Lenz B, Eichler A, Schwenke E, et al. Mindfulness-based Stress Reduction in Pregnancy: an App-Based Programme to Improve the Health of Mothers and Children (MINDFUL/PMI Study). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78(12): 1283-1291.
52. Pine Abate H, McNeill A, Murray R, et al. Survey of tobacco dependence treatment services in 121 countries. *Addiction* 2013; 108: 1476-1484.
53. Sarna L, Bialous SA, Wewers ME, et al. Nurses, smoking and the workplace. *Res Nurs Health* 2005; 28(1) :79-90.
54. JCS Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation JCS 2010-Digest Version- *Circ J* 2012; 76:1024-1043.
55. Kamisli S, Oz F. Evaluation of a smoking cessation psychoeducational program for nurses. *J Addict Nurs* 2011;22(3):117-123.
56. Sağlık Bakanlığı, Tütün ve Madde Bağımlılığı ile mücadele, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele.html> (Accessed 01.08.2024).
57. Karakaş, S. Prof. Dr. Sirel Karakaş Psikoloji Sözlüğü: Bilgisayar programı ve veritabanı - www.psikolojisozlugu.com (sürüm: 5.2.0/2022) (Accessed 26.10.2024)
58. Erdoğan MM, Kocataş S. The prevalence of smoking among soldiers of the gendarmerie in a provincial center and affecting factors: A cross-sectional study from Turkey. *Arch Environ Occup Health* 2023; 78(6): 347-356.
59. Oflaz F, Yıldırım N. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara. 2020.
60. TC Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830ek.2%20ve%203>.(Accessed 10.05.2024).
61. Seng S, Otachi JK, Okoli CT. Reasons for tobacco use and perceived tobacco-related health risks in an inpatient psychiatric population. *Issues Ment Health Nurs* 2020; 41(2): 161-167.
62. Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25 :e2945.
63. Caponnetto P, Maglia M, Mangione M, et al. Smoking addiction in patients with schizophrenia spectrum disorders and its perception and intervention in healthcare personnel assigned to psycho-rehabilitation programs: a qualitative research. *Healthcare* 2022; 10(11): 2275-2285
64. Wye P, Bowman J, Wiggers J, et al. Providing nicotine dependence treatment to psychiatric inpatients: the views of Australian nurse managers. *J Psychiatr Ment Hlt* 2010; 17(4): 319-327.
65. Kutlu R, Demirbaş N. Üniversite personelinde tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı ve tütün kontrol yasasına uyumları. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 3(2): 62-68.
66. Martínez C, Castellano Y, Laroussy K, et al. Knowledge, attitudes, and training in tobacco dependence and cessation treatment among Nursing Students in Catalonia (ECTEC Study): cross-sectional study. *Int J Ment Health Addict* 2023; 21(2):1041-1056.
67. Topcu M, Zorlu S. Sağlık çalışanlarının nargile içme profilleri, nargilenin sağlığa olan etkilerine yönelik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Bağımlılık Dergisi* 2021; 22(4): 432-446.
68. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns* 2009; 74(1): 118-123.

69. Frank E, Carrera JS, Elon L, Hertzberg VS. Predictors of US medical students' prevention counseling practices. Prev Med 2007; 44(1): 76-81.
70. Cataldo JK. The role of advanced practice psychiatric nurses in treating tobacco use and dependence. Arch Psychiatr Nurs 2001;15(3):107-119.
71. Smith LM, Boehm L, Strang LV, DeMarre C, Marcyjanik D. Targeted education for school staff on electronic nicotine delivery systems: A Nurse Led Intervention. J Sch Nurs 2024; 40(2): 223-230.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was not required for this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

Bağımlılıkta Psikoterapi Kuramları

Theories of Psychotherapy in Addiction

Muhammed Yıldız ¹ , Lut Tamam ¹ 

1. Çukurova Üniversitesi, Adana

Abstract

Addiction, both substance addiction and behavioral addictions, is a phenomenon that affects individuals at increasing rates and at early ages, with devastating health, psychological and social effects. Fighting addictions, like other prevention activities, consists of primary, secondary and tertiary prevention activities. While the main thing in primary prevention studies is that the individual never encounters addiction, the aim of secondary prevention studies is to support the individual in the process of getting rid of addiction. One of the most important of these supports is psychotherapy studies carried out with addicted individuals. Psychotherapy involves the individual's ability to cope with his/her psychological problems, increase his/her psychological resilience against difficulties, improve his/her skills in coping with his/her problems, and become spiritually stronger in a holistic sense. In psychotherapies in the fight against addiction, therapeutic studies are carried out on the individual's ability to cope with substance use or behavioral addiction. In the studies to be carried out by mental health experts working in the field of addiction, knowing psychotherapy theories well and acquiring addiction-specific methods of these theories will help the psychotherapy processes to be successful. In this study, psychotherapy theories that are widely used today and have specific methods in combating addictions are examined. Psychotherapy theories are examined in four sections. The basic features of each theory, how it explains addiction, what it aims at in the psychotherapy process, and empirical studies in the literature are included. In this article, it is aimed for mental health professionals working in the field to combat addictions to gain a perspective on the case formulations they will use in psychotherapy studies.

Keywords: Addiction, substance abuse, behavioral addictions, psychotherapy

Öz

Bağımlılık, gerek madde bağımlılığı, gerekse de davranışsal bağımlılıklar olmak üzere, gittikçe artan oranlarda ve erken yaşlarda bireyleri etkileyen sağlık, psikolojik ve toplumsal açıdan yıkıcı etkilere sahip bir olgudur. Bağımlılıklarla mücadele, diğer önleme çalışmalarında olduğu üzere, birincil, ikincil ve üçüncül önleme çalışmalarından oluşmaktadır. Birincil önleme çalışmalarında esas olan, bireyin bağımlılıkla hiç tanışmaması iken ikincil önleme çalışmalarında amaç, bireyin bağımlılıktan arınma sürecinde destek verilmesidir. Bu desteklerin en önemlilerinden biri, bağımlı bireylerle gerçekleştirilen psikoterapi çalışmalarıdır. Psikoterapi, bireyin ruhsal problemleriyle baş edebilmesini, güçlüklerle karşı psikolojik sağlamlığını artırmasını, sorunlarıyla baş etme becerilerini geliştirmesini ve bütünsel anlamda ruhsal açıdan güçlenmesini içerir. Bağımlılıkla mücadele çalışmalarında yapılan psikoterapilerde, bireyin madde kullanımıyla veya davranışsal bağımlılığıyla baş edebilmesiyle ilgili terapötik çalışmalar yapılmaktadır. Bağımlılık alanında çalışan ruh sağlığı uzmanlarının yapacakları çalışmalarda, psikoterapi kuramlarını iyi bilmeleri ve bu kuramların bağımlılığa özgü yöntemlerini edinmeleri, psikoterapi süreçlerinin başarıya ulaşmasına yardımcı olacaktır. Bu çalışmada günümüzde yaygın olarak kullanılan ve bağımlılıklarla mücadelede spesifik yöntemlere sahip olan psikoterapi kuramları incelenmiştir. Psikoterapi kuramları dört bölümde incelenmiştir. Her bir kuramın temel özellikleri, bağımlılığı nasıl açıkladığı, psikoterapi sürecinde neyi hedeflediği ve literatürde yapılan ampirik çalışmalara yer verilmiştir. Bu makalede, bağımlılıklarla mücadelede sahada çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin psikoterapi çalışmalarında kullanacakları vaka formülasyonları için bir bakış açısı kazanmaları amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Bağımlılık, madde bağımlılığı, davranışsal bağımlılıklar, psikoterapi

Giriş

Madde bağımlılığı, bir ilacın veya maddenin amacı dışında kullanılması, kişinin söz konusu ilaca veya maddeye karşı geliştirdiği tolerans sonucunda kullanımının artması, bireyin yaşamında birtakım problemlere sebep olmasına karşılık ilacın veya maddenin kullanımının sürdürülmesi ve bu ilacı veya maddeyi kullanmayı azalttığına veya bırakmaya çalıştığına birtakım yoksunluk belirtilerinin belirmesiyle tanımlanabilir (1). Madde bağımlılığı, psikoaktif maddelerin kullanılmasıyla bireyin beyin işlevlerinin farklılaşması neticesinde gelişen bir bozukluktur. Bu süreçte maddelerin kullanımıyla birlikte beyindeki algı, biliş ve duygu süreçleri etkilenir. Yapılan çalışmalar, madde bağımlılığının biyolojik ve genetik faktörlere dayalı, tekrarlayan bir bozukluk olduğunu ortaya koymuştur (2).

İlk dönemlerde bağımlılık kavramından kastedilen, madde bağımlılığı iken günümüzde, bağımlılık kavramı sadece maddeyle ilişkili olmayan ve adına davranışsal bağımlılıklar denilen yeni bir kategoriye de kapsamaktadır (3). Davranışsal bağımlılıklar, bireyin zarar verici sonuçlarına rağmen durduramadığı, zorlayıcı ve tekrar eden davranışlar olarak ifade edilebilir (4). İnternet bağımlılığı ve alışveriş bağımlılığı gibi bazı türleri günlük yaşamın bir parçasıyken, kumar bağımlılığı gibi bazı türleri ise patolojik olarak değerlendirilmektedir (5). Madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabının beşinci baskısında (DSM-5) madde kullanımı ve bağımlılık ile ilişkili bozukluklar kümesi altında yer almıştır (6).

Bağımlılıkla ilişkili bozuklukların tedavisinde ilaç tedavileri ve psikososyal tedaviler yer almaktadır. İlaç tedavisinde, Metadon, Buprenorfin + Nalokson, Naltrekson, Nalmefene, Akamprosot, Disülfiram, Topiramet ve Antidepresanlar gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Psikososyal tedavilerde ise, bireysel görüşmeler, grup psikoterapisi, aile terapisi, kısa müdahaleler, kısa süreli terapiler, motivasyonel görüşme, matrix modeli, toplumsal pekiştireç yaklaşımı, minnesota modeli, ayıklık için güdüleme yöntemi, destekleyici ekspresif tedavi, iş desteği sağlamak, beceri ve meslek kazandırmak, eğitim desteği, barınma desteği, boş zamanların değerlendirilmesi, ekonomik destek, relaps önleme ve yaşam biçimini değiştirme gibi yöntemler bulunmaktadır (7).

Ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar, tıpkı sağlığın diğer alanlarında verilen hizmetlere benzerdir. Bu benzerlik, koruma ve önleme çalışmalarında da göze çarpar. Koruma ise birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak tanımlanabilir. Hastalığın ya da bozukluğun hiç olmaması için yapılan çalışmalar birincil koruma, hastalığı ya da bozukluğu erkenden teşhis ederek, müdahalenin gecikmeden yapılması ve bireyin bir an önce sağlığına kavuşması için yapılan çalışmalar ikincil koruma ve hastalık veya bozukluk sonucu oluşan yeti yitimlerini telafi etmeyi amaçlayan çalışmalar ise üçüncül koruma olarak tanımlanabilir (8). Bu kavramları bağımlılık perspektifinden değerlendirecek olursak, birincil koruma bireyin bağımlılık yapan maddelerle hiç karşılaşmaması veya karşılaştığı zaman hayır diyebilmesini sağlayıcı, aile eğitimleri, toplumsal farkındalık, okul temelli koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri ve eğitim-öğretim süreçleri gibi alanlarda yapılacak olan çalışmaları kapsamaktadır. İkincil koruma, bağımlılık sürecine yeni yeni girmeye başlayan bireyin henüz başlarda fark edilmesiyle beraber soruna erken müdahale edilmesi ve psikoterapi çalışmalarıyla gelişimsel psikolojik danışma ve rehberlik faaliyetlerini içerir. Üçüncül koruma ise bağımlılık tanısı almış ancak müdahale için geç kalınmış bireylere Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM), Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) ve Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) gibi rehabilitasyon merkezlerinde uygulanan bağımlılık tedavisi çalışmalarını kapsamaktadır. Bu üç düzeyi bir piramide benzetecek olursak, en temelde birincil koruma, ortada ikincil koruma ve en üstte ise üçüncül koruma yer almaktadır. Birincil korumadan üçüncül korumaya doğru riskler artmakta ve çalışmaların bireyi sağlıklı bir duruma geri döndürme olanağı da azalmaktadır. Dolayısıyla ruh sağlığı alanında ve spesifik olarak bağımlılık çalışmalarında esas olan, mümkün olduğu kadar birincil koruma veya geç kalınmış durumlarda ikincil koruma çalışmalarının yapılmasıdır. Bağımlılık çevresel, bireysel, ailesel, akran etkisi ve genetik yatkınlık gibi birçok faktörün neden olduğu bir tablodur (9). Yapılacak olan önleme çalışmalarında bu faktörlerin hiçbirinin etkisi göz ardı edilmemelidir.

Alkol ve madde kullanan bireylerde erken tanı ve değerlendirme, kişileri bağımlılıktan başarılı bir biçimde korumaktadır (10). Dolayısıyla koruma ve önleme çalışmalarında bireylere verilecek olan psikososyal destekler kapsamında riskler azaltılabilir. Bu desteklerden de en önemlilerden bir tanesi psikoterapilerdir. Bağımlılıklarla mücadele konusunda çalışan ruh sağlığı profesyonelleri, bu psikoterapi kuramlarının teorilerini kavrayarak ve tedavi kılavuzlarını uygulayarak bağımlı olgulara yardım edebilirler. Psikoterapi, bireylerin algı, duygu, tutum ve davranışlarını istendik bir biçimde değiştirmeleri ve içinde bulundukları ruhsal problemlerden kurtulmaları için psikolojideki kuramları temel olarak almış klinik uygulamaların amaca dönük bir biçimde uygulanmasıdır (11). Psikoterapilerde temel hedef, bireye sorunlarının çözümünde yardım etmek olsa da her terapi yaklaşımının insana, ruhsal problemlere ve tedaviye bakış açısı birbirinden farklıdır. Bu farklı bakış açıları psikoterapi alanında birçok ekolü doğurmuştur. Psikoterapi kuramları, depresyondan, anksiyete bozukluklarına, panik ataktan, obsesif kompulsif bozukluklara birçok ruhsal hastalığa ilişkin terapi protokolleri ve vaka formülasyonları ortaya koymuşken elbette bağımlılık alanında yapılan psikoterapilerde de bu kuramların etkisi bulunmaktadır.

Bu çalışmada, bağımlılık alanında kullanılan psikoterapi kuramlarına değinilmiştir. Her bir ekolün, ruhsal bozukluklara bakış açısı ve bağımlılık terapisi sürecindeki formülasyonları ve tedavi yaklaşımları incelenmiş olup aynı zamanda bu ekollerle yapılan terapi çalışmalarının etkililiğiyle ilgili araştırmalara yer verilmiştir. Bu çalışmaların etkililiği değerlendirilirken, bağımlıdaki azalmada; maddeden arınık olma, aşermenin önlenmesi, nüksün önlenmesi, hayat kalitesinin ve işlevselliğin artması kriterleri dikkate alınmıştır. Literatür incelendiğinde bağımlılıkların tedavisinde psikoterapi kuramlarıyla ilgili tekil çalışmalar mevcuttur. Ancak psikoterapi kuramlarının tamamına yakınının bir bütün olarak bağımlılıkların tedavisindeki önemi ve bu kuramların tedavi sürecinde nasıl kullanıldığıyla ilgili kapsamlı çalışmalara rastlanmamıştır. Bağımlılıklar da aynı diğer psikopatolojiler gibi etiyolojisi, epidemiyolojisi, komorbiditesi ve tedavisi olan ruhsal bozukluklardır. Diğer ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemlerinin bağımlılıkların tedavisinde de uygulanması ve bu çalışmaların sonuçlarının alanda çalışan profesyonellere sunulması gerekmektedir. Bu makale, bağımlılıklarla mücadelede sahada çalışan ruh sağlığı profesyonelleri için bir tedavi kılavuzu niteliğinde kaleme alınmıştır. Bu çalışmanın bağımlılıkların tedavisinde, geleneksel tedavilerin yanına psikoterapi yaklaşımlarının da eklenmesi için uzmanları motive edici bir rolü olacağı umulmaktadır.

Bağımlılıkta Psikodinamik Terapi

Psikodinamik terapinin tarihi, Sigmund Freud'un psikanalizi kurmasına dayanır. 'Psikodinamik' teriminden kasıt, hasta ve terapist arasındaki etkileşim sürecidir. Terapinin amacı, hastayı hem semptomlar hem de kişilerarası ilişkilerde problemlere yol açan nevrotik çatışmalardan kurtarmaktır. Psikodinamik kuram, neden öyle davrandığımız ve neden aynı hataları tekrarladığımız sorusunun cevabının bilinçaltı süreçlerin ortaya çıkarılmasıyla bulunabileceğini iddia etmektedir (12). Psikodinamik terapi, Sigmund Freud'un ego psikolojisi olarak bilinen klasik yaklaşımı temelinde ilişkisel, kişilerarası ve kendilik psikolojisi gibi güncel kuramları da kapsayan şemsiye bir terimdir (13). Psikodinamik ve psikanalitik terapilerin kökleri, Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott ve diğerlerinin çalışmalarına dayanmaktadır. Terapi, terapist ve hasta arasındaki aktarım ilişkisine odaklanmıştır. Psikodinamik terapi, bireylerin kendileri, bilinçaltı arzuları, motivasyonları ve çatışmaları hakkında daha derin bir farkındalığa ulaşmalarına yardım eder. Bu farkındalıkla birey, kendine yardımcı olmayan ve zarar veren kalıpları tekrarlamama seçeneğini elde eder (14).

Psikodinamik terapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bağımlılığın bir özdüzenleme bozukluğu olduğudur. Bireyin eksiklikleriyle ilgili acı ve ıstıraplarını hafifletmek isteği, ne yazık ki onu bağımlılık yapan maddeleri kullanmaya iter. Bağımlı birey, alkol ve uyuşturucular yoluyla, anhedoni ve disfori yaşayarak, dayanılmaz acı verici duygusal durumları hafifletmeye çalışır (15). Bağımlılıklar, bireyin yaşamın güçlüklerine karşı özel olarak geliştirdiği bir adaptasyon, travmatik duyguları kendi kendine tedavi etme girişimi, özdüzenleme problemleri ve kişiliğin organizasyonundaki bozukluk olarak tanımlanmaktadır (16). Psikodinamik terapi, terapötik ilişki yoluyla bağımlı bireyin benzersiz insanlığını keşfetmeyi ve geliştirmeyi amaçlar. Tedavide koşulsuz kabul, empati, nezaket ve dürüstlük önemlidir. Terapide, bağımlılığa yol açan

özdüzenleme zafiyeti giderilir, sahte benlik kavramı gerçek benliğe dönüştürülür ve kişiyi etkileyen derin psikik yaraların iyileşmesi için fırsatlar sağlanır (17).

Psikanalitik terapi, opiyat bağımlılığını, bireyin yatışabilmesi, yoğun depresyonla başa çıkabilmesi, kendini kabul etmeyen ve değersiz olduğu düşüncelerine sevk eden zalim, sert, aşırı cezalandırıcı ebeveyn standartlarından kurtulabilmesi ve saldırgan dürtülerin ortaya çıkmasını engelleyebilmesi için başvurduğu bir savunma olarak tanımlamaktadır. Klinik ve ampirik araştırmalar, opiyat bağımlılarının çoğunda şiddetli kişilik bozukluğu ve yoğun depresyon olduğunu göstermektedir. Opiyat bağımlıları depresyon ve/veya kaygıyı kontrol etmek yerine acıdan ve stresten uzaklaşıp kendi kendilerine yarattıkları görece mutluluk deneyimlerine yönelirler (18). Jerry'nin (19) çalışmasında 23 yaşında kokain bağımlısı bir kadın danışan psikodinamik terapi ile başarılı bir biçimde tedavi edilmiştir. Mooney ve arkadaşlarının (20) çalışmasında, kumar oynama bozukluğu tedavisi için bilişsel davranışçı terapiye yanıt vermeyen bir grup hastaya (N=72) psikodinamik terapi uygulanmıştır. Sonuçlar, depresyonda, anksiyetede ve kumar oynama şiddetinde anlamlı bir azalma olduğunu ortaya koymuştur.

Bağımlılıkta Motivasyonel Terapi

Motivasyonel Terapi, Miller tarafından geliştirilmiş olup ikilemi araştırıp çözerek, bireyin değişim için içsel motivasyonunu arttırmayı amaçlayan, danışanı yönlendirici ve onu merkeze alan bir yöntemdir. İlk bağımlılık tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Bağımlılık sürecinde danışan ambivalans duygular yaşar. Hem bağımlılıktan kurtulmak ister hem de bağımlılık yapıcı maddeleri veya davranışları sergileyerek haz almayı devam ettirmek ister. Bu ambivalans durum tedavinin en önemli engellerinden biridir. Motivasyonel terapide ilkin terapist danışana empati göstererek onu koşulsuz kabul eder. Ardından danışanın hâlihazırda bulunduğu yerle olmak istediği hedef arasındaki çelişki ortaya konur. Bu çelişki de danışanın harekete geçmesi için bir motivasyon aracı olarak kullanılır. Süreç içerisinde danışanla zıtlaşmamak da önemlidir. Danışanın bu değişimi başarıyla gerçekleştireceğiyle ilgili yeterliğine terapistin de inanması önemlidir (21).

Motivasyonel terapinin özü, danışanın değişim sürecine girmesidir. Bu sürecin basamakları incelendiğinde, farkındalık öncesi aşamada birey için herhangi bir hedef yoktur. Niyet aşamasında birey yaşamında bir şeylerin farklılaşması gerektiğine inanmaya başlar. Hazırlık aşamasında birey bu süreç için hazır olduğuna inanır. Eylem aşamasında birey inisiyatif kullanmaya başlar. Nüks aşamasında ise süreç, zaman zaman tekrar başa dönmektedir. Önemli olan danışanın başarısız girişimlerden sonra tekrardan toparlanarak süreci yeniden başlatmasıdır (22). Motivasyonel terapilerin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bağımlı bireyin içinde bulunduğu sıkıntılı durumdan kurtulmak, maddeden arınmak ve eski sağlıklı günlere dönebilmek için gereken motivasyonu bulamamasıdır. Madde kullanımı sürecinde bağımlı bireylerin maddeyi bırakmak için yeterince çaba gösterememesi veya maddeyi bıraktıkları dönemlerde verdikleri bu kararda sebat etmemeleri, bağımlılık sürecinde bir kısır döngüye yol açmaktadır. Dolayısıyla bu süreçte önemli olan, değişim için güçlü bir motivasyona ve bu değişimi gerçekleştirebilecek özyeterliğe sahip olmaktır. Erol ve Erdoğan'ın (23) lisede öğrenim gören, sigara bağımlısı 275 ergenle yürüttüğü motivasyonel görüşme temelli çalışmasında, motivasyonel görüşme yapılan öğrencilerin %40-55 arasının sigara bağımlılığında azalma olduğu saptanmıştır. Lindson-Hawley ve arkadaşlarının (24) çalışmasında, tütün bağımlılığıyla ilgili 1997-2014 arasında yapılmış 28 araştırma incelenmiş olup motivasyonel görüşme yöntemiyle yapılan çalışmaların diğer çalışmalara kıyasla sigarayı bırakmada etkisinin anlamlı bir biçimde daha fazla olduğu saptanmıştır.

Bağımlılıkta Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi, 1970'li yıllarda Beck ve Ellis öncülüğünde ortaya çıkan bir psikoterapi kuramıdır. Bu kuram düşüncelerimizin, ne hissettiğimiz ve nasıl davrandığımızı şekillendirdiğini ifade etmektedir. Kuramda bilişsel yapı kavramı vurgulanır. Bu kavramın özü, otomatik düşünceler ve şemalardır. Şemalar, bilişsel yapının en derinlerinde yer alan yapılardır. Şemalar ara inançlar ve temel inançlardan oluşmaktadır. Bilişsel yapının en yüzeyinde otomatik düşünceler yer almakta, bunu ara inançlar ve en altta yer alan temel inançlar izlemektedir. Kuram, bireye güçlük oluşturan durumlara eşlik eden olumsuz otomatik düşüncelerle

ilgilenmektedir. Bireyin yaşadığı olaylarla ilgili düşünceleri onun nasıl hissedeceğini ve duygularını belirlemektedir. Bilişsel davranışçı terapi, temel olarak olumsuz otomatik düşüncelerin ve mantıkdışı inançların değiştirilmesiyle bireyin olumsuz duygulanımdan kurtulacağı ve sağlıklı bir düşünce sistemini elde edeceğini iddia etmektedir (25).

Bilişsel davranışçı terapi'nin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısında, bireyin maddelerin keyif verdiği ve yalnızlığı giderdiği gibi irrasyonel birtakım inançlarla maddeyi kullanmaya başlama ve sürdürme girişimlerinde bulunduğunu ortaya koymaktadır. Kullanılan maddelere yapılan hatalı olumlu atıflar, bireyde madde kullanımını pekiştirmektedir. Bilişsel davranışçı terapideki amaç, bireylerin zararlı maddelerle ilgili gerçekçi inançlara sahip olması ve maddelerin zararlarını fark ederek hatalı bilişlerini değiştirmeleridir (26). Yeşildal ve arkadaşlarının (27) ortalama yaşları 38.79 olan sigara bağımlısı 130 kişiyle yaptıkları çalışmada, bir yılın sonunda tedavinin başarı oranının %28-62 arasında olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bilişsel davranışçı terapi temelli bu çalışmanın sigara bağımlılığı tedavisi için başarılı olduğunu ortaya koymaktadır.

Erden ve Hatun'un (28) çalışmasında 14 yaşında, internet bağımlısı bir kız ergenle yapılan bilişsel davranışçı terapi sonucunda danışanın bağımlılık düzeyinin azaldığı, interneti daha sağlıklı kullanmaya başladığı ve danışanın hem okul başarısında hem de sosyal yaşamında olumlu anlamda ilerlemeler kaydettiği saptanmıştır. Morgan ve arkadaşlarının (29) çocukluk ve/veya yetişkinlikte birden fazla travma yaşayan ve eş zamanlı travma sonrası stres bozukluğu olan ayaktan madde bağımlılığı tedavisine kayıtlı 353 kadınla yürüttüğü bilişsel davranışçı terapi temelli çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin alkol ve kokain kullanımının ve bu maddelerden kaynaklanan semptomların azaldığı saptanmıştır. Easton ve arkadaşları (30) tarafından Amerika'da tutuklu 63 erkekle yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı terapi grubundaki bireylerin daha az kokain kullandığı ve daha az saldırganca davrandıkları saptanmıştır.

Bağımlılıkta Şema Terapi

Şema Terapi, Jeffrey E. Young (1990) tarafından kişilik bozukluklarının tedavisi için geliştirilmiştir. Kuramın temelinde erken dönem uyumsuz şemalar kavramı yer almaktadır. Bireyin evrensel temel duygusal ihtiyaçlarının sağlıklı bir biçimde karşılanmaması sonucunda oluşan bu şemalar, katı ve değişime karşı dirençlidir. Bu şemalar normal dönemlerde uykuda olmasına rağmen organizma bir güçlükle karşılaştığında aktive olur. Sağlıklı baş etme biçimlerinin ve sağlıklı modların kullanılmaması durumunda bireylerde patolojilere yol açar (31). Şema terapisinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısında, şemayla sağlıksız başa çıkma ve sağlıksız modların kullanımı yer almaktadır. Bireylerin aktive olan erken dönem uyumsuz şemaları karşısında şemalarından kaçınmaları, şemayı aşırı telafi etmeleri ve şemalarına teslim olmaları bireyleri bağımlılığa yatkın hale getirmektedir. Ayrıca kızgın çocuk, dürtüsel çocuk ve incinmiş çocuk modları, cezalandırıcı ve talepkâr ebeveyn modları ve kaçınan, aşırı telafici ve teslimci modları bireyleri bağımlılığa sürüklemeye potansiyeline sahip modlardır. Dolayısıyla Şema Terapi temelli psikoterapi uygulamalarında bağımlılık ile çalışan terapistlerin temel amacı, bireylerin şemalarının iyileştirilmesi, şemaları karşısında sağlıklı başa çıkma yollarının kullanılmasının öğrenilmesi ve sağlıklı erişkin ve mutlu çocuk modlarının güçlenmesini sağlamaktır.

Shorey ve arkadaşlarının (32) çalışmalarında genç yetişkin erkek madde bağımlılığı tedavisi arayan (18-25 yaş) (N=101) gruba, klinik olmayan bir erkek üniversite öğrencisi grubu (N=175) erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, madde bağımlısı olan grubun 18 erken uyumsuz şemadan 9'unda klinik olmayan gruba kıyasla daha yüksek puanlar aldığını ortaya koymuştur. Ayrıca yetersiz özdenetim şemasının bireylerde madde kullanım bozukluğu açısından risk faktörü olabileceği saptanmıştır. Aksoy ve Ünübol'un (33) ergenlerle gerçekleştirdiği çalışmasında, internet bağımlılığı ile erken dönem uyumsuz şemalardan kusurluluk, yetersiz özdenetim ve boyun eğcilik şemaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Brotchie ve arkadaşlarının (34) çalışmasında, alkol ve opiyat bağımlısı bireylerin bağımlı olmayan gruba kıyasla erken dönem uyumsuz şemaların 11'inde diğer gruptaki bireylerden yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Razavi ve arkadaşlarının (35) 205 kişiyle yaptığı ve bağımlı örneklem ile bağımlı olmayan örneklem arasında erken dönem uyumsuz şemalar açısından kıyaslandığı çalışmada, bağımlı bireylerin duygusal yoksunluk, kendini feda etme, duygusal engelleme, yüksek standartlar, yetersiz öz kontrol/öz

disiplin ve iç içe geçme, hastalığa karşı savunmasızlık ve duygusal yoksunluk şemalarında diğer gruba kıyasla daha fazla puan aldıkları saptanmıştır. Derebaşı ve Karaaziz'in (36) çalışmasında madde bağımlılığı olan bireylerde şema terapinin etkililiği incelenmiştir. Literatür taraması sonucunda dört çalışma değerlendirilmiştir. Sonuçlar, şema terapinin madde bağımlılığının tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur.

Bağımlılıkta Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve Kararlılık Terapisi, Steven Hayes tarafından geliştirilmiştir. Ruhsal acı, varoluşun gerçeklerinden biridir. Kabul ve kararlılık terapisi, psikopatolojilerin kökeninde yer alan asıl nedenin, bireyin ruhsal acıdan yoğun bir biçimde kaçınması ve bu acıları kontrol etme çabası olduğunu iddia etmektedir. Birey acıdan kaçınırken veya acıyı kontrol etmeye çalışırken içinde yaşadığı andan ve dış gerçeklikten uzaklaşmaktadır. Bu durum bireyin uyumlu davranış sergilemesini engellemektedir (37). Kabul ve kararlılık terapisi, düşünce ve duyguların kabul edilmesi, kişinin değerlerine bağlı bir eylem seçmesi ve son olarak harekete geçmesini içeren üç adımı temel alır. Bu terapi yaklaşımında, bireye itici gelen duygular ve düşünceler olduğu gibi kabul edilmelidir. Bireyin kendini rahatsız eden duygu ve düşüncelerle mücadele etmemesi, bunun yerine kendi yaşamı üzerindeki etkisini azaltmaya çalışması gerekmektedir. Terapi, özünde yaşamın sadece mutlu anlardan ibaret olmadığı, yaşamın içerisinde hayal kırıklıklarının, kişilerarası çatışmaların, başarısızlıkların ve hüznlerin de olabileceğini kabul eder. Terapi sürecinde danışanın ruhsal belirtileri azaltılmaya çalışılmaz aksine anlamlı ve değerli eylemler gerçekleştirebilmesi için danışan cesaretlendirilir. Terapide danışanların esneklik düzeyleri artırılmaya çalışılır. Dolayısıyla bireyin esnek olabilmesi demek, olumsuz deneyimlere de hazır olabilmesiyle mümkündür. Terapi sürecinde altı aşama önemlidir. Bunlar; anda olmak, değerler, harekete geçme, kendinelik, ayrışma ve kabuldür (38).

Kabul ve kararlılık terapisinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bağımlı bireylerin acıdan kaçınmak için girdikleri sürecin, bağımlılıkla sonuçlanması ve bilişsel esneklerinin zayıflıkları sonucunda değişim için harekete geçememeleridir. Bağımlılık sürecinde birey acıdan kaçınmak, hayal kırıklıklarının üstesinden gelmek, arkadaş ortamına girememekten kaynaklı sıkıntılarını gidermek, mesleki ve ekonomik anlamda edindiği acı tecrübelerinden vs. birçok problemten dolayı bir maddeye veya bir davranışa başvurmaktadır. Bağımlı bireyler şimdi ve buradaya odaklanmadıkları ve madde alımları için hep bir mazeret bulabildikleri için terapide birey, içinde yaşanan ana getirilmeye çalışılır. Değerler oluşturularak maddeyi kullanmayı kendi değer yargılarına zıt görmesi sağlanır. Bırakmak için harekete geçecek motivasyona kavuşması sağlanır.

Luoma ve arkadaşlarının (39) çalışmasında, 8 günlük bir yatılı bağımlılık tedavi programındaki hastalara (N=133), Kabul ve kararlılık terapisine dayalı grup temelli bir müdahale uygulanmıştır. Deney grubuna katılanlar daha az gün madde kullanımı ve takipte tedaviye daha fazla katılım göstermişlerdir. Bahrami ve Asghari'nin (40) araştırması, metamfetamin bağımlısı 48 kişiyle yürütülmüştür. Kabul ve kararlılık terapisinin metamfetamin kullanıcılarında bağımlılık şiddeti üzerindeki etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. Sonuçlar, terapinin tıbbi durum, mesleki durum, alkol kullanım durumu, madde kullanım durumu, yasal durum, aile durumu ve psikolojik durum olmak üzere yedi boyutta bağımlılık şiddetini azalttığını göstermiştir.

Bağımlılıkta Diyalektik Davranışçı Terapi

Diyalektik Davranışçı Terapi, Marsha M. Linehan tarafından borderline kişilik bozukluğunun tedavisi için geliştirilmiştir. Diyalektik davranışçı terapi, değişim ve kabulü birleştiren bir diyalektiği bünyesinde barındırmaktadır. Tedavi süreci, hastanın tüm acı verici deneyimleri ortadan kaldırma arzusunun, hayatın kaçınılmaz acısını kabul etme yönündeki karşılık gelen çabayla dengeleme üzerine bina edilmiştir. Diyalektik davranışçı terapi, bireysel terapi, grup beceri eğitimi, telefon danışmanlığı ve terapist konsültasyonunu içerir. Terapinin hedefleri; bilinçli farkındalığı artırmak, duygu düzenleme becerileri kazandırmak, güçlülere toleransı artırmak ve kişilerarası alanda etkililik kazanmayı amaçlamaktadır (41).

Diyalektik davranışçı terapide duygu düzenleme kavramı kuramın temellerinden biridir. Duygu düzenlemede yaşanan güçlükler bireyleri, intihar girişimi, patolojik yeme ve madde kullanımı gibi birtakım irrasyonel baş etme tutum ve davranışlarına sevk edebilmektedir. Dolayısıyla diyalektik davranışçı terapi, bağımlılığı duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerle ilgili gösterilen bir reaksiyon olarak görmektedir (42). Duygu düzenlemede güçlük, hem bağımlılığa katkıda bulunabilir hem de bağımlılığın bir sonucu olabilir (43). Madde kullanım bozukluğu olan kişiler, madde kullanım bozukluğu olmayan kişilere göre duygu düzenlemede daha fazla güçlük çekmektedir (44). Peri ve arkadaşlarının (45) çalışmasında, 26 çalışmanın meta analizi yapılmış ve duygu düzenleme becerileri içeren müdahalelerinin çoğunda, madde kullanımında azalma ve duygu düzenlemesinde iyileşme saptanmıştır. Terapi sürecinde yasadışı uyuşturucular ve reçeteli ilaçlar da dâhil olmak üzere, reçetesiz alınan yasal uyuşturucuların kötüye kullanımının azaltılması, yoksunlukla ilişkili fiziksel rahatsızlığın hafifletilmesi, kötüye kullanma dürtülerinin azaltılması, uyuşturucu bağımlılığına yol açan davranışların azaltılması, yeni arkadaşlıklar kurma, eski arkadaşlıkları canlandırma, sosyal/mesleki faaliyetlerde bulunma gibi sağlıklı davranışların kazandırılması amaçlanmıştır (41).

Cavicchioli ve arkadaşlarının (46) çalışmasına, birincil tanısı alkol kullanım bozukluğu olan 186 kişi (110 erkek; 76 kadın) dâhil edilmiştir. Bireylerde bağımlılık davranışlarının tedavisi için diyalektik davranış terapisi beceri eğitiminin etkisi incelenmiştir. Sonuçlar, klinik değişkenlerin önemli ölçüde iyileştiğini ortaya koymuştur. Warner ve Murphy'nin (47) çalışmasında, diyalektik davranış terapisi beceri eğitiminin, madde kullanım bozuklukları için bağımsız bir müdahale olarak uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Sonuçlar, madde kullanımının azaltılması ve duygu düzenlemesinin iyileştirilmesi için diyalektik davranış terapisi beceri eğitiminin kabul edilebilir ve uygulanabilir olduğunu göstermiştir. Maffei ve arkadaşlarının (48) çalışmasında, diyalektik davranışçı terapinin, alkol bağımlısı hastalar için yoksunluk süresi ve duygu düzenlemedeki etkisi incelenmiştir. Sonuçlar, tedaviyi tamamlayan 157 hastadan %73.2'sinin iyileştiğini ortaya koymuştur.

Bağımlılıkta Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi

Farkındalık temelli bilişsel terapi, tekrarlayan majör depresyonda nüksü azaltmak için Kabat-Zinn ve meslektaşları tarafından geliştirilmiştir (49). Farkındalık temelli bilişsel terapi, bireylerin farkındalıklarını artıran birtakım tekniklerin kullanıldığı bir terapi yaklaşımıdır. Meditasyon, duygu düzenleme, dikkat düzenleme, maruz bırakma gibi yöntemlerle tüm bedensel duyular gözlemlenir (50). Bireyin yaşadığı duygulara dönük farkındalığının olması, kişinin kendine dönük bilinçli bir farkındalığın oluşması sonucunda kişi, kendi beklentilerini ve benliğindeki gücü de fark edecektir (51). Kişinin benliğine yabancılaşması, bedeni ve ruhu üzerindeki kontrolünü yitirmesi üzerine kişi, bedenindeki ve ruhundaki duyuları yitirecek ve o anda ne olduğuyla ilgili bir farkındalığı olmayacaktır.

Farkındalık temelli bilişsel terapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bireylerin maddeyi bırakma sürecinde yaşadıkları yoksunluk belirtileri, bedensel ve psikolojik yoksunlukları sonucunda oluşan kaygı, stres, aşırı sinirlilik gibi duygudurumların bireyi tekrar madde kullanmaya sevk etmesidir. Dolayısıyla bu terapilerde kazanılacak olan duygu düzenlemeyle bireydeki olumsuz duygudurumlar ve maddeyi bıraktıktan sonra yaşanan sıkıntılar önlenmiş olacaktır. Kişi kazandığı becerilerle kendinde oluşan bu olumsuz duyguları yönetebilir. Madde kullanan bireylerde saldırgan davranışlar, aniden heyecanlanma ve içe dönüklük gibi birtakım problemler görülmektedir. Farkındalık temelli bilişsel terapilerle bireylerin bu tarz olumsuz durumlar içerisine girmeleri de önlenmiş olacaktır (52).

Bowen ve Marlatt'ın (53) çalışmasında, farkındalık temelli bilişsel terapinin sigarayla ilgili istekler ve davranışlar üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmaya sigarayı bırakmakla ilgilenen ancak şu anda bir bırakma programına katılmayan lisans düzeyinde 123 kişi katılmıştır. Sonuçlar, sigara içme isteği açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığını ancak farkındalık temelli bilişsel terapi alan deney grubunda bulunanların terapi almayan kontrol grubunda bulunanlara kıyasla 7 günlük bir takip süresi boyunca önemli ölçüde daha az sigara içtiğini ortaya koymuştur. Mermelstein ve Garske'nin (54) çalışmasında, üniversite öğrencileri (N=76) arasında aşırı alkol tüketimini azaltmayı amaçlayan kısa bir farkındalık müdahalesinin etkinliği değerlendirilmiştir. Alkol bağımlısı bireylerde farkındalık grubu ve kontrol grubu arasındaki fark

incelenmiş, farkındalık grubunda kontrol grubuna kıyasla daha az aşırı içme, daha az alkol kullanma, daha fazla alkol reddi özyeterliliği ve daha fazla farkındalık saptanmıştır.

Bağımlılıkta Adlerian Terapi

Adlerian Terapi, Alfred Adler tarafından geliştirilmiştir. Adler kuramının özünü organ eksikliği, doğum sırası, aşağılık duygusu, çocuk eğitimi, grup çalışmaları, ebeveyn eğitimleri, sosyal ilgi, yaşam stili ve yaratıcılık gibi kavramlar oluşturmuştur. Kuramda sosyal ilgi önemli bir yer tutar. Ruh sağlığının ölçütü olarak bireyde sosyal ilginin önemini vurgular. Adler sosyal ilgi düzeyi düşük olan bireylerin alkol ve uyuşturucu bağımlısı olma ihtimallerinin yüksek olduğunu ifade etmiştir (55).

Adlerian terapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, yeterince gelişmemiş sosyal ilginin bağımlılıklara yol açacağıdır (56). Sosyal ilgi, bireyin sosyalleşmesini, duygularını ifade edebilmesini, boş zaman etkinliklerini planlayabilmesini, huzursuz ve stresli olduğu zamanlarda egzersiz yapabilme kapasitesini ve güçlüklerle karşılaştığında etrafından sosyal destek alabilmesini sağlar. Bu ilginin az olduğu bireyler, karşılaştıkları problemlerle baş edebilecek hem bireysel enerjiyi hem de sosyal desteği bulamazlar. Bu durum bireyleri problemlerin çözümünde mantıkdışı yollara iter. Bu yollardan biri de hiç kuşkusuz bağımlılıktır. Bağımlılıktan mustarip insanlar, hayata ve topluma karşı duruşlarında kusurlu bir gelişme ve sosyal ilgide bir eksiklik sergilerler. Bağımlı bireyin özellikleri arasında ilkin çocuklukta yaşamsal görevler için hazırlıklarda eksiklik ve ikincisi karşılaşılan bir güçlükte zevk veren araçlara başvurma eğilimidir (57). Okul çağındaki çocukların bağımlılıkla ilgili risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, zayıf iletişimin, aidiyet hissinin azalmasının, eğitim sürecindeki yetersiz yetişkin desteğinin, düşük sosyal ilgiye yol açtığı ve bu durumun çocukların bağımlılık gibi problemlerle davranışlar sergilemesine yol açtığı saptanmıştır (58). Tan'ın (59) 207 Tıp öğrencisiyle gerçekleştirdiği çalışmasında, aileden, arkadaşlardan ve diğer önemli kişilerden alınan sosyal desteğin internet bağımlılığı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu çalışmada sosyal destek, internet bağımlılığının önemli bir yordayıcısı olarak ortaya çıkmıştır. Adler'in bireysel psikoloji teorisini desteklemek için mevcut bulgular, aileden gelen sosyal desteğin Tıp öğrencilerinde internet bağımlılığını hafifletmeyi amaçlayan önleme ve müdahale programları için değerli bir faktör olduğunu göstermektedir (59).

Bağımlılıkta Varoluşçu Terapi

Varoluşçu terapinin temeli varoluşçu felsefedir. Bu felsefede, insan özgür ve sorumlu bir varlıktır. İnsan, seçimler yapabilir ve özgürce kararlar verebilir. İnsan davranışlarını açıklamak yerine o anda yaşananları anlamak temel ilkedir. Kuramın temel kavramları; otantik yaşam, farkındalık, içgörü, varoluş kaygısı, seçme ve eylem, irade ve sorumluluk ve yaşamda anlamın varlığıdır. Özellikle hayatın anlamı kavramı bu ekolde önemli bir yer tutar. Ruhsal bozuklukların kökeninde bireyde anlam eksikliği bulunduğu görüşü hâkimdir. O halde terapinin amacı yaşamda anlam yaratmaktır ve bireyin kendi yaşam sorumluluğunu almasıdır. Terapide danışanın davranışlarında hem özgür hem de sorumlu olacağı öğretilir (60).

Varoluşçu terapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, düşük farkındalığın, içgörü yetersizliğinin, yetersiz iradenin, yaşamda inisiyatif almadaki yetersizliklerin, iyileşme için sorumluluk almamanın ve yaşamın anlamı konusunda yetersiz kalmanın bireylerin ruhsal bozukluklara yatkın olmasında risk faktörleri olduğudur. Dolayısıyla bağımlı olgulara varoluşçu terapi uygulayan terapistlerin, danışanların hayatının anlamını bulmalarına, sorumluluk alabilmelerine ve içgörü kazanmalarına yardımcı olması gerekmektedir. Nicholson ve arkadaşlarının (61) çalışması, uyuşturucu bağımlılığı için yatarak tedavi gören 49 (Ortalama yaş 29.4 yıl) ve uyuşturucu kullanmayan 49 (ortalama yaş 29.1 yıl) kişiyle yürütülmüştür. Madde bağımlılığı tedavisi gören grup ve sağlıklı grubun, Yaşam Tutum Profilleri ve Yaşamda Anlam Ölçeği puanları kıyaslanmış, sağlıklı grubun, madde bağımlılığı tedavisi alan gruba göre yaşam sevinci, yaşam kontrolü ve ölüm kabulü alt ölçeklerinde anlamlı bir biçimde yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Thompson'un (62) on bir gönüllü katılımcıyla bir bağımlılık tedavi tesisinde uyguladığı varoluşçu anlam merkezli bir vaka çalışmasında, terapinin dokuz katılımcıyı kendini tanımlama, kişilerarası ilişki ve içsel motivasyon geliştirmede olumlu etkilediğini ortaya koymuştur. Yedi katılımcı için anlam ölçümlerinde önemli artışlar, semptomlarda ve günlük

problemlerde azalma olduğu ortaya konmuştur. Sekiz katılımcı taburcu olduktan sonra günlük yaşamda daha az semptom ve sorun bildirmiştir.

Bağımlılıkta Gestalt Terapi

Gestalt Terapi, Fritz Perls tarafından 1940'lı yıllarda geliştirilmiştir. Terapinin özü bireylerin yaşamda kendi yollarını bulmaları ve sorumluluk almalarıdır. Terapide bireyin neden öyle davrandığı üzerinde değil hangi durumlarda o şekilde davrandığı üzerinde çalışılır. Terapi, bireyi içinde bulunduğu zıt yönleriyle bütünleştirmeyi amaçlar. Gestalt terapiye göre kişinin ifade edemediği, geçmişindeki takılıp kalmış olduğu duygular psikopatolojilere yol açar. Bitmemiş işler, dile getirilemeyen öfke, üzüntü ve hayal kırıklığı gibi duygular bireyin işlevselliğini bozmaktadır (7).

Gestalt terapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bireyin duygularını ifade edememesi, yaşamıyla ilgili sorumluluklardan kaçınması ve geçmişe takılıp kalmasının onu bağımlılığa yatkın hale getireceğidir. Bu nedenle terapide bireyin iç sıkıntılarını giderici, duygusal olarak farkındalığını artırıcı ve duygularını ifade edebileceği teknikler kullanılır. Bagheri Tehranifard ve arkadaşlarının (63), Gestalt grup terapisinin bağımlılık eğilimi üzerindeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla Tıp Fakültesi öğrencisi 36 kişiyle yürüttükleri çalışmada Gestalt grup terapisinin öğrencilerin bağımlılığını azaltmada ve birinci basamak önlemede etkili bir yol olarak önerebileceği vurgulanmıştır.

Bağımlılıkta Gerçeklik Terapisi

Gerçeklik Terapisi, William Glasser tarafından 1960'lı yıllarda geliştirilmiştir. Terapide sonuçlardan çok danışanın sorumluluğuna ve terapi sürecine önem verilir. Gerçeklik terapisinin temeli bireylere, diğer insanlara zarar vermeden kendi ihtiyaçlarıyla uyumlu olarak seçimlerini yapmalarına yardım etmektir. Kurama göre insanın iki temel ihtiyacı bulunmaktadır. Bu ihtiyaçlar; ilişkisellik ve saygıdır. Davranışlar bu iki temel ihtiyacı karşılamaya dönüktür. Terapinin amacı daha iyi seçimler yapmak ve yaşam üzerinde etkin kontrol sağlamaktır. Gerçeklik Terapisi'nde sorumluluğa vurgu yapılır. Şimdi ve buradaya odaklanılır. Semptomlara odaklanmaktan kaçınılır. İnsanlar hayatta kalma, ait olma, başarı, özgürlük ve eğlence ihtiyaçlarıyla doğarlar (64).

Gerçeklik terapisinin bağımlılıkla ilgili sorunlara bakış açısında terapist, bağımlılıktan kurtulmak isteyen danışanların temiz kalma hedeflerini nasıl gerçekleştirecekleri üzerinde durur. Eylem ve hareket planlarını organize eder (7). Kim'in (65) üniversite öğrencileriyle yürüttüğü çalışmada, Gerçeklik terapisi temelli grupla psikolojik danışmanın internet bağımlılığı üzerindeki etkisi incelenmiş, beş ardışık hafta boyunca haftada iki seans gerçekleştirilen çalışmada bulgular, tedavi programının bağımlılık düzeyini etkili bir şekilde azalttığını göstermiştir. Safari ve arkadaşlarının (66) lisede öğrenim gören 30 kız öğrenciyle yürüttükleri çalışmada, Gerçeklik terapisinin internet bağımlılığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. 15 öğrencinin deney ve 15 öğrencinin kontrol grubunda yer aldığı çalışmanın sonuçları, terapinin internet bağımlılığını azalttığını ortaya koymuştur.

Bağımlılıkta Çözüm Odaklı Terapi

Çözüm odaklı terapi, 1980'li yıllarda De Shazer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bireyin kendi gücünü temel alması ve terapistle hasta arasındaki işbirliği üzerine temellendirilmiştir. Bu terapi yaklaşımında probleme odaklanılmaz ve danışanın amacına dönük çözümler ortaya koyma süreçleri temel alınır. Terapinin özünü sorular oluşturmaktadır. Mucize soru tekniği olarak bilinen aşamada, "Bir anda sorunun ortadan kalktığını düşünsen sence neler değişmiş olurdu?" gibi sorular sorularak danışanın farkındalığı artırılmaya çalışılır. Derecelendirme soruları ile danışanın içerisinde bulunduğu sıkıntılı durumu 1-10 arası derecelendirmesi istenir. İstisna sorularda, problemin olmadığı anlarda danışan yaşantıları sorgulanır. Baş etme soruları tekniğinde ise danışanın çözemediği değil de çözebildiği sorunlar üzerine konuşularak danışana cesaret verilir (67).

Çözüm odaklı terapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısında bireyi çözüm için cesaretlendirme, gizli güçlerinin farkına vardırma ve içinde olduğu toksik düşünce biçiminden sıyrılıp daha işlevsel düşünmeye sevk etme becerileri yer alır. Amaç, bireyin herhangi bir konuda bir sorunun çözümünü yaşaması ve bu beceriyi bağımlılıkla ilgili problemlerinin çözümünde de kullanmasıdır. Bağımlılığın yarattığı kısır döngü içerisinde yaşadığı stres, gerginlik, huzursuzluk veya maddeyi bırakma girişimlerinde yaşadığı hayal kırıklığı neticesinde büsbütün bir biçimde umutsuzluğa ve çaresizliğe girmiş danışana farklı bir çözümün de olabileceği öğretilir. Çözüm odaklı terapide terapist danışanı ayık olduğu zamanlara odaklar. Böylelikle bu dönemlerdeki başarılarını ve sorunları çözme becerilerini her döneme uygulamasını ister (7).

Spilsbury (68) çalışmasında alkol bağımlısı bir hastada depresif semptomları hafifletmek için çözüm odaklı kısa terapi kullanmıştır. Bir aylık aralıklarla üç seans terapinin ardından, hasta alkolden uzak durmayı sürdürdüğünü bildirmiştir. Depresif semptomları şiddetliden normal aralığa düşmüştür. Zhang ve arkadaşlarının (69) üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığıyla ilgili çalışmasında, çözüm odaklı grupla psikolojik danışma müdahalesinin etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmaya 18 üniversite öğrencisi katılmıştır. Dokuz denek deney grubuna ve dokuz denek kontrol grubuna atanmıştır. Deney grubu beş hafta boyunca grupla psikolojik danışma alırken, kontrol grubu herhangi bir müdahale almamıştır. Sonuçlara göre deney grubunun internet bağımlılığı anlamlı bir biçimde azalmıştır.

Bağımlılıkta Pozitif Psikoterapi

Pozitif Psikoterapi, 1960'larda Nossrat Peseschkian ve arkadaşlarınınca geliştirilmiştir. İnsana olumlu bir bakış açısıyla bakan kuram, tüm insanların özünde iyi olduğunu iddia eder. Bireydeki problemler pozitif açıdan tekrardan ele alınır. Mesela depresif bir danışanın yaşadıkları bir bunalma duygusu olarak değil derin bir duygusallıkla tepki verme kapasitesi olarak ele alınır. Bireyin yeteneklerine ve gelişim kapasitesine önem verilir. Terapinin temelinde her zaman için yeniden başlama ve umut vardır (70). Terapi, üç temel alana odaklanmaktadır. İlk alan, bireyin doyum sağladığı, eğlendiği ve mutlu olduğu bir yaşama sahip olmasıdır. İkinci alan, bireyin yaşama katılımının sağlanmasıdır. Üçüncü alan ise anlamlı bir hayat sürmektir (71).

Pozitif psikoterapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bağımlılığın kişinin kendini tedavi etme yöntemi olarak gördüğüdür. Yani birey kendi kaynaklarını kullanarak yaşadığı problemlerin çözümü için kendi başvurduğu çözüm yollarına güvenmekte ancak bu yollar hatalı olduğu için hem beden hem zihin hem de ruhsal açıdan problemlere neden olmaktadır. Ayrıca madde bağımlısı bireylerin genel olarak kibarlık yetenekleri fazla gelişmiş olduğu ve diğerlerine hayır deme özelliklerinin yetersiz olduğu düşünüldüğünde bireylere hayır diyebilme yeteneği kazandıracak eğitimler verilmelidir. Danışanın uyuşturucu maddeden ayrılış süreci, bir yas süreci olduğundan bireye yas eğitimi verilmelidir (72). Mirzakhani ve arkadaşlarının (73) çalışmasında lise son sınıf kız öğrencilerinde pozitif psikoterapinin internet bağımlılığı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçları, Pozitif Psikoterapi'nin internet bağımlılığını azalttığını göstermiştir. Behbehani ve Bagher'in (74) öntest-sontest ve kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmasında, eroin bağımlılarında pozitif psikoterapinin aşermeyi azaltma ve nüksetmeyi önlemedeki etkinliği araştırılmıştır. 30 kişilik bir örneklem seçilmiştir. Sonuçlar pozitif psikoterapinin eroin bağımlılarında aşermeyi azaltmada ve nüksetmeyi önlemede etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Bağımlılıkta Narratif Terapi

Narratif Terapi, bireyin hikâyelerini kendini daha güçlü hale getirecek bir biçimde anlatmasıdır. Narratif terapi danışana saygılı olmayı ve onu suçlamadan değerlendirmeyi odak kılmıştır. Her insan kendi hayatının uzmanıdır. Bireyi yaşadığı problemlerle ilişkilendirmeden, problemle bireyi ayrı bir biçimde ele alır. Her danışanın yaşadığı problemin çözümü için gerekli olan yetenek, beceri ve bilgiye sahip olduğunu iddia eder. İnsanların birçok hikâyeye sahip olduğunu, bireylerin yaşadıkları problemlerin tüm hikâyelerin eninde sonunda tek bir hikâyeye indirgenmesinden kaynaklandığını iddia eder (75).

Narratif Terapinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bağımlılık problemi olan biriyle çalışırken, bireyi yalnızca bağımlılık hikâyesi üzerinden anlamaya çalışmanın hatalı bir tutum olacağı düşüncesidir. Böyle bir tutum, bireyin söz konusu bağımlılıkla ilgili deneyimlerinin dışındaki, tüm hayatını, öğrenmelerini ve gelecekle ilgili umutlarını yok saymak demektir. Terapide, sorun hikâyesine odaklanmak yerine bireyin diğer hikâyelerini de dikkate almak umutsuz tabloyu yok edecektir. Terapide problem, bireyin dışında tutularak dışsallaştırılır. Resmin diğer parçaları tekniğiyle bireyin bağımlılığına neden olabilecek olası diğer faktörler üzerinde durulur (75).

Butt'un (76) çalışmasında, bağımlı bir danışanla Narratif terapi temelli psikoterapinin, bireyin bağımlılıkla baş etmesinde etkili olduğu saptanmıştır. Foroushani ve Foruzandeh (77) çalışmasında narratif terapinin bağımlılık tedavi merkezlerinde tedavi gören bağımlıların eşlerinin ruh sağlığı üzerindeki etkinliğini değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada, bağımlıların eşleri, eşlerinin bağımlılık tedavi merkezlerinde terapi altında olduğunun farkında olup, deney grubu (15 kişi) ve kontrol grubu (15 kişi) olarak rastgele seçilmişlerdir. Bulgular, narratif terapinin bağımlılık tedavi merkezlerinde tedavi edilen bağımlıların eşlerinin ruh sağlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Bağımlılıkta Sorun Çözme Terapisi

Sorun çözme terapisi, bireyin yaşamda karşılaştığı güçlükler karşısında zorlanmasından ve bu zorlanmanın ardından ortaya çıkan ruhsal durumların terapisinde kullanılan bir yöntemdir. Terapinin amacı, problemler karşısında kişinin nasıl bir yaklaşım sergileyeceğini kazandırmaktır. Terapide sağaltım ve önleme esastır. Terapide öncelikle değerlendirme ve bilgilendirme yapılır. Bu aşamada amaç kişinin sorun çözebilme kapasitesinin doğru bir biçimde saptanmasıdır. İkinci aşama soruna yönelim eğitimidir. Bu aşamada bireyin sorunları hayatın olağan akışı içinde görebilmesi ve bunları çözebileceğine dair inançlarını artırması hedeflenir. Üçüncü aşama olan sorunların tanımlanmasında kişinin sorunları doğru bir biçimde analiz edilir, sorunların kaynağı, hangi durumlarda ortaya çıktığı ve kişideki etkileri analiz edilir. Dördüncü aşama olan hedeflerin belirlenmesi aşamasında kişinin bu problemi gerçekçi bir biçimde ne kadarını çözebileceği saptanır. Beşinci aşama olan olası çözüm yollarının belirlenmesinde kişi olabildiğince çözümler üretir ve bu çözümlere kendi uygunluğunu değerlendirir. Altıncı aşama olan uygun çözüm yolunun belirlenmesinde kişi mevcut yollardan en uygun olanını seçer. Yedinci basamak olan seçilen çözümün uygulanması basamağında kişi harekete geçer. Son basamak olan sekizinci aşamada ise uygulamanın değerlendirilmesi yer alır. Bu aşamada hedeflenen çözüme ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir (78).

Sorun çözme terapisinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bağımlılığa eğilimli bireylerin etkin sorun çözme kapasitelerinin az olduğudur. Bireylerin yaşamda meydana gelen güçlüklerle baş edebilmesi, birtakım beceriler ve bu sorunların üstesinden gelebileceklerine dair özyeterlikler gerektirmektedir. Öfke yönetimi, stresle baş etme, duygularını ifade etme, atılganlık, sosyal beceriler ve temel yaşam becerileri gibi yeterlikleri zayıf bireylerin üst üste gelen güçlükler karşısında keyif verici maddeleri bir kurtuluş yolu olarak görmeleri olasıdır. Madden ve arkadaşlarının (79) çalışmasında, maddeden arındırma aşamasında bulunan 137 hasta değerlendirilmiş olup alkol ve madde bağımlılarının yaşamdaki problemlerin çözümünde etkisiz baş etme biçimlerini kullandıkları saptanmıştır.

Bağımlılıkta Yaşam Kalitesi Terapisi

Yaşam kalitesi terapisi, Frisch tarafından geliştirilmiştir. Bu kurama göre birey mutlu bir hayat sürmek ve güçlüklerle başa çıkmak için birtakım becerilere ihtiyaç duyar. Terapide bireye bu beceriler kazandırılır. Bu yaklaşımda bireyin yaşadığı olumsuz duygular hedeflerine ulaşmada başarısızlık yaşamalarının nedenidir. Terapide amaç, bireylerin kaliteli ve nitelikli bir yaşam tarzına kavuşmasıdır. Bu temel amaca ilaveten kişinin hem fiziksel, hem duygusal hem de mesleki yaşamında bir konfor üretmesi hedeflenir. Terapide bireyin yaşam alanları teker teker incelenerek standartları düşük alanlarda terapötik hedefler belirlenir ve bu alanlarda iyileşme sağlanması için danışan teşvik edilir. Terapi, değerlendirme aşamasıyla başlar ardından memnuniyetsizlik alanları belirlenir ve neden bu alanlarda memnuniyetsizlik yaşandığı saptanır. Ardından

bireyin yaşam boyu amacı tanımlanarak olmak istediği standartlar belirlenir. Ardından memnuniyetsiz olduğu alanlarda hangi stratejilerinin yetersiz olduğu saptanır. Ardından bu stratejilerin yerine hangi stratejilerle çalışılacağına karar verilir. Son olarak ise nüksü önleme çalışmalarında nüks durumunda hangi stratejilerin kullanılacağı saptanır (80).

Yaşam kalitesi terapisinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısı, bireyin yaşam kalitesinin azaldığı dönemlerde bağımlılığa daha yatkın hale gelebileceğidir. Kişinin özbakımı, kendine olan saygısı, bedenine ve ruhuna duyduğu saygı, kuşkusuz yaşam kalitesinden etkilenmektedir. Bireyin kişisel anlamda, toplumsal anlamda iş ve mesleki alanda kendi kendine yeter olabilmesi, nitelikli ve doyum sağlayan bir yaşam sürebilmesi onu hem bağımlılıkla ilgili hem de diğer ruhsal bozukluklara karşı koruyucu bir işlev görür. Pasareanu ve arkadaşlarının (81) madde kullanım bozukluğu olan 202 hastayla yürüttüğü çalışmasında, madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylere dönük tedavinin, altı aylık bir takipte bireylerin yaşam kalitesini artırdığı sonucunu ortaya koymuştur. Laudet ve arkadaşlarının (82) kronik ve şiddetli crack ve/veya eroin bağımlılığı geçmişi olan 289 kişiyle (ortalama yaş 43) yürüttüğü çalışmada bireylerin genel yaşam kalitesi arttıkça ayıklık sürelerinin de anlamlı bir biçimde arttığı saptanmıştır.

Bağımlılıkta Egzersiz Terapisi

Bağımlılıkta egzersiz terapisi, William Glasser tarafından dile getirilmiştir. Sağlığın birçok alanında başarılı bir biçimde uygulanan yanı sıra ruhsal bozukluklarda, anksiyete ve depresyon tedavilerinde uygulanan bu yöntemin bağımlılık tedavilerinde de kullanılması benimsenmiştir. Egzersiz terapisinin bağımlılık ile ilgili bozukluklara bakış açısında Glasser, madde bağımlılığının negatif bir bağımlılık olduğunu dolayısıyla pozitif bir bağımlılık olan egzersizle değiştirilerek bireyin iyileşebileceğini iddia etmiştir (83). Egzersiz, bağımlı bireylerin maddelerin etkisiyle bozulan işlevselliklerini yeniden kazanması sürecini başlatan bir unsurdur. Maddelerin toksikolojik etkisi, algı, duyum, biliş, sosyal destek, mesleki işlevsellikte azalma, merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri ve metabolik etkileri nedeniyle vücudun ritimlerinin bozulması, genel olarak sağlığın bozulması gibi nedenlerle bireyin genel fonksiyonlarında büyük kayıplar görülmektedir. Egzersiz yapmak, bağımlı bireye birçok açıdan avantajlar sağlayacaktır. İlkın vücuttaki toksik atıklardan kurtulma, maddeden arınıklık ve vücut fonksiyonlarının düzelmeye başlaması ardından egzersiz sürecinde bireyin yeniden toplumsal yaşama katılması ve evden dışarıya çıkması kendine psikososyal bir destek sağlayacaktır. Ussher ve arkadaşlarının (84) yakın zamanda alkol detoksunu tamamlamış 20 erkek ve kadın (ortalama yaş=40.1) katılımcıyla yürüttüğü çalışmasında, egzersizin alkol bağımlılığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmanın bulguları egzersizin bireylerin alkol alma isteğini anlamlı bir biçimde azalttığını ortaya koymuştur. Roessler'in (85) madde bağımlılığında egzersiz çalışmalarıyla ilgili araştırması 38 katılımcı (23 erkek ve 15 kadın) ile gerçekleştirilmiştir. Programı tamamlayan katılımcılar yaşam kalitesinde iyileşme ve daha yüksek enerji seviyesi göstermiştir. Bağımlılar, eğitim süresince daha iyi bir beden imajı elde etmiş, fiziksel ağrı ve rahatsızlıklara karşı daha duyarlı hale gelmiş ve ilaç alımlarını azaltmıştır. Sonuçlar, fiziksel egzersizin madde bağımlılığı tedavisinde önemli destek sağlayabileceğini göstermektedir.

Tartışma

Bağımlılığın tedavisinde kullanılan psikoterapi yaklaşımlarının etkililiği ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde, Dutra ve arkadaşlarının (86) çalışmasında, madde kullanım bozukluklarına yönelik psikososyal müdahaleler incelenmiştir. Psikososyal tedavilerin orta düzeyde bir etki büyüklüğünü yansıtan faydalar sağladığını göstermiştir. Müdahaleler, esrar kullanımı için en etkili, çoklu madde kullanımı için ise en az etkili bulunmuştur. Merkouris ve arkadaşlarının (87) çalışmasında, bağımlılığı olan kişilere uygulanan psikososyal müdahalelerin iyileşmede etkili olduğunu ortaya koymuştur. Winkler ve arkadaşlarının (88) çalışmasında, internet bağımlılığı tedavisinde uygulanan psikolojik ve farmakolojik müdahalelerin çevrimiçi geçirilen süreyi azaltmada, depresyonu ve kaygıyı iyileştirmede oldukça etkili olduğunu göstermiştir.

Bağımlılığın tedavisinde kullanılan psikoterapi yaklaşımlarının diğerlerine kıyasla üstünlüğü ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde, Ray ve arkadaşlarının (89) çalışmasında, farmakoterapiyle kombine bilişsel davranışçı

terapinin sadece farmakoterapiye kıyasla daha fazla faydalı olduğunu ve ancak farmakoterapiye ek olarak sunulan bilişsel davranışçı terapinin, farmakoterapiye ek olarak sunulan motivasyonel görüşme terapisi veya diğer terapilere üstünlüğünün olmadığını ortaya koymuştur. Dellazizzo ve arkadaşlarının (90) çalışmasında alkol kullanım bozukluğu ve esrar kullanım bozukluğu için bilişsel davranışçı terapi ile motivasyonel görüşme terapisi kombinasyonunun faydalı olduğunu ortaya koymuştur. Magill ve arkadaşları (91) bilişsel davranışçı terapinin spesifik olmayan bir terapiyle karşılaştırıldığında, erken takipte anlamlı olduğunu ancak geç takipte anlamlı olmadığını bildirmişlerdir.

Zuccon ve arkadaşlarının (92) çalışmasında, madde bağımlılığı çalışmalarında psikodinamik terapilerin etkililiği, diğer tedavilerle karşılaştırılmıştır. Müdahale performansını karşılaştırmak için üç sonuç dikkate alınmıştır. Bu göstergeler; madde kullanımı, tedaviye katılım ve diğer semptomatik durumlardır. Sonuçlar, psikodinamik terapilerin madde bağımlılığının tedavisinde diğer psikolojik tedaviler kadar etkili olduğunu ortaya koymuştur. Krotter ve arkadaşları (93) kabul ve kararlılık terapisinin kısa vadeli yoksunluğu önlemede etkili bir yaklaşım olduğunu ve uzun vadede, en azından bilişsel davranışçı terapi gibi diğer terapiler kadar etkili olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde birçok psikoterapi kuramı bulunmasına rağmen, bu çalışmada bir kısmı yer almamıştır. Bunun nedeni, bu kuramların etkililiğinin diğer ruhsal bozuklukların tedavisinde kanıtlanmasına rağmen, bağımlılıkla ilgili bozuklukların tedavisinde denenmemiş olmasıdır.

Literatür incelendiğinde bağımlılığın tedavisinde kullanılan psikoterapi yaklaşımları, genel olarak faydalı sonuçlar ortaya koymaktadır. Herhangi bir yaklaşımın bir diğerine kıyasla bağımlılığın tedavisinde daha etkili olduğunu söylemek doğru değildir. Literatür incelendiğinde farmakoterapiye ek olarak hastalara sunulan psikososyal tedavilerin benzer oranlarda faydalar sağladığı söylenebilir. Sadece bu yaklaşımların bir kısmının, bağımlılığın farklı alt türlerinde daha olumlu sonuçlar elde edilmesini sağladığı söylenebilir. Tüm bu bulgulara rağmen, psikoterapi ekollerinin birbiriyle karşılaştırıldığı çalışmaların az olması ve hâlihazırdaki çalışmaların belli birkaç psikoterapi kuramı özelinde gerçekleştirilmesi nedeniyle mevcut bilgiler sınırlıdır. Gelecek çalışmalarda, psikoterapi kuramlarından, bağımlılıklarla ilgili çalışma yapılmamış alanlarda araştırmaların yapılması ve tedavide kullanılan tüm ekollerin karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Ruhsal bozukluklar, bireylerde yıllar boyunca oluşmuş, sıkıntı veren, birtakım irrasyonel tutum ve davranışlara yol açan, ev, aile, arkadaşlık ve iş yaşamında işlevselliği düşüren, değişime direnç gösteren örüntülerden oluşur. Bu bozuklukların tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi kullanılır. Bu yardımlardan biri olan psikoterapi süreci, kuramdan uygulamaya, sağlam bir teorik temel ve bu teorik temelin üzerine inşa edilen uygulama becerileriyle uygulayıcılara kolaylık sağlar. Psikoterapi kuramları, ruhsal bozuklukların temellerini, insan doğasına bakış açılarıyla ifade ederler. Uzun süren çalışmalar ve deneysel yollarla sinadıkları terapi tekniklerini bir tedavi olarak önerirler. Dolayısıyla psikoterapi yapacak olan ruh sağlığı profesyonelleri, ruhsal bozuklukların semptomlarını bildikleri kadar, buna ilaveten psikoterapi kuramlarını ve bu kuramların uygulamalardaki yaklaşımlarını da edinmek durumundadırlar.

Bu çalışmada bağımlılık tedavisinde kullanılan on yedi psikoterapi kuramı incelenmiş olup bu kuramların insan doğasına bakışı, ruhsal bozuklukları nasıl ifade ettiği, bağımlılık ve ilişkili bozuklukları nasıl değerlendirdiği ve bu yaklaşımlar temel alınarak yapılmış bireysel veya grupla psikolojik danışma çalışmalarında hangi sonuçların alındığı incelenmiştir. Psikoterapi yaklaşımlarının fayda edip etmediği, o terapi yaklaşımı temel alınarak hazırlanmış, bireysel psikolojik danışma ve grupla psikolojik danışma programlarının etkililiği ölçülerek anlaşılmaktadır. Bu çalışmada gerek başlangıçta bağımlılık üzerine geliştirilmiş gerekse de daha sonraları bağımlılık ve ilişkili bozukluklar üzerinde etki çalışmaları yapılmış psikoterapi kuramları incelenmiştir. Özellikle bağımlılık alanında psikoterapi yapacak olan ruh sağlığı uzmanlarının bu kuramları gerek teorik anlamda gerekse de uygulama anlamında öğrenmeleri ve bağımlılığa özgü yaklaşımlarını edinmeleri, terapi sürecinde profesyonel bir bakış açısı ve nitelikli bir tedavi sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Uğurlu TT, Şengül CB, & Şengül C. Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(1): 37-50.
2. World Health Organization. Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence: Summary. Geneva: WHO, 2004.
3. Evren C. Davranışsal Bağımlılıklar Temel Başvuru Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 12020.
4. Fong TW, Reid RC, Parhami I. Behavioral addictions: where to draw the lines?. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35(2): 279-296.
5. Starcevic V. Behavioural addictions: A challenge for psychopathology and psychiatric nosology. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50(8): 721-725.
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
7. Ögel K. Bağımlılık ve Tedavisi Hakkında Her Şey. Bağımlılık Ve Tedavisi Temel Kitabı, 4. Baskı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 2021.
8. Gözen Ö, Buz S. Türkiye'de koruyucu ve önleyici ruh sağlığı uygulamaları: sosyal hizmet uzmanları ve hastaların deneyimlerine dair nitel bir araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2020; 12(Suppl 1): 18-42.
9. Evren C, Ögel K, Uluğ B. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2012.
10. Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2019.
11. Prochaska JO, Norcross JC. Psikoterapi Sistemleri: Teoriler Ötesi Bir Çözümleme (Çev. Ed. T. Özakkaş). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, 2013.
12. Arden M. Psychodynamic therapy. In: Hepple J, Pearce J, Wilkinson P. (editors). Psychological therapies with older people. London: Psychology Press, 2014: 21-44.
13. Mitchell S. Relational Concepts in Psychoanalysis An Integration. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
14. Verma M, Vijayakrishnan A. Psychoanalytic psychotherapy in addictive disorders. *Indian J Psychiatry*. 2018; 60 (Suppl 4): 485-489.
15. Khantzian EJ. Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Substance Use Disorders. In: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M. (editors). Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. Milano: Springer, 2015: 811-819.
16. Khantzian EJ. Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychanalysis* 2003; 5(1): 5-21.
17. Baurer FM. Psychodynamic treatment with the addicted person. *Psychodyn Psychiatry* 2021; 49(3): 404-424.
18. Blatt SJ, McDonald C, Sugarman A, Wilber C. Psychodynamic theories of opiate addiction: New directions for research. *Clin Psychol Rev* 1984; 4(2): 159-189.
19. Jerry PA. Psychodynamic psychotherapy of the intravenous cocaine abuser. *J Subst Abuse Treat*. 1997; 14(4): 319-332.
20. Mooney A, Roberts A, Bayston A, & Bowden-Jones H. The piloting of a brief relational psychodynamic protocol (psychodynamic addiction model) for problem gambling and other compulsive addictions: A retrospective analysis. *Couns Psychother Res* 2019; 19(4): 484-496.
21. Örucü MÇ. Değişime hız kazandıracak bir yöntem: motivasyonel görüşme. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2020; 37: 20-34.
22. Kalaycı Kırlioğlu Hİ. Madde bağımlılığı özelinde motivasyonel görüşme tekniğinin sosyal hizmette kullanımı. In: Kırlioğlu M, Tekin HH. (editors). Güncel Sosyal Hizmet Çalışmaları. Konya: Çizgi Kitabevi, 2019.
23. Erol S, Erdoğan S. Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The transtheoretical model-based study. *Patient Educ Couns* 2008; 72(1): 42-48.
24. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 3: CD006936.
25. Özcan Ö, Çelik GG. Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi*, 2017; 3(2): 115-120.
26. Şengezer T. Tütün bağımlılığında bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016; 4(1): 97-103.
27. Yeşildal A, Oğuz G, Güven M, et al. Sigara bağımlılığı tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi. *Bağımlılık Dergisi* 2014; 15(2): 76-84.

28. Erden S, Hatun O. İnternet bağımlılığı ile başa çıkmada bilişsel davranışçı yaklaşımın kullanılması: Bir olgu sunumu. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 2015; 2(1): 53-83.
29. Morgan-Lopez AA, Saavedra LM, Hien DA, et al. Indirect effects of 12-session seeking safety on substance use outcomes: Overall and attendance class-specific effects. *Am J Addict* 2014; 23(3): 218-225.
30. Easton CJ, Crane CA, Mandel DL. A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse domestic violence treatment approach (SADV). *J Marital Fam Ther* 2018; 44(3): 483-498.
31. Güner O. 10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Norm Çalışması. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2013.
32. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44(5): 522-527.
33. Aksoy F, Ünübol H. Ergenlerde internet bağımlılığı ile şema mekanizmaları arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi* 2021; 22(2): 103-113.
34. Brothie J, Meyer C, Copello A, et al. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *Br J Clin Psychol* 2004; 43(3): 337-342.
35. Razavi V, Soltaninezhad A, Rafiee A. Comparing of early maladaptive schemas between healthy and addicted men. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2012; 14(9): 60-63.
36. Derebaşı S, Karaaziz M. Systematic review on the implementation of schema therapy of substance abuse. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities* 2024; 8(1): 183-192.
37. Yektaş Ç. Kabul ve kararlılık terapisi (ACT). In: Ercan ES, Bilaç Ö, Perçinel Yazıcı İ et al. (editors). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2020: 1231-1240.
38. Uğur E. Kabul ve Kararlılık Terapisi Yönelimli Psikoeğitim Programının Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Üzerindeki Etkisi. Doktora Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2018.
39. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L. Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(1): 43-53.
40. Bahrami S, Asghari F. A controlled trial of acceptance and commitment therapy for addiction severity in methamphetamine users: Preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2017; 19(2): 49-55.
41. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract* 2008; 4(2): 39-47.
42. Linehan MM. *DBT Skills Training Manual*. New York: Guilford Press, 2015.
43. Trahey H, Vitano J. The link between drug addiction and emotional dysregulation: The mechanisms behind this relationship. The Molloy Multidisciplinary Undergraduate Research Conference. Poster Presentation, Hays Theatre, Wilbur Arts Building, 26.4.2024.
44. Stellern J, Xiao KB, Grennell E, et al. Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2023; 118(1): 30-47.
45. Peri S, Neppala GK, Shaik RB, Parvaz MA. Effectiveness of emotion-regulation interventions on substance misuse and emotion regulation outcomes in individuals with substance dependence: a systematic review and meta-analysis. *Curr Addict Rep* 2024; 11: 622-653.
46. Cavicchioli M, Ramella P, Vassena G, et al. Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2020; 46(3): 368-384.
47. Warner N, Murphy M. Dialectical behaviour therapy skills training for individuals with substance use disorder: A systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2022; 41(2): 501-516.
48. Maffei C, Cavicchioli M, Movalli M, et al. Dialectical behavior therapy skills training in alcohol dependence treatment: findings based on an open trial. *Subst Use Misuse* 2018; 53(14): 2368-2385.
49. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy: theoretical rationale and empirical status. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. (Editors). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: The Guilford Press, 2004: 45-65.
50. Çatak PD, Ögel K. Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010; 13(1): 85-91.
51. Dizen M, Berenbaum H, & Kerns J. Emotional awareness and psychological needs. *Cognition and Emotion* 2005; 19(8): 1140-1157.
52. Trıışkan M, Onnar N, Çetin YA, Cömert IT. Madde bağımlılığında nüksü önlemede bilinçli farkındalığın önemi: Bir derleme çalışması. *Addicta* 2015; 2(2): 132-142.
53. Bowen S, Marlatt A. Surfing the urge: brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychol Addict Behav* 2009; 23(4): 666-671.

54. Mermelstein LC, Garske JP. A brief mindfulness intervention for college student binge drinkers: A pilot study. *Psychol Addict Behav* 2015; 29(2): 259-269.
55. Kaynak Ü. Bireysel Psikoloji Temelli Sosyal İlgili Geliştirme Psiko-Eğitim Programının Ergenlerde Sosyal İlgiliye Etkisi. Doktora Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2021.
56. Ayas S, Hatipoğlu Sümer Z. Bireysel psikoloji (Adler yaklaşımı) temelli internet bağımlılığı önleme çalışmaları: okullarda sosyal ilgi uygulamalarının önemi. *Okul Psikolojik Danışmanlığı Dergisi* 2021; 4(2): 1-22.
57. Dreikurs R. Drug addiction and its individual psychological treatment. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice* 1990; 46(2): 209-215.
58. Kempf C, Llorca PM, Pizon F, Brousse G, Flaudias V. What's new in addiction prevention in young people: a literature review of the last years of research. *Front Psychol* 2017; 8: 1131.
59. Tan KA. The effects of personal susceptibility and social support on internet addiction: An application of Adler's theory of individual psychology. *Int J Ment Health Addict* 2019; 17(4): 806-816.
60. Ilgar MZ, Ilgar SC. Varoluşçu psikolojik danışma ve psikoterapi: Teori ve pratiği. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2019; 23(1): 193-220.
61. Nicholson T, Higgins W, Turner P, et al. The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychol Addict Behav* 1994; 8(1): 24-28.
62. Thompson GR. Meaning therapy for addictions: A case study. *J Humanist Psychol* 2016; 56(5): 457-482.
63. Bagheri Tehranifard A, Mohtashami J, Nasrabadi T. The effectiveness of group gestalt therapy on amount of tendency to addiction. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 6(4): 19-26.
64. Akpınar O, Öz S. Gerçeklik terapisi: Özellikler, temel kavramlar, tedavi, uygulama ve değerlendirme. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2013; 12(43): 1-22.
65. Kim JU. The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy* 2008; 27(2): 4-12.
66. Safari S, Soleimani AA, Jajarmi M. The Effectiveness of "Reality Therapy" training on internet addiction and perceptions of social support-family in teenage girls. *Journal of Health Promotion Management* 2021; 10(5): 107-120.
67. Arslan Ü, Gümüşçağlayan G. Çözüm odaklı kısa süreli terapiye kısa bir bakış. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2018; 47: 491-507.
68. Spilsbury G. Solution-focused brief therapy for depression and alcohol dependence: A case study. *Clin Case Stud* 2012; 11(4): 263-275.
69. Zhang X., Shi X., Xu S., et al. The effect of solution-focused group counseling intervention on college students' internet addiction: A pilot study. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(7): 2519.
70. Sarı T. Pozitif psikoterapi: Gelişimi, temel ilke ve yöntemleri ve Türk kültürüne uygulanabilirliği. *The Journal of Happiness & Well-Being* 2015; 3(2): 182-203.
71. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8): 774-788.
72. Karaaziz M, Çakıcı E. Bağımlılık kavramının pozitif psikoterapi perspektifinden değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2019; 20(2): 108-111.
73. Mirzakhani L, Heidari A, Hafezi F, et al. The effects of positive psychotherapy on internet addiction and identity crisis in female senior high school students. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology* 2019; 6(3): 113-122.
74. Behbehani L, Bagher S. The effectiveness of positive psychotherapy on decrease craving and relapse prevention in opiate addicts. *Research on Addiction* 2020; 13(54): 91-108.
75. Dinç M. Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme. İstanbul: Yeşilay Yayınları, 2019.
76. Butt MM. Using narrative therapy to respond to addiction: An experience of practice in Pakistan. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* 2011; 2: 51-61.
77. Foroushani EZ, Foruzandeh E. Effectiveness of narrative therapy on mental health of addicts' wives treated in the addiction treatment centers in Khomeini Shahr. *International Journal of Educational and Psychological Researches* 2015; 1(4): 266-271.
78. Kardaş Ö. Sorun Çözme Terapisinin Ergen Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarındaki Etkinliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016.
79. Madden C, Hinton E, Holman CP, et al. Factors associated with coping in persons undergoing alcohol and drug detoxification. *Drug Alcohol Depend* 1995; 38(3): 229-235.
80. Başabak Bhais AZ. Madde Kullanım Bozukluğu Olanlarda Yaşam Kalitesi Terapisi: Nüks ve Duygu Düzenleme Becerileri Üzerinde Etkinliğinin Araştırılması. Doktora Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2021.
81. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, et al. Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13: 35.

82. Laudet AB, Becker JB, White WL. Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Subst Use Misuse* 2009; 44(2): 227-252.
83. Yeltepe H. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Yetişkinlerde Düzenli Egzersizin Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
84. Ussher M, Sampuran AK, Doshi R, et al. Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. *Addiction* 2004; 99(12): 1542-1547.
85. Roessler KK. Exercise treatment for drug abuse-A Danish pilot study. *Scand J Public Health* 2010; 38(6): 664-669.
86. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165(2): 179-187.
87. Merkouris SS, Rodda SN, Dowling NA. Affected other interventions: A systematic review and meta-analysis across addictions. *Addiction* 2022; 117(9): 2393-2414.
88. Winkler A, Dörsing B, Rief W, et al. Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(2): 317-329.
89. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, et al. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020; 3(6): e208279.
90. Dellazizzo L, Potvin S, Giguère S, et al. Meta-review on the efficacy of psychological therapies for the treatment of substance use disorders. *Psychiatry Res* 2023; 326: 115318.
91. Magill M, Ray L, Kiluk B, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87(12): 1093-1105.
92. Zuccon M, Topino E, Musetti A, Gori A. Psychodynamic therapies for the treatment of substance addictions: A PRISMA meta-analysis. *J Pers Med* 2023; 13(10): 1469.
93. Krotter A, Aonso-Diego G, González-Menéndez A, et al. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for addictive behaviors: a systematic review and meta-analysis. *J Contextual Behav Sci* 2024; 32: 100773.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was not required for this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

İnternet Bağımlılığını Önlemede Türkiye ve Güney Kore Uygulamalarının Karşılaştırılması

Comparison of Türkiye and South Korea Practices in Preventing Internet Addiction

Mehmet Bilge ¹ 

1. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Burdur

Abstract

Addiction is a phenomenon that has taken place and continues to take place in society in many ways from past to present. If we look at the phenomenon of addiction at the historical level, some artifacts found as a result of archaeological studies have shown that addictive substances existed in social, political, economic and religious life. The way in which addiction emerges varies in the light of the possibilities, technological developments and social events of the period. In today's world, where behavioral addictions are newly addressed in the light of the developments, each country develops various methods of struggle. While developing these methods, countries take intensive or more basic measures in the light of their own variables. Internet addiction, which is a subheading of behavioral addiction, is a type of addiction that affects many countries today. This addiction, which is also seen among young people in Türkiye from time to time, many preventive measures are taken by both families and the state. Just like in Türkiye, it can be stated that this addiction has developed in South Korea and it is one of the countries where internet addiction has developed the most. South Korea, which had difficulty in dealing with this problem at the beginning of the process, has made great progress in preventing internet addiction and has become a country that has increased measures to prevent possible future problems. Since Türkiye is still at the beginning of the road in this regard, it has shortcomings. For this reason, in this study, protective-preventive practices for internet addiction in Türkiye will be discussed and a comparison will be made with South Korea, which has both great problems in this field and has realized many exemplary practices, and suggestions will be made on behalf of Türkiye.

Keywords: Addiction, behavioral addiction, addiction policies

Öz

Bağımlılık geçmişten günümüze birçok şekilde toplum içerisinde yer almış ve yer almaya devam eden bir olgudur. Bağımlılık olgusuna tarih düzleminde bakıldığında, arkeolojik çalışmalar sonucu bulunan bazı eserlerde bağımlılık yapıcı maddelerin sosyal, siyasal, ekonomik ve dini yaşam içerisinde var olduğu görülmüştür. Bağımlılığın ne şekilde ortaya çıktığı ise yaşanan dönemin imkânları, teknolojik gelişmeleri ve bazı toplumsal hadiseler ışığında değişkenlik göstermektedir. Günümüzde davranış bağımlılıkları da yaşanan gelişmeler ışığında yeni yeni ele alınmakta ve her ülke çeşitli şekillerde mücadele yöntemi geliştirmektedir. Bu yöntemleri geliştirirken ülkeler kendi değişkenleri ışığında yoğun ya da daha temel düzeyde önlemler almaktadır. Davranışsal bağımlılığının bir alt başlığı olan internet bağımlılığı, günümüzde birçok ülkeyi etkisi altına alan bir bağımlılık türüdür. Ülkemizde de zaman zaman gençler arasında görülen bu bağımlılık gerek aileler gerekse devlet tarafından birçok önleyici tedbir alınmaktadır. Tıpkı ülkemizde olduğu gibi Güney Kore'de de bu bağımlılık gelişmekte ve aynı zamanda Güney Kore, internet bağımlılığının en çok geliştiği ülkelerin başında yer almaktadır. Sürecin başında bu sorunla baş etmekte zorlanan Güney Kore aldığı tedbirler ile şu an hem internet bağımlılığını önlemede büyük yol kat etmiş hem de olası gelecek sorunları önlemede tedbirleri arttıran bir ülke konumuna ulaşmıştır. Ülkemizin bu konuda henüz yolun başında olmasından dolayı eksikleri yer almaktadır. Bu sebeple çalışmada, Türkiye'de internet bağımlılığına yönelik gerçekleştirilen koruyucu-önleyici uygulamalar ele alınarak, bu alanda hem büyük sorunlar yaşayan hem de örnek niteliğinde birçok uygulama gerçekleştiren Güney Kore ile karşılaştırma yapıp ülkemiz adına önerilerde bulunulacaktır.

Anahtar kelimeler: Bağımlılık, davranışsal bağımlılık, bağımlılık politikaları

Correspondence / Yazışma Adresi: Mehmet Bilge, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Burdur, Türkiye E-mail: mbilge@mehmetakif.edu.tr

Received /Gönderilme tarihi: 26.10.2024 **Accepted /Kabul tarihi:** 22.01.2025

Giriş

Bağımlılık, geçmişten günümüze kadar çeşitli şekillerde var olmuştur. Toplumun inancı, sosyo-kültürel yapısı, ekonomik yapısı, devlet yönetimi gibi sayılabileceğimiz daha birçok unsur toplumlarda bağımlılığın yaygınlığını ve hangi madde ya da davranış şekillerinde ortaya çıkabileceğini etkilemektedir. Örneğin, Greklerde “Dionisos”, Romalılarda ise “Bachuss” şeklinde ifade edilen içki tanrısı mevcuttu ve bu toplumlarda, inanış sebebiyle alkol tüketim yaygınlığı oldukça yüksekti. Yine M.Ö. 2737’de Antik Çin İmparatorluğu’nda imparatorluk bünyesinde bulunan “Şifalı Bitkiler Kitabı” içerisinde esrar maddesi anlatılmaktaydı ve ayrıca bu tarz halüsinogen bitkilerin doğaüstü varlıklarla iletişime geçilmesinde kolaylaştırıcı bir rol oynadığı inancı hakimdi (1).

Küreselleşmenin ve tarım toplumundan sanayi toplumuna geçişin başlangıcı olarak kabul edilen sanayi devrimi sadece ekonomik alanda değil aynı zamanda bağımlılık gibi toplumu etkileyen sosyal konularda da çeşitli dönüşüm başlatmıştır. Bu dönüşüm dijital çağın başlamasına ve beraberinde davranışsal bağımlılığın Avrupa’da varlığını hissettirerek yükseliş trendine geçmesine imkân kılmıştır. Bununla beraber sanayi devrimi sonrasında ortaya çıkan şehirleşme süreci bireylerde yeni stresler ve toplumsal yapıda bozulmalar meydana getirmiştir. Yaşanan ruhsal ve duygusal durumlar ki bu olumsuzluklar kumar ve madde bağımlılığının artarak toplumsal sorunlar olarak tanınmaya başlamasına sebep olmuştur (2,3). Avrupa’da dijital çağın başlangıcı sonrasında özellikle otomasyonun sanayi süreçlerine hakim olduğu dönemle birlikte artık dijital teknolojilerin halk nezdinde kullanıldığı ifade edilebilir. Bu durum her ne kadar diğer davranışsal bağımlılıklara direk etki etmese de 2000’li yıllara doğru gelindiğinde internet ve oyun bağımlılığı türlerinin ortaya çıkmasına alt yapı hazırlamıştır (4). 2000’li yıllara gelindiğinde alkol, esrar, kokain, opiat ve uyarıcı tipi bağımlılıklar yaygın iken sonrasında teknolojinin gelişmesi ve imkânların artması ile birlikte bağımlılık eğiliminde değişiklikler meydana gelmiştir (5). Avrupa’da yapılan bir araştırmada, oyun ve internet bağımlılığının olumsuz sonuçlarından birisi olan “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu”nun görüldüğü yetişkinlerin %33,9’unun internet ve oyun bağımlısı olduğu yer almaktadır (4).

Davranışsal bağımlılıklar günümüzde artık sıkça karşımıza çıkan ve çıkmaya devam eden bir bağımlılık türüdür. Bu bağımlılığın alt başlıklarından birisi olan internet bağımlılığının zeminini hazırlayan birçok mecra artık iş, eğitim, aile ve sosyal hayatın içinde bir araç olarak sıkça kullanılmaktadır. Hayatımızdan çıkarmanın neredeyse mümkün olmadığı, bağımlılık geliştirme riski olan bu araçlarla başta devlet olmak üzere hizmet veren tüm kuruluşların mücadele etmesi önemlidir. Ele alınan bu çalışma Güney Kore’deki olumlu uygulamaları dikkate alarak ülkemizde mevcut politikaların eksik yanlarını ve olması gereken politikaları ortaya koyacaktır.

Davranışsal Bağımlılıklar

Davranışsal bağımlılıklar, işleyiş prensibi olarak madde bağımlılığı ile hemen hemen aynıdır. Nitekim bağımlılık döngüsüne bakıldığında bağımlılığa giden her bir olgunun nörobiyolojik mekanizmalarla ilişkilendirilen ve çeşitli aşamalarla karakterize edilen kompleks bir süreç olduğu görülmektedir. Bu noktada bağımlılığın nörobiyolojik etkilerini anlamak için beyindeki aşamaları oluşturan bölgelerin ve sinir devrelerinin tümüyle incelenmesi gerekmektedir. Bağımlılık döngüsü temelde dört evreden oluşmaktadır. Bunlar; meşguliyet/önsezi, aşırı tüketim/zehirlenme, yoksunluk/olumsuz duygulanım ve nüksetme potansiyeli, şeklindedir. Evrelerin her birisi bağımlı olan bireylerde yer alan kompulsif davranışlara katkı sunan farklı nörobiyolojik süreçlerle desteklenir (6,7). Bu sebeple genel olarak tanımlara baktığımızda, “bağımlılık, herhangi bir maddeye, nesneye, varlığa ya da davranışa duyulan karşı koyulamaz bir isteğin olması durumunda kişinin, iş, eğitim aile ve sosyal çevrelerinde bozulmaların meydana geldiği, bağımlılığı sağlayan etmenin gün geçtikçe arttırıldığı ve kişinin bu bağımlılıktan kaynaklanan zararlarının farkında olmasına karşın devam ettiği bir süreçtir.” Tanımdan da yola çıkılırsa bağımlılık sadece madde bağımlılığı olarak değil, farklı şekillerde de ortaya çıkan bir olgudur. Dolayısıyla davranış bağımlılığı başlığı altında değerlendirilen kumar, internet, seks, yeme, alışveriş bağımlılıkları da kapsam dahilinde yer almaktadır (8). Ancak sayılan bu bağımlılık türleri bireylerin gündelik hayatı içerisinde yer alan ve birçoğu vazgeçilmez birer eylem

konumundadır. Bu sebeple literatürdeki bu eylemlerin "bağımlılık" başlığı altında değerlendirme aşaması oldukça uzun süreç almıştır. Başlangıçta bunların dürtü kontrol bozuklukları olarak sınıflandırılması yönünde bir görüş hakim olsa da daha sonraları madde dışı veya davranışsal bağımlılıklar olarak kabul edilmiştir. Çünkü yapılan araştırmalara göre psikoaktif madde alımında beynin kısa vadeli ödül mekanizmasının aktive olması aynı zamanda kişi zamanla kontrolünü kaybettiği davranışlar sergilediğinde de görülmektedir. Ayrıca iki bağımlılık türünde de tekrarlayan bir davranış modelinin olması, gündelik işlevlerin önüne geçmesi gibi birçok belirti benzeşmektedir (9). Her ne kadar literatürde birçok eylem bağımlılık olarak ele alınsa da toplum içerisinde tam olarak bir bağımlılık şeklinde görülmemektedir. İngiltere'de halkın madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklara olan bakış açısını ele alan bir araştırmanın sonuçlarına göre araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu madde bağımlılıklarını daha büyük bir halk sağlığı olarak görmekte iken davranışsal bağımlılıklarda sadece kumar bağımlılığının bir tehdit olarak görüldüğü ifade edilmektedir (10). Bu durum davranış bağımlılığı ile mücadeleyi olumsuz etkileyerek gerekli adımın atılmasını ötelemektedir.

Griffiths'in (2015) yapmış olduğu bir çalışma sonucunda davranış bağımlılığı üzerine bir takım tanı kriterleri ortaya koyulmuştur. Bunlar;

1. Belirginlik: Kişi yavaş yavaş gündelik işlevlerini erteleyerek bağımlılık yapıcı davranışa yönelir. Bu durum diğer kişiler tarafından fark edilir. Artık bağımlılık hayatında net bir biçimde görülmekte ve bağımlı olarak ifade edilmektedir.
2. Ruh hali değişikliği: Bu durum öznel olsa da, bağımlılar genellikle bu deneyimi yaşadıklarını belirtir. Davranış bağımlısı bireylerde başa çıkma stratejisi olarak görülen uyandırıcı bir "vızıltı", paradoksal olarak sakinleştirici bir "kaçış" hissi ya da uyuşma gibi durumlar görülmektedir.
3. Tolerans kazanma: Kişide bağımlı olduğu davranışı her gerçekleştirdiğinde bir önceki seferinden daha fazla haz alma isteği oluşmaktadır. Bu da kişinin zamanla davranışa ayırdığı süreyi arttırmakta ve bağımlılık meydana gelmektedir.
4. Geri çekilme semptomları: Bu, kişinin aktiviteyi gerçekleştirememesi durumunda görülen olumsuz duygu durumları ve fiziksel belirtilerdir (ör. sinirlilik, huzursuzluk). Bu nedenle, bağımlılık riski taşıyan araçlarla mücadelede devlet ve ilgili kuruluşların dikkatli olması önemlidir.
5. Çatışma: Bağımlılığa sahip kişi ve çevresindekiler arasındaki, iş, sosyal yaşam, hobiler ve ilgi alanlarında ya da bireyin iç dünyasındaki çatışmaları ifade etmektedir.
6. Nüks etme: Bağımlı bireyler zaman zaman bu davranış kalıplarından uzaklaşarak arınma yaşamak isterler. Ancak bazen tekrar bağımlı olunan davranış kalıplarına geri dönelebilmektedir. İşte bu durum nüks etme olarak ifade edilmektedir.

Davranışsal bağımlılıklar günümüz gelişmeleri ve insanların bu gelişmeler ışığında edindikleri alışkanlıklar bağlamında ortaya çıkmaktadır. Aşağıda ifade edilen davranışsal bağımlılıkların alt başlıkları günümüzde sıklıkla karşımıza çıkan bağımlılık türleri olup, literatürde sıklıkla ele alınan bağımlılık türleridir (11).

İnternet Bağımlılığı

Teknolojinin hayatımıza girmesi ile birlikte insanlık birçok araç ile tanışmış olup bunlardan en önemlisi belki de internettir. İnternet günümüzde konumu itibarıyla artık vazgeçilmez bir durumdur. Çünkü kolay ulaşılabilir ve ucuz olması sebebiyle iş, eğitim, devlet kurumlarının işleyişleri, diğer insanlarla iletişim kurma vb. her türlü iş ve işleyiş internet üzerinden gerçekleştirilmektedir. Ancak internetin özellikle kolay ulaşılabilir olması interneti kötüye kullanma gibi olumsuz sonuçlar da doğurmuştur (12). Yapılan birçok çalışmada aşırı internet kullanımının diğer bağımlılıklarla benzer semptomlar gösterdiğinden hareketle bu davranışın bir bağımlılık olduğu kanısına varılmıştır. Ancak bakıldığında resmi otoriteler tarafından ortaya koyulmuş net bir tanı kriteri bulunmamaktadır. Bu sebeple Young (13), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Dördüncü Baskısında (DSM-IV) geçen patolojik kumar bozukluğunun internet bağımlılığına en yakın davranış bağımlılığı olduğu düşüncesi ile patolojik kumar bozukluğu için oluşturulan tanı kriterlerinden hareketle

internet bağımlılığı üzerine bir takım kriterler ortaya koymuştur. Kişiler bu sorulardan en az beş tanesine evet yanıtını veriyorsa bu kişi bağımlı olarak kabul edilmektedir. Sorulara bakılacak olunursa ;

1. Sürekli internetle meşgul olma hissi var mı? (en son kullanılan internet süresi ve bir sonraki tahmini internet kullanım süresi üzerinden düşünülebilir.)
2. İnternette aldığınız keyfi arttırmak için her kullanımda bir önceki kullanıma göre süreyi arttırma ihtiyacı hissediyor musunuz?
3. Aşırı internet kullanımı azaltmak ya da durdurmak için defalarca başarısız girişimleriniz oldu mu?
4. İnternet kullanmadığınız/ kullanmadığınız durumlarda kendinizi huzursuz, huysuz, depresif veya sinirli hissediyor musunuz?
5. Genel olarak internet kullanmaya başlamadan önce hesaplanan kullanım süresinden daha fazla kullanıyor musunuz?
6. İnternet kullanımı sebebiyle birisiyle olan ilişkinizi, iş veya eğitim fırsatınızı kaybettiniz mi?
7. İnternet kullanım süresinizin ne derece fazla olduğunu gizlemek için herhangi bir aile üyesine, sosyal çevrenize ya da terapistle yalan söylediğiniz oldu mu?
8. İnterneti problemlerden kaçmak ya da disforik bir ruh halinden uzaklaşmanın bir yolu olarak mı görüyorsunuz? şeklindedir.

İnternet kullanımı ile ilgili birçok ülke ve bölge çeşitli önlemler ve çalışmalar yürütmektedir. Örneğin Avrupa'da internet bağımlılığının yaygınlığına bakıldığında ergenler arasında oldukça görünür bir hale geldiği ifade edilmektedir. Bu sebeple Avrupa Birliği dijital okuryazarlık noktasında teşvik edici çalışmalar yürütmekte ve sağlıklı internet kullanımı için çeşitli kılavuzlar hazırlamaktadır. Ayrıca bilinçli internet kullanımı konusunun eğitim sistemi içerisine de dahil edilmesi konusunda çalışmalar yapılmaktadır (13). Ülkemizin bu alandaki genel görünümüne baktığımızda diğer ülkelere nazaran koruyucu-önleyici çalışmalara daha geç başlanmış olduğu yol katedilecek mesafenin olduğu söylenebilir.

Türkiye’de Davranış Bağımlılığını Önleyici Uygulamalar

İnternet bağımlılığı ile mücadelede ülkemizde mevcut uygulamalar madde bağımlılığına göre yetersiz kalmıştır. Bunun temel sebepleri internet kullanımının özellikle 2000’ler sonrası artış göstererek gündelik hayatın içerisinde yer alması ve bu bağımlılık türünün doğası gereği madde bağımlılığına göre olumsuz etkilerinin daha az gözlemlenebilir olmasıdır. Ayrıca bilim dünyasına yön veren birtakım otoritelerin de internet bağımlılığını tam olarak çalışmalarına dahil etmeyişi bu süreci daha da uzatmaktadır. Örneğin yeni tanıtılan "Madde ile ilişkili Bağımlılık Yapıcı Bozukluklar" tanı kategorisi DSM-5'e eklenmiş fakat bu başlığın altına sadece "kumar davranış bozukluğu" dahil edilmiştir.

Türkiye’de davranış bağımlılığı üzerine yapılan uygulamalara ve atılan adımlara bakıldığında ilk olarak Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (2018) tarafından 2019-2023 yıllarını kapsayan "Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı" göze çarpmaktadır. Eylem planı, nihai amacını "Toplumu teknoloji, internet ve kumar alanlarında davranışsal bağımlılık gelişmesinden korumak" şeklinde belirlemiş ve bu amaçlara ulaşmaya yönelik olarak;

1. Bilişim teknolojilerinin, internetin ve sosyal medyanın bilinçli, güvenli ve etkin kullanımında gençler başta olmak üzere toplumun farkındalığının ve bilgi düzeyinin artırılması,
2. Bilişim teknolojilerinin aşırı ve zararlı kullanımının önlenmesi, dijital oyun, bahis, şans ve kumar bağımlılığını önlemeye yönelik çalışmaların yürütülmesi, davranışsal bağımlılık yaşayan bireylerin danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşılabilirliğinin artırılması,
3. Çalışmaların ve hizmetlerin yürütülmesinde kurumlar arası eşgüdüm ve koordinasyonun güçlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Ara amaçlar ise; teknoloji ve internetin bilinçli, güvenli ve etkin kullanımını sağlamak ve aşırı ve zararlı kullanımını önlemek, kumar bağımlılığını önleme çalışmalarını yürütmek ve danışma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasını sağlamak, şeklinde belirlenmiştir (14).

Bunun dışında 2018 yılında dönemin aktif bakanlıklarından olan Kalkınma Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen "On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)" dahilinde yer alan, "Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu, Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu" yayınlanmıştır. Bu raporda davranış bağımlılığı bir bütün olarak ele alınmayıp teknoloji bağımlılığı üzerinden yer bulmuştur. Raporda daha çok farkındalık üzerine yapılan ve yapılması planlanan çalışmalara atıfta bulunulurken, Yeşilay, BTK (Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu) ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın çocuklara yönelik gerçekleştirdiği internet filtresi, farkındalık çalışmaları ve meslek elemanlarına düzenlenen eğitimlerden bahsedilmiştir (15).

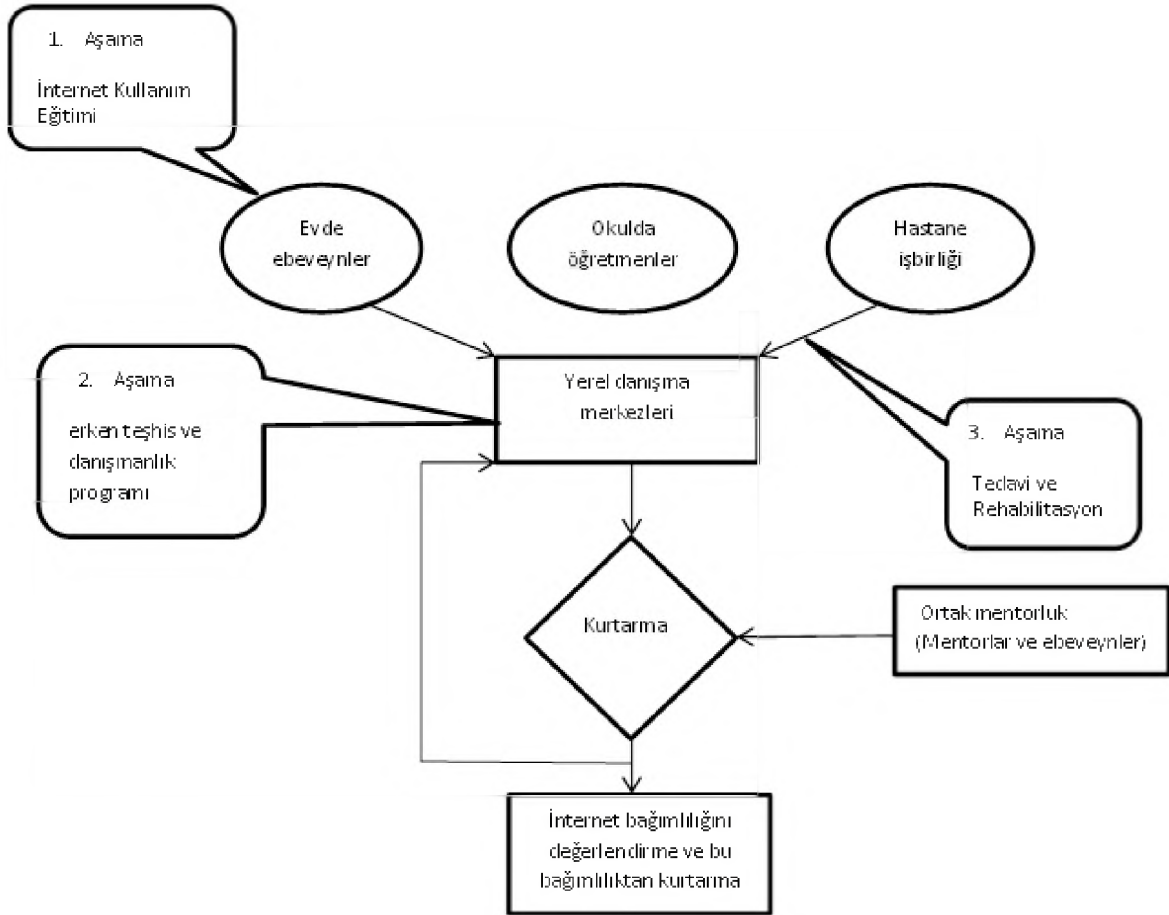
Bunlar dışında son olarak sivil toplum kuruluşlarından olan Yeşilay bünyesinde hizmet veren "Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)", madde ve davranış bağımlılığı alanında hizmet veren önemli kuruluşlardan birisidir. Bu kuruluş haftanın altı günü randevu sistemi ile hizmet vermekte olup, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Motivasyonel Görüşme Tekniği ve Farkındalık Terapisi gibi tedavi modellerini temel almaktadır. YEDAM bünyesinde verilen hizmetler ise telefon ile danışmanlık, yüz yüze danışmanlık, grup terapileri, sosyal destek hizmetleri ve YEDAM atölye, şeklindedir (16).

Milli Eğitim Bakanlığı da internet bağımlılığı vb. çocuk ve gençleri hedef alan birçok bağımlılık türü ile mücadele noktasında çeşitli adımlar atmıştır. Örneğin YEDAM ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliği ile gerçekleştirilen Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM) teknoloji, tütün, alkol ve madde bağımlılığı dahil olmak üzere çeşitli bağımlılık türlerini ele almayı amaçlayan kapsamlı bir uygulamadır. Bu program, ülkenin sosyolojik gerçekliği, ihtiyaçları ve eğitim sistemini bir arada ele alarak planlanmış, Türkiye'deki ilk ölçülebilir ve sürdürülebilir koruyucu-önleyici eğitim programı olması bakımından ayrı bir öneme sahiptir. Bu program okul öncesi dönemden başlayıp lise çağına kadar eğitim sistemindeki tüm bireylere yönelik Yeşilay bilim kurulunun onayından geçen bir eğitim modülü tasarlayan birincil önleme programıdır. Eğitimler ve farkındalık çalışmaları çocuk ve gençlerin ilgisini çekecek her türlü mecradan ve yüz yüze olarak tasarlanmıştır (17). Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı'nda yakın bir süreçte "Dijital Bağımlılık Çalıştayı" gerçekleştirilerek bir ön rapor hazırlanmıştır. Bu rapora göre çocuklar dijital bağımlılık sebebiyle sosyal ilişkilerinde zayıflama ve sosyal izolasyon yaşamaktadır. Ayrıca dijital mecralarda ve araçlarla vakit geçiremedikleri zamanlarda olumsuz duygu durumu yaşadıkları ifade edilmiştir. Çalıştayın ilerleyen süreçlerde diğer kamu kurumlarıyla iş birliği içerisinde tekrarlanacağı aktarılmıştır (18).

Güney Kore'de Davranış Bağımlılığını Önleyici Uygulamalar

İnternet bağımlılığı ülkemizde olduğu gibi tüm dünyayı etkisine alan olgulardır. Her ülke kendi kültürel ve ekonomik değişkenleri üzerinden bu bağımlılıkları bir şekilde yaşamakta ve çözümleri yine bu dinamikler üzerine kurmaktadır. Çünkü günümüzde sosyal devlet olmanın en önemli gerekliliklerinden birisi de ortaya çıkan olumsuz durumları bu dinamikler üzerinden geliştirilen sosyal politika araçları ile ortadan kaldırmaktır. Bu noktada Güney Kore özellikle Kore Savaşı sonrasında her noktada yeniden inşa edilen ve gelişmekte olan bir ülke konumundaydı. Ancak "Han Nehri Mucizesi" olarak ifade edilen dönem sonrasında savaşın izlerini silerek gelişimini tamamlamış bir ülke konumuna gelmiştir. Bunun en temel sebebi sanayinin hızla gelişmesi, yeni teknolojilerini tüm dünyaya başarılı bir şekilde tanıtmış olmaları ve eğitime önem vermeleridir. Bu durumların oluşmasına alt yapı hazırlayan 1988 Yaz Olimpiyatları, Japonya ile birlikte ev sahipliği yapılan 2002 Dünya Kupası gibi organizasyonlar günümüzde dünya devi olarak bilinen birçok teknoloji şirketinin yükselişinde büyük etkisi olmuştur (19,20). Ekonomik anlamda teknoloji şirketlerinin de yaygınlaşmasıyla birlikte teknoloji; gündelik yaşamdan eğitime her türlü alanda en üst seviyede kullanılmakta olup Güney Kore toplumunun tüm yaşamına işlemiştir. Bu durum her ne kadar hayatı kolaylaştıran bir durum olsa da davranış bağımlılıklarının tetiklenmesinde büyük rol oynamaktadır. İnternet bağımlılığı Güney Kore'de 12-17 yaş aralığındaki ergen bireylerde halk sağlığı olarak nitelendirilebilecek bir sorun olarak ortaya çıkmıştır (21). Yapılan bir araştırmaya göre Güney Kore'deki lise çağına kadar olan öğrencilerin %9.4'lük bir kısmı internet

bağımlılığı tanı kriterlerini karşıladığı saptanırken, lise çağındaki öğrenciler de dahil edilirse bu oranın %34,3'e kadar yükselebileceği ifade edilmektedir (22). Yine yapılan bir araştırmaya göre Güney Kore'de her 10 gençten en az 1'inin internet bağımlısı olduğu ortaya konulmuştur (23). Literatürdeki davranış bağımlılıkları üzerine yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun internet tabanlı bağımlılıklar olduğu görülmektedir. Bu sebeple Güney Kore Hükümeti özellikle internet bağımlılığı üzerine bir takım politika ve uygulamalar geliştirmiştir. Özellikle internet bağımlılığı üzerine politika geliştirilmesinin en temel nedeni, diğer davranış bağımlılıklarının kökeninde internet olduğunun düşünülmesidir. Güney Kore'de yapılan başka bir araştırmaya göre 5-54 yaş arası internet kullanıcıları arasında internet bağımlılığına yatkınlık riski %7 olarak çıkmıştır. Daha yakın yaş aralıklarında internet bağımlılığına bakıldığında ise 5-9 yaş arası %6,4, ergenlik çağındaki gençlerde %11,7, 20-55 yaş arasında ise %5,9 şeklinde sonuçlar çıkmıştır (23). Yapılan araştırma sonuçları ışığında bir takım koruyucu ve önleyici tedbirler alınmıştır. Güney Kore'de davranış bağımlılığına karşı alınan önlemlere bakıldığında oyun bağımlılığına yönelik en geniş kapsamlı önlemin "Shutdown Law" (Kapatma Yasası) olduğu söylenilebilir. 2011 yılında yürürlüğe giren yasa özellikle oyun bağımlılığı ile mücadele kapsamında düzenlenmiş olup hem bağımlılığın azalması hem de bu bağımlılığın beraberinde getirdiği fiziksel ve ruhsal birtakım bozulmaların önüne geçilmesi amacı gütmektedir. Buna göre altı yaşından küçük çocukların 00:00 ile 06:00 saatleri arasında çevrimiçi video oyunları oynaması yasaklanmış, çevrimdışı yani internet bağlantısı olmadan oynanan mobil ve bilgisayar oyunları bu kapsamın dışında bırakılmıştır (25). 2007 yılından beri uygulamada olan bir diğer önleyici uygulama da "IWill Center"lardır. Bu merkez, ilkökul ve ortaokul öğrencileri arasında internet bağımlılığı semptomları konusunda farkındalığı artırmayı, alternatif aktiviteleri teşvik etmeyi ve öz denetimi geliştirmeyi amaçlayan altı oturum içeren yapılandırılmış bir internet bağımlılığı önleme programı sunmaktadır (26).



Şekil 1. Jump up uygulama modeli (28)

İnternet tabanlı davranış bağımlılıkları ile mücadele kapsamında Güney Kore Hükümeti bağımlı çocukları iyileştirme ve rehabilitasyon süreçlerini desteklemek için "Jump Up İnternet Kurtarma Okulu" nu

oluşturmuştur. Bu program bağımlı olan öğrencilere yönelik olup, 11-12 gün süren bir süreci kapsamaktadır. Bu programın amacı, katılımcılara internet oyunları, sörf yapmak vb. davranış bağımlılıklarını gerçekleştirmek yerine açık hava sporları ve aktiviteleri yapma olanağı sağlamaktır. Program içeriği eğitim ve egzersiz faaliyetleri olarak iki ana derse ayrılmıştır. Bu faaliyetler: (a) zihinsel eğitim; (b) frontal lobu eğitmek için beyin eğitimi (beyinde serebral yarım kürenin önünde bulunan bir alan); (c) beyin sistemi eğitimi ve (d) duygusal kontrol, şeklindedir (27). Bu faaliyetlerin zihinsel aktivitelere ve beyin işlevlerine odaklanmasının en temel nedeni, bağımlıların bilişsel becerilerini hatırlamak için tasarlanmış olmasıdır. Çünkü bağımlılık yapıcı düşünceye sahip bireyler normal insanlara göre daha endişeli bir duygu durumuna sahiptir ve bu da bağımlılık yapan davranışları arttırabilir. Bu sebeple bağımlıların bu bağımlılıklarla başa çıkmak için duygusal bir baş etme yetisi kazanması gerekmektedir (28).

Güney Kore Hükümeti internet ve oyun bağımlılığı ile mücadeleyi 5 adıma ayırmış, her adım için ayrı bir bakanlık görevlendirmiştir. Bu bakanlıklar ve görevleri;

1. Bilim, BİT (Bilgi İletişim Teknolojileri) ve Gelecek Planlama Bakanlığı: Davranış bağımlılıkları konusunda yürütülen uygulamaların gözlemi ve stratejik gelişmelerin planlanması,
2. Kültür, Spor ve Turizm Bakanlığı: "Oyun Endüstrisini Teşvik Yasası" doğrultusunda bilinçlendirme kampanyaları, anket araştırmaları, teknoloji okuryazarlığı, eğitim programları ve ileri düzey bağımlılık durumlarında hastane bakımı süreçlerinin takibi,
3. Cinsiyet Eşitliği ve Aile Bakanlığı: "Çocuk Koruma Yasası"na göre gençlik danışma merkezleri ve yatılı okulların kurulması da dahil olmak üzere yapılan işlemlerin denetlenmesi ve bağımlılıklara yönelik kısa süreli müdahaleler,
4. Sağlık ve Refah Bakanlığı: Davranış bağımlılığı alanında tıbbi araştırma yürüten, tedavi modelleri geliştiren ülke çapında 200'den fazla ruh sağlığı kliniğinin denetlenmesi,
5. Eğitim Bakanlığı: Davranış bağımlılığı ile mücadelede okul temelli müdahalelerin geliştirilmesi, şeklindedir (29).

Yine oyun ve internet bağımlılığı ile bağlantılı olarak ortaya çıkan kumar bağımlılığı da Güney Kore hükümeti tarafından politika uygulamaları arasında olan bağımlılıklardan birisidir. Bu sebeple Güney Kore Hükümeti, başbakanlığa bağlı olarak "Kumar Endüstrisi Denetleme Kurulu"nu kurmuş ve bu kurul bünyesinde "Kore Kumar Sorunları Yönetim Merkezi" ve "Kumar Bağımlılığını Önleme ve İyileştirme Bölge Merkezi" kurulmuştur. Bu uygulamaların temel amacı kumar bağımlılarının iyileşmesine yönelik bireysel danışmanlık ve grup danışmanlığı yapmak, hukuki ve mali danışmanlık hizmetleri vermek, konu ile ilgili kamu kurumlarındaki çalışanlara ve eğitim kurumlarındaki öğrencilere eğitimler düzenlemek, kumar bağımlılığını önleme uygulamalarının tanıtım projeleri ve ilgili kurumların bu konudaki çalışmalarını tek bir çatı altında toplamak, şeklindedir (29).

Sonuç

Ülkemizde internet bağımlılığı birçok bakanlık ve bunlara bağlı kurumların gündemlerine girmeyi başarmış ancak planlı politika geliştirme konusu detaylı, gerçekçi bir şekilde ele alınmamıştır. Ülkemizin gerek kalkınma planlarında gerekse bağımlılıkla mücadele yüksek kurulunda öngörülen tedbirlerin daha çok bilinçlendirme ve bilgilendirmeye yönelik olduğu görülmektedir. Teoride ifade edilen sorunların, pratik alanda mücadeleye yansıtılmaması koruyucu ve önleyici uygulamalarda noksanlık oluşturmaktadır. Bu sebeple bağımlılık alanında çalışan meslek elemanlarından oluşan bir mobil ekip kurularak özellikle bu bağımlılıkların yüksek risk teşkil ettiği ilkökul, ortaokul ve liselerde koruyucu, önleyici ve tespit edilmesi durumunda rehabilite edici çalışmalar yürütülmelidir.

Güney Kore, ilgili bakanlıkları koordineli bir biçimde konumlandırarak, sorunu sadece sağlık bakanlığı ve yürütme mekanizması kurulları üzerinden çözümlenmektedir. Ancak Türkiye'deki problemlerden birisi de internet ve akabinde diğer tüm davranışsal bağımlılıklarla mücadelede sorunun sadece işin tıbbi tedavi

boyutundan sorumlu sağlık bakanlığı ve Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) komisyonları tarafından ele alınmasıdır. Ancak unutulmamalıdır ki bağımlılık tedavileri sadece tıbbi olarak değil, biyopsikososyal model ışığında biyolojik/genetik, psikolojik ve sosyo-kültürel boyutu ile bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Bu sebeple davranışsal bağımlılıklar detaylı bir şekilde ele alınarak her bakanlık kendi görev tanımına göre bu alanda mücadeleye dahil olmalıdır.

Literatürde edinilen bilgilerin birçoğunda Güney Kore Hükümeti'nin internet bağımlılığı ile ilgili atacağı adımlar öncesinde detaylı bir araştırma yaptığı veya yapılan araştırmalar ışığında politikalarını geliştirdiği ifade edilmektedir. Ülkemizde de internet bağımlılığı ile mücadele için planlanan uygulamalar gerçekleştirilmeden önce somut veriler ışığında ülkenin gerçekliği üzerinden hareket edilirse süreç daha güçlü bir şekilde yürütülecektir.

Güney Kore örneğinde olduğu gibi Türkiye'de de bazı koruyucu, önleyici ve tedavi edici uygulamaların kısıtlayıcı tedbirler içeren kanunlar ile desteklenmesinin, özellikle 18 yaş ve altı bireyler üzerinde denetimin daha sıkı olmasının davranış bağımlılığı ile ilgili yürütülen mücadeleye katkı sunacağı düşünülmektedir. Örneğin Güney Kore'de gerçekleştirilen "Jump Up" kurtarma okulu uygulamasının temel hedefi, internet bağımlılığına sahip çocukları fiziksel ve sosyal rehabilitasyon süreci içerisinde bağımlılık döngüsünden kurtarmaktır. Ancak burada bazı temel hususlar ülkemizdeki mevcut durumda uygulama noktasında birtakım zorluklar oluşturabilir. Bunlardan ilki bu gibi uygulamaların gönüllülük ilkesi çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Burada gönüllülükten kasıt tedavi ve rehabilitasyon sürecine girecek çocuklar ve ailelerinin sorunu tespit edip kendi rızaları ile uygulamaya dahil olmalarıdır. Ülkemizde ailelerde ve toplumda bu konularda bilinç eksikliği söz konusudur. Çünkü bağımlılığa olan bakış açısı geleneksel olarak madde bağımlılığı şeklindedir. Bu sebeple davranışsal bağımlılıklar yeterince dikkate değer olumsuz bir durum olarak görülmemektedir (31). Ayrıca toplumun bağımlılık ve ruh sağlığı alanında bilhassa tedavi ve rehabilite edici süreçlere karşı damgalanma kaygısı taşıması sebebiyle yardım isteme refleksleri gelişmemiştir (32).

Ülkemizdeki bu uygulamanın karşısına çıkacak bir diğer sorun da sistemdeki yetersizliklerdir. Bu yetersizlikler müfredat ve altyapı eksikliğinden meydana gelmektedir. Eğitim programımızda internet bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklara özel müfredat yer almamaktadır. Yer olsa dahi bu alanda eğitim verecek uzmanlaşmış eğitimci sayısı oldukça eksiktir. Altyapısal eksiklikler olarak ise bu alanda hizmet veren özel ve kamu eğitim merkezlerinin bulunmamasından bahsedilebilir. Bunun da temel gerekçesi maliyetli olan bu sisteme bakanlıklar olarak yeterli bütçe ayrılmamasıdır. Ayrıca mevcutta Güney Kore'de uygulanan 11-12 günlük programın yaz aylarında gerçekleştirilmesi durumunda ailelerin ve çocukların tercih etme ihtimali düşecektir. Okul döneminde yapıldığında ise ders programını aksatmadan uygun bir zaman dilimi oluşturmak zorlaşacaktır. Çözüm olarak ise kamu spotları, sosyal medya araçları, ailelere yönelik eğitimler ve seminerler yoluyla bilinç düzeyi artırılabilir. Uygulamalar haftasonu planlanıp internet bağımlılığı tespit edilen öğrencilere uygulama sonunda ekstra akademik başarıya da teşvik amaçlı fazladan puan verilebilir. Gerçekleştirilecek uygulamaların kamu-STK işbirliği çerçevesinde alanda tecrübeli Yeşilay ve bünyesindeki YEDAM'lar aktif bir biçimde faaliyetler göstererek tıpkı Güney Kore'deki "Jump Up" benzeri uygulamalar gerçekleştirilebilir. Uzman personel sayısını arttırmak için üniversitelerin ilgili bölümlerinin müfredatlarına zorunlu ders olarak davranışsal bağımlılık ve alt dalları eklenebilir. Ayrıca tıpkı aile danışmanlığında olduğu gibi bağımlılık danışmanlığı eğitimleri verilerek YÖK'ün denetimi altında sertifika programları düzenlenebilir.

Bağımlılık alanında tedavi edici kurum ve kuruluşlara bakıldığında devlet kuruluşu olarak Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) ve Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) sivil toplum kuruluşu olarak ise YEDAM'lar mevcuttur. Her ne kadar YEDAM'lar davranışsal bağımlılıklar alanında hizmet verse de diğer hizmet veren devlet kuruluşlarının görev tanımlarına baktığımızda sadece madde bağımlılığı alanında bir tedavi hizmeti sunduğu görülmektedir. Resmi kurum olarak internet bağımlılığı alanında tedavi edici kurum ve kuruluşların olmayışı bu alandaki mücadeleyi yetersiz ve görünmez kılmaktadır. Bu doğrultuda ilgili bakanlıklara bağlı internet bağımlılığına sahip bireylerin tespiti, tedavisi ve rehabilitasyon süreçlerinin yürütüldüğü merkezlerin açılması durumunda bu alandaki mücadelenin güçlü bir şekilde ilerlemesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Tarhan N, Nurmedov S. Bağımlılık. İstanbul: Timaş Yayınları, 2011.
2. Sussman S, Arpawong TE, Park S, et al. Prevalence and co-occurrence of addictive behaviors among former alternative high school youth. *J Behav Addict* 2004; 3(1): 33-40.
3. Yau, Y, Potenza MN. Gambling disorder and other behavioral addictions. *Harv Rev Psychiatry* 2015; 23(2): 134-146.
4. Grassi G, Moradei C, Cecchelli C. Prevalence and clinical phenotypes of adult patients with attention deficit hyperactivity disorder and comorbid behavioral addictions. *J Behav Addict* 2004; 13(2): 473-481.
5. Tyler RE, Leggio L. Biological basis of addiction and alcohol use disorder. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2024; 23(1): e0177.
6. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(8): 760-773.
7. Lopez Fernandez O, Kuss DJ. Preventing harmful internet use-related addiction problems in europe: a literature review and policy options. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(11): 3797-3817.
8. Uzbay İT. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi* 2009; 21(22): 5-16.
9. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36(5): 233-241.
10. Jamieson S, Dowrick C. Comparing public perceptions of substance addictions and behavioural addictions. *Drug Alcohol Depend* 2021; 220: 108472.
11. Griffiths MD. Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice* 2015; (82): 44-46.
12. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1(1): 55-67.
13. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & behavior* 1998; 1(3): 237-244.
14. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa, 2018.
15. Kalkınma Bakanlığı. Sağlıklı yaşam ve bağımlılıkla mücadele çalışma grubu, bağımlılıkla mücadele alt çalışma grubu raporu. Ankara: Yayın No: KB: 3024 - ÖİK: 805, 2018.
16. Yeşilay Danışma Merkezi (YEDAM). YEDAM Modeli (Psikososyal Danışmanlık Modeli). <https://www.yedam.org.tr/yedam-modeli> (Accessed 14.11.2021).
17. TBM. Training program on addiction prevention of turkey (tbm): content and process. *Journal of Addiction and Therapies*. 2016; 1(2): 1-7.
18. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının "Dijital Bağımlılık Çalıştayı"nın ön raporu tamamlandı. <https://www.aile.gov.tr/haberler/aile-ve-sosyal-hizmetler-bakanliginin-dijital-bagimlilik-calistayi-nin-on-raporu-tamamlandi/> (Accessed 24.12.2024)
19. Shin H, Kim HN, Jeon C, et al. Benefit transfer for water management along the han river in south korea using meta-regression analysis. *Water* 2016; 8(11): 492-508.
20. Kim SJ, Lee W, Ahn JY, et al. Analysis of developmental chronology of south korean compressed growth as a reference from sustainable development perspectives. *Sustainability* 2021; 13(4): 1905-1927.
21. Heo J, Oh J, Subramanian SV, et al. Addictive internet use among korean adolescents: a national survey. *PLoS One* 2014; 9(2): e87819.
22. Park S, Hong K, Park EJ, Ha K, et al. The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in korean adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 47(2): 153-159.
23. Park SK, Kim JY, Cho CB. Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence* 2008; 43(172): 895-909.
24. Koh YS. The Korean national policy for Internet addiction. In *Internet addiction* (Eds Montag C, Reuter M). Cham: Springer, 2017: 323-336.
25. Lee, JM. South Korea eases rules on kids' late night gaming. *The Wall Street Journal*. Sept 2, 2014..
26. Kim D, Nam JK, Keum C. Adolescent internet gaming addiction and personality characteristics by game genre. *Plos One*. 2022; 17(2): e0263645.
27. Koo C, Wati Y, Lee CC, Oh HY. Internet-addicted kids and South Korean Government efforts: boot-camp case. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011; 14(6): 391-394.
28. Young KS. Internet addiction: symptoms, evaluation, and treatment. Vandecreek L, Jackson TL, (Editors). *Innovations in Clinical Practice*. Sarasota, FL: Professional Resource Press 1999: 1-17.

29. King DL, Delfabbro PH, Doh YY. Policy and prevention approaches for disordered and hazardous gaming and internet use: an international perspective. Prev Sci 2018; 19(2): 233-249.
30. Jeon J. Gambling addiction status and prevention healing policy status and challenges. Health and Welfare Forum 2015; 2015(11): 25-33.
31. Ektiricioğlu C, Arslantaş H, Yüksel R. Ergenlerde çağın hastalığı : teknoloji bağımlılığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2020; 29(1): 51-64.
32. Şan İ, Orhan Karsak HG, İzci E, Öncül K. Internet addiction of university students in the covid-19 process. Heliyon 2024; 10(8): e29135.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was not required for this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

Türkiye’de Sigara Bırakmada Yeni Medikal Tedavi: Sitizin

New Medical Treatment for Smoking Cessation in Türkiye: Cytisine

Özlem Kızıltaş¹ 

1. Seyhan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Adana

Sayın Editör,

Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve dünya çapında yılda 8 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımı sonucu oluşan akciğer kanseri, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi sorunlara bağlıken yaklaşık 1,3 milyonu sigara içmeyenlerin ikinci el dumana maruz kalmasının sonucudur (1). Sigaranın bırakılması, sigara içmeye devam etmekle ilişkili erken ölüm riskini yaklaşık %90 oranında azaltır (2). Bununla birlikte nikotin bağımlılığının karmaşıklığı da dahil olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı sigarayı bırakmak son derece zordur.

Nikotin bağımlılığı tedavisinde en iyi sonuçlar farmakoterapi (vareniklin, bupropion, nikotin replasman tedavisi, sitizin) ve farmakolojik olmayan davranış tedavilerinin kombinasyonu ile elde edilmektedir (3). Mevcut farmakoterapiler avantajlı olsa da gelişmekte olan ülkelerde sigara içicileri için oldukça pahalıdır ve geniş bir kesime ulaşamamaktadır. Bu durum sağlık sistemleri ve sigara kullanıcıları için daha etkili, güvenli ve uygun maliyetli diğer tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesini ihtiyaç haline getirmektedir. Bu tür tedavilerin gelişimi, nikotin bağımlılığının altında yatan nörobiyolojik mekanizmaları açıklayan ve farmakolojik tedaviler için hedefleri belirleyen klinik öncesi çalışmalardan elde edilen sonuçlara dayanmalıdır (3). Veriler, optimal bir sigara karşıtı ajanın nikotin davranışsal ve biyokimyasal etkilerini taklit etmesi gerektiğini ancak bağımlılık yapıcı veya pozitif ödülün yoksun olması gerektiğini göstermektedir (4). Bu mektup Türkiye’de sigara bırakma polikliniklerinde kullanılmaya başlanan sitizinin etki mekanizması, kullanımı, yan etkileri, karşılaştırmalı faydaları ve etkinliği gibi temel özelliklerine odaklanmaktadır.

Nikotin replasman tedavisi (NRT), vareniklin ve bupropion şu anda piyasada bulunan en etkili sigarayı bırakma ilaçlarıdır (4,5). Daha az bilinen bir ilaç ise ilk olarak 1964 yılında Bulgaristan’da sigara bırakma ilacı olarak kullanım için onaylanan ve Cytisus laborinum (Altın Yağmur akasyası) tohumlarından elde edilen bitki bazlı bir alkaloid olan sitizindir (5). Uzun yıllar unutulduktan sonra sitizin, sigarayı bırakmada ucuz, güvenli ve etkili bir ilaç olma potansiyeli nedeniyle şu anda kimyagerler, farmakologlar ve klinisyenler için ilgi çekici hale gelmiştir. Sitizin, sentetik türevlerinden biri olan vareniklinin klinik başarısı nedeniyle de araştırmacıların ilgisini çekmiştir (3). Ayrıca son klinik veriler sitizinin sigarayı bırakma konusundaki etkinliğini ortaya koymuş olup Dünya Sağlık Örgütü’nün Yetişkinlerde Tütünün Bırakılmasına Yönelik Klinik Tedavi Kılavuzu’nda yer almıştır (6).

Sitizin, beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChR) kısmi agonist olarak bağlanır. Özellikle $\alpha 4\beta 2$ alt tipine olan yüksek afinitesi, etkisinin temelini oluşturur (7). Bu reseptörler nikotin bağımlılık yapıcı etkilerinde önemli bir rol oynar. Sitizin, nikotin gibi dopamin salınımını artırır ancak etkisi daha sınırlıdır. Dopamin, ödül ve keyif mekanizmalarını düzenleyen bir nörotransmitterdir. Nikotin yaptığı güçlü dopamin artışına kıyasla sitizin daha hafif bir artış sağlayarak yoksunluk semptomlarını hafifletir ve sigara içme isteğini azaltır. Nikotin

reseptörlerini kısmen aktive ettiği için nikotin bu reseptörlere bağlanmasını zorlaştırır. Böylece nikotin alınsa bile güçlü bir dopamin salınımı oluşmaz ve sigaranın ödüllendirici etkisi azalarak bağımlılık yapma potansiyeli düşer (8). Nikotinik reseptörlere afinitesi ve nikotin ile farmakolojik benzerlikleri nedeniyle sitizin bir ilaç olarak kullanılmaktadır (7,8). Çalışmalardan elde edilen bulgular sitizinin yarı ömrünün yaklaşık 4,8 saat olduğunu ve %95'inin değiştirilmemiş şekilde idrarla atıldığını ortaya koymuştur. Sitizinin farmakokinetiğinin bir diğer önemli yönü, hepatik metabolizmanın olmaması ve ilaç-ilaç etkileşimlerinin dışlanması mümkün olmasıdır (9).

Sitizin etken maddesini içermekte olan ilacın önerilen dozaj rejimi şu şekildedir: Her tablet 1.5 mg sitizin içermekte olup sigara içenlerin içtikleri sigara sayısını azaltmaları sırasında üç gün boyunca her 2 saatte bir 1 tablet (günde 6 tablet); daha sonra 4. günden 12. güne kadar her 2,5 saatte bir 1 tablet (günde 5 tablet); 13. günden 16. güne kadar her 3 saatte bir 1 tablet (günde 4 tablet); 17. günden 20. güne kadar her 4 saatte bir 1 tablet (günde 3 tablet), 21. günden 25. güne kadar her 6 saatte bir 1 tablet, günde 1-2 tablet dozunda oral yoldan alınır. Sigara içenlere beşinci güne kadar sigarayı tamamen bırakmış olmaları gerektiği söylenir. İlaç alımının ortalama süresi 25 gündür (3). İlaç tedavisinin süresi vareniklin, bupropion veya nikotin replasman tedavilerine göre daha kısadır. En az 18 ülkede jenerik veya reçeteli ilaç olarak mevcuttur. 2017'de Kanada'da reçetesiz satılan doğal sağlık ürünü olarak lisanslanmıştır ve Ocak 2024'te İngiltere'de reçeteye satılmaya başlanmıştır (10).

Bildirilen en sık yan etkiler bulantı, kusma, uykusuzluk, tat değişiklikleri, ağız ve boğaz kuruluğu, iştahsızlık ve kan basıncında hafif artıştır. Bazı hastalar tedavinin ilk gününde baş ağrısı ve sinirlilik yaşamıştır. Ayrıca yüksek sitizin dozlarının baş dönmesine ve kas güçsüzlüğüne yol açabileceği de belirtilmiştir (3,5). Ancak dozun azaltılmasının bu yan etkileri hafiflettiği gösterilmiş ve semptomların ilacın kesilmesinden sonra düzeldiği görülmüştür. Daha da önemlisi sitizin psikofiziksel değişikliklere neden olmaz ve bu da onu araç kullanan veya makine işleten kişiler için uygun hale getirir (9). Kullanım kontrendikasyonları arasında gebelik, emzirme, şiddetli ateroskleroz ve kontrolsüz hipertansiyon bulunur (11).

Sitizin ile plasebonun karşılaştırıldığı bir randomize kontrollü çalışmada sitizinin sigara bırakma oranlarının plaseboya göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. 6 aydan uzun süren takiplerde ise sitizinin daha uzun süreli sigara bıraktırma sağladığı ve ciddi yan etkiler açısından plasebo ile anlamlı bir fark göstermediği tespit edilmiştir (12). Sitizinin daha yoğun davranışsal destekle birleştirilmesi daha yüksek mutlak bırakma oranlarıyla sonuçlanabilir.

Avustralya'da yapılan bir çalışmada sigarayı bırakmak isteyen sigara içicilerine 25 gün boyunca sitizin tedavisi uygulanmış ve bu tedavi 84 gün süren vareniklin tedavisiyle karşılaştırılmıştır. Çalışma, sitizinin sigarayı bırakma konusunda varenikline kıyasla daha düşük bir etkiye sahip olmadığını göstermiştir (13). Sitizin ile vareniklin tedavilerinde sitizinin daha iyi tolere edildiği, daha az yan etki meydana geldiği ve bu nedenle ilacın daha az kesildiği belirtilmiştir (5,13).

Sigara bırakmaya motive olmuş bireyler arasında yapılan bir çalışmada, sitizinin NRT'den daha etkili olduğu bulunmuştur. Sitizin grubundaki katılımcılar tedavi sırasında sigara yoksunluğu belirtilerini daha az yaşadıklarını, sigara içmenin daha az ödüllendirici olduğunu ve günde içtikleri sigara sayısını azalttıklarını belirtmiştir. Ayrıca tekrar sigara içmeye başlama süresi sitizin grubunda daha uzun olmuştur. Ancak 6 aylık dönemde kendi kendine bildirilen olumsuz yan etkiler, sitizin grubunda NRT grubuna göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmüştür (14,15).

Başarılı bir tütün kontrolünün ayrılmaz bileşenleri, uygun maliyetli farmakolojik tedavilere hem yüksek erişim hem de geniş çapta kullanılabilirliktir. Tüm bu çalışmalar ve klinik kullanım sonuçlarına dayanarak, sitizin diğer farmakoteraplere oranla daha ucuz olması ve nikotin ödüllendirici etkisini hızla azaltması ve nikotin yoksunluk semptomlarını hafifletmesi nedeniyle en umut verici sigara bırakma tedavilerinden biridir (16).

Son olarak, sitizinin insanlarda güvenliğini ve terapötik etkilerini belirlemek ve bunları olası klinik alternatifleriyle karşılaştırmak için daha fazla klinik çalışmalara ihtiyaç vardır. Doğal olarak yetiştirilen, ucuza üretilen ve jenerik olarak temin edilebilen bir tıbbi bitki olarak sitizin, mevcut etkililik verilerine dayanarak

diğer tedavilerin bulunmadığı veya karşılanamadığı düşük gelirli ülkelerde özellikle sigara içen kişiler için bırakma yardımcısı olarak düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Tobacco. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. (Accessed 01.12.2024)
2. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368(4): 341–350.
3. Tutka P, Zatoński W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep* 2006; 58(6): 777-798.
4. Etter JF, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tob Control* 2006; 15(4): 280-285.
5. Walker N, Smith B, Barnes J, et al. Cytisine versus varenicline for smoking cessation in New Zealand indigenous Māori: a randomized controlled trial. *Addiction* 2021; 116(10): 2847-2858.
6. World Health Organization. WHO Clinical Treatment Guideline for Tobacco Cessation in Adults; 2024. Geneva; World Health Organization, 2024.
7. Coe JW, Vetelino MG, Bashore CG, et al. In pursuit of alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonists for smoking cessation: carbon analogs of (-)-cytisine. *Bioorg Med Chem Lett* 2005; 15(12): 2974-2979.
8. Sloan JW, Martin WR, Bostwick M, et al. The comparative binding characteristics of nicotinic ligands and their pharmacology. *Pharmacol Biochem Behav* 1988; 30(1): 255-267.
9. Torazzi A, Tedesco E, Ceccato S, et al. Safety and efficacy of Cytisine for smoking cessation in a hospital context (CITOSP): study protocol for a prospective observational study. *Front Public Health* 2024; 12: 1350176.
10. Reddy KP, Paltiel AD, Freedberg KA, et al. Public health impact of FDA's request for additional safety data on cytisine for tobacco cessation. *JAMA Health Forum* 2024; 5(8): e242647.
11. Prochaska JJ, Das S, Benowitz NL. Cytisine, the world's oldest smoking cessation aid. *BMJ* 2013; 347: f5198.
12. West R, Zatonski W, Cedzynska M, et al. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. *N Engl J Med* 2011; 365(13): 1193-1200.
13. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, et al. Effect of cytisine vs varenicline on smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA* 2021; 326(1): 56-64.
14. Walker N, Howe C, Glover M, et al. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med* 2014; 371(25): 2353-2362.
15. Ofori S, Lu C, Olasupo OO, et al. Cytisine for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2023; 251: 110936.
16. Etter JF, Lukas RJ, Benowitz NL, et al. Cytisine for smoking cessation: a research agenda. *Drug Alcohol Depend* 2008; 92(1-3): 3-8.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was not required for this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support