

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN  
ERKEKLERDE NARSİSİZM DÜZEYLERİNİN NÜKS  
VE TEDAVİ MOTİVASYONU İLE İLİŞKİSİ

SELİN KAHVECİOĞLU

Özyeğin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2017  
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans  
Programı, 2020

Bu tez, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi  
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2020

# **THE RELATIONSHIP BETWEEN NARCISISM LEVELS, RELAPS AND TREATMENT MOTIVATION IN MEN WITH ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS**

## **Abstract**

**Objective:** The aim of this study was to examine the relationship between narcissism levels, treatment motivation and relapse in men with alcohol or substance use disorders.

**Method:** The participants were 75 male patients with a mean age of  $38,80 \pm 12,21$  who received inpatient treatment at Erenköy Psychiatric Hospital Alcohol and Substance Treatment Center with the diagnosis of alcohol or substance use disorders. All participants were applied an Informed Consent Form, Sociodemographic and Clinic Information Form, Self Psychology Inventory (CPI) and Treatment Motivation Questionnaire (TMQ). Research data were analyzed with SPSS for Mac 23.0 program.

**Results:** As a result of the research, a significant and negative correlation observed between defensive grandiose self of KPE and TMA's interpersonal help seeking is determined. In addition, it was found that participants who have received social support scored significantly higher on TMA's internal motivation, external motivation and total score. It was found that patients with children had lower relapse scores; in addition, the number of having children and the age at which the patient first applied to treatment were negatively correlated with relapses. In our sample, age onset of alcohol and substance use were negatively correlated with narcissism. The patients who had a psychiatric history in the family; had legal problems due to alcohol/substance use and had a job/school loss scored significantly higher on TMA's different scales.

**Conclusion:** Our research showed that narcissism, measured with defensive grandiose self of KPE, developed pathologically with traumatic early life experiences may be a risk factor for treatment motivation in alcohol and substance use disorders. The findings are expected to guide in developing treatment protocols for dependence.

**Keywords:** alcohol use disorder, substance use disorders, narcissism, treatment motivation, relapse

# ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERKEKLERDE NARSİSİZM DÜZEYLERİNİN NÜKS VE TEDAVİ MOTİVASYONU İLE İLİŞKİSİ

## Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı alkol ve madde bağımlılığı olan erkeklerde narsisizm düzeylerinin tedavi motivasyonu ve nüks ile ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** Araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Tedavi Merkezi'nde alkol veya madde kullanım bozuklukları tanılarıyla yatarak tedavi gören, yaş ortalaması  $38,80 \pm 12,21$  olan 75 erkek hasta katılmıştır. Katılımcılara sırasıyla Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Kendilik Psikolojisi Envanteri (KPE) ve Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS for Mac 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma sonucunda KPE alt boyutu olan savunmacı büyülenmeci kendilik ile TMA kişiler arası yardım alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca sosyal destek alan hastaların TMA içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve toplam puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Çocuk sahibi olanların nüks sayılarının daha düşük olduğu; çocuk sayısı ve ilk tedaviye başvuru yaşının nüks ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Örneklemimizde alkol/maddeye başlama yaşı ve narsisizm arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Ailede psikiyartik öyküye sahip olmayan alkol/madde kullanımına bağlı adli olay ve iş/okul kaybı yaşamış olan hastaların TMA alt boyutlarında anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı bulunmuştur.

**Sonuç:** Araştırmamız travmatik erken dönem yaşantıları ile patolojik gelişen, KPE alt boyutu olan savunmacı büyüklenmecî kendilik ile ölçülen narsisizmin alkol ve madde kullanım bozukluklarında tedavi motivasyonu için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Elde edilen bulguların, bağımlılıkta tedavi protokolleri geliştirilmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, narsisizm, tedavi motivasyonu, nüks

## Teşekkür

Benim için oldukça zorlu geçen tez sürecime dahil olmayı kabul eden, bana inanan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yüksek lisans eğitimim boyunca akademik bilgi ve deneyimleriyle beni besleyen Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel'e sabrı ve anlayışı için gönülden teşekkür ederim. Tez sürecim boyunca yaşadığım sorunlarımı dinleyen ve çözümleri için bana gönüllü olarak yardımcı olan hocam Dr. Selin Karaköse'ye teşekkürlerimi sunarım. Tezim süresince katılımcılarla veri toplamama izin veren ve her türlü desteği sunan, başta Doç Dr. Merih Altıntaş olmak üzere Hatice Aktaş, Bilgehan Zihni ve tüm Erenköy Ruh Sinir Hastalıkları AMATEM çalışanlarına çok teşekkür ederim. Tez jürimde yer alan Doç. Dr. Yeşim Can'a değerli yorumları ve katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tezime katılan ve sabırla soruları cevaplayan tüm katılımcılara, bana güvendikleri ve vakitlerini ayırdıkları için teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca umudumu kaybettiğim, yorulduğum, üzüldüğüm her anımda yanımda olan ve desteğini eksik etmeyen Fırat Bayram, Aslı Kırağası ve Eren Ülüş'e; son dakikada yardımına koşan destekçilerim, arkadaşlarım Eda Arzık ve Özgenur Kaya'ya teşekkürlerimi sunarım.

Tabii ki en büyük teşekkürü, beni bu günlere getiren aileme ediyorum. Hayatım boyunca sevgisini, emeğini sakınmayan her daim yanımda olan, bana olan inancını bir kere olsun yitirmeyen biricik annem Füsün Kahvecioğlu ve teknik desteği için kardeşim Mert Kahvecioğlu'na destekleri için minnettarım. Yaptığı fedakarlıkların bir karşılığı olamasa da bu tezi tanıdığım en özverili insana, babam Bülent Kahvecioğlu'na ithaf ediyorum.

## İçindekiler

<b>Abstract</b> .....	i
<b>Özet</b> .....	iii
<b>Teşekkür</b> .....	v
<b>İçindekiler</b> .....	vi
<b>Tablo Listesi</b> .....	ix
<b>Kısaltmalar Listesi</b> .....	x
<b>BÖLÜM 1</b> .....	1
<b>1. Giriş</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	2
1.2. Hipotezler .....	5
<b>BÖLÜM 2</b> .....	6
<b>2. Genel Bilgiler</b> .....	6
2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları .....	6
2.1.1. Bağımlılık Kavramı .....	6
2.1.2. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanımı .....	7
2.1.3. Madde Kullanım Bozuklukları Tanımı .....	10
2.2. Narsisizm .....	12
2.3. Tedavi Motivasyonu .....	15
2.3.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu .....	17
2.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Nüks .....	18
2.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Narsisizm, Tedavi Motivasyonu ve Nüks .....	19

<b>BÖLÜM 3</b> .....	21
<b>3. Yöntem</b> .....	21
3.1. Araştırma Örneklemi .....	21
3.2. Veri Toplama Araçları .....	21
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu .....	21
3.2.2. Kendilik Psikolojisi Envanteri (KPE).....	22
3.2.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA).....	23
3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	23
<b>BÖLÜM 4</b> .....	25
<b>4. Bulgular</b> .....	25
4.1. Örneklem İncelenmesi .....	25
4.1.1. Örneklem Sosyodemografik ve Diğer Özellikleri .....	25
4.1.2. Örneklem Alkol Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri.....	26
4.2. Örneklem Ölçek Puanları .....	28
4.3. Ölçeklerin Normallik Dağılımları.....	28
4.4. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi .....	29
4.5. Örneklem Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi .....	30
4.5.1. Farklı Sosyodemografik Özellikteki Katılımcıların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	30
4.5.2. Farklı Bağımlılık Özellikleri Olan Katılımcıların Ölçek Puanı Açısından Karşılaştırılması .....	36
4.6. Ölçekler Arası İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	42
<b>BÖLÜM 5</b> .....	46
<b>5. Tartışma</b> .....	46
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	57
<b>Kaynakça</b> .....	59
<b>Ekler</b> .....	66



<b>Ek A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu</b> .....	66
<b>Ek B: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu</b> .....	66
<b>Ek C: Kendilik Psikolojisi Envanteri (KPE) Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>	
<b>Ek D: Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)</b> .....	71
<b>Özgeçmiş</b> .....	74

## Tablo Listesi

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik ve Diğer Özellikleri.....	27
Tablo 2. Örneklemin Alkol Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri.....	28
Tablo 3. Örneklemin Ölçek Puanları.....	29
Tablo 4. Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları.....	30
Tablo 5. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi.....	30
Tablo 6. Farklı Sosyodemografik ve Diğer Özellikteki Gruplarda Narsisizm Puan Ortalamalarının İncelenmesi .....	34
Tablo 7. Farklı Sosyodemografik ve Diğer Özellikteki Gruplarda Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	35
Tablo 8. Farklı Sosyodemografik ve Diğer Özellikteki Gruplarda Nüks Sayılarının İncelenmesi .....	36
Tablo 9. Farklı Alkol Madde Kullanım Özelliklerine Sahip Gruplarda Narsisizm Puan Ortalamalarının İncelenmesi .....	40
Tablo 10. Farklı Alkol Madde Kullanım Özelliklerine Sahip Gruplarda Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının İncelenmesi .....	41
Tablo 11. Farklı Alkol Madde Kullanım Özelliklerine Sahip Gruplarda Nüks Sayılarının İncelenmesi.....	42
Tablo 12. Sosyodemografik ve Alkol Madde Kullanımı ile İlgili Değişkenlerin Narsisizm, Tedavi Motivasyonu ve Nüks Sayıları ile İlişkisi.....	45

## **Kısaltmalar Listesi**

<b>AKB</b>	: Alkol Kullanım Bozukluğu
<b>MKB</b>	: Madde Kullanım Bozukluğu
<b>AKMB</b>	: Alkol Madde Kullanım Bozuklukları
<b>KPE</b>	: Kendilik Psikolojisi Envanteri
<b>TMA</b>	: Tedavi Motivasyonu Anketi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences

# BÖLÜM 1

## 1.Giriş

Alkol ve madde kullanım bozuklukları; bireyde bedensel ve ruhsal sağlık sorunları, kronik hastalıklar, ölümler, suça eğilim, intihar girişimleri, trafik kazaları, aile, iş ve eğitim hayatlarının aksaması ve sosyal işlevselliğin bozulması gibi farklı boyutlarda sorunlara yol açan ciddi bozukluklardır (Kaplan ve Sadock, 2004). Bireyin kendindeki bu zararları bilmesine rağmen kullanılan maddenin dozunu arttırması, uzun süre bırakamaması ve madde arayışı içinde olması ise genellikle seyreden bağımlılık tablosudur. Maddelere erişimin kolaylaşması ile birlikte tüm dünyada ve ülkemizde artan madde kullanım oranları ile bağımlılık, bireyin ve toplumun ruh sağlığını tehdit eden bir günümüz sorunu olarak ele alınmaktadır. (Çakmak ve Saatçioğlu, 2005).

Alkol ve madde kullanım bozuklukları hem dünyada hem ülkemizde giderek artan oranlarla karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde toplam 237 milyon erkek, 46 milyon kadın alkol kullanım bozuklukları tanısı almakta, en yüksek alkol kullanım bozuklukları prevalansına sahip bölgeler ise Avrupa Bölgesi ve Amerika Bölgesi olarak ifade edilmektedir (WHO, 2018). Bu raporda Türkiye'den 2016 yılına ait istatistikler bulunmaktadır; 15 yaş üzerinde alkol kullanım bozuklukları tanısı alan erkeklerin prevalansı %8,1, kadınların %1,7 iken alkol bağımlılığı tanısı alan erkeklerin prevalansı %2,5, kadınların ise %0,7 olarak edinilmiştir. Bu nedenle çalışmamız örneklemini erkek hastalar oluşturmaktadır. Türkiye'deki alkol kullanım bozuklukları tanısı alan bireylerin ve alkol kullanımının prevalansı Avrupa ve Amerika bölgelerine oranla düşük olmasına karşın 10 yıl içerisinde tüketilen alkol oranının en çok arttığı (%175) ülke olarak belirtilmiştir (Rehn, 2001). Türkiye'de alkol/madde kullanımı ve alkol/madde kullanım bozukluklarına yönelik

epidemiyolojik çalışmalar düzenli olarak yapılmadığından bu bilgiler yetersiz kalmaktadır.

Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depreşme süreçleri bu hastalığın doğal iki sürecidir (Kalyoncu, Mırsal ve Pektaş, 2001). Bu dönemler de genellikle birbirinden kesin sınırlarla ayrılmaz. Nüks (depreşme), belli bir madde kullanmama/içmeme zamanından sonra yeniden maddeyi kullanmaya başlayarak kontrol kaybı yaşamak, hem davranışsal hem de miktar olarak eski içme dönemine dönüş olarak tanımlanır. Alkol kullanmayı bırakan hastaların ilk 6 ay içerisinde yaklaşık %50'si nüks yaşamaktadır. Nüks ile ilgili bir araştırmada yıllık izleme alınan hastaların bir yıl sonrasında yalnızca %39'unun ayık kalabildiği bulunmuştur (Gordon ve Zrull, 1991). Ülkemizdeki erkek alkol bağımlısı hastalarla yapılan 12 aylık bir izlem çalışmasında ise 12 ay sonunda nüks %62 oranında bildirilmiştir (Evren, Durkaya, Dalbudak, elik, etin ve akmak, 2010). Maddenin ne olduğundan bağımsız olarak tüm bağımlılıklarda ilk 3 ila 6 ay arasında nüks oranlarının çok yüksek olduğu bilinmektedir (Walton, Castro ve Barrington, 1994). Bu sebeple, tüm dünyaca kabul edilmiş neredeyse tüm alkol ve madde kullanım bozuklukları tedavi protokollerinde ilk ve temel amaç bağımlıyı olabildiği sürece ayık tutmaya çalışmak ve remisyon sürecini olabildiğince uzatabilmektir (Schuckit, 1994). Dolayısıyla bu sürecin açıklanması depreşmenin önlenmesini sağlamak için kilit noktadır.

Ülkemizde alkol ve madde bağımlılığındaki nüks süreçleri ile ilgili yapılan etiyolojik araştırmalar genetik, bilişsel veya çevresel etkenlere odaklanmakta, hastaların motivasyonel süreçleri ve kişilik özellikleri ile alkol kullanımındaki nüks oranları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar ise sınırlı kalmaktadır. Bireylerin kişilik yapılanmalarının alkol ve madde bağımlılığındaki nüks ile ilişkisini anlamak; remisyon dönemleri veya yaşadıkları nüks süreçlerinin ayrıntılı olarak tanımlanmasına, duruma uygun müdahale stratejilerinin belirlenmesine ve nüks sürecinin nlenebilmesine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı ve nemi**

Son dönemlerde bağımlılık üzerine yapılan çalışmalarda tedavi motivasyonu önem kazanmakta ve kendine özgü aşamaları olan bir süreç olarak ele alınmaktadır.

(Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1992). Bağımlılık tedavisinde hastaların tedaviyi yarıda kesmesi, bitirememesi ve farklı olumsuz tedavi süreçlerinin en çok karşılaşılan nedeni olarak tedavi motivasyonunun uygun ve yeterli olmayışı gösterilmiştir (Ryan, Plant, ve O'Malley, 1995). Aynı çalışmada tedaviye yönelik motivasyon kaynaklarını içsel motivasyon ve dışsal motivasyon olarak ikiye ayırmışlardır. İçsel motivasyonu daha yüksek olan hastalar diğerlerine oranla tedaviye çabuk cevap alırken, tedaviye bağlı oldukları da saptanmıştır. Diğerlerinden daha yüksek dışsal motivasyon ölçülen hastaların ise aldıkları tedavilerinden daha az fayda gördükleri bulunmuştur. Diğer bir çalışmada ise bağımlılık hastalarında tedavi boyunca oluşan motivasyonel değişmelerin tedaviye katılım ve hastanın tedavide kalma süresi ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (DiClemente, Bellino ve Neavins, 1999). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise tedavi alma ile ilgili sorunların %20,8’lik bir oranda bağımlılığın nüks etmesinde önemli yere sahip olduğu saptanmıştır (Kalyoncu, 2001). Bu sorunların başında tedavi uyumu ile ilgili olan bir özellik olan bireysel görüşme yapmama gelmektedir. Tüm bunlara ek olarak bireyin bağımlı olduğu maddeyi bırakmak istemesine karşın tekrarlayıcı nüks yaşamasının da tedavi motivasyonunu azaltıcı etkisi olduğu düşünülebilir. Literatürde tedavi motivasyonu, alkol/madde bağımlılığı ve nüks arasındaki ilişkinin güçlü olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır fakat tekrarlayıcı depresmenin tedavi motivasyonu üzerine yapılan çalışmalara rastlanmamaktadır.

Alkol madde kullanım bozuklukları tanımlı hastalarla yapılan ve kişilik örgütlenmelerini inceleyen çalışmalara bakıldığında patolojik narsisizmin alkol/madde kullanımı ve patolojileri ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Kohut ve Kernberg (1971) erken dönem bağlanma ve beslenme problemlerinin yetişkinlik döneminde kişilik patolojilerine yol açtığını belirtmişlerdir. Bu erken dönemde oluşabilecek narsisistik hassasiyetler sebebiyle birey, yaşadığı stres ve disforiyi engellemek amaçlı madde kullanımına başvurduğu da ileri sürülmüştür (Wrumser, 1974). Kohut ‘Kendilik Psikolojisi’ kuramında narsisizmi sağlıklı ve gelişimsel bir yapı olarak değerlendirmiş; bu gelişim hattındaki bir duraksamanın ise patolojik narsisizmi doğurduğunu öne sürmüştür (Kohut ve Wolf, 1978). Narsisistik gelişimin uygun şekilde seyretmesi için annenin çocuğunu ve davranışlarını överek büyülenmeci hattı geliştirmesi, babanın ise çocuğu gözetken ve çocuğun gözünde

güçlü bir öteki rolüne sahip olup, idealleştirilmiş ebeveyn imagosu hattında yer alması gerekir. Bu iki gelişim hattının uygun şekilde seyretmesi; çocukta kendine özgü değer, amaç ve ideallerin oluşumunu sağlar. Eğer anne veya bakım veren çocuğun dönemine uygun büyülenmeciliğini ve teşhirciliğini sağlayamazsa (aynalamazsa) çocuk narsisistik kendiliğin gerçekdışı değerlendirmesiyle aşağılık duyguları arasında kalır. Bahsedilen iki uç arasında salınma durumu sonucunda görünürde abartılı bir kendilik, geride ise yoğun aşağılık duyguları, kendine güvensizlik ile narsisistik kişilik örüntüsünün temel özelliklerini geliştirir. Bu yapıya sahip birey ise bununla baş edebilmek ve kendiliği devam ettirebilmek için alkol veya madde kullanabilmektedir (Akvardar, 2003). Çünkü narsisistik yapının patolojik olması bireyin stresle başa çıkma kapasitesini barındıran tüm kimlik duyumunun gelişimini kitlediği için birey madde kullanarak bu durumla mücadele edebilmektedir (Kohut, 2013).

Son zamanlarda birçok araştırmacı alkol ve madde kullanım bozuklukları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Bu araştırmalardan birinde kişilik bozukluğuna sahip bireyler ile alkol kullanımı ve alkol kötüye kullanımı arasında güçlü ilişkiler saptanmıştır (Maclean ve French, 2014). Bir diğer araştırmada ise kişilik patolojileri ile madde kullanım bozukluklarının komorbid olarak görülmesinin oldukça yaygın olduğu saptanmış ve ilgili literatür desteklenmiştir (Verheul, 2001). Alkol ve madde kullanım bozukluğundan muzdarip bireylerde altta yatan bir kişilik bozukluğu var ise, hastaların tedaviye direncinin arttığı ve nüks riskinin yükseldiği de bilinmektedir (Shorey, Anderson ve Stuart, 2014). Narsisistik kişilik örgütlenmesi olan bireylerde esnek olmayan kişilik yapısı, büyülenmeci tavır, kendisinin çok önemli, özel ve biricik olduğu düşünceleri kişide kendindeki kusuru görememe ve tedaviyi kendine layık bulmama sebepleriyle tedaviye direnç oluşturabileceği ve tedavi motivasyonunu düşüreceği düşünülebilir. Alkol ve madde bağımlılığı hastaların kişilik örgütlenmelerinin saptanması ve duruma uygun tedavi stratejilerinin belirlenerek tedavi motivasyonlarının artırılması nüks sürecinin önlenmesi için yol gösterici olacaktır. Bu nedenle, araştırmamızın amacı alkol ve madde kullanım bozuklukları tanılarında birini almış erkeklerde narsisizm düzeylerinin tedavi motivasyonu ve nüks oranları ile ilişkisini incelemektir.

## 1.2. Hipotezler

Bu araştırmada alkol ve madde kullanım bozuklukları tanılarında birini almış erkeklerde narsisizm düzeylerinin nüks, tedavi motivasyonu ve demografik bilgilerle ilişkisi incelenecektir. Buna göre başlıca hipotezler aşağıdaki gibidir:

1. Alkol veya madde kullanım bozukluğu olan erkeklerde savunmacı büyüklenmeci kendilik puanı ile nüks oranları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

2. Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanılı erkeklerde savunmacı büyüklenmeci kendilik puanı ile tedavi motivasyonu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

3. Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanılı erkeklerde nüks oranı ile tedavi motivasyonu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

4. Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanılı erkeklerde evli olanlarda, ocuk sahibi olanlarda, sosyal desteğe sahip olanlarda, iş/okul kaybı olanlarda, eş/partner kaybı olanlarda ve adli olay yaşamış olanlarda tedavi motivasyonunun yüksek olması beklenmektedir.

5. Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanılı erkeklerde alkol/maddeye başlama yaşı dşke büyüklenmeci kendilik puanının artması beklenmektedir.



## BÖLÜM 2

### 2. Genel Bilgiler

#### 2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

##### 2.1.1. Bağımlılık Kavramı

Literatüre bakıldığında bağımlılık kavramı; davranışsal, bilişsel ve duygusal alanlarda geniş ve çeşitli biçimlerde tanımlanmıştır (Grant ve Chamberlain, 2016). Bağımlılık; bir nesneye, varlığa veya kişiye yönelik geliştirilebilir olduğu bilinmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı için bağımlılık tanımlaması ise kullanılan maddeye yönelik sürekli istek duyma ve bu isteği kontrol etmede zorlantı hali olarak tanımlanmıştır (Uzday, 2009; Grant ve Chamberlain, 2016). Patolojik bir durum olan bağımlılık; bağımlı olunan maddeye yönelik duyulan arzunun, maddenin kişide oluşturduğu duygusal, fiziksel veya sosyal problemlere rağmen azalmaması ve kullanımın tekrarlanması ile şekillenir.

Alkol ve madde bağımlılığı süreçlerinde karşılaşılan önemli olan diğer kavramlar ise tolerans geliştirme ve yoksunluk belirtileridir. Devamlı kullanılan dozda alınan maddenin, bağımlı olan bireyde oluşturduğu psikolojik ve fizyolojik etkiyi yani entoksikasyonu oluşturamaması sebebiyle kullanılan maddenin dozunun artırılması tolerans olarak tanımlanmıştır (Güleç, Köşger ve Eşsizoglu, 2015). Madde kullanımının kesilmesi halinde bireyde görülen; titreme, kusma, baş dönmesi, halsizlik, ateş, üşüme gibi fizyolojik belirtiler ve keyifsizlik, huzursuzluk, öfke, anhedoni gibi psikolojik belirtilerin oluşturduğu tablo yoksunluk olarak tanımlanır. Yoksunlukta ortaya çıkan belirtilerin, bağımlı olan kişideki yatkınlık ve bağımlı olunan maddenin bağımlılık etkilerine bağlı olarak değişebildiği bilinmektedir (Siegel, 2005). Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde bağımlılık; bireyde duygusal, fiziksel

ve sosyal alanlarda meydana gelen tüm bozulmalara karşın bağımlı olunan maddeyi kullanmayı arzulamayı sürdürme, doz artışı ve yoksunluk belirtileri ile belirli kronik bir bozukluk olarak tanımlanabilir.

### **2.1.2. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanımı**

Alkol ve alkol kullanımının tarihi insanlık tarihi boyunca neredeyse her toplumda görülmüştür. Etimolojik çalışmalara bakıldığında Paleolitik Çağ'a kadar uzanan alkol kullanımı, sanayi devrimi ile birlikte gelişen damıtma teknolojileri ile 18. yüzyıl'da Avrupa'da alkol kullanımını yaygınlaştırmıştır (Ünal ve Özpoyraz, 1997; Yapıcı, 2006). 19. yüzyılda ise Amerika'da alkol kullanım zirveye ulaşmış ve alkole bağlı sorunlar da ortaya çıkmaya başlamıştır; bireylerde ruhsal ve bedensel bozukluklar ortaya çıkmakta; aile içi problemler ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalar meydana gelmektedir (Ünal ve Özpoyraz, 1997). 1700'lerde Dr. Benjamin Rush, aşırı alkol tüketimini bir bozukluk olarak tanımlamış ve tedavisinin alkolden uzak yaşamak olduğunu belirtmiştir (Coşkunol ve Çelikkol, 1996). 19. yüzyılın son çeyreğinde alkol kullanımı ile ilgili problemlerin günümüzdeki bağımlılık tanımına yakın şekilde açıklandığı görülmektedir. Fakat sınıflandırılmaya başlaması Krappelin'in kronik alkol kullanımına bağlı bozukluklardan bahsettiği ve intoksikasyon psikozunu ayrı bir kategori olarak işlediği 1909 yılına dayanmaktadır (McCrary ve Epstein, 2013).

Amerikan Psikiyarti Birliği 1980 yılında yayımladığı DSM-III (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) de alkol bağımlılığının tanımlamasını yapmıştır (McCrary ve Epstein, 2013). APA'nın 1994 yılında yayımladığı DSM-IV'de alkol bağımlılığı kriterleri 12 ay içerisinde ortaya çıkan yedi alandaki bozulmalardan üçü veya daha fazlasının tekrarlayıcı biçimde var olması ile tanımlanmıştır. Bunlar; tolerans oluşumu, kullanım kesildiğinde ortaya çıkan çekilme sendromu, alkolün planlanadan daha fazla ve daha uzun süre kullanılmasını içerir (Schuckit, 2006).

DSM-5'te alkol kullanım bozuklukları "Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" başlığı içerisinde Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB) adıyla bulunur. DSM-III ve DSM-IV 'de yer alan kötüye kullanım ve bağımlılık kavramları

ise DSM-5 ile ortadan kalkmıştır. DSM-5'e göre AKB tanı ölçütleri Tablo 2.1.'de yeniden düzenlenerek gösterilmiştir.

Tablo 2.1. DSM-5 Tanı Kriterleri

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsüdür.
1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alma
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalarda bulunma
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme
7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma
9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürme
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması: a. Esikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi. b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması. a. Alkole özgü yoksunluk sendromu b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiyazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

DSM-5'den uyarlanmıştır.

Bu tanı ölçütlerinden iki-üç belirtinin olması ağır olmayan alkol kullanım bozukluğu, dört-beş belirtinin olması orta derecede alkol kullanım bozukluğu, altı ya da daha fazla belirtinin olması ağır derecede alkol kullanım bozukluğuna işaret eder. Tanı ölçütleri tam olarak karşılandıktan sonraki dönemde, AKB'nin hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, "Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için

çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmama durumunda kişi “erken düzelme” yaşamış kabul edilir. Eğer bu A4 tanı ölçütü dışındaki ölçütler 12 ay ya da 12 aydan daha uzun süredir karşılanmıyorsa “kalıcı düzelme ile giden” bağımlılık süreci olduğu belirtilir. Tüm bunlara ek olarak birey alkole ulaşımının kısıtlı olduğu bir çevrede ise “denetimli çevrede” belirleyicisi de kullanılır.

### **2.1.2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu Oluşumunda Risk Faktörleri**

Alkolizmi kesin ve belirli nedenlerle açıklayabilmek pek mümkün değildir. AKB'nin çok etkenli bir bozukluk olarak ele almak gerekir. Alkol kullanımını ve bozukluğunun oluşumunu biyolojik, psikolojik, psikososyal ve ekonomik başlıklar altında bir çok neden etkilemektedir (Leukefeld, McDonald, Stoops, Reed ve Martin, 2005). Aile araştırmaları, ikiz çalışmaları ve klinik gözlemlere bakıldığında hem kalıtımın hem çevrenin etkilerinin önemli olduğu görülmektedir. Kalıtsal olarak çok genli bir yatkınlığın geçişi olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Bireyin içinde yaşadığı toplum, sosyoekonomik düzeyi, alkole ulaşılabilirliği ve dini inancının gereklilikleri gibi psikososyal etkenlerin de alkol kullanım bozukluklarının oluşumuna etkisi vardır (Uluğ ve Öztürk, 2008).

Alkol bağımlılığı üzerine yapılan çalışmalarda alkol bağımlılığı gelişimsel, bilişsel ve kişisel faktörlere bağlanmaktadır. Alkolün bireylerde gerginliği azaltıcı, yatıştırıcı, baş etmeyi kolaylaştırıcı ve özgüven artırıcı etkilerinin alkole yönelme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ögel, Karalı, Tamar ve Çakmak, 1998; Uluğ ve Öztürk, 2008). Ayrıca kişilik bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu komorbiditesi üzerine çalışmalar yapılmış; kişilik bozukluğuna sahip bireyler ile alkol kullanımını ve alkol kötüye kullanımını arasında güçlü ilişkiler saptanmıştır (Maclean ve French, 2014). Bir diğer araştırmada ise alkol kullanım bozukluğunun altında yatan bir kişilik bozukluğu var ise, hastaların tedaviye direncinin arttığı ve nüks riskinin yükseldiği bulunmuştur (Shorey ve ark., 2014).

Psikodinamik kuramlar psikoseksüel gelişim evresinin oral dönemindeki fiksasyonlar, aşırı katı ve baskılayıcı üst benlik ve narsisistik yaralanmalar üzerinde durmaktadır. Klasik psikanalitik kurama göre alkol bağımlılığı bir “oral dönem” sorunu olarak görülür ve premorbid dönemdeki kişiliğe odaklanır. Oral dönem

fiksasyonu olan birey yeme-içme, konuşma ve ilişkilenede yaşadığı doyurulmayan arzu ve açlık çeker; bu da onu bağımlılığa açık hale getirir. Bu arkaik oral arzular o kadar şiddetlidir ki bu zamana kadar doyuruculuğa ulaşmamış diğer kaynaklarla ilişki kesilir; ve tek arzulanan madde(alkol) olur (Fenichel, 1974). Ek olarak psikanalitik kuramda; katı ve baskılatıcı üstbenliğe sahip bireylerin bilinçdışı gerginliklerini azaltmak için alkole başvurduklarından bahseder (Ünal ve Özpooyraz, 1997). Freud'un 'Süperego alkolde erir.' sözü psikanalitik özdeyişler arasındadır. Kohut (1971) ise alkol etkisinde olan kişinin benlik saygısını ve iç uyumunu onarma tatmini sağladığı; gelişmemiş psikolojik yapılarını doyurmak amacıyla alkol kullanmaya itildiğini belirtmiştir.

### **2.1.3. Madde Kullanım Bozuklukları Tanımı**

İnsanlığın varoluşundan beri uyuşturucu maddeler hem ağrı kesici hem hastalıkları iyileştirici hem de keyif verici yönleriyle kullanılmaktadır (Ögel, 1997) 1960'lı senelere kadar madde kullanım bozuklukları önemli bir halk sağlığı sorunu olarak işlenmemiştir. Afyon, esrar ve alkol başta olmak üzere diğer maddelerin bağımlılık yapıcı özelliğinin kabulü ve madde bağımlılığının bir davranış bozukluğu olarak ele alınması 1960'lı yılları bulmuştur. Fakat tanı tedavi ve önleyici çalışmalar 1980'li yıllardan sonra yoğunlaşmaya başlamıştır.

Madde bağımlılığının günümüzdeki sınıflandırılmaları ise 1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration tarafından yürütülen bir çalışma sonrası elde edilmiştir (Uzby, 2009). APA tarafından 1952 ve 1968 yıllarında yayınlanan DSM I ve DSM II'de oldukça sınırlı yer verilen madde bağımlılıkları, 1980 yılında yayımlanan DSM III'de bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmıştır (Ceylan ve Türkcan, 2003). DSM-5'e kadar madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı olarak iki kategoride değerlendirilen madde kullanım bozukluklarının DSM IV'de gidiş belirleyicilerine ve fiziksel sonuçlarına daha ayrıntılı yaklaşmıştır.

DSM-III ve DSM-IV 'de yer almış kötüye kullanım ve bağımlılık kategorileri DSM V ile ortadan kalkmıştır. DSM-5'te "Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" ana başlığı altında Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) yer

almaktadır. DSM-5'e göre MKB tanı ölçütleri Tablo 2.2.'de tekrar düzenlenerek gösterilmiştir.

Tablo 2.2. DSM-5 Tanı Kriterleri

A. A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az üçü ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan madde kullanım örüntüsü
1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli madde kullanımı
2. Maddeyi bırakmak veya denetim altında tutmak için sürekli bir istek duyma hali ya da sonuç vermeyen çabaların varlığı
3. Maddeyi bulmak, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma, içinin gitmesi veya kendini zorlanmış hissetme
5. Yineleyen madde kullanım sonucu evde, iş yerinde ya da okuldaki sorumluluklarını yerine getirememe
6. Toplumsal veya kişilerarası problemler olmasına karşın madde kullanımını sürdürme
7. Madde kullanımına bağlı olarak işe ya da eğlenceye dayalı günlük aktivitelerden vazgeçilmesi ya da azaltılması
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi madde kullanımının yinelemesi
9. Bedensel veya ruhsal olumsuz etkilerinin farkında olunmasına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi hali
10. Madde kullanımına karşı tolerans (dayanıklılık) geliştirme; istenen etkinin ortaya çıkması için kullanılan madde gereksiniminin artması; maddenin aynı ölçüde sürekli kullanılması sonucu etkisinin azalması
11. Yoksunluk geliştirilmiş olması: Bulantı, uykusuzluk, kusma, ishal, terleme, titreme, kas ağrıları, ateş, sinirlilik, irritabilite gibi yoksunluk belirtilerinin varlığı

DSM-5'den uyarlanmıştır.

### 2.1.2.2. Madde Kullanım Bozuklukları Oluşumunda Risk Faktörleri

Madde kullanımını ve bozukluğun oluşumu biyolojik, psikolojik genetik, psikososyal etkenlerin tümüyle değerlendirilir (Leukefeld. ve ark., 2005). Dolayısıyla madde kullanım bozukluğu kesin ve belirli nedenlerle açıklanamaz; çok etkeni olan bir bozukluk olarak ele alınır. Bireyin sahip olduğu aile, yaşadığı toplum, sosyoekonomik düzeyi, maddeye olan yakınlığı ve inançlarının gereklilikleri gibi psikososyal etmenlerin madde bağımlılığının oluşumuna etkisi bilinmektedir (Uluğ ve Öztürk, 2008).

Davranışçı modeller, öğrenme yoluyla madde bağımlılığının oluşabileceğini belirtir. Bireyin kullandığı madde sonrasında yaşadığı rahatlama veya haz gibi pozitif olarak algılanan deneyim (olumlu pekiştirici) madde arayışını; madde kullanım sıklığını artırır (Tosun, 2008). Bazı maddeler ise kullanımdan sonra arayış sıklığını azaltarak rahatlatıcı etki sağlar. Bu durum yine bir pekiştirici görevi görür. Tüm bunlara ek olarak maddeye ulaşma, çeşitli yollarla kullanma, içine çekme, yakma, kullanılan ortamdaki insanlar, müzik gibi bilgiler de klasik veya operant koşullanma yoluyla madde kullanım davranışını pekiştirmektedir (Ögel, 1997).

Kohut ve Kernberg (1971) erken dönem beslenme ve bağlanma sorunlarına sahip bireylerin yetişkinliğinde kişilik patolojisi geliştirme risklerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu erken dönem travmatik deneyimler ve savunma mekanizmalarının yetersiz kalması ile oluşan narsisistik hassasiyetler, bireyde stres ve disfori yarattığı bilinmektedir (Wrumser, 1974). Narsisistik kriz ve hassasiyetin oluşturduğu stres ve disfori ile baş etme yöntemleri olan dışarıda bir nesne arama ve madde kullanımı bireyi geçici bir çözüme ulaştırır ve madde bağımlılığı gelişir. “Kendilik Psikolojisi” kuramında bir gelişim hattı olarak ele alınan narsisizm hattındaki bir duraksamanın ise patolojik narsisizmi doğurduğu öne sürülür (Kohut ve Kernberg, 1971). Bu narsisizm bireyde kimlik duygusunun gelişimini kitlemesi sebebiye sağlıklı başa çıkma mekanizması olarak madde kullanımını getirebilmektedir (Kohut, 2013).

## 2.2. Narsisizm

“Kendilik Psikolojisi” psikanalist Heinz Kohut ile gelişen psikanalitik kuramlardan biridir. Kohut (1971), kuramda ilk olarak kendiliği (self), kişinin kendisini algılayış şekli ve kendisiyle ilgili imajlar toplamı olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamayı daha sonrasında kendilik kavramını “kişiliğin çekirdeği, algıların ve girişimlerin merkezi” şeklinde geliştirmiştir (Kohut, 1977). Kohut’un geliştirmiş olduğu “kendilik nesnesi (self object)” kavramı bu kuramın en temel parçasıdır. Kendilik nesnesi; kendiliğin bir uzantısı ya da parçası olarak yaşantılanan nesnelere dir. Bu nesnelere genellikle anne-baba gibi çocuğun çevresinde önemli gördüğü kişilerdir (Türkçapar, 1995). Annenin (bakım verenin) “kendilik nesnesi” olarak işlevleri

şunlardır; çocuğun varlığını onaylayarak kaygısını yatıştırması, bu benliğinin varlığından edindiği hoşnutluk, mutluluk, neşe ve hazzı ona yansıtıp sürekliliği sağlaması; bütünlüğün ve kendine güvenin sürdürülmesi. Buradaki anne; ayna görevi gören kendilik nesnesidir (mirroring self object) ve çocuğun kendilik gelişiminin temelini oluşturur. “Transmuting internalization” olarak adlandırdığı içselleştirme sürecinde benlik belirli bir psikolojik yapı oluşturur. Bu süreç aynalama ve idealize etme gereksinimlerinin yeterli düzeyde cevaplanmış ve bu kendilik nesnelerinin bu cevaplarındaki travmatik olmayan başarısızlıkları sonucunda ortaya çıkar (Erten, Mitrani ve Tanık, 2004). Bu başarısızlıklar özerk kendiliği geliştirir; yani kendilik nesnesinin yerine kendiliğin, kendilik nesnesinin işlevleri yerine ise kendiliğin işlevlerinin geçmesini sağlar.

Kohut, kendinden önceki psikanalitik kuramlara kıyasla narsisizmi sağlıklı ve gelişimsel bir yapı olarak ele almıştır. Bu yapı üzerindeki duraksama ya da travmatik başarısızlıklar patolojik bir narsisizm oluşmasına neden olmaktadır (Kohut ve Wolf, 1978). Eğer anne (bakımveren) çocuğunu ve onun davranışlarını överek büyülenmeci hattı (grandiose self) geliştirmez; bebeğin “Ben mükemmelim sen de bana hayransın” yaklaşımını empati ile karşılamaz ise narsisistik gelişim duraksar. Çocuğun diğer idealleştirilmiş ebeveyn imagosu (idealized parental imago) hattında ise babanın güçlü ve koruyucu kendilik nesnesi olarak yer almalıdır. Bu iki hattın çocuğa uygun biçimde seyretmesi, özdeğer, özdeğerlik için önemli olan amaç ve ideallerin oluşumunu sağlarken; eşduyumsal yaklaşım yapılamadığı durumların yol açtığı aksama ve duraksamalar ise kendilik gelişiminin uygun şekilde tamamlanamamasına yol açar (Erten ve ark, 2004). Sonuç olarak kendilik değerinin gerçektışı değerlendirilmesi ile aşağılık duyguları arasında salınan çocuk, yüzeyde abartılı bir kendilik gösterirken derinde aşağılık duyguları yoğunlaşmıştır (Kohut, 1971). Bu durum narsisistik kişilik patolojisinin en temel özelliği olarak değerlendirilir. Yalnızca iki hattaki duraksama değil, bir hattaki duraksama ve diğerinin telafi edecek yeterlikte olmayışı patoloji doğurmak için yeterli olacaktır.

Kohut’a göre narsisistik kendiliğin dönüşüme uğramadan kalmasına sebep olan “büyülenmeci kendilik” hattında oluşmuş erken ve travmatik başarısızlıklardır. Dolayısıyla patolojik narsisizm geliştirmiş olan bireyin “büyülenmeci kendilik” hattına takılmış olmaları beklenir.



### 2.2.1. Alkol ve Maddde Kullanım Bozukluklarında Narsisizm

Literatürde bağımlılık ve kişilik özellikleri arasındaki bağ çokça araştırılmıştır. Verheul (1997), semptomatik modelde bağımlılığı incelemiş; uyum bozukluğu, nörotik kişilik özellikleri ve duygusal immatürlük ile belirli, altta yatan bir kişilik patolojisi belirtisi olarak ele almıştır. Tanısal el kitabı olan DSM'nin ilk versiyonu DSM-I; bu görüşte ortaklaşarak bağımlılığı “sosyapatik kişilik düzensizliği” olarak ele almıştır. DSM-II’de ise “kişilik bozuklukları ve diğer psikotik olmayan mental bozukluklar” şeklinde düzenlenmiştir. Bu görüş, bağımlılık öncesi belirli bir kişilik yapısının varlığının tanımlanamaması ile değişmiştir (Verheul, 2001). DSM-III’te alkol ve madde kullanım bozuklukları ayrı bir klinik sendrom olarak tanımlanmıştır.

Literatürde alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik özellikleri ilişkisi araştırmalarına bakıldığında bağımlılığa özgü bir kişilik yapısının varlığı reddedilmiştir. Fakat alkol ve madde kullanım bozukluğundan muzdarip kişilerin dürtüsellik ve yenilik arayışı gibi kişilik ve mizaç özellikleri bakımından bu bozukluğu olmayan bireylere oranla ilişkili olduğu bilinmektedir (Conway, Kane, Ball, Poling, ve Rounsaville, 2003). Ayrıca epidemiyolojik çalışmalar alkol madde kullanım bozukluğu örneğinde kişilik patolojisinin yüksek oranda bulunduğunu da göstermektedir (Verheul, 2001). Bağımlılık hastalarıyla yapılan bir çalışmada kişilik bozukluğu yaygınlığının %30 ile %70 arasında değer aldığı görülmektedir (Verheul, Kranzler, Poling, Tennen, Ball, ve Rounsaville, 2000). Kişilik bozuklukları popülasyonu ile çalışılan bir diğer çalışmada ise, kişilik bozukluğuna sahip bireyler ile alkol kullanımı ve alkol kötüye kullanımı arasında güçlü ilişkiler saptanmıştır (Maclean ve French, 2014).

Son dönem araştırmaları B kümesi kişilik bozukluğu, erken dönem uyumsuz şemalar ile alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi yüksek olarak değerlendirmiştir (Shorey ve ark., 2014). Şemalar bireyin erken çocukluk dönemindeki travmatik veya travmatik olmayan deneyimleri ile mizaç etkileşimi sonucunda oluşur (Rafaeli ve ark., 2011). Eğer birey çocukluğunda bakım vereni veya bakımverenleri ile travmatik olarak nitelendirilebilecek olumsuz deneyimler yaşadıysa yetişkinlik dönemini etkileyebilecek işlevsel olmayan kişilik özellikleri geliştirir (Young, Klosko, ve Weishaar, 2003). Bunlara “erken dönem uyum bozucu şemalar”

ismi verilir; bu şemalar bireyin yaşamı boyunca tekrarlayıcı olumsuz duygusal süreçler ve başa çıkma kapasitesini aşabilecek oranda stres yaşatma özelliğine sahiptirler (Young ve Lindemann, 1992). Erken dönemde yaşanabilecek ihmal, istismar ve terk edilme bireye ciddi zararlar veren erken dönem uyumsuz şemaları geliştirebilir. Bu şemalar kişiliğin ayrılmaz bir parçası haline gelir ve psikiyatrik bozukluklarda tedaviye yönelik direncin oluşumuna sebep olur (Young ve ark., 2003).

Kendilik psikolojisi kuramına göre anne veya bakımveren tarafından üstlenilen; çocuğu ve çocuğun davranışlarını yeterince överek büyüklenmeci kendiliği geliştirmesi; ihtiyaç duyulan narsisizmin sağlıklı hatta büyümesini sağlar (Kohut ve Wolf, 1978). Baba ile kurulan ilişkide ise çocuk için koruyucu ve güçlü bir figür olarak bulunan baba idealleştirilmiş ebeveyn imagosu hattında var olursa sağlıklı narsistik gelişim gerçekleşir. Bu narsisizmin patolojik boyutu ise bu iki gelişim hattındaki duraksamalarla açıklanır. Dolayısıyla birey bu patolojik narsisizmin yarattığı stres ve disforli ile baş edebilmek ve kişilik bütünlüğünü sürdürebilmek için maddeye başlayabilir (Akvardar, 2003).

Tüm çalışma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, kişilik bozukluğu ile alkol-madde kullanım bozukluklarının etiyolojisi ve seyrinde önemli olduğu kanısı çıkartılmaktadır (Verheul, 2001). Shorey (2014), alkol kullanım bozukluğunun altında yatan bir kişilik bozukluğu var ise hastaların tedaviye direncin arttığı ve nüks riskinin yükseldiğini saptamıştır. Kişilik bozuklarının Eksen 1 tanılarıyla komorbid olma durumunda tedavi sürecinde oluşabilen direncin arttığı da bilinmektedir (Bédard ve ark., 2015). Bu durum, alkol-madde bozukluğu olan bireylerin tedaviyi reddetme, yarıda bırakma davranışlarını ve nüks olgusunu açıklayacaktır.

### **2.3. Tedavi Motivasyonu**

İsteklendirme, güdülenme anlamına gelen motivasyon; insanın bir davranışa iten, davranışın şiddetini, yoğunluğunu, yönünü ve sürdürülmesini belirleyen iç ve dış faktörlere bağlı mekanizmalarla işler (Arık, 1996). Bireyleri davranışlarının şiddeti ve devamlılığı gibi özellikleri belirleyen bu faktörler çevresel veya bireysel olarak çeşitlendiği için motivasyon kavramı içsel motivasyon ve dışsal motivasyon olarak iki ayrı şekilde incelenmektedir. Hayvan davranışlarının herhangi bir ödül beklemeksizin

gerçekleşebilmesi fikrinden yola çıkan Ryan ve Deci (1985), insanları da doğuştan harekete geçiren güçlerin içsel motivasyonu oluşturduğunu belirtmektedir. Dışsal motivasyon dışarıdan ödüllendirilme, onay arama, suçluluk duygusundan kaçma gibi nedenlerle edinilirken; içsel motivasyon bu faktörlerden bağımsız olarak ortaya çıkar. İçsel motivasyonu belirleyen faktörler kişinin bireysel olarak tedaviye verdiği önem, değişime karşı istekli olma, tedavi bilincine sahip olma olarak sıralanabilir (Wesnier ve ark., 2001). Yasal meselelerin varlığı, sosyal sistemler, aile yönlendirmesi veya zorlaması, iş yeri baskısı gibi nedenlerle tedaviye yönelik motivasyon oluşması durumu ise dışsal motivasyon olarak değerlendirilir. Dış faktörlere bağlı ortaya çıkan tedavi motivasyonunun bireyin dış faktörlerden bağımsız olarak içten gelen davranışları ile kıyaslandığında içsel motivasyonun daha önemli olduğu fikri uygun gelebilir. Fakat tedaviye yönelten ve kişiyi bağımlı olduğu maddeden uzak tutmayı sağlayan dışsal faktörlerin etkisi de göz ardı edilemez (Ertoğlu, 2013; DiClementa ve ark., 1999).

Tedavinin ne için yapılacağından bağımsız olarak tedavi için ilk adım ‘‘hastaya motivasyon kazandırma’’ olmalıdır (Ögel, 2009). Bağımlılık tedavisi üzerine yapılan çalışmalarda da bir hayli önem ve ilgi kazanan konulardan biri olan tedavi motivasyonu; tedavide kalma süresi, tedaviye hazır olma ve tedaviyi yarıda bırakma ihtimali ile yakından ilişkilidir (Burrow ve Lundberg, 2007). Değişim motivasyonu yüksek ve tedavi almaya hazır bireylerin tedavi motivasyonu düşük olan bireylere oranla tedaviyi daha fazla sürdürdükleri; buna ek olarak tedavi süresince edindikleri bilgileri daha uzun süre korudukları bilinmektedir (Turan ve Yargıç, 2012).

Yapılan tanımlamalar doğrultusunda değişime istekli olma ve davranışı gerçekleştirme, tedavi motivasyonunun en önemli parçaları olarak görülüyor. Bilinen tüm bağımlılık tedavilerine de ancak bağımlı kişinin tedavi olma isteği ile başladığı düşünülürse, tedavi motivasyonunun bu alanda özellikle bir öneme sahip olduğu düşünülebilir. Tedavi motivasyonunu değerlendirmek, bireyin tedaviye yönelik bakış açısını ve tedavi gereksiniminin ne kadar gündeminde olduğunu saptamayı sağladığı bilinmektedir (Van Beek ve Verheul, 2008). Araştırmalar madde bağımlılığı sebebiyle tedavi gören hastalarda tedaviye katılım, tedaviyi tamamlama ve iyileşme için önemini vurgulamaktadır (Leon, Melnick ve Kressel, 1997).

### 2.3.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu

Bağımlılık nedeniyle tedaviye başlayan bireyin tedaviye yönelik motivasyonunu oluşturmak, bağımlılık tedavisinin ilk ve en önemli adımıdır. Uzun ve aşamalı bir tedavi süreci olan alkol/madde kullanım bozukluklarında, tedavi motivasyonu yalnızca tedavinin başında değil, tedavi boyunca önemlidir (Evren, 2006).

Tedavi motivasyonu kendine has aşamalarla ilerleyen ve zaman içerisinde farklılık gösterebilen bir süreç olarak ele alınmıştır (Prochaska ve ark., 1992). Tedavi motivasyonunun düşüklüğü ve uygunsuzluğu, hastaların tedaviyi yarıda kesmesi, devam ettirememesi, olumsuz tedavi prognozu ve depresme gibi tedavi için olumsuz süreçlerin en fazla bildirilmiş nedenidir (Ryan ve ark., 1995). Tedavi motivasyonu üzerine yapılan önemli bir araştırmada bağımlılık nedeniyle tedavi sürdüren hastalarda oluşan motivasyonel farklılıkların, hastaların tedaviyi devam ettirme süresi ve tedaviye katılımlarını etkilediği bilgisi edinilmiştir (DiClementa ve ark., 1999).

Türkiye’de bağımlılık tedavisi üzerine yapılan bir araştırmada, tedavi alma ile ilgili problemlerin bağımlılık tedavisi sonrası depresme ile ilişkili olduğu görülmüştür (Kalyoncu, 2001). İçsel ve dışsal kaynaklar olarak ikiye ayrılan tedavi motivasyonu ile ilgili bir diğer araştırmada ise içsel motivasyonu yüksek olan hastaların tedaviye olan bağlılıklarının hem daha yüksek olduğu hem de iyileşmenin daha hızlı gerçekleştiği görülmüştür (Ryan ve ark., 1995). Yine aynı çalışmada, dışsal motivasyonu yüksek olan hastaların ise tedaviden edindikleri yararın, içsel motivasyonu yüksek olan hastalara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Fakat dışsal motivasyonun tedavi motivasyonuna yönelik tamamlayıcı bir etkisi olduğu ve bağımlı olunan maddelerden uzaklaştırıcı bir etkisinin olduğu da bilinmektedir (DiClementa ve ark., 1999). Ülkemizde yatarak tedavi gören, alkol ve madde kullanım bozukluğu hastaları ile yürütülen bir diğer çalışma ise bu sonuçları destekler niteliktedir; içsel motivasyon tedavi süreci ve sonrasında ayık kalmada daha etkilidir (Cengisiz, 2013). Fakat dışsal motivasyonun kullanılan madde ve maddelerden kısa süreli de olsa da uzaklaşmayı sağladığı; dışsal motivasyon faktörlerine sahip olmayanlara göre prognozlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Tüm bu çalışma sonuçları birlikte değerlendirildiğine içsel motivasyonun tedaviye bağlılığa ve tedavi sonucunun daha iyi ve hızlı edinilmesinde önemli olduğu bilgisi edinilmektedir. Fakat dışsal motivasyonun da kullanılan alkol ve maddeden uzaklaştırıcı etkisi göz ardı edilmemeli, hem içsel hem dışsal motivasyonun tedavi prognozu için ortak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

#### **2.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Nüks**

Alkol ve madde kullanım bozuklukları neredeyse tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi doğal iki süreç ile seyreden kronik bir hastalıktır; nüks (relaps) ve remisyon (Kalyoncu ve ark., 2001). Bağımlılık süresince kısmi iyileşme dönemleri olsa da iyileşmenin devamlı değildir; ve bu iki süreç birbiri ile kesin sınırlarla ayrılmaz. Dünyaca kabul edilmiş tüm bağımlılık tedavilerinde ana amaç nüksü engellemek ve remisyon dönemini olabildiğince uzun tutmaktır (Schuckit, 1994).

Nüks (depreşme), belirli bir remisyon (içmeme) döneminden sonra bağımlının yeniden hem davranışsal hem de miktar olarak eski içmeye dönmesi olarak tanımlanmıştır (Kalyoncu ve ark., 2001). Bazı çalışmalarda ise nüks tanımı bağımlının eski içme dönemindeki özelliklere dönüşünü gerektirmez; remisyon dönemi içinde içilen bir kadeh nüks olarak değerlendirilir (Connors ve ark., 1996). Nüksü ‘bir kere içmek’ olarak tanımlayan araştırmalarda nüks oranları %90 olarak edinilirken; nüksü ‘eski içme davranışına dönmek’ olarak tanımlayan araştırmalarda bu oran %40 ile %60 arasında değişen değerler almaktadır (Yılmaz ve ark., 2014). Marlatt’ a göre remisyon sürecindeyken maddenin ilk kullanımı kayma (lapse); kayma sonrasında devam eden madde kullanımı ise nüks (relapse) olarak tanımlanmıştır (Marlatt ve Gordon, 1980). Nüksün olup olmayacağını bireyin kaymalara olan tepkisi belirler. Bu tepki kişiden kişiye göre değişiklik gösterse de en iyi şekilde “algılanan kontrol kaybı” olarak tanımlanır. Maddeler ve özelliklerinden bağımsız olarak tüm madde bağımlılıklarında, tedavi sonrası 3-6 ay arası dönemde bağımlılığı tekrarlayan vakaların oranlarının yüksekliği, bu dönemlerin nüks açısından risk teşkil ettiğini göstermektedir (Walton ve ark., 1994). Alkol kullanmayı bırakan hastaların ilk 6 ay içinde eski içme dönemi özelliklerini göstererek yaklaşık %50’sinin nüks yaşadığı bilinmektedir (Kalyoncu ve

ark., 2001). Yıllık izleme alınan bağımlılık sebebiyle tedavi görmüş hastaların bir sene sonrasında %61'inin depresme yaşadığı; yalnızca %39'unun temiz (ayık) kalabildiği sonucu edinilmiştir (Gordon, 1991). Ülkemizde alkol kullanım bozukluğu hastaları ile yapılan 12 aylık izleme çalışması 12 ay sonunda nüks oranının %62'yi bulduğunu bildirmiştir (Evren ve ark., 2010).

DSM IV TR'de bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerinden biri veya birden fazlasını karşılayan fakat tanı almak için yeterli kriteri barındırmayan kişiler; kısmi ve tam remisyon kriterleri ile remisyon sürecinde değerlendiriliyordu. DSM-5'te bu kriterler kaldırıldı ve erken remisyon için aranan en az bir aylık temizlik süresi üç ay olarak revize edildi. Bu kriterlere bakıldığında, DSM-5'e göre remisyon kriterlerini karşılamayan kişinin henüz nüks yaşamakta ya da tedavi görmekte olduğu kabul edilir.

Nüks, farklı tanımlamalara sahip olsa da bağımlılık tedavisinde önlenmek istenen bir olgudur. Kronik bir hastalık olan bağımlılık, prognozu nüks ve remisyonlarla karakterize olduğundan tedavide nüksü engellemek en temel meselelerden biridir. Marlatt ve Gordon (1985), nükse neden olan faktörleri kişinin direkt kendisine bağlı durumlar (%61) ve kişiler arası durumlar (%39) olarak iki ana grupta toplamıştır. Kişinin direkt olarak kendisine bağlı durumlar oranları ile şu şekilde sıralanmıştır: Olumsuz emosyonel durumlar %38, dürtü ve istekler %11, olumsuz fiziksel haller %3 ve kontrol etmeye çalışma %9. Kişiler arası durumlarda en yüksek oranı %18 kişiler arası çatışmalar ile sosyal baskılar paylaşırken, olumlu emosyonel durumlar %3 olarak bulunmuştur. Nüksün, hemen hemen her bağımlılık hastasında benzer bir süreci takip ettiği düşünülmektedir (Marlatt ve Gordon, 1985). Bu yüzden önceki nüks süreçlerinin tanımlanması ve tetikleyicilerinin tespit edilmesi sonraki nüks süreçlerinin önüne geçmeyi sağlayacaktır.

## **2.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Narsisizm, Tedavi Motivasyonu ve Nüks**

Alkol ya da madde bağımlılıkları ve kişilik patolojilerinin her ikisi de tedaviye isteksiz olma, tedaviye dirençli olma, esnek olmayan ve işlevsiz başa çıkma mekanizmaları ve bozuk kişilerarası ilişkiler ile birbirine benzer özellikleri barındırmaktadır. Bu özellikler iki bozukluğun da tedavisini zor hale getirir.

Dolayısıyla hem bağımlılığın hem de kişilik patolojisinin eş tanılı olarak bulunması durumunda, tedavi ile çalışanlar daha fazla zorlukla mücadele etmektedirler (Thomas, Melchert ve Banken, 1999). Alkol bağımlılığı hastalarıyla kişilik bozuklukları ile depresmenin ilişkisini inceleyen bir çalışmada hastaların %60'ının bir kişilik patolojisi tanısıyla eşleştiği sonucuna ulaşılmıştır (Verheul, van den Brink ve Hartgers, 1998). Araştırmada 105 yatarak tedavi gören ve 82 ayaktan tedaviye devam eden hasta grupları karşılaştırılmış ve altta yatan kişilik bozukluklarının nüksün güçlü bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır. Özellikle ayaktan tedaviye devam eden ve kişilik bozukluğu eş tanısına ulaşılan hastalarda kişilik patolojisinin düşük değişim motivasyonu ve zayıf terapotik ittifak ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ise ayaktan tedaviyi yarıda madde bağımlısı 24 hasta ile görüşmeler ve anketler ile tedaviyi bırakma nedenlerini incelemişlerdir (Ball, Carroll, Canning-Ball ve Rounsaville, 2006). Uyumsuz kişilik işlevlerinin tedaviyi yarıda bırakma nedenleri ile güçlü ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yazarlar, kişilik bozukluğu eş tanısı olan madde bağımlılarında motivasyonel uyumsuzlukların tedaviyi yarıda bırakmada ana sorunlardan biri olduğunu da bulmuşlardır.

Khantzian ve Weegmann'ın (2009) bağımlılık duyarlılığı ve tedavisi üzerine yaptıkları psikodinamik yaklaşımlı çalışmalarda; bağımlılığın gelişimini kişilerin nesne ilişkilerindeki tutarsızlıklar, savunma mekanizmalarının yetersizliği, kendilik algısındaki dalgalanmalar ve acı veren deneyimleri azaltan maddeleri keşfetmeye bağlı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ülkemizde yapılan, alkol kullanım bozukluğunun gelişiminde önemli olan erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumunda patolojik narsisizmi inceleyen bir çalışmada ise alkol kullanım bozukluğu tanısı olan ve yatarak tedavi gören 206 erkek hasta ile psikiyatrik tanısı olmayan 102 erkek ile çalışılmıştır (Anlı, Can ve Evren, 2017). Araştırma sonucunda klinik grup ile kontrol grubu arasında patolojik narsisizm için anlamlı fark bulunurken, AKB ile patolojik narsisizm arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu da saptanmıştır.

Literatürde alkol madde kullanım bozukluklarından muzdarip hastalarda kişilik patolojisi, nüks oranları ve tedavi motivasyonu ilişkisi ayrı ayrı çalışılmıştır. Fakat bu üç değişkenin ilişkisini bir model içerisinde araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## **BÖLÜM 3**

### **3. Yöntem**

#### **3.1. Araştırma Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Alkol Madde Tedavi Merkezi'nde yatarak tedavi görmekte olan, DSM-5'e göre alkol veya madde kullanım bozukluğu tanılarında birini almış yaş ortalaması  $38,80 \pm 12,21$  olan 75 erkek hasta oluşturmaktadır.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları**

##### **3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu**

Katılımcı hastaların demografik özellikleri, özgeçmiş ve soygeçmişte tıbbi ve psikiyatrik öykü, alkol kullanım özellikleri ile ilgili olarak tükettikleri alkol miktarı, süresi ve sıklığı, en uzun remisyon süresi, geçmişteki yatarak ve ayaktan tedavi sayıları (nüks), aile alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik öykü ve duygusal destek alabilme durumları hakkında sorular içeren bilgi formudur. Katılımcıların duygusal ve sosyal destek alabilme durumları "Evet/Hayır" olarak cevaplanan betimleyici iki soru ile sorulmuştur. Bu formda bulunan, alkol kullanım bozukluğuna eşlik eden tanı bilgisi ise hastaların takip edildiği dosyalardan edinilmiştir. Bazı maddeler açık bazı maddeler ise kapalı uçlu soru olarak sorulmuştur.



### 3.2.2. Kendilik Psikolojisi Envanteri (KPE)

Slyter, 1989 yılında kendiliğin erken yaşantılarla gelişen boyutlarını, sağlıklı ve savunmacı, yani patolojik narsisizmi ölçmek için bu envanteri geliştirilmiştir. Ölçek, “büyüklenmeci kendilik” ve “idealleştirilmiş ebeveyn imagosu” olarak iki ayrı gelişimsel alanı incelemektedir. Slyter’in doktora tezi olarak yayımlanan envanter, Kohut’un “Kenlilik Psikolojisi” kuramına dayanarak geliştirilmiştir.

Envanter iki sağlıklı iki savunmacı alt grup ile 4 alt gruptan oluşmaktadır. Sağlıklı nitelendirilen alt boyutlar kendiliği devam ettiren, kendilikteki bütünlüğü sağlayan narsisistik gelişimi ölçer; savunmacı olan alt boyutlar ise kendilik bütünlüğünün devamını sağlamakta zorlayan, eksikliklere sebep olan, ve kendiliğin sürekliliğini sağlayabilmek için bireyin dışarıdaki kaynakların veya ötekilerin varlığını gerekli kılan narsisistik gelişimi ölçmektedir. Envanterin 4 alt grubu şöyledir;

1- Sağlıklı Büyüklenmeci Kendilik (SBK): Kendiliğin bu boyutu gerçekçi olan ve değişmeyen pozitif kendine güveni ölçer.

2- Savunmacı Büyüklenmeci Kendilik (SavBK): Bu kısım kendine güvende meydana gelen sarsılmalarla belirlidir. Büyüklenmeci kendiliğin savunmacı oluşu; yükselmiş kendine güven, biriciklik hali, mükemmel veya özel biri olduğu düşünceleri ya da ötekilerden üstün olduğuna inanma olarak kendini gösterir.

3- Sağlıklı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu (SIEI): Kendiliğin bu kısmı ötekilerin gerçekçi özelliklerine sağlıklı biçimde imrenebilmeyi barındırır.

4- Savunmacı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu (SavIEI): Burada ise önemli olarak nitelendirilen diğerlerine hayatında ihtiyaç duyma, onlarla hayat kurma ve o ötekilerde gördüğü güçlülük, mükemmellik ve biricik oluşlarında var olabilme arzularını içerir. İçsel gerginliği düzenleme sorunları ve sakin olamama hali sebebiyle diğerleri arzulanır. Ayrılmaya ve reddedilmeye duyarlıdır.

Envanterin her alt boyutu ölçen 15'er soru ile toplam 60 sorusu vardır. Envanter içerisindeki maddeler, katılımcıların seçmeli yanıtlayacakları likert tipli cümlelerden oluşur. Katılımcılar 1 ve 6 arasındaki değerleri (6="bana kesinlikle uygun", 1="bana kesinlikle hiç uygun değil") atayarak tamamlarlar. Envanterin Levi tarafından 1994 yılında Türkçe'ye uyarlanmış, standardizasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır. Ölçeğin coefficient alfa değerlerinin 0.74 – 0.86, Pearson

korelasyonu sonuçları ise 0,79 – 0,93 aralığındadır. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach's alfa değerleri alt boyutlarına göre 0,67- 0,87 arasında bulunmuştur.

Bu çalışmada patolojik narsisizm kendiliğin savumacı büyüklenmeci alt boyutu ile ölçölmektedir.

### **3.2.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)**

Ryan ve arkadaşlarının 1995 yılında geliştirdiği, bağımlılık nedeniyle tedavi gören hastaların bu tedaviye katılım ve tedaviyi sürdürme sebeplerini incelemek için oluşturulmuş TMA, 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin tanımlanabilir 4 alt boyutu mevcuttur bunlar; içsel motivasyon (İM), dışsal motivasyon (DM), kişiler arası yardım arama (KYA) ve tedaviye güven olarak (TG) yer almıştır. İçsel motivasyonu ölçen maddeler 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23; dışsal motivasyonu ölçen maddeler 3, 6, 10 ve 12; kişiler arası yardım aramayı 17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler ve tedaviye güveni ise 13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler ölçmektedir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun faktöryel yapısı orijinal ölçek ile uyumludur. Ölçeğin iç tutarlılık ölçümünde Alkol kullanım bozukluğu hastaları ile yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayıları birinci ölçek (İM) için 0.91, ikinci ölçek (DM) için 0.42, üçüncü ölçek (TA) için 0.83, dördüncü ölçek (TG) 0.72 ve tüm ölçek (TMA) için 0,84 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değerleri ise birinci ölçek (İM) için 0.87, ikinci ölçek (DM) için 0.26, üçüncü ölçek (KYA) için 0.64, dördüncü ölçek (TG) 0.71 ve tüm ölçek (TMA) değerlendirildiğinde 0,82 olarak bulunmuştur.

### **3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Bu araştırma alkol veya madde kullanım bozukluğu tanılı erkek hastalarda narsisizm düzeylerinin tedavi motivasyonu ve nüks ile ilişkisini incelemektedir. Bu araştırma, ilişkisel modelde kesitsel bir çalışma niteliği taşımaktadır.

Araştırma için toplanan verilerin analizi için SPSS for Mac 23.0 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik değişkenler ile tedavi motivasyonu, narsisizm düzeyleri ve nüks arasındaki ilişkiler; t-test ve korelasyon yapılarak incelenmiştir.

Ardından tedavi motivasyonu, narsisizm düzeyleri ve nüks değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerini değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

## BÖLÜM 4

### 4. Bulgular

#### 4.1. Örneklem İncelenmesi

##### 4.1.1. Örneklem Sosyodemografik ve Diğer Özellikleri

Katılımcılar yaşları 20 ile 63 arasında değişen yaş ortalaması  $38,80 \pm 12,21$  olan 75 erkekten oluşmaktadır. Örneklem %30,7'si (n=23) evli grupta iken %69,3'ü (n=52) evli olmayan grupta yer almakta olup %42,7 (n=32) katılımcı çocuk sahibi, %57,3 (n=43) katılımcı çocuk sahibi değildir. Tüm katılımcıların çocuk sayısı ortalamaları  $0,83 \pm 1,21$ 'dir. Çocuklarının %43,75'i (n=14) 18 yaş altı, %56,25'i (n=18) 18 ve üzeri yaşıdadır. Eğitim durumu incelendiğinde, katılımcıların %60'ı (n=45) ilköğretim mezunu, %40'ı (n=30) lise ve üniversite mezunu iken toplam eğitim süresi ortalaması  $9,81 \pm 3,52$  yıldır. Katılımcıların %42,7'si (n=32) çalışan, %57,3'ü (n=43) çalışmayan grupta yer almaktadır. %66,7 (n=50) duygusal destek alabilen, %33,3 (n=25) duygusal destek alamayan, %88 (n=66) sosyal destek alabilen %12,0 (n=9) ise sosyal destek alamayan katılımcı bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik ve Diğer Özellikleri (n=75)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum	Evli olan	23	30,7
	Evli olmayan	52	69,3
Çocuk Sahibi Olma	Olan	32	42,7
	Olmayan	43	57,3
Çocuğun Yaşı	18 altı olan	14	43,75
	18 ve üzeri olan	18	56,25
Eğitim Durumu	İlk ve ortaokul	45	60,0
	Lise ve üzeri	30	40,0
Çalışma Durumu	Çalışan	32	42,7
	Çalışmayan	43	57,3
Duygusal Destek	Alabilen	50	66,7
	Alamayan	25	33,3
Sosyal Destek	Alabilen	66	88,0
	Alamayan	9	12,0
	Ort±SS	Aralık	
Yaş	38,80±12,21	20-63	
Çocuk Sayı	0,83±1,21	0-6	
Toplam Eğitim Süre (Yıl)	9,81±3,52	5-21	

#### 4.1.2. Örneklemin Alkol Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri

Katılımcıların alkol madde kullanımı ile ilgili özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur. Örneklem %48 (n=36) alkol, %52 (n=39) madde kullanımı olan katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların alkol madde kullanımına başlama yaş ortalaması 17,48±4,80’dir. En uzun ayıklık süresi ortalaması 58,96±61,34, son yatış süresi ortalaması ise 8,12±4,57 gündür.

Katılımcıların ailelerinde %40 (n=30) oranda alkol madde kullanımı ve %22,7 (n=17) oranda psikiyatrik öykü vardır. Katılımcıların %49,3’ü (n=37) bir adli olay yaşamış olup %69,3’ünün (n=52) iş/okul kaybı ve %45,3’ünün (n=34) eş/partner kaybı bulunmaktadır. Katılımcıların %28’inde (n=21) fiziksel bir hastalık belirlenmiştir. Eşlik eden psikiyatrik tanıları incelendiğinde, %2,7 (n=2) oranında bipolar bozukluk, %1,3 oranında (n=1) kaygı bozukluğu, %1,3 oranında (n=1) kumar bağımlılığı, %5,3 oranında (n=4) majör depresyon, %1,3 oranında (n=1) OKB, %4,0 oranında (n=3) panik bozukluk gözlenmektedir. Katılımcıların ayaktan tedavi sayısı ortalaması 2,12±2,03 iken yatarak tedavi sayısı ortalaması 2,64±2,32’dir.

Tablo 2. Örneklemde Alkol Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri (n=75)

Bağımlılık Özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
Bağımlılık Türü	Alkol	36	48,0
	Madde	39	52,0
Ailede Alkol Madde Kullanımı	Olan	30	40,0
	Olmayan	45	60,0
Ailede Psikiyatrik Öykü	Olan	17	22,7
	Olmayan	58	77,3
Adli Olay	Olan	37	49,3
	Olmayan	38	50,7
İş/Okul Kaybı	Olan	52	69,3
	Olmayan	23	30,7
Eş/Partner Kaybı	Olan	34	45,3
	Olmayan	41	54,7
Fiziksel Hastalık	Olan	21	28,0
	Olmayan	54	72,0
	Ort±SS	Aralık	
Alkol Madde Başlama Yaşı	17,48±4,80	7-34	
İlk Tedavi Yaşı	32,21±11,01	17-59	
En Uzun Ayıklık Süresi (Gün)	58,96±61,34	1-240	
Son Yatış Süresi (Gün)	8,12±4,57	2-30	
Ayaktan Tedavi Sayısı	2,12±2,03	0-8	
Yatarak Tedavi Sayısı	2,64±2,32	0-11	

## 4.2. Örneklemin Ölçek Puanları

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan dağılımları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 3. Örneklemin Ölçek Puanları (n=75)

	Ort±SS	Aralık
SBK	62,91±12,30	4-86
SavBK	53,93±10,48	5-79
SİEİ	64,43±9,02	33-80
SavİEİ	56,94±10,90	37-84
TMA İM	46,43±7,71	18-55
TMA DM	10,88±3,07	4-18
TMA KYA	21,29±4,12	10,89-30
TMA TG	18,55±4,21	5-25
TMA Toplam	97,15±12,85	62,89-118,91

SBK: Sağlıklı Büyüklenmeci Kendilik; SavBK: Savunmacı Büyüklenmeci Kendilik; SİEİ: Sağlıklı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; SavİEİ: Savunmacı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi; İM: İçsel Motivasyon; DM: Dışsal Motivasyon; KYA: Kişilerarası Yardım Arama; TG: Tedaviye Güven

## 4.3. Ölçeklerin Normallik Dağılımları

Bulunan verileri istatistiksel analizlere uygun biçime getirmek için basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Literatür incelendiğinde değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013) aralığında olması gerektiği görülmektedir. Buna göre verilerin dağılımını normalleştirmek amacıyla uç değer analizi yapılarak z değerleri hesaplanmıştır. Z değerleri  $-3.29 < z < 3.29$  aralığı içinde değer almayan 4 veri örneklemden elenmiştir. İşlemler sonrasında 75 katılımcının verileri ile araştırma analizine devam edilmiştir.

Tablo 4. Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları

Ölçekler	Kolmogorov-Smirnov			Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	Statistic	df	p		
SBK	0,09	79	0,20	-0,36	0,57
SavBK	0,06	79	0,20	-0,39	0,94
SİEİ	0,11	79	0,02	-1,34	4,65
SavİEİ	0,05	79	0,20	-0,20	0,58
TMA İM	0,15	79	0,00	-1,63	3,55
TMA DM	0,11	79	0,01	-0,68	0,88
TMA KYA	0,11	79	0,01	-0,68	0,88
TMA TG	0,08	79	0,20	-0,48	0,54
TMA Toplam	0,12	79	0,01	-1,06	1,99
Yatarak Tedavi Sayısı	0,27	79	0,00	2,27	5,38
Yatarak ve Ayaktan Tedavi Sayısı	0,18	79	0,00	1,75	4,19

SBK: Sağlıklı Büyüklenmeci Kendilik; SavBK: Savunmacı Büyüklenmeci Kendilik; SİEİ: Sağlıklı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; SavİEİ: Savunmacı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi; İM: İçsel Motivasyon; DM: Dışsal Motivasyon; KYA: Kişilerarası Yardım Arama; TG: Tedaviye Güven

#### 4.4. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirliklerini test etmek amacıyla Cronbach's alpha değerleri hesaplanmıştır. Buna yönelik bilgilere aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 5. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
SBK	0,87	15
SavBK	0,67	15
SİEİ	0,68	15
SavİEİ	0,74	15
TMA İM	0,87	11
TMA DM	0,26	4
TMA KYA	0,64	6
TMA TG	0,71	5
TMA Toplam	0,82	26

SBK: Sağlıklı Büyüklenmeci Kendilik; SavBK: Savunmacı Büyüklenmeci Kendilik; SİEİ: Sağlıklı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; SavİEİ: Savunmacı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi; İM: İçsel Motivasyon; DM: Dışsal Motivasyon; KYA: Kişilerarası Yardım Arama; TG: Tedaviye Güven



## 4.5. Örneklemin Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi

### 4.5.1. Farklı Sosyodemografik Özellikteki Katılımcıların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Farklı sosyodemografik özellikteki katılımcıların narsisizm puanlarının bağımsız gruplar için t test ile incelenmesine dair sonuçlar Tablo 6’da sunulmuştur. KPE puanlarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için bağımsız gruplar için t test yapılmış olup, KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = 0,63, p=0,53$ ), SavBK ( $t(73) = -0,25, p=0,80$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,18, p=0,86$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -1,28, p=0,20$ ) puanlarının medeni duruma göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = 0,12, p=0,90$ ), SavBK ( $t(73) = 1,40, p=0,17$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,14, p=0,89$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = 0,36, p=0,72$ ) puanlarının çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcılarda farklılaşmadığı görülmüştür. KPE alt boyutları SBK ( $t(30) = -0,33, p=0,75$ ), SavBK ( $t(30) = 1,67, p=0,11$ ) ve SavİEİ ( $t(30) = -0,55, p=0,58$ ) puanlarının çocuk yaşı gruplarına göre farklılaşmadığı, SİEİ ( $t(30) = -2,13, p=0,04$ ) alt boyutu puanlarının ise çocuğunun yaşı 18 ve üzeri olan katılımcılarda çocuğunun yaşı 18 altı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = 0,65, p=0,39$ ), SavBK ( $t(73) = 0,96, p=0,85$ ), SİEİ ( $t(73) = 0,66, p=0,53$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = 0,47, p=0,05$ ) puanlarının eğitim durumu gruplarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur. KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -0,10, p=0,92$ ), SavBK ( $t(73) = -0,42, p=0,68$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,06, p=0,95$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -0,17, p=0,86$ ) puanlarında çalışma durumu grupları için anlamlı fark görülmemiştir.

Duygusal destek alabilen ve alamayan katılımcıların KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -1,24, p=0,22$ ), SavBK ( $t(73) = 0,47, p=0,64$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,73, p=0,47$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = 0,39, p=0,70$ ) puanları gruplara göre farklılaşmamaktadır. KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -0,65, p=0,52$ ), SavBK ( $t(73) = -0,64, p=0,52$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,59, p=0,55$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = 0,76, p=0,45$ ) puanlarında sosyal destek alabilen ve alamayan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Farklı sosyodemografik ve diğer özellikteki katılımcıların tedavi motivasyonu puanlarının bağımsız gruplar için t test ile incelenmesine dair sonuçlar Tablo 7’de

sunulmuştur. Katılımcıların TMA İM ( $t(73) = -0,51, p=0,61$ ), TMA DM ( $t(73) = 0,38, p=0,71$ ), TMA KYA ( $t(73) = 0,05, p=0,96$ ), TMA TG ( $t(73) = 0,26, p=0,79$ ) puanlarının ve TMA toplam ( $t(73) = -0,11, p=0,91$ ) puanının medeni duruma göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

TMA İM ( $t(73) = -0,73, p=0,47$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,79, p=0,94$ ), TMA KYA ( $t(73) = -0,12, p=0,90$ ), TMA TG ( $t(73) = -1,25, p=0,21$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(73) = -0,90, p=0,37$ ) çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcılarda farklılaşmadığı saptanmıştır. TMA İM ( $t(30) = 0,74, p=0,46$ ), TMA DM ( $t(30) = 0,68, p=0,50$ ), TMA KYA ( $t(30) = 1,57, p=0,13$ ), TMA TG ( $t(30) = -0,59, p=0,56$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(30) = 0,87, p=0,39$ ) katılımcıların çocuk yaşı gruplarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

TMA İM ( $t(73) = 0,63, p=0,53$ ), TMA DM ( $t(73) = 0,42, p=0,67$ ), TMA KYA ( $t(73) = 0,99, p=0,33$ ), TMA TG ( $t(73) = -0,48, p=0,63$ ) puanları ve TMA toplam puanının ( $t(73) = 0,64, p=0,53$ ) eğitim durumu gruplarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan katılımcıların TMA İM ( $t(73) = 0,55, p=0,58$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,67, p=0,50$ ), TMA KYA ( $t(73) = -1,55, p=0,13$ ), TMA TG ( $t(73) = 0,30, p=0,76$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(73) = -0,22, p=0,83$ ) gruplara göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Duygusal destek alabilen ve alamayan katılımcıların TMA İM ( $t(73) = -1,43, p=0,16$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,17, p=0,87$ ), TMA KYA ( $t(73) = -0,39, p=0,69$ ), TMA TG ( $t(73) = -0,67, p=0,50$ ) puanları ve TMA toplam puanı ( $t(73) = -1,25, p=0,21$ ) gruplara göre farklılaşmamaktadır. TMA puanlarının sosyal destek gruplarına göre farklılaşması incelendiğinde TMA KYA ( $t(73) = -1,21, p=0,23$ ) ve TMA TG ( $t(73) = -0,58, p=0,56$ ) puanlarının sosyal destek alabilen ve alamayan katılımcılarda farklılık göstermediği bulunmuştur. Sosyal destek alabilen katılımcıların TMA İM ( $t(73) = -2,52, p=0,01$ ), TMA DM ( $t(73) = -2,51, p=0,01$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(73) = -2,73, p=0,01$ ) ise alamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Farklı sosyodemografik ve diğer özellikteki katılımcıların tedavi sayılarının bağımsız gruplar için t test ile incelenmesine dair sonuçlar Tablo 8'de sunulmuştur. Yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = -1,38, p=0,17$ ), yatarak ve ayaktan tedavi sayısının ( $t(73) = -1,89, p=0,06$ ) medeni duruma göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

Yatarak tedavi sayısı ( $t(73) = 0,95, p=0,34$ ) çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcılarda farklılaşmıyorken çocuk sahibi olmayan katılımcıların yatarak ve ayakta tedavi sayılarının ( $t(73) = 2,20, p=0,03$ ) çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yatarak tedavi sayısının ( $t(30) = 0,55, p=0,58$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(30) = 0,79, p=0,43$ ) katılımcıların çocuk yaşı gruplarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

Yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = -0,28, p=0,78$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = -0,29, p=0,77$ ) eğitim durumu gruplarına göre farklılaşmadığı görülmüştür. Yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = 0,05, p=0,96$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = -0,09, p=0,93$ ) çalışan ve çalışmayan katılımcılarda farklılaşmadığı bulunmuştur.

Duygusal destek alabilen ve alamayan katılımcıların yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = 1,05, p=0,29$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = 0,21, p=0,88$ ) gruplara göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Sosyal destek alabilen ve alamayan katılımcıların yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = 0,80, p=0,43$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = 0,23, p=0,82$ ) gruplara göre anlamlı fark göstermediği bulunmuştur.

Tablo 6. Farklı Sosyodemografik ve Diğer Özellikteki Gruplarda Narsisizm Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		SBK		SavBK		SİEİ		SavİEİ	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Medeni Durum	Evli Olan (n=23)	64,26±13,00	t=0,63	53,48±12,73	t=-0,25	64,15±11,67	t=-0,18	54,53±10,25	t=-1,28
	Evli Olmayan (n=52)	62,31±12,07	p=0,53	54,14±9,45	p=0,80	64,56±7,70	p=0,86	58,01±11,11	p=0,20
Çocuk Sahibi Olma	Olan (n=32)	62,71±13,10	t=0,12	51,98±10,17	t=1,40	64,6±8,82	t=-0,14	56,41±11,18	t=0,36
	Olmayan (n=43)	63,06±11,83	p=0,90	55,39±10,59	p=0,17	64,31±9,27	p=0,89	57,34±10,81	p=0,72
Çocuğun Yaşı	18 Altı (n=14)	61,83±11,21	t=-0,33	55,29±5,92	t=1,67	61,03±7,70	t=-2,13	55,16±8,77	t=-0,55
	18 ve Üzeri (n=18)	63,39±14,69	p=0,75	49,41±12,07	p=0,11	67,37±8,83	p=0,04*	57,39±12,91	p=0,58
Eğitim Durumu	İlk ve Ortaokul (n=45)	63,15±12,40	t=0,65	54,12±10,76	t=0,96	64,97±8,63	t=0,66	58,98±10,60	t=0,47
	Lise ve Üzeri (n=30)	62,55±12,36	p=0,39	53,66±10,21	p=0,85	63,63±9,67	p=0,53	53,89±10,80	p=0,05
Çalışma Durumu	Çalışan (n=32)	62,74±11,19	t=-0,10	53,34±8,63	t=-0,42	64,36±8,39	t=-0,06	56,69±10,00	t=-0,17
	Çalışmayan (n=43)	63,04±13,20	p=0,92	54,37±11,75	p=0,68	64,49±9,56	p=0,95	57,13±11,64	p=0,86
Duygusal Destek	Alabilen (n=25)	60,43±12,80	t=-1,24	54,74±8,40	t=0,47	63,36±10,16	t=-0,73	57,64±9,88	t=0,39
	Alamayan (n=50)	64,15±11,98	p=0,22	53,53±11,44	p=0,64	64,97±8,46	p=0,47	56,60±11,46	p=0,70
Sosyal Destek	Alabilen (n=66)	63,25±12,39	t=-0,65	54,22±10,95	t=-0,64	64,66±9,11	t=-0,59	56,59±11,31	t=0,76
	Alamayan (n=9)	60,40±12,02	p=0,52	51,83±6,00	p=0,52	62,75±8,65	p=0,55	59,56±7,20	p=0,45

SBK: Sağlıklı Büyüklencici Kendilik; SavBK: Savunmacı Büyüklencici Kendilik; SİEİ: Sağlıklı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; SavİEİ: Savunmacı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu

\*: p < 0,05

Tablo 7. Farklı Sosyodemografik ve Diğer Özellikteki Gruplarda Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		TMA İM		TMA DM		TMA KYA		TMA TG		TMA Toplam	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Medeni Durum	Evli Olan(n=23)	45,75±8,32	t=-0,51	11,08±2,94	t=0,38	21,33±3,20	t=0,05	18,74±4,05	t=0,26	96,90±10,37	t=-0,11
	Evli Olmayan (n=52)	46,74±7,49	p=0,61	10,79±3,15	p=0,71	21,27±4,49	p=0,96	18,46±4,31	p=0,79	97,27±13,90	p=0,91
Çocuk Sahibi Olma	Olan (n=32)	47,19±6,24	t=-0,73	10,92±2,69	t=-0,79	21,36±3,62	t=-0,12	19,25±3,90	t=-1,25	98,71±11,16	t=-0,90
	Olmayan (n=43)	45,88±8,68	p=0,47	10,86±3,35	p=0,94	21,24±4,50	p=0,90	18,02±4,39	p=0,21	95,99±13,99	p=0,37
Çocuğun Yaşı	18 Altı (n=14)	48,12±5,46	t=0,74	11,29±2,81	t=0,68	22,47±2,43	t=1,57	18,79±3,85	t=-0,59	100,66±9,09	t=0,87
	18 ve Üzeri (n=18)	46,46±6,85	p=0,46	10,63±2,64	p=0,50	20,49±4,19	p=0,13	19,61±4,02	p=0,56	97,19±12,58	p=0,39
Eğitim Durumu	İlk ve Ortaokul (n=45)	46,89±6,39	t=0,63	11,01±2,94	t=0,42	21,67±3,63	t=0,99	18,36±3,99	t=-0,48	97,93±11,77	t=0,64
	Lise ve Üzeri (n=30)	45,75±9,44	p=0,53	10,70±3,29	p=0,67	20,71±4,77	p=0,33	18,83±4,57	p=0,63	95,99±14,46	p=0,53
Çalışma Durumu	Çalışan (n=32)	47,00±7,86	t=0,55	10,61±3,12	t=-0,67	20,44±3,68	t=-1,55	18,72±4,52	t=0,30	96,77±12,22	t=-0,22
	Çalışmayan (n=43)	46,01±7,67	p=0,58	11,09±3,04	p=0,50	21,92±4,35	p=0,13	18,42±4,01	p=0,76	97,44±13,44	p=0,83
Duygusal Destek	Alabilen (n=25)	44,64±8,64	t=-1,43	10,80±3,62	t=-0,17	21,02±4,09	t=-0,39	18,08±3,97	t=-0,67	94,54±13,53	t=-1,25
	Alamayan (n=50)	47,33±7,13	p=0,16	10,93±2,79	p=0,87	21,42±4,16	p=0,69	18,78±4,34	p=0,50	98,46±12,43	p=0,21
Sosyal Destek	Alabilen (n=66)	47,24±7,37	t=-2,52	11,20±2,95	t=-2,51	21,50±4,03	t=-1,21	18,65±4,28	t=-0,58	98,59±12,11	t=-2,73
	Alamayan(n=9)	40,56±8,02	p=0,01*	8,56±3,05	p=0,01*	19,74±4,66	p=0,23	17,78±3,77	p=0,56	86,63±13,90	p=0,01*

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi; İM: İçsel Motivasyon; DM: Dışsal Motivasyon; KYA: Kişilerarası Yardım Arama; TG: Tedaviye Güven

\*: p < 0,05

Tablo 8. Farklı Sosyodemografik ve Diğer Özellikteki Gruplarda Nüks Sayılarının İncelenmesi

		Yatarak Tedavi Sayısı		Yatarak ve Ayaktan Tedavi Sayısı	
		Ort±SS		Ort±SS	
Medeni Durum	Evli Olan (n=23)	2,09±2,02	t=-1,38	3,70±2,80	t=-1,89
	Evli Olmayan (n=52)	2,88±2,42	p=0,27	5,23±3,42	p=0,06
Çocuk Sahibi Olma	Olan (n=32)	2,34±2,03	t=0,95	3,81±2,95	t=2,20
	Olmayan (n=43)	2,86±2,52	p=0,34	5,47±3,40	p=0,03*
Çocuğun Yaşı	18 Altı (n=14)	2,57±2,41	t=0,55	4,29±2,92	t=0,79
	18 ve Üzeri (n=18)	2,17±1,72	p=0,58	3,44±2,99	p=0,43
Eğitim Durumu	İlk ve Ortaokul (n=45)	2,58±1,96	t=-0,28	4,67±3,24	t=-0,29
	Lise ve Üzeri (n=30)	2,73±2,82	p=0,78	4,9±3,44	p=0,77
Çalışma Durumu	Çalışan (n=32)	2,66±2,61	t=0,05	4,72±3,42	t=-0,09
	Çalışmayan (n=43)	2,63±2,12	p=0,96	4,79±3,25	p=0,93
Duygusal Destek	Alabilen (n=25)	3,04±2,75	t=1,05	4,68±3,74	t=0,21
	Alamayan (n=50)	2,44±2,08	p=0,29	4,8±3,10	p=0,88
Sosyal Destek	Alabilen (n=66)	2,56±2,23	t=0,80	4,73±3,21	t=0,23
	Alamayan (n=9)	3,22±2,99	p=0,43	5±4,12	p=0,82

\*: p < 0,05

#### 4.5.2. Farklı Bağımlılık Özellikleri Olan Katılımcıların Ölçek Puanı Açısından Karşılaştırılması

Farklı bağımlılık özellikleri olan katılımcıların narsisizm puanlarının bağımsız gruplar için t test ile incelenmesine dair sonuçlar Tablo 9’da sunulmuştur. KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = 0,69, p=0,49$ ), SavBK ( $t(73) = -1,85, p=0,07$ ), SİEİ ( $t(73) = 0,84, p=0,40$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -0,47, p=0,64$ ) puanları için bağımlılık türü grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ailede alkol madde kullanımı olan ve olmayan katılımcıların KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -1,68, p=0,10$ ), SavBK ( $t(73) = 0,82, p=0,42$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,98, p=0,33$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = 1,71, p=0,09$ ) puanları için gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır. Ailede psikiyatrik öyküsü olan ve olmayan katılımcıların KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -0,21, p=0,83$ ) ve SİEİ ( $t(73) = -1,59, p=0,12$ ) puanları gruplara göre farklılaşmıyorken ailesinde psikiyatrik öyküsü olan katılımcıların SavBK ( $t(73) = -2,87, p=0,01$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -2,15, p=0,04$ ) puanlarının ise olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Adli olay öyküsü olan ve olmayan katılımcıların KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = 1,02, p=0,31$ ) ve SİEİ ( $t(73) = -0,32, p=0,75$ ) puanları gruplara göre farklılaşmazken, adli olay öyküsü olan katılımcıların SavBK ( $t(73) = -2,41, p=0,02$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -2,13, p=0,04$ ) puanlarının adli olay öyküsü olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -0,74, p=0,46$ ), SavBK ( $t(73) = -1,46, p=0,15$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,25, p=0,80$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -0,77, p=0,44$ ) puanları için iş/okul kaybı olan ve olmayan katılımcılarda gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır. KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = 1,12, p=0,27$ ), SavBK ( $t(73) = -0,50, p=0,62$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,13, p=0,90$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -1,54, p=0,13$ ) puanlarının eş/partner kaybı olan ve olmayan katılımcılar için farklılaşmadığı bulunmuştur.

Fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan katılımcıların KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -0,63, p=0,53$ ), SavBK ( $t(73) = 0,38, p=0,70$ ), SİEİ ( $t(73) = -1,50, p=0,14$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = -0,54, p=0,59$ ) puanlarının farklılaşmadığı bulunmuştur. Psikiyatrik bir eş tanısı olan ve olmayan katılımcıların KPE alt boyutları SBK ( $t(73) = -0,83, p=0,41$ ), SavBK ( $t(73) = 1,92, p=0,06$ ), SİEİ ( $t(73) = -0,89, p=0,37$ ) ve SavİEİ ( $t(73) = 0,13, p=0,89$ ) puanlarının gruplara göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Farklı bağımlılık özellikleri olan katılımcıların tedavi motivasyonu puanlarının bağımsız gruplar için t test ile incelenmesine dair sonuçlara Tablo 10'da yer verilmiştir. TMA İM ( $t(73) = -0,78, p=0,44$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,41, p=0,68$ ), TMA KYA ( $t(73) = -1,49, p=0,14$ ), TMA TG ( $t(73) = 0,62, p=0,54$ ) puanları ve TMA toplam puanı ( $t(73) = -0,83, p=0,41$ ) için bağımlılık türü grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ailede alkol madde kullanımı olan ve olmayan katılımcıların TMA İM ( $t(73) = 1,58, p=0,12$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,19, p=0,85$ ), TMA KYA ( $t(73) = -0,12, p=0,91$ ), TMA TG ( $t(73) = 0,31, p=0,76$ ) puanları ve TMA toplam puanı ( $t(73) = 0,96, p=0,34$ ) için gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ailede psikiyatrik öykü olan ve olmayan katılımcıların TMA İM ( $t(73) = -1,14, p=0,26$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,18, p=0,86$ ), TMA KYA ( $t(73) = -0,87, p=0,39$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(73) = -0,33, p=0,74$ ) gruplara göre farklılaşmadığı, ailesinde psikiyatrik öykü olmayan katılımcıların TMA TG ( $t(73) = 2,10, p=0,04$ ) puanının ise olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Adli olay öyküsü olan ve olmayan katılımcıların TMA İM ( $t(73) = -0,90, p=0,37$ ), TMA KYA ( $t(73) = -1,16, p=0,25$ ), TMA TG ( $t(73) = 1,22, p=0,26$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(73) = -1,06, p=0,30$ ) gruplara göre farklılaşmadığı, adli olay öyküsü olanların ise TMA DM ( $t(73) = -2,35, p=0,02$ ) puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. TMA İM ( $t(29,41) = -1,07, p=0,29$ ), TMA DM ( $t(73) = 0,01, p=0,99$ ) ve TMA TG ( $t(73) = -0,45, p=0,66$ ) puanları ve TMA toplam puanı ( $t(73) = -1,58, p=0,12$ ) için iş/okul kaybı olan ve olmayan katılımcılarda gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır. İş/okul kaybı olan katılımcıların TMA KYA ( $t(73) = -2,05, p=0,04$ ) puanlarının ise olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. TMA İM ( $t(73) = -1,65, p=0,10$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,14, p=0,89$ ), TMA KYA ( $t(73) = -0,78, p=0,44$ ), TMA TG ( $t(73) = -0,52, p=0,61$ ) puanları ve TMA toplam puanı ( $t(73) = -1,44, p=0,15$ ) için eş/partner kaybı olan ve olmayan katılımcılarda gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır.

Fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan katılımcıların TMA İM ( $t(73) = -0,43, p=0,67$ ), TMA DM ( $t(73) = 1,54, p=0,13$ ), TMA KYA ( $t(73) = -0,48, p=0,64$ ), TMA TG ( $t(73) = -0,58, p=0,56$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(73) = -0,24, p=0,81$ ) gruplara göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Psikiyatrik bir eş tanısı olan ve



olmayan katılımcıların TMA İM ( $t(73) = 0,28, p=0,78$ ), TMA DM ( $t(73) = -0,43, p=0,67$ ), TMA KYA ( $t(73) = -0,12, p=0,90$ ), TMA TG ( $t(73) = 0,11, p=0,92$ ) puanlarının ve TMA toplam puanının ( $t(73) = 0,06, p=0,95$ ) gruplara göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

Farklı bağımlılık özellikleri olan katılımcıların tedavi sayılarının bağımsız gruplar için t test ile incelenmesine dair sonuçlar Tablo 11’de sunulmuştur. Yatarak tedavi sayısı ( $t(73) = 0,49, p=0,63$ ), yatarak ve ayakta tedavi sayısı ( $t(73) = -0,23, p=0,82$ ) için bağımlılık türü grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ailede alkol madde kullanımı olan ve olmayan katılımcıların yatarak tedavi sayısı ( $t(73) = 0,38, p=0,70$ ), yatarak ve ayakta tedavi sayısı ( $t(73) = 0,23, p=0,82$ ) için gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ailede psikiyatrik öyküsü olan ve olmayan katılımcıların yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = -0,61, p=0,55$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = -1,01, p=0,32$ ) gruplara göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Adli olay öyküsü olan ve olmayan katılımcıların yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = -0,53, p=0,60$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = -1,77, p=0,08$ ) gruplara göre farklılaşmadığı bulunmuştur. İş/okul kaybı olan ve olmayan katılımcıların yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = 1,11, p=0,27$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = 0,79, p=0,43$ ) farklılaşmadığı görülmüştür. Eş/partner kaybı olan ve olmayan katılımcıların yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = 0,97, p=0,33$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = 0,34, p=0,74$ ) gruplara göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan katılımcıların yatarak tedavi sayısı ( $t(73) = -0,61, p=0,54$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısı ( $t(73) = -0,24, p=0,82$ ) için gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Psikiyatrik bir eş tanısı olan ve olmayan katılımcıların yatarak tedavi sayısının ( $t(73) = 1,13, p=0,26$ ) ve yatarak ve ayakta tedavi sayısının ( $t(73) = 0,94, p=0,35$ ) gruplara göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Tablo 9. Farklı Alkol Madde Kullanım Özelliklerine Sahip Gruplarda Narsisizm Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		SBK		SavBK		SİEİ		SavİEİ	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Ailede Alkol Madde Kullanımı	Olan (n=30)	60,02±12,59	t=-1,68	55,15±9,03	t=0,82	63,19±7,66	t=-0,98	59,55±11,40	t=1,71
	Olmayan (n=45)	64,84±11,86	p=0,10	53,13±11,37	p=0,42	65,26±9,82	p=0,33	55,21±10,32	p=0,09
Ailede Psikiyatrik Öykü	Olan (n=17)	63,47±10,37	t=-0,21	60,06±10,35	t=-2,87	67,47±6,87	t=-1,59	61,82±9,26	t=-2,15
	Olmayan (n=58)	62,75±12,89	p=0,83	52,14±9,90	p=0,01*	63,54±9,43	p=0,12	55,52±11	p=0,04*
Adli Olay	Olan (n=37)	61,45±10,67	t=1,02	56,8±10,42	t=-2,41	64,78±8,36	t=-0,32	59,59±9,29	t=-2,13
	Olmayan (n=38)	64,33±13,7	p=0,31	51,15±9,89	p=0,02*	64,1±9,72	p=0,75	54,37±11,83	p=0,04*
İş/Okul Kaybı	Olan (n=52)	63,61±11,82	t=-0,74	55,10±11,24	t=-1,46	64,61±8,26	t=-0,25	57,59±11,25	t=-0,77
	Olmayan (n=23)	61,33±13,48	p=0,46	51,30±8,11	p=0,15	64,03±10,74	p=0,80	55,48±10,15	p=0,44
Eş/Partner Kaybı	Olan (n=34)	61,17±11,84	t=1,12	54,60±10,63	t=-0,50	64,58±8,33	t=-0,13	59,06±12,13	t=-1,54
	Olmayan (n=41)	64,36±12,64	p=0,27	53,38±10,45	p=0,62	64,31±9,66	p=0,90	55,19±9,57	p=0,13
Fiziksel Hastalık	Olan (n=21)	64,35±12,00	t=-0,63	53,19±11,04	t=0,38	66,92±8,06	t=-1,50	58,05±12,48	t=-0,54
	Olmayan (n=54)	62,35±12,49	p=0,53	54,23±10,34	p=0,70	63,46±9,26	p=0,14	56,52±10,32	p=0,59
Psikiyatrik Eş tanı	Olan (n=12)	60,22±15,13	t=-0,83	59,17±6,49	t=1,92	62,29±11,34	t=-0,89	57,33±10,62	t=0,13
	Olmayan (n=63)	63,42±11,76	p=0,41	52,94±10,83	p=0,06	64,84±8,56	p=0,37	56,87±11,04	p=0,89

SBK: Sağlıklı Büyükleme Kendilik; SavBK: Savunmacı Büyükleme Kendilik; SİEİ: Sağlıklı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; SavİEİ: Savunmacı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu

\*: p < 0,05

Tablo 10. Farklı Alkol Madde Kullanım Özelliklerine Sahip Gruplarda Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		TMA İM		TMA DM		TMA KYA		TMA TG		TMA Toplam	
		Ort±SS	t	Ort±SS	t	Ort±SS	t	Ort±SS	t	Ort±SS	t
Ailede Alkol Madde Kullanımı	Olan (n=30)	48,14±5,96	t=1,58	10,80±3,40	t=-0,19	21,22±3,66	t=-0,12	18,73±4,14	t=0,31	98,89±11,51	t=0,96
	Olmayan (n=45)	45,30±8,56	p=0,12	10,94±2,86	p=0,85	21,34±4,44	p=0,91	18,42±4,30	p=0,76	96,00±13,68	p=0,34
Ailede Psikiyatrik Öykü	Olan (n=17)	48,29±5,50	t=-1,14	11,00±2,78	t=-0,18	22,06±3,72	t=-0,87	16,71±4,47	t=2,10	98,06±10,86	t=-0,33
	Olmayan (n=58)	45,89±8,21	p=0,26	10,85±3,17	p=0,86	21,06±4,23	p=0,39	19,09±4,01	p=0,04*	96,89±13,45	p=0,74
Adli Olay	Olan(n=37)	47,24±5,88	t=-0,90	11,70±3,12	t=-2,35	21,85±3,70	t=-1,16	17,95±4,22	t=1,22	98,74±10,68	t=-1,06
	Olmayan(n=38)	45,65±9,17	p=0,37	10,09±2,84	p=0,02*	20,75±4,47	p=0,25	19,13±4,17	p=0,26	95,61±14,64	p=0,30
İş/Okul Kaybı	Olan (n=52)	47,19±6,23	t=-1,07	10,88±3,20	t=0,01	21,92±3,75	t=-2,05	18,69±4,28	t=-0,45	98,69±11,93	t=-1,58
	Olmayan (n=23)	44,71±10,27	p=0,29	10,89±2,81	p=0,99	19,85±4,62	p=0,04*	18,22±4,12	p=0,66	93,67±14,40	p=0,12
Eş/Partner Kaybı	Olan (n=34)	48,03±5,65	t=-1,65	10,94±2,61	t=-0,14	21,70±4,32	t=-0,78	18,82±4,07	t=-0,52	99,49±11,91	t=-1,44
	Olmayan (n=41)	45,11±8,93	p=0,10	10,84±3,43	p=0,89	20,95±3,96	p=0,44	18,32±4,36	p=0,61	95,22±13,42	p=0,15
Fiziksel Hastalık	Olan (n=21)	47,05±5,61	t=-0,43	10,02±2,91	t=1,54	21,66±3,98	t=-0,48	19±3,85	t=-0,58	97,73±11,95	t=-0,24
	Olmayan (n=54)	46,19±8,42	p=0,67	11,22±3,09	p=0,13	21,15±4,20	p=0,64	18,37±4,36	p=0,56	96,93±13,28	p=0,81
Psikiyatrik Eş Tanı	Olan (n=12)	47,01±10,07	t=0,28	10,54±3,52	t=-0,43	21,16±3,82	t=-0,12	18,67±4,85	t=0,11	97,38±13,12	t=0,06
	Olmayan(n=63)	46,32±7,27	p=0,78	10,95±3,00	p=0,67	21,32±4,20	p=0,90	18,52±4,12	p=0,92	97,11±12,90	p=0,95

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi; İM: İçsel Motivasyon; DM: Dışsal Motivasyon; KYA: Kişilerarası Yardım Arama; TG: Tedaviye Güven

\*: p < 0,05

Tablo 11. Farklı Alkol Madde Kullanım Özelliklerine Sahip Gruplarda Nüks Sayılarının İncelenmesi

		Yatarak Tedavi Sayısı		Yatarak ve Ayaktan Tedavi Sayısı	
		Ort±SS		Ort±SS	
Ailede Alkol Madde Kullanımı	Olan (n=30)	2,77±3,00	t=0,38	4,87±4,13	t=0,23
	Olmayan (n=45)	2,56±1,77	p=0,70	4,69±2,65	p=0,82
Ailede Psikiyatrik Öykü	Olan (n=17)	2,94±3,01	t=-0,61	5,47±4,12	t=-1,01
	Olmayan (n=58)	2,55±2,10	p=0,55	4,55±3,03	p=0,32
Adli Olay	Olan (n=37)	2,78±2,29	p=0,60	5,43±3,44	t=-1,77
	Olmayan (n=38)	2,50±2,38	t=-0,53	4,11±3,06	p=0,08
İş/Okul Kaybı	Olan (n=52)	2,44±2,03	t=1,11	4,56±3,08	t=0,79
	Olmayan (n=23)	3,09±2,87	p=0,27	5,22±3,79	p=0,43
Eş/Partner Kaybı	Olan (n=34)	2,35±1,59	t=0,97	4,62±2,70	t=0,34
	Olmayan (n=41)	2,88±2,79	p=0,33	4,88±3,76	p=0,74
Fiziksel Hastalık	Olan (n=21)	2,90±2,41	t=-0,61	4,90±3,46	t=-0,24
	Olmayan (n=54)	2,54±2,30	p=0,54	4,70±3,27	p=0,82
Psikiyatrik Eş Tanı	Olan (n=12)	3,33±3,55	t=1,13	5,58±4,40	t=0,94
	Olmayan (n=63)	2,51±2,02	p=0,26	4,60±3,07	p=0,35

\*: p < 0,05

#### 4.6. Ölçekler Arası İlişkilerin Değerlendirilmesi

Katılımcılara ait sosyodemografik ve alkol madde kullanımına dair değişkenler ile tüm ölçekler arasındaki ilişkiler Tablo 12’de sunulmuştur.

Kolerasyon analizi sonucunda toplam katılımcı yaş değişkeni ile SBK ( $r=0,06$ ,  $p=0,60$ ), SavBK ( $r=-0,20$ ,  $p=0,09$ ), SİEİ ( $r=0,10$ ,  $p=0,41$ ) ve SavİEİ ( $r=-0,08$ ,  $p=0,49$ ) düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. Yaş değişkeni ile TMA İM ( $r=-0,06$ ,  $p=0,59$ ), TMA DM ( $r=-0,20$ ,  $p=0,09$ ), TMA KYA ( $r=-0,08$ ,  $p=0,50$ ), TMA TG ( $r=0,14$ ,  $p=0,24$ ) düzeyleri ve TMA toplam düzeyi ( $r=-0,07$ ,  $p=0,58$ ) arasında da anlamlı ilişkiler saptanamamıştır. Benzer şekilde yaş değişkeni ile yatarak ve ayaktan tedavi sayısı ( $r=-0,10$ ,  $p=0,39$ ) ve yatarak tedavi sayısı ( $r=0,10$ ,  $p=0,38$ ) arasında da anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.

Çocuk sayısı ile yatarak ve ayaktan tedavi sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,28$ ,  $p=0,02$ ). Elde edilen bu sonuca göre çocuk sayısı arttıkça ayaktan ve yatarak tedavi sayısının azalmaktadır. Çocuk sayısı ile SBK ( $r=0,09$ ,  $p=0,46$ ), SavBK ( $r=-0,02$ ,  $p=0,85$ ), SİEİ ( $r=0,13$ ,  $p=0,27$ ) ve SavİEİ ( $r=0,11$ ,  $p=0,36$ ) düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanamamıştır. Benzer şekilde TMA İM ( $r=0,06$ ,  $p=0,59$ ), TMA DM ( $r=0,01$ ,  $p=0,97$ ), TMA KYA ( $r=0,02$ ,  $p=0,89$ ), TMA TG ( $r=0,10$ ,  $p=0,41$ ) düzeyleri ve TMA toplam düzeyi ( $r=0,08$ ,  $p=0,52$ ) arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmemiştir. Bununla beraber çocuk sayısı ile yatarak tedavi sayısı ( $r=-0,18$ ,  $p=0,13$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Toplam eğitim süresi ile SBK ( $r=0,03$ ,  $p=0,78$ ), SavBK ( $r=0,03$ ,  $p=0,77$ ), SİEİ ( $r=0,02$ ,  $p=0,86$ ) ve SavİEİ ( $r=-0,11$ ,  $p=0,36$ ) düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmemiştir. Benzer şekilde toplam eğitim süresi ile TMA İM ( $r=-0,07$ ,  $p=0,55$ ), TMA DM ( $r=0,09$ ,  $p=0,42$ ), TMA KYA ( $r=-0,08$ ,  $p=0,49$ ), TMA TG ( $r=0,06$ ,  $p=0,59$ ) ve TMA toplam puanı ( $r=-0,03$ ,  $p=0,83$ ) arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanamamıştır. Son olarak toplam eğitim süresi ile yatarak tedavi sayısı ( $r=0,15$ ,  $p=0,20$ ) ve yatarak ve ayaktan tedavi sayısı ( $r=0,07$ ,  $p=0,56$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır.

Alkol madde başlama yaşı ile SavBK ( $r=-0,37$ ,  $p=0,01$ ) ve SavİEİ ( $r=-0,44$ ,  $p=0,01$ ) düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulguya göre, alkol madde başlama yaşı arttıkça savunmacı büyükenmeci kendilik ve

savunmacı idealleştirilmiş ebeveyn imagosu puanlarının azalmaktadır. Alkol madde başlama yaşı ile SBK ( $r=0,13, p=0,28$ ) ve SİEİ ( $r=0,11, p=0,35$ ) düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır. Bununla beraber alkol madde başlama yaşı ile TMA İM ( $r=0,01, p=0,94$ ), TMA DM ( $r=0,01, p=0,96$ ), TMA KYA ( $r=-0,03, p=0,78$ ), TMA TG ( $r=0,15, p=0,20$ ) puanları ve TMA toplam puanı ( $r=0,05, p=0,70$ ) arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır. Son olarak alkol madde başlama yaşı ile yatarak tedavi sayısı ( $r=-0,05, p=0,68$ ) ve yatarak ve ayaktan tedavi sayısı ( $r=-0,11, p=0,34$ ) arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmamıştır.

İlk tedavi yaşı ile SİEİ ( $r=0,23, p=0,04$ ) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ek olarak, ilk tedavi yaşı ile yatarak ve ayaktan tedavi sayısı ( $r=-0,35, p=0,01$ ) arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlara göre ilk tedavi yaşı arttıkça sağlıklı idealleştirilmiş ebeveyn imagosu düzeyinin arttığı, yatarak ve ayaktan sayısının ise azaldığı görülmektedir. Bununla beraber ilk tedavi yaşı ile SBK ( $r=0,19, p=0,11$ ), SavBK ( $r=-0,08, p=0,49$ ) ve SavİEİ ( $r=-0,01, p=0,93$ ) düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmemiştir. Benzer şekilde ilk tedavi yaşı ile TMA İM ( $r=0,08, p=0,50$ ), TMA DM ( $r=-0,10, p=0,38$ ), TMA KYA ( $r=-0,14, p=0,24$ ), TMA TG ( $r=0,16, p=0,16$ ) puanları ve TMA toplam puanı ( $r=0,03, p=0,79$ ) arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır. Son olarak ilk tedavi yaşı ile yatarak tedavi sayısı ( $r=-0,21, p=0,08$ ) arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

En uzun ayıklık süresi ile SBK ( $r=-0,01, p=0,95$ ), SavBK ( $r=-0,01, p=0,95$ ), SİEİ ( $r=-0,01, p=0,95$ ) ve SavİEİ ( $r=-0,13, p=0,26$ ) düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmamıştır. Bununla beraber en uzun ayıklık süresi ile TMA İM ( $r=0,02, p=0,90$ ), TMA DM ( $r=0,01, p=0,92$ ), TMA KYA ( $r=0,19, p=0,10$ ), TMA TG ( $r=0,13, p=0,28$ ) düzeyleri ve TMA toplam düzeyi ( $r=0,11, p=0,33$ ) arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır. Benzer şekilde en uzun ayıklık süresi ile yatarak tedavi sayısı ( $r=0,03, p=0,79$ ) ve yatarak ve ayaktan tedavi sayısı ( $r=0,09, p=0,45$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmemiştir.

Son yatış süresi ile SBK ( $r=0,15, p=0,19$ ), SavBK ( $r=-0,04, p=0,76$ ), SİEİ ( $r=0,02, p=0,90$ ), ve SavİEİ ( $r=-0,12, p=0,30$ ) düzeyleri arasında istatistiksel olarak

anlamli ilifkiler bulunmamifftir. Bununla beraber son yatif furesi ile TMA İM ( $r=-0,07, p=0,56$ ), TMA DM ( $r=-0,03, p=0,77$ ), TMA KYA ( $r=0,05, p=0,65$ ), TMA TG ( $r=-0,08, p=0,50$ ) puanlari ve TMA toplam puanı ( $r=-0,06, p=0,62$ ) arasında da istatistiksel olarak anlamli ilifkiler saptanmamifftir. Benzer fsekilde son yatif furesi ile yatarak tedavi sayısı ( $r=0,07, p=0,56$ ) ve yatarak ve ayaktan tedavi sayısı ( $r=0,05, p=0,66$ ) arasında da istatistiksel olarak anlamli ilifkiler bulunmamifftir.

Narsisizm, tedavi motivasyonu ve nüks arasındaki ilifkiler incelendiğinde; SavBK ile TMA KYA ( $r=-0,27, p=0,02$ ) panlari arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamli bir ilifki olduğu saptanmifftir. Bu bulguya göre, savunmacı büyüklenmeci kendilik puanı arttikça tedavi motivasyonu kifilerarası yardım arama puanının azalmaktadır.

Tablo 12. Sosyodemografik ve Alkol Madde Kullanımı ile İlgili Değişkenlerin Narsisizm, Tedavi Motivasyonu ve Nüks Sayıları ile İlişkisi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1 Yaş	-																		
2 Çocuk Sayısı	,54**	-																	
3 Eğitim Süresi	-,11	-,41**	-																
4 Başlama Yaşı	,33**	,08	,28*	-															
5 İlk Tedavi Yaşı	,77**	,57**	-,07	,36**	-														
6 Ayıklık Süresi	,10	-,04	,08	,01	-,07	-													
7 Son Yatış Süresi	-,25*	-,18	,15	,05	-,14	-,24*	-												
8 SBK	,06	,09	,03	,13	,19	-,01	,15	-											
9 SavBK	-,20	-,02	,03	-,37**	-,08	-,01	-,04	,00	-										
10 SİEİ	,10	,13	,02	,11	,23*	-,01	,02	,69**	,18	-									
11 SavİEİ	-,08	,11	-,11	-,45**	-,01	-,13	-,12	,09	,64**	,28*	-								
12 TMA İM	-,06	,06	-,07	,01	,08	,02	-,07	,05	,12	,13	,15	-							
13 TMA DM	-,20	,01	,09	,01	-,10	,01	-,03	-,17	,20	-,08	,14	-,11	-						
14 TMA KYA	-,08	,02	-,08	-,03	-,14	,19	,05	,12	-,27*	,18	,12	,42**	,04	-					
15 TMA TG	,14	,10	,06	,15	,16	,13	-,08	,13	,02	,14	-,03	,53**	-,04	,16	-				
16 TMA Toplam	-,07	,08	-,03	,05	,03	,11	-,06	,07	,21	,16	,15	,88**	,17	,64**	,69**	-			
17 Yat. Ted. Say.	,10	-,18	,15	-,05	-,21	,03	,07	-,11	,09	-,13	,02	,08	,03	,11	-,03	,08	-		
18 Yat./Ay. Ted. Say.	-,10	-,28*	,07	-,11	-,35**	,09	,05	-,12	,06	-,15	-,03	,02	,07	-,06	-,19	-,05	,79**	-	

SBK: Sağlıklı Büyükleme Kendilik; SavBK: Savunmacı Büyükleme Kendilik; SİEİ: Sağlıklı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu; SavİEİ: Savunmacı İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu;

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi; İM: İçsel Motivasyon; DM: Dışsal Motivasyon; KYA: Kişilerarası Yardım Arama; TG: Tedaviye Güven;

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$



## BÖLÜM 5

### 5. Tartışma

Bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların narsisizm düzeyleri, tedavi motivasyonu ve nüks arasındaki ilişkiler incelemiştir. Örneklemimiz yaş ortalaması  $38,80 \pm 12,21$  ve toplam eğitim süresi  $9,81 \pm 3,52$  olan; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM biriminde 36'sı AKB (%48) ve 39'u MKB (%52) tanısıyla yatarak tedavi görmekte olan 75 erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Örneklemimizin çoğunluğu halen evli olmayan (%69,3), çocuk sahibi olmayan (%57,3), ilk veya ortaöğretim eğitim düzeyine sahip (%60) ve halen bir işte çalışmayan (57,3) kişiler katılmıştır.

Çalışmada AKB tanısıyla tedavi görmekte olan hastaların yaş ortalaması  $47,72 \pm 9,85$ ; MKB tanısıyla tedavi gören hastaların yaş ortalaması ise  $30,56 \pm 7,46$  olarak bulunmuştur. Madde bağımlılığından yatan hastaların yaş ortalamasının alkol bağımlılığı nedeniyle yatan hastalardan düşük olduğu görülmektedir. Diğer çalışmalar da bu araştırma ile benzer sonuçlar elde etmişlerdir (İlhan, Demirbaş, Yarpuz ve Doğan, 2003). Alkol bağımlılığında bağımlılığın otuzlu yaşlarda farkedilirken tedavi başvuruları kırıklı yaşları bulmakta olduğu belirtilmiştir (Mırsal, Kalyoncu, Pektaş, Yılmaz ve Beyazyürek, 1998). Madde bağımlılığı üzerine yapılan çalışmalarda ise MKB tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların yaş ortalamaları 27 ile 30 arasında değiştiği görülmektedir (Saatçioğlu, Yapıcı, Ciğerli, Güney ve Çakmak, 2007; Metin, Subaşı, Ögel ve Güzeloğlu 2001; Evren, Üstünsoy, Can, Başoğlu ve Çakmak, 2003). AKB ve MKB tanılı hastaların yaş ortalamasındaki bu fark, alkol bağımlılığının olumsuz sonuçlarıyla daha geç yaşlarda karşılaşılırken madde bağımlılığının biyopsiksoyal tahribatıyla daha hızlı karşılaşılması olduğu düşünülebilir (Kaplan ve Sadock, 2004). Çalışmamızda yaş değişkeninin narsisizm, tedavi motivasyonu ve nüks değişkenleri ile ilişkisi saptanmamıştır.

Bu çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu halen evli olmayan (%69,3) kişilerden oluşmaktadır. Literatürde alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların bekar veya boşanmış olduğu; evlilik oranlarının ise boşanmışlara oranla daha düşük olduğu görülmektedir (Zorlu, Türk, Manavgat, Karadas ve Gülseren, 2011; Öztürk, Kırılıoğlu ve Kıracı, 2016; Altıntoprak ve ark., 2014). Ek olarak, literatürde alkol bağımlılığı tanısı konan hastalarda evli olma oranlarının madde bağımlılığı tanısı alan bireylere oranla daha yüksek olduğuna yönelik çalışmalar da mevcuttur (Evren ve Ögel, 2003). Çalışmaya katılan hastaların %45,3'ü alkol veya madde kullanımı sebebiyle eş veya partner kaybı yaşadığını belirtmiştir. Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, alkol ve madde kullanımının romantik bir ilişki kurmayı güçleştirdiği veya evlilik ilişkilerini bozduğu düşünülebilir. İlişkili olarak; çalışmamızda medeni durumun narsisizm, tedavi motivasyonu ve nüks değişkenleri ile anlamlı fark gözlenmezken çocuğu olan hastaların yatarak ve ayaktan tedavi sayılarının çocuğu olmayan hastalara oranla daha düşük olduğu bulgusu edinilmiştir. Buna ek olarak çocuk sayısı arttıkça hastaların ayakta ve yatarak tedavi sayılarının azaldığı da saptanmıştır. Bu durum çocuk sahibi olmanın nüksü azalttığı yönünde yorumlanabilir. Literatürde bekarların evlilere oranla alkol ve madde kullanım bozuklukları için risk taşıdığı belirtilmektedir (Öztürk ve ark., 2016). Bireylerin evlilikleri sonlansa da çocuklarıyla olan bağlarının devam etmesi aile bağına devam ettirmeyi ve bekarlar için belirtilen risklerden uzak kalmayı sağlıyor olabilir. Ayrıca çocuklarla olan bağın devamı bireylerin yalnız hissetmemelerini sağlıyor olabilir. Dolayısıyla yalnızlık ile başa çıkma amaçlı madde kullanım riskini de ortadan kaldırdığı düşünülebilir. Madde kullanımı ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada madde kullanımının yalnızlıkla baş etme yöntemi olarak kullanıldığı ileri sürülmüştür (Rokach ve Orzeck, 2003).

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, çoğunluğunun (%60) ilk veya ortaöğretim seviyesinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgunun genel literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Denetimli serbestliğe başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada %2,3'ünün okuma yazma bilmediği, %5,6'sının okuma yazma bildiği ve %67,4'ünün ise ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür (Zorlu ve ark., 2011). Opiyat bağımlılığı tanısı almış hastalarla yapılan bir çalışmada ise %73,8'inin dokuz yıldan az eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur (Nebioğlu, Yalnız, Güven ve Geçici, 2013). Bu çalışmaya eğitim süresi ortalaması  $9,81 \pm 3,52$  olarak saptanmıştır.

Bağımlılık nedeniyle serviste yatarak tedavi görmekte olan hastalarla yapılmış başka bir çalışmada ise katılımcıların %50'sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Coşkun ve Çakmak, 2005). Eğitim sürelerinde göze çarpan bu düşüklük alkol ve madde kullanımının okul başarısını düşürmesi nedeniyle okul terkini veya devam edememeyi getiriyor olabilir. Bir diğer bakış açısı ise okul başarısının düşmesinin alkol madde kullanımına yönelttiği şeklinde olabilir. Buna örnek olarak lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ders notlarının düşüklüğü ile alkol madde kullanımı arasında ilişki saptanmış; bir diğer çalışmada ise madde kullanımı olan öğrencilerin okul terki olduğu bulunmuştur (Önal, Ögel ve Eke, 2011; Taşçı, Atan, Durmaz, Erkuş ve Sevil, 2005).

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu halen bir işte çalışmayan (%57,3) kişiler oluşturmaktadır. Literatürdeki çalışmalara da bakıldığında alkol ve madde bağımlılığında işsizliğin sık rastlanan bir durum olduğu gözlemlenmektedir. Madde bağımlılığı tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %70'inin işsiz olduğu; bir diğer çalışmada ise %51'inin herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur (Nebioğlu ve ark., 2013; Evren ve Ögel, 2003). Denetimli serbestlik kapsamında başvuran hastalarla yapılan başka bir çalışmada %40'ının düzenli bir işte çalışmadığı, %60'ının ise sosyal güvenceye sahip olmadığı görülmüştür (Zorlu ve ark., 2011). Bu durum madde kullanımının bir işe tutunmayı veya bir işi sürdürmeyi zorlaştırmasından dolayı olabileceği düşünülebilir. Ögel (2014), madde kullanımına bağlı ortaya çıkan yaşam tarzı ve alışkanlıkların bir işte sebat etmeyi zorlaştırdığını belirtmektedir. Araştırmamızda alkol madde kullanımı sebebiyle iş veya okul kaybı yaşadığını belirten hastaların yaşamadığını belirten hastalara oranla kişiler arası yardım arama alt boyutunda tedavi motivasyonlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Tedavi motivasyonunda yardım arama; bağımlılığı olduğunu kabul etmek ve tedaviye ihtiyacı olduğu gerçeği ile yüzleşmeyi içerir ve tedavi için atılacak ilk önemli adımı barındırır. Kişilerin alkol veya madde sebebiyle iş veya okul kaybı yaşamasının bağımlılığın kabulüne ve yardım ihtiyacının artmasına neden olduğu düşünülebilir. Literatürde de alkol madde kullanımının biyopsikososyal açıdan olumsuz sonuçlarının kullanım davranışını değiştirme veya değişim motivasyonu ile ilişkili olduğu bilinmektedir (DiClemente ve ark., 1999).

Çalışmada hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek alabilme oranlarına bakıldığında; katılımcıların %66,7'si aile veya yakınları tarafından istediklerinde duygusal destek alabildiklerini belirtirken, %88'i ihtiyacı olduğunda yanında birinin olabileceğini belirtmiştir. Çalışmamızdaki bir diğer önemli bulgu ise ihtiyacı olduğunda yanında olabilecek birinin varlığını belirten katılımcıların diğer katılımcılara oranla hem içsel, hem dışsal, hem de toplam tedavi motivasyonu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yani sosyal desteği olduğunu ileten hastaların tedavi için motivasyonlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgunun, aile ve çevre desteğininin tedavi için gerekli motivasyonun sağlanmasındaki önemi gösterdiği düşünülebilir. Literatürde, algılanan sosyal desteğin bireyin sorunlarla ve stresle başa çıkmasında önemli rol oynadığı, özgüven artışı sağladığı düşünülmektedir (Avşar, Koç ve Aslan, 2016). Bir araştırmada, sosyal destek sisteminin ruh sağlığında koruyucu olabileceği, ortaya çıkan psikolojik patolojilerde ise tedavi sürecindeki baş etme için önemli bir kaynak olduğu belirtilmektedir (Kaniasty, 2005). Özellikle bu hastalar için sosyal destek oldukça önemlidir; çünkü literatürde de sosyal destek gördüğünü belirten bağımlılık tanılı hastanın, bağımlılıktan kurtulması için adım atmasının ve bırakma isteğinin kolaylaştığı ifade edilmektedir (Tosun, 2008). Yüncü, Yıldız, Kesebir, Altıntoprak ve Çoşkunol'un (2005) alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle yaptıkları çalışmada, bağımlılık tedavisi gören bireylerin, aile ve sosyal desteğin hem tedavi süresince hem de tedavi sonrası yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamada son derece önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgu doğrultusunda, algılanan sosyal desteğin standart ölçüm araçları ile ölçülmesi araştırmanın detaylandırılması açısından faydalı olacaktır.

Araştırma örnekleminin alkol-madde kullanım özellikleri incelendiğinde, alkol-maddeye başlama yaşı ortalaması  $17,48 \pm 4,80$ ; ilk tedaviye başvuru yaşı ortalaması  $32,21 \pm 11,01$  ve son bir yıl içerisindeki en uzun ayıklık süresi ortalaması ise  $58,96 \pm 61,34$  gün olarak saptanmıştır. Literatürde alkol madde kullanımına sıklıkla 15 ile 25 yaş arasında başladığı görülmektedir (Türkcan, 1998). Yapılan bir çalışmada bu bulgu ile benzer şekilde alkole başlama yaşı yaklaşık 17 olarak bulunurken maddeye başlama yaşı yaklaşık 19 olarak saptanmıştır (Evren ve Ögel, 2003). 10 yıl içerisinde bir bağımlılık kliniğine yapılan başvuruların incelendiği bir çalışmada ise maddeye başlama yaşı ortalamasının yaklaşık 19 olarak bulunduğu bildirilmiştir

(Dođanavřargil, Sertöz, Cořkunol ve řen, 2004). Bu alışmalar alkol ve maddeye başlama yaşının dūřuklūđüne işaret etmektedir. Ancak, alkol ve maddeye başlama yaşı ile tedavi arayışına girme yaşı arasında 15 yıla kadar uzanan bir fark olabilmektedir (Mırsal ve ark., 1998). Bu fark, tedaviye başvurunun alkol veya maddenin bağımlılık geliştirmesi ve biyopsikososyal açıdan zararlara yol açmasının sonucunda gerçekleşmesi sebebiyle olduğu dūřünölmektedir (Kaplan ve Sadock 2004; Mırsal ve ark., 1998). Tedaviyi tamamlayan hastaların ise tekrardan alkol veya madde kullanma sıklığı literatürde yüksek olarak değerlendirilmiştir. Alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada alkol kullanmayı bırakan hastaların ilk 6 ay içerisinde %50'sinin nüks yaşadığı bulunmuştur (Mırsal ve ark., 1998). On iki ay süresince izlenen, yatarak tedavi görmüş erkek alkol bağımlılarıyla yapılan bir diğer çalışmada ise %61,8'inin depresme yaşadığı saptanmıştır (Evren ve ark., 2010). Farklı bir çalışmada ise katılımcıların %38,3'ünün en uzun ayıklık süresi 30 günün altında olduğu, %46,7'sinin ise 1 ile 12 ay arasında olduğu bulunmuştur (Ekinci, Ekinci, Türkçapar ve Özbay, 2011).

Çalışmamızda kendilik psikolojisi envanterinde savunmacı alt boyutların (savunmacı büyüklenmeci ve savunmacı idealleştirilmiş ebeveyn imagosu) puanları arttıça alkol ve madde kullanmaya başlama yaşının dūřtüđu görölmektedir. Bu bulgu, narsisistik gelişimi patolojik seyretmiş bireylerin daha erken yaşlarda alkol ve madde kullanmaya itildiği şeklinde yorumlanabilir. Kohut (1971) bireyin erken dönem yaşantılarındaki travmatik deneyimlerinin bireydeki benlik saygısı ve i tutarlılığın bozulmasına sebep olduğu ve bu gelişmeyen psikolojik yapıları doyurma amacıyla bireylerin alkol kullanmaya başvurulabileceğini belirtmektedir. Literatürde erken dönem yaşantılarının uyum bozucu şemalar oluşumuna sebep olduğu ve bu uyum bozucu şemaların madde kullanım bozukluklarıyla ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Shorey ve ark., 2014; Shorey, Stuart ve Anderson, 2013; Young ve ark., 2003; Ball ve ark., 2006). Kendilik psikolojisi envanteri kullanılarak yürütölen ve alkol kullanım bozukluğu tanılı hastalarla sağlıklı grup karşılaştıran bir çalışmada ise AKB tanılı grubun envanterin savunmacı alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (Can, Anlı, Evren ve Usta, 2017). Ek olarak bu çalışmada, ilk tedavi yaşı dūřüke yatarak ve ayaktan yatışların arttığı görölmüştür. Literatürde bu bulgu ile birlikte değerlendirilebilecek herhangi bir çalışma

bulunmamaktadır. Fakat erken yaşta bağımlılık geliştiren kişilerin tedaviye başvuru yaşının daha erken olduğu göz önünde bulundurulursa; bu bulgu bize erken yaşta alkol ve madde bağımlılığı geliştiren bireylerin nüks sayılarının daha yüksek olduğunu düşündürebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %40'ı ailede alkol madde kullanımı olduğunu belirtirken %22,7'sinin ise ailesinde psikiyatrik öykü olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, 62 madde bağımlılığı tanısı alan hasta ile yapılan bir araştırmada birinci derece akrabada madde kullanım oranı %21, alkol kullanım oranı ise %40,6 olarak saptanmıştır (Evren ve Ögel, 2003). Seksen dört hasta ile yapılan bir çalışmada ise hastaların %78,6'sının ailede alkol madde kullanımı olduğu belirtilirken, öğrenciler ile yapılan bir diğer çalışmada madde kullanım öyküsü olanların %26,5'inin ebeveynlerinde madde öyküsü olduğu görülmüştür (Nebioğlu ve ark., 2013; Taşçı ve ark., 2005). Bağımlılığı olan bireylerin ailede alkol veya madde kullanımının olduğunu belirtmesi, bağımlılığın gelişiminde model olarak öğrenmenin önemini ve genetik yüklülüğü işaret etmektedir (Saatçioğlu ve ark., 2007; Mırsal ve ark., 1998). Ailede psikiyatrik öykü incelendiğinde, literatürde çalışmamıza benzer bulgulara rastlanmıştır. Eroin bağımlılılarıyla yürütülen bir çalışmada, birinci derece akrabada psikiyatrik öykü varlığının oranı %21,4 olarak bulunmuştur (Evren, Er, Erkıran ve Çakmak, 2002). Çalışmamızda ailesinde psikiyatrik öykü olan hastaların savunmacı büyüklenmeci ve savunmacı idealleştirilmiş ebeveyn imagosu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin veya bir ebeveynin psikiyatrik öyküsünün olması ebeveynler tarafından uygulanabilecek ihmal veya istismar sebebiyle, yine ancak ebeveynler ile sağlıklı gelişimi sağlanabilecek iki önemli gelişimsel hattın ikisinin de patolojik ilerlemesine sebep olmuş olabilir. Literatürde ailenin psikiyatrik öyküsünün kişilik patolojileri ile ilişkisini inceleyen spesifik bir çalışma bulunmamaktadır. Tüm bunlara ek olarak ailede psikiyatrik öyküsü bulunmayan katılımcıların tedavi motivasyonunun alt boyutu olan tedaviye güven boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Bu bulgu ailesinde psikiyatrik öyküsü olan hastaların tedaviye güvenlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Literatürde bu bulgu ile birlikte değerlendirilebilecek herhangi bir bulgu bulunmamaktadır. Ancak ailesinde psikiyatrik öyküsü olan bireyin, psikiyatrik problem yaşayan kişinin tedavi süreçlerini izlemiş olma ve bu süreçte olumsuz sonuçlarla karşılaşmış olduğunu

deneyimlemesi kişinin hastaneye, doktorlara ve dolayısıyla tedaviye yönelik güvensizliğini tetiklemiş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %49,3'ü alkol ve madde kullanımına bağlı adli olay yaşadığını belirtmiştir. Alkol ve madde bağımlılığında adli olayların sıklığı literatürde sıkça rastlanan bir bulgudur (Kaplan ve Sadock 2004). Fakat bu ilişki tek yönlü değil döngüsel olarak ele alınmalıdır; madde kullanımı ve suç davranışı arasındaki ilişkinin birbirini tetikleyen bir döngüsü olduğu belirtilmektedir (Topçuoğlu, 2016). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında madde bağımlılığı olan bireylerdeki suç işleme oranlarının normal popülasyona oranla çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Bennet ve ark., 2008). 364 madde kullanıcısıyla birçok merkezde yapılan görüşmelerin olduğu bir çalışmada %64'ü yasalarla problem yaşadığını belirtirken, madde kullanıcılarının %31'inin madde kullanımı ile ilişkili suçlar nedeniyle cezaevine girdiği bulunmuştur (Ögel, Tamar, Evren ve Sır, 1999). Yine aynı çalışmada alkol ve madde kullanmadan önce yasalarla problem yaşayanların oranı ise %24,9 bulunmuştur. Bu bulgu madde kullanıcılarının doğrudan suça yönelmediklerini, bağımlıların kişisel özelliklerinin de yasalarla sorun yaratabilecek davranışlarda rol oynadığı şeklinde yorumlanmıştır. Benzer olarak çalışmamızda alkol veya madde sebebiyle adli olay yaşadığını belirten hastaların, savunmacı büyüklenmeci ve savunmacı idealleştirilmiş ebeveyn imagosu puanlarının adli olay yaşamadığını belirten hastalara oranla yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu bize patolojik narsisizmi olan bireylerin yasalara karşı gelme davranışı olabileceği ve suça meyilli olabileceği düşünülebilir. Suça meyilli olma halinin ise dolaylı yoldan bireyleri alkol ve madde kullanımına itiyor olabileceği yorumunda bulunulabilir. Literatürde kişilik patolojilerinde karşılaşılan duygu düzenleme güçlükleri ve dürtü kontrol zorluklarının bireyde şiddet riskini arttığı belirtilmektedir (Deniz, 2017). Kişilik patolojisi olan bireyler, her zaman gerçekleşebilecek olayları narsisistik bir saldırı olarak algılayabilmekte ve dolayısıyla suça karışabilmekteledir.

Adli olaylara karışmış olmak, her defasında bireyleri alkol ve madde kullanımına yeniden itmiyor olabilir. Literatürde alkol ve madde bağımlılarında adli olaylar gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşmış kişilerin tedaviye daha motive olduğu bilinmektedir (Kludt ve Perlmutter, 1999). Çalışmamızda alkol veya madde sebebiyle yasalarla başının derde girdiğini belirten katılımcıların yasalarla bir sorun yaşamadığını belirten

katılımcılara oranla dışsal motivasyonlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında yasal sorunlar gibi dışsal nedenlerin, dışsal motivasyonu etkilediği ve kişiyi tedavide tutmayı sağladığı düşünülmektedir (Evren, Saatçioğlu, Dalbudak, Danışmant, Çakmak ve Ryan, 2006). Bu bulgu iş/okul kaybı yaşayan hastaların kişiler arası yardım arama motivasyonlarının daha yüksek olması ile tutarlı bir bulgudur. Bu bulguyu tartışırken bahsedildiği gibi, literatürde alkol kullanımının psikolojik, fiziksel ve sosyal anlamda yarattığı sorunların tedavideki değişim motivasyonu ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda, yine alkol ve maddenin yarattığı sorunlar arasında yer alabilecek fiziksel hastalık ve eş/partner kaybının narsisizm, tedavi motivasyonu ve nüks ile ilişkisi saptanmamıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların %16'sının psikiyatrik eş tanısı vardır. Major depresyon, panik bozukluk ve bipolar bozukluk en sık karşılaşılmış ek tanılardandır. Literatürde alkol ve madde kullanım bozukluğunda psikiyatrik eş tanıların daha fazla olduğu göze çarpmaktadır. Örneğin, eroin bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada 1. eksen tanısı alma oranı %67,1 olarak bulunurken bu oran afektif bozukluk için %50, anksiyete bozuklukları içinse %52,9 olarak saptanmıştır (Evren ve ark., 2002). Literatürde madde bağımlılarında sıklıkla eşlik eden psikiyatrik tanıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile depresyon ilişkili bozukluklar ve kişilik bozuklukları olduğu belirtilmektedir (Evren, Ögel ve Uluğ, 2012; Sadock ve ark., 2016). Çalışmamızda eşlik eden tanının literatüre göre az olmasının nedeni, AKB ve MKB tanılılarıyla tedavi görmekte olan hastaların daha önce psikiyatri başvurusu olmadığı sürece ek psikiyatrik tanıların ayrıca tanımlanmamış olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda bir diğer incelenen komorbid tanı ise fiziksel hastalıktır. Katılımcıların %28'i fiziksel hastalığı olduğunu bildirmiştir. Bilici ve arkadaşları (2012) yaptıkları bir araştırmada çalışmamız bulgusuna yakın olarak fiziksel eş tanı oranını %11.2 olarak saptamıştır. Bu bulgular ile, alkol ve madde kullanımının fiziksel hastalıklara yol açabileceğini veya fiziksel hastalıkların yarattığı fiziksel acı ya da anksiyete ile başa çıkmak için alkol ve maddeye yönlenebileceği çıkarımında bulunulabilir.

Çalışmada yer alan değişkenlerin birbiriyle olan ilişkileri incelendiğinde savunmacı büyükleme boyutu ile tedavi motivasyonu alt boyutu olan tedavide kişiler arası yardım motivasyonu negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bir başka deyişle, patolojik narsisizm puanı arttıkça kişiler arası yardım motivasyonunun azalmaktadır.



Bu bulgu, narsisistik gelişimi travmatik seyretmiş ve patolojik narsisistik yapı oluşturmuş bireylerin yardıma ihtiyacı olduğunu kabul etme, tedavi için yardım talep etme, tedavi programında diğerleriyle iş birliği yapma motivasyonlarının daha düşük olduğu yorumunda bulunulabilir. Bağımlılığı kabul etme ve yardım talep etme, bir tedaviye başvurmak ve tedavide kalmak için ilk motivasyon kaynağı olabileceği göz önünde bulundurulursa, patolojik narsisistik yapının tedaviyi reddetme ve işbirliği yapmamaya sebep olabileceği çıkarımında bulunulabilir. Literatürde alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde altta yatan komorbid bir kişilik patolojisi varsa tedaviye direncin arttığı belirtilmektedir (Shorey ve ark., 2014). Yine yapılan başka bir çalışmada kişilik bozukluğunun madde kullanım bozukluğu ile birlikte görülmesinin hem tedaviye başvuru hem tedaviyi terk oranlarının daha sık olduğu bulunmuştur (Tomasson ve Vaglum, 1998). Verheul ve ark., (2000) çalışmasında, sınır kişilik ve antisosyal kişilik özellikleri olan bireylerin yaşamları boyunca alkol ve maddeyi daha sık kullanmakta oldukları ve tedavi süreçlerinde olumlu cevaplar veremedikleri belirtilmiştir. Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde bağımlılık tedavisi süreçlerine bağımlıların bireysel farklılıklarını gözetenek tedavi programı oluşturulmasının gerekliliğini gösteriyor olabilir.

Araştırmamızda uygulanan ölçek puanları ile alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların nüks sayısı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Nüksü ölçebilecek objektif bir ölçüm aracı olmayışından kaynaklı, ölçümünün yalnızca hastaların yatarak ve ayaktan tedavi sayıları ile değerlendirilmiştir. Bu ölçüm geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçüm aracı ile yapılamadığından nüks ölçümünde ilişki saptamak güçleşmiş olabileceği kanısına varılmıştır. Ek olarak literatürde nükse neden olabilecek farklı risk durumlarından bahsedilmiştir; bunlar negatif duygu, düşünce ve davranışlar, sosyal baskılar, tedavi alamama, ilişki sorunları, dürtü ve arzular olarak yer almıştır (Kalyoncu ve ark., 2001). Bağımlılığın kronik bir hastalık olduğu ve nükslerin de bu hastalığın süreci içerisinde yer aldığı kabul edilen bir gerçektir. Nüks sürecinin neredeyse her bağımlılık tanılı hastada benzer şekilde ilerlediği de literatürde belirtilmektedir. Dolayısıyla her hasta için bireysel farklılıklar gözetenek tanımlanabilecek depresme süreçleri, bağımlılıkta nüksü önleyebilmenin tek yolu olarak görünmektedir (Marlat ve Donovan, 2005).

Çalışmamızın işaret ettiği önemli noktalar alkol ve madde kullanım bozukluklarının depreşmesi ve tedavisi konusunda olmasıdır. Tüm psikopatolojilere benzer olarak alkol ve madde bozukluklarında da alkol veya madde kullanımı yüzeydeki semptomdur (Anlı ve ark., 2017). Dolayısıyla bilişsel davranışçı yöntemlerle yalnızca semptomları tedavi etmek altta yatan problemi çözmiyor ve bozukluk nüks ile kendini tekrarlıyor olabileceği yorumunda bulunulabilir. Ek olarak ilaç ve tedaviyi reddetme, tedaviyi yarıda bırakma davranışlarının alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış hastalarda sık olduğu bilinmektedir (Kent ve Yellowlees, 1994; Yılmaz ve ark., 2013). Tedaviyi alma sorunlarının da nükse sebebiyet verebilecek bir risk etmeni olduğu belirtilmektedir (Kalyoncu ve ark., 2001). Bu bilgiler ışığında, bağımlılık tedavilerinde temel sorun, hastaların tedavi motivasyonunun sağlayamaması ve nüks yaşaması olarak değerlendirilebilir. Fakat bu sorunları çözmek için tedaviler temel nedenlere inmekte yetersiz kalmaktadır. Tüm bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde bağımlılığın altında yatan bireysel süreçlerin ve kişilik örgütlenmesinin aydınlatılması, erken dönem travmatik yaşantıların çalışılması daha etkili tedavi stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Tedavi süreçlerinde hastaların bireysel terapi alması altta yatan sorunların çözülmesini sağlayacak ve tedavi motivasyonlarını da arttıracaktır.

Araştırmanın başlıca kısıtlılığı örneklemin 75 kişi ile sınırlı olmasıdır. Bir diğer sınırlılık ise katılımcıların yalnızca erkeklerden oluşması ve araştırma sonuçlarının her iki cinse genellemeye engel teşkil etmesidir. Ek olarak nüks değişkenini değerlendirmek için kullanılacak objektif bir ölçüm aracı olmayışından dolayı nüks ölçümünün yatarak ve ayaktan tedavi sayıları ile yapılması araştırma kısıtlılıkları içerisinde yer almaktadır. Yine araştırmada kullanılan ölçeklerden biri olan KPE'nin alanda sık çalışılmış bir ölçek olmamasından dolayı yeterli kaynak oluşturulabilecek çalışma edinilememiştir. Hastalar TMA ölçeği içerisinde tedaviye yönelik soruları, tedavi gördükleri servisteki ödül yönteminden (katıldıkları etkinlikler ve psiko-eğitimlerden puan almaları) dolayı yanlı doldurmuş olabilecekleri düşünülebilir. Çalışmamızda katılımcıların sosyal ve duygusal destek alabilme durumunun betimleyici iki soru ile ölçülmüş olması kısıtlılıklar arasındadır. Araştırmada MKB tanılı hastaların madde tercihlerine yönelik gruplama ve analiz yapılmamıştır. Son olarak çalışmamız kesitsel niteliklidir ve bu nedenle değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi kurmayı olanaksız

hale getirmektedir. Bu alanda narsisizmin tedavi motivasyonu, nüks ve diğer değişkenlerle boylamsal olarak çalışılması faydalı olabilir.

Tüm bu kısıtlılıklarına karşın araştırmamız; dünyada ve ülkemizde gittikçe artan, alkol ve madde bağımlılığında sosyodemografik ve bağımlılık özellikleri ile narsisizm, nüks ve tedavi motivasyonu değişkenlerini bir arada inceleyen bir araştırma olması nedeniyle önem taşımaktadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı almış erkeklerde narsisizm, tedavi motivasyonu ve nüks arasındaki ilişkileri ele alınmıştır. Yaş ortalamaları, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler; sosyal destek alabilme durumu; alkol veya maddeye başlama yaşı, ilk tedavi yaşı, adli olay yaşama durumu, iş/okul kaybı, eş/partner kaybı, gibi bağımlılık ile ilişkili olabileceği düşünülen özellikler incelenmiştir.

Çalışmamızda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan erkeklerin patolojik narsisistik yapılarının TMA alt boyutlarından tedavide kişiler arası yardım arama motivasyonu ile negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Nüks ile KPE ve TMA ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler saptanmamıştır. Sosyal destek alabilmenin TMA içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve toplam TMA puanı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların çocuk sayıları ile nüks sayılarının negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bağımlılık özelliklerinden alkol/maddeye başlama yaşı ile KPE'nin savunmacı büyülenmeci ve savunmacı idealleştirilmiş ebeveyn imagosu puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlk tedaviye başlama yaşı ile sağlıklı idealleştirilmiş ebeveyn imagosu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ailede psikiyatrik öykü bulunmasının ise tedaviye güvensizlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Alkol ve madde kullanımına bağlı olarak adli olay yaşamanın tedavide dışsal motivasyon ile; iş/okul kaybı yaşamanın ise tedavide kişiler arası yardım arama motivasyonu ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sonraki çalışmalarda nüks ölçümü için bir ölçek geliştirilmesi, dolayısıyla ölçümün geçerli ve güvenilir olarak yapılmasının sağlıklı ve anlamlı sonuçlara ulaşılabileceği önerilmektedir. Farklı cinsiyetlerin bir arada çalışılması ve sonuçların

birlikte değerlendirilmesi farkların anlaşılması açısından faydalı olacaktır. Aynı zamanda narsisizm, tedavi motivasyonu ve nüks ilişkisi boylamsal bir çalışma içerisinde ve tedavi süresince yapılması çalışmanın gücünü arttıracaktır. Bu çalışmada betimleyici iki soru ile ölçümlenen sosyal ve duygusal desteğin sonraki çalışmalarda standart ölçüm araçları ile yapılması sonuçların güvenilirliği ve geçerliği için faydalı olacaktır. Son olarak bağımlılık hastalarının kullandıkları madde türlerinin incelenmesi çalışmayı detaylandıracaktır.

Bu araştırma; alkol ve madde bağımlılarının alkol/madde kullanımına yönelmede, tedavi motivasyonlarında ve depresme süreçlerinde etkili olabilecek nedenlerin anlaşılmasına, tedavi programlarının düzenlenmesine, literatüre ve gelecek araştırmalara katkı sağlamaktadır.

## Kaynakça

- Akvardar, Y. (2003). Alkol bağımlılığında kişilik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 26-33. 3.
- Anlı, İ., Can, Y., ve Evren, C. (2017). Erkek alkol kullanım bozukluğu hastalarında patolojik narsisizmin erken dönem uyumsuz şemaların gelişimi üzerindeki etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry*, 9(1), 63-74.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arık, İ. A. (1996). Motivasyon ve heyecana giriş. *İstanbul: Çantay Kitabevi*, (s 318).
- Avşar, G., Koç, F., ve Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1):44-49
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., ve Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive behaviors*, 31(2), 320-330
- Can, Y., Anlı, İ., Evren, C., & Usta, Ö. (2017). Patolojik narsisizm ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişki. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 4(1), 119-135.
- Ceylan, M. E., ve Türkcan, A. (2003) Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *İzmir: İzmir Tıp Kitabevi*, 2(1), 1- 64
- Conway, K. P., Kane, R. J., Ball, S. A., Poling, J. C., ve Rounsaville, B. J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and alcohol dependence*, 71(1), 65-75
- Coşkun, B., & Çakmak, D. C. (2005). Alkol ve madde bağımlılarının grup psikoterapisinde psikodramanın kullanılması. *Bağımlılık Dergisi*.
- Coşkunol, H., ve Çelikkol, A. (1996). Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, İzmir*.
- Çakmak, D., ve Saatçioğlu, O. (2005). Bağımlılık ve komorbidite. *İstanbul: Özgül Matbaacılık*

- Deci, E. L., ve Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality*, 19(2), 109-13
- Deniz, D. (2017). Suç davranışına etki eden psikopatolojik süreçler. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 3(2), 1-8.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., ve Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 86-86.
- Doğanavşargil, G. Ö., Sertöz, Ö. Ö., Coşkunol, H., ve Şen, G. (2004). EÜTF Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5(3), 115-120.
- Ekinci, A., Ekinci, O., Türkçapar, H., ve Özbay, H. (2011). Alkol bağımlısı olguların sağlıklı kontrollerle emosyonel şemalar yönünden karşılaştırılması ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 49, 286-293.
- Erten, Y., Mitrani, N., ve Tanık, M. (2004). Psikanalizin" Öteki" Yüzü: Heinz Kohut. *Ithaki Yayınları*. (Vol. 3).
- Ertoğlu, M. N. (2013). Ankara Amatem'de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiler Ve Sosyal Hizmet Uygulamalarının İncelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Evren, E. C., Er, F. O., Erkıran, M., ve Çakmak, D. (2002). Tedavi Arayışında Olan Eroin Bağımlılarında I. Eksen Psikiyatrik Komorbidite: Sosyodemografik ve Madde Kullanım Özellikleri ile İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 92-104.
- Evren, E. C., Üstünsoy, S., Can, S., Başoğlu, C., ve Çakmak, D. (2003). Alkol/madde bağımlılarında özkıyım girişimi öyküsünün klinik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 86-94.
- Evren, C., Durkaya, M., Dalbudak, E., Çelik, S., Çetin, R., ve Çakmak, D. (2010). Erkek alkol bağımlılarında depresme ile ilişkili etkenler: 12 aylık takip çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 92-99.
- Evren, C., ve Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 30-37.
- Evren, C., Ögel, K., ve Uluğ, B. (2012). Alkol madde bağımlılığı tanı ve tedavi el kitabı. Birinci Basım. TPD Yayınları.

- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B. S., Çakmak, D., ve Ryan, R.M. (2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği Ve Güvenirliği. *Journal of Dependence*, 7, 117-122.
- Fenichel, O. (1974). Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çev. Selçuk Tuncer). *Ege Üniversitesi Yayınları*, (98).
- Gordon, A. J., ve Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(3), 143-152.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ve Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757-766.
- Güleç, G., Köşger, F., ve Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.
- İlhan, İ. Ö., Demirbaş, H., Yarpuz, A. Y., ve Doğan, Y. B. (2003). Alkol bağımlılığında remisyon süresi üzerinde etkili olan değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 4(2), 57-61.
- Kaplan, H. I., ve Sadock, B. J. (2004). Klinik psikiyatri. Çev. E. Abay). İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Kalyoncu, A., Mırsal, H., ve Pektaş, Ö. (2001). Alkol bağımlılığında nüks nedenleri: kesitsel bir çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 61-63.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD research Quarterly*, 16(2), 1-7.
- Kent, S., ve Yellowlees, P. (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Psychiatric Services*, 45(4), 347-350.
- Khantzian, E., ve Weegmann, M. (2009). Questions of substance: Psychodynamic reflections on addictive vulnerability and treatment. *Psychodynamic practice*, 15(4), 365-380.
- Kludt, C. J., ve Perlmutter, L. (1999). Effects of control and motivation on treatment outcome. *Journal of psychoactive drugs*, 31(4), 405-414.
- Kohut, H. (2013). The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *University of Chicago Press*.
- Kohut, H., ve Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 413-425.



- Leon, G. D., Melnick, G., ve Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 23(2), 169-189.
- Leukefeld, C. G., McDonald, H. M. S., Stoops, W. W., Reed, L., & Martin, C. (2005). Substance misuse and abuse. In *Handbook of adolescent behavioral problems* (pp. 439-465). Springer, Boston, MA.
- Maclean, J. C., ve French, M. T. (2014). Personality disorders, alcohol use, and alcohol misuse. *Social Science & Medicine*, 120, 286-300.
- Marlatt, G. A., ve Donovan, D. M. (Eds.). (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. *Guilford press*.
- McCrary, B. S., ve Epstein, E. E. (2013). Addictions: A comprehensive guidebook. *Oxford University Press*.
- Metin, A., Subaşı, Ş., Ögel, K., ve Güzeloğlu, M. (2001). Uçucu ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarında Deri Bulguları. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 11(2), 61-67.
- Mırsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Yılmaz, S., ve Beyazyürek, M. (1998). İlk kez yatarak tedavi gören alkol bağımlılarının sosyodemografik özellikleri ve erken dönem tedavi sonuçları. 34. *Ulusal Psikiyatri Kongresi*, 29.
- Nebioğlu, M., Yalnız, H., Güven, F. M., ve Geçici, Ö. (2013). Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).
- Ögel, K. (2014). Bağımlı aileleri için rehber kitap. *İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları*.
- Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2(2), 41-4.
- Ögel, K. (1997). Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık. *İletişim Yayınları, İstanbul*
- Ögel, K., Karali, A., Tamar, D., ve Çakmak, D. (1998). Alkol ve Madde El Kitabı. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Sır, A., ve Psikiyatri, A. B. D. (1999). Madde kullanımı ve suç. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi Ek sayı*, (yayınlanmadı).
- Önal, A., Ögel, K., ve Eke, C. (2011). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri bulunan ergenlerde madde kullanımı ve aile özellikleri üstüne kesitsel bir çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 225-231.

- Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2014). Ruh sağlığı ve bozuklukları. *Nobel Tıp Kitabevleri*.
- Öztürk, Y. E., Kırılıoğlu, M., ve Kıracı, R. (2016). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 18(2), 97-118.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., ve Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
- Rehn, N., Room, R. ve Edwards, G. (2001). Alcohol in the European region: consumption, harm and policies. *World Health Organization*.
- Rokach, A., ve Orzeck, T. (2003). Coping with loneliness and drug use in young adults. *Social Indicators Research*, 61(3), 259-283.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., ve O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors*, 20(3), 279-297.
- Saatçioğlu, Ö., Yapıcı, A., Ciğerli, G., Üney, R., ve Çakmak, D. (2007). Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 8(3), 133-137.
- Schuckit, M. A. (2006). Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment. *Springer Science & Business Media*.
- Schuckit, M.A. (1994). Goals of Treatment. In Textbook of Substance Abuse Treatment. Eds Marc Galanter, Herbert D. Kleber. 1994. *Washington, DC: American Psychiatric Press* 24.
- Shorey, R. C., Anderson, S., ve Stuart, G. L. (2014). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 341-351.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., ve Anderson, S. (2013). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 522-527.
- Slyter, S. L. (1989). *Kohut's psychology of the self: measures of healthy and defensive narcissism (Doctoral thesis)*. Maryland, University of Maryland.
- Taşçı, E., Atan, Ş. Ü., Durmaz, N., Erkuş, H., ve Sevil, Ü. (2005). Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. *Bağımlılık Dergisi*, 6(3), 122-128.

- Thomas, V. H., Melchert, T. P., ve Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of studies on alcohol*, 60(2), 271-277.
- Tómasson, K., ve Vaglum, P. (1998). The role of psychiatric comorbidity in the prediction of readmission for detoxification. *Comprehensive Psychiatry*, 39(3), 129-136.
- Topçuoğlu, T. (2016). Ceza infaz kurumlarında gerçekleştirilen madde bağımlılığı programının etkinliği: Meta analiz çalışmalarının sistematik olarak incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal of Addictions*, 3(1), 87-124.
- Tosun, M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, 62, 201-220.
- Turan, R., ve Yargic, I. (2012). The relationship between substance abuse treatment completion, sociodemographics, substance use characteristics, and criminal history. *Substance Abuse*, 33(2), 92-98.
- Türkçapar, M. H. (1995). Kendilik psikolojisi ve temel kavramları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 125-131.
- Uluğ B., ve Öztürk M. (2008). Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. Öztürk M, Uluşahin A (editörler). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, İstanbul: Tuna Matbaacılık San.ve Tic. Aş.*, 687-736.
- Uzbay, İ. T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 5, 5-15.
- Ünal, M., ve Özpoyraz, N. (1997). Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği*, 278.
- Van Beek, N., ve Verheul, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 89-100.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., ve Rounsaville, B. J. (2000). Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), 110-118.
- Verheul, R., van den Brink, W., ve Hartgers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 23(6), 869-882.

- Yapıcı, A. (2006). Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi. *Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.*
- Young, J. E., Klosko, J. S., ve Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. *Guilford Press.*
- Yüncü, Z., Yıldız, U., Kesebir, S., Altıntoprak, E., ve Coşkunol, H. (2005). Alkol kullanım bozukluğu olan olguların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi, 6(3), 129-135.*
- Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. İ., Karadas, B., ve Gülseren, S. (2011). Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi/Retrospective studying of sociodemographic, clinical characteristics and extent of alcohol use disorder among patients applied by probation. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12(4), 253.*
- Walton, M. A., Castro, F. G., ve Barrington, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors, 19(3), 319-331.*
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 22(4), 820-843.*

## Ekler

### Ek A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Erkeklerde Narsisizm Düzeylerinin Nüks ve Tedavi Motivasyonu ile İlişkisi

#### Başlıklı Tez Araştırması İçin

#### Katılımcı için bilgiler:

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

Bu araştırmanın amacı alkol ve madde kullanım bozukluğu olan erkeklerde patolojik narsisizm düzeylerinin nüks ve tedavi motivasyonu ile ilişkisi incelemektir.

Araştırma için sizden istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Bu uygulama ortalama 20 dakika sürmektedir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, bilimsel esaslara uygun olarak gizlilik ilkesi içinde paylaşılacaktır. Bu çalışmada elde edilen veriler farklı bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Fakat, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra bırakma hakkına sahiptir.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız lütfen aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

#### Katılımcı Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda Selin Kahvecioğlu tarafından yürütülen ve Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel tarafından yönetilen bu çalışma hakkında verilen bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları anladım. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

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

**Katılımcı Adı Soyadı:**

Kahvecioğlu

Telefon:

İmza:

Tanık Adı Soyadı:

İmza:

**Araştırmacı Adı Soyadı:** Selin

Telefon: 0534 590 88 75

İmza:

**Ek B: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu**

Katılımcı No:

1) Yaş: \_\_\_\_\_

2) Medeni hali: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul

3) Çocuğunuz var mı?

1. Hayır 2. Evet

Cevabınız evet ise;

3.1. Çocuk sayısı: \_\_\_\_\_

3.2. Çocuk/çocukların yaşı (sırasıyla yazınız) : \_\_\_\_\_

4) Öğretim durumu:

1. Okur-yazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise Mezunu

5. Üniversite/yüksekokul mezunu 6. Yüksek lisans ve üzeri 7. Halen okuyor

sınıf \_\_\_\_\_

5) Toplam eğitim süresi (yıl olarak): \_\_\_\_\_)

6) Şu anda gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

1. Hayır 2. Düzenli 3. Düzensiz 4. Emekli 5. Öğrenci

7) İhtiyacınız olduğunda duygusal desteği yakınlarınızdan (anneniz, babanız, kardeşiniz, arkadaşınız, eşiniz, çocuğunuz) alabilir misiniz?

1. Hayır 2. Evet

8) İhtiyacınız olduğunda yanınızda olabilecek biri var mıdır?

1. Hayır 2. Ever

## Alkol/Madde Kullanım Öyküsü

1) Alkol/Madde kullanmaya ilk kaç yaşında başladınız? \_\_\_\_\_

2) Alkol/Madde kullanımınız sebebiyle ilk tedavinize kaç yaşında başladınız? \_\_\_

3) En uzun ayık kaldığımız süre \_\_\_\_\_ (gün)

4) Daha önceki tedavi girişimleriniz nedir?

1. Daha önce tedavi başvurusu yok

2. Ayaktan tedavi (sayısını belirtiniz \_\_\_\_\_)

3. Yatarak tedavi (sayısını belirtiniz \_\_\_\_\_)

5) Hastaneye son yatış süreniz (gün olarak): \_\_\_\_\_)

6) Hangi maddeleri kullandığınızı yazınız:

---

7) Ailede başkasında alkol ya da madde kullanımı var mı?

1. Hayır      2. Alkol      3. Madde

8) Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

1. Hayır      2. Evet

9) Alkol veya madde etkisindeyken yasalarla başınız hiç derde girdi mi?

1. Hayır      2. Evet

10) Alkol veya madde sebebiyle iş/okul kaybı yaşadınız mı?

1. Hayır      2. Evet

11) Alkol veya madde sebebiyle eş/partner kaybı yaşadınız mı?

1. Hayır      2. Evet

12) Fiziksel bir hastalığınız var mı?

1. Hayır      2. Evet (ismini/isimlerini yazınız) \_\_\_\_\_

\*Eşlik eden psikiyatrik tanı \_\_\_\_\_

### **Ek C: Kendilik Psikolojisi Envanteri (KPE)**

Açıklama: Aşağıda, birçok kişinin kendini tanımlamak için kullanabileceği bazı ifadeler bulacaksınız. Bu ifadelere, aşağıda tanımlandığı şekilde 1 ile 6 arasında puanlar vermeniz beklenmektedir.

- 6= Bana kesinlikle uyuyor
- 5= Bana oldukça uyuyor
- 4= Bana uyuyor
- 3= Bana biraz uygun değil
- 2= Bana uygun değil
- 1= Bana kesinlikle hiç uygun değil

Lütfen olabildiğiniz kadar dürüst olun. Bu çalışmanın amacı; değerlendirmeye yönelik değil, tanımlamaya ve açıklamaya yöneliktir. Lütfen kendinizi gerçekten nasıl tanımladığınızı düşünerek cevap verin. Cevaplar açısından doğru ya da yanlış yoktur. Cevaplarınızın hepsinin olumlu olması gerekmemektedir.

Lütfen her ifadeyi sizin karakter özelliklerinizle ne kadar uyumlu olup olmadığını düşünerek puanlayın. Lütfen cümlenin yanındaki durumlarından hangisi size daha çok uyuyorsa, o durumun altında yer alan parantezin içine bir çarpı (X) işareti koyunuz.



	Bana kesinlikle HİÇ uygun değil	Bana uygun değil	Bana BİRAZ uygun DEĞİL	Bana uyuyor	Bana oldukça uyuyor	Bana kesinlikle uyuyor
Çoğu zaman kendimi gergin hissedirim	1	2	3	4	5	6
Yaratıcı olduğumu düşünürüm	1	2	3	4	5	6
Değer verdiğim ilişkiler bozulduğunda, şiddetli bir duygu yoğunluğu yaşarım	1	2	3	4	5	6
Bazen, sevdiğini birinin beni kabul etmesi için her şeyi yapabilirim	1	2	3	4	5	6
Sadece ne istemediğini değil, ne istediğini de biliyorum ve bunu dile getirebiliyorum, bu yüzden ister kabul göreyim ister ret, fark etmez	1	2	3	4	5	6
İlgimi çeken fikirler konusunda heveslenebiliyorum	1	2	3	4	5	6
Kendime verdiğim değer kolayca zedelenebilir	1	2	3	4	5	6
Hedefime ulaşmak için çok isteğim ve enerjim var	1	2	3	4	5	6
Genellikle, hayal kırıklıklarına rağmen yaratıcı uğraşlarımda direnirim	1	2	3	4	5	6
Eşimin (arkadaşımın) tüm ilgisinin bende olduğundan emin olmaya ihtiyacını var	1	2	3	4	5	6
Bazen, büyümek, olgunlaşmak istemediğimi hissediyorum	1	2	3	4	5	6
Kendi değerime layık olmaktan dolayı (değerime uygun yaşamaktan) mutluluk duyuyorum	1	2	3	4	5	6
Hak edildiği zaman övgü vermekten çekinmem	1	2	3	4	5	6
Bir şeye karşı ilgi duyduğum zaman, çoğunlukla o konunun üstüne gider ona ilişkin bir şey yaparım	1	2	3	4	5	6
Gerçekçi amaçlar uğruna çabalarım	1	2	3	4	5	6
Önem verdiğim insanlar uzakta olduğunda elim ayağım kesilir	1	2	3	4	5	6
Bana kişisel olarak çekici gelen projelere çok fazla enerji harcarım	1	2	3	4	5	6
Kendime yeterince güvenmem	1	2	3	4	5	6
Sakin hissedirim	1	2	3	4	5	6
Aşık olduğum zaman kendimi çok daha fazla seviyorum	1	2	3	4	5	6
Uğruna çabalayacağım amaçlarım yok	1	2	3	4	5	6
Bir topluluk içinde yanlış bir söz söylediğimde utanç duyarım	1	2	3	4	5	6
Hala inanacağım bir kişi veya bir şey arıyorum	1	2	3	4	5	6
Hayran olduğum kişilere karşı coşku duyarım	1	2	3	4	5	6

	Bana kesinlikle HİÇ uygun değil	Bana uygun değil	Bana BİRAZ uygun DEĞİL	Bana uyuyor	Bana oldukça uyuyor	Bana kesinlikle uyuyor
İhtiraslarım genellikle gerçekçidir	1	2	3	4	5	6
Değerli olduğumun başkaları tarafından onaylanmasına ihtiyacım var	1	2	3	4	5	6
Hedeflerime doğru gidecek enerjim yok	1	2	3	4	5	6
Faaliyetlere katıldığımda hevesiz oluyorum	1	2	3	4	5	6
Kendime çok güvenirim	1	2	3	4	5	6
Arkadaşlarımla başarılarından kıvanç duyarım	1	2	3	4	5	6
Değer yargılarımı kendim geliştirdim	1	2	3	4	5	6
Kusur ve başarısızlıklarımın doğan hayal kırıklığını performansımı geliştirmek için kullanabilirim.	1	2	3	4	5	6
Özel bir kişi oluşumun başkaları tarafından onaylanmasını isterdim	1	2	3	4	5	6
Ben özel bir kişiyim	1	2	3	4	5	6
Kafam bozuk olduğu zaman kendi kendimi sakinleştirebilirim	1	2	3	4	5	6
Bazen, yoğun bir şekilde içimdeki bir boşluğu doldurma ihtiyacım hissederim	1	2	3	4	5	6
İçimde boşluk hissediyorum	1	2	3	4	5	6
Sınırlı olduğumu kabul ediyorum (örneğin bedensel, zihinsel ve duygusal)	1	2	3	4	5	6
Başkaları gerçek duygularını paylaştıklarında anlayışlı olabilirim	1	2	3	4	5	6
Kendi kendimi takdir edebilirim	1	2	3	4	5	6
Hayallerim içinde kusursuz bir eş veya arkadaş isteği de var	1	2	3	4	5	6
Kendime veya başkalarına karşı sert olmakta zorlanmıyorum	1	2	3	4	5	6
Amaca yönelik kalmakta zorlanmıyorum	1	2	3	4	5	6
Bir takım kısıtlamalar olduğunu kabul ediyorum, örneğin zamana ilişkin	1	2	3	4	5	6
Korktuğum zaman panik yaşarım ve kendimi nasıl sakinleştireceğimi bilemem	1	2	3	4	5	6
Başarmak istediğim şeylere ulaşmak için planlarımı azimle uygulayırım	1	2	3	4	5	6

Ne istediğimi çok iyi biliyorum ve ona ulaşmak için çalışıyorum	1	2	3	4	5	6
Hevesli ve heyecanlı olduğum zaman yaratıcılığı olan bir şey yaparım	1	2	3	4	5	6

	Bana kesinlikle HİÇ uygun DEĞİL	Bana uygun DEĞİL	Bana BİRAZ uygun DEĞİL	Bana uyuyor	Bana oldukça uyuyor	Bana kesinlikle uyuyor
Başka insanların başarılarından kıvanç duyar	1	2	3	4	5	6
Başkalarının başarılarını fark etmek benim için zordur, çünkü kendimi biraz daha güvensiz hissetmeye başladım	1	2	3	4	5	6
Benim için önemli olan birisi gittiğinde içime kapanır keyifsiz olurum	1	2	3	4	5	6
Planlarımı uygulayacak enerjim az	1	2	3	4	5	6
Zevk için yaptığım işlere, yaratıcı faaliyetlerime ilgim son zamanlarda daha yoğunlaştı	1	2	3	4	5	6
Faaliyetlerimden çok zevk alıyorum	1	2	3	4	5	6
Başkalarının iyi niteliklerine saygı duyarım	1	2	3	4	5	6
Birileri tarafından anlaşılmamış veya küçümsenmiş olduğumu hissettiğim zaman soğuk ve uzak olurum	1	2	3	4	5	6
Başkalarıyla birlikteyken kendimi göstermekle zorluk çeker, onların istediklerini yaparım	1	2	3	4	5	6
Başkaları tarafından kabul edilmeyi çok istiyorum	1	2	3	4	5	6
Yakın olduğum bir kişi ile anlaşamazsak, bu bizim ilişkimizi zedeleyebilir	1	2	3	4	5	6
Huzursuz hissediyorum	1	2	3	4	5	6

### Ek D: Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Tedavi için geldim, çünkü değiştirmek istiyorum.					
2.Yardım almazsam kendimi iyi hissetmiyeceğim.					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9.Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim.					
10.Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13.Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15.Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16.İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.					
17.Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18.Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19.Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21.Programın sorunlarını çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22.Sorunlarla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23.Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

## Özgeçmiş

Selin Kahvecioğlu 12.04.1994 yılında Konya'nın Akşehir ilçesinde doğmuştur. Özyeğin Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden mezun olduktan sonra başladığı FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nı onur derecesi ile tamamlamıştır.

Yüksek lisans eğitimi boyunca Mahzar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde ve Erenköy Run ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Tedavi Merkezi (AMATEM)'de stajlarını tamamlamıştır. Süpervizyonlarını ise Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel, Uzm. Psk. Seliha Elbeyoğlu ve Uzm. Psk. Dan. Neylan Özdemir'den almıştır. Özel Bakış Eğitim & Psikolojik Danışmanlık Merkezi (BAÇED) tarafından Sistemik Çift ve Aile Danışmanlığı temel ve ileri seviye eğitimlerini tamamlamıştır. Aynı merkezden Çift ve Aile Danışmanlığı üzerine düzenli olarak süpervizyon almıştır. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler derneği tarafından düzenlenen European Association for Behavioral and Cognitive Therapy (EABCT) tarafından akredite edilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Modülü, Beceri Modülü ve Süpervizyon Modüllerini tamamlamıştır. Ekol eğitimleri yanı sıra Travma ve İlişkili Bozukluklarda Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma (EMDR) eğitimi, Travma Dersleri, Dürtü Kontrol Bozuklukları Temel Modülü eğitimlerini de almıştır.

Danışmanlık hizmetleri, bireysel, çift ve aile psikoterapilerini Bakış Eğitim Danışmanlık Merkezi ve Yakaza Psikolojik Danışmanlık Merkezi'nde sürdürmektedir.