

**EROİN KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN
OTOMATİK DÜŐÜNCCELERİ ÜST BİLİŞSEL MODEL
VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BİRGÜL GÜLEN

İstanbul Bilgi Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü Lisans
Programı, 2009

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2019

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

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2019

İŞIK UNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

EROİN KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN OTOMATİK
DÜŞÜNCELERİ ÜSTBİLİŞSEL MODEL VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

BİRGÜL GÜLEN

ONAYLAYANLAR:

Dr.Öğr.Üyesi S. Vicdan Yücel Işık Üniversitesi
(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Aytül Hariri Maltepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Rukiye Hayran Işık Üniversitesi

Three handwritten signatures are positioned on the right side of the page, each on a horizontal line. The top signature is a cursive script, the middle one is a more complex, stylized signature, and the bottom one is a large, sweeping signature.

ONAY TARİHİ: 14.01.2019

EVALUATION OF THE METACOGNITIVE MODEL AND AUTOMATIC THOUGHTS AND STRESS COPING IN PATIENTS WITH HEROIN USE DISORDER

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the effect of heroin use disorder on automatic thoughts, metacognition and coping with stress.

Method: The study consists of 43 participants who were diagnosed as Heroin Use Disorder in outpatient or inpatient treatment centers of private and state hospitals between the ages of 18-65 and 43 control group participants who were not diagnosed as "drug use disorder". The participants were given the MCQ-30, the Coping with Stress Scale, the Automatic Thoughts Scale, the Consent form and the Sociodemographic Information Form. Independent t-test analysis was performed in two comparisons. Pearson correlation analysis was performed to examine the relationship between the research variables.

Result: According to the research findings, there was no significant difference between the two groups in terms of coping with stress and metacognition. The frequency of negative automatic thoughts was higher in the group with heroin use disorder. According to the results of the comparisons among the people who are diagnosed with heroin use disorder; Group therapy and individual therapy support have been found to increase the use of functional coping strategies in terms of coping with Substance Use Disorder and decrease the frequency of negative automatic thoughts in these individuals. It was determined that metacognition was affected by education and age variables in the group with heroin use disorder. As a result of the correlation analysis, a significant positive correlation was found between the age of onset of the heroin use and the sub-dimensions of coping with stress. There was significant relationship between coping with stress and duration of education.

Conclusion: It has been found that individuals with heroin use disorder are more prone to negative thinking. The hypothesis was supported by results showing that the age of onset heroin use and duration of education were effective in developing functional coping styles and awareness. It has been determined that cognitive

processes and coping capacity of individuals with substance abuse disorder have improved with psychotherapy support.

Key words: Heroin, Coping with stress, Metacognition, Automatic thought

EROİN KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ ÜST BİLİŞSEL MODEL VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Özet

Amaç: Bu çalışma, ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’nun otomatik düşünce stilleri, üst biliş ve baş etme stratejilerine etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışma örneklemi, 18-65 yaş arası, özel ve devlet hastanelerinin bağımlılık tedavi merkezlerinde ayaktan ya da yatarak tedavi sürecinde olan ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ tanısı almış 43 katılımcı ve herhangi bir Madde Kullanım Bozukluğu tanısı olmayan 43 kontrol grubu katılımcısı olmak üzere toplam 86 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılara Onam Formu ve Sosyodemografik Bilgi Formu dışında; ÜstBiliş Ölçeği-30, Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği verilmiştir. İkili karşılaştırmalarda bağımsız t-test analizi yapılmıştır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma verilerinin sonuçlarına göre; deney grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, stresle başa çıkma ve üstbiliş açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Olumsuz otomatik düşünce sıklığının ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ olan grupta daha yüksek olduğu görülmüştür. ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ tanısı almış grupta yer alan kişilerin kendi arasında yapılan karşılaştırmaların sonuçlarına göre; grup terapi ve bireysel terapi desteği almış olmanın Eroin Kullanım Bozukluğuyla başa çıkma açısından, işlevsel başa çıkma stratejilerinin kullanımını arttırdığı ve bu kişilerde olumsuz otomatik düşünce sıklığını azalttığı bulunmuştur. ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ olan grupta üstbilişin, eğitim ve yaş değişkeninden etkilendiği saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizleri sonucunda, eroine başlama yaşı ve stresle başa çıkma alt boyutları arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Eğitim süresinin, stresle başa çıkma ve üstbiliş ile arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Sonuç: ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ olan bireylerin olumsuz düşünmeye daha yatkın olduğu bulunmuştur. Eroine kullanımına başlama yaşı ve eğitim süresinin, işlevsel başa çıkma tarzları geliştirmek ve farkındalık açısından etkili olduğunu gösteren

sonuçlar hipotezi desteklemiştir. Madde Kullanım Bozukluğu tanısı olan bireylerin psikoterapi desteği ile bilişsel süreçleri ve stresle başa çıkma kapasitelerinin geliştiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Eroin, Stresle başa çıkma, st biliş, Otomatik düşünce

Teşekkür

Büyük bir keyif ve şevk ile başladığım yüksek lisansın benim en zor kısmı tez yazmaktı diyebilirim. Hayatın getirdiklerini göğüslerken, kah kendi direncim kah engeller sebebi ile durmayı hatta bırakmayı çok kez düşündüğüm bu yolu bitirmek için verilen çabanın sonuna gelmiş olmak mutluluk verici :) Bu yolda bir çok kıymetli eşlikçim oldu. Dolayısı ile başta tez danışmanın Dr. Öğr. Üyesi Vicdan Yücel olmak üzere bir çok kişiye teşekkürüm var. Bu tezin şekillenmesinde bir süre beraber çalışmış olduğum Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel'e, en zorlu süreç olan veri toplamama destek olan Seniye Hanım'a teşekkür ederim.

Çokca söylenecek söz var lakin kalbimden geçenleri anlatmaya yetmeyecek. Bu süreç de desteklerini ve sevgilerini asla esirgemeyen sevgili dostlarım; Beyza Sevim, Pınar İşcen, Ebru Özer, Yeşim Selçuk, Gizem Talay, Ali Rıza Can, Mustafa Çetinkaya başta olmak üzere yanımda olan bütün arkadaşlarıma teşekkür ederim. Destekleri ile her daim yanımda olan canım ailem; her dağıldığımda beni toparlayan kuzenim Dilay Öztürk'e ve bu süreci benden çok sahiplenen kardeşim Sonnur Gülen'e çok teşekkürler ederim.

Yürüdüğüm bu yolda varlıkları ve destekleri ile beni cesaretlendiren, her daim yanımda olduklarını bilmekten huzur duyduğum canım babam Ali Taş Gülen ve annem Yeter Gülen'e teşekkürler.

Emeği geçen ve adını yazamadığım herkese çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Onay.....	i
Abstract.....	ii
Özet	iii
Teşekkürler	vi
İçindekiler listesi.....	vii
Tablolar listesi	x
Kısaltmalar listesi.....	xi
GİRİŞ	1
1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. Araştırmanın Hipotezleri	4
3. Araştırmanın Soruları	4
4. Araştırmanın Önemi	5
5. Araştırma Sayıltıları	5
BÖLÜM 1	6
1.1. Madde Kullanım Bozukluğu	6
1.1.1. Klinik Etkileri	7
Yoksunluk ve Tolerans	8
1.2. Opioid (Eroin ve Türevleri) Kullanım Bozukluğu	9
1.2.2. Eroin Etkileri ve Eroin Kullanım Bozukluğu Tanımı	9
1.3. Stresle Başa Çıkma	14
1.4. Bilişsel Yapı	15

1.4.1. Otomatik Düşünceler	15
1.4.2. Ara İnançlar	16
1.4.3. Temel İnançlar	17
1.5. Üstbiliş	17
1.5.1. Tanımı	17
1.5.2. Üstbilişsel Modeller	18
1.5.2.1. Brown'un Üstbilişsel Modeli	18
1.5.2.2. Schraw'ın Üstbilişsel Modeli	20
1.5.2.3. Flavell'in Üstbilişsel Modeli	21
BÖLÜM 2	23
YÖNTEM	23
2.1. Evren ve Örneklem	23
2.1. Veri Toplama Araçları	24
2.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (Ek 1 A)	24
2.2.2. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (Ek 1 B)	24
2.2.3. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ) (Ek2)	24
2.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek3)	25
2.2.5. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) (Ek4)	25
2.3. Verilerin Analizi	26
BÖLÜM 3	27
BULGULAR	27
3.1. Örneklem İncelenmesi	27
3.1.1. Sosyodemografik Özellikler	27
3.1.2. Çalışma Grubunun Bağımlılık Özellikleri	29
3.1.3. Örneklem Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Özellikleri Bakımından Karşılaştırılması	31
3.2. Gruplar Arası Karşılaştırılmaya İlişkin Bulgular	32
3.2.1. Üst Biliş Ölçeği ile İlgili Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular	32
3.2.2. Stresle Başa Çıkma Ölçeği İle İlgili Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular	33
3.2.3. Otomatik Düşünceler Ölçeği İle İlgili Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular	34

3.3. Çalışma Grubu Değişkenleri Arasındaki Karşılaştırmalar	35
3.3.1. Kendi Kedinin Bırakma Deneyimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılması	35
3.3.2. Psikoterapi Desteği Alan ve Almayan Katılımcıların Karşılaştırılması	37
3.3.3. Grup Terapisi Desteği Alan ve Almayan Katılımcıların Karşılaştırılması	38
3.3.4. Yardım Grubuna Katılan ve Katılmayan Katılımcıların Karşılaştırılması	40
3.3.5. Kullanım Süresi Beş Yıl Altı ve Üzeri Olan Katılımcıların Karşılaştırılması	41
3.3.6. Yaşı 30 Üzeri Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılması	42
3.3.7. Eğitimi Sekiz Yıl Üzeri Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılması	43
3.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler	45
BÖLÜM 4	47
TARTIŞMA	47
4.1. Öneriler	53
4.2. Kısıtlılıklar	54
4.3. Gelecekteki Araştırmalar	55
4.4. Sonuç	55
KAYNAKLAR	
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Örneklemın Sosyodemografik Özellikleri	28
Tablo 3.2 Çalışma Grubunun Madde Kullanımına Dair Özellikleri	30
Tablo 3.3. Çalışma Grubunun Madde Kullanımına Nedeniyle Problem Yaşadığı Alanlar	31
Tablo 3.4. Örneklemın Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Özellikleri Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırılması	32
Tablo 3.5. ÜBÖ Ortalama ve Standart Sapma Puanları	33
Tablo 3.6. SBÇTÖ Ortalama ve Standart Sapma Puanları	34
Tablo 3.7. ODÖ Ortalama ve Standart Sapma Puanları	34
Tablo 3.8. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Bırakma Deneyimi	36
Tablo 3.9. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Psikoterapi Desteği Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları	37
Tablo 3.10. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Grup Terapisi Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları	39
Tablo 3.11. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Yardım Grubuna Katılma	40
Tablo 3.12. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Kullanma Süresi Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları	41
Tablo 3.13. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Yaş	42
Tablo 3.14. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Eğitim Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları	44
Tablo 3.15 Ölçekler arası korelasyon analizi	46

KISALTMALAR LİSTESİ

SBÇTÖ: Stresle Başaıkma Tarzları Ölçeği

ÜBÖ: Üst Biliş Ölçeği

ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

EMCDDA: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime

SAMBA: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

GİRİŞ

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, çeşitli önlemler alınmasına rağmen tüm dünyada giderek ivme kazanan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Turhan ve ark., 2011). Türkiye’de genel olarak en yaygın kullanılan maddenin esrar, yatılı tedavi merkezi başvurularında ise opioid ve türevleri olduğu bilinmektedir (TUBİM, 2013). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi’nin 2017 raporuna göre, tedaviye başvuran eroin bağımlılarının %95’ini erkek, %5’ini kadınlar oluşturmaktadır. Yine bu rapora göre ilk kullanım yaşı 21 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de bağımlılık tedavi merkezlerine yapılan tedavi başvurusunun %73’ünün tercih maddesi eroin olarak raporlanmıştır. Ve yine bu rapora göre, eroin ile ilişkili ölümlerin İrlanda, İskoçya ve Türkiye’de arttığı gözlemlenmiştir.

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etmenleri içerisinde barındıran bağımlılık; zararlı sonuçlarına rağmen, zorlayıcı ilaç arayışı ve kullanımı ile karakterize kronik, yineleyici bir beyin hastalığı olarak tanımlanır (DSM-5, 2013). Madde bağımlısı bireyler için önemli tedavi hedeflerinden birisi de psikolojik olarak düzelmedir (Marsden ve ark. 2000).

Bağımlılık ve ilintili bozuklukları açıklarken en işlevsel yaklaşımın bilişsel yaklaşım olduğu düşünülmektedir (Türkçapar, 2012). Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre; kişide hali hazırda komorbid olarak bulunan anksiyete bozuklukları, depresyon gibi içsel unsurlar veya maddeyi görmek gibi çağrışımı tetikleyebilecek dışsal unsurlar, kişilerde alkol ve madde kullanımını teşvik edici düşünceleri aktifleştirebilmektedir. "Benim İlacım Eroinde" gibi olumlu bir inancın tetiklenmesi sonrasında gelişen otomatik düşüncelerin madde kullanımıyla sonuçlanma ihtimalin yükselmektedir. Örneğin "Her şeyi yitirdim", "Artık çaresizim" gibi otomatik düşünceler, kişide "Alkol sayesinde daha rahat konuşabiliyorum" gibi kolaylaştıran inançları ortaya çıkararak, kişinin madde kullanımına dönük arzularının ve

dürtülerinin artmasını tetikleyebilir. Kişi, bu durumla başa çıkarken bu tip inançlarını gerçekleştirebilecek olan en bildiği stratejilere yönelebilmektedir: “İçki veya madde arayışında bulunmak” gibi. Sonuç olarak madde kullanım davranışını tekrarlama veya mevcut dozu arttırma gerçekleşebilmektedir. Kullanışsız otomatik düşüncelerin, ara inançların ve temel inançların katkısı bağımlılığının oluşmasında inkâr edilemez bir yere sahiptir (Türkçapar, 2013).

Daha sağlıklı bir başa çıkma mekanizmasına sahip olmayan kişilerde, madde kullanımının mevcut yaşamsal stresle ya da psikolojik sorunlarla başa çıkmak için kullanılması şaşırtıcı değildir. Bu sebeple, madde bağımlılığı tedavi edilirken iyileşme süresi boyunca kişide arttırılması hedeflenen kendilik kontrolü, sosyal beceriler, stresle baş etme sırasında üretilen çözümler ve sorunların üstesinden gelebilme yetenekleri başlıca gerekli sosyal-bilişsel özelliklerdir. Sosyal – bilişsel tedavide hedeflenen, kişiye sağlık problemleriyle ya da sosyal ve kişisel problemlerle savaşırken başa çıkma yollarının kazandırılmasıdır. Sosyal problemlerle başa çıkma becerilerinin farklılığı ve zenginliği bağımlılığın ilerlemesine, engellenmesine veya tedavi sürecine etki gösterebilmektedir. Bu konu ile ilgili araştırmalar ön plana çıkmaktadır (Aki ve ark. 2008).

Demirbaş ve arkadaşlarının (2004), alkol bağımlısı hastaların problem çözme yaklaşımlarına dair yaptıkları araştırma sonucunda, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların planlı, kendisi hakkında olumlu ve gerçekçi tutumu olan ve aceleci davranışlara kıyasla girişkenlikten kaçan, değerlendirci ve düşünen problem çözme yöntemlerini daha sık kullandıklarını belirlemişlerdir. Kokain kullanıcıları ve birkaç uyuşturucu ve uyarıcı maddeyi bir arada kullananlarla yapılan bir çalışmada, birkaç maddeyi birlikte kullananların nevroitik olma puanları daha yüksek gözlemlenmiş; yalnız kokain kullananların birkaç maddeyi bir arada kullananlara göre daha yoğun sosyal destek arayışı içinde oldukları ve problem çözme becerilerinde daha etkin oldukları görülmüştür. Araştırma sonucunda elde edilen bir diğer veri ise; kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerin planlı şekilde problem çözme becerilerinin düşük olduğu; dışa dönüklerin ise problem çözme becerilerinin daha olumlu olduğu doğrultusundadır. Bunların yanı sıra, bireylerin problem çözme becerisi arttıkça pozitif yönde yeniden başlangıç yapabilmekte ve kaçan/ kaçınan başa çıkma (escape, avoidance, coping) yollarına daha az başvurdukları gözlenmiştir (Kruedelbach ve ark.1993).

Literatürde, üstbilis adına gerçekleştirilen çalışmalarda farkındalık üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Türkiye’de “Farkındalık” üzerine yapılan bilimsel araştırmaların sayısı kısıtlı olmakla birlikte, “Farkındalık” ve “Bağımlılık” kavramları arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışma bulunmaktadır (Ögel ve ark. 2014).

Madde bağımlılığı ve alkol alanlarında yapılan farkındalık araştırmalarının genel olarak farkındalık terapisinin bağımlılık alanında kullanımı üzerine yoğunlaştığını söylemek mümkündür. Çoğu zaman tedavi etkinliği üzerine çalışılmasına rağmen, “Farkındalık” ve “Bağımlılık” kavramları arasındaki kavramsal ilişki üzerinde durulmamıştır. Başka bir deyişle, bağımlılık tedavisinde etkin görünen farkındalığın bağımlılıkta nasıl bir işlev gerçekleştirdiğine yönelik yeterli bilimsel çalışma bulunamamıştır. Ögel ve arkadaşlarının (2014) gerçekleştirdiği bir araştırmada bağımlı olan ve bağımlı olmayan bireylerde farkındalık düzeylerini ve farkındalığı etkileyen etmenler karşılaştırılmış; bağımlı olan ve bağımlı olmayan gruplar arasındaki farkındalık seviyesinde anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte; araştırmada farkındalığı etkilediği bilinen üstbilis, bastırma, dürtüsellik ve fiziksel sorunlarda fark gözlemlenmesinin araştırmanın örneklem seçimindeki sosyo-demografik çeşitliliklerden kaynaklanabileceği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği’nin (BFÖ) ölçtüğü düşünülen farkındalığı tüm yönleriyle ölçememesi gibi sınırlılıklar bulunduğu dikkat çekmiştir.

Bu bilgiler ışında, otomatik düşünce stilleri, üst bilis ve stresle başa çıkma tarzlarının madde kullanımını sürdürmede etkili olduğu düşünülmektedir. Ögel (2005), Türkiye’de madde kullanım bozuklukları alanında yeterli çalışma olmadığına dikkat çekmektedir.

1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, eroin bağımlılığının otomatik düşünce stilleri, üst bilis ve baş etme stratejilerine etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez: Eroin bağımlılarının, olumsuz otomatik düşünce sıklığı ve işlevsel olmayan stresle başa çıkma tarzı kullanımı, bağımlı olmayan kişilere göre anlamlı düzeyde yüksek ve farkındalıkları düşüktür.

I. Alt Hipotez: Eroin bağımlılığında, eroin kullanımına başlama yaşı ve eğitim düzeyi ile işlevsel olmayan stresle başa çıkma stratejileri ve olumsuz otomatik düşünceler arasında negatif bir ilişki vardır.

3. Araştırma soruları

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- 1) Otomatik düşünce, stresle baş etme tarzları ve üst biliş açısından gruplar arası bir fark var mıdır?
- 2) Madde kullanımı ile otomatik düşünce, üst biliş ve stresle baş etme tarzları arasında anlamlı bir ilişki sağlar mı?
- 3) Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan grupta bireysel ve grup psikoterapi desteği almak üst biliş, otomatik düşünce ve stresle baş etme tarzı açısından bir anlamlı bir fark sağlamakta mıdır?
- 4) Madde bağımlılığında kendi kendine bırakma girişiminde üst biliş, otomatik düşünce ve stresle baş etme tarzı açısından bir farklılaşma var mıdır?
- 5) Madde bağımlılığında kendine yardım grubuna katılım sağlayan kişilerde üst biliş, otomatik düşünce ve stresle baş etme tarzı açısından bir farklılaşma var mıdır?
- 6) Madde bağımlılığında yaş ve eğitim seviyelerine göre üst biliş, otomatik düşünce ve stresle baş etme tarzı açısından bir farklılaşma var mıdır?

7) Eroine başlama yaşı, kullanım süresine göre üst biliş, otomatik düşünce ve stresle baş etme tarzı açısından bir farklılaşma var mıdır ?

4. Araştırmanın Önemi

Bağımlılık alanında yapılan bilimsel çalışmaların psikososyal boyutunun medikal boyutuna göre daha az olduğu söylenebilir. Bağımlılık, nüks ve tekrarlarla seyreden, uzun süreli takip ve tedavi gerektiren kronik bir hastalık olduğu için lüks ve tekrarların önlenmesi açısından psikososyal destek tedavinin önemli bir kısmını kapsar. Sürdürülebilir iyileşme için tedaviye uyum ve bilişsel işlevlerdeki gelişme önemlidir. Bağımlı bireylerde iyileşme sürecine dair farkındalık yaratmak ve onların kendi bilişsel süreçlerini fark etmelerini sağlamanın iyileşme sürelerini uzattığı görülmektedir. İşlevsel olmayan bir baş etme tarzı olan madde kullanımı ile olumsuz otomatik düşünce sıklığı, farkındalık ve baş etme tarzları arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ olan bireylerde; madde bağımlılığının, otomatik düşünceler, üst biliş ve stresle baş etme tarzları ile ilişkisini incelemek için tanımlayıcı olarak kontrol grubu ile karşılaştırma yapılması planlanmıştır.

5. Araştırma Sayıtları

- 1) Araştırma kapsamında verilen form ve ölçekler katılımcılar tarafından içtenlikle cevaplanmıştır.
- 2) Araştırma örneklemini evreni temsil özelliğine sahiptir.

BÖLÜM 1

1.1. Madde Kullanım Bozukluğu

Madde ve alkol bağımlılığı kavramlarına geçmeden önce, “Bağımlılık” kavramını açıklamak gerekir. Bağımlılık kavramına karşılık gelecek şekilde uluslararası literatürde hem “Addiction” hem de “Dependence” kelimelerine yer verilmektedir. Bununla birlikte; “Dependence” genellikle fiziksel bir bağımlılığı ifade etmekte; o maddeye tolerans geliştirme ve yoksunluk belirtilerini göstermeyi de içerecek şekilde kullanılmaktadır. “Addiction” kavramıyla ise, madde kullanımının devam etmesiyle birlikte beyinde meydana gelen bir dizi biyokimyasal değişiklikler ve buna bağlı gelişen davranış bozuklukları örüntüsüne işaret edilmektedir. “Addiction” fiziksel belirtileri kapsayan “Physical Dependency” kavramının, patolojik anlamda daha ağır halidir (O’Brien ve ark., 2006).

Madde kullanımına bağlı gelişen bozuklukların temel fizyolojik sürecini açıklamak gerekirse; öncelikle, maddelerin beynin ödül ve ceza sistemini yoğun bir şekilde aktive eden uyarıcılar olduğu söylenebilir. Kullanılan maddenin sınıfına, miktarına ve kişisel değişkenlere göre kişi üzerindeki etkileri değişse de, temel olarak beynin ödül sistemini yoğun bir şekilde uyardığı ve haz duygusu vererek beyin normal aktiviteleri görmezden gelmesine yol açtığı kabul edilmektedir. Haz arayışı ile başlayan bu süreç, beyinde maddenin bir kullanımdaki etkinliğinin azalmasıyla birlikte, kişinin aynı hazzı yakalayabilmek için madde kullanım sıklık ile miktarını arttırması kişinin kontrol yitimi yaşayarak maddeye bağımlı hale gelmesiyle sonuçlanır. Bağımlılık geliştiren kişi, olumsuz tüm fiziksel, zihinsel ve davranışsal etkilerine rağmen, madde kullanımını durduramaz hale gelmektedir (Güleç ve ark., 2015).

1.1.1 Klinik Etkileri

Madde kullanımının, olumsuz davranışsal ve sosyal yan etkileri bir yana; klinik etkilerini incelediğimizde de psikiyatrik bozukluklarla karşılıklı bir etkileşiminin olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar sonucu, madde kullanan kişilerde psikiyatrik bozuklukların görülme olasılığının, madde kullanmayanlara oranla 2.7 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Ebert ve ark., 2003 Akt. Güleç ve ark., 2010).

Bir diğer bulgu ise madde kullananlarda en az bir psikiyatrik bozukluk geliştirme oranının son çalışmalara göre %72 oranında olduğudur (Öztaş, 1990). Madde kullanımı, psikiyatrik bozukluklara sebep olabildiği gibi, hâlihazırda kişide aktif halde görülen bozuklukları da geliştirebilir. Aynı zamanda hem madde kullanımını bırakmayı zora sokmakta hem de mevcut psikiyatrik bozukluğun tedavisini güçleştirmektedir.

Bu konuya dair psikiyatrik bir rahatsızlığın mı madde kullanımına sebep olduğu; yoksa madde kullanımının mı psikiyatrik rahatsızlığa sebep olduğu, yani hangisinin birincil hangisinin ikincil rahatsızlık olduğu henüz tam olarak bilinmemektedir. Komorbidite gösteren psikiyatrik bozuklukların birincil ve ikincil olarak gelişebilmektedir. Bağımlılığın seyri, tedavi ve bırakma süreci, eşlik eden psikiyatrik tanıları nedeni ile zorlaşmaktadır (Davitson, 1999).

Yapılan araştırmalara göre; madde kullanımıyla sıklıkla komorbid görülen başlıca hastalıklar: major depresif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğudur (Çakmak ve ark., 2006). Cottler ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında madde kullanım sıklığı ve bağımlılık şiddeti ile intihar düşüncesi ve girişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Brooner ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada, eroin bağımlılarının %47'sinde psikiyatrik eş tanı olduğu, en sık görülen eş tanının anti sosyal kişilik bozukluğu ve majör depresyon olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmaya göre, anti sosyal tanısı alan kişilerde madde kullanımı şiddeti, psikososyal sorunlar ve psikiyatrik eş tanı arasında belirgin bir ilişki olduğu görülmüştür.

Tüm bu veriler ışığında; madde kullanımı ve bunun olumsuz klinik etkilerinin arasında sıkı bir bağ olduğunu görmekteyiz. Literatürde gördüğümüz gibi madde kullanımı psikiyatrik hastalık gelişimine sebep olabildiği gibi, psikiyatrik hastalıklar

da madde kullanımına yöneltip kişinin iyileşme sürecini baltalayabilmektedir (Hasin ve ark., 2007, Brooner ve ark., 1997, Davitson, 1999). Dolayısıyla, madde kullanımından yüksek seviyelere çıkmadan haberdar olunabilmesi ve tedaviye başlanması veya psikiyatrik bozuklukları olan hastaların da çevresi ve ailesi tarafından yüksek gözetim altında tutulması, bu ikili ilişkinin etkin bir tedavinin yürütülebilmesinde önemlidir.

1.1.2 Yoksunluk ve Tolerans

Bağımlılık kavramının, bir maddenin zararlarının bilindiği fakat buna rağmen kullanmaya devam etme hali olduğunu biliyoruz. Bununla beraber, madde bağımlılığını tanımlarken kullanılan yoksunluk ve tolerans gösterme kavramlarına değinmek arka planda işleyen fizyolojik süreci açıklarken önem arz etmektedir.

Kısaca tanımlamak gerekirse, yoksunluk (withdrawal), uzun süredir kullanılan maddenin etkisinin geçtiği yani maddenin alımının durdurulduğu veya ara verildiği zamanlarda; o maddeye yoğun istek duyma şeklinde gelişen kişide gelişen aşerme ile birlikte organizmada rahatsız edici bir seri psiko-fizyolojik belirtilerin ortaya çıkma durumudur. Yani kişi, maddeyi almadığı zamanlarda fiziksel ve/veya duygusal olarak ona ihtiyaç duyma belirtilerini gösterir. Bu belirtiler arasında kısa süreli krizler geçirme, davranış bozuklukları, huzursuzluk, çarpıntı, konuşma bozukluğu, denge bozukluğu, vücutta yaygın titremeler, unutkanlık, terleme, göz bebeklerinde büyüme ve komaya girme gibi fiziksel olarak dışarıdan görülebilir ya da psikolojik aşerme (craving) gibi içsel ilerleyen durumlar sayılabilir. Yoksunluk belirtileri kullanılan maddeye göre değişmekle birlikte, maddenin ne kadar süredir kullanıldığına, dozuna ve kişinin fizyolojik özelliklerine göre değişkenlik gösterebilir. Kişi, yoksunluk yaşadığında bu belirtilerden kurtulmak için madde alma davranışına yönelmektedir. Ayrıca kişinin tedaviye dair değerlendirmesi yapılırken yoksunluk belirtilerini gösteriyor oluşu, kişiye Madde Kullanım Bozukluğunun yanısıra yoksunluk teşhisinin de konulmasıyla sonuçlanır (Altıntoprak ve ark. 2015). Eroin bağımlılığı olan kişilerin yarısı yoksunluk yaşamakla beraber hepsi fizyolojik belirti bildirmektedir (DSM 5, 2013).

Tolerans kavramı ise madde kullanan kişinin, aynı maddenin aynı dozunun zamanla kişiye verdiği hazzın yetmemesi dolayısıyla kullanılan madde dozunun zamanla arttırmasıdır. Örnek olarak; sigara kullanan bir kişinin, günde 1-2 sigaranın verdiği hazzın bir süre sonra yetmediğini hissederek gitgide artan miktarlarda sigara kullanmaya başlamasını verebiliriz. Günde 20 sigaradan fazlasını içen sigara bağımlısı bir kişinin vücuduna aldığı nikotin miktarı sigaraya yeni başlayan birisi için yoğun derecede zehirleyicidir. Madde türlerine göre tolerans düzeyi farklılaşır. Eroin ve türevlerinin yoğun kullanımı sonucunda önemli bir boyutta gelişen tolerans madde kullanımı olmayan kişi için öldürücü olabilir (DSM 5, 2013).

1.2. Opioid (Eroin ve Türevleri) Kullanım Bozukluğu

1.2.1 Tarihçe

Eroin ve morfin türevi maddelerin etken maddesi olan Opium, hem Sümerler'de hem de Mısır Uygarlıkları'nda ağrı kesici, ishali geçirmek ve psikolojik etki ortaya çıkarmak için kullanılan afyon bitkisinden elde edilen çok eski bir ilaçtır. Sertüner, 1806 yılında afyonun aktif birleşeni olan bir maddeyi keşfederek ona mitolojik bir tanrı olan Morpheus'tan esinlenerek morfin adını vermiştir (Brownstein, 1993).

Küçük cerrahi operasyonlarda yaygın olarak kullanımı başlayan morfinin afyon kadar bağımlılık yapıcı etkisi olduğu görülmüştür. Morfinden daha güçlü ve bağımlılık yapıcı etkisi olmadığı etiketi ile 1898 yılında eroin tarih sahnesine çıkmıştır (Milhorn, 1990). Günümüzde illegal maddeler arasında olan eroinin, sigara tarzında sarılıp içilmesi, buharının solunması ve damar yolu ile kullanımı mevcuttur.

1.2.2. Eroin Etkileri ve Eroin Kullanım Bozukluğu Tanımı

Eroin alındıktan kısa bir süre sonra başlayan etkisi 4-6 saat kadar sürer. Bu yüzden gün içerisinde bir kaç kez kullanılması gerekebilir. Keyif verici bir etkiyle başlayıp, ardından sakinlik dönemi başlar. Dikkat ve bellekte bozulma, konuşma ve

hareketlerde yavaşlama ile kendisini gösterir. Kullanım kesildikten 6-8 saat sonra yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. İlk 2-3 gün şiddeti yoğun bir şekilde yaşanan bu süreç 7-10 gün içinde bitebileceği gibi bazı belirtiler 6 ay kadar devam edebilir (Ögel, 1998).

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etmenleri içerisinde barındıran bağımlılık; zararlı sonuçlara rağmen, zorlayıcı ilaç arayışı ve kullanımı ile karakterize kronik, yineleyici bir beyin hastalığı olarak tanımlanır. DSM 5’de bağımlılık ile ilgili tanımlarda bazı değişimler yapılmıştır. Maddenin kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ‘madde kullanım bozuklukları’ başlığı altında birleştirilmiştir (DSM-5, 2013).

DSM-5’e göre Eroin ve türevi maddeleri kapsayacak şekilde Opioid kullanım bozukluğu kategorisi yer almaktadır. Bu kategoriye göre:

Opioid Kullanım Bozukluğu Tanımı:

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 opioid kullanım örüntüsü:

1. Opioidler, çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alınır.
2. Opioid kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Opioid elde etmek, opioid kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırılır.
4. Opioid kullanmaya içinin gitmesi ya da opioid 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 opioid kullanımı.

6. Opioidin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşı opioid kullanımı.

7. Opioid kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme- dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opioid kullanma.

9. Büyük olasılıkla opioidin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı opioid kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Eksikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opioid kullanım gereksinimi.

b. Aynı ölçüde opioid kullanımının sürdürülmesine karşı belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opioidde özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opioid (Ya da yakından ilişkili bir madde) alınır. Varsa belirtiniz:

Erken Remisyon Evresinde: Daha önce opioid kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opioid kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli Remisyon Evresinde: Daha önce opioid kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opioid kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha uzun süredir hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Sürdürme Tedavisinde: Kişi, metadon ya da buprenorfin gibi reçetelenmiş bir agonist ilaç alıyorsa ve o ilacın yer aldığı küme için opioid kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü karşılanmıyorsa (agoniste dayanıklılık ya da yoksunluk dışında), bu ek belirleyici kullanılır. Bir kesimsel (parsiyel) agonist, bir agonist-antagonist ya da ağızdan alınan naltrekson ya da depo naltrekson gibi tam antagonistle sürdürme tedavisi yapılan kişilerde de bu kategori kullanılır.

Denetimli Çevrede: Kişi, opioide ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır. O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır Olmayan: İki – üç belirtinin olması.

Orta Derecede: Dört – beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması (DSM – 5, 2013).

1.2.3 Opioid Kullanım Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Opioid türevi maddeler olarak adlandırılan maddeler arasında opium (afyon), morfin, kodein, eroin, metadon, fentanil, tramadol, oksidokon, hidromorfin, oksimorfin, hidrokon, levorfenol, propoksifen, loperamid ve difenoksitat yer almaktadır (Milhorn, 1990).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2003 yılında Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul ve Samsun'da yapılan çalışmasında; 15-64 yaş arasındaki bireylerin ortalama %0,05 sıklığında opioid türevi maddeleri kullanımı tespit edilmiştir (TUBİM, 2010).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (TUBİM) 2011 yılında liselerde yaptığı çalışmanın bulgularına göre yaşam boyu madde kullanım sıklığı % 1,5 olduğu görülmüştür. Madde kullandığını belirtenler arasında ilk tercih olarak opioid kullanımını % 4,6 iken diğer maddelerle beraber birlikte opioid kullandığını belirtenler % 13,6'dır. 2013 yılı ayaktan ve yatarak tedaviye

başvuranların; % 76.3'ü opioid kullandığını, % 70.5'i ilköğretim mezunu olduğunu, % 66.1'i ise işsiz olduğunu bildirmiştir. Eldeki verilere göre tedaviye başvuranların, % 30.3'ü tedavi başladığı sırada halen damar içi madde kullanımına devam ederken, % 37.26'sında yaşam boyu damar içi kullanımı öyküsü olduğu belirlenmiştir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi/ EMCDDA, 2014).

Biyopsikososyal bir bozukluk olan opioid kullanım bozukluğu; maddenin ilk olarak kullanılmaya başlanması, kullanımın sürdürülmesi ve bıraktıktan sonra tekrar başlanması aşamalarında birden fazla etkenle etkileşime girer. Diğer madde kullanım bozukluklarında da olduğu gibi opioid bağımlılığında da farmakolojik, psikopatolojik, sosyal, genetik, çevresel, ailesel ve kişilikle ilişkili faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Opioidleri diğer madde bağımlılıklarından ayıran nokta ise farmakolojik sürecin uzunluğudur. Bu uzunluk kullanım bozukluğunun sürekliliği ve gelişmesi açısından ayrıca değerlendirilmelidir (Sadock ve ark., 2007).

Opioid bağımlılığı olanların ek tanı yaygınlığı yaklaşık % 90'dır. En sık komorbidite hastalıklar majör depresif bozukluk ve antisosyal kişilik bozukluğudur. Hayatı boyunca en az bir kez intihar girişimi opiat bağımlıların % 15'inde görülmüştür. Opioid bağımlılığına eşlik eden diğer tanıların prevalansının yüksek olması, geniş kapsamlı tedavi sürecine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Sadock ve Sadock, 2011).

Santral Sinir Sisteminde opioidlerin akut etkileri madde kullanımını pozitif yönde pekiştirirken; opioid yoksunluğu sırasında yaşanan ağrı, depresyon ve anksiyete gibi olumsuz etkiler bağımlılığın negatif pekiştireçleridir. Fiziksel bağımlılığın şiddeti, pozitif ve negatif pekiştireçlerin gün içerisinde tekrarlanma sıklığına bağlanmaktadır. Fiziksel bağımlılığın, kısa etkili opioid kullanımında daha kısa sürede daha şiddetli yaşanması bu bağlamda açıklanmaktadır. Bir maddenin kullanım yaygınlığı erişilebilirlik ve toplum tarafından kabulü ile doğrudan ilişkilidir. Opioid kullanım bozukluğu gelişmesi açısından komorbidite, dürtüsellik ve risk alma davranışı, maddeyi deneme ve kişinin yenilik arayışı risk teşkil etmektedir. Opioid kullanım bozukluğunda bu süreç diğer bağımlılıklarla benzer olmasına rağmen nörobiyolojik faktörleri daha ön plandadır (Sadock, 2011).

1.3. Stresle Başa Çıkma

Literatürde stres ile ilgili farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Stresin ilk tanımını yapan Selye, dört kategoride ele almış olup “Hyperstress” (Fazla Stres), “Hypostress” (Yetersiz Stres), “eustress” (Normal Stres), ve “Distress” (Kötü Stres) olarak tanımlamıştır. Kişilerin yetersiz stres ve fazla stres arasında dengeli bir noktaya ulaşmayı hedeflemesi gerekmektedir. Eğer birey yetersiz strese maruz kalırsa stresin olumlu etkilerinden mahrum kalacaktır (Eskin ve ark., 2013). Stres bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne uygulanan bir basınç olarak da tanımlanabilir.

İnsanların stresle başa çıkma tarihine bakılırsa, baş etmenin duygulara verilen bir tepki olduğu söylenebilir. Folkman ve Lazarus (1988)’e göre stresle başa çıkma; yaşanan stresli durumlarla mücadele etmek için bireylerin geliştirdiği bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (Türküm, 1999).

Lazarus ve Folkman’ın baş etme modelinde duygular başa çıkmayı hem motive eder hem engeller. Fakat Stres altındayken duygu ve başa çıkmanın ilişkisi iki yönlüdür ve birbirlerini etkilerler. Duygu akışı zararlı, yararlı, zorlayıcı veya tehdit edici olarak değerlendirilen bir hareket ile başlar. Değerlendirme süreci duyguyu üretir. Değerlendirme ve ona eşlik eden duygular başa çıkma sürecini direkt olarak etkiler ve bu da kişinin çevresiyle etkileşimini değiştirir. Değiştirilmiş bu çevre birey etkileşiminde yeniden değerlendirme sürecinde duygunun kalitesi ve yoğunluğu üzerinde belirleyici rol oynar. Bu şekilde bakıldığında başa çıkma, duygusal yanıtın arabulucusudur (Folkman ve Lazarus, 1988). Folkman ve Lazarus tarafından oluşturulan başa çıkma modelinde ise problem odaklı ve duygu odaklı iki alt başlık vardır. Problem odaklı başa çıkma; stres yaratan faktörün kaynağını yok etmeye veya etkisini azaltmaya dair bir yaklaşımdır. İşlevsel ve sağlıklı olan aktif çabaları içerir. Duygusal odaklı başa çıkma ise stres faktörünün kişinin üzerinde yarattığı olumsuz etkiyi azaltmak için sorunu görmezden gelerek kaçınması ve durumun gerçekliğini yadsımasını içeren pasif ve işlevsel olmayan yaklaşımdır (Türküm, 1999).

1.4 Bilişsel Yapı

Budak (2000)' a göre biliş, bireyin çevresindeki dünya hakkında bilgi edinmesi ve bu bilgiyi dünyayı anlama, problem çözme doğrultusunda kullanma süreci veya süreçleri olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel yapılar da işte bu eylemler sürecinde zihnin kullandığı araçlara verilen addır. Bilişsel yaklaşıma göre; bir kişinin bir olaya vereceği tepkiler, kişinin o olayı yorumlama şekline göre değişmektedir. Bununla birlikte, düşüncelerimiz duygularımızı, duygularımız da davranışlarımızı etkilemektedir.

Bilişsel yaklaşım, diğer yaklaşımlardan temel olarak; uyarıcı ve uyarılan arasına bireyin zihinsel süreçlerini dâhil ederek ayrılır. Bu yaklaşıma göre; yalnızca etki ve etkiye karşı verilen tepki yoktur, öznenin tepkiyi verirken geçirdiği bazı zihinsel süreçler de vardır. İşte bilişsel yapılar bu zihinsel süreçleri oluşturan yapılardır. Bu bilişsel yapılar, içeriden dışarıya doğru temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşüncelerden oluşur (Türkçapar, 2012).

1.4.1. Otomatik Düşünceler

Bilişsel kuramın temel terimleri arasında yer alan otomatik düşüncelerin tanımını, bireylerin bilinçlilik durumlarındayken zihinlerinde kontrolsüz bir biçimde beliren konuşmalar, imgeler olarak yapabiliriz (Gökçakan & Gökçakan, 2005). Bu düşünceler otomatik olarak yani istemsiz biçimde aniden ve hızlı bir şekilde gelişir. Bunlar bireyin kendi iç dünyası, çevresi ve nesnelere hakkında olabilir. Otomatik düşünceler istemsiz, çabası ve kontrolsüzdür; çünkü otomatik düşüncelerin gelişmesine sebep olan durumlara önceden girdiğimiz için, aynı durumu tekrar analiz etmeyiz (Aronson, Wilson, & Akert, 2013). Otomatik düşüncenin kendisi çeşitli duygularla ilişki içerisindedir yani bireye bir şeyler hissettirir. Otomatik düşüncelerin anlaşılması, kendimizde ve durumlara karşı tepkilerimizde değişimlere sebep olur.

Bu düşünceler sık sık davranışa müdahale eden ve kişinin kendisiyle olan bir iç diyalog gibidir (Budak, 2000). Psikiyatrik rahatsızlıklar yaşayan bireylerde bu otomatik düşünceler özellikle çarpıtılmış ve negatif halde bulunur (Sharf, 2000). Olumsuz otomatik düşüncelerle başa çıkmak, bunların ne kadar işlevsel ve geçerli

olduğunu düşünüp daha işlevsel ve geçerli hale getirmek biçiminde olabilmektedir. Daha yüzeyde bulunan bu düşünceler, daha temelde yatan bazı inançlarımızla ilgilidir ki bu inançlar ara inançlar ve onları besleyen temel inançlar olmak üzere ikiye ayrılır.

1.4.2. Ara İnançlar

Ara ve temel inançları açıklamaya geçmeden önce şemaların tanımını yapmak gerekirse, zihinsel şemalar, davranışlarımızı belirleyen, çocukluktan itibaren gelişmeye başlayan soyut planlamalardır. Bu planlamalar, elde edilen yeni bilgilerin belli düzenler içine oturmasını, sınıflandırılmasını sağlar. Bu dosya sistemi, insanların kendileri hakkında, diğerleri ve yaşadıkları dünya hakkında duygu ve düşüncelerinin zeminini oluşturur. Şemalar çocuklukta ve yaşamın sonraki aşamalarında biçimlenebilir (Young ve ark. 2003). Yani, oluşturulan şemalar, yeni deneyimler ile uygunluk göstermiyorsa şemalar ya yeniden biçimlenir ya da tümüyle değiştirilir; fakat şemalar çocukluktan itibaren oluşturulmaya başlandığı için bir nevi kişiliğin özünü belirler ve değiştirilmesinin gerekliliği kişide direnç oluşturur (Durmaz, 2015).

Bu noktada ara inançlar ise, yaşam deneyimlerimiz sonucu elde ettiğimiz akıl yürütmelerimizin şemaların üzerine eklenmesiyle oluşan, kendimiz, çevremizdeki kişiler ve yaşantılarla alakalı tutum ve varsayımlardır. Konum olarak ara inançlar, şemalar ve otomatik düşüncelerin arasında bulunup, çeşitli varsayımlar ve beklentilerden oluşmaktadır. Şöyle örnek vermek gerekirse, pek çok öğrencinin sınav kaygısı vardır ve bu kaygının altında elbette ki başarısız olmak yatar. Bu noktada öğrenci için başarısız olmanın karşılığı aptal görünmekse öğrenci “Başarısız olursam aptal olarak görünürüm, yani sınavı geçemezsem bu başarısız ve aptal olduğumu gösterir” diye düşünür. İşte bu inançlara Ara İnançlar denir (Türkçapar, 2012).

1.4.3 Temel İnançlar

Temel inançlar ise kişinin çocukluktan itibaren gelişen, dünya, ilişkiler ve kendilerine dair, ara inançlara nazaran çok daha katı tutum ve yargılarıdır; dolayısıyla bir kişinin temel yargıları o kişinin algılayışını da etkiler (Durmaz, 2015). Temel inançların bir kısmı olumluyken bir kısmı da olumsuzdur. Bu inançlar, benlik kavramının da bir kısmını oluşturup, başkalarıyla kurulan ilişkilerde ne düşünüleceğinin ve nasıl davranılacağına standartlarını ve kurallarını belirleyip, yaşadığı dünya üzerinde ne kadar kontrol kurabileceklerini ve ne kadar sevildiklerini ve sahip oldukları değere dair yargılar içermektedir (Gümüş, 2006). Farkedilebilirlik açısından farkedilmesi en zor inançlar da bu temel inançlardır.

1.5 Üstbiliş

Diğer canlılardan farklı olarak insanlar, zihinsel süreçlerinin farkındadırlar. Yani, biz yalnızca zihinsel aktivitelere değil, bu zihinsel aktiviteler üzerine düşünebilme yetisine de sahibiz ki bu üstbiliş (Metacognition) olarak isimlendirilir (Lories ve ark., 1998). Çalışmalar, üstbilişsel süreçlerin yaşa bağlı değişkenlik gösterdiğini belirtmektedir. Kısa süreli bellek performansının genç yetişkinlik (30'lu yaşlar) döneminden olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür (Irak ve ark, 2015).

1.5.1 Üstbiliş Tanımı

Üstbiliş kavramını terimin kendi yaratıcısının sözleriyle ifade etmek gerekirse, düşünmek hakkında düşünmek demektir (Flavell, 1979). Üstbiliş; kavrayış sürecine dair kontrol etme, yorumlama veya denetlemeyi içeren zihinsel süreçler olarak da tanımlanır (Flavell, 1979). Pek çok zihinsel aktivite, onları yöneten ve denetleyen üstbilişsel faktörlere bağlıdır. Üstbiliş; zihni kontrol eden, denetleyen ve yorumlayan bilgilerden, inançlardan ve süreçlerden oluşmaktadır (Moses & Baird, 1999). Temel olarak üstbiliş, araştırmacılara göre; zihinsel aktivitenin bilgisinden yani üstbilişsel bilgi ve zihinsel aktiviteyi regüle eden yani düzenleyen, üstbilişsel düzenleme denilen iki parçadan oluşur.

Üstbilişsel bilgi, farklı araştırmacıların yaklaşımlarına göre değişik kategorilere ayrılabilir de, temel olarak insanların zihinsel yetenekleri hakkındaki bilgileri, örneğin “Kötü bir hafızam var”, onların bilgileri kavrayış şekilleri hakkındaki stratejilerinin bilgilerini, örneğin “Telefon numaralarını ezberlemek için tekrar ederim” gibi bilgileri kapsar (Flavell, 1979). Yani üstbilişsel bilgi, kişinin bir öğrenen olarak performansını etkileyen faktörleri, öğrenirken hangi stratejileri, ne zaman ve niçin kullandığı gibi bilgileri içerir.

Üstbilişsel düzenleme kavramı ise; ilgiyi yönlendirme, planlama, hatırlamaya çalışma esnasında kaynak denetleme, hataları kontrol etme, yorumlama gibi bir dizi yönetici zihinsel eylemi kapsamaktadır (Nelson & Nahrens, 1990). Araştırmacılar bu iki sistem arasında, yani üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel düzenleme arasında bir ilişkinin olduğunu düşünmektedirler fakat yaklaşımlarına göre farklı yorumlamaktadırlar. Örneğin, Flavell (1979), kişilerin zihninin denetlenmesini ve düzenlenmesini sağlayan üstbilişsel deneyimlerinin, kişilerin üstbilişsel bilgilerinin gelişiminde büyük etkisi olduğunu savunurken, Schraw (1998), üstbilişsel bilginin üstbilişsel düzenlemeyi kolaylaştırdığını savunur. Ayrıca bazı araştırmacılar, hem üstbilişsel düzenlemenin otomatik olmasından dolayı hem de farkına varılmadan yapılması nedeniyle üstbilişsel düzenlemenin bilinçsiz yapılan bir aktivite olduğunu savunurlar (Schraw ve ark., 2006).

1.5.2 Üstbilişsel Modeller

Üstbiliş kavramı, 1971 yılında gelişim psikolojisi uzmanı John Flavell tarafından ilk defa kullanılmaya başlanmış ve bu gelişmenin ardından üstbilişle alakalı çalışmalar farklı bakış açıları ve teorilerin beraberinde gelmesini sağlamıştır. Bu doğrultuda geliştirilen bazı modeller şunlardır:

1.5.2.1 Brown’un Üstbilişsel Modeli

Üstbiliş, Brown’a (1985) göre bireyin kendi zihinsel süreçlerini yönlendirebilme ve kontrol edebilme yeteneğidir ve yine Brown’a göre üstbilişi

bilişten ayıran fark, üstbilişte, kavranılanın farkında olunması ve farklı öğrenme süreçlerine göre uygun şekilde kullanılabilmesidir.

Brown üstbilişi temel iki parçaya ayırmıştır. Bunlardan biri üstbilişin bilgisi ve diğeri üstbilişin düzenlenmesidir. Brown'a göre üstbilişin bilgisi kişinin zihni süreçleri hakkında sabit ama hatalı olabilen, gelişmesi uzun zaman alan ve fakat nispeten tutarlı bilgilerdir. Bunun yanında Brown'a göre üstbilişin düzenlenmesi ise aksine nispeten değişken, bazen sabit ve yaşa bağlıdır. Üstbilişin düzenlenmesi öğrenmeyi yöneten ve düzenleyen aktiviteleri içerir. Örneğin bir kişi bir durumda öz düzenleme bazlı hareket edebilirken diğerk durumda etmeyebilir veya bir çocuk bir yetişkine nazaran öz düzenleme davranışını gösterebilirken bir yetişkin göstermeyebilir. Ayrıca üstbilişsel düzenleme; korkma, heyecanlanma gibi uyarıcı örüntülerinden ve öz yetkinlik veya özgüven gibi fenomenlerden de etkilenebilir (Papaleontiou-Louca, 2008). Brown'a göre bu iki üstbilişsel aygıt birbirleriyle yakından ilişkili olsa da ikisi de birbirini tekrarlayan bir örüntüyle besler ve kolaylıkla ayırt edilebilir.

Brown'un üstbilişsel modelinde üstbilişsel bilgi kendi içinde üçe ayrılmıştır. Bu bilgi çeşitleri: bildirimsel (Declarative), süreçsel (Procedural) ve şartsal (Conditional) bilgidir. Bildirimsel bilgi, Brown'un teorisine göre, "Şeylerin" bilgisini içerir. Süreçsel bilgi, bir şeylerin "nasıl" yapıldığına ilişkin bilgileri içerir ve son olarak şartsal bilgi ise zihinsel bakış açılarının "Nedenlerini" ve "Ne Zamanını" bilmeyi içerir.

Daha ayrıntılı açıklamak gerekirse, bildirimsel bilgi kişinin bir öğrenen olarak nasıl biri olduğunun ve öğrenmesini hangi faktörler tarafından etkilendiğinin bilgisini içerir. Örneğin bir araştırma; yetişkinlerin, hafızalarına dair üstbilişsel süreçleri ile ilgili çocuklardan daha yüksek seviyede bilinçli olduklarını göstermiştir (Baker, 1989). Süreçsel bilgi, kişilerin bir işi yaparken hangi süreçte neyi yerine getirmesi gerektiğine dair bilgisini içerir. Stanovich'in araştırması da göstermiştir ki süreçsel bilgisi yüksek bireyler, bir işi ika ederken yeteneklerini daha otomatik olarak kullanırlar (Stanovich, 1990). Yine yüksek süreçsel bilgi seviyesine sahip kişiler, problem çözerken farklı nitelikte stratejiler kullanabilme kapasitesine sahiptirler (Glaser & Chi, 1988). Son olarak, şartsal bilgi çeşitli zihinsel faaliyetlerin ne zaman ve neden kullanılması gerektiği bilgisini içerir. Son araştırmalar, şartsal

bilginin çocukluk esnasında da gelişim gösterdiğini kanıtlamaktadır. Miller araştırmasında, anaokulu çocuklarının şartsal bilgiye sahip olduğunu ve fakat bununla beraber yine de kendilerinden yaşça büyük çocuklara göre daha düşük seviyede şartsal bilgiye sahip olduklarını göstermiştir (Miller, 1985). Bu da şartsal bilginin, yaşla birlikte gelişim gösterdiğinin bir kanıtı olarak gösterilebilir.

Brown'un modelinde üstbilişsel düzenleme ise öğrenmeyi düzenleyen ve idare eden süreçleri içerir. Bu süreçler planlama (Planning) gibi öğrenmeden evvelki aktiviteleri örneğin öğrenme çıktılarını öngörme, stratejileri programlama veya öğrenmeyi kontrol etme gibi denetleme (Monitoring) aktivitelerini yahut yorumlama (Evaluating) gibi çözümleri kontrol etme, elde edilen bilgi yani öğrenme sonucu elde edilen çıktıları yorumlama ve öğrenme sürecinin etkinliğini yorumlama gibi süreçleri içerir.

Brown'un modeli, yönetici süreçlere vurgu yaparak bireylerin zihinsel çabalarını yerine getirip getirememelerinin kontrolünü sağlamalarına önem verir (Mevarech & Kramarski, 2014).

1.5.2.2 Schraw'ın Üstbilişsel Modeli

Schraw'ın üstbilişsel modeline göre, yine üstbilişin temel olarak üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel düzenleme olarak iki parçası olsa da üstbilişsel bilgi kendi içinde üçe ve üstbilişsel düzenlemede dört kategoriye ayrılmaktadır (Schraw ve Moshman, 1995). Ayrıca Schraw'un modelinde, Brown'un modelinden farklı olarak Dennison ile yaptıkları faktör analizi sonucunda buldukları iki farklı kavram daha dahildir. Bu kavramlardan biri bilgi yönetimi (Information Management) diğeri hataları ayıklama (Debugging Errors) olarak adlandırılmaktadır.

Kişinin kendi bilişi veya genel olarak biliş hakkındaki bilgisi üst biliş bilgisi olarak adlandırılır. İçerdiği üstbilişsel farkındalıklar açısından bildirimsel, yordamsal ve durumsal olmak üzere üçe ayrılır (Schraw ve Moshman, 1995). Bir örnek vermek gerekirse: "Ben biliyorum ki sözel soruları çözerken zorlanıyorum." diye düşünen bir kişi öğrenen olarak kendisinin ve hangi faktörlerin öğrenmesini etkilediği bilgisinin enformasyonunu sağlayacağından bu üstbiliş türü bildirimsel (Declarative)

bilgiye girmektedir. Öte yandan, çoğu yetişkinin kendi hafıza sınırlarını bilmesi ve buna göre planlama yapması, yordam (Procedural) bilgisi, stratejilerin ve diğer prosedürlerin bilgisini içerir. Önemli noktaları daha dikkatli dinlemek, temel kavramları not almak, önemsiz olduğu düşünülen bölümleri hızlı geçmek bilgisi de Schraw'a göre yordamsal bilgiye girer. Schraw'a göre üçüncü ve son bilgi çeşidi olan durumsal (Conditional) bilgi ise hangi stratejiyi neden kullandığımızın bilgisine karşılık gelir. Şartsal bilgi seviyesi yüksek olan bireyler, hangi durumda hangi stratejiyi kullanmanın daha iyi olabileceğini, belirli durumlarda nelerin gerektiğini daha iyi yorumlama kabiliyetine sahiptirler (Schraw ve ark. 2006).

Üstbilişin düzenlenmesinde dört temel parçadan ilki olan planlama (Planning); amaç belirlemeyi, kaynakların tahsis edilmesini, uygun stratejilerin seçilmesini ve zamanın ayarlanmasını içerir. Denetleme (Monitoring), öğrenmeyi kontrol eden kendini denetleme becerilerini ve hatalar bulunduğunda bunları ayıklama becerilerini içerir. Değerlendirme (Evaluation), amaçlara ne kadar yaklaşıldığının yorumlanması, elde edilen sonuçları ölçme ve de öğrenme sürecinin gözden geçirilmesini kapsar. Son olarak bilgi yönetimi (Information mManagement) ise, bilgiyi organize etme, sınıflandırma ve gerektiğinde geri kullanılmak için geri hatırlanmasında kullanılır (Mevarech ve Kramarski, 2014).

1.5.2.3 Flavell'in Üstbilişsel Modeli

Flavell, 1979 yılında yazdığı makalesinde, üstbilişsel modelinin tanımını yaparken, üstbilişin dört parçası olduğunu iddia etmiştir. Bu parçaları üstbilişsel bilgi (Metacognitive Knowledge), üstbilişsel deneyimler (Metacognitive Experiences), amaçlar veya görevler (Goals or Tasks) ve son olarak faaliyetler veya stratejiler (Actions or Strategies) olarak adlandırmıştır.

Farklı yaklaşımlara göre üstbilişsel bilginin farklı kategorileri olsa da Flavell'a göre, üstbilişsel bilgi kişinin bilişsel güçlüklerini, limitlerini bilmesi ve zihinsel süreçlerini etkileyen içsel ve dışsal faktörlerin farkında olması olarak tanımlar ve üçe ayırır. Bunlar:

- Kişinin bilgisi
- Görev bilgisi
- Strateji bilgisidir.

Kişi (Person) bilgisi ile Flavell’ın kastettiği bilgi, insanın bilişsel bir işlemci olarak sahip olabileceği tüm özellikleri ve doğasının bilgisidir. Bunun yanında görev (Task) bilgisi, farklı işlerin gerektirdiği görevler hakkında edinilen bilgiler ve son olarak strateji (Strategy) bilgisi de görevlerin gerektirdiği stratejileri bilme, anlama ve hangisinin daha kullanışlı olduğuna kafa karışıklığı hissi sayısal problemleri çözeceğim” cümlesinde “Ben” kişi (Person) bilgisi, sözel ve sayısal problemlerin çözülmesi iş (task) bilgisi ve kişinin zorlandığı konuları sonra çözmek istemesi de kişinin kendisi için geliştirdiği bir çözüm yani strateji (Strategy) bilgisidir (L, 1997).

Üstbilişsel deneyim, herhangi bir başarı veya başarısızlığa eşlik eden, bilinçli veya bilinçsiz olarak deneyimlediğimiz süreçler olarak tanımlanır. Örneğin; bir metin okuduktan sonra yaşadığımız kafa karışıklığı hissi veya bir matematik problemini çözdükten sonra hissettiğimiz başarı hissi bu deneyimlere örnek gösterilebilir. Bunun gibi deneyimler, o işin tamamlanması sürecinin herhangi bir noktasında deneyimlenebilir ve performansımızı etkileyebilirler (Mevarech ve Kramarski, 2014). Flavell (1979) bunun gibi deneyimlerin, daha çok dikkat ve odaklanma isteyen durumlarda kendini gösterdiğini belirtmişlerdir.

Flavell’ın önemli bir diğer üstbilişsel parça olarak gördüğü “Bilişsel Amaçlar” kavramı ise, zihinsel çabamızın asıl hedefini belirten bir kavramdır. Flavell’a (1979) göre bilişsel amaçlar, üstbilişsel bilgiyi kullanmamızı tetikler ve bunun sonucu olarak üstbilişsel diğer parçalar da harekete geçer.

Son olarak, “Stratejiler”, Flavell’ın tanımına göre, bilişsel amaçların elde edilmesinde kullanılan spesifik teknikler olarak tanımlanır. Flavell’ın modelindeki bu dört parça, direkt veya dolaylı yollardan birbirlerini etkileyip zihinsel süreçlerin kontrol edilip denetlenmesini sağlar.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1 Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın örnekleme basit seçkisiz ardışık örnekleme yöntemi ile seçilen çalışma grubu için 43 eroin kullanım bozukluğu olan katılımcı, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almayan 43 kontrol grubu katılımcısı olmak üzere 86 kişiden oluşmaktadır.

Özel ve kamu hastanelerinin bağımlılık tedavi merkezlerinde ayaktan ya da yatarak tedavi sürecinde DSM-V tanı kriterlerine göre ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ tanısı alan kadın ve erkek hastalara uygulanmıştır. ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ tanısı katılımcıların devam ettiği psikiyatri kliniği doktorları tarafından konulmuştur. Araştırma hakkında bilgilendirilen hastalar, katılmayı kabul ettikten sonra onam formu imzalatılmıştır. Çalışma grubuna dahil olma kriterleri; Araştırmaya katılmaya gönüllü olma, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ tanısı alan, tedavi sürecinde olan, yoksunluk döneminde ve madde etkisi altında olmayan, Türkçe konuşabilen, okuma yazma bilen, 18-65 arasında olan, ve daha önce tedavi görmemiş olmak, kronik bir hastalığı olmayan olarak belirlenmiştir. Bu kriterleri karşılayan hastalar, ölçek ve formları bir uzman eşliğinde doldurmuşlardır.

‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ tanısı almamış, madde etkisi altında olan, mental retardasyonu olan, psikotik hastalık tanısı olan, 18 yaş altı ve 65 yaş üstü kişiler çalışma grubuna dâhil edilmemişlerdir.

Kontrol grubu için, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, bağımlılık tanısı almamış, 18-65 yaş arasında olan, Türkçe konuşabilen, okuma yazma bilen, psikiyatrik hastalık tanısı almamış ,mental retardasyonu olmayan, yaş, cinsiyet ve eğitim açısından çalışma grubuyla benzer 43 gönüllü birey alınmıştır. Tanı almayan grupta yer alan katılımcıların beyanları esas alınmıştır.

Katılımcıların eğitim ve yaş sınıflandırılması, eğitim ve yaşın üst bilişsel süreçlere bağlı değişkenliğini gösteren çalışmalara göre yapılmıştır. Eğitim sınıflandırılması zorunlu temel eğitim süresine göre yapılmıştır.

2.2 Veri Toplama Araçları

2.2.1 Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (Ek A1)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 20 soruluk formdur. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik verilerini toplamaya yönelik hazırlanmıştır.

2.2.2 Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (Ek A2)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 11 soruluk formdur. Kontrol grubu katılımcılarının sosyodemografik ve klinik verilerini toplamaya yönelik hazırlanmıştır.

2.2.3 Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ) (Ek B)

Cartwright-Hatton ve Wells'in (1997) geliştirdiği ve orjinal adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" olan ölçek uygulanmıştır. 2008 yılında Tosun ve Irak tarafından Wells, Cartwright-Hatton'ın (2004) oluşturduğu 30 maddelik kısa ölçeği (MCQ-30) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Uyarlanan Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ) bu çalışmada uygulanmıştır. ÜBO, birbiriyle ilişkili kavramsal olarak farklı üst bilişsel inanç boyutunun beş faktörünü içermektedir (Wells ve Cartwright- Hatton, 2004).

Tosun ve Irak'ın (2008) Türkçeye adapte ettiği ölçekte her madde "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" dereceleri ile ifade edilen dörtlü Likert derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır. Wells ve

Cartwright-Hatton'nın (2004) gerçekleştirdikleri psikometrik çalışmaya göre ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkins (KMO) değeri 0.90'dır. Böylelikle, maddelerin faktör analizine uygun olduğu belirtilmiştir (Tosun ve Irak, 2008). Wells ve Cartwright-Hatton'a göre de ÜBÖ-30'un Cronbach Alpha değeri .93'dür. Ayrıca faktörler için Alpha değerleri .72 ile .93 aralığında saptanmıştır. Alt ölçekler arası korelasyonların tümü bu doğrultuda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ve söz konusu korelasyonlar ÜBÖ-30'un orijinal hali ile tutarlıdır.

Türkçe'ye adaptasyonunda Üstbilis Ölçeği-30'nin iç tutarlılığının yüksek olduğu ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının .86 olduğu belirtilmiştir (Tosun ve Irak, 2008).

2.2.4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek C)

Şahin ve Durak (1995) oluşturulan ölçekte 30 madde mevcuttur. Beş alt boyuta dair soru dağılımı ise kendine güvenli yaklaşım (7 madde), iyimser yaklaşım (5 madde), çaresiz yaklaşım (8 madde), boyun eğici yaklaşım (6 madde) ve sosyal destek arama (4 madde) şeklindedir. Dörtlü likert tipi dereceleme ile ifade edilen ölçekte cevaplar "0 = Hiç uygun değil" ve "3 = Tamamen uygun" olarak derecelendirilmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması bu boyutta saptanan başa çıkma tarzının daha yüksek oranda kullanıldığını göstermektedir. Bununla beraber iç tutarlık katsayıları .45 ile .80 arasında ifade edilmiştir (Şahin ve Durak, 1995).

2.2.5 Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) (Ek D)

Hollon ve Kendall (1980) tarafından geliştirilen ölçek, katılımcının olumsuz otomatik düşüncelerini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Ergen ve yetişkinler için kullanıma uygun olan ölçek toplamda 30 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi derecelendirilmekle beraber 1= hiç 5= her zaman olmak üzere puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği olumsuz otomatik düşüncelerin yüksekliğini ifade etmek ike beraber, en az 30, en fazla 150 toplam puan elde edilmektedir. Ölçek; "Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor", "Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu", "Başarısızım", gibi örnek maddelerden oluşmaktadır. Ölçek, Aydın ve Aydın (1990) ve Şahin ve Şahin (1992) tarafından uyarlanmıştır. Yapılan faktör analizi

sonucunda, 'Kişinin kendine yönelik negatif duygu ve düşünceleri' 'Şaşkınlık/ kaçma fantezileri' 'Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri', 'Yalnızlık/İzolasyon' ve 'Ümitsizlik' olmak üzere 5 faktörden oluştuğu tespit edilmiştir(Şahin ve Şahin, 1992). Olumsuz otomatik düşünceler Türkçe ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık kat sayısı 0.93 her bir ölçek maddesinin toplam madde korelasyonu 0.37 ile 0.85 (Aydın ve Aydın 1990) ve 0.35 ile 0.69 (Şahin ve Şahin 1992) arasında belirtilmiştir.

2.3.Verilerin Analizi

Veriler, çok değişkenli istatistiğin temel sayıtları olan normallik, doğrusallık ve verilerin varyanslarının homojenliği ile test edilmiştir. Ek olarak, verilerde aşırı puana sahip ve boş bırakılmış durumlar incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda çok değişkenli aşırı değerler Mahalanobis uzaklığına ($p > .001$), tek değişkenli aşırı değerler z dağılımına ($|z| \geq 3.30$) göre değerlendirilmiş ve veri setinde aşırı puana sahip katılımcı olmadığı görülmüştür. İkili karşılaştırmalarda bağımsız t-test analizi yapılmıştır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. Örneklemin İncelenmesi

3.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya çalışma grubu olarak 43 ‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ tanısı almış birey ile kontrol grubu olarak alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olmayan 43 kişi olmak üzere 86 katılmıştır. Örneklemin sosyodemografik özellikleri tablo 3.1’de verilmektedir.

Tablo 3.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	4	9.3	6	13.95
	Erkek	39	90.07	37	86.05
Yaş	30 yaş altı	31	72.09	30	69.77
	30 yaş ve üzeri	12	27.91	13	30.23
Eğitim	8 yıl altı	23	53.50	13	30.23
	8 yıl ve üstü	20	46.51	30	69.77
Medeni Durum	Bekar	30	69.76	27	62.79
	Evli	13	30.24	16	37.21
İş Durumu	İşçi	8	18.60	16	37.21
	Serbest Meslek	9	20.94	15	34.88
	Emekli	2	4.65	0	0
	İşsiz	14	32.60	4	9.30
	Öğrenci	2	4.65	4	9.30
	Diğer	8	18.60	4	9.30
Gelir Düzeyi	1300 TL ve altı	19	41.18	12	27.91
	1301-2600 TL	19	41.18	21	48.84
	2601-3900 TL	2	4.65	7	16.28
	3901-5200 TL	0	0	1	2.33
	5201 TL ve üstü	3	6.98	2	4.65

Katılımcıların yaş ortalaması çalışma grubunun 27.98 ± 7.23 , kontrol grubunun 32.60 ± 6.18 olarak saptanmıştır. Araştırma örneklemini araştırmaya katılan katılımcıların 76'sı erkek (%88.4), 10'u (%11.6) kadın; otuz yaş altı 61 (%70.93) kişi, otuz yaş ve üzeri 25 (%29.07) ve sekiz yıl altı eğitim almış 8 kişi (%9.30), sekiz yıl ve üstü eğitim almış 78 kişi (%91.70) bulunmaktadır.

3.1.2. Çalışma Grubunun Bağımlılık Özellikleri

Çalışma grubu katılımcılarının, Eroin kullanımına başlama yaşları minimum 10 olarak bulunmuşken, maksimum 50 olarak bulunmuştur (*Ort.* = 20.31±6.57). Katılımcıların eroin kullanım süreleri incelendiğinde; 1 yıldan az kullanım süresi olan 2 kişi (%4.65), 1 ile 2 yıl arasında kullanım süresi olan 6 kişi (%13.95), 2-3 yıl arasında kullanım süresi olan 5 kişi (%11.63), 3 ile 5 yıl arasında kullanım süresi olan 11 kişi (%25.58), 5 ile 10 yıl arasında kullanımı olan 11 kişi (25.58), 10 yıl ve üstünde kullanım süresi olan 8 kişi (%18.60) olduğu görülmektedir. Katılımcıların ortalama kullanım süresi ise 5.4 yıldır. Katılımcıların araştırma formlarını doldurduğu sırada (Ayıklık) maddeden uzak kaldığı sürelerine göre dağılım ise 2 hafta ile 1 aydır ayık olan 15 kişi (%34.89), 5 hafta ile 6 aydır ayık olan 16 kişi (%37.21), 25 hafta ve üzeri ayık olan 12 kişi (%27.90) kişi şeklindedir. Katılımcıların maddeden uzak kaldığı ortalama süre 5.7 aydır. Çalışma grubunda 30 kişi (%69.77) yardım almadan maddeyi bırakmayı deneyimlemiş, 13 kişi (%30.23) ise yardım almadan maddeyi bırakmayı deneyimlememiştir. Daha önce en az 1 kez yatarak tedavi gören 20 kişi (%46.51) iken yatarak tedavi görmeyen 23 kişi (%53.49) olduğu görülmektedir. Eroine eşlik eden madde kullanımı olmayan 39 kişi (%90.70) iken eroin dışında ek madde kullanımı 4 kişi (%9.30) vardır. Çalışma grubunun madde kullanımı, tedavi girişimleri ve geçmişleri ile ilgili bilgiler tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2 Çalışma Grubunun Madde Kullanımına Dair Özellikleri

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Eroin Kullanım Süresi <i>Ort. 5.4 yıl</i>	0-1 yıl	2	4.65
	1-2 yıl	6	13.95
	2-3 yıl	5	11.63
	3-5 yıl	11	25.58
	5-10 yıl	11	25.58
	10 yıl ve üstü	8	18.60
Maddeden Uzak Kaldığı Süre <i>Ort. 5.7 ay</i>	2 hafta - 1 ay	15	34.89
	5 hafta - 6 ay	16	37.21
	25 hafta ve üzeri	12	27.90
Yardım almadan Bırakma Deneyimi	Olan	30	69.77
	Olmayan	13	30.23
En Az Bir Kere Yatarak Tedavi	Olan	20	46.51
	Olmayan	23	53.49
Kronik Fiziksel Rahatsızlık	Olan	3	6.98
	Olmayan	40	93.02
Ek Madde Kullanımı	Olan	4	9.30
	Olmayan	39	90.70
		Ortalaması ±SS	
Eroin'e Başlama yaşı		20.31±6.57	

Tablo 3.3'de eroin bağımlılarının madde kullanımı nedeni ile hayatlarında problem yaşadıkları alanlar verilmiştir.

Tablo 3.3. Çalışma Grubunun Madde Kullanımına Nedeniyle Problem Yaşadığı Alanlar

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Adli problem	23	53,49
İşle ilgili problem	30	69,77
Aileyle ilgili problem	41	95,35
Sağlıkla ilgili problem	27	62,79
Arkadaşlarla ilgili problem	26	60,47
Ekonomik problemler	34	79,07
Eğitimle ilgili problem	14	32,56

3.1.3. Örneklemin Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Özellikleri Bakımından Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyet, yaş eğitim düzeyleri bağımsız t-test kullanılarak karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bilgiler tablo 3.4 verilmiştir.

Tablo 3.4. Örneklemin Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Özellikleri Bakımından Bağımsız t test Karşılatırılması

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Cinsiyet	Kadın	4	9.3	6	13.95	0.51
	Erkek	39	90.07	37	86.05	
Yaş	30 yaş altı	31	72.09	30	69.77	0.92
	30 yaş ve üzeri	12	27.91	13	30.23	
Ort. Yaş		27.98±7.23		32.60 ±6.18		
Eğitim	8 yıl altı	23	53.50	13	30.23	0.26
	8 yıl ve üstü	20	46.51	30	69.77	
Ort. Yıl		10.07 ±2.76		11.84 ±3.18		

3.2. Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

3.2.1. Üst Biliş Ölçeği İle İlgili Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

Sonuçlara göre, çalışma grubu ile kontrol grubunun ÜBÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ve ÜBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Çalışma ve kontrol grubunun Üst biliş puanlarına ilişkin karşılaştırmalar Tablo 3.5'te verilmiştir.

Tablo 3.5. ÜBÖ Ortalama ve Standart Sapma Puanları

	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Olumlu İnançlar	14.12±4.91	12.61±4.70	0.15
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16.21±4.30	15.28±3.78	0.29
Bilişsel Güven	13.70±4.40	11.74±5.03	0.06
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	15.26±4.08	13.65±4.22	0.08
Bilişsel Farkındalık	17.58±3.33	17.93±3.82	0.65
ÜBÖ Genel	76.86±16.18	71.21±15.30	0.10

3.2.2. Stresle Başa Çıkma Ölçeği İle İlgili Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının, madde bağımlılığında etkilenip etkilenmediği araştırılmıştır. Çalışma ve kontrol grubunun SBÇTÖ alt boyutlarından aldığı puanlar bağımsız t-test analizi kullanılarak incelenmiştir. Sonuçlara göre, çalışma grubu ile kontrol grubunun SBÇTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ve SBÇTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Çalışma ve kontrol grubunun Stresle başa çıkma tarzlarının puanlarına ilişkin karşılaştırmalar Tablo 3.6'da verilmiştir.

Tablo 3.6. SBÇTÖ Ortalama ve Standart Sapma Puanları

	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	p
	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±SS</i>	
İyimser Yaklaşım	6.02±3.14	5.72±4.07	0.70
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.05±3.18	15.79±4.08	0.35
Sosyal Desteğe Başvurma	7.09±2.19	6.65±2.18	0.35
Boyun Eğici Yaklaşım	6.02±3.14	5.51±3.78	0.49
Çaresiz Yaklaşım	12.35±3.85	10.67±4.97	0.09
SBÇTÖ Genel	51.16±9.21	50.91±11.71	0.69

3.2.3. Otomatik Düşünceler Ölçeği İle İlgili Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

Tablo 3.7. ODÖ Ortalama ve Standart Sapma Puanları

	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	p
	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±S</i>	
Olumsuzluk Benlik Kavramı	22.02±8.11	19.54±9.71	0.20
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	16.16±6.17	13.12±6.61	0.03*
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	8.58±2.51	7.40±3.51	0.08
Yalnızlık/İzolasyon	10.14±3.45	8.28±3.86	0.02*
Bırakma/Umutsuzluk	8.88±3.75	7.84±4.24	0.23
ODÖ	73.42±24.38	62.40±28.99	0.06

*p<0.05

Çalışma ve kontrol grubunun otomatik düşünce puanlarına ilişkin karşılaştırmalar Tablo 3.7’de verilmiştir.

Katılımcıların otomatik düşüncelerinin, madde bağımlılığından etkilenip etkilenmediği araştırılmıştır. Çalışma ve kontrol grubunun ODÖ alt boyutlarından aldığı puanlar bağımsız t-test analizi kullanılarak incelenmiştir. T-test analizi sonuçları Tablo 3.7'den görülebilir. Sonuçlara göre, katılımcıların Karmaşa/Kaçış Fikirleri alt boyutundan aldıkları puanlar, madde bağımlısı olmalarına göre değişmektedir, $t(84) = 1.29$, $p < 0.05$. Çalışma grubunun puanları ($Ort. = 16.16 \pm 6.17$) kontrol grubunun aldığı puanlardan ($Ort. = 13.12 \pm 6.61$) yüksek bulunmuştur. Katılımcıların Yalnızlık/İzolasyon alt boyutundan aldığı puanlar madde bağımlısı olmalarına göre değişmektedir, $t(84) = 2.35$, $p < 0.05$. Çalışma grubunun puanları ($Ort. = 10.14 \pm 3.45$) kontrol grubunun aldığı puanlardan ($Ort. = 8.28 \pm 3.86$) yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre, Madde Kullanım Bozukluğu olan katılımcıların olumsuz otomatik düşünce sıklığı kontrol grubundaki bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir. 'Eroin Kullanım Bozukluğu' olan katılımcıların, yalnızlık ve kaçış fikirlerine yönelik olumsuz otomatik düşüncelerinin diğer katılımcılardan daha yoğun olduğu saptanmıştır.

3.3. Çalışma Grubu Değişkenleri Arasındaki Karşılaştırmalar

3.3.1. Kendi Kendine Bırakma Deneyimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılması

Çalışma grubunun, kendi kendine bırakma deneyimi olan ve olmayan katılımcıların üst biliş ölçeği, otomatik düşünce ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve alt boyutlarına açısından yapılan karşılaştırmalar Tablo 3.8'de verilmiştir.

Tablo 3.8. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Bırakma Deneyimi

Kendi Kendine Bırakma	Bırakma Deneyimi Olan (n=30)	Bırakma Deneyimi Olmayan (n=13)	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
İyimser Yaklaşım	5.70±3.08	6.80±3.30	0.31
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.00±2.94	15.23±3.80	0.81
Sosyal Desteğe Başvurma	7.43±2.22	6.31±2.00	0.12
Çaresiz Yaklaşım	11.93±3.37	13.31±4.80	0.29
Boyun Eğici Yaklaşım	5.70±3.08	6.77±3.30	0.31
SBÇTÖ Genel	49.93±8.67	51.39±8.18	0.61
Olumlu İnançlar	14.17±4.61	14.00±5.75	0.92
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16.57±3.94	25.39±5.09	0.41
Bilişsel Güven	13.43±4.31	14.31±4.73	0.56
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	15.20±3.68	15.39±5.06	0.89
Bilişsel Farkındalık	17.93±2.41	16.80±4.87	0.43
ÜBÖ Genel	77.30±14.08	75.85±20.87	0.79
Olumsuzluk Benlik Kavramı	27.73±7.80	22.69±9.10	0.73
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	16.00±5.55	16.54±7.64	0.80
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	8.90±2.24	7.85±3.00	0.21
Yalnızlık/İzolasyon	9.67±3.07	11.23±4.15	0.18
Bırakma/Umutsuzluk	8.33±3.22	10.15±4.65	0.15
ODÖ Genel	72.17±22.49	76.31±29.07	0.62

Katılımcıların SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ alt boyutlarından aldığı puanlar ve total puanları, kendi kendine maddeyi bırakma deneyimi raporlama durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, katılımcıların bu ölçeklerden aldıkları puanlar, bırakma deneyimi olup olmasına göre değişmemektedir.

3.3.2. Psikoterapi Desteği Alan ve Almayan Katılımcıların Karşılaştırılması

Katılımcıların SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ alt boyutları ve total puanları, psikoterapi desteği alma durumlarına göre bağımsız gruplar için t-testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.9.'dan incelenebilir.

Tablo 3.9. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Psikoterapi Desteği Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları

	Psikoterapi Alan (n=19)	Psikoterapi Almayan (n=24)	
Psikoterapi Desteği	Ortalama±SS	Ortalama±SS	p
İyimser Yaklaşım	6.16±2.69	5.92±3.51	0.81
Kendine Güvenli Yaklaşım	16.21±2.53	14.13±3.38	0.03
Sosyal Desteğe Başvurma	7.58±2.43	6.71±1.94	0.20
Çaresiz Yaklaşım	12.32±3.77	12.38±4.00	0.96
Boyun Eğici Yaklaşım	6.16±2.70	5.92±3.51	0.81
SBÇTÖ Genel	52.89±8.17	48.38±8.30	0.08
Olumlu İnançlar	13.05±4.13	14.96±5.38	0.21
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16.63±4.41	15.88±4.27	0.57
Bilişsel Güven	13.05±4.71	14.21±4.17	0.40
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14.53±4.03	15.83±4.11	0.30
Bilişsel Farkındalık	18.42±2.69	16.92±3.67	0.14
ÜBÖ Genel	75.68±16.17	77.79±16.48	0.68
Olumsuzluk Benlik Kavramı	20.16±7.68	23.50±8.30	0.18
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	15.16±5.53	16.96±6.64	0.35
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	8.42±2.39	8.71±2.65	0.71
Yalnızlık/İzolasyon	9.16±2.81	10.92±3.76	0.10
Bırakma/Umutsuzluk	7.32±2.45	10.13±4.16	0.01
ODÖ Genel	67.11±20.93	78.42±26.15	0.13

*p<0.05

Sonuçlara göre, katılımcıların Bırakma/Umutsuzluk $t(38.19) = -2.76, p < 0.01$ ve kendine güvenli yaklaşım $t(21)=2,24, p<0,05$ alt boyut puanları psikoterapi desteği alıp almamalarına göre değişmektedir, ve psikoterapi almayan katılımcıların Bırakma/Umutsuzluk puanları psikoterapi alan katılımcılara göre daha yüksektir.

‘Eroin Kullanım Bozukluğu’ olan katılımcılarda, bireysel psikoterapi desteğinin stresle başa çıkmada işlevsel strateji kullanımını arttırdığı saptanmıştır. Bireysel psikoterapi desteği almayan katılımcıların umutsuzluğa dair olumsuz otomatik düşünce sıklığı yüksek bulunmuştur.

3.3.3. Grup Terapisi Desteği Alan ve Almayan Katılımcıların Karşılaştırılması

Çalışma grubunun, SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ alt boyutları ve total puanları, grup terapisi desteği alma durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, katılımcıların Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu ($t(41) = -2.50, p < 0.05$), Yalnızlık/İzolasyon ($t(41) = -3.02, p < 0.01$), Bırakma/Umutsuzluk ($t(41) = -2.54, p < 0.05$) alt boyutlarından ve ODÖ’den ($t(41) = 2.24, p < 0.05$) aldıkları puanlar grup terapisi alıp almamalarına göre değişmektedir. Sonuçlara göre Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu, Bırakma/Umutsuzluk ve Yalnızlık/İzolasyon alt boyutlarından alınan puanlar grup terapisi almayan katılımcılarda grup terapisi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sosyal Desteğe Başvurma alt boyutunda ise tam tersi bir bulgu bulunmuştur.

Grup terapisi desteği alan katılımcıların, olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklığının grup terapisi almayan katılımcılara göre daha az olduğu bulunmuştur. Grup terapisi alan katılımcıların stresle başa çıkmak için sosyal desteği daha sık kullandıkları saptanmıştır. Grup terapisi desteği alan katılımcıların değişim arzusu daha yüksek olup diğerlerine göre yalnızlık ve umutsuzluğa dair olumsuz otomatik düşünce sıklığının daha düşük olduğu görülmüştür. Analiz sonuçları Tablo 3.10.’ten incelenebilir

Tablo 3.10. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Grup Terapisi Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları

Grup Terapisi	Grup Terapisi	Grup Terapisi	p
	Alan (n=23)	Almayan (n=20)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
İyimser Yaklaşım	5.83±2.79	6.25±3.57	0.66
Kendine Güvenli Yaklaşım	14.70±3.52	15.45±2.76	0.44
Sosyal Desteğe Başvurma	7.70±2.38	6.40±1.76	0.05
Çaresiz Yaklaşım	12.35±3.19	12.35±4.59	1.00
Boyun Eğici Yaklaşım	5.83±2.79	6.25±3.57	0.67
SBÇTÖ Genel	50.04±7.33	50.75±9.78	0.79
Olumlu İnançlar	13.78±4.36	14.50 ±5.57	0.64
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16.48±4.32	15.90±4.36	0.67
Bilişsel Güven	13.39±4.60	14.05±4.25	0.63
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14.78±3.90	15.80±4.32	0.42
Bilişsel Farkındalık	17.26±3.37	17.95±3.32	0.50
ÜBÖ Genel	75.70±15.73	78.20±17.00	0.62
Olumsuzluk Benlik Kavramı	20.00±7.75	24.35±8.08	0.08
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	14.91±5.75	17.60±6.46	0.16
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	7.74±2.42	9.55±2.31	0.02
Yalnızlık/İzolasyon	8.78±3.33	11.70±2.96	0.00
Bırakma/Umutsuzluk	7.61±2.87	10.35±4.16	0.01
ODÖ Genel	66.00±23.31	81.95± 23.27	0.03

*p<0.05

3.3.4. Yardım Grubuna Katılan ve Katılmayan Katılımcıların Karşılaştırılması

Katılımcıların SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ alt boyutları ve total puanları, kendine yardım grubuna (N.A.) katılıp katılmama durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.11'ten incelenebilir.

Tablo 3.11. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Yardım Grubuna Katılma

Yardım Grubu	Yardım Grubu Katılan (n=15)	Yardım Grubu Katılmayan (n=28)	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
İyimser Yaklaşım	5.87±2.45	6.11±3.50	0.82
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.07±3.33	15.04±3.16	0.98
Sosyal Desteğe Başvurma	7.80±2.62	6.71±1.86	0.12
Çaresiz Yaklaşım	13.20±4.49	11.89±3.47	0.29
Boyun Eğici Yaklaşım	5.87±2.45	6.11±3.50	0.81
SBÇTÖ Genel	51.67±10.44	49.68±7.30	0.47
Olumlu İnançlar	13.20±5.10	14.61±4.83	0.38
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15.80±4.95	16.43±3.99	0.65
Bilişsel Güven	12.40±4.85	14.39±4.06	0.16
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	15.80±4.71	14.96±3.77	0.53
Bilişsel Farkındalık	17.27±3.99	17.75±2.98	0.66
ÜBÖ	74.47±19.42	78.14±14.38	0.48
Olumsuzluk Benlik Kavramı	21.80±7.76	22.14±8.44	0.90
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	15.87±6.61	16.32±6.04	0.82
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	8.73±3.06	8.50±2.22	0.78
Yalnızlık/İzolasyon	9.87±3.36	10.29±3.56	0.71
Bırakma/Umutsuzluk	7.87±3.00	9.43±4.04	0.20
ODÖ Genel	71.87±24.91	74.25±24.51	0.76

Sonuçlara göre, katılımcıların bu ölçeklerden aldıkları puanlar, kendine yardım grubuna katılıp katılmamaya göre değişmemektedir.

3.3.5. Kullanım Süresi Beş Yıl Altı ve Üzeri Olan Katılımcıların

Karşılaştırılması

Katılımcıların SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ alt boyutları ve total puanları, madde kullanma sürelerine göre karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.12'den incelenebilir.

Tablo 3.12. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Kullanma Süresi Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları

	5 yıl ve altı (n=24)	5 Yıl Üstü (n=19)	
Kullanım Süresi	Ortalama±SS	Ortalama±SS	p
İyimser Yaklaşım	6.67±3.38	5.21±2.68	0.41
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.63±3.00	14.32±3.32	0.18
Sosyal Desteğe Başvurma	7.42±2.00	6.68±2.40	0.28
Çaresiz Yaklaşım	12.21±3.40	12.53±4.45	0.79
Boyun Eğici Yaklaşım	6.67±3.38	5.21±2.68	0.13
SBÇTÖ Genel	52.08±8.79	48.21±7.71	0.14
Olumlu İnançlar	14.33±5.82	13.84±3.58	0.75
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16.54±4.65	15.79±3.88	0.57
Bilişsel Güven	13.63±4.92	13.79±3.77	0.90
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14.75±4.23	15.89±3.90	0.37
Bilişsel Farkındalık	17.17±3.60	18.11±2.96	0.36
ÜBÖ Genel	76.42±18.97	77.42±12.26	0.84
Olumsuzluk Benlik Kavramı	21.96±8.26	22.11±8.14	0.95
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	15.67±6.28	16.79±6.13	0.56
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	8.42±2.59	8.79±2.46	0.63
Yalnızlık/İzolasyon	9.79±3.80	10.58±3.01	0.46
Bırakma/Umutsuzluk	8.83±4.03	8.95±3.47	0.92
ODÖ Genel	72.00±25.54	75.21±23.40	0.67

Sonuçlara göre, katılımcıların bu ölçeklerden aldıkları puanlar, kullanma sürelerine göre değişmemektedir.

3.3.6. Yaşı 30 Üzeri Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılması

Katılımcıların SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ alt boyutları ve total puanları, yaşlarına göre karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.13'dan incelenebilir.

Tablo 3.13. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Yaş

Yaş	30 yıl ve altı (n=31)	30 Yıl Üstü (n=12)	p
	Ortalama±S	Ortalama±SS	
İyimser Yaklaşım	5.88±3.40	6.50±2.17	0.59
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.42±3.08	13.80±3.33	0.16
Sosyal Desteğe Başvurma	7.00±1.80	7.40±3.27	0.72
Çaresiz Yaklaşım	12.70±4.12	11.20±2.66	0.29
Boyun Eğici Yaklaşım	5.88±3.40	6.50±2.17	0.59
SBÇTÖ Genel	50.97±8.02	48.40±9.98	0.41
Olumlu İnançlar	15.06±4.90	11.00±3.62	0.02
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16.97±3.80	13.70±5.08	0.03
Bilişsel Güven	13.97±4.19	12.80±5.16	0.47
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	15.64±3.99	14.00±4.35	0.27
Bilişsel Farkındalık	17.82±3.39	16.80±3.16	0.40
ÜBÖ Genel	79.45±14.73	68.30±18.55	0.06
Olumsuzluk Benlik Kavramı	22.45±7.93	20.60±8.97	0.53
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	16.15±5.80	16.20±7.60	0.98
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	8.39±2.50	9.20±2.57	0.38
Yalnızlık/İzolasyon	10.09±3.44	10.30±3.68	0.87
Bırakma/Umutsuzluk	8.73±3.63	9.40±4.27	0.63
ODÖ Genel	73.21±23.86	74.10±27.37	0.92

*p<0.05

Sonuçlara göre, katılımcıların Olumlu İnançlar ($t(41) = 2.42, p < 0.005$) ve kontrol edilemezlik ve tehlike ($t(41) = 2.20, p < 0.05$) alt boyutları yaşa göre anlamlı şekilde değişmektedir. 30 ve yaşın altındaki katılımcıların puanların 30 yaş üstü olan katılımcılar göre daha yüksek bulunmuştur. Madde Kullanım Bozukluğu olan katılımcıların yaşları arttıkça olumsuz tarzdaki üstbilişsel inançlarında bir azalma olduğu görülmektedir. Bir diğer bulgu ise, endişelenmenin problem çözme ya da plan yapmaya yardımcı olduğuna dair olumlu inançların yaşa bağlı olarak azalmasıdır.

3.3.7 Eğitimi Sekiz Yıl Üzeri Olan ve Olmayan Katılımcıların Karşılaştırılması

Katılımcıların SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ alt boyutları ve total puanları, eğitimlerine göre karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.14'den incelenebilir. Sonuçlara göre, katılımcıların Olumlu İnançlar ($t(41) = 3.45, p < 0.001$) alt boyutunun eğitime göre anlamlı şekilde değişmektedir. Eğitim düzeyi sekiz yıl ve altındaki katılımcıların puanları 8 yıl üstü olan katılımcılar göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi düşük olan katılımcıların, endişelenmenin problem çözme ve plan yapmaya dair yardımcı olduğuna dair olumlu inançları daha fazladır.

Tablo 3.14. SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODÖ Alt Boyutları ve Eğitim Bakımından Bağımsız t test Karşılaştırmaları

Eğitim	8 yıl ve altı (n=23)	8 Yıl Üstü (n=20)	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
İyimser Yaklaşım	6.30±3.84	5.70±2.13	0.52
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.30±2.99	14.75±3.43	0.57
Sosyal Desteğe Başvurma	7.09±1.70	7.10±2.69	0.98
Çaresiz Yaklaşım	12.13±3.73	12.60±4.07	0.70
Boyun Eğici Yaklaşım	6.30±3.84	5.70±2.13	0.52
SBÇTÖ Genel	50.83±7.64	49.85±9.49	0.71
Olumlu İnançlar	16.26±4.77	11.65±3.87	0.00
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	16.74±4.01	15.60±4.63	0.39
Bilişsel Güven	14.30±3.98	13.00±4.84	0.34
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	15.35±3.56	15.15±4.70	0.88
Bilişsel Farkındalık	17.57±3.55	17.60±3.14	0.97
ÜBÖ Genel	80.22±16.05	73.00±15.85	0.15
Olumsuzluk Benlik Kavramı	22.13±8.41	21.90±7.98	0.93
Karmaşa/Kaçış Fikirleri	15.30±5.94	17.15±6.43	0.33
Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu	8.13±2.38	9.10±2.61	0.21
Yalnızlık/İzolasyon	10.17±3.69	10.10±3.26	0.95
Bırakma/Umutsuzluk	8.70±3.96	9.10±3.58	0.73
ODÖ Genel	71.70±25.10	75.40±24.02	0.63

*p<0.05

3.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Madde Kullanım Bozukluğu olan katılımcıların eroine başlama yaşı, eğitim süresi, otomatik düşünce ölçeği, üst biliş ölçeği, stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi yöntemi ile incelenmiştir. Analiz bulguları Tablo 3.15’de verilmiştir.

ODÖ alt boyutu olan olumsuz benlik kavramı ile SBÇT alt boyutu olan çaresiz yaklaşım ($r(43)=0.57 p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Olumsuz otomatik düşüncenin, ÜBÖ alt boyutu olan düşünceleri kontrol ihtiyacı ($r(43)=0.59 p<.001$) ve SBÇT alt boyutu olan çaresiz yaklaşım ($r(43)=0.56 p<.001$) ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların eroine başlama yaşları ile iyimser yaklaşım ($r(43)=0.09 p<.001$) alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eroine başlama yaşı yükseldikçe probleme yönelik iyimser yaklaşımı artmaktadır. Katılımcıların, eğitim süresi ile kendine güvenli yaklaşım ve bilişsel güven arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim süresi ve kendine güvenli yaklaşım ($r(43)=0.29 p<.001$) arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Eğitim süresine bağlı olarak kişilerin işlevsel başa çıkma tarzlarının kullanımı artmaktadır.

Eğitim süresi ve bilişsel güven ($r(43)= -0.23 p<.05$) arasında ise negatif bir ilişki bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça katılımcıların kendi dikkat ve bellek yeteneklerine olan güvenine ilişkin olumsuz bilişleri azalmaktadır.

3.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Katılımcıların SBÇTÖ, ÜBÖ ve ODBÖ'den aldıkları total puanlar ve alt boyutları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon yöntemi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 3.15'den incelenebilir.

Tablo 3.15 Ötekler arası Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1.İyimsen yaklaşım	r	1																	
2.Kendine Güvenli Yaklaşım	r	.67**	1																
3.Sosyal Desteğe Başvurma	r	0.07	0.19	1															
4.Çaresiz Yaklaşım	r	0.07	-0.07	-0.12	1														
5.Boyun Eğici Yaklaşım	r	0.05	-0.14	-0.14	0.60**	1													
6.SBÇTÖ Genel	r	0.63**	0.55**	0.22*	0.67**	0.60**	1												
7.Olumlu İnançlar	r	0.04	0.07	-0.11	0.26*	0.19	0.21	1											
8.Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	r	0.16	0.19	-0.15	0.42**	0.12	0.33**	0.51**	1										
9.Bilişsel Güven	r	-0.16	-0.13	-0.09	0.43**	0.38**	0.23*	0.45**	0.34**	1									
10.Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	r	-0.28**	-0.18	-0.17	0.50**	0.22*	0.13	0.43**	0.46**	0.64**	1								
11.Bilişsel Farkındalık	r	0.33**	0.37**	-0.01	0.16	-0.08	0.29**	0.44**	0.60**	0.15	0.31**	1							
12.ÜBÖ Genel	r	0.00	0.06	-0.15	0.48**	0.24*	0.31**	0.78**	0.77**	0.73**	0.78**	0.64**	1						
13.Olumsuz Benlik Kavramı	r	-0.23*	-0.23	-0.28**	0.57**	0.37**	0.18	0.32**	0.39**	0.41**	0.55**	0.17	0.50**	1					
14.Karşılaşılacak Fikirleri	r	-0.24*	-0.19	-0.30**	0.51**	0.21*	0.11	0.24*	0.33**	0.39**	0.55**	0.19	0.46**	0.81**	1				
15.Kişisel Uyumsuzluk/Değişim Arzusu	r	-0.16	-0.21	-0.15	0.47**	0.22*	0.14	0.27*	0.36**	0.47**	0.59**	0.28**	0.54**	0.75**	0.84**	1			
16.Yalnızlık/İzolasyon	r	-0.33**	-0.27*	-0.25	0.51**	0.27*	0.08	0.30**	0.31**	0.40**	0.57**	0.22	0.49**	0.82**	0.86**	0.81**	1		
17.Brakmat/Umutsuzluk	r	-0.28**	-0.21*	-0.31**	0.45**	0.28**	0.08	0.22*	0.17	0.40**	0.49**	0.07	0.38**	0.82**	0.83**	0.72**	0.78**	1	
18.ODBÖ Genel	r	-0.27*	-0.25	-0.29**	0.56**	0.31**	0.14	0.30**	0.35**	0.44**	0.59**	0.19	0.51**	0.94**	0.87**	0.92**	0.90**	0.90**	1
19.Eroine Başlama Yaşı	r	0.09**	0.15	0.12	-0.10	0.09	0.20	-0.05	0.09	0.25	-0.02	0.07	0.08	-0.14	-0.12	0.012	-0.14	-0.09	-0.13
20.Eğitim süresi	r	0.18	0.29**	-0.06	-0.14	-0.18	0.02	-0.11	-0.01	-0.23*	0.04	0.18	-0.05	-0.04	0.14	0.04	-0.01	-0.04	0.03

Kısaltmalar: SBÇTÖ; Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği; Total, ÜBÖ; Üst Bilişsel İnançlar Ölçeği; Total, ODBÖ; Otomatik Düşünceler Ölçeği; Total. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu çalışmada eroin bağımlısı olan bireylerin otomatik düşüncelerinin, üst bilişlerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının arasındaki ilişkinin ve bağımlı olmayan grupla olan farklılaşmaların araştırılması amaçlanmıştır. Veri toplamak amacı ile ODÖ, MCQ-30 ve SBCTÖ kullanılmıştır. Araştırmanın hipotezlerini test etmek amacı ile 43'ü eroin bağımlısı olmak üzere 86 kişi ile çalışılmıştır. Katılımcıların %72'si 30 yaş altı ve çoğunluğu (%90) erkektir. Çalışma grubunun katılımcıları, 2 farklı hastanede yatarak ve ayaktan tedavi gören kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların tercihine göre ölçekleri bir uzman eşliğinde, uzman yardımı ile veya kendileri doldurmuşlardır. Sosyodemografik özellikler açısından çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Eroin bağımlılarının, %26'sı 3-5 yıl ve yine %26'sı 5-10 yıl madde kullanım süresine sahiptir. %70'nin bırakma deneyimi mevcuttur. Daha önce en az 1 kez yatarak tedavi gören 20 kişi (%46,51) iken yatarak tedavi görmeyen 23 kişi (%53,49) olduğu görülmektedir. Tedavi girişimleri açısından değerlendirildiğinde birçoğunun kendi bildiği yöntemlerle veya tıbbi yardım alarak bırakmayı denedikleri görülmektedir. Doğanavşargil ve arkadaşlarının (2004) araştırma sonuçlarına göre hastaların ortalama yatış süresi 1,26 iken %20,9'u yatarak tedaviyi seçtikleri görülmüştür. 2006'da Bulut ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; yatarak tedavi gören hastaların oranının %51,2 ve madde bağımlılarının yatış sayısı ortalamasının ise 1,5 olduğu görülmüştür. EMCDDA'nın 2017 raporuna göre hastaneye tedavi başvurusu yapanların %73'ünü eroin bağımlıları oluşturmaktadır. Eroin kullanımının artışı ile beraber bu rakam gün geçtikçe artmıştır. Eroin bağımlılığında yoksunluk sürecinin diğer madde yoksunluklarına nazaran bedensel olarak daha ağır geçmesi nedeni ile tedavi başvurularının yüksek olması açıklanabilir. Relapsların yoğun bir şekilde görüldüğü bu süreçte remisyon sürelerinden bağımsız olarak sürekli bırakmak isteyip

girişimlerde bulunmalarına rağmen boşa çıkan çabaların olması açısından önemlidir. Katılımcıların eroine başlama yaşı 20,31 SS=6.57 bulunmuştur. 1996 yılının AMATEM raporuna göre; hastaların maddeye başlama yaşı 18,5'dur. Doğanavşargil ve arkadaşları (2004), eroini ilk kullanım yaşını 21,4 olarak vermişlerdir. Eroine başlama yaşı diğer çalışmalarla uyumlu görünmektedir.

Eroine eşlik eden (Eş zamanlı) madde kullanımı olmayan 39 kişi (%90,70) iken eroin dışında ek madde kullanımı 4 kişi (%9,30) vardır. Nebioğlu ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmaya göre eroin bağımlılarında çoklu madde kullanımı (eşzamanlı, ardışık, 30 gün, 12 ay veya yaşam boyu kullanım) sigara, alkol ve diğer maddelerin yaşam boyu en az bir kez kullanım oranları oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Sosyodemografik formda bu bilgi geçmiş zaman ve şu an olarak sorgulanmış olup geçmişe dönük madde kullanım öyküsünde birçok maddenin eş zamanlı kullanıldığını belirten katılımcıların, devam eden (eş zamanlı) diğer madde kullanımına dair verdikleri cevaplar yukarıdaki gibidir. Eroin kullanımına giden yolda birçok farklı madde ile başlandığı bilinmektedir. 2010 yılında Lei ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, yaşam boyu çoklu madde kullanım durumlarına bakılmış ve eroin kullanan bireylerin %99'unun sigara, %94,1'nin alkol kullandıkları bulunmuştur. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların birincil problemlerini eroin gibi algıladıkları için diğer maddeleri gündemlerine almadıkları için soruya bu şekilde yanıt vermeleri ihtimalidir. Bu da bu araştırmadaki edinilen veri ile ilgili bir kısıtlılık olarak görülebilir.

Katılımcılar madde kullanımı nedeni ile birçok alanda sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların % 95,35'i aile ilişkilerinde, % 69,77'si iş hayatlarında, % 62,79'u sağlık problemleri, % 79,07'si ekonomik problemler, % 32,56'sı eğitim hayatında problemler, % 60,47'si arkadaş ilişkilerinde problem, % 53,49'u ise adli problemler yaşadığını belirtmiştir. Bu bilgiler, Smith, Branas ve Miller (1999)'in madde kullanımı nedeni ile bilişsel bozukluklar ve vücutta olan tahribat nedeni ile iş yaşamında verimliliğin düştüğünü gösteren çalışmaları ile tutarlıdır. Benzer şekilde, Reiss ve Roth (1993) çalışmasına göre; madde kullanımı ile artan şiddet eğiliminin ve agresif davranışların iletişimde sorunları arttırdığı ve mesleki görevleri yerine getirmekte zorluk yarattığı görülmüştür. Bağımlı kişilerin madde kullanımına bağlı olarak iş yaşamında problem yaşamaları beklenen bir sonuçtur. Madde bağımlılarının, düzene ve kurallara uyum sağlamakta zorlanması

nedeni ile eğitim hayatlarının etkilenmesi de beklenen bir sonuç olarak görülebilir. Tanner ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmaya göre madde kullanımı nedeni ile beyin kimyasında oluşan tahribatın akademik yaşamı etkilediği düşünülmektedir. Literatürle tutarlı biçimde, bu araştırmada da bulgulandığı üzere, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan kişilerin yaşamın birçok alanında sorun yaşadığı görülmektedir. Bu sorunlar yönetilemez hale gelmesi ve artan kayıplarla beraber tedaviye başvuru kararı etkileyebileceğini düşünmekteyim.

Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarının madde kullanımından etkilenip etkilenmediği incelendiğinde; istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalara göre, stresle başa çıkmak için alkol ve madde kullanımının bir yol olduğu ve madde kullanım eğilimi ile başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Platt ve Husband, 1993). Buradan hareketle kontrol ve araştırma grubu arasında stresle başa çıkma tarzlarının farklı olması beklenmiştir. Eroin bağımlılarında stress düzeyinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu ve bunun relaps adına riskli bulunduğu belirtilmektedir (Hyman ve ark., 2007). Araştırmalar bağımlıların başa çıkma yöntemi olarak kaçınma eğilimlerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Holahan ve ark., 2005). Buna ek olarak, işlevsel olmayan başa çıkma stilleriyle psikopatoloji arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Sonuçlar tam olarak literatürle uyum sağlamamaktadır. Örneklem sayısının az olması bu anlamda önemli bir kısıtlılıktır. Kontrol grubu katılımcılarına herhangi bir semptom değerlendirilmesi yapılmaması ve tek ayırıcı kıstasın psikiyatrik ilaç ve alkol /madde kullanımı olarak sunulması bu noktada önemli bir eksikliktir. Diğer bir etken ise, bağımlı grubun sosyal istenirliğe göre ideal cevapları vermesi olarak düşünülebilir.

Katılımcıların otomatik düşüncelerinin, madde bağımlılığından etkilenip etkilenmediği araştırılmıştır. Otomatik düşünce açısından gruplar karşılaştırıldığında karmaşa/kaçış fikirleri ve yalnızlık/izolasyon alt boyutlarında bağımlı grubun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Madde bağımlılığı ve otomatik düşünceler arasındaki ilişki incelendiğinde; karmaşa ve kaçış fikirleri ile yalnızlık/izolasyon düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tiffany'nin (1990) bilişsel modeli bu bulguyu destekler niteliktedir çünkü ilgili bilişsel işlem modeline göre bağımlılarda maddeye dair ilgili ve stresten kaçış fikirleri otomatik olmayan süreçlerin işleyişi ile temsil edilir. Olumsuz düşüncelerin sıklığının bağımlı

katılımcılarda yüksek olması literatürle uyumlu bir bulgudur. Olumsuz durumlarla baş edebilme yolu olarak madde kullanımı ile gelişen bağımlılık ve akabinde olumsuz düşüncelerin sıklığının artması ile kullanımı devam etmesini sağlayan faktörlerden biri olur (Connors ve ark., 1996). Olumsuz otomatik düşüncelerin sıklığı döngüyü beslemektedir.

Madde bağımlılığı ve üst bilişsel inançlar arasındaki ilişki incelendiğinde; eroine başlama yaşı ve kullanım süresinin anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Literatürde, negatif üstbilişsel inançların yürütücü işlevleri ketleyerek madde kullanımını sürdürme eğilimini attırdığı dikkat çekmektedir (Hoyer ve ark., 2007; Nikčević ve Spada, 2010). Ögel ve diğerlerinin (2014) gerçekleştirdiği çalışmada benzer şekilde, bağımlı olan ve olmayan bireylerde üstbiliş niteliklerinin incelendiği ve sonuç olarak bilişsel farkındalık hariç tüm alt boyutlarda anlamlı farklılaşma olduğu belirtilmiştir. Bu açıdan çalışmamızın sonuçları literatürü desteklememektedir. Bu çalışma, tercih maddesi eroin olan bağımlıların üst bilişlerine bakılan ilk çalışmadır. İlgili çalışmaların arttırılması ve daha farklı örneklem grupları ile çalışılması karşılaştırılabilir veri elde etmek adına önerilmektedir.

Bu çalışmanın ana konularından bir diğeri de bağımlı grubun kendi içinde karşılaştırmalardır. Bireysel psikoterapi, grup terapisi, kullanım süresi, yaş ve eğitim gibi değişkenler baz alınarak otomatik düşünce, üstbiliş ve stresle başa çıkma tarzları açısından farklılaşma araştırılmıştır.

Grup içi karşılaştırmaları incelediğimizde psikoterapi desteğinin, stresle başa çıkma kendine güvenli yaklaşımı arttırdığı görülmüştür. Bireysel psikoterapinin iyileşme sürecinde işlevsel başa çıkmayı desteklediği görülmektedir. Psikoterapi sürecinde edindikleri yeni yaşam becerileri, öz yeterliliklerini yeniden yapılandırmaları ve sosyal destek ile beraber stresle başa çıkmak için yeni yollar öğrendikleri söylenebilir. Bilişsel davranışçı terapi ile ilgili yapılan çalışmalarda, terapinin stresle başa çıkmada etkili olduğu bulunmuştur (Chinaveh ve ark. 2010, Leung ve ark. 2011).

Bir diğeri bulgu ise psikoterapi almayan kişilerin bırakma ve umutsuzluk düşüncelerinin daha yoğun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bilişsel terapide amaçlarından biri de varolan olumsuz düşüncelerin dışında duruma dair daha iyi

alternatif açıklama veya inançların oluşturulması ya da güçlendirilmesidir (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2013). Psikoterapi alan kişilerin olumsuz otomatik düşüncelerinin az olmasını anlamlı ve literatürle uyumludur. Bu iki veriden yola çıkarak olumsuz otomatik düşüncelerin yoğunluğunun azaldığı ve işlevsel başa çıkma stratejilerinin kullanımının arttığı söylenebilir.

Psikoterapi desteği alanlar ve almayanlar arasında farkındalıkları arasında bir fark bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda benzer bir bulguya rastlanmadığı için karşılaştırma yapılamamaktadır. Biliş, sembolik zihinsel etkinlikler ve zihinsel temsiller iken üstbiliş diğer bilişler hakkındaki bilişlerdir (Dunlosky ve Metcalf., 2009) . Üstbilişsel çerçeveye (Wells, 2007) göre bir başka açıklama, negatif otomatik düşüncelerin üst bilişlerle ilişkili olmasıdır. Üst bilişler, düşünme ve dikkat için stratejiler seçmekten sorumludur. Otomatik düşünceleri farketmekten bir sonraki adım onları seçmek olduğu görülmektedir. Bu noktada psikoterapi süresi ve sıklığı farkındalığın gelişmesi açısından önemli olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bağımlılığın beyinde yol açtığı deformasyon sebebiyle tedavi süresince kişide farkındalık gelişiminin sekteye uğrayabileceği ya da görece daha fazla zaman alabileceği düşünülebilir.

Bağımlı grupta grup terapisi almaya bağlı otomatik düşünceler, üst biliş ve stresle baş etme incelendiğinde otomatik düşünce sıklığında ve alt boyutları olan kişisel uyumsuzluk/değişme arzusu, bırakma/umutsuzluk, yalnızlık/izolasyon alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu dikkat çekmektedir. Sonuçlara göre grup terapisi almayan katılımcıların olumsuz otomatik düşünce sıklığı, grup terapisi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur. AMATEM bağımlılık tedavi sistemi içerisinde SAMBA programı ile hastalarla grup çalışmaları yapılmaktadır. SAMBA, Bilişsel Davranışçı Terapi, Diyalektik Davranışçı Terapi, Farkındalık ve Kabullenme Terapisi ve motivasyonel görüşme yaklaşımlarının harmanlandığı didaktik öğeler içeren yapılandırılmış bir programdır (Ögel ve ark., 2012). Anderson ve Rees'e (2007) göre grup terapisinin güçlü yönleri, grup ortamından kaynaklanan sosyal destek, kabul görme, yalnız olmadığı hissi yaratmasıdır. Buradan hareketle grup terapisi ortamında ortak düşünce, inançlar ve çarpık bilişlerin birden fazla kişi tarafından paylaşılması farketme sürecini hızlandırdığı gibi, destekleyici bir ortamda başkaları tarafından destekleniyor olmanında olumsuz düşüncelerin sıklığını azalttığı söylenebilir. Bu değişkene ait bir diğer bulgu da, stresle başa çıkma alt boyutu olan Sosyal Desteğe

Başvurma puanının grup terapisi alan kişilerde daha yüksek olmasıdır. Bu noktada, bu kişilerin, sosyal desteğe başvurma stresle başa çıkma stratejilerinden dolayı mı yoksa grup terapisi aldıkları için mi bu puanın yüksek olduğu konusu tartışmaya açıktır. Bu konuda yapılacak ileriki çalışmalar için bir öneri olabilir.

Bu çalışmada elde edilen diğer önemli bulgu ise, eroine başlama yaşı ile iyimser yaklaşım arasındaki pozitif ilişkidir. Cicchetti ve Rogosch (2002), baş etme stratejilerinin nasıl geliştirileceğine dair uygun araçlar ve bilgilerle donatıldıklarında, bireylerin gelişimlerinde nasıl aktif rol oynadıklarını açıklar. Stratejiler, bir dizi aşamada gerçekleştirilebilir, yani eğer bir kişi çocukluk stresleri ile nasıl başa çıkılacağı konusunda ustalaşmazsa, ergenlikle ilişkili stresi etkili bir şekilde ele alamayacaktır. Geçiş stresleri, ergenlik döneminde etkili bir baş etme becerisi geliştirmemiş olan çocuklar için güçlendirilebilir. Capella ve Adan'ın (2017) çalışma sonucuna göre maddeye başlama yaşı 16 ve altı olan bağımlıların işlevsel olmayan stresle baş etme stratejileri nedeni ile bağımlılık şiddetinin ve nükslerin sayısı daha fazladır. Eroine başlama yaşı geciktikçe kişilerin probleme yönelik iyimser yaklaşımının artması, sorunlarla baş etmek için madde kullanımı dışında diğer yolları denemesi, stresle baş etme ve problem çözümüne dair becerilerinin gelişmesine olanak sağladığı için olumlu yaşantılarının olması anlaşılır bir veri olarak yorumlanabilir. Bu bilgiler ışığında, ergenlerle yapılacak önleme çalışmalarının ve beceri eğitimlerinin önemli olduğu görülmektedir.

Madde bağımlılarının eğitim süresine göre ölçeklere bakıldığında eğitimin, kendine güvenli yaklaşım ile pozitif bir ilişki ve bilişsel güven arasında ise negatif ilişki bulunmuştur. Eğitim süresine bağlı olarak kişilerin işlevsel başa çıkma tarzlarının arttığı görülmüştür. Vitulic ve Prosen'in (2016) yaptığı çalışma sonuçlarına göre, düşük eğitim düzeyine sahip yetişkinlerin, yüksek eğitim düzeyine sahip yetişkinlere kıyasla daha az etkili stratejiler kullanmaktadır. Bulgu literatürle uyumludur. Eğitim değişkeninin üstbilis ölçeğinin bilişsel güven alt boyutu ile negatif ilişkisi, eğitim düzeyi arttıkça kişinin kendi dikkat ve bellek yeteneklerine güvenine ilişkin olumsuz bilişleri azalmaktadır.

4.1. Öneriler

Bağımlılık; biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenleri içinde barındıran kronik bir hastalık olması nedeni ile tedavi süreci uzun ve zordur. Bağımlılık hastalığında nüks (maddeye dönüş) ve tekrar sık görülür. İyileşme sürecini sadece maddeden uzak kalmak olarak değerlendirmek doğru değildir. Madde kullanımını sürdürmeyi sağlayan yoksunluk, intoksikasyon gibi biyolojik süreçlerde gelişme sağlanması ve uzun remisyon dönemleri sonrasında bile nüks ve tekrarların sıklıkla görülmesi psikososyal faktörler ve bilişsel süreçlerin ne denli önemli olduğunun bir göstergesidir. Biyolojik olarak bağımlılık yatkınlığı olan bir kişinin destekleyici olmayan bir sosyal çevre ve psikolojik etmenler altında kullanıma başlaması ve sürdürmesi tesadüf değildir. Stres ve negatif yaşam olayları ile yeterli başa çıkma becerisi olmayan kişiler, kullandıkları maddenin etkisi ile bir süre de olsa o sıkıntı ile baş ettiklerini görürler. Biyolojik etkisinin yanı sıra onların madde kullanımını devam ettirmeleri için önemli bir motivasyondur. Psikoterapi sürecinde, stresle ve sıkıntı ile başa çıkmak için işlevsel olmayan bu stratejinin yerine işlevsel olan becerilerin öğretilmesi öncelikli olmalıdır. Bu becerilerin, eğitim sisteminin destekleyici bir bileşeni olarak daha erken yaşlarda öğretilmesinin ise koruyucu ve önleyici olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın çalışma grubu olarak seçilen eroin bağımlıları, yaşadıkları şiddetli fiziksel belirtilerden dolayı sağlık sisteminde görece daha kolay ulaşılabilen popülasyondur. Bu hasta popülasyonunun mükerrer yatış ve başvuruları diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha fazladır. Tedaviye uyum açısından zorlu bir popülasyon olmaları nedeni ile tedavide tutmak zordur. Kısa sürede etki eden tedaviler nedeni ile yapılan bu başvuruların büyük çoğunluğu için iyileşme sürdürülebilir değildir. Sağlık sistemi açısından büyük bir külfet olmasının yanı sıra toplum ve ruh sağlığı açısından ise bağımlılığa dair destekleyici ve korumaya yönelik yaklaşımlar çok önemlidir. Maddeye başlama yaşının düştükçe tedavinin zorlaştığı ve bağımlılık şiddetinin arttığı bilgisi önleme çalışmalarının gerekliliği için önemli bir göstergedir.

Araştırmanın bulguları ışığında, bireysel ve grup terapilerinin bağımlı kişiler üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu bilgi, tedavi sisteminde terapi sürecinin önemini vurgulamaktadır. İyileşmeyi başlatan madde kullanımının durdurulması,

değişimi devam ettiren ise terapi süreci olduğu söylenebilir. Madde kullanımının durdurulması ile kişinin kendi iç sesi ve çarpıtılmış düşüncelerine maruz kalması nedeni ile destek almadan ayıklığı sürdürmesi çok zordur. Terapi süreci ile kazanılan farkındalık, teröpatik ve destekleyici ilişki tedaviye uyum için önemlidir. Grup terapisi ile sosyal desteğin sağlıklı bir ortamda artması ve toplum tarafından etiketlenmiş bu kişilerin yalnız olmadıklarını görmeleri açısından önemlidir. Benzer problemleri yaşayan insanlarla kurdukları ilişki tedavi sürecinde değişmesi gereken sosyal çevresinin yerine kurabileceği yeni alternatif ilişkiler sunması açısından iyi bir seçenektir.

Ogel ve arkadaşlarının (2014), çalışmalarında belirttiği gibi farkındalık temelli terapiler nüksleri azaltmaktadır. Kişinin madde isteğini kendisinde nasıl bir etki yaptığını farkedip bilmesi süreci otomatik olmaktan çıkartıp yönetebilir hale getirmektedir. Kişinin bu seçimi yapabilir hale gelmesi iyileşmenin sürdürülebilir olmasını sağlar. Terapi sürecinde pratik olarak uygulanması önerilen terapi yaklaşımı 3. kuşak bilişsel davranışçı terapi olan diyalektik davranışçı terapidir. Bağımlılık alanında bilişsel terapi yaklaşımı yaygın olan ve önerilen bir tedavi yöntemidir.. DBT'yi bu anlamda farklı kılan bilişsel ve davranışçı yaklaşıma ek olarak farkındalık çalışmaları da terapinin önemli bir parçasıdır. Bağımlılık da eşlik eden psikiyatrik tanılarının yoğunlukla görülmesi nedeni ile DBT kişilik bozuklukları tedavisi başta olmak üzere yapılandırılmış bir program sunmaktadır (Dimeff ve Linehan, 2008). DBT'nin Bağımlılık tedavisini yeni terapi yaklaşımları ile desteklemek süreç açısından önemlidir.

4.2.Kısıtlılıklar

Bu araştırmada bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Bu araştırmanın çalışma grubunun verilerini özel hastane ve merkezlerden toplanmış olup uzun bir sürece yayılmasına rağmen 43 kişiye ulaşılmıştır. Bu rakam çalışma grubu içindeki değişkenler açısından yapılan karşılaştırmaların dağılımı nedeni ile yeterli bir sayı değildir. Çalışma grubunu oluşturan katılımcılar, hastaneye yatışı sırasında konan tanılara göre araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma sırasında bu tanılarının doğruluğunu teyit için tekrar sorulmamıştır. Büyük çoğunluğu erkek katılımcıların oluşturması nedeni

ile cinsiyet farkına bağlı değişkenlerde farklılığın bulunmamış olması bu dağılımla ilgili olabilir. Her iki grupta da psikiyatrik ilaç kullanımını dikkate alınmamıştır.

Alkol ve madde kullanımına ilk başlama yaşı, neden başladığı, alkol ve madde ile ilişkili sorunlar gibi bilgiler geriye dönük, kişilerin algılamalarına ve hafızalarına dayanılarak verilen bilgiler olduğundan güvenilirlikleri düşüktür.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin bir kısmı tarama testi olup kendini değerlendirme ölçeği olmaları nedeniyle hastaların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır. Sosyal istenirlik faktörünün bu cevapları etkilemesi mümkündür.

Araştırma konusu olan madde bağımlılığı konusunda yapılan bu araştırmada sorularda yasal olmayan maddeler yer almaktadır. Cezai işlem uygulanması sebebi ile katılımcıların verdiği yanıtların dürüstlüğü şüphe uyandırmaktadır. Bu duruma ilişkin bir değerlendirme yapılmaması sınırlılık olarak ele alınabilir. Kontrol grubu katılımcıları, beyanına göre gruba dahil edilmiş olup yasal olmayan madde kullanımına dair herhangi başka kaynaktan teyit alınmamıştır. Beyan esas bu durum kısıtlılık oluşturmaktadır. Kontrol grubunun, profiline dair başka ölçekler uygulanmaması önemli bir kısıtlılıktır.

4.3. Gelecekteki Araştırmalar

Literatürde üst biliş ve bağımlılık ile ilgili yeterli çalışma olmadığı görülmüştür. Farkındalık temelli tedavilerin popüler olduğu bu dönemde Türk popülasyonuna dair temel oluşturacak bilgilerin olması önemlidir. Bu çalışmanın daha geliştirilip, büyük bir popülasyonla demografik dağılım ve yanlılık sorunlarını gözetererek, tercih maddelerine göre fark olup olmadığı araştırılabilir.

4.4. Sonuç

Bu araştırma kişilerin üst biliş, stresle başa çıkma ve otomatik düşünceler ile bağımlılık arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, bağımlılık faktörünün olumsuz düşünce sıklığı ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerle ilgili pozitif yönde bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Maddeye başlama yaşı ve eğitim süresinin bağımlılık üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. Grup ve bireysel terapi

desteğinin bağımlılık hastalığında işlevsel başa çıkma stratejilerini arttırdığı ve otomatik düşünce sıklığını azalttığı görülmüştür.

KAYNAKLAR

- Aki, Ş. Ö. E., Arıkan, Z. & Işık, S. (2008). Erken Remisyondaki alkol bağımlıları, en az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlıları ve kontrol grubunun başa çıkma mekanizmaları yönünden karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 36-45.
- Akkoyunlu, S., & Türkçapar, M. H. (2013). TERAPİ Bir TEKNİK : Alternatif Düşünce Oluşturulması, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 53–59.
- Altıntoprak, E., Evren, C., Aydemir, Ö., Yapıcı, E., Can, Y., Mutlu, E., Tokuçoğlu, L., Deveci, A. & Çoşkunol, H.(2015). Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS) Türkçe Sürümünün Güvenilirliği ve Geçerliliği Reliability and Validity Study of the Turkish Version of the Clinical Opiate Clinical Scale. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52: 89-94.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları. Köroğlu E (Çeviri ed.) *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 231–290.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 45:1 23-137.
- Aronson, E., Wilson, T., Akert, R. (2013). *Social Psychology*. Pearson.
- Aydın, G. & Aydın, O. (1990). Otomatik düşünceler ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(24): 51-55.
- Baker, Linda. (1989). Metacognition, Comprehension Monitoring, and the Adult Reader. *Educational Psychology Review*. 1. 3-38.
- Brown, A. L. (1985). Metacognition: The development of selective attention strategies for learning from texts. In H. Singer, & R. B. Ruddell (Eds.), *Theoretical models and processes of reading* (3rd ed.) 501-526. Newark: International Reading Association.
- Brownstein, M. J. (1993). A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 90(12), 5391-3.
- Broner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., Jr., & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 71-80.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara.

- Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7: 65-70.
- Capella, M., & Adan, A. (2017). The age of onset of substance use is related to the coping strategies to deal with treatment in men with substance use disorder. *PeerJ*, 5, e3660. doi:10.7717/peerj.3660.
- Cartwright-Hatton, S, & Wells A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorder*, 11:279-296
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6–20. doi: 10.1037/0022-006X.70.1.6.
- Chinaveh, M., Ishak, N. M., Salleh, A. M. (2010) Improving mental health and academic performance through multiple stress management intervention: Implication for diverse learners. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 7, 311–316. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.10.043>.
- Connors, G. J., Maisto, S. A., Donovan, D. M. (1996) Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91, 5-13.
- Cottler, L. B., Campbell, W., Krishna, V. A., Cunningham-Williams, R. M., & Abdallah, A. B. (2005). Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(7), 431-7.
- Çakmak, D., & Evren, C. (2006). *Alkol ve madde kullanım bozuklukları*. İstanbul: Özgül Matbaacılık.
- Davitsen, C. (1999) Identification and treatment of psychiatric comorbidity associated with alcoholism. *Schweiz Rundsch Med Prax*; 14;88(42): 1720-1725.
- Demirbaş, H., İlhan, İ. Ö., Doğan, Y. B. (2004). Alkol bağımlısı hastalarda bağımlılık sürecinin problem çözme yolları ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 5(2),8-11.
- Dimeff, L. A., Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39-47.
- Doğanavşargil, G. Ö., Sertöz, Ö. Ö., Coşkunol, H., Şen, G. (2004). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 115-20.
- Dunlosky, J. & Metcalfe, J. (2009). *Metacognition*. USA: Sage Publications.

- Durmaz, N. S. (2015). Boşanma Sürecindeki Çiftlerin Problem Çözme Becerileri ile Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. M. S. Thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- EMCDDA. (2014). European Drug Report 2014: Trends and developments Lisbon
- EMCDDA. (2017). 2017 yıllık raporu, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.
- Eskin, Mehmet. (2013). The adaptation of the Perceived Stress Scale into Turkish: A reliability and validity analysis. *New Symposium: A Journal of Psychiatry, Neurology and Behavioral Sciences*.
- Flavell, J. H. (1979, October). Metacognition and Cognitive Monitoring : A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>.
- Folkman S., & Lazarus R.S.(1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*,54(3), 466-475. doi:10.1037//0022-3514.54.3.486. PMID: 3361419.
- Glaser, R., & Chi, M. T. (1988). Overview. In M. Chi, R. Glaser, & M. Farr (Eds.), *The nature of expertise* (pp. xv-xxviii). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gökçakan, Z., & Gökçakan, N. (2005). Depresyonda Bilişsel Tedavi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 91-101.
- Güleç M.Y., Elbay R. Y., Şayakçı S., Meteris H., Hariri A., Tezcan E. A (2010). Yatan psikiyatri hastalarında madde kullanımı ve hastalıklara göre dağılımı: Retrospektif bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23,166-173.
- Güleç, G., Köşger, F. , Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 7 (4), 448-460. DOI: 10.5455/cap.20150325081809.
- Gümüş, A. E., (2006). Sosyal Kaygının Benlik Saygısına ve İşlevsel Olmayan Tutumlara Göre Yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 63-73.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., Grant, B. F. (2007) Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 64(7):830–842.doi:10.1001/archpsyc.64.7.830

- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 658–666.
- Hollon, S. D., & Kendall P., C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.
- Hoyer, J., Hacker, J., & Lindenmeyer, J. (2007). Metacognition in alcohol abusers: How are alcohol-related intrusions appraised?, *Cognitive Therapy and Research, 31*, 817-83.
- Hyman, S. M., Paliwal, P., & Sinha, R. (2007). Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*(2), 233-238. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.21.2.233>
- Irak, M., Çapan, D., Soylu, C. (2015). Üstbilişsel süreçlerde yaşa bağlı değişiklikler. *Türk Psikoloji Dergisi, 30* (75), 64-75.
- Kruedelbach, N., Richard, A., McCormick, S., Schulz, C. & Grueneich, R. (1993). Impulsivity, Coping Styles, and Triggers for Craving in Substance Abusers with Borderline Personality Disorder, *Journal of Personality Disorders, 7*(3), 214-222.
- Lei L., Sangthong R., Chongsuvivatwong V., Mc Neil E., Li J. (2010). Lifetime multiple substance use pattern among heroin users before entering methadone maintenance treatment clinic in Yunnan, *China Drug and Alcohol Review, 29*, 420–5.
- Leung, S. S., Chiang, V. C., Chui, Y. Y. & Wong, D. F. (2011) A brief cognitive-behavioral stress management program for secondary school teachers. *Journal of Occupational Health, 53*, 23-35.
- Lories, G., Dardenne, B., & Yzerbyt, V. Y. (1998). From Social Cognition to Metacognition Livingston, J. A.(1997). Metacognition: An Overview. Retrieved June 10, 2005, from: <http://www.gse.buffalo.edu/fas/shuell/cep564/Metacogn.htm>
- Milhorn, H. T. (1990). *Opioids. In: Chemical Dependence*. Springer, New York, NY, https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3418-0_11
- Moses, L., & Baird, J.A. (1999). Metacognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences* (533-535). Cambridge, MA: MIT Press.

- Mevarech, Z. R., & Kramarski, B. (2014). Critical Maths for innovative societies : The role of metacognitive pedagogies. OECD Publishing, Paris <https://doi.org/10.1787/9789264223561-en>.
- Miller, P. H. (1985). Metacognition and attention. In D. L. Forrest-Pressley, G. E. MacKinnon, & T. G. Waller (Eds.), *Metacognition, cognition, and human performance: Vol.2*. Instructional Practices pp 181-221. Orlando, FL: Academic Press.
- Nebioglu, M., Yalniz, H., Guven, F. M., Gecici, O. (2013). Relationships between using other substances and socio-demographic characteristics in opiate dependents. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12, 35-42.
- Nelson, T. O., & Nahrens, L. (1990). Metamemory: A theoretical framework and new findings. In G. H. Bower (Ed.). *The psychology of learning and motivation* pp125–173. New York: Academic Press.
- Nikčević, A. V. & Spada, M. M. (2010). Metacognitions about smoking: a preliminary investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 536-542.
- O'Brien, C. P., Volkow, N., Li, T. K. (2006). What's in a word? Addiction vs dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry* 163, 764–765.
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D., Çakmak, D. (1998) "Hekimler için Alkol ve Madde Eğitim Programı", *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi (AMATEM)*.
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 1(47), 61-4.
- Ögel, K., Koç, C., Aksoy A., Basabak, A., Evren, C. (2012). Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA). Yeniden Yayınları, İstanbul,
- Ögel, K., Sarp, N., Tamar Gürol, D., & Ermağan, E. (2014). Bağımlı olan ve olmayan bireylerde farkındalık (mindfulness) ve farkındalığı etkileyen etkenlerin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 282–288. <https://doi.org/10.5455/apd.169583>.
- Öztaş, B. (1990). Alkolün merkez sinir sistemine etki mekanizmaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1(1):2-9.
- Papaleontiou-Louca, E. (2008). Metacognition and Theory of Mind . D. Phillips (editors). *Encyclopedia of Educational Theory and philosophy*. pp.523-526, SAGE Publications, Cambridge.
- Platt, J. J., Husband, S. D. (1993). An overview of problem-solving and social skills approaches in substance abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 276-284.

- Reiss, A. J., Jr., & Roth, J. A. (1993–1994). *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 1265-1290.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2011). Opioid-Related Disorders. In Strain E, Lofwall M, Jaffe H (editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1306– 1387.
- Vitulić, S., H., & Prosen, S. (2016). Coping and Emotion Regulation Strategies in Adulthood: Specificities Regarding Age, Gender and Level of Education. *Društvena istraživanja*, 25 (1), 43-62. <https://doi.org/10.5559/di.25.1.03>.
- Schraw, G., & Moshman, D. (1995). Metacognitive Theories . *Educational Psychology Review*, 7(4), 351–371
- Schraw, G. (1998). Processing and Recall Differences Among Selective Details .*Journal of Educational Psychology*, 90(1), 3-12.<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.90.1.3>.
- Schraw, G., Crippen, K., & Hartley, K. (2006). Promotin Self-Regulation in Science Education : Metacognition as Part of a Broader Perspective on Learning. *Research in Science Education*, 36(1), 111-139.
- Sharf, R. S. (2000). *The theories of psychotherapy and counseling* (2nd ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Smith, G. S., Branas, C. C., & Miller, T. R. (1999). Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A meta-analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 33, 659–668.
- Stanovich, K. E. (1990). Concepts in developmental theories of reading skill: Cognitive resources, automaticity, and modularity. *Developmental Review*, 10(1), 72-100.[http://dx.doi.org/10.1016/0273-2297\(90\)90005-O](http://dx.doi.org/10.1016/0273-2297(90)90005-O).
- Şahin, N. H., Şahin, N. (1992). Reliability and validity of the Turkish version of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 334-340.
- Şahin, N. H., Durak A., (1995), “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97,147-168.

- Tanner, J., Davies, S., O'Grady, B. (1999). Whatever happened to yesterday's rebels? Longitudinal effects of youth delinquency on education and employment, *Social Problems*, 46,250–274.
- Tosun, A., Irak. M,. (2008), Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.
- TUBİM. (2010) (Avrupa Uyuşturucu ve Uyarıcı Bağımlılığını İzleme Merkezi /European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) , Türkiye Uyuşturucu Raporu. Lizbon.
- TUBİM. (2011) Madde Kullanım Yaygınlığı. TUBİM 2011 GPS Araştırması 51-52. Erişim Tarihi:24 Aralık 2013, http://www.tubim.gov.tr/dosyalar/raporlar/Tubim_Raporu_2012.pdf
- TUBİM. (2013). Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.
- Turhan, E., İnandı, T., Özer , C., Akoğlu, S. (2011) Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı, Şiddet ve Bazı Psikolojik Özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9, 33-44.
- Türkçapar, M. H. (2012). *Bilişsel terapi*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türküm, S. A. (1999). *Stresle Başa Çıkma ve İyimserlik*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- UNDOC-United Nations Office on Drugs and Crime. (2003). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması: 6 büyük şehirde elde edilen sonuçlar. Ankara: Yazar.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004) A Short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ- 30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A. (2007). Metacognitive therapy and change for generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25
- Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.

EK A1

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıda sosyodemografik bilgileriniz ile ilgili soruları cevaplayınız. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma dahilinde gerekli olan istatistiksel veriler için kullanılacaktır. Bunun dışında kesinlikle başka yerde kullanılmayacak ve başka şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Tedavi (Aynalık) süreniz: _____

1. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

.....

3. Medeni Durumunuz:

() Bekar () Evli () Boşanmış/Dul

4. Eğitim durumunuz nedir?

() İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü

5. Gelir Düzeyinizi Nasıl İfade Edersiniz?

() 500-1500 () 1500-3000 () 3000 ve üzeri

6. Şuanki iş durumunuz:

() Memur () Esnaf () İşçi () Serbest () Emekli () İşsiz () Öğrenci () Diğer

7.Hangi tanı ile tedavi görüyorsunuz?

() Alkol Bağımlılığı () Madde Bağımlılığı () Hem Alkol hem Madde Bağımlılığı

8.Alkol / Eroin dışında sürekli kullandığınız madde var mı? Evet ise maddeleri belirtiniz

.....

9.Eroin/Alkol kullanımına kaç yaşında başladınız?

Eroin Alkol

10.Eroin/alkol kullanım süreniz nedir?

() 0-3 ay () 3-6 ay () 6-12 ay () 1 sene () 2 sene () 3 sene Diğer

11.Daha önce hiç tedavi girişiminiz oldu mu ? Evet ise

() Ayaktan () Yatarak Ne zaman Ayık kalma süresi

() Ayaktan () Yatarak Ne zaman Ayık kalma süresi

12.Daha önce destek almadan kendi kendinize bırakma girişiminiz oldu mu?

Ne zaman Ayık kalma süresi

13.Tanısı konulmuş tıbbi rahatsızlığınız var mı ?

17.Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedaviniz var mı ?

() Evet Süresi..... () Hayır

18.Bireysel psikoterapi desteği aldınız mı ?

() Evet Süresi..... Psikoterapi alma gerekçeniz :

() Hayır

19.Grup Terapi desteği aldınız mı ?

() Evet Süresi..... :

() Hayır

20. Adsız Alkolikler / Adsız Narkotikler gibi kendine yardım gruplarına katıldınız mı ?

() Evet () Hayır

EK A2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİFORMU

Lütfenaşağıdasosyodemografik bilgileriniz ile ilgili soruları cevaplayınız. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma dahilinde gerekli olan istatistiksel veriler için kullanılacaktır. Bunun dışında kesinlikle başka yerde kullanılmayacak ve başka şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacaktır.

1.Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

2.Yaşınız:

.....

3.Medeni Durumunuz:

Bekar Evli Boşanmış/Dul

4.Eğitim durumunuz nedir?

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü

5.Gelir Düzeyinizi Nasıl İfade Edersiniz?

1300TL ve altı 1301-2600TL 2601-3900TL 3901-5200TL 5201TL ve üstü

6.Şuanki işdurumunuz:

Memur İşçi Serbest Emekli İşsiz Öğrenci Diğer

7.Tanısı konulmuş tıbbi rahatsızlığınız var mı ?

Evet ise Tanı.....

Hayır

8.Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedaviniz var mı ?

Evet ise

Hayır

Tanı Süresi.....

Varsa kullanılan psikiyatrik ilaçlar

.....

9. Geçmişte kullandığınız herhangi bir Uyuşturucu madde var mı?

Evet ise maddeleri belirtiniz

.....

Hayır

10.Bireysel psikoterapi desteği aldınız mı ?

Evet Hayır

Psikoterapi alma gerekçeniz :.....

Süresi.....

11.Grup Terapi desteği aldınız mı ?

Evet ise süresi..... Hayır

EK B

META-COGNITIONS QUESTIONNAIRE-30 (MCQ-30)

Bu anket kişinin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz.

- 1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum;
3: kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum.

Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığımı farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Eğer beni endişe kandıran bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemezdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Endişelerim beni delirtir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21	Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Eğer düşünce kırımları kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28	İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

EK C

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'in altına işaret koyun.

<i>Bir sıkıntı olduğunda...</i>	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21- Mücadeleden vazgeçerim				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim				
25- "Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27- "Benim suçum ne" diye düşünürüm				
28- "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

EK D

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi
2. Ender olarak aklımdan geçti
3. Arada sırada aklımdan geçti
4. Sık sık aklımdam geçti
5. Hep aklımdan geçti

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiç bir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki ...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık	1	2	3	4	5
23. Başarısızım	1	2	3	4	5
24. Hiç bir zaman başaramayacağım	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli	1	2	3	4	5
29. Hiç bir şey için uğraşmaya değmez	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum	1	2	3	4	5

Özgeçmiş

Birgöl Gülen, İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden 2009 yılında mezun oldu. Üniversite hayatı boyunca çeşitli kulüp ve derneklerde gönüllü çalışmalarda bulundu; yurt içi ve yurt dışında seminer ve kongrelere katıldı. 2007 yılında "Yeniden Derneği'nin" yürüttüğü "Kulaktan Kulağa Madde Bağımlılığını Önleme Programı" kapsamında ilk ve ortaöğretim kurumlarında grup çalışmaları yürüttü. Çapa Bağımlılık Tedavisi Eğitim Programını başarıyla tamamladı ve stajını da Çapa Bağımlılık Anabilim Dalı'nda yaptı. Akabinde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda madde bağımlıları hastaları ile bireysel terapiler ve grup psikoterapileri yürüttü. 2010-2011 yılları arasında Gaziantep Psikiyatri A.B.D.- Ruh Sağlığına Destek ve Koruma yüksek lisans programında özel öğrenci olarak eğitim aldı. Dr. David J. Powell ve ekibinin süpervizyonu eşliğinde Gaziantep Belediyesi'ne bağlı bağımlı sokak çocuklarının rehabilite edildiği bir merkezde psikolog olarak çalıştı. Bireysel psikoterapi ile beraber aile görüşmeleri, psikoeğitim ve grup terapileri yürüttü. Takip eden yıllarda İstanbul'da özel bir hastanede psikolog olarak bir süre çalıştıktan sonra; 2013-2014 yılları arasında UNICEF Çocuk Dostu Alan Projesi kapsamında Kilis Suriyeli Mülteci kampında travma yaşayan ergen ve çocuklara psikososyal destek verdi. Terapist ve saha koordinatörü olarak yer aldığı proje savaş travması mağdurlarına tercüman aracılığı ile EMDR travma tedavisi uygulanan dünyadaki ilk çalışmadır. Çalışma, 2017 yılında EMDR Avrupa Derneğinin en prestijli ödülü kabul edilen Francine Shapiro ödülünü kazandıran ekipte yer almıştır.