

T. C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**ALKOL VE/VEYA MADDE BAĞIMLILARI İLE
BAĞIMLILIĞI OLMAYAN BİREYLERİN
SAVUNMA MEKANİZMALARI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI, ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI, DİSOSİYATİF YAŞANTILAR VE
BAĞIMLILIK ŞİDDETİNİN SAVUNMA
MEKANİZMALARI
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ABDÜLVAHAP TAŞKENT

081106120

İstanbul, Eylül 2010

T. C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**ALKOL VE/VEYA MADDE BAĞIMLILARI İLE
BAĞIMLILIĞI OLMAYAN BİREYLERİN
SAVUNMA MEKANİZMALARI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI, ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI, DİSOSİYATİF YAŞANTILAR VE
BAĞIMLILIK ŞİDDETİNİN SAVUNMA
MEKANİZMALARI
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ABDÜLVAHAP TAŞKENT

081106120

Danışman Öğretim Üyesi:

Doç. Dr. Figen KARADAĞ

İstanbul, Eylül 2010

ÖNSÖZ

Tüm eğitim hayatım boyunca başarı ve başarısızlarımda destekleriyle yanımda bulunan, kendime karşı şüpheye düştüğümde bile bana duydukları güvenle beni ayağa kaldıran, kendimi ve potansiyelimi tanımama yardımcı olan başta annem Sevinç TAŞKENT ve babam Abdülkadir TAŞKENT olmak üzere tüm AİLEME;

Tezin her aşamasındaki sıkıntı ve mutluluk anlarımda benimle birlikte olup derdime ve mutluluğuma ortak olan, bana ve çalışmama emek harcayan, sabır, takat ve motivasyonumu üst seviyede tutabilme sebebim olan Müge YORGANCI' ya;

Çalışmayı AMATEM' de yürütebilmem için desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Kadıköy Denetimli Serbestlik Şubesi' nde yürütebilmem için de desteğini esirgemeyen Şube Müdürü Mustafa Remzi KÖSE ve Sosyolog Fatma CÜRÜL' e

Vakit ayırarak çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara;

Tüm tez çalışması boyunca bana destek, sabır ve anlayış gösteren; bilgi, deneyim ve zamanını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Figen KARADAĞ'a;

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Vahap TAŞKENT

Alkol ve/veya Madde Bağımlıları İle Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

ÖZET

Bu çalışmada, alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireyler ile bağımlılığı olmayan bireylerin kullandıkları psikolojik savunma mekanizmalarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca bağımlılık şiddeti, çocukluk çağı travma ve disosiyatif yaşantı deneyimlerinin kullanılan savunma mekanizması üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Araştırmanın örneklemini Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Kliniği'nde yatarak ve ayaktan tedavi gören 9 kişi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de yatarak ve ayakta tedavi gören 25 kişi ve Kadıköy Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne alkol ve/veya madde bağımlılığı konusunda gönderilen 28 kişi ve İstanbul'da yaşayan herhangi bir madde kullanmayan normal sağlıklı 60 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara Savunma Biçimleri Testi 40 maddelik form (SBT-40), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 28 maddelik form (ÇÇTÖ-28), Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi (MAMTT) ve araştırmacı tarafından bu çalışma için oluşturulan kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Araştırmada istatistiksel değerlendirme "SPSS 15.0 for Windows" programı kullanılarak yapılmıştır ve yorumlanmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda ve yorumlamalarda, Mann-Whitney U testi, Ki-kare testi ve Independent Sample T testi, Regresyon Analizi, Pearson Korelasyon analizi

kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar için de MANOVA kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

Sonuç olarak yapılan çalışma ile alkol/madde bağımlılığı olan bireylerin nevrotik savunma mekanizmalarını bağımlılığı olmayan bireylere göre daha sık kullandığı belirlenmiştir. Çocukluk çağındaki travma deneyimleri, disosiyatif yaşantı deneyimleri ve bağımlılık şiddeti arasında pozitif bir korelasyon bulunmuş ve bunların immatür savunma mekanizmaları kullanımını arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca bağımlılığı olan kadın bireylerin erkek bireylere göre immatür savunma mekanizmalarını daha sık kullandığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: savunma mekanizmaları, alkol/madde bağımlılığı, bağımlılık şiddeti, çocukluk çağı travması, disosiyasyon

Alcohol and/or Drug Dependent Individuals with Non-Dependent Individuals Comparison About Defense Mechanism, Investigation of Childhood Trauma, Dissociative Experience and Severity of Dependence Effects on Defense Mechanisms

ABSTRACT

The purpose of this study is to compare alcohol and/or drug dependent individuals with non-dependent individuals about psychological defense mechanisms. In addition, the severity of dependence, childhood trauma and dissociative experiences effects on the selected defense mechanism were investigated.

Participants of experimental group were 9 inpatients or outpatients from Maltepe University Medical Faculty Hospital Alcohol and Drug Addiction Clinic, 25 inpatients or outpatients from Bakırköy Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital AMATEM Clinic and 28 person who send to Kadıköy Probation Office for legal causes about crime of drug use. Participants of control group were 60 person from Istanbul who healthy, normal and not use any substances.

To collect data use these tests to participants: Defense Style Questionnaire-40 (SBT-40), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Dissociative Experiences Scale (DES), the Michigan Alcohol and Substance Screening Test (MAST) and personal information forms were created by the researcher for this study. Research statistical analysis in "SPSS 15.0 for Windows" program has been used and interpreted. To comparisons between groups and interpretations, Mann-Whitney U test, Chi-square test and Independent Samples T-test, regression analysis, Pearson's

correlation analysis was used. And MANOVA was used for multiple comparisons. The level of Significance at $p < 0.05$ was adopted.

As a result of the study, alcohol/drug dependent individuals were used neurotic defense mechanisms more frequently than individuals without dependence. A positive correlation was found between experiences of childhood trauma, dissociative experiences and severity of dependence. And these situations increase use of immature defense mechanisms was found. In addition, dependent women individuals were used immature defense mechanisms more frequently than dependent male individuals.

Keywords: defense mechanisms, alcohol/drug dependence, severity of dependence, childhood trauma, dissociation

İÇİNDEKİLER

Özet	i
Abstract	iii
İçindekiler	v
Kısaltmalar	vii
Tablolar Listesi	viii
1. GİRİŞ	1
1.1 Bağımlılık	2
1.1.1 Bağımlılık Tanı Ölçütleri.....	4
1.1.2 Alkol Bağımlılığı	9
1.1.2.1 Alkol Bağımlılığının Tarihçesi	9
1.1.2.2 Alkol Kullanımının Yaygınlığı.....	10
1.1.3 Madde Bağımlılığı	13
1.1.3.1 Madde Bağımlılığının Tarihçesi	13
1.1.3.2 Madde Kullanımının Yaygınlığı.....	16
1.1.4 Bağımlılığın Etiyolojisi	21
1.1.4.1 Bağımlılığın Biyolojik Etkenleri	21
1.1.4.2 Bağımlılığın Psikososyal Etkenleri.....	23
1.1.4.3 Bağımlılığın Psikodinamik Etkenleri	24
1.2 Savunma Mekanizmaları	27
1.2.1 Savunma Mekanizmaları Kümeleri	31
1.2.1.1 İmmatür Savunma Mekanizmaları	31
1.2.1.2 Nevrotik Savunma Mekanizmaları.....	40
1.2.1.3 Olgun Savunma Mekanizmaları	44
1.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Disosiyatif Bozukluklar	47
1.3.1 Çocukluk Çağı Travmaları	47
1.3.2 Disosiyatif Bozukluklar	49
1.3.3 Travma, Disosiyasyon ve Bağımlılık Arasındaki İlişki.....	51
1.4 Araştırmanın Amacı	53

1.5 Araştırmanın Önemi	55
2. YÖNTEM.....	57
2.1 Örneklem.....	57
2.2 Veri Toplama Araçları.....	58
2.2.1 Sosyo-Demografik Veri Formu	58
2.2.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	58
2.2.3 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği.....	59
2.2.4 Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi.....	60
2.2.5 Savunma Biçimleri Testi	61
2.3 İşlem.....	62
3. BULGULAR.....	64
3.1 Sosyo-Demografik Özellikler.....	64
3.2 Araştırma Grubu Özellikleri.....	65
3.3 Araştırma Grubu ve Karşılaştırma Grubu Karşılaştırmaları.....	67
3.4 Araştırma Grubu Karşılaştırmaları	73
3.5 Araştırma Grubu Çoklu Varyans Analizleri.....	74
4. TARTIŞMA	79
4.1 Sosyo-Demografik Özellikler.....	87
5. KAYNAKÇA	89
6. EKLER.....	108
7. ÖZGEÇMİŞ.....	124

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DYÖ: Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi)

EGM-KOMDB: T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Ölçütü)

MAMTT: Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi

TMO: Toprak Mahsulleri Ofisi

SBT: Savunma Biçimleri Testi

UNOCD: United Nations Office on Drugs and Crime

Tablolar Listesi

<i>Tablo 1.1 Türkiye’deki Alkol Tüketimi (Litre)</i>	<i>12</i>
<i>Tablo 1.2 2008 Yılında Dünyadaki 15-64 Yaş Arasındaki Kişilerin Uyuşturucu Tipi ve Kullanımının Bölgelere Göre Dağılımı</i>	<i>17</i>
<i>Tablo 1.3 İstanbul Lise 2 Öğrencileri ile 2001 – 2004 Yıllarında Yapılan Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırmalarının Karşılaştırılması</i>	<i>20</i>
<i>Tablo 3.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırma İstatistikleri ..</i>	<i>64</i>
<i>Tablo 3.2 Araştırma Grubunun Diğer Özellikleri</i>	<i>65</i>
<i>Tablo 3.3 Araştırma Grubunun Tercih Maddesi, İlk Madde ve Ek madde Kullanımı</i>	<i>66</i>
<i>Tablo 3.4 Araştırma Grubunun Ailesinde Alkol Bağımlılığı, Madde Bağımlılığı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</i>	<i>67</i>
<i>Tablo 3.5 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Araştırma ve Karşılaştırma Grubu Karşılaştırma Tablosu</i>	<i>68</i>
<i>Tablo 3.6 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Araştırma ve Karşılaştırma Grubu Karşılaştırma Tablosu</i>	<i>69</i>
<i>Tablo 3.7 Savunma Biçimleri Testi Araştırma ve Karşılaştırma Grubu Karşılaştırma Tablosu</i>	<i>70</i>
<i>Tablo 3.8 SBT, DYÖ ve ÇÇTÖ’ nün Regresyon Analizi Sonuçları</i>	<i>71</i>
<i>Tablo 3.9 Araştırma Grubu DYÖ, ÇÇTÖ ve MAMTT ile Savunma Mekanizmaları Arasındaki Korelasyon Tablosu.....</i>	<i>73</i>
<i>Tablo 3.10 Değişkenlere Göre İmmatür, Nevrotik ve Olgun Savunmalara İlişkin Araştırma grubu MANOVA Testi Sonuçları</i>	<i>74</i>
<i>Tablo 3.11 Araştırma Grubu Cinsiyet Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları</i>	<i>75</i>

<i>Tablo 3.12 Araştırma Grubu Cinsiyet Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistikler</i>	<i>. 75</i>
<i>Tablo 3.13 Araştırma Grubunun Cinsiyet Değişkeni ve Savunma Mekanizmaları İkili Karşılaştırma İstatistikleri</i>	<i>..... 76</i>
<i>Tablo 3.14 Araştırma Grubu Yaş Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları</i>	<i>..... 77</i>
<i>Tablo 3.15 Araştırma Grubu İş Durumu Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları</i>	<i>..... 77</i>
<i>Tablo 3.16 Araştırma Grubu Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları</i>	<i>..... 78</i>
<i>Tablo 3.17 Araştırma Grubu Medeni Durum Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları</i>	<i>..... 78</i>

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bağımlılık birey olma süreci içindeki her insanın karşılaşacağı ve çözmesi gereken bir konudur. Özellikle bebeklik ve çocukluk çağındaki hayatı kendi başına idame ettirebilme yönündeki yetersizlik insanların anne, baba ve bakım veren kişilere karşı bağımlılık geliştirmesine yol açar.

Zaman geçtikçe ve insan büyümeye başladıkça, toplum ve sistem onu daha bireysel davranmaya, bağımlılıklarını gevşetmeye hatta koparmaya zorunlu kılar. Çeşitli faktörlerden dolayı bireysel olma ve otonom davranma durumlarında sıkıntı yaşayan kişilerin kopmak zorunda kaldıkları bağımlılıklarının yerine, yeni kişiler ve/veya şeyler koyma istekleri, bu sıkıntılarını dindirme çabası olarak değerlendirildiğinde anlam kazanacaktır.

Freud (1999) “Uygarlığın Huzursuzluğu” adlı yapıtında, dünyayı çekilir hale getirmenin ve acıdan kaçmanın en etkili yolunun kimyasal yol, yani keyif verici maddeler olduğunu söyler. Freud’a göre keyif verici maddeler mutluluk mücadelesinde ve acıdan kaçmakta öylesine rağbet görür ki, hem bireyler hem de halklar bunlara libido ekonomilerinde sarsılmaz bir yer ayırmışlardır. Bu maddeler yalnızca keyif vermezler, aynı zamanda kişiyi geçici olarak dış dünyadan bağımsızlaştırırlar. Keyif verici madde kullananlar, gerçekliğin baskısından kurtulur ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacak koşullar sunan kendi dünyalarına kaçarlar.

Geçtan (2006), Rado'nun alkolizmin nedenlerini açıklarken önemli olanın uyuşturucu madde olmadığını, önemli olanın onu kullanmak için gelişen dürtü olduğunu belirttiğini söyler. Bundan ötürü her türlü ilaç tutkusunu, tek bir hastalığın türleri olarak ele almak gerekir. Bazı insanların acı veren gerilimlere dayanıklılığı azdır ve zorlanma karşısında kolayca depresyona girerler. Oysa bu olumsuz duygu alkol yardımıyla derhal ortadan kalkar ve yerini artan bir güven duygusuna ve neşeye bırakır. Bir el hareketiyle bu sihirli maddeye ulaşıldığında acı ve keder biter, yerini tüm benliği kaplayan bir zevk duygusu alır. Ancak bir süre sonra depresyon kaçınılmaz bir biçimde geri döner ve neşeye duyulan isteği yeniler. Böylece ego, güvenini ve varlığını yapay bir yoldan sağlama alışkanlığı kazanır.

1.1 Bağımlılık

Bağımlılık kelimesi 19. yy' a kadar uyuşturucu ve hastalık anlamlarını içeren şimdiki kullanımından farklı hatta uzak bir anlamda kullanılıyordu. 19. yy' ın sonlarına doğru medikal tedavi gelişmelerinin de etkisi altında kalınarak alkol ve madde tüketiminde kötüye kullanımını tanımlamak adına yeniden anlamlandırıldı (Alexander, 2000).

Bağımlılık kelimesi farklı disiplinler ve öğretilerde kendine kullanım alanı bulsa da genel olarak ortak bir anlamı yansıtır: Bir kişinin veya şeyin varlığını sürdürebilme ve istediği yönde idame ettirebilmesi için bir şeye (insan, madde, internet, sex vs.) gereksinim duyma durumu.

Bireyi ilgilendiren bağımlılık kelimesi psikolojik ve fizyolojik bağımlılık olarak ikiye ayrılmaktadır.

Psikolojik Bağımlılık:

Ziyalar (1999)' a göre psikolojik bağımlılık, sıkıntı ve huzursuzluktan kurtulmak için devamlı ve tekrarlayan aralıklarla maddenin aranmasıdır ve bütün bağımlılık olgularında bulunan temel öğedir. Alındığında doyum, rahatlama ve zevk meydana gelir. Madde, yalnızca psikolojik bağımlılık oluşturmuş; ancak fiziksel bağımlılık yapmamışsa, kesilmesi yoksunluk sendromuna neden olmaz.

Ayrıca psikolojik bağımlılıkta;

1. Maddenin yeniden alınması yönünde aşırı ve güçlü istek olması,
2. Maddenin, miktarının artırılmasına gerek duyulmadan kullanılması,
3. Kullanılan maddeye bağlı zararlı etkilerin çoğunlukla kişisel sınırlar içinde kalması gibi özellikler bulunur (Köknel, 1998).

Fizyolojik (Fiziksel) Bağımlılık:

Kişinin bedeninin uzun süre ya da kısa ve düzenli olarak kullanılan bağımlılık yapıcı maddenin etkisine alışması, alışılan maddenin alınmaması ya da azaltılması durumunda ise, bedende yorgunluk belirtilerinin ortaya çıkmasıdır (Bektaş, 1991).

Belirli bir madde ile ilgili psikolojik bağımlılığın derecesi bireyler arasındaki farklılıklara göre şiddetlenip zayıflayabildiği halde, fizyolojik bağımlılık için böyle bir değişkenlik yoktur. Oluşan fizyolojik bağımlılığın derecesi, madde kesildiğinde yoksunluk sendromunun şiddeti ile ölçülür (Köknel, 1998).

Maddenin alınmaması ya da az alınması durumunda ortaya çıkan yoksunluk belirtileri, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ter, iştahsızlık, ishal, uykusuzluk, taşkınlık, kasılma, sara nöbeti gibi belirtilerdir. Maddenin kesilmesi ya da azaltılması yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmuyorsa, fizyolojik bağımlılıktan

söz edilemez. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti fizyolojik bağımlılığın kuvvetiyle doğru orantılı olarak artar (Köknel, 1998).

1.1.1 Bağımlılık Tanı Ölçütleri

Alkol ve madde kullanımı yüzyıllar öncesine dayanmasına rağmen ancak 1890'ların sonuna doğru kamuoyu ve tıp çevreleri uyuşturucu kullanımı ve alışkanlığı ile ilgili kaygı ve arayış içine girmiş, bunun sonucu olarak da bazı adımlar atılmıştır. İngiltere, A.B.D. ve Avrupa'daki tıp otoriteleri önlem alınması için çalışmalar başlatmışlardır. 1912'de uyuşturucu maddelerin kontrolü, trafiği ve benzeri önlemleri içeren uluslararası bir anlaşma imzalanmıştır (Yancar, 2005).

Normal içicilik ve bağımlılık arasındaki sınır, kullandığımız tanısal sınıflandırma sistemi tarafından belirlenmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından ilk olarak 1952' de yayımlanan 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I' (DSM I) ve 1968' de yayımlanan DSM II' de madde bağımlılığı ve alkolizm, "Sosyopatik Kişilik Bozukluğu" tanısının alt tipleri olarak sınıflandırılmıştır. Kullanılan maddelerin cinslerine göre sınıflandırılmaları ve bağımlılığın şiddetinin tanımlanmasına DSM II' de yer verilmiştir. 1980' de yayınlanan DSM III' de "kötüye kullanım" ve "farmakolojik bağımlılık" ayrı tanı grupları olarak kullanılmış, bağımlılık bozuklukları ayrı bir sınıflandırma grubu olarak kabul edilmiş, "ilaç" sözcüğü yerine "madde" sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır. 1987' deki DSM III-R bağımlılık kavramının sınırlarını olabildiğince genişleterek bağımlılık tanısını koymada hekim inisiyatifini daha ön plana çıkarmıştır. "Madde Kullanım Bozuklukları" terimi de "Psikoaktif Madde Kullanım Bozuklukları" olarak değiştirilmiştir. 1994'te son şeklini alan DSM IV' de ise DSM III' de yer alan fiziksel bağımlılık ölçütleri ayrıntılandırılmış, ön plana çıkarılmış ve

gidiş belirleyicileri eklenmiştir. Bu sistemde madde ile ilişkili önemli sorunlara rağmen kişinin maddeyi sürekli bir biçimde kullandığına işaret eden bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bir grup belirti ölçütü olarak değerlendirilmektedir. 1992’ de Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı ICD-10 tanısal sınıflandırma sisteminde bağımlılık ölçütleri DSM III-R sistemindeki tanı ölçütlerine önemli ölçüde benzerlik göstermektedir. ICD-10 sistemindeki altı ölçütten en az üçünün varlığı istenmiştir. Fiziksel bağımlılığı belirleyen iki ölçüt ise “olmazsa olmaz” ölçütleri olarak tanımlanmamıştır (Ceylan ve Türkcan, 2003).

ICD-10’ da alkolizmi karşılayan bölüm "bağımlılık sendromu” adıyla anılır. Alkolizm tanımından, yargılayıcı bir ifade olduğu gerekçesiyle kaçınılmıştır. ICD-10 bağımlılık sendromunu şöyle tanımlar:

"Madde (alkol) kullanımı sırasında ortaya çıkan ve kişinin önceden değer verdiği davranışlarına öncelik kazanan birçok fizyolojik, davranışsal ve bilişsel değişikliklerle belirli bir durumdur. Bağımlılık sendromunun ana tanımlayıcı karakteri (tıbben önerilmiş olsun olmasın) psikoaktif madde, alkol, tütün almak için arzu (sıklıkla güçlü, bazen önüne geçilmez) duymadır. Bir yoksunluk döneminden sonra maddeye tekrar dönüldüğünde bağımlı olma yan bireylere göre bağımlılık sendromu belirtilerinin daha çabuk çıktığı söylenir."

ICD-10'un ölçütleri, DSM IV ile benzerdir yalnız ICD-10'da "maddeyi almak için çok güçlü bir istek ya da zorlantı" ifadesi ayrı bir madde olarak belirtilmiştir. İstek ya da zorlamanın objektif olarak tespitinin güçlüğünü göz önüne alarak olsa gerek DSM IV bu ifadeye yer vermemiştir. Ayrıca DSM-IV te bağımlılık tanısını koymak için tolerans ve yoksunluk belirtileri şart değildir. Bu nedenle fiziksel

yoksunluk belirtileri ortaya çıkmadan kişilere bağımlılık tanısı koyarak daha erken dönemlerde hastanın yakalanmasına izin verir.

DSM IV' de yer alan 'madde kötüye kullanımı' ICD-10' da 'zararlı kullanım' olarak adlandırılmıştır. Bu alkol bağımlılığını karşılamayan, yoğun alkol kullanımı ile belirgin bir durumdur. ICD-10' da "maddeyi kullanan kişinin ruhsal ve bedensel sağlığı bu yüzden zarar gördüyse bu tanı konmalıdır. Zararlı kullanım çeşitli sosyal sorunlara yol açar ve başkaları tarafından eleştirilir" şeklinde açıklanmıştır. DSM IV de 'madde kötüye kullanımı' tanısı ölçütlerinde kişinin madde kullanımının toplumsal, işle ilgili, kişilerarası ilişkilerle ilgili ve yasal sorunlara yol açmış olması gerekmektedir.

Hazırlık aşamasında olan ve APA tarafından 2013' de yayına hazır hale getirilmesi beklenen DSM V' in internetten yayınlanan taslağında bağımlılık (dependece) kavramının sadece psikolojik bağımlılık için kullanılacağı, diğer alkol ve madde ile ilişkili problemler için 'Madde Kullanım Bozuklukları' teriminin kullanılmasının daha uygun görüldüğü belirtilmiştir. Böylece DSM V' te 'madde kötüye kullanımı' kavramının kaldırılması ve 'madde bağımlılığı' kavramının genişletilerek, madde kullanımına karşı duyulan şiddetli arzu (craving) ölçütü eklenmesi ve ölçütlere bir şiddet puanının verilmesi adının da 'madde kullanım bozukluğu' olarak değiştirilmesi hedeflenmektedir. Bu şiddet puanının, maddenin çeşitli kullanım şekillerinin belirlenmesi, aile geçmişi, majör depresyon ve antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkisine göre hesaplanması öngörülmektedir (APA, 2010).

Madde kullanımı ile ilgili bozukluklar DSM-IV' e göre sınıflandırılması şu şekildedir (APA, 2000):

Madde Kötüye Kullanımı Tanı Kriterleri:

A) Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri veya daha fazlasının bulunması:

1) Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması

2) Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örn. araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması

3) Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı

4) Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınları ile ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme

B) Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması

Bağımlılık Tanı Kriterleri:

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

1) Tolerans gelişmiş olması;

a) İstenen etkiyi sağlamak için kullanılan madde miktarının artması

b) Aynı miktarda madde kullanıldığında maddenin etkisinin azalması

2) Kesilme sendromunun görülmesi;

a) Madde alımı azaldığında ya da kesildiğinde öz konusu madde ile ilgili kesilme belirtilerinin ortaya çıkması.

b) Kesilme belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde ya da benzerinin alınması.

3) Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun sürelerle alınır (kişi başlayınca durduramaz).

4) Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar olması.

5) Madde kullanımı ile ilgili etkinliklere çok zaman harcama (örn. Madde elde etmek için çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma, birbiri ardına sigara içme, ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama).

6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakma ya da azaltma.

7) Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici olarak ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımını sürdürme.

1.1.2 Alkol Bağımlılığı

1.1.2.1 Alkol Bağımlılığının Tarihçesi

Alkol kelimesi Arapça' da bir şeyin özü, aslı anlamındaki "el küül (al kihl, el kuhl)" sözcüğünden gelmektedir (Emiroğlu, 2000; Öncü, Ögel ve Duran, 2001) "Kuhl" kaş boyamasında kullanılan antumuandan yapılan rastık tozu anlamına gelir. Dilimizde eskiden beri alkol karşılığı olarak kullanılan "ispirto" sözcüğü ise, Latince kökenli olup; ruh, soluk, yaşamın özü, yürekli, güçlü anlamlarını içeren "spiriitus"dan gelmiştir. Spiriitus sözcüğünden türetilen "spirit" batı dillerinde alkol dâhil birçok anlamda kullanılır (Kalyoncu ve Mırsal, 2000; Öncü, Ögel ve Duran, 2001).

Alkol kullanımı ve onunla ilgili sorunlar tarihin çok eski dönemlerine kadar dayanmaktadır. Alkol, birçok mitolojik hikâyeye, tiyatro oyunlarına, edebiyat eserlerine ve dinsel inanışa konu olmuştur. Anadolu, Mezopotamya, Mısır ve diğer Akdeniz bölgelerinde yaşamış ulusların alkol kullandıkları tarihsel kayıtlara geçmiştir. Eski Mısır, Yunan, Roma tarihçilerinin alkollü içkilerden söz ettikleri bildirilmektedir (Öncü, Ögel ve Duran, 2001). Nuh efsanesinde; büyük tufan sırasında Nuh'un gemisinde bulunan üzümün önce üzüm suyuna sonra şıraya ve şaraba dönüştüğü, tufandan sonra gemide bulunan insanların şarap içerek karaya ayak bastığı ve şarabı dünyaya yaydığı belirtilmiştir (Köknel, 1998).

Alkol ve alkol kullanımına tarih boyunca farklı toplum ve topluluklarda değişik biçimlerde yaklaşılmıştır. M.Ö. 2000 yılında şarap ticareti Hammurabi kanunlarında anlatılmıştır. Kimi toplumlarda ise içki kurban olarak sunulmuş, tanrılaştırılmıştır. Eski Atina'da içki tanrısı "Dionisos" veya Roma diliyle "Bacchus" zamanın zevk ve neşe dini olmuştur. Bunun bayramlarına ulusça katılma zorunluluğu

vardır. Öte yandan Atina Cumhuriyeti'nde Isparta beldesinde, Solon' un koyduğu kurallarla alkol yasaklanmıştır. Buna bağlı olarak, sarhoşlar sokaklarda teşhir edilmiş, suç işleyenler idam edilmiştir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000; Maden, 1991).

Dinlerin de alkolizme bakış açıları farklıdır. Örneğin, İslamiyet yasaklarken, Hıristiyanlık' ta kutsal şarapla vaftiz geleneği, bugün de bilinmektedir. Şarabın "İsa'nın kanı" olarak kutsal sayıldığı, dinsel törenlerin aracı durumuna geldiği bildirilmiştir (Köknel, 1998). Batıda kilisenin büyük kudret kazanmasından sonra manastırların geniş bağlarında şarap mahzenleri kurulmuştur. Zaten şampanyayı ve mantarı keşfeden ilk kişinin Papaz Don Perignon olduğu belirtilmektedir. Manastırlarda, hem ayinlerde içmek hem de kiliseye kazanç sağlamak amacıyla büyük miktarlarda şarap üretildiği bildirilmiştir. Musevilikte sarhoş olmamak koşuluyla içki içilmesi, dinsel bir gelenek olarak kalmıştır. Tevrat, şarabı "kullanılan en eski ilaç" olarak tanımlamıştır (Öncü, Ögel ve Duran, 2001).

Alkolizm kavramı ilk kez, 1856 yılında Stockholm Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. Magnus Huss tarafından kullanılmıştır. Huss ispiirtolu içkilerin neden olduğu bütün bozuklukları içeren bir kavram olarak ele aldığı alkolizmi, akut ve kronik olarak ikiye ayırmıştır (Kalyoncu ve Mırsal, 2000; Maden, 2001).

1.1.2.2 Alkol Kullanımının Yaygınlığı

Alkolün Avrupa' daki Kullanım Yaygınlığı

Anderson ve Boumberg' in 2006 yılında alkol kullanımı ile ilgili Avrupa Komisyonu için hazırladığı raporda AB15 olarak adlandırılan Avrupa' nın en büyük 15 ülkesi (Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Finlandiya, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere) ve AB10 olarak adlandırılan diğer Avrupa ülkeleri (Kıbrıs, Çek

Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Letonya, Litvanya, Malta, Polonya, Slovakya ve Slovenya) baz alınarak yapılan değerlendirmeler yer almaktadır.

Rapora göre alkol kullanımı 1970'lerin ortalarında yılda ortalama kişi başi 15 litre saf alkolle son zamanların en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Son yıllarda kişi başına yıllık 11 litre saf alkol tüketimi ile sürekli bir düşme eğilimi gösterse de Avrupa Birliği dünyanın en çok içki tüketilen bölgesidir. Son 40 yılda AB15 lkelerinin tüketim düzeylerinde, 1960 ile 1980 yılları arasında orta ve Kuzey Avrupa'da ki artışı, Güney Avrupa'da ki azalma dengeleyerek, harmonizasyon sağlanmıştır. Her ne kadar AB10 lkelerinde halen önemli değişiklikler olsa da AB10 lkelerinde ortalama tüketim, daha önce hiç olmadığı kadar AB15 ülkelerine yaklaşmıştır. Avrupalıların çoğu alkol kullansa da, 55 milyon yetişkin (%15) hiç içki içmemektedir. Bunu ve kayıt dışı tüketimi de hesaba katarsak, yıllık içki tüketimi, içen başına 15 litreye ulaşmaktadır.

Mevcut alkol tüketiminin yarısından biraz azı bira (% 44) halinde, geri kalan şarap (% 34) ve sert alkollü içki (% 23) olarak tüketilmektedir.

266 milyon yetişkin günde 20 gr (kadınlar) veya 40 gr (erkekler) kadar içki içerken, 58 milyondan (% 15) fazla yetişkin her gün bu düzeyin üzerinde alkol tüketmektedir. Bunların da 20 milyonu (% 6) günde 40 gr (kadın) veya 60 gr (erkek) dan fazla alkol tüketmektedir. İçki içme düzeyi yerine bağımlılık durumuna bakılırsa, 23 milyon Avrupalının (erkeklerin % 5'i, kadınların % 1'i) herhangi bir yılda alkol bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir.

Raporda yer alan bir başka bilgiye göre 15–16 yaşındaki öğrencilerin yaklaşık tümü (>% 90), yaşamlarının herhangi bir döneminde sarhoş olmuşlardır. Bunların ortalama alkole başlama yaşları 12,5'dur ve ilk kez 14 yaşında sarhoş olmuşlardır. 15

-16 yaşındaki çocukların bir seferde içtikleri ortalama alkol miktarı 60 gramın üzerindedir. Bu değer düşük alkol tüketiminin olduğu Avrupa'nın güneyinde 40 grama ulaşmaktadır. 15–16 yaşındaki çocukların sekizde birinden (% 13) fazlası yaşamlarında 20 kereden fazla sarhoş olmuşlardır.

Alkolün Türkiye' deki Kullanım Yaygınlığı

Şahin (2008)' in Tüketiciler Birliğinin için hazırladığı 2008 Alkol Raporu' na göre son yıllarda Türkiye' deki alkol tüketimi *Tablo 1.1* de gösterilmektedir.

Tablo 1.1 Türkiye' deki Alkol Tüketimi (Litre)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BİRA	450.756.024	761.185.719	754.345.614	730.873.505	782.622.128	851.408.966
RAKI	30.132.518	42.021.168	41.941.601	44.180.163	39.985.005	41.890.945
ŞARAP	14.016.646	25.401.527	23.860.412	20.713.138	20.328.528	35.564.605
DİĞER	10.568.882	11.201.406	10.410.504	11.726.903	9.776.227	14.955.436
TOPLAM	505.474.070	839.809.820	830.558.131	807.493.710	852.711.887	943.819.952

Tabloda da görüldüğü üzere alkol tüketimi 2003 – 2008 yılları arasında beş yıl içerisinde iki katına çıkarak yaklaşık 950 milyon litreye ulaşmıştır. Türkiye'de tüketilen alkol miktarının yaklaşık %90 nını bira tüketimi oluşturmaktadır.

Rapora göre beş yıl içerisinde alkol tüketimindeki bu hızlı artışın nedenleri gelişen satış ve pazarlama teknikleri, hızlı sosyal ve ekonomik değişiklik, sivil çatışma, yoksulluk, evsizlik ve izolasyon olarak sıralanmaktadır.

Rapora göre 2006 yılı itibariyle alkole başlama yaşı 11'e kadar düşmüştür. 15 yaş üzeri kişi başı saf alkol tüketimi 1-1,29Lt olmakla birlikte, ilköğretim öğrencileri

arasında alkol kullananların oranı % 15,4 olarak hesaplanmıştır. Ortaöğretimde yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullananların oranı % 45 – 50, son bir ayda en az bir defa alkollü içki içme oranı % 16,5, (erkeklerde % 31,5 ve kızlarda % 10,6) üniversite öğrencilerinde alkol kullanım yaygınlığı % 43,0 – 53,9 olarak hesaplanmıştır.

İlk alkol alma yaşının 11'e kadar düşmesinde arkadaş baskısı, sosyal ve psikolojik sebeplerin yattığı öne sürülmüştür. Alkole yönelimin ana nedeni olarak ise alkolün kolay erişilebilirliği ve özendirici olarak sunumu gösterilmiştir.

1.1.3 Madde Bağımlılığı

1.1.3.1 Madde Bağımlılığının Tarihçesi

Bağımlılık yapan maddeler, insanlık tarihinin başlangıcından beri, ağrı kesici, keyif verici ve hastalıkları iyileştirici olarak kullanılmaktadır. Bitkisel kökenli afyon, esrar, kokain ve meskalin gibi doğal kaynaklı maddeler dini amaçlarla ruhi durumu değiştirme amacıyla kullanımı tarih öncesi devirlere uzanmaktadır. Tarihsel süreç içerisinde tıbbi amaçlarla kullanılmış; keyif verici özelliği nedeniyle bu amaçla tüketimlerinde artış olmuştur. Bu türden tüketimi besleyecek arz da beraberinde şekillenmiş, küresel düzeyde ülkeler ile kıtalar bazında değişkenlik gösteren bir arz talep oluşmuştur (Davison ve Neale, 2004).

Milattan altı bin sene kadar önce Mezopotamya' da haşhaştan elde edilen öz suya, zevk ve saadet manasına gelen “gil” adı verildiği ve ilaç olarak özellikle öksürük kesmek, karın ağrılarını durdurmak veya çocukları sakinleştirmek için kullanıldığı, Sümerler' e ait tabletlerin çözümünden anlaşılmıştır. Yine bunun yanında pek çok mezar kabartmasında, haşhaş toplamasına dair figürlere

rastlanılmıştır. Türkiye’ de bazı bölgelerimizde hala afyon sütüne ‘‘gil’’ denilmektedir (zden, 1992; Songar, 1974).

18. yy’ a kadar afyonu ağrı kesici ve uyku verici olarak kullanan Çinliler, İngiltere’ nin Hindistan’ da şirket kurup in’ e bol miktarda afyon ihraç etmeye başlamasıyla, yaygın şekilde afyon kullanma alışkanlığı kazanmışlardır. Kullananların sayısı nüfusun %25-27’ sine ulaşıp, binlerce kişi afyon kullanımından ölünce in hkmeti afyon ithalatını yasaklamıştır. Ancak yüksek kazançlı bu işe son vermek istemeyen İngiltere, tüccarlarının hakkını korumak gerekçesiyle in sahillerini bombalamıştır. Tarihte bu savaşa ‘‘Afyon Savaşı’’ denilir. Savaş sonunda Çinliler Honkong’ u kaybetmişler ve afyon ithalatını yasaklayan kanunları da kaldırmak zorunda kalmışlardır. Bunu takiben in’ e yapılan afyon ithalatı daha da artmış ve afyon alışkanlığı bütün in’ e hatta Kore, Vietnam, Laos, Kamboçya, Tayland, Endonezya, Burma ve Filipinlere kadar yayılmıştır (Demirhan, 1996; Köknel, 1983)

Tıp alanında afyonun kullanılabilirliğini arttırma yönünde yapılan çalışmalar sonucu Hannoverli farmakolog Friedrich Helm Sertusner 1806 yılında morfini buldu. Buluşuna da Yunan rüya tanrısı Morpheus’ ya atfen morphium adını verdi. Kimyager Felix Hoffman, 1897 yılında morfin bağımlılığı tedavisinde kullanılmak üzere, morfenden üç kat daha kuvvetli bir başka madde elde etti. Bayer firması bu ilaca heroin (eroine) adını vererek piyasaya srmştir. Heroin isminin konulmasında ‘‘heroisch’’ kelimesinden etkilenildiği düşünülmektedir, bu kelime almanca görkemli anlamına gelmektedir (Booth, 1996). 1898’den 1910 yılına kadar eroine bağımlılık yapmayan morfin ismiyle pazarlanmıştır, ayrıca çocuklar için öksürük ilacı olarak satılmıştır. Eroinin karaciğerde parçalanarak morfine dönüştüğünün, bağımlılığa ve lme yol atığının anlaşılması üzerine ilaç piyasadan çekilmiştir (Babaoğlu, 1997).

1859 yılında Alman Kimyager Nieman Geotingen Güney Amerika' da yerlilerin koka yapraklarını çiğneyerek yorgunluklarını giderdiklerini keşfetmiştir. İnkaların Peru' da koka adı verilen bitkiyi yetiştirip yapraklarını yaralarda kullandıkları bilinmektedir. Menşei Güney Amerika olan kokain daha sonra kullanılması, taşınması ve gizlenmesi eroin gibi kolay olduğundan süratle diğer ülkelere yayılmıştır (Kurt ve Kurt, 2007).

Birçok uygarlığa ev sahipliği yapmış olan Anadolu'da, haşhaş ekimi, afyon üretimi ve bu maddeleri kullananlar ile bunları sağlayanlara ilişkin ilk düzenleme Fatih Sultan Mehmet döneminde gerçekleştirilmiştir. IV Murat döneminde afyon, tütün ve kahve kullanımı yasaklanmıştır. 1811 yılında haşhaş ekimi yasaklanmış, 1826 yılında afyon alım satımına devlet tekeli konulmuştur. 1830 yılında alım satımı belgeye bağlanmış, 1912 yılında ise La Haye' de yapılan uluslararası toplantılara Osmanlılar da katılmış, anlaşma uyarınca haşhaş ekimi sınırlandırılmış ve afyon üretimi, alım-satımı devlet denetimine alınmıştır (Uzgören, 2001).

1938-1971 yılları arasında ülkemiz, dünya yasal afyon pazarının %50-55'ine sahip olmuştur. 1970'li yıllarda bütün dünya ülkemizi yasal olmayan afyon trafiğinden sorumlu tutmaya ve suçlamaya başlamış ve 1971 yılında afyon üretimi, hükümet tarafından tamamen yasaklanmıştır. Bu yasak, afyon üretimi tek geçim kaynağı olan 1,5 milyon insanı etkilemiş ve topraklarında afyondan başka herhangi bir mahsulün yetişemeyecek olması bu insanları yoksulluğa sürüklemiştir. 1974 yılında ise bu yasak kaldırılmıştır. Haşhaş ekimi, kontrole tabi tutularak, ekim alanları Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmiştir. Daha önceleri haşhaş kapsülünün çizilmesi yöntemiyle yapılan hasat tamamen yasaklanmış, haşhaş kapsülleri çizilmeden TMO tarafından satın alınarak, Bolvadin'de 1981 yılında kurulan

Alkaloid Fabrikasına işlenmek üzere gönderilmeye başlanmıştır. Fabrika üretiminin %90-95'i ihraç edilmektedir (EGM-KOMDB, 2010).

Günümüzde Türkiye coğrafi konumu itibariyle Asya ve Avrupa kıtalarının birleştiği yerde bir kesişim noktası durumundadır. Ayrıca doğusunda üretim bölgelerinin, batısında ise tüketim bölgelerinin bulunması ve Balkan Yolu üzerinde yer alması nedeniyle de bir transit nokta niteliğine sahiptir. Konumundan dolayı, eroin trafiğinden transit ülke olarak etkilenen Türkiye, bu durumun yol açtığı uyuşturucu kullanım problemiyle de karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca ülkemiz, doğudan batıya doğal uyuşturucuların trafiğinden etkilenirken, batıdan doğuya ise kimyasal ve sentetiklerin kaçakçılığından etkilenerek çift taraflı bir akıma maruz kalmaktadır (Zor, 2005).

1.1.3.2 Madde Kullanımının Yaygınlığı

Maddenin Dünya ve Avrupa' daki Kullanım Yaygınlığı:

Bağımlılık yapan maddelerin keyif verici özelliğinin keşfedilmesi ve insanlarda vazgeçilmez alışkanlıklar oluşturmasıyla tüketimde artış olmuş ve tüketimi karşılamak arz-talep dengesini sağlama ve bundan büyük karlar elde etme, bir mücadele ortamının dogmasına neden olmuştur. 19. yy' da Çin ve İngiltere arasında yapılan I. ve II. Afyon savaşlarında olduğu gibi, ülkeler savası bile göze almıştır.

Günümüzde, bağımlılık yapan maddelerin toplum ve birey sağlığını tehdit etmesi, ülke ekonomileri üzerindeki olumsuz etkileri, 19. yy. sonu ve bu yüzyılda hukuksal bir suç olması sonucunu göstermiştir. Ancak bağımlılık yapan maddelerin suç sayılması konusunda bütün dünya ekonomilerinden tam bir anlamsa sağlanmış denemez. Çünkü hala birçok ülkede üretimi, kullanımı ve ticareti serbesttir ve hatta devletler tarafından destek görmektedir (Bilgen, 1998).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesi (United Nations Office on Drugs and Crime, UNOCD)' nin 2010 yılı Dünya Uyuşturucu Raporu' na göre dünya genelindeki 15-64 yaş arası 4,4 milyar insandan 16 ila 38 milyon arası insanda (%0,36 - %0,86) madde kullanımına bağlı bir problem olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde 15-64 yaş arası insanlardan 155 ila 250 milyon arası insanın (%3,52 - %5,68) hayatlarında en az bir kere uyuşturucu madde kullandığı tahmin edilmektedir.

Rapora göre esrar dünya genelinde en çok tercih edilen uyuşturucu maddesi olurken, 15-64 yaş arası insanların %2,9 ila %4,3 arası insan tarafından kullanılmaktadır. Kullanım oranı olarak en çok Okyanusya kıtasında (%9,3 - %14,8) tercih edilen esrar, ikinci olarak en çok Amerika kıtasında (%6,3 - %6,6) kullanılmaktadır.

UNOCD' nin 2008 yılında yaptığı araştırmada 15-64 yaş arasındaki dünya genelindeki insanların uyuşturucu tipi ve kullanımının bölgelere göre dağılımı Tablo 1.2' de yer almaktadır.

Tablo 1.2 2008 Yılında Dünyadaki 15-64 Yaş Arasındaki Kişilerin Uyuşturucu Tipi ve Kullanımının Bölgelere Göre Dağılımı

	<i>Geçmiş Yıllardaki ESRAR Kullanıcıları</i>	<i>Geçmiş Yıllardaki EROİN Kullanıcıları</i>	<i>Geçmiş Yıllardaki KOKAİN Kullanıcıları</i>	<i>Geçmiş Yıllardaki AMFETAMİN Kullanıcıları</i>
	<i>En düşük - En yüksek</i>	<i>En düşük - En yüksek</i>	<i>En düşük - En yüksek</i>	<i>En düşük - En yüksek</i>
AFRİKA	27.680.000 – 52.790.000	680.000 – 2.930.000	1.020.000 – 2.670.000	1.550.000 – 5.200.000
AMERİKA	38.210.000 – 40.030.000	2.290.000 – 2.440.000	8.720.000 – 9.080.000	4.760.000 – 5.890.000
ASYA	31.510.000 – 64.480.000	6.460.000 – 12.540.000	430.000 – 2.270.000	4.430.000 – 37.990.000
AVRUPA	29.370.000 – 29.990.000	3.290.000 – 3.820.000	4.570.000 – 4.970.000	2.500.000 – 3.190.000
— <i>Batı/Doğu</i>	20.850.000 – 20.990.000	1.090.000 – 1.370.000	4.110.000 – 4.130.000	1.600.000 – 1.170.000
— <i>Doğu/GüneyDoğu</i>	8.520.000 – 9.010.000	2.210.000 – 2.460.000	470.000 – 840.000	900.000 – 1.480.000
GLOBAL TOPLAM	128.910.000 – 190.750.000	12.840.000 – 21.880.000	15.070.000 – 19.380.000	13.710.000 – 52.900.000

Kaynak: UNOCD. (2010). *World Drug Report 2010*, United Nations Office on Drug and Crime, s.15

Tabloda da görüldüğü üzere Avrupa’ da en çok tercih edilen uyuşturucu tipinin dünyada da en çok tercih edilen kenevir (kenevirden elde edilen esrar ve marijuana) olduğu görülmektedir. Orta ve Batı Avrupa’ da esrar Doğu ve Güneydoğu Avrupa’ ya nazaran daha çok tercih edilirken, opiyat türü uyuşturucular (eroin, morfin, hidromorfin, metadon ve kodein) Doğu ve Güneydoğu Avrupa’ da daha çok tercih edilmektedir.

Dünya’ da madde bağımlılığı sorununun geldiği boyutu anlayabilmek için, yılda üretilen madde miktarına bakmak yeterlidir. Madde olarak kullanılan ve ayrıca birçok maddenin yapımında kullanılan afyonun dünya genelinde birçok ülkede üretimi yapılmaktadır. UNODC’ nin 2005 Yılı Dünya Uyuşturucu Raporuna göre; 2004 yılı dünya yasadışı afyon üretiminin %86,5’i 4200 ton ile Afganistan’ da ve %7,6’ sı 370 ton ile Myanmar’ da gerçekleştirilmiştir. Bağımlılık yapan madde yakalamaları, 1985 ve 2003 yılları arasında dünyada 4 kat artmış ve bu yakalamaların yarıdan fazlasını esrar, %25’ ini afyon ve türevleri, %10’ unu amfetamin ve %7’ sini kokain yakalamaları oluşturmaktadır (EGM-KOMDB, 2005).

Maddenin Türkiye’ deki Kullanım Yaygınlığı:

Türkiye’ de bu konuda yapılan geneli kapsayan ilk araştırma Kamu Sektörü ve Türk Psikologlar Derneği tarafından yapılmıştır. Araştırmaya 15 – 64 yaş arası 7681 kişi katılmıştır ve yapılan anket çalışması ev ortamında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Alkol ve sigara dışında kalan bağımlılık yapıcı madde kullanımı %0,3 ömür boyunca en az bir kez madde kullanımı %1,3 olarak tespit edilmiştir (EGM-KOMDB, 2009). Madde kullanım yaygınlığı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek,

15-24 yaş grubunda da 25 yaş üstü grubuna göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur (Ögel, 2005).

Türkiye’de bu konuda yapılan ESPAD (Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi) araştırması, UNODC tarafından 2003 yılında altı ilde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, İzmir, Samsun) gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre Türkiye’de 15-64 yaşları arasındaki afyon ve türevi madde kullanıcılarının ortalama oranı %0,05; uçucu madde kullanıcılarının ortalama oranı ise %0,06 olduğu tahmin edilmektedir (EGM-KOMDB, 2009).

Bu çalışmada; erkek ve genç nüfusta esrar, eroin ve ekstazi kullanımının oldukça yaygın olduğu; ergen, genç erişkinlerde ve özellikle sokak çocuklarında uçucu madde kullanımının daha yaygın olduğu saptanmıştır. İlk kullanım yaşı uçucu maddeler için 11, esrar ve ekstazi için 16–17’ dir. Genel olarak tüm maddeler için ilk kullanım yaşı 25’ in altındadır. Madde kullanıcılarının pek çoğunun yaşı 15–34 arasında değişmektedir. Araştırma yapılan illerin tamamında uçucu madde, esrar, ekstazi, benzodiyazepinler, eroin ve damar yolundan madde kullanım eğiliminin artmakta olduğu saptanmıştır. Bu artış eğiliminin iki önemli nedeni olarak, elde edilebilirliğin kolaylaşmasını ve fiyatların düşmesini göstermişlerdir (Yüncü ve ark., 2007).

Ögel, Çorapçıoğlu, Sır ve ark. (2004)’ in 2001 yılında 9 ayrı ilde 11.989 ilköğretim ve 12.270 ortaöğretim öğrencisi (10-12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan çalışmada, ilköğretim grubunda yaşam boyu madde kullanım yaygınlıkları esrar için %0.4, uçucu madde için %3, diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler içinse %0.4 bulunmuştur Ortaöğretim öğrencilerinde bu oranlar esrar için %3, uçucu maddeler için %4.3, eroin için %2.1, ekstazi için 1.3 ve kokain içinse %1.2’ dir.

Ögel (2005), İstanbul ilinde lise 2. sınıflar ile 2001 (Ögel ve ark., 2004) ve 2004 (Ögel ve ark., 2005) yıllarında yapılan iki araştırmanında yöntemi aynı olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle her iki araştırmanın karşılaştırılabileceği ileri sürülmektedir. Bu iki araştırmanın sonucunun kıyaslaması Tablo 1.3 ' te gösterilmektedir.

Tablo 1.3 İstanbul Lise 2 Öğrencileri ile 2001 – 2004 Yıllarında Yapılan Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırmalarının Karşılaştırılması

	Yaygınlık (%)		Mutlak değişim	% Değişim
	2001	2004	(2004 - 2001)	(2004 - 2001)
Tütün	58.9	34.1	- 11.9	-72.7**
Alkol	58.2	49.5	- 7.0	-17.6**
Esrar	3.3	5.8	2.5	75.7**
Uçucular	4.2	5.9	1.7	40.5*
Benzodiazepin	3.8	4.4	0.6	15.8
Flunitrazepam	1.3	3.7	2.4	184.6**
Ecstasy	0.8	3.1	2.3	287.5**
Eroin	0.8	1.6	0.8	100.0*

* p< 0.05; ** p< 0.001

Kaynak: Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 1(47). 61-64

Her iki araştırmanın verileri kıyaslandığında tütün ve alkol dışındaki tüm maddelerin kullanım yaygınlığında bir artış görülmüştür. Mutlak değişim değerlerinde en yüksek artışı gösteren maddeler sırasıyla esrar, flunitrazepam, ekstatizi, uçucular, eroin ve benzodiyazepinlerde olarak görülmüştür. Bu artış yüzdelik değişime vurulduğunda iki araştırma arasında ekstatizi kullanım yaygınlığının %287.5 arttığı görülmüştür. Flunitrazepam, eroin, esrar, uçucu ve benzodiyazepin kullanımında da belirgin artışlar söz konusudur. Tütün kullanım

yaygınlığı %72.7, alkol kullanım yaygınlığı ise %17.6 oranında düşmüştür. Hem tütün ve alkol kullanımındaki düşüş hem de benzodiyazepin hariç diğer maddelerin kullanımındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ögel, 2005).

Yükseköğrenim öğrencileri ile yapılan araştırmalar bakıldığında 1999-2000 öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada 121 Dönem II öğrencilerinin %11.7'sinin yasal olmayan madde kullanmayı düşündüğü, %6.7'sinin bir madde denediği gösterilmiştir (Akvardar ve ark, 2001).

2005 yılında Boğaziçi Üniversitesinde gerçekleştirilen bir çalışmaya farklı sınıflarda eğitim gören 735 öğrenci katılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %9.2, ekstazi kullanımı %2.7, uçucu madde kullanımı %1.2, eroin kullanımı %0.3, benzodiazepin kullanımı %3.4 ve flunitrazepam kullanımı %0.6, kokain kullanımı ise %0.4 bulunmuştur (Taner, 2005).

1.1.4 Bağımlılığın Etiyolojisi

1.1.4.1 Bağımlılığın Biyolojik Etkenleri

Alkol ve madde bağımlılığında genetik etkinin varlığını araştırmak için aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları klasik olarak yapılmaktadır. Bu çalışmalar daha çok alkol kullanımı üzerinde yapılmıştır ve alkol kullanımında önemli bir genetik etkinin bulunduğu gösterilmiştir. Çoğu çalışma bu etkinin kadınlarda da erkekler kadar yüksek olduğu yönünde sonuç vermiştir (Prescott ve ark., 2000).

Alkol bağımlılığı genetik temelini olduğu ilk kez laboratuvar fareleri üzerindeki çalışmalarda ortaya çıkarılmıştır. Mc Cleary ve Rogers, C57 adı verilen

ve alkolü tercih eden bir akraba fare nesli üreterek bunu göstermiştir. İnsanlardaki ilk kanıtlar ise 1972 yılında Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından yürütülen bir araştırma ile elde edilmiştir. Bu araştırmada, biyolojik anne ve/veya babası alkol bağımlısı olan ve evlat edinilmiş olan çocukların alkol alma eğilimlerinin olduğu gösterilmiştir (Abay ve Ateş, 2001). Konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada birinci derece akrabalarında alkolik bulunanların karşılaştırma grubuna göre daha yüksek oranlarda alkolizm gelişme riskiyle karşı karşıya olduğunu göstermektedir (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999; Yüncü ve Savaş, 2007; Şengül ve Herken, 2009).

Genetik yatkınlık ile ilgili yapılan çalışmalarda kromozom üzerindeki GABA ve dopamin reseptörleri ile alkol kullanımı arasındaki bağlantılar üzerinde durulmaktadır.

Yapılan çalışmaların sonuçları, alkol bağımlılığı ile ilişkili bir genetik anomalinin diğer madde bağımlılıkları, kompulsif ya da impulsif bozukluklar gösteren kişilerde de yüksek sıklıkta görüldüğünü ortaya çıkarmıştır (Abay ve Ateş, 2001).

Madde bağımlılığı ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçlarında, tek yumurta ikizlerinde kardeşlerden birinde madde bağımlılığı varsa diğerinde gelişme olasılığı %78-80'e kadar yükselebildiği görülmektedir. Bu oran evlat edinilmişler üzerinde yapılan çalışmalarda da yüksektir. Bağımlı ebeveynler ile ya da bağımlı davranışlarının kabul gördüğü çevre içinde büyüyen çocuklarda bağımlılık gelişme olasılığı normal popülasyona göre belirgin derecede farklılık göstermektedir. Alkol ve madde kullanmayan ailelerde de baskılı ya da gevşek, tutarsız eğitim biçimi, aile içindeki iletişim bozukluğu, duygu alışverişinin olmaması, diğer sağlıksız aile

yapıları, çocuğun aileden uzaklaşması ve madde kullanan altkültürlerle tanışmasını kolaylaştırır (Beyazyürek ve Şatır, 2000).

1.1.4.2 Bağımlılığın Psikososyal Etkenleri

Bir insanın davranışını başlatma, sürdürme ve şekillendirmesinde çevrenin etkisi yadsınamaz. Özellikle psikiyatrik hastalıkların neredeyse tümünde, kalıtsal mirasın ağırlığı ve yönü hangi şekilde olursa olsun, çevresel tetikleyiciler olmadan hastalığın ortaya çıkma ihtimalinin düştüğü, konu ile ilgili her araştırmada görünen bir sonuçtur.

Alkol ve madde kullanımının kabul görmesinde, kültür/altkültürünün doğmasında, toplumsal süreçler içinde gelişmesinde ve yayılmasında bu maddelerin mitolojik öykülerde, efsanelerde, ilkel dinlerde, hatta Hristiyanlık, Yahudilik gibi semavi dinlerde, şiirlerde, şarkılarda, türkülerde, öykülerde, anılarda, romanlarda yer almasının etkisi ve rolü olduğu görüşü kabul edilmiştir (Köknel, 1998; Öncü ve ark., 2001).

Bir toplumda madde kullanımı kabul görüyorsa, madde kullanan kişi sayısı da artacaktır. Diğer kullanıcılar yeni başlayanlara nasıl kullanılacağını öğretebilirler. Toplum yaşamında bu normal olarak kabul edilmiştir. Kullanmayan bir kişi madde kullanmaya başlayarak, kullanan kişilerin grubuna girmeye, sosyal kabul ve destek görmeye çalışacaktır. Bir toplum içinde yaygın madde kullanımı varsa, kişi bu maddelerin nasıl kullanıldığını kolayca öğrenecek, kullanarak sosyal kazançlar elde edecektir (Ögel, 2005) .

Madde kullanımına sebep olan çevresel risk faktörleri üzerine yapılan çalışmalarda arkadaş özellikleri ve arkadaş etkisi ön plana çıkmaktadır (Erdem ve ark., 2006; Van Der Bree ve Pickworth, 2005). İstanbul’ da 2004 yılında 10. Sınıf

öğrencileri ile yapılan 3843 kişinin katıldığı araştırmada, madde kullanan arkadaşı olanların, madde kullanma riski yaklaşık 6 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum, ‘akran baskısı’ na işaret etmektedir. Ergenlik döneminde ailesinden ayrılmaya çalışarak arkadaşlarına yakınlaşan ergenin, dâhil olduğu grubun özellikleriyle özdeşleşerek benzer davranışlar göstermesi beklenebilir bir durumdur (Erdem ve ark., 2006).

Türk kültüründe en çok kullanılan psikoaktif madde olan alkol, en eski ve zengin altkültüre sahiptir. Alkollü içkiler zaman zaman, edebiyata da konu olmuştur. Nedim'in gazellerinde, Kağıthane ve saray eğlencelerindeki “mey” ve “badeleri” (mey ve bade kelimeleri eski Türkçe’ de şarap anlamında kullanılmaktadır) dile getirilmiştir. Ömer Hayyam'ın şiirlerinde ise modern "Dionisos" tarikatlarına dönüştürülmüştür. Alfred de Musset, Edgar Allen Poe ve “rakı şişesinde balık olmak istiyorum” diyen Orhan Veli gibi ünlüler, genç yaşta alkolizmin kurbanı olmuşlardır. İçki felsefesini şiirlerine yansıtan ünlü Türk yazarları arasında Neyzen Tevfik, Ahmet Rasim, Hüseyin Rahmi ön plana çıkmıştır (Maden, 1998).

1.1.4.3 Bağımlılığın Psikodinamik Etkenleri

Akvardar (2003)’ ın bildirdiğine göre Freud, arkadaşı Wilhelm Fleiss’a 1897’ deki mektubunda, mastürbasyonu, majör alışkanlık ve “primer bağımlılık” olarak tanımlamakta, alkol, morfin, tütün gibi bağımlılıkların onun bir ikamesi olarak geliştiğini belirtmektedir. Freud’ a göre infantil mastürbasyon hem çekici gelmekte, hem de suçluluk duygusu yaratmaktadır. Sıklıkla ebeveynler tarafından yasaklanır, çocuklar da bu yasağı içselleştirirler. Dürtüsel doyum isteği ve içselleştirilmiş yasak arasında bir savaş sürer gider. Mastürbasyona karşı savaş her zaman kaybedilir. Ancak mastürbasyona geri dönüş, suçluluk duygusu, anksiyete ve çözüm

bulamamaktan kaynaklanan kendilik değeri kaybı eşlik eder. Mastürbasyon daha sonra bu suçluluk duygusu ve anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılabilir. Bir kısır döngü oluşur. Sonraki bağımlılıklar, sadece orijinal bağımlılık olan mastürbasyonun yerine geçmekle kalmayıp, yineleyerek mastürbasyonu çözme başarısızlığı nedeniyle oluşan kendilik değeri kaybının üstesinden gelme girişimleridir. Günümüzde infantil mastürbasyonun ayrılma-bireyselleşme sürecinde önemli rol oynadığına inanılmaktadır; çocuğun otonomisini kazandığı, kendisini rahatlatmayı öğrendiği ve yeterlilik duygusunu yapılandırdığı bir araçtır. Eğer sonraki bağımlılıkların, ilk bağımlılığın sembolik olarak temsil edilmesi olduğunu düşünürsek, onlarda aynı amaca hizmet etmelidirler.

Freud' a göre bağımlılık, yasaklanmış istek (mastürbasyon) nedeniyle kendini cezalandırma amacına hizmet eder. Freud aşılması en zorlu direncin; cezalandırılma isteği ve hastanın iyi olmayı hak etmediği duygusu ile görülen süperego direnci olduğunu belirtir. Bu direnç alkol kötüye kullanımı için doğrudur. İçen kişi sıklıkla alkol içtiği için kendisini cezalandırmak üzere içmeyi sürdürür. Freud' un teorisi bağımlılığın narsistik yapısını da aydınlatmaktadır. Alkol, alkol kötüye kullanan kişinin sevgi objesi haline gelir, alkol kendiliğın bir uzantısı olarak ya da kişinin birleştiği omnipotan (tümgüçlü) bir madde olarak yaşanır. Aynı zamanda alkol bağımlılarının içtiklerinde yaşadıkları kendilik değeri kaybı narsistik patolojiye işaret eder. Freud' un 'yineleme kompülsiyonu' teorisi de alkolizmi açıklamakta önemlidir. Kişi, alkol kullanımını kontrol edebileceğini ispat etmek için alkolü tekrar tekrar kullanır. Aslında bağımlılıklar, yineleme kompülsiyonunun varlığı için de bir kanıttır. Freud' a göre, bu kompülsiyon, ölüm dürtüsünün bir türevidir. Alkol kötüye kullanımı kısır döngüsünü kırabilmek için, agresyonun mobilizasyonu ve uygun bir şekilde dışsallaştırılması gereklidir (Akvardar, 2003; Levine, 1995).

Alkolik kişilik olarak tanımlanabilecek özgün bir kişilik özelliği bulunmamakla birlikte, analistler alkol bağımlılarında ego zayıflığı ve kendine saygıyı sürdürme güçlüğü gibi birtakım yapısal sorunlardan söz etmişlerdir. (Akvardar, 2003; Gabbard, 1994; Göka ve Başterzi, 2001). Kohut ve Balint, alkolün gelişmemiş psikolojik yapıların yerine geçme fonksiyonu olduğunu, böylelikle biraz da olsa kendilik saygısı ve içsel uyumun onarılabildiğini, ancak bu etkinin sadece alkol etkisinde iken sürdürdüğünü bildirmişlerdir. Kendilerini ya aşırı değerli ya da değersiz hissederler, bütünlük içinde iyilik hissini sürdüremezler (Gabbard, 1994). Glover, alkolizmde agresyonu vurgular ve agresif dürtülerin oral öfke ve anal sadizm şeklinde boşaltıldığından söz eder. Alkolizmin bir silah olarak kullanıldığını belirtip, öfkeyi ifade etmekte primitif, yetersiz ve kendini cezalandırıcı bir yol olarak tanımlar. Bu mekanizma zarar verici içmeyi açıklamaktadır (Levine, 1995).

Krystal ve Raskin, madde bağımlıları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, acı ile ilişki, depresyon, anksiyete, plasebo etkisi ve diğer insanlarla olan ilişkiler üstünde odaklanmışlardır. Madde bağımlılarının acıyı çok iyi tolere ettiklerini, depresyon ve anksiyetelerini de somatize etme eğiliminde olduklarından bahsetmişlerdir. Ayrıca bağımlıların ana probleminin katı bir şekilde bölme (splitting) ve yadsıma (denial) savunma mekanizmalarını kullanmalarından kaynaklanan, kendilerinin ve diğer insanların pozitif ve negatif yönlerini kabul etme konusunda başarılı olamamaları olduğunu belirtmişlerdir (Blaine ve Julius, 1977).

Wurmser, madde bağımlıları için yedi aşamalı psişik bir kısır döngüden bahseder. Birinci aşama kişinin gerçek bir olaydan ya da fantezi dünyasına dair kurgusundan kaynaklı yaşadığı narsistik krizdir. Narsistik kriz sonrası kişi, utanç, öfke, keder ve kontrolsüzlük duygulanımları ile karakterize müphem bir psişik duruma girer; bu açıkça konuşma öncesi (preverbal) döneme gerilemiş olduğunun

göstergesidir. Üçüncü aşamada kişi bu ruhsal buhranla başa çıkabilmek için bölme ve yadsıma savunmalarını kullanarak bu duygulanımlarına dolayısıyla da kendisine yabancılaşır. Yaşadığı bu yanılsamayı sürdürebilmesi ve çatışmalarıyla başa çıkabilmesi için dışsallaştırma savunma mekanizmasının devreye girmesiyle çözümü dışarıda “büyülü” bir nesnede arar. Kendisini tahrip eden agresyonu yer değiştirerek dışarıya yönelir. Bu durumda süperego ile etik ve ahlaki konularda çatışmaya girmemek için bölme mekanizması devreye girer, bu süperego bölünmesini gerçekleştirmek için kişi maddeye ihtiyaç duyar. En son geçici bir çözüme ulaşıldığı hissi ile kişi zevk ve memnuniyet hissi duyumsar (Blaine ve Julius, 1977).

1.2 Savunma Mekanizmaları

Savunma mekanizması kavramı ilk kez Sigmund Freud tarafından 1894 yılındaki “Neuro-Psychoses of Defense” adlı çalışmasında kullanılmıştır. Freud, ilk olarak savunma terimine histeri nevrozu içinde psikopatolojik bir anlam verse de, daha sonra 1915 yılında savunma mekanizması terimini her bir çatışma durumunda bilinçdışı kullanılan ve patolojik olmayan genel bir ruhsal mekanizma kategorisinin adı olarak kullanmaya başlamıştır (Cramer, 1987; Freud, 1957a; 1962). Anna Freud 1936 yılındaki “Ego and The Defense Mechanisms” adlı çalışmasında savunma mekanizmalarını geliştirmiş, detaylandırmış ve nedenine dair psikanalitik açıklamalar getirmiştir (Freud, 2004).

Anna Freud kitabında babası Sigmund Freud gibi ‘id’in süreçleri, işleyişi ve yapısını odak noktası olarak almak yerine ego ve süreçlerini çalışmasının odak noktasına koymuştur. İd’den gelen istekler ile süperegonun cezalandırma tehdidi bulunan ve yasaklayıcı kuralları arasında denge-anlaşma sağlayıp, bireyin günlük

hayatı ve ilişkiselliğini uyumlu bir şekilde sürdürebilmesi görevlerini üstlenen ‘ego’nun insan ruhsallığında daha önemli bir yere sahip olduğunu düşünmüştür. Anna Freud’ un Ego ve Savunma Mekanizmaları adlı kitabı psikanalizin “Ego Psikolojisi” okulunun kurucu metinlerinden biri olarak kabul edilir.

A. Freud’a göre savunma mekanizmaları egonun istenmeyen ve kaygı yaratan dışsal durumlardan uzaklaşması işlevinin yanı sıra dürtüsel davranışlar, duygular ve içgüdüsel istekler gibi içsel gerilimler üzerinde kontrol sahibi olmasını sağlayan psikolojik süreçlerdir (Freud, 2004). Psikanalitik kurama göre, egonun temel işlevlerinden birisi kişinin psikolojik denge durumunu korumak için savunmalar kullanmasıdır (Freud, 1959). Savunma mekanizmaları kişiliğin gelişiminde ve kişinin çevreye uyumunda önemli rol oynarlar ve kişiyi içsel çatışma ve duygusal sıkıntıdan korurlar. Bu bakımdan savunma mekanizmaları, ego gelişimi ve psikopatoloji ile yakın ilişki içerisindedir. Bu ilişki doğrultusunda savunma mekanizmaları ilk kez, ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve tanımlanmasında kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın üçüncü revize edilmiş formunda (DSM III-R) yer almıştır. DSM IV-TR’e göre (APA, 2000) savunma mekanizmaları, kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve ark., 2007).

Savunma mekanizmaları, bireyin yaşadığı anksiyete, suçluluk, utanç, üzüntü, aşağılanma, vicdan azabı gibi rahatsızlık uyandıran duyguları daha kabul edilebilir hale getirmeye hizmet eder. Bu durum algılanan bir tehdide karşı düşünülen planlanmış bir seçimden çok, otomatikleşmiş bir tepkidir ve bireyin farkındalığının dışında oluşmaktadır (Dorpat, 1987). Savunma mekanizmaları, birey tarafından sorunun gerçek kaynağı ile başa çıkmaya çabalamak yerine, sürekli olarak ve katı bir

şekilde kullanıldığında uygunsuz ve anormal olarak değerlendirilmektedir (Clark, 1992). Başka bir deyişle, egonun belli bir dürtüsel isteme karşı belli bir savunma yöntemini saplantılı olarak kullanması, ego bütünlüğünün kaybolmaması adına semptom dediğimiz uzlaşmaların oluşumuna yol açmaktadır. Bu saplantılı kullanım dürtüsel istemin stereotipik geri dönüşlerinde hep aynı biçimde yinelenir. Bu yüzden belli nevrozlar ile belli savunma mekanizmaları arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Freud, 2004).

Freud, “bastırma” (repression) kavramını 1894’ deki yazısında (Freud, 1962) ilk olarak savunma mekanizmasının kendisi anlamında kullansa da, 1925 yayınladığı “Inhibitions, Symptoms and Anxiety” (Freud, 1959) çalışmasında savunma mekanizmalarından biri olarak kullanmaya başlamıştır. Savunma mekanizmaları üst başlığı altında Freud, bastırma, gerileme, tepki oluşturma, yapıp bozma, yansıtma, içe yansıtma, yalıtma, kendine yöneltme ve karşıtına çevirme olmak üzere çeşitli yazılarında toplam dokuz savunma çeşidi tanımlamıştır. Anna Freud bunlara yüceltme, saldırganla özdeşleşme ve özgecilik savunmalarını da ekleyerek tanımlanmış savunma mekanizmalarını on ikiye çıkarmıştır (Freud, 2004, Kernberg, 1994). Ego Psikolojisi okulları gelişip, ego işlevlerine daha çok önem verilmeye başlanınca savunma mekanizmaları daha çok ele alınmış incelenmiş ve yıllar içinde çeşitli psikanalistlerin katkılarıyla tanımlanmış savunma mekanizmalarının sayısı otuz bire çıkmıştır (Kernberg, 1994).

Hangi savunma mekanizmalarının baskın olarak kullanılacağına, gelişim evrelerine göre farklılık gösterdiği çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (Cramer, 1987, 2007; Whitty, 2003). İnkâr, yansıtma ve idealize etme savunma mekanizmaları temel alınarak yapılan araştırmaların sonuçlarına göre inkâr savunma mekanizmasının erken dönemlerde sık kullanıldığı görülürken, yaş ilerledikçe bu savunmayı kullanma

sıklığı düşmektedir. Tam tersi şekilde ‘idealize etme’ savunmasının erken yaşlarda görülme sıklığı düşükken, yaş ilerledikçe kullanımı daha başat hale gelmektedir (Cramer, 1987).

Savunma mekanizmaları çeşitlenmeye ve tanımlanmaya başlayınca, çevre ile uyum ve anksiyete ile baş etme açısından hangilerinin daha etkili olduğu göz önüne alınarak kendi aralarında hiyerarşik bir düzenleri olduğundan bahsedilmeye başlandı. İlk olarak Anna Freud savunmaları patolojik ve uyumlu olarak ikiye ayırmıştır. Patolojik savunmaları dengesiz ve katı bir mekanizma olarak bireyin çevre ile olan uyumuna tehdit olarak görmüştür (Freud, 2004, Schauenburg, Willenborg, Sammet ve Ehrenthal, 2007). Daha sonra Vaillant savunma mekanizmalarını hiyerarşik bir model oluşturarak ‘psikotik savunmalar’, ‘immatür savunmalar’, ‘nevrotik savunmalar’ ve ‘olgun savunmalar’ olmak üzere toplam dört kategoride tanımlamıştır (Vaillant, 1971).

Savunma mekanizmaları kavramını ve savunma mekanizmalarının psikopatoloji ile olan ilişkisini anlamak üzere klinik araştırmalarda klinik görüşmeler, öyküler, projektif testler, otobiyografiler ve anketler gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır (Yılmaz ve ark., 2007). Bu yöntemlerden bazıları; Vaillant’ın (1976) kısa hikayeler kullandığı görüşmeye dayalı değerlendirme yöntemi, Perry ve Cooper’ın (1989) kullandığı gözlemci değerlendirmesine dayanan Savunma Mekanizmaları Değerlendirme ölçekleri ve Bond, Gardner ve Cristian (1983)’ in Savunma Biçimleri Testi’dir (SBT). Bu araştırmada savunma mekanizmalarının tespitinde Bond ve arkadaşlarının geliştirdiği ve daha sonra Andrews, Singh ve Bond (1993)’ un son halini verdiği SBT’ nin 40 maddelik formu (SBT-40) kullanılmıştır. SBT-40’ daki savunmalar immatür, nevrotik ve olgun

savunma biçimleri şeklinde üç boyutta toplanmıştır. Savunma mekanizmaları kümeleri başlığında bu üç kategoride bulunan savunma biçimleri ele alınmıştır.

1.2.1 Savunma Mekanizmaları Kümeleri

1.2.1.1 İmmatür Savunma Mekanizmaları

En ilkel savunmalar olup genellikle yaşamın ilk yıllarında görülürler. Bu tür savunmalar genellikle tek başlarına içsel dinamiklerle çevresel gerçeklik arasında uyum yakalamada yetersiz kalırlar. Bu başlıkta incelenecek savunmalar şu şekildedir:

Yansıtma (Projection): Freud'un tanımladığı ilk savunma mekanizmalarındandır. Freud, 1895' de arkadaşı Fliess ile bir yazışmasında yansıtmanın tanımını paranoid düşünceler üzerinden yapmıştır. Freud' a göre ego ile uyumsuzluk yaratan bir düşünce veya duyguyu uzaklaştırmak için, bu düşünce veya duygu dış dünyadaki farklı bir özneye yansıtılır (Vaillant, 1992).

Yansıtma mekanizması kişiyi anksiyeteden iki biçimde koruyabilir:

1. Kişi kendi eksiklerinin ve yenilgilerinin sorumluluğunu ya da suçunu başkasına yükler,
2. Suçluluk duyguları uyandıracak nitelikteki dürtülerini, düşüncelerini ve isteklerini diğer insanlara mal eder (Geçtan, 2006).

Yaşamın ilk yıllarından itibaren kullanılmaya başlanan bu savunma mekanizması, insanların günlük yaşamda sıkça başvurduğu bir araçtır. Oyuncak atının üzerinde sallanırken düşen bir çocuk, gidip atını tekmeleyebilir. Sınavlarda başarısız olan bir öğrenci, öğretmeninin adaletli davranmadığına inanabilir. Top sürerken dengesini yitirip düşen bir futbolcu, geri dönüp yerde bir tümsek olup

olmadığını araştırabilir. Bir başkası kendi değersizlik duygularını, diğer insanlar tarafından küçümsendiği inancına dönüştürebilir. Çaresizlik hissinden kaynaklanan düşmanca duygularını, çevrelerinden kendine yöneltilmiş gibi yaşama eğilimi gösterebilir.

Pasif saldırganlık (Passive aggression): Klasik psikanalitik görüş pasif-saldırgan kişiliği anal dönemde otoriteyle yaşanan çekişmelerin ve karşılıklı güç gösterilerinin kalıntısı olarak yorumlar.

Tuvalet eğitimi, çocuğun egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin gelişmesinde önemlidir. Bu eğitim, çevrenin dikkate alınması ile çocuğun dürtü doyumunu geri bırakmayı veya ondan vazgeçmeyi öğrenip öğrenemeyeceği ilk durumdur. Tuvalet eğitimi ile dürtülerinin anında tatmininin engellenmesine çocuk ya kızgınlıkla karşı koyar ve dışkısını boşaltarak protesto eder (aktif, agresif tutum) veya annesinin cezalandırması ihtimaline karşı korku ile boyun eğer ve dışkısını boşaltmaktan kaçınır (pasif tutum) (Topçuoğlu, 2003).

Pasif saldırgan savunma kişinin, duygusal çatışmalarla, iç ve dış stres etkenleriyle başa çıkmanın bir yolu olarak başkalarına yönelik saldırganlığını dolaylı, açık olmayan yollardan dile getirmesi olarak tanımlanabilir. Örtülü direnci, içerlemeyi veya düşmanlığı maskelerken, açıktan bir boyun eğme görüntüsü söz konusu olabilir. Başkalarını rahatsız etmek veya intikam almak kastıyla somurtma (örneğin bir şey istendiğinde), pasif engelleme, işleri ağırdan alma, kasıtlı beceriksizlik, unutma, inatçılık, kasıtlı erteleme, sorumluluk almaktan kaçınma, vb. biçimleri alabilir. Sıklıkla bağımsız eylem veya performans beklentilerine, başkalarına bağlı arzuların giderilmemesine tepki olarak ortaya çıkan pasif saldırganlık, saldırganlığı açıktan dile getirmeleri kendileri için tehdit oluşturacak

bağımlı kişiler (çocuklar, güçsüzler, işçiler, vb. gibi) için koruyucu ve uyum sağlayıcı bir anlam da taşır.

Dışa vurma (Acting out): Freud erken dönem çalışmalarında bazı danışanlarının bilinçdışı çatışmalarını bilinçli düzeyde yaşamamak için eyleme geçtiklerini, bu şekilde bilinçdışı dürtü ve arzularını kontrol etmeye çalıştıklarını belirtmiştir (Rowan, 2000). Kişiyi düşünmeksizin veya olumsuz sonuçlarını dikkate almaksızın harekete geçiren bu uyumsuz psikolojik savunma düzeneği, bilinçdışı dürtü ve uyarıların oluşturduğu ruhsal gerginliğe karşı, geçici, kısmi bir rahatlık sağlayan davranışsal dışavurumlardır. Sözel olarak ifade bulamayan bu ruhsal gerginlik, eylemsel olarak ifade edilir. Antisosyal ve sınır kişilik patolojilerinde daha sık görülen bir mekanizmadır.

Yalıtım (Isolation): Freud' un tanımladığı ilk savunma mekanizmalarından olan (1894) izolasyon (yalıtım) mekanizması kabul edilemeyen, ruhsal gerginlik yaratan ve çatışma doğuran düşünce veya fantezilerin duygusal boyutundan izole edilerek zayıflatılması ve böylece daha kontrol edilebilir, kabul edilebilir hale getirilme çabası olarak tanımlanabilir. Düşünce zayıflamıştır, fakat hala bilinç düzeyindedir ve tüm bağlantılarından ayrılmıştır (Vaillant, 1992).

Kişi deneyimlerinin, düşüncelerinin ve/veya fantezilerinin duygusal boyutunu yalıtılarak düş kırıklığına, zedelenmeye, üzüntüye karşı korunmaya çalışır. Kendi sorunlarından söz ederken bir başka insana ait olayları anlatıyormuşçasına duygusal küntluk gösterebilirler (Geçtan, 2006). Yaşadığı acı verici bir deneyimi mantıklı açıklamalar yaparak dile getirebilir, üzüldüğünü söylediğinde bile duygulanımdan yoksun bir tutum sergileyebilir.

Bölme (Splitting): En ilkel ve arkaik savunma mekanizmalarındandır. Birbirine karşıt kendilik ve nesne imgelerini oldukça kesin bir biçimde birbirinden ayıran bilinçdışı bir süreçtir. Klein' e göre, yaşamın ilk aylarında bebeğin duygusal dünyasının sürdürülebilmesi yönünden temel bir mekanizmadır. Bebeğin iyiyi kötüden, sevgiyi nefretten, hazzı acıdan ayırabilmesini sağlar. Böylece olumlu yaşantılar olumsuzlara karışmaksızın korunmuş olur (Geçtan, 2006).

Zihinsel yapının gelişmesi ve uygun şartların sağlanması ile dört beş yaşlarında çocuk iyi ve kötü özellikleri aynı nesne tasarımı içinde bütünleştirebilecek kapasiteye gelir. Dış dünya iyi ve kötü nesnelere olarak bölünmüş iken, gerçeklik ilkesinin egoda yerleşmesiyle birlikte nesnelere ve olaylar arasındaki bağlantının sebep-sonuç mantığı kavrandıkça dünyanın iyi ve kötüyü içinde barındıran tek tip nesneden ibaret olduğu gerçeği fark edilecek ve kabullenilecektir. Özellikle annenin iyi ve kötü kendilik oluşumlarının mantıksal bir yapı içerisinde oluşmadığı ve annenin iç tutarsızlığının çocuklara yansıtıldığı kaotik aile ortamlarında, çocuklar iyi ve kötü nesneyi birleştirip iyi ve kötü kendiliği bütünleştirme yeteneğinden veya gelişiminden mahrum kalmaktadırlar (Özakkaş, 2008).

Bölme mekanizması bir savunma niteliği kazandığında ego yetersizliğinin temel niteliğini oluşturur. Çünkü yaşamsal ve saldırgan dürtülerin türevlerinin, birbirlerine karşıt içeriklerine rağmen bütünleşmeleri saldırganlığın etkisizleşmesini sağlar. Bölme mekanizması bu etkisizleşmeyi engelleyerek, egoyu gelişimi için çok gerekli bir enerji kaynağından yoksun bırakır (Kernberg, 1999).

Kernberg' e göre borderline kişilik bozukluğunun temelini oluşturan bölme savunma mekanizması bazı klinik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur: 1) Birbirine karşıt davranışların ve tutumların birbiriyle sürekli yer değiştirmesi, 2)

dürtü denetiminin ‘seçici bir biçimde’ kaybı, 3) çevredeki insanların “tümüyle iyi” (ilkel idealizasyon savunması ile) ve “tümüyle kötü” (değersizleştirme savunması ile) olarak bölünmesi, 4) kendine ilişkin çeşitli imgelerin birbiriyle sürekli yer değiştirmesi.

Değersizleştirme (Devaluation): Freud değersizleştirmenin kökenini çocuğun kendisinin/annesinin bedenindeki penis eksikliğini fark ettiğinde kendi/annenin bedenini değersizleştirme şeklinde belirterek kastrasyon anksiyetesi ve penis hasetine gönderme yapmıştır (Coriat, 1941). Kendisinden sonra gelen analistler ise değersizleştirmenin adet kanaması ile ilişkisini kurmuşlardır. “Kirlenmek”, “hasta olmak” gibi kelimeler adet kanaması dolayısıyla da kişinin bedenine yüklediği değersizlik hissini tezahürleri olarak düşünülebileceğini öne sürmüşlerdir (Waites, 1982).

Kernberg (1999)’ e göre değersizleştirme mekanizması ve idealizasyon mekanizması ile çelişik ego durumlarını birbirinden ayrı tutmaya; dolayısıyla eğer bu ego durumları aynı anda ortaya çıkmış olsaydı yaşanacak çelişkidenden ve kaygıdan kaçınmaya ve bunları kontrol etmeye hizmet ederler.

Özakaş (2008)’ a göre değersizleştirme mekanizması patolojik örgütlenmelerde hastalıklı bir fonksiyon icra eder. Özellikle borderline ve narsistik kişilik örgütlenmesiyle obsesif-kompulsif kişilik yapısında veya manik-depresif yapının depresif tarafında bu mekanizmaları çok net izleriz. Borderline kişilik örgütlenmesi olan yapıda kötü kendilik aktive olduğu zaman çok değersiz, aşağılık ve pislik gibi bir his duyumsanır. O esnada dünya da çok kötü, pis ve kalleştir. Karşıdaki nesnelere de aynı şekilde hissedilir. En ilkel değersizleştirme mekanizması ortaya çıkmaktadır. Narsistik kişilik örgütlenmesinde kendini değerli tutan

mekanizmalar hep kendinde kalırken kötü kendilik dış dünyaya yansıtılmış; dış dünya basit, küçük ve değersizleşmiştir. Obsesif-kompulsif kişilik yapısında ya hep ya hiç yaklaşım tarzı kendini bir olayla birlikte ya değerli ya değersiz, ya da karşıdaki nesneyi bir olayla birlikte ya değerli ya değersiz hissedip damgalayabilir.

Otistik fantezi (Autistic fantasy): Anna Freud (2004) 1936’ da yayınlanan “Ego ve Savunma Mekanizmaları” kitabında fantezinin, ruhsal çatışma ve gerginliğe yol açan dürtüsel tasarım, arzu ve isteklerinin yanı sıra nesnel hoşnutsuzluk ve nesnel kaygıyı önleme, baş etme yöntemi olarak kullanılan basit ve ilkel bir savunma olduğundan bahseder. Özellikle çocukluk dönemlerinde sıkça kullanılan bu savunma başarılı olursa çocuk fantezi kurma yoluyla gerçekliğin sözü geçen parçasına (başarısızlık, güçsüzlük, tehdit, yıkıcı istekler vs.) duyarsızlaşır ve kendi ruhsal organizasyonunu korumuş olur. Çocuklukta zihinsel olarak gerçekliği fanteziden ayırma çok iyi şekilde başarılı da fanteziye aşırı yatırım yapılır. Çocuğun yaşı ve ego gelişimi ilerleyip kuvvetlendikçe egonun gerçekliği yadsıma yeteneği, gerçekliği tanıma ve eleştirel bir bakışla sınıma yeteneği ile çelişmektedir. Yaş ilerledikçe gerçekliğe olan yatırımın artması ve egonun fanteziye duyduğu ihtiyacı azaltacak nitelikte güçlenmesi beklenmektedir. Böylece daha uyumlu ve olgun savunmalar kullanıp arzuları ve gerçeklik arasında dengeyi daha iyi kuracaktır. Aksi halde bir yetişkin için ruhsal doyum kaynağının fantezi ve varsanıdan geçmesi psikoza giden yol demektir.

Kendisini nesnel bir değerlendirme ile ödipal çatışma içinde olduğu babasına karşı güçsüz hisseden erken dönemdeki bir erkek çocuk, fantezisinde (rüya ya da gündüz düşü) kendini herkesin üstünde bir güce sahip savaş kahramanı olarak kurgulayabilir ve hayali ordusunu babaya ve başkalarına karşı kullanabilir. Daha sonra bu vicdan azabından kurtulmak için zarar verdiği kişileri fantezisinde

beslenecek hayvan ya da bebeklere dönüştürerek onlara yardım edip bakımlarını üstlenebilir. Başka bir çocuk karne hediyesi olarak alınacağı söylenen bisikleti bütün bir sene boyunca beklemesi zorunluluğunu fantezisinde bisikleti ile gezdiği yerleri hayal ederek daha kabul edilebilir hale getirebilir.

Yadsıma (Denial): İlk olarak Freud tarafından 1923' te çatışma ve gerginlik doğuran acı verici gerçekliğin bilinçdışı olarak yadsınarak, inkar edilerek yokmuş gibi, olmamış gibi davranılması şeklinde tanımlanan yadsıma savunma mekanizması, Anna Freud'un 1936 yılındaki klasik çalışması ile 'fantezide yadsıma' ve 'söz ve eylemde yadsıma' şeklinde detaylandırılmıştır (Dorpat, 1987). Fantezide yadsıma, 'otistik fantezi' başlığında incelenmiştir.

Genelde çocuk oyunlarının ve özellikle rol yapma oyunlarının ardında aranması gereken güdülerden biri de gerçekliğin yadsınmasıdır. Yetişkin yaşamındaki yadsıma eğilimleri, egonun gerçekliği tanıma ve sınama işlevlerini karşılarında bulurlar ve egonun güçlenmesi ile yadsıma eğilimi zayıflar ve güçleşir (Freud, 2004).

Kişinin yakın bir zamanda kaybettiği aile ferdinin ölümünü yadsınması ve döneceğini düşünmesi, bir başkasının mutsuzluk ve ilişkisindeki uyumsuzluğu yadsıyıp her şeyin yolunda gittiğini düşünmesi gibi ruhsal anlamda köklü değişiklik gerektiren kabul edilmesi zor durumlar yadsıma mekanizmasının sıkça kullanıldığı durumlar olarak karşımıza çıkar.

Yer değiştirme (Displacement): Freud ilk dönem çalışmalarında bireyin bastırılmış cinsel isteklerinden kaynaklı anksiyeteleri ile baş etmek için duygu ve dürtü hedefini değiştirmesinin fobinin temeli olduğunu belirtmiştir. Daha sonraki

çalışmalarında yer değiştirme mekanizmasının obsesif-kompulsif bozuklukta ve rüyaların kurgusal tekniğinde de başat bir rol oynadığını belirtmiştir (Vaillant, 1992).

Belirli bir uyarının neden olduğu tepkinin açığa vurulması tehlikeli olduğunda, tepkinin o uyarandan bir başkasına yöneltmesine yer değiştirme savunma mekanizması denir. Kişinin yönetmekte güçlük çektiği duygu ve dürtülerin yoğun olduğu durumlarda kullanılan yön değiştirme mekanizması iki biçimde işler: 1) Yönetiminde güçlük çekilen duygu veya dürtü ait olduğu nesneden koparılarak durumla ilgisi olmayan yönetimi daha kolay bir nesne ya da duruma yöneltir, 2) ayrıca, tehlikeli sayılan duygu veya dürtünün yarattığı tepkinin yerine bir başka tepki gösterilir (Geçtan, 2006).

Freud' un ünlü 'Küçük Hans' vakasının analizinde çocuğun annesinin sevgisine rakip olarak görerek korktuğu ve nefret ettiği babasına karşı olan dürtü ve duygulanımının babasından ata yer değiştirdiği görülmektedir.

Disosiyasyon (Dissociation): Bireyin daha uyumlu ego savunmaları ile baş edemeyeceği acı veren, travmatik durumlarda (cinsel istismar, tecavüz vb.) bölme ve bastırma mekanizmaları sayesinde ego parçalara bölünür ve bastırılır. Dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon ve dissosiyatif kimlik bozukluğuna yol açabilmektedir (Alpert, 1991).

Rasyonalizasyon (Rationalization): Anksiyetenin gücünü azaltmak amacıyla ve çoğu kez yadsıma mekanizması ile birlikte kullanılan rasyonalizasyon mekanizmasında iki temel savunma ögesi bulunur:

1. Kişinin davranışını haklı göstermesine yardımcı olan öge,
2. Ulaşılamayan amaçlara ilişkin düş kırıklığının etkisini yumuşatan öge.

Rasyonalizasyon mekanizması, geçmiş, yaşamakta olduğumuz ya da gelecek için tasarladığımız davranışlara mantıklı ve toplumun onayladığı açıklamalar getirme biçiminde işler (Geçtan, 2006).

Bir insan kendisi için daha gerekli şeyler dururken zevki için aşırı para harcamasını ya da kişisel uğraşları için görevini ihmal etmesini haklı gösterecek nedenleri kolaylıkla yaratabilir. Bir insanın ulaşmak istediği ve bunun çaba gösterdiği bir hedefe ulaşamadığında, aslında arzuladığı hedefin o kadar da iyi, arzulanması, gerekli bir hedef olmadığına yönelik kendine ve etrafındakilere açıklamalar yaptığına çok sık rastlanır. Ya da başka birinin saldırgan ve nefret davranışlarına altta yatan ve ruhsal gerginliğe neden olan haset, hedefine ulaşamamış cinsel dürtüler gibi kabul edilmesi zor motivler yerine daha kabul edilebilir nedenleri ön plana çıkarması şeklinde de görülebilir.

Bedenselleştirme (Somatization): İlk olarak 1924’ te Stekel tarafından kullanılan somatizasyon (bedenselleştirme) terimi, içeriğini Freud’ un histeri çalışmalarından almaktadır (Karvonen, 2007).

İlk olarak Breuer ve Freud’ un ortak çalışmasında histeri nevrozundaki özellikle ödipal dönemdeki cinsel travmalar ve kötüye kullanımların bastırılması ile acı veren ruhsal bunalımların fiziksel belirtilere döndürülmesi (konversiyon) şeklinde tanımlanmıştır (Breuer ve Freud, 1955). Freud daha sonraki çalışmalarında bunun nedeninin bastırılmış cinsel travmalar değil, bastırılmış çocukluk fantezileri olduğunu belirtmiştir (Pripor, Yutzy, Dean ve Wetzel, 1993).

Somatizasyonun bir savunma mekanizması olarak yadsıma, yer değiştirme veya rasyonalizasyonu içeren, ya da bir bilinçdışı çatışma çözüm teşebbüsü olarak değerlendirilebilir. Bu savunmalarla kabul edilemeyen düşünce veya durumların

fiziksel bir probleme odaklanması sağlanabilmektedir. Böylece kişi fiziksel yakınmaları sayesinde dikkatin ana problemden uzaklaşmasını sağlamaktadır (Kellner, 1990).

Genellikle hipokondri nevrozunda görülen bu savunma türünde saldırgan dürtüler kişinin organlarına yöneltilir. Bu tür insanlarla psikoterapi yürütmek oldukça zordur. Kabul edilemez nitelikteki dürtüleri öylesine bir baskı altında tutulur ki, çoğu ancak sembolik bedensel yakınmaları yoluyla iletişim kurabilir (Geçtan, 2006).

1.2.1.2 Nevrotik Savunma Mekanizmaları

Nevrotik savunmalar genellikle obsesif-kompulsif bozukluk ve histerik yapıdaki kişilerde ya da stres altında bulunan nevrotik yapıdaki kişiler tarafından kullanılır. Bu tür savunmalar ruhsal gerginliği göreceli olarak düşürse de tam anlamıyla ruhsal yapı ve çevre arasında uyum sağlanamayabilir. Bu başlıkta incelenecek savunmalar şu şekildedir:

Yapma-bozma (Undoing): Freud 1909 yılındaki ‘fare adam’ adlı vaka çalışmasında kompülsiyonlar üzerinden yapma-bozma mekanizmasını açıklamıştır. Kompülsif davranışlar ikinci aşamanın birinciyi etkisizleştirdiği iki aşamadan oluşur. Ceza tehdidi içeren saldırgan isteklere yapma-bozma mekanizması ile önlem alınmış olur. Bu da obsesyonel nevrozun temelini oluşturur (Freud, 1955).

Ana-babanın ve daha sonraları toplumun içselleştirilen değerleri süpereo denilen ruhsal örgütlenmeyi oluşturur. Süpereo kişiye uygunsuz davranışlarından ötürü kendini suçlama, yargılama ve cezalandırma sorumluluğunu yükler. Yapma-bozma mekanizması, kişinin kendisi ve çevresi tarafından onaylanmayacak düşünce

ya da davranıştan vazgeçmesi ve eğer böyle bir söz ya da eylem dışavurulmuşsa, ortaya çıkan durumu onarmasıyla belirlenir. Yapılan yanlış düzeltmenin ya da ondan ötürü özür dilemenin, ceza tehdidini bağışlanmaya dönüştürebildiği çocukluk yıllarında öğrenilir. Yapma-bozma mekanizması kökenini bu yaşantılardan alır (Geçtan, 2006).

Kusurlu davranışlar için özür dileme, günahlarımız için verdiğimiz sadakalar ve arada duyduğumuz pişmanlıklar yapma-bozma mekanizmasının ürünüdür. Kişi ne denli katı bir süperegoya sahipse onarması gereken o denli durum olacağı gibi duyulan pişmanlık ve onarma gayreti o denli artıp kompülsiyonlardaki gibi patolojik bir hal alabilmektedir.

Psödo altruizm (Pseudo altruism): Anna Freud tarafından tanımlanıp, 1936 yılındaki klasik kitabında yer almıştır. Çocukluk çağındaki bireyin taleplerine karşı katı anne-baba tutumu çocuğun erken çağda dürtülerinden feragat etmesiyle ve süperegosunun da katı ve cezalandırıcı bir yapı kazanmasıyla sonuçlanabilir. Bu durumda kişi bundan böyle arzularını doyumak için hiçbir etkinlik gösteremeyebilir. Bu talepler yasaklanır fakat bastırılmak yerine her biri için çevrede bu arzuların depolanacağı vekiller bulunur ve her bir istek bu kişilerden birine yansıtılır. Böylece süperegonun yasağına karşın dolaylı olarak dürtüsel doyuma ulaşılır ve başta ketlenmiş olan etkinlik ve saldırganlık da yeniden özgür kılınır (Freud, 2004).

Anna Freud yansıtma ve özdeşleşme mekanizmalarının da rol oynadığı altruizm mekanizmasına örnek olarak, çocukluk çağında güzel giysi, arkadaşlarının her şeyine sahip olma, onlardan daha iyi olma, bir sürü çocuğunun olması merkezinde toplanan bir dizi ‘ben de isterim’ şeklinde şiddetli talepleri olan bir hastasından bahsetmektedir. Bu tarz talepleriyle zamanında etrafındakileri bezdiren

hasta, kendisine geldiğinde giysilerine çok fazla özen göstermeyen, gösterişsiz genç bir mürebbiye olarak tamamen başkalarına adanmış gibi görünen bir hayat yaşamaktadır. Mürebbiye olarak çocukluk çağı taleplerine uygun olarak ilgilenebileceği bir sürü çocuğa sahip olmasının yanı sıra arkadaşlarının güzel giysileri ve çocuklarının olması yönündeki gayretli tutumu, erkek arkadaşlarının mesleklerinde yükselmeleri için hırslı desteği altruizm mekanizmasının fark edilebileceği alanlardır. Bu tarz kişiler ikame nesnelere yansıtılan arzularını, ikame nesnelere başarıyla özdeşleşerek tatmin etmeye çalışmaktadırlar. Bunun için bu ikame nesnelere hedefleri karşısına çıkan herhangi bir engel karşısında saldırganlığa varacak şekilde canla başla mücadele edebilmektedirler. Böylece katı süperego tarafından yasaklanan arzu ve davranışlar, sosyal çevre tarafından takdirle karşılanacak kişilik özelliklerine dönüşmüşlerdir. Ayrıca Anna Freud, sıklıkla görülebilen annelerin oğullarına olan o en özgeci sevgilerindeki önemli belirleyicilerden birinin, isteklerini erkekliklerinden dolayı bunları gerçekleştirmeye daha uygun olan oğullarına aktarmış olmalarından kaynaklanabileceğini öne sürmektedir (Freud, 2004).

İdealleştirme (Idealization): Freud idealizasyon (idealleştirme) terimini ilk olarak 1914’ de narsisizm üzerine yaptığı çalışmalarda kullanmıştır. Freud’ a göre her insan erken dönemde kendisini dünyanın merkezinde gördüğü ‘birincil narsisizm’ döneminden geçer. Daha sonra büyüme ile birlikte ebeveynlerinin sevgisini elde etmek için ebeveynlerinin değer verdiği şekilde davranmak zorunda kalır. Ebeveynlerin idealize edilmesiyle onların değer verdiği nesnelere, davranış şekilleri ve kuralları da idealize edilir. Bu değerlerin içselleştirilmesiyle çocuk ‘ego ideal’ni oluşturur (Joseph, 1978). Bu ego ideali iyi davranışların kurallarını ve egonun ulaşmaya çabalayacağı mükemmellik standartlarını belirler. Çocuk gerçek

kendiliği ile ego ideali arasındaki ambivalans durumu kaldıramayacak durumda kaldığında savunmalar daha sık kullanılmaya başlanır ve patolojik hale gelir. Freud bu duruma ‘ikincil narsisizm’ adını vermektedir çünkü bu durumda idealize edilen egonun kendisidir. Bu durumda libidinal dürtüler nesnesinden koparılıp egonun kendisine yöneltilir (Spruiell, 1979).

Otto Kernberg idealizasyon mekanizmasını, nesnenin istenmeyen karakteristik özelliklerinin yadsınarak, kişinin libidosunu ve tümgüçlülüğünü yansıtabileceği bir nesne haline getirilmesi şeklinde kavramsallaştırmıştır. Ve idealizasyon mekanizmasının, bir tarafında normal diğer tarafında ise patolojik idealizasyonun yer aldığı gelişimsel ve doğrusal bir çizginin üzerinde bulunduğu şeklinde değerlendirilmesi önerisinde bulunmuştur. Alt kısımdaki noktada yer alan idealizasyonu kullanan bireyin ‘nesne sürekliliği’ ile sıkıntısı olduğunu ve diğer insanları tümünden iyi (ilkel idealizasyon) ya da tümünden kötü (devaluation/değersizleştirme) olarak gördüğünü belirtmiştir. Bu aşamada yer alan idealizasyon mekanizmasının borderline kişilik patolojisiyle bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Doğrusal çizginin üst tarafında yer alan idealizasyon mekanizmasının ise olgun egonun sevgiyi hissetmesi için bir gereklilik arz ettiğini belirtmiştir (Lerner ve Van-Der Keshet, 1995).

Karşıt tepki geliştirme (Reaction formation): İlk olarak Freud tarafından tanımlanan ve yüceltme (sublimation) mekanizması ile birlikte kabul edilemeyen dürtü ve arzuların sosyal anlamda daha kabul edilebilir hale dönüştürülmesi şeklinde olumlu bir mekanizma olarak görülmüştür. Daha sonra karşıt tepki geliştirme mekanizmasının yüceltmen farkları ortaya konmuştur. Yüceltme mekanizmasında dürtü nesnesinden koparılsa da, hedefi değişmez. Karşıt tepki geliştirme

mekanizmasında ise dürtü nesnesinden koparıldığı gibi, tam tersi hedefte libido yatırımları görülmektedir (Silverberg, 1932).

Ceza tehdidi içeren, anksiyeteye ve suçluluk duygularına sebep olabilecek kabul edilmesi tehlikeli duygu, dürtü ve talepler çok yoğun olduğunda bunların baskı altında tutulması da güçleştiğinden, kişi bunların tam karşısı olan duygu ve tutumlar geliştirerek kendini korumaya çalışabilir (Geçtan, 2006).

Kardeşini kıskanıp ona karşı düşmanca duygular besleyen bir çocuk, bu stres verici yükün altından kardeşine karşı gösterdiği sevgi gösterileriyle kurtulmaya çalışabilir. Açık saçık yayımlara aşırı tepki gösteren kişi, kendi cinsel dürtülerini denetlemekte güçlük çekiyor olabilir. Komşusunun bir erkekle ilişki kurmasını kıyasıya eleştiren bir kadın, gerçekte bu duruma imrenmiş olabilir. Sürekli saldırgan davranışlarda bulunan biri, insanlardan korktuğu için böyle tepkiler geliştirmiş olabilir.

1.2.1.3 Olgun Savunma Mekanizmaları

Olgun savunma mekanizmaları, bireylerin içsel dinamikleriyle çevresel gerçeklik arasında uyumlu ve yararlı bir denge kurmalarını sağlar. Genellikle dürtülerin belli anlamlarda boşalımının sağlanmasına yarayıp ruhsal gerilim ve anksiyete seviyesini düşürdüğü gibi bireyin sosyal anlamda olumlu geribildirim almasına yardımcı olurlar. Bu başlıkta incelenecek savunmalar şu şekildedir:

Yüceltme (Sublimation): Freud yüceltme mekanizmasını ilk olarak 1987’ de Fliess ile kuramsal tartışmalar ve paylaşımlarda bulunduğu mektuplaşmalarında tanımlamıştır ve 1905’ te de son halini vermiştir. Freud, yüceltme mekanizmasının cinsel merakın sanatsal ve yararlı faaliyetlere yöneltilmesi şeklinde tanımlamıştır (Vaillant, 1992). İlkel nitelikteki eğilim ve istekler doğal amaçlarında çevrilerek,

toplumca beğenilen etkinliklere dönüştürürler. Gerçekte bu terim spesifik bir mekanizmayı tanımlamaz; edilgenlikten etkinliğe geçmek, olumsuz bir amacı yapıcı bir yöne çevirmek gibi türlü başarılı savunma yöntemleri bu başlık altında toplanabilirler (Freud, 1957b). Ortak olan yön, egonun boşalımı engellemeksizin ulaşılmak istenen amacı değiştirmesidir. Yüceltilmiş dürtülere dolaylı yoldan da olsa boşalım sağlanır, oysa başarısız savunma mekanizmalarında dürtülere çıkış yolu bulunamaz. Buna karşılık yüceltme mekanizmasında özgün dürtü ortadan kalkar çünkü kendisine ait enerji başka bir amaçla kullanılır (Sterba, 1943).

Yüceltme mekanizmasının oluşum aşamaları, 1) gerçek amacın ketlenmesi, 2) cinsel ya da saldırgan niteliklerinin etkisiz hale getirilmesi, 3) ego tarafından enerjiye yeni bir biçim verilmesi şeklinde özetlenebilir (Geçtan, 2006).

Bir ressamın doğadaki süreci kağıt üzerine aktararak bu süreci ‘öldürmesi’ yıkıcı eğilimlerin yüceltilmesine örnek olarak gösterilebilir. Bir yazarın yasak bir aşka dair yazdığı romanı onun enstüel ya da toplum tarafından yasaklanmış bir cinsel arzusunun yüceltilmesi şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde bir şarkı sözü yazarı tüm öfkesini şarkılarında mısralara hapsedip kitleleri peşinden sürükleyebilir.

Mizah (Humor): Freud (1998) mizahı, bireyin olumsuz bir durum karşısında gerçekçi bakış açısını yitirmeden olumsuz duygulardan kaçınmasına yardımcı olan sağlıklı bir savunma mekanizması olarak tanımlamış, May (2000) ise mizahın; kişinin probleminden yeterince uzaklaşarak bu şekilde kendi sorunu üzerinde bir perspektif kazanmasına yardımcı olduğunu belirtmiştir. Freud, esprilerin agresif ve cinsel dürtüler ile ilgili gerilimi hafiflettiğini, genç çocukların genellikle cinsel heyecanlarını gülerek dışavurmasının buna işaret ettiğini belirtmiştir (Wolfenstein, 1955).

Ego anksiyete yaratan olayların ciddiyetini azaltacak şekilde şaka yoluna başvurabilir. Kendi büyüklük (grandiyöz) ihtiyaçlarıyla alay ederek ve tehditkâr kişi ve durumları karikatürleştirerek tehdidin büyüklüğünü ve ciddiyetini küçümseyebilir. Sosyal ilişkiler esnasında espriye başvurmak ilişkilerdeki çatışmaları ve gerginliği azaltarak adaptasyon yeteneğini yükseltir. Diğer bir bakışla mizah, ifadesi uygun olmayan düşlem ve düşüncelerin kişinin kendisini ve diğerlerini rahatsız etmeden ifade etmesini sağlayan bir mekanizmadır. Mizahi haliyle herkes tarafından hoş görülebilen ifadelerle insanlar zihinlerinde uygunsuz/yasak düşlem ve düşünceleriyle meşgul olabilmeye fırsatı yaratmış olurlar.

Beklenti (Anticipation): Freud, 'Ketlenme, Semptom ve Anksiyete' adlı çalışmasında iki tür anksiyete tanımlar. Travmatik durumlar ve tehlike durumlarını birbirinden ayıran Freud, egonun travma durumunda zayıflık imajı edindiğini ve orijinal travma ve onun imajının 'tehlikeli durum' olarak etiketlenmesi şeklinde tepkide bulunduğunu belirtmiştir. Daha sonrada bir tehlike durumu *beklentisi* (orijinal travmaya ait bir anı) içinde egonun *sinyal anksiyetesi* duyumsadığını ve buna savunmacı bir tepki verdiğini belirtmiştir (Wong, 1999).

Beklenti savunma mekanizması, gelecek ile ilgili olası olayları öngörme ve bu olaylar ile ilgili gerçekçi bir şekilde düşünüp, alternatif tepkiler ve çözümler üretebilme şeklinde tanımlanmıştır (Watson ve Sinha, 1998).

Sınıf arkadaşlarının önünde hazırladığı projeyi anlatması gereken bir öğrencinin, sunumuyla ilgili olası aksaklıklarda dahil olmak zihinsel olarak kurgulaması ve üzerine düşünmesini bu mekanizmaya örnek olarak verebiliriz. Bu şekilde birey kendini olası rahatsızlık uyandıracak durumlara karşı hazırlıklı hisseder ve buna bağlı olarak stres seviyesini daha iyi kontrol edebilir.

Baskılama (Suppression): Freud ilk başlarda baskılama ve bastırma kavramlarını birbirlerinin yerine benzer anlamlarda kullansa da, sonraki çalışmalarında baskılamanın daha bilinçli olduğunu ve bastırmadan daha sağlıklı bir mekanizma olduğunu belirtmiştir. Genel olarak savunma mekanizmalarının bilinçdışı olduğu düşünüldüğünden uzun süre baskılama mekanizması göz ardı edilmiştir (Vaillant, 1992).

Vaillant, baskılama mekanizmasının başlıca olgun savunma mekanizmaları arasında olduğunu belirtmiştir. Kişi bilinçli ya da yarı bilinçli bir kararla, bilinçli olarak yaşadığı dürtü motivini veya çatışmayı ilgisini daha sonra vermek adına erteleyebilir. Baskılama mekanizması sayesinde kişi bilinçli olarak onaylanan memnuniyetsizliği minimize ederek, o an için hakkında konuşmamayı yeğleyebilir ve kasti bir şekilde bunu düşünmeyi öteleyebilir. Bu bir kaçınma davranışı değildir, çünkü ötelenen memnuniyetsizlik, gerilim daha uygun bir zamanda tekrar bilinçli olarak işlenir (Werman, 1983).

1.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Disosiyatif Bozukluklar

1.3.1 Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağında yaşanan travmalar, çocuğun o anda ya da ileriki yetişkinlik yıllarına kadar uzanan hayatında yaşadığı birçok psikolojik sorun ve bunaltılara neden olabileceği düşünülmüş ve sayısız araştırmalara konu olmuştur.

Çocuk istismarı kavramı son yüz yılda giderek önem kazanan bir konu olmuştur. Bu konuyla ilgili ilk kez 1860 yılında Tardieu; Paris Tıp Akademisinde çocukların cinsel ve fiziksel istismarına değinmiş, daha sonra ise 1946'da Caffey;

“Caffey Sendromu”nu ve 1961’de Kemple; “Örselenmiş Çocuk Sendromunu” tanımlamışlar ve bu konunun önemini vurgulamışlardır (Dokgöz ve Afşin, 2004). Daha sonra bu terim yerini “çocuk istismarı” (“child abuse”) terimine bırakmıştır (Jain, 1999). Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişmeye kuşkusuz 1989’da Birleşmiş Milletler’ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’dir. Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir (Polat, 2002).

Brown ve Anderson (1991)’ un tanımına göre *fiziksel kötüye kullanılma*, “bir kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır; kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır ve fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgaları bu tanıma girmemektedir”. *Cinsel bakımdan kötüye kullanılma* ise, “bir kişinin, 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyiyle okşamadan cinsel ilişkiye kadar değişen herhangi bir derecede cinsel yakınlığa girmesidir”.

Walker, Bonner ve Kaufmann (1988)’ a göre *duygusal kötüye kullanılma*, “genç bir kişiye, duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözlü tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulmasıdır”. *İhmal* ise, “bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi fiziksel bakımının ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal bakımının yapılmamasıdır”.

Çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ile dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, depresif

bozukluklar, anksiyete bozuklukları, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, sınırda kişilik bozukluğu, kendine fiziksel zarar verme davranışı, intihar girişimi arasında ilişki vardır (Bryer, Nelson, Miller ve Kroll, 1987; Herman, 1992; Tutkun, Şar, Yargıç, Özpulat ve Yanık, 1995; Van der Kolk, Perry ve Herman, 1991).

İntihar girişimi ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösteren psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ve dissosiyatif yaşantıların diğer hasta guruplarına göre daha sık olduğu bildirilmektedir (Tutkun ve ark., 1995; Van der Kolk ve ark., 1991).

1.3.2 Disosiyatif Bozukluklar

Kendi aralarında birlik oluşturan bir ruhsal etkinlik grubunun, kişiliğin geri kalan bölümüyle bağlarını kopararak bağımsız bir biçimde etkinlik göstermesi durumuna disosiyasyon denir. Anksiyetenin çok yoğun olduğu durumlarda kişilik düzeni o denli bozulabilir ki, savunma mekanizmaları bilinci, belleği ve hatta bazen kişiliğin tümünü egemenlikleri altına alır ve psikoza andıran dramtik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur (Geçtan, 2006). Araştırmalar, disosiyatif semptomlarla çocukluk çağı kötüye kullanımı arasında güçlü bir bağ olduğunu göstermektedir (Chu ve Dill, 1990; Karadağ ve ark., 2005)

Genelde dört tip disosiyatif bozukluktan söz edilir, bunlar:

- *Disosiyatif amnezi*: Psikojenik amnezi de denir. Önemli kişisel bilgilerin ani olarak hatırlanamaması ile belirli bir durumdur. Organik bir nedene bağlı değildir ve olağan bir unutkanlıkla da açıklanamaz. Motor davranışlarda büyük bir bozukluk bulunmaz. Olgular genellikle belirtilerinin farkındadır. Ancak belirtiye karşı ilgisizlik gösterirler.

Atak sırasında olgular yönelim bozukluğu, şaşkınlık ve amaçsız dolaşma gibi belirtiler gösterirler (Arkonaç ve Koçak, 1986).

- *Disosiyatif füğ*: Evden, iş ortamından ani ve beklenmeyen biçimde uzaklaşma, seyahat etme, yeni bir iş ve kimlik edinme ile belirli bir durumdur. Hasta sanki bir şeyden kaçıyor gibidir. Ancak bunun farkında değildir. Füg sırasında geçmişini anımsamaz. Düzelmenin ardından da füğ sırasında olanları anımsamaz. Hastalarda açık yönelim bozukluğu ve şaşkınlık hali olmakla birlikte bu tanı organik nedenlerin varlığı halinde konmaz. Tipik olgularda insan ilişkileri kısıtlıdır. Kimlik gelişimi yetersiz olup füğ süresi de kısadır. Ağır alkol alımı füğ için yatkınlık yaratır. Seyri psikojenik amneziye benzerlik gösterir. Hastalık sık olarak bir stres etkenine koşut olarak gelişir (Arkonaç ve Koçak, 1986).
- *Disosiyatif kimlik bozukluğu*: Çoğul kişilik bozukluğu da denir. Bu tür disosiyasyonda kişi, anksiyete duygularına karşı iki ya da daha fazla sayıda bağımsız kişilik sistemi geliştirebilir. Her bir sistem kendine özgü, tutarlı ve kesin bir biçimde belirlenmiş duygu ve düşünce süreçlerinden oluşur. Zaman zaman bu kişiliklerin birinden diğerine geçişler görülür. Her bir durum birkaç dakikadan birkaç yıla kadar sürebilir. Kişilikler birbirinden dramatik bir biçimde ayrılır: biri neşeli, umursamaz ve eğlence düşkün, diğeri sakin çalışkan ve ağırbaşlıdır. Genellikle bir kişilik diğer kişiliklerin varlığından haberdar olmaz ve diğer kişiliği benimsemiş olduğu süre içerisinde neler yapmış olduğunu anımsayamaz (Geçtan, 2006).

- *Depersonalizasyon/derealizasyon*: Olgularda ani ve geçici bir biçimde bireysel gerçeklik duygusunda değişiklikler olur. Kendi bedeninden veya ruhsal süreçlerden ayrılma ve bu olayları dışarıdan üçüncü bir kişi gibi gözleme belirtileri olur. Zihinsel süreç ve duygularında mekanikleşme duygusu yaşanır. Rüyadaymış gibi bir durum olur. Gerçeği değerlendirme sağlam kalır. Değişik yabancılaşma duyguları ve bedenin fiziksel niteliklerinin değiştiği duyguları olasıdır. İfade edilmesi güç duygular olabilir. Kendi varlıklarını veya çevreyi inkar edebilirler. Depersonalizasyon kişinin kendi benliğinde oluşan değişiklikler için kullanılırken, kişinin dış dünyasında algıladığı değişiklikler için derealizasyon terimi kullanılır (Geçtan, 2006).

Dissosiyatif fenomenlerin varlığı daima psikopatoloji olduğunu göstermez. Bilinen dissosiyatif fenomenler arasında çevrede olan bitenlerin farkında olmayacak kadar kendini kaptırma halleri, çocuklarda oyun sırasında yaratılan hayali arkadaşlar sayılabilir (Şar, 1997). Bazı araştırmacılar tarafından patolojik ve patolojik olmayan dissosiyasyon olarak da sınıflandırılan bir kavramdır (Putnam, 1997). Depersonalizasyon/derealizasyon ve dissosiyatif amnezi patolojik dissosiyasyon ile ilişkili iken, soğurma (absorbsiyon) patolojik olmayan dissosiyasyon ile ilişkilendirilmektedir (Maaranen, Tanskanen, Honkalampi, Haatainen, Hintikka, Viinamaki, 2005).

1.3.3 Travma, Disosiyasyon ve Bağımlılık Arasındaki İlişki

Schafer ve arkadaşları (2007)'nin yaptıkları araştırmada erken yaşta görülen alkol bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları ve yüksek düzey disosiyatif belirtiler arasında bir ilişki bulmuşlardır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının özellikle de

duygusal istismar şiddeti ile disosiyatif semptomlar arasında yüksek bir ilişki olduğu saptanmıştır (Schafer ve ark., 2010).

Somer, Altus ve Ginzburg (2010) opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların kontrol grubuna oranla daha yüksek çocukluk çağı kötüye kullanımı ve disosiyasyon puanlarına sahip olduğunu bulmuşlardır.

Evren ve Ögel (2003)' in alkol ve madde bağımlıları ile yaptıkları araştırmada Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği' nden yüksek puan (30 puan ve üzeri) alan hastaların düşük puan (15 puan ve altı) alan hastalara oranla daha çok depresif belirtiler sergiledikleri, anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, duygusal ve fiziksel çocukluk çağı travma puanlarının da yüksek olduğu saptanmıştır.

Kişilik bozukluğu tanısı almış alkol/madde bağımlıları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kişilik bozukluğu olan ve kişilik bozukluğu özellikleri sergileyen bağımlı bireylerin, kişilik bozukluğu olmayan bağımlı bireylere göre çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım ve ihmal puanları daha yüksek bulunmuştur (Kural, Evren ve Çakmak, 2005).

İntihar girişimi ve kendini yaralama davranışları olan alkol/madde bağımlıları ile yapılan çalışmalarda intihar ve kendini yaralama davranışları olmayan bağımlı bireylere göre yüksek düzeyde travmatik çocukluk çağı öyküleri (Evren, Üstünsoy, Can, Başoğlu ve Çakmak, 2003; Schafer, Sank ve Soyka, 2000; Zlotnick ve ark., 1997) ve disosiyatif yaşantı deneyimleri (Tamar-Gurol, Sar, Karadağ, Evren ve Karagoz, 2008) olduğu görülmektedir.

Disosiyasyon ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmaların yanı sıra literatürde bu konuda farklı sonuçlar alınan araştırmalar da karşımıza çıkmaktadır (Ross ve ark., 1992; Tutkun ve ark.,1998) Langeland, Draijer ve Van Der Brink (2002)' in erkek alkoliklerle yaptıkları araştırmada disosiyatif semptomlar ile çocukluk çağı travmaları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) arasında bir ilişki olmadığını göstermişlerdir. Özellikle erkek alkoliklerin disosiyatif belirtiler göstermelerinin madde kötüye kullanımından kaynaklanabileceğini, travma ve disosiyasyon arasında bir ilişki bulunmayabileceğini öne sürmüşlerdir.

Romans, F.R.A.N.Z.C.P., Martin, Morris ve Herbison (1999)'un çocukluğunda cinsel istismara uğramış 171 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada disosiyatif yaşantılar ile çocukluk çağı cinsel istismarı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Çocukluk çağında yaşanan cinsel istismarın immatür savunma mekanizmalarının özellikle de yansıtma savunmasının kullanımını arttırdığı saptanmıştır.

1.4 Araştırmanın Amacı

Kişinin çevresine ve çevresindeki olaylara uyum sağlamak için geliştirip kullandığı ego işlevleri olarak tanımlanan savunma mekanizmaları, bireylerin problem çözme kapasitelerini belirler. Diğer yandan alkol ve madde bağımlılığı nedenlerinden biri belki de en önemlisi psikolojik etmenler olarak kabul edilir. İnsanların yaşadıkları zorluklar ya da stres verici olaylar karşısında, alkol veya madde kullanarak olayın getirisi olan mutsuzluk ve diğer istenmeyen durumlardan uzaklaşmaya çalışmak akla gelen ilk çözüm yolu gibi değerlendirilmektedir.

Yukarıda belirtilen bilgilerin ışığında, alkol ve madde bağımlılığı bireyin yaşadığı çatışma ve zorluklara psikolojik olarak uyum sağlama çabası olarak

değerlendirilebilir. Tam bu noktada alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin kullandıkları psikolojik savunma mekanizmalarını teşhis etmek, onların tedavi ve psikoterapi süreçlerinde karşılaşılabilecek olası dirençlere hazırlıklı olunmasını sağlar. Bu çalışmanın bir diğer önemli amacı bağımlı bireyin hangi savunma mekanizmasını kullandığını anlamak, bu mekanizmaya neden ihtiyaç duyduğunu anlamaya yarayabilir. Bu da bağımlılığın üzerinde çalışmayı nispeten kolaylaştırabilir.

Bu çalışmada; alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireyler ile bağımlılığı olmayan bireylerin kullandıkları psikolojik savunma mekanizmalarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda hipotez şu şekilde belirlenmiştir:

“Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin, bağımlılığı olmayan bireylerden anlamlı şekilde kullandıkları psikolojik savunma mekanizmaları açısından farklı olacağı düşünülmektedir. Bağımlılığı olmayan bireylerin olgun (mature) ve nörotik savunmaları bağımlılığı olan bireylere göre daha sık kullandığı düşünülmektedir. Aynı şekilde bağımlılığı olan bireylerin olgunlaşmamış (immature) savunmaları, bağımlılığı olmayan bireylere göre daha sık kullandığı düşünülmektedir.”

Araştırmada buna ek olarak aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

1. Alkol/Madde bağımlılığı olan bireyler ile bağımlılığı olmayan bireylerin ailelerinde alkol bağımlılığı öyküsü, madde bağımlılığı öyküsü ve psikiyatrik hastalık öyküsü açısından bir farklılık var mıdır?

2. Alkol/Madde bağımlılığı olan bireyler ile bağımlılığı olmayan bireyler çocukluk çağı travma yaşantıları açısından farklılık gösterirler mi?
3. Alkol/Madde bağımlılığı olan bireyler ile bağımlılığı olmayan bireyler disosiyatif yaşantı deneyimleri açısından farklılık gösterirler mi?
4. Alkol/Madde bağımlılığının şiddetine göre bireylerin kullandıkları psikolojik savunma mekanizmaları farklılaşır mı?
5. Çocukluk çağı travmalarının şiddetine göre bireylerin kullandıkları psikolojik savunma mekanizmaları farklılaşır mı?
6. Disosiyatif yaşantı deneyimlerinin şiddetine göre bireylerin kullandıkları psikolojik savunma mekanizmaları farklılaşır mı?
7. Alkol/Madde bağımlılığı olan bireylerin yaşlarına göre kullandıkları psikolojik savunma mekanizmaları farklılaşır mı?
8. Alkol/Madde bağımlılığı olan bireylerin cinsiyetine göre kullandıkları psikolojik savunma mekanizmaları farklılaşır mı?
9. Alkol/Madde bağımlılığı olan bireylerin iş durumuna göre kullandıkları psikolojik savunma mekanizmaları farklılaşır mı?

1.5 Araştırmanın Önemi

Yurtdışı kaynaklarda bağımlılık ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki konusundaki araştırmaların çeşitliliğinin sınırlı olmasının yanında, yurtiçinde bu konu ile ilgili bir çalışmaya rastlanmaması çalışmanın önemini gözler önüne sermektedir. Bu konu ile ilgili yazılarda kullanılan bilgilerin yurtdışı temelli olup kültürel farklılığın görmezden gelinmesine neden olmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarıyla, yurtdışında gerçekleştirilen benzer çalışmaların sonuçlarının karşılaştırılması mevcut kullanılan bilgilerin Türk kültürüne uygunluğunun sınıp

olası farklılıkların ortaya konabilecek olması araştırmanın önemini bir kat daha arttırmaktadır.

Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin kullandıkları psikolojik savunma mekanizmalarını teşhis etmek, onların tedavi ve psikoterapi süreçlerinde karşılaşılabilecek olası dirençlere hazırlıklı olunmasını sağlar. Bu çalışmanın bir diğer önemi, alkol/madde bağımlılığı ile çalışan uzmanların süreç içinde yaşayabilecekleri bu tür psikolojik direnç ve zorluklara ışık tutmak ve tedavi sürecinde bireyin kendisini ve sıkıntısını daha iyi anlamlandırabileceği çeşitli teknik stratejilerin geliştirilebilmesine olanak sağlayabilecek olmasıdır.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1 Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Kliniği'nde yatarak ve ayaktan tedavi gören 9 kişi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de (Alkol ve Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi) yatarak ve ayakta tedavi gören 25 kişi ve Kadıköy Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne alkol ve/veya madde bağımlılığı konusunda gönderilen 28 kişi ve herhangi bir madde kullanmayan normal sağlıklı 60 kişi oluşturmaktadır. Katılımcılar gönüllülük esasına göre araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma grubunda 62 kişi, karşılaştırma grubunda 60 kişi olmak üzere toplam 122 kişi araştırmaya katılmıştır. Bu kişilerin seçiminde:

- 18 yaşından büyük olmak
- Okur-yazar olmak
- Madde kullanıcıları için arındırma dönemini tamamlamış olmak
- Araştırma form ve ölçeklerini doldurmayı engelleyecek fiziksel veya ruhsal bir problemin olmaması, seçim ölçütleri olarak belirlenmiştir.

2.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara Savunma Biçimleri Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi (sadece alkol/madde kullananlara) ve araştırmacı tarafından bu çalışma için oluşturulan kişisel bilgi formu uygulanmıştır.

2.2.1 Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmaya katılanlarla ilgili gerekli bilgileri toplamak ve alkol/madde bağımlılığı ile kullanılan psikolojik savunma mekanizması arasındaki ilişkiye etki edebilecek yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evlilik durumu gibi çeşitli değişkenleri tespit edebilmek için araştırmacı tarafından hazırlanmış bir bilgi toplama formudur. Ayrıca formda alkol ve madde kullanımına dair başlama yaşı, tercih maddesi, kullanım miktarı, kullanım şekli, tedavi girişiminin olup olmadığı, ailede psikiyatrik geçmişi, ailede alkol ve madde kullanımı geçmişi gibi konu ile ilgili olabilecek ve konuyu etkileyebilecek değişkenlere dair maddeler yer almaktadır.

2.2.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, 1995'te 54 maddeye daha sonra da 28 maddeye düşürüldü ve Şar tarafından 1996'da Türkçeye uyarlandı. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (28 maddelik form) (ÇÇTÖ-28) beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimalizasyon sorusunu da kapsamaktadır (11., 21. ve 25. sorular). Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir.

Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal ihmali ölçen sorular ters kodlanırlar, bunlar 4., 6., 12., 18., 27. sorulardır. Fiziksel ihmali ölçen sorular 1., 3., 5., 15., 28. sorulardır ve 15. soru ters olarak kodlanır. Duygusal kötüye kullanımı ölçen sorular 2., 7., 13., 17., 24. sorulardır. Fiziksel kötüye kullanımı ölçen sorular 8., 9., 10., 14., 16. sorulardır. Cinsel kötüye kullanımı ölçen sorular ise 19., 20., 22., 23., 26. sorulardır. Her bir kategoriye ait sorulara verilen puanlar toplanır ve beşe bölünür. Her bir kategoriye ait 1-5 arası çıkan puanlar toplanıp 5-25 arasındaki toplam puan hesaplanabilir. Ayrıca ölçeğe ait toplam ham puan da hesaplanabilmekte ve bu puan 28-140 arasında olabilmektedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir (Bernstein, 1994).

ÇÇTÖ-28' in Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak test-tekrar test bağıntısı ($r=0.90$) anlamlı derecede ($p=0.001$) yüksek bulunmuştur. Alt ölçeklere göre ilişkisel anlamlılık, duygusal kötüye kullanım ($r=0.90$), duygusal ihmal ($r=0.85$), fiziksel kötüye kullanım ($r=0.90$), cinsel kötüye kullanım ($r=0.73$) ve fiziksel ihmal ($r=0.77$) için yüksek bulunmuştur.

2.2.3 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilen (1986) 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar disosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir.

Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.91) ve test-tekrar test bağıntısı ($r=0.78$) yüksek bulunmuştur. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği absorpsiyon (2., 14., 15., 16., 17., 18., 20., 22., 23. sorular), amnezi (3., 4., 5., 6., 8., 10., 25., 26. sorular) ve depersonalizasyon/derealizasyon (7., 11., 12., 13., 27., 28. sorular) olmak üzere üç alt ölçeğe ayrılabilir. Ayrıca, DES Taxon (DES-T) adı verilen alt ölçekle (3., 5., 7., 8., 12., 13., 22. ve 27. sorular) dissosiyasyonun patolojik olan formu da ölçülebilmektedir. DES Taxon alt ölçeğinin kesme puanı ise 20 olarak belirtilmiştir.

2.2.4 Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi

Araştırmaya katılan kişilerde bağımlılığın şiddetini ölçmek için Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi (MAMTT) kullanılacaktır. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), alkol kullanımı ve eşlik eden sorunları sorgulayan 25 soruyu içermektedir. Yüksek puanlar sosyal işlevlerde daha fazla bozulma ve alkolizmde belirginleşmeyi göstermektedir (Gibbs, 1983). Kesme noktası 5 olarak alındığında MATT’nin Türkçe uyarlamasının duyarlılığı % 79, özgünlüğü % 99 olarak saptanmıştır. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Coşkunol ve arkadaşları 1995’te yapmıştır.

Joseph Westermeyer, Ilhan Yargıç ve Paul Thuras’ın yaptıkları bir araştırmada (2004) MATT’ın madde bağımlılığı şiddetini ölçmek için de kullanılabilceğini göstermiştir. Bunun için testin her bir maddesindeki “içki içmek” yazısı “içki içmek ya da madde kullanmak” şeklinde değiştirilmiştir. Bu haliyle test Michigan Alkol ve Madde Tarama testi (MAMTT) olarak anılmaktadır.

MAMTT de her sorunun ve cevabın yanıtı ve puanlaması farklı şekilde hesaplanmaktadır. 1., 4., 6., 7. sorulara alkol veya madde kullanım sorunu olanların yanıtı olumsuzdur, bu soruların yanıtı hayır ise ilgili puanlar hesaplamaya dahil edilir. 3., 5., 9., 16. sorular 1 puan, 1., 2., 4., 6., 7., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 17., 18., 21., 22., 23., 24. sorular 2 puan 8., 19., 20. sorular 5 puandır. Ayrıca 18. maddedeki her bir deliryum tremens epizodu için 5 puan; 23. ve 24. maddelerdeki belirtilmiş her bir tutuklama ve gözaltı için 5 puan eklenir (Westermeyer ve ark., 2004).

2.2.5 Savunma Biçimleri Testi

Savunma Biçimleri Testi 40 maddelik form (SBT-40) bilinçdışı kullanılan savunma biçimlerinin bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Andrews, Singh ve Bond (1993) tarafından geliştirilen testte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Ölçekteki 20 savunma mekanizması immatür, nevrotik ve matür savunmalar olarak 3 boyutta toplanmıştır. Her bir alt savunma ve 3 savunma biçiminin hesaplanmasında toplam puan ya da aritmetik ortalama kullanılabilir.

İmmatür savunmalar: yansıtma (6. ve 29. sorular), pasif agresyon (23. ve 36. sorular), dışa vurma (11. ve 20. sorular), yalıtma (34. ve 37. sorular), değersizleştirme (10. ve 13. sorular), otistik fantezi (14. ve 17. sorular), yadsıma (8. ve 18. sorular), yer değiştirme (31. ve 33. sorular), disosiyasyon (9. ve 15. sorular), bölme (19. ve 22. sorular), mantıksallaştırma (4. ve 16. sorular), bedenselleştirme (12. ve 27. sorular). Nevrotik savunmalar: yapma-bozma (32. ve 40. sorular), yapay özgecilik (1. ve 39. sorular), idealleştirme (21. ve 24. sorular), karşıt tepki geliştirme (7. ve 28. sorular). Matür savunmalar: yüceltme (3. ve 38. sorular), mizah (5. ve 26.

sorular), beklenti (30. ve 35. sorular), baskılama (2. ve 25. sorular) dır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır.

Yılmaz ve ark. (2007) tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında SBT-40'ın psikometrik özellikleri incelendiğinde, iç-tutarlılık katsayısı Olgun Savunma Biçimi, Nevrotik Savunma Biçimi ve İmmatür Savunma Biçimi için sırasıyla .70, .61 ve .83 olarak bulunmuştur. Ayrıca, her üç savunma biçimi için iki-yarım-test güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği katsayılarının kabul edilir olduğu bulunmuştur. Ölçeğin kriter geçerliği incelendiğinde, normal ve klinik gruplar arasında kullandıkları savunma biçimlerine göre beklenen yönde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. SBT-40'ın psikometrik özellikleri ve kriter geçerliği kabul edilir düzeyde olduğu, elde edilen bulguların bu testin Türkiye'de yapılan çalışmalarda kullanılabileceğini destekler nitelikte olduğu belirtilmiştir.

2.3 İşlem

Bu araştırmaya ait uygulamalar 2010 yılı, Ocak ve Ağustos ayları arasında, hastane ve denetimli serbestlik şubesindeki araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş doktor, asistan, eğitim uzmanı ve bizzat tez sahibi tarafından yapılmıştır. Ayrıca tez sahibi dışındaki gönüllü destekçiler için, yönergeler, testlerin sırası, dikkat edilecek hususlar vb. durumlar ile ilgili bilgilendirme formları hazırlanmıştır.

Katılımcılara öncelikle 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' okunmuş ve gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılanlardan gerekli onaylar kağıda dökülmüştür. Daha sonra 'Sosyo-demografik Bilgi Formu' katılımcı tarafından doldurulmuştur. Ardından sırası ile araştırma grubu katılımcılarına 'Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi', 'Savunma Biçimleri Testi', 'Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği' ve son

olarak ‘Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’ verilmiş ve bireysel olarak doldurmaları istenmiştir. Karşılaştırma grubu katılımcılarına ise ‘Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi’ hariç tutularak diğer ölçekler aynı sıra ile verilmiş ve bireysel olarak doldurmaları istenmiştir.

Araştırmada istatistiksel değerlendirme “SPSS for Windows” programı kullanılarak yapılmıştır ve yorumlanmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda ve yorumlamalarda, ortalamalar için homojen dağılımı olmayan değişkenlerde Mann-Whitney U testi, homojen dağılımı olan değişkenlerde ise Independent Sample T testi, kategorik olan değişkenleri karşılaştırmak için ki-kare testi, bağımlı olan grubu kestirmek için anlamlı değişkenler olup olmadığını anlamak için Geriye Dönük Lojistik Regresyon Analizi, SBT-40, MAMTT, DYÖ, ÇÇTÖ arasındaki bağıntıları saptamak için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Cinsiyet, yaş ve iş durumu değişkenlerine göre savunma mekanizmasının değişip değişmediğini kestirebilmek içinse Çoklu Varyans Analizi (MANOVA) kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 3.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırma İstatistikleri

	<i>Araştırma Grubu (n=62)</i>		<i>Karşılaştırma Grubu (n=60)</i>		<i>z</i>	<i>p</i>	
	<i>Ort.</i>	<i>ss.</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss.</i>			
<i>Yaş</i>	33.5	11.7	32.1	8.6	0.50	0.621	
	<i>n</i>	<i>yüzde (%)</i>	<i>n</i>	<i>yüzde (%)</i>	<i>χ²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Cinsiyet</i>					1.20	1	0.273
<i>erkek</i>	55	87.7	49	81.7			
<i>kadın</i>	7	11.3	11	18.3			
<i>Eğitim</i>					16.80	3	0.001
<i>ilkokul</i>	15	24.2	5	8.3			
<i>ortaokul</i>	16	25.8	5	8.3			
<i>lise</i>	17	27.4	20	33.3			
<i>üniversite</i>	14	22.6	30	50.0			
<i>Medeni durum</i>					9.82	2	0.007
<i>evli</i>	22	35.5	33	55.0			
<i>bekar</i>	30	48.4	36	43.3			
<i>boşanmış</i>	10	16.1	1	1.7			
<i>İş durumu</i>					14.06	2	0.001
<i>yok</i>	20	32.3	4	6.7			
<i>var</i>	32	51.6	48	80.0			
<i>diğer</i>	10	16.1	8	13.3			
<i>Kiminle yaşadığı</i>					7.47	2	0.024
<i>ailesi</i>	37	59.7	39	65.0			
<i>eşi ile</i>	12	19.4	18	30.0			
<i>diğer</i>	13	21.0	3	5.0			

Araştırmada yer alan araştırma ve karşılaştırma grubu katılımcılarının yaş ve cinsiyet dağılımları arasında fark yoktur. Karşılaştırma grubunun üniversite mezunları, araştırma grubunun ilkökul ve ortaokul mezunları anlamlı ölçüde fazladır. Katılımcıların iş durumuna baktığımızda araştırma grubunda işi olmayanların, karşılaştırma grubunda işi olanların sayısı anlamlı ölçüde fazladır. Araştırma grubu katılımcılarından yalnız, arkadaşı ile ya da akrabaları ile yaşayanların sayısı, karşılaştırma grubuna göre anlamlı ölçüde yüksektir (Tablo 3.1).

3.2 Araştırma Grubu Özellikleri

Tablo 3.2 Araştırma Grubunun Diğer Özellikleri

	<i>Araştırma Grubu (n=62)</i>	
	<i>ort.</i>	<i>ss.</i>
<i>Alkole başlama yaşı</i>	17.5	4.7
<i>Maddeye başlama yaşı</i>	18.6	4.8
<i>Tercih maddesi kullanma süresi</i>	15.2	12.3
<i>Alkol gr.</i>	166.6	124.9
<i>MAMTT toplam</i>	27.0	12.1

Araştırma grubu katılımcılarının alkole başlama yaşı ortalama 17.5 ± 4.7 maddeye başlama yaşı ortalama 18.6 ± 4.8 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan denekler tercih maddelerini ortalama 15.2 ± 12.3 sene kullanmışlardır. Alkol kullanan denekler günde ortalama 166.6 ± 124.9 gr. alkol almaktaydılar ve ortalama 23 aydır bu miktarı kullanıyorlardı. Ayrıca araştırmaya katılan alkol/madde bağımlılarının,

bağımlılığın şiddetini ölçen MATT testi puan ortalamaları 27.0 ± 12.1 olarak bulunmuştur (Tablo 3.2).

Alkol/madde kullananların %77.4' ü maddeyi ağız yoluyla, %11.3'ü soluma yoluyla, %6.5' i damar yoluyla, %4.8' i de burun yoluyla kullandığını belirtmiştir.

Tablo 3.3 Araştırma grubunun Tercih Maddesi, İlk Madde ve Ek madde Kullanımı

	<i>Araştırma grubu (n=62)</i>					
	Tercih maddesi		İlk madde		Ek madde olarak kullanma	
	frekans	yüzde(%)	frekans	yüzde(%)	frekans	yüzde(%)
<i>Alkol</i>	38	61.3	48	77.4	16	25.8
<i>Eroin</i>	6	9.7	2	3.2	2	3.2
<i>Uçucu</i>	1	1.6	1	1.6	3	4.8
<i>Esrar</i>	16	25.8	10	16.1	17	27.4
<i>Sedatif/hipnotik</i>	1	1.6	1	1.6	4	6.5

Araştırma grubu katılımcılarında tercih maddesi kullanım oranına bakıldığında en çok tercih edilen maddenin alkol olduğu görülmektedir (%61.3). En az kullanılan tercih maddeleri ise uçucu maddeler ve sedatif/hipnotik maddelerdir (ikisi de %1.6). Katılımcıların yarısından çoğu ilk madde olarak alkol kullanmışlardır (%77.4). Araştırma grubu katılımcılarından, %27.4 ü esrar, %25.8 i de ek madde olarak alkolü kullandığını belirtmiştir (Tablo 3.3).

Araştırma grubu katılımcılardan 30' u (%48.4) yalnızca tek madde kullandığını belirtmiştir. 21 kişi (%33.9) ise ek olarak bir madde, 9 kişi (%14.5) iki ek madde, 1

kişi (%1.6) üç ek madde, 1 kişi (%1.6) de dört ek madde daha kullandığını belirtmiştir. Toplamda 32 kişi (%51.6) ek madde kullanmaktadır. Yalnızca tek madde kullandığını belirten 30 kişiden 26'sı (%86.7) sadece alkol kullandığını, 2'si (%6.7) sadece eroin kullandığını, 1'er kişi (%3.3) de sadece esrar ve uçucu madde kullandığını belirtmiştir (Tablo 3.3).

3.3 Araştırma grubu ve Karşılaştırma grubu Karşılaştırmaları

Tablo 3.4 Araştırma ve Karşılaştırma Grubunun Ailede Alkol Bağımlılığı, Madde Bağımlılığı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Karşılaştırmaları

	Araştırma grubu (n=62)		Karşılaştırma grubu (n=60)		χ^2	df	p
	n	yüzde(%)	n	yüzde(%)			
Ailede alkol bağımlılığı öyküsü					29.94	2	<0.001
Yok	32	51.6	57	95.0			
1. derece akraba	23	37.1	1	1.7			
2. derece akraba	7	11.3	2	3.3			
Ailede madde bağımlılığı öyküsü					12.47	2	0.002
Yok	48	77.4	59	98.3			
1. derece akraba	10	16.1	1	1.7			
2. derece akraba	4	6.5	0	0.0			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					3.52	2	0.172
Yok	48	77.4	54	90.0			
1. derece akraba	7	11.3	3	5.0			
2. derece akraba	7	11.3	3	5.0			

Araştırmaya katılan araştırma ve karşılaştırma grubu katılımcılarının ailede psikiyatrik hastalık öyküsü dağılımı açısından bir fark yoktur. Alkol/madde bağımlılığı olan araştırma grubunun ailesindeki alkol ve madde bağımlılığı öyküsü, bağımlılığı olmayan karşılaştırma grubundan anlamlı ölçüde fazladır (Tablo 3.4).

Alkol/madde bağımlılığı olan katılımcıların %38.7' si intihar girişiminde, %40.3' ünü de kendini yaralama girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Ayrıca %61.3' ü en az bir kez tutuklandığını belirtmiştir. Tutuklandığını belirten katılımcıların da %76.3' i bu tutuklanmanın/tutuklanmaların en az birinin madde ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Bağımlılığı olan katılımcıların %27.4' ü en az bir kez ceza evi yaşantısı olduğunu belirtirken, bunlardan %41.2 si ceza evi yaşantısının/yaşantılarının en az birinin madde ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Karşılaştırma grubu katılımcılarının tümü herhangi bir intihar girişimi, kendini yaralama girişimi, tutuklanma ya da cezaevi yaşantısı olmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.5 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Araştırma ve Karşılaştırma grubu Karşılaştırma Tablosu

	<i>Araştırma grubu (n=62)</i>		<i>Karşılaştırma grubu(n=60)</i>		<i>z</i>	<i>p</i>
	<i>ort.</i>	<i>ss.</i>	<i>ort.</i>	<i>ss.</i>		
<i>Duygusal ihmal</i>	12.9	11.7	8.6	3.3	5.59	<0.001
<i>Fiziksel ihmal</i>	8.7	3.0	6.4	1.9	4.81	<0.001
<i>Duygusal kötüye kullanım</i>	10.1	5.0	6.2	1.4	5.26	<0.001
<i>Fiziksel kötüye kullanım</i>	8.0	4.7	5.3	0.6	4.49	<0.001
<i>Cinsel kötüye kullanım</i>	7.0	3.7	5.2	0.9	4.16	<0.001
<i>Minimalizasyon</i>	0.4	0.6	0.8	0.9	2.67	<0.001

Alkol/madde bağımlılığı olan bireylerde ÇÇTÖ' nün tüm alt ölçek puanları alkol/madde bağımlılığı olmayan karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede

yüksek bulunmuştur. Ölçeğin minimalizasyon puanı ise karşılaştırma grubunda araştırma grubuna nazaran anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 3.6 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Araştırma ve Karşılaştırma grubu Karşılaştırma Tablosu

	<i>Araştırma grubu (n=62)</i>		<i>Karşılaştırma grubu(n=60)</i>		<i>z</i>	<i>p</i>
	<i>ort.</i>	<i>ss.</i>	<i>ort.</i>	<i>ss.</i>		
<i>DYÖ ort.</i>	28.5	19.3	14.9	15.6	4.27	<0.001
<i>Absorbsiyon</i>	34.3	20.8	20.4	18.8	4.13	<0.001
<i>Amnezi</i>	24.7	20.2	10.4	14.7	4.29	<0.001
<i>Depersonalizasyon/derealizasyon</i>	22.2	20.6	10.9	15.6	2.97	0.003
<i>D-Taxon</i>	22.7	18.9	11.3	15.2	3.29	0.001

Alkol/madde bağımlılığı olan bireylerde DYÖ' nün tüm alt ölçek puanları alkol/madde bağımlılığı olmayan karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bağımlılığı olan bireyler, bağımlılığı olmayan bireylere göre daha çok disosiyatif yaşantılar deneyimlemektedirler (Tablo 3.6).

Tablo 3.7 Savunma Biçimleri Testi Araştırma ve Karşılaştırma grubu Karşılaştırma Tablosu

	Araştırma grubu (n=62)		Karşılaştırma grubu(n=60)		z	p
	ort.	ss.	ort.	ss.		
Olgun savunma mekanizmaları toplam	41.9	13.1	42.3	9.7	0.13	0.894
<i>Yüceltme</i>	10.7	4.3	8.4	3.5	3.30	0.001
<i>Mizah</i>	9.3	4.5	11.5	3.6	2.85	0.004
<i>Beklenti</i>	11.6	4.6	9.7	3.6	2.40	0.016
<i>Baskılama</i>	10.3	4.1	12.7	3.5	3.36	0.001
Nevrotik savunma mekanizmaları toplam	42.2	9.6	30.3	8.8	6.06	<0.001
<i>Yapma-bozma</i>	11.1	4.0	7.6	3.9	4.45	<0.001
<i>Pseudo altırizm</i>	12.3	3.4	6.4	2.3	8.21	<0.001
<i>İdealize etme</i>	9.4	4.5	8.0	3.9	1.72	0.085
<i>Karşıt tepki geliştirme</i>	9.0	3.8	8.3	3.7	0.82	0.410
İmmatür savunma mekanizmaları toplam	107.5	34.0	104.7	21.4	0.07	0.943
<i>Yansıtma</i>	9.3	4.2	11.0	4.5	2.27	0.026
<i>Pasif agresyon</i>	8.1	4.3	11.3	3.5	4.36	<0.001
<i>Dışa vurma</i>	10.2	5.0	7.8	3.6	2.77	0.006
<i>Yalıtma</i>	10.4	4.5	7.7	3.5	3.47	0.001
<i>Değersizleştirme</i>	8.1	4.1	7.2	3.8	1.41	0.160
<i>Otistik fantezi</i>	8.9	5.2	6.2	3.6	2.92	0.004
<i>Yadsıma</i>	9.2	4.8	7.6	4.1	1.75	0.081
<i>Yer değiştirme</i>	7.5	4.4	10.9	3.1	4.44	<0.001
<i>Disosiyasyon</i>	7.5	4.6	7.7	3.5	0.83	0.405
<i>Bölme</i>	10.1	4.6	8.9	3.5	1.30	0.194
<i>Rasyonalizasyon</i>	8.7	4.0	9.1	3.5	0.78	0.436
<i>Somatizasyon</i>	9.4	4.7	9.4	3.7	0.10	0.920

Olgun savunma mekanizmalarına baktığımızda araştırma grubunun yüceltme ve beklenti savunmalarının puanları karşılaştırma grubuna göre, karşılaştırma grubunun mizah ve baskılama savunmalarının puanları araştırma grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Nevrotik savunma mekanizmalarına bakıldığında alkol/madde bağımlılığı olan araştırma grubunun toplam puanı, yapma-bozma ve pseudo alturizm savunmalarının puanları karşılaştırma grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksektir.

İmmatür savunma mekanizmalarına bakıldığında ise bağımlılığı olmayan karşılaştırma grubunun yansıtma, pasif agresyon ve yer değiştirme savunmalarının puanları alkol/madde bağımlılığı olan araştırma grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksek iken, araştırma grubunun dışa vurma, yalıtma ve otistik fantezi savunmalarının puanları karşılaştırma grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksektir (Tablo 3.7).

Tablo 3.8 SBT, DYÖ ve ÇÇTÖ' nün Regresyon Analizi Sonuçları

	B	S.E	Wald	df	p	Exp(B)	%95 G. A.	
							min	maks
<i>Yüceltme</i>	-,368	,137	7,214	1	0,007	,692	,529	,905
<i>Mizah</i>	,264	,125	4,481	1	0,034	1,303	1,020	1,664
<i>Baskılama</i>	,567	,164	11,947	1	0,001	1,764	1,279	2,433
<i>Pseudo Alturizm</i>	-1,315	,330	15,859	1	<0,001	,268	,141	,513
<i>Pasif agresyon</i>	,359	,092	15,050	1	<0,001	1,432	1,194	1,716
<i>Dışavurma</i>	-,317	,088	13,084	1	<0,001	,728	,613	,865
<i>Yalıtım</i>	-,174	,074	5,612	1	0,018	,840	,727	,970
<i>Otistik fantezi</i>	-,244	,078	9,717	1	0,002	,783	,672	,913
<i>Yer değiştirme</i>	,390	,099	15,539	1	<0,001	1,476	1,216	1,792
<i>Duygusal ihmal</i>	-,234	,079	8,802	1	0,003	,791	,678	,924
<i>Fiziksel ihmal</i>	-,217	,110	3,866	1	0,049	,805	,648	,999
<i>Duygusal kötüye kullanma</i>	-,254	,119	4,563	1	0,033	,775	,614	,979

SBT, DYÖ ve ÇÇTÖ' nün araştırma ve karşılaştırma grubu karşılaştırmasında anlamlı fark çıkan sonuçlara geriye dönük regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 3.8 de gösterilmektedir.

Araştırma ve karşılaştırma grubu bağımsız değişken, yüceltme, mizah, beklenti, baskılama, yapma-bozma, pseudo alturizm, yansıtma, pasif agresyon, dışa vurma, yalıtma, otistik fantezi ve yer değiştirme savunmaları, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım ve minimalizasyon puanları ise bağımlı değişken şeklinde kullanılarak yapılan geriye dönük regresyon analizinde yüceltme, pseudo alturizm, dışa vurma, yalıtma ve otistik fantezi savunmaları araştırma grubunu kestirmemiz için, mizah, baskılama, pasif agresyon ve yer değiştirme savunmaları karşılaştırma grubunu yordamamız için anlamlı bulundu. Duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve duygusal kötüye kullanım araştırma grubunu kestirmemiz için anlamlı bulunmuştur.

DYÖ puan ortalaması, absorpsiyon, amnezi, depersonalizasyon/derealizasyon, D-Taxon puanları kullanılarak yapılan geriye dönük regresyon analizinde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

3.4 Araştırma grubu Karşılaştırmaları

Tablo 3.9 Araştırma grubu DYÖ, ÇÇTÖ ve MAMTT ile Savunma Mekanizmaları Arasındaki Korelasyon Tablosu

	<i>MAMTT</i>	<i>İMMATÜR S. M.</i>	<i>NEVROTİK S. M.</i>	<i>OLGUN S. M.</i>	<i>DYÖ</i>	<i>ÇÇTÖ</i>
<i>MAMTT</i>	1	0.28*	0.09	-0.24	0.26*	0.23
<i>İMMATÜR S. M.</i>	0.28*	1	0.30*	-0.17	0.47**	0.46**
<i>NEVROTİK S. M.</i>	0.09	0.30	1	0.31*	-0.10	-0.02
<i>OLGUN S. M.</i>	-0.24	-0.17	0.31*	1	-0.29*	-0.15
<i>DYÖ</i>	0.26*	0.47**	-0.10	-0.29*	1	0.64**
<i>ÇÇTÖ</i>	0.23	0.46**	-0.02	-0.15	0.64**	1

*p<0.05

**p<0.001

Korelasyon analizine göre alkol/madde bağımlılığı olan araştırma grubu katılımcılarının MAMTT toplam puanı, ÇÇTÖ toplam puanı ve DYÖ ortalama puanı ile immatür savunma mekanizmaları arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Buna göre araştırma grubu katılımcılarının MAMTT toplam puanı, ÇÇTÖ toplam puanı ve DYÖ ortalama puanı arttıkça, İmmatür savunma mekanizmaları puanı da anlamlı ölçüde artmaktadır. Ayrıca DYÖ ortalama puanı ile MAMTT ve ÇÇTÖ toplam puanları arasında pozitif, olgun savunma mekanizmaları puanı ile de negatif ve anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Buna göre DYÖ ortalama puanı arttıkça MAMTT ve ÇÇTÖ toplam puanları artmakta, olgun savunma mekanizmaları puanı da anlamlı ölçüde azalmaktadır.

3.5 Araştırma grubu Çoklu Varyans Analizleri

Varyans analizi öncesi, verilerin varyans analizine uygunluğu bir dizi test ile incelenmiştir. Her bir grup için bağımlı değişkenler arasındaki populasyon varyans ve kovaryansları Box' M testi ve Levine test ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarında normalden saptığı tespit edilen ve uygulanan dönüşümlerin normalliği sağlayamadığı değişken analiz dışında tutulmuştur. Diğer değişkenlerin populasyon sonuçları homojen bulunmuştur ve bağımlı değişkenler arasındaki varyans ve kovaryansların her bir faktörün her düzeyi için aynı olduğu gözlenmiştir.

Araştırmada ele alınan değişkenlere ilişkin MANOVA testi sonuçları *Tablo 3.13*' de sunulmaktadır.

Tablo 3.10 Değişkenlere Göre İmmatür, Nevrotik ve Olgun Savunmalara İlişkin Araştırma grubu MANOVA Testi Sonuçları

<i>Kaynak</i>	<i>Bağımlı Değişken</i>	<i>Karelerin Toplamı</i>	<i>df</i>	<i>Karelerin Ortalaması</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<u>Cinsiyet</u>	İmmatür	5481,806	1	5481,806	5,045	0,028
	Nevrotik	167,407	1	167,407	1,855	0,178
	Olgun	531,241	1	531,241	3,198	0,079
<u>Yaş</u>	İmmatür	854,367	3	284,789	,235	0,872
	Nevrotik	179,156	3	59,719	,632	0,597
	Olgun	527,224	3	175,741	1,061	0,373
<u>İş Durumu</u>	İmmatür	1199,675	2	599,837	,509	0,603
	Nevrotik	144,780	2	72,390	,786	0,461
	Olgun	57,172	2	28,586	,162	0,851

Sadece cinsiyet değişkenine ilişkin immatür savunma mekanizmaları puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu görölmektedir. Cinsiyet değişkenine bağlı verilerin, MANOVA analizi ile ilgili varsayımları test etmek amacıyla kovaryansların eşitliğini test etmek için uygulanan Box's M istatistiği [Box's M:14.117; F (6, 611803): 1.900, $p>0.05$] sonucuna göre kovaryansların eşitliği kabul edilmiştir. Varyansların eşitliği için ise Leven'in testi hesaplanmış ve bağımlı değişkenler açısından varyansların eşitliği *Tablo 3.14'* de göröldüğü gibi kabul edilmiştir.

Tablo 3.11 Araştırma grubu Cinsiyet Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları

	<i>F</i>	<i>sd1</i>	<i>sd2</i>	<i>p</i>
<i>İmmatür S.</i>	,395	1	60	0,532
<i>Nevrotik S.</i>	1,545	1	60	0,219
<i>Olgun S.</i>	,135	1	60	0,715

Tablo 3.12 Araştırma grubu Cinsiyet Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistikler

	<i>Cinsiyet</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>
<i>İmmatür</i>	erkek	104,145	4,445
	kadın	133,857	12,459
<i>Nevrotik</i>	erkek	42,764	1,281
	kadın	37,571	3,590
<i>Olgun</i>	erkek	42,964	1,738
	kadın	33,714	4,872

Tablo 3.13 Araştırma grubunun Cinsiyet Değişkeni ve Savunma Mekanizmaları İkili Karşılaştırma İstatistikleri

<i>Bağımlı Değişken</i>	(I) cinsiyet	(J) cinsiyet	OF (I-J)	SH	p	%95 G.A	
						min	min
<i>İmmatür</i>	erkek	kadin	-29,712	13,228	0,028	-56,172	-3,251
	kadin	erkek	29,712	13,228	0,028	3,251	56,172
<i>Nevrotik</i>	erkek	kadin	5,192	3,812	0,178	-2,433	12,817
	kadin	erkek	-5,192	3,812	0,178	-12,817	2,433
<i>Olgun</i>	erkek	kadin	9,249	5,172	0,079	-1,097	19,595
	kadin	erkek	-9,249	5,172	0,079	-19,595	1,097

Tablo 3.16' de görüldüğü üzere alkol/madde bağımlılığı olan kadın katılımcıların immatür savunma mekanizmaları puanı, bağımlılığı olan erkek katılımcılardan anlamlı ölçüde yüksektir.

Yaş değişkeni 4 gruba ayrılarak MANOVA analizine sokulmuştur. Bu gruplar sırasıyla '18-25 yaş', '25-35 yaş', '35-45 yaş' ve '45 yaş ve üstü' gruplarıdır. Bu değişikliğe literatürdeki araştırmalar ile benzerlik kurup karşılaştırma yapabilmek amacı ile gerek duyulmuş ve gruplar için belirlenen yaş aralıkları yine literatürdeki araştırmalar baz alınarak düzenlenmiştir. Yaş değişkenine bağlı verilerin, MANOVA analizi ile ilgili varsayımları test etmek amacıyla kovaryansların eşitliğini test etmek için uygulanan Box's M istatistiği [Box's M:17.536; F (18, 4976E3): 0.864, p>0.05] sonucuna göre kovaryansların eşitliği kabul edilmiştir. Varyansların eşitliği için ise Leven'in testi hesaplanmış ve bağımlı değişkenler açısından varyansların eşitliği Tablo 3.17' de görüldüğü gibi kabul edilmiştir.

Tablo 3.14 Araştırma grubu Yaş Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları

	<i>F</i>	<i>sd1</i>	<i>sd2</i>	<i>p</i>
<i>İmmatür S.</i>	,761	3	57	,520
<i>Nevrotik S.</i>	,743	3	57	,531
<i>Olgun S.</i>	1,709	3	57	,175

Yaş değişkenine ilişkin savunma mekanizmaları puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı *Tablo 3.13'* de görülmektedir.

İş durumu değişkenine bağlı verilerin, MANOVA analizi ile ilgili varsayımları test etmek amacıyla kovaryansların eşitliğini test etmek için uygulanan Box's M istatistiği [Box's M:14.758; F (12, 3667E3): 1.107, p>0.05] sonucuna göre kovaryansların eşitliği kabul edilmiştir. Varyansların eşitliği için ise Leven'in testi hesaplanmış ve bağımlı değişkenler açısından varyansların eşitliği *Tablo 3.18'* de görüldüğü gibi kabul edilmiştir.

Tablo 3.15 Araştırma grubu İş Durumu Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları

	<i>F</i>	<i>sd1</i>	<i>sd2</i>	<i>p</i>
<i>İmmatür S.</i>	1,228	2	59	,300
<i>Nevrotik S.</i>	1,566	2	59	,217
<i>Olgun S.</i>	,970	2	59	,385

İş durumu değişkenine ilişkin savunma mekanizmaları puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı *Tablo 3.13'* de görülmektedir.

Eğitim durumu ve medeni durum değişkenlerine bağlı verilerin, MANOVA analizi ile ilgili varsayımları test etmek amacıyla kovaryansların eşitliğini test etmek

için uygulanan Box's M istatistikleri [sırasıyla Box's M:37.132; F (18, 1135E4): 1.866, p<0.05 / Box's M:27.525; F (12, 1384E3): 1.987, p<0.05] sonuçlarına göre kovaryansların ve Leven' in testi sonuçlarına (bkz. *Tablo 3.19* ve *Tablo 3.20*) göre de bağımlı değişkenlerin varyanslarının gruplarda eşit olmadığı gözlenmiş ve eğitim durumu ve medeni durum için MANOVA analizi yapılmamıştır.

Tablo 3.16 Araştırma grubu Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları

	<i>F</i>	<i>sd1</i>	<i>sd2</i>	<i>p</i>
<i>İmmatür S.</i>	1,003	3	58	,398
<i>Nevrotik S.</i>	,572	3	58	,636
<i>Olgun S.</i>	2,761	3	58	,050

Tablo 3.17 Araştırma grubu Medeni Durum Değişkeni Açısından Varyansların Eşitliğini Test Eden Leven Testi Sonuçları

	<i>F</i>	<i>sd1</i>	<i>sd2</i>	<i>p</i>
<i>İmmatür S.</i>	,936	3	58	,429
<i>Nevrotik S.</i>	1,704	3	58	,176
<i>Olgun S.</i>	5,673	3	58	,002

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Araştırmada alkol/madde bağımlılığı olan bireyler ile bağımlılığı olmayan bireylerin kullandıkları ego savunma mekanizmaları açısından farklı olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Kliniği'nde yatarak veya ayaktan tedavi gören 9 kişi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de (Alkol ve Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi) yatarak veya ayaktan tedavi gören 25 kişi ve Kadıköy Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne alkol ve/veya madde bağımlılığı konusunda gönderilen 28 kişi toplamda 62 kişi araştırma grubunu oluşturacak şekilde araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma grubundan elde edilen verileri karşılaştırmak için herhangi bir madde kullanmayan normal sağlıklı 60 kişi karşılaştırma grubu olarak araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara Savunma Biçimleri Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi (sadece alkol/madde kullananlara) ve araştırmacı tarafından bu çalışma için oluşturulan kişisel bilgi formu uygulanmış ve kullanılan savunma mekanizmaları ile çocukluk çağı travması, disosiyatif deneyimler, bağımlılık şiddeti ve demografik özellikler arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

Araştırmada yer alan araştırma ve karşılaştırma grubu katılımcılarının yaş ve cinsiyet dağılımları arasında fark bulunmamıştır. Bu, iki grubu karşılaştırabilmek adına önceden hedeflenen bir durumdur. Karşılaştırma grubunun üniversite mezunları, araştırma grubunun ilkokul ve ortaokul mezunları anlamlı ölçüde fazladır. Literatürde yer alan birçok araştırmaya uygun olarak (Bulut ve ark., 2006; Mırsal ve ark., 2000; Saatçioğlu, Evren ve Çakmak, 2003) alkol/madde bağımlılığı olan katılımcıların yüksekokul ve üniversite öğrenimi %22.6 ile en az orana sahiptir. Karşılaştırma grubu katılımcılarında ise bu oran %50 dir.

Katılımcıların iş durumuna baktığımızda araştırma grubunda işi olmayanların, karşılaştırma grubunda işi olanların sayısı anlamlı ölçüde fazladır. Wong ve Silverman (2007) 'ın aktardığına göre Amerika Madde Kötüye Kullanımı ve Zihinsel Sağlık Servisi (SAMHSA) 'nin 2003 yılı raporuna göre madde bağımlılarının sadece %20.8 i tam zamanlı bir işte çalışmaktadır. Bağımlılığı olan katılımcılarda yalnız, arkadaşı ile ya da akrabaları ile yaşayanların sayısı, bağımlılığı olmayan gruba göre anlamlı ölçüde yüksektir. Bu sonuçlardan alkol/madde bağımlılığı olan bireylerin sosyal ortam ve destek açısından daha yalnız kaldığı düşünülmektedir.

Bağımlı grubunda literatür ile benzer şekilde alkole başlama yaşı 17.5 ± 4.7 , maddeye başlama yaşı ise 18.6 ± 4.8 olarak bulunmuştur (Evren ve ark., 2003; İlhan ve ark., 2002; Kural ve ark., 2005; Mırsal ve ark., 2001).

Araştırma grubu katılımcılarının %77.4 ünün ilk kullandığı madde alkol olurken, esrarı ilk madde olarak kullananların oranı %16.1 olarak hesaplanmıştır. Bu alkol kullanımının yasal ve alkole ulaşmanın kolay olmasından beklenen bir sonuçtur. Ayrıca alkolün hemen hemen her kültürde dinsel bir ritüel ya da sosyal bir gelenek olarak karşımıza çıkması (Köknel, 1998; Öncü, Ögel ve Duran, 2001) da alkolün bağımlılar için ilk kullanılan madde olmasını anlamlı kılmaktadır. Ayrıca

literatürde de benzer sonuçlar göze çarpmaktadır (Saatçioğlu ve ark., 2003; Bulut ve ark., 2006). Yüncü ve arkadaşları (2006)' nın İzmirde gerçekleştirdikleri bir çalışmada bağımlılık tedavisi için merkeze başvuran veya getirilen çocuk ve ergenlerin kullandıkları ilk maddenin %41.6 ile esrar olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni ise alkol kullanımının sosyal olarak kabul görmesi, görülen zararların daha ileri yaşlarda ortaya çıkması, alkol kullanan kişilerin madde kullananlara göre daha ileri yaşlarda tedaviye başvurmaları olarak yorumlanmıştır.

Alkol/madde bağımlılığı olan katılımcıların ailesindeki alkol ve madde ye bağlı hastalık öyküsü, literatürle benzer şekilde bağımlılığı olmayan karşılaştırma grubundan anlamlı ölçüde daha fazladır. Birinci dereceden yakını alkol veya madde bağımlılığı yaşayan bireylerin alkol veya madde kullanımı ile ilgili sorun yaşama olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Evren ve arkadaşları (2003b)' nın 1998–2002 yılları arasında AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören 3851 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada, kadın hastaların ailesinde alkol kullanım oranı %35.1, bağımlılık oranı %45, erkek hastaların ailesinde alkol kullanım oranı %35.9, bağımlılık oranı %32.2 olarak hesaplanmıştır. Kadın hastaların ailesindeki madde kullanım oranı %4.5, bağımlılık oranı %6.3, erkek hastaların ailesinde madde kullanım oranı %0.4, bağımlılık oranı ise %3.6 olarak hesaplanmıştır. Yüncü ve arkadaşları (2009)' nın gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada ise madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin babalarında alkol/madde kullanımı ile ilgili bozukluk öyküsü, madde bozukluğu olmayan ergenlerin babalarına oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak erken dönemde başlayan alkol ve madde kullanım bozukluklarının kalıtsal yönü vurgulanmıştır.

Araştırmamızda alkol/madde bağımlılığı olan katılımcıların %38.7' si intihar girişiminde, %40.3' ünü de kendini yaralama girişiminde bulunduğunu belirtmiştir.

Literatüre baktığımızda intihar nedenleri arasında alkol-madde kötüye kullanımı ve/veya bağımlılığı 2. veya 3. sırada yer aldığı görülmektedir (Inskip, Haris ve Barraclough, 1998; Osgood, 1992; Rudd, Dahm ve Rajab, 1993). Ayrıca Kural, Evren ve Çakmak (2005)' in gerçekleştirdiği bir araştırmada kişilik bozukluğu ile birlikte seyreden alkol kullanım bozukluğu durumunda intihar girişimi %63, kendini yaralama girişimi de %69.6 olarak bulunmuştur. Bir çok çalışmada madde kötüye kullanımı ile intihar girişimleri arasında ilişki olduğu bildirilmiş (Kural, Evren ve Çakmak, 2005; Trezza ve Popp 2000), ancak bu ilişkinin gerçek doğası net olarak açıklanamamıştır (Trezza ve Popp 2000). McCauley ve arkadaşları (1997)' nin 2000 kadınla gerçekleştirdikleri bir araştırmada, çocukluğunda cinsel veya fiziksel travmaya uğramış olanlarda daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri ve daha fazla özkıyım girişimi olduğunu saptanmıştır. Ayrıca dört seferden daha fazla kötüye kullanıma uğrayanlarda depresyon sendromal düzeyde saptanmış ve depresyonun şiddetin kötüye kullanım derecesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (McCauley ve ark. 1997).

Araştırma grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)' nin tüm alt ölçek puanları alkol/madde bağımlılığı olmayan karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ÇÇTÖ ölçeğinin minimalizasyon puanı ise karşılaştırma grubunda araştırma grubuna nazaran anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bağımlı olmayan bireylerin ailelerindeki eksikliklerin ve travmaların tolere edilebilecek boyutta olmasından kaynaklandığını düşündürmekle beraber, bir diğer açıklama da aynı zamanda DYÖ puanları da bu grupta daha düşük olduğundan ve olasılıkla çok daha düşük oranda disosiyatif bozuklukları olduğundan dolayı (Karadağ ve ark., 2005) disosiyatif bozukluğu olanların travmalarını daha az yadsıdıklarını da yansıtabilir. McCauley ve

arkadaşları (1997)' nin araştırmasına bakıldığında alkol/madde bağımlılığında çocukluk çağı kötüye kullanımına genel popülasyona göre daha sık rastlanmakta ve yaygınlık oranı %30-%59 arasında olduğu bildirilmektedir. Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel kötüye kullanıma maruz kalmanın alkol kötüye kullanımı ve esrar kullanımına yol açabileceği belirtilmiştir (Reigstad, Jorgensen ve Wichstrom, 2006). Ayrıca cinsel istismar ile yasa dışı maddelere şiddetli bağımlılık, yüksek belirti oranları ve hastalığın olumsuz seyri arasında ilişki saptanmıştır (Schafer ve ark, 2000).

Türkiye' de DYÖ puanı ortalaması, psikiyatri servisinde yatan hastalarda 17.8, genel popülasyonda ise 7.67 olarak saptanmıştır (Akyuz ve ark., 1999). Araştırmamızda ise bağımlı grubun ve karşılaştırma grubunun DYÖ puan ortalamaları bu puanların üstünde çıkmıştır. Madde bağımlılılarıyla yapılan çalışmalarda dissosiyatif bozukluk tanısı %15-39 arasında değişmektedir (Dunn ve ark., 1995). Karadağ ve arkadaşları (2005)' nin yaptığı araştırmada ise dissosiyatif bozukluğu olan hastalarda madde kullanımının alkol kullanımına oranla daha fazla olduğu ve çoklu madde kullanmanın daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda da bağımlı grubu DYÖ puan ortalaması dissosiyatif bozukluğa işaret eden 30 kesme puanına yakın bulunmuştur. Patolojik durumu ölçen D-taxon puanının da 20 puan olan patoloji sınırını geçtiği görülmektedir.

Araştırma ve karşılaştırma grubunun Savunma Biçimleri Testi (SBT) puanlarının karşılaştırılmasına baktığımızda savunma kümeleri açısından nevrotik savunma mekanizmalarının araştırma grubu katılımcıları tarafından anlamlı ölçüde daha sık kullanıldığı görülmektedir. Diğer savunma kümeleri açısından anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuçlar araştırma hipotezini desteklememektedir. Literatüre

baktığımızda alkol bağımlılığı olan ve olmayanlar arasında savunma mekanizmaları açısından bir farka rastlanmayan araştırmalar vardır (Donovan ve ark., 1977).

Genellikle araştırmalar yadsıma savunma mekanizması üzerine yoğunlaşmıştır ve bağımlıların yadsıma savunma mekanizmasını kullanma oranının bağımlılığın tedavisinde önemli bir yeri olduğunu belirtmişlerdir (Goldsmith ve Green, 1988; Wing ve Hammer-Higgins, 1996). Araştırmamızda bağımlılığı olan grubun yadsıma savunma mekanizması kullanımının bağımlılığı olmayan gruptan farklılaşmadığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak, araştırmamıza katılan bağımlı grubu katılımcılarını hastanede yatan (AMATEM, Maltepe Üniversite Hastanesi) ve Denetimli Serbestlik Masasına gönderilen bireylerin oluşturması, arınmalarını tamamlamış olsalar dahi tedavi süreçlerinin devam etmesi onların bağımlılık durumlarını yadsıma mekanizmasını güçlendirebileceği sonucuna varılabilir. Literatüre baktığımızda hastanede yatan bağımlı hastalarının yadsıma düzeyinin daha düşük olduğu, tedavisi tamamlanan bağımlı hastalarının yadsıma düzeyinin yüksek olduğuna dair sonuçlar da literatürde yer almaktadır (O'Leary ve ark., 1977).

Karşılaştırma grubunun mizah, baskılama, yansıtma, pasif agresyon ve yer değiştirme savunmalarını, araştırma grubunun ise yüceltme, beklenti, yapma bozma, pseudo alturizm, dışa vurma, yalıtma ve otistik fantezi savunmalarını daha sık kullandıkları görülmektedir. Literatürde bağımlıların rasyonalize etme, yansıtma, yadsıma ve bastırma savunmalarını daha sık kullandıkları belirtilmiştir (Miller, 1985; Ward ve Rothaus, 1991). Yadsıma hastanın, alkolik olduğunu ve tedaviyi görmezden gelmesini sağlayıp içme davranışını sürdürmesini sağlarken, rasyonalizasyon içme davranışına neden, gerekçe ve mazeretler sağlamaktadır (Ward ve Rothaus, 1991). Araştırmaya katılan bağımlı grubunun tedavi sürecinin devam etmesi, bu bağımlılığı sürdürmeyi sağlayan ve kontrol eden yadsıma, yansıtma ve rasyonalizasyon

mekanizmalarını zayıflatmış olabileceğini düşündürmektedir. Bilindiği gibi bağımlılık tedavisinin ve bağımlılık dayanışma gruplarının ilk aşaması hastanın bağımlılığını kabul etmesini şart koşmaktadır (Göka ve Başterzi, 2001). Araştırma grubunun yüceltme ve beklenti gibi olgun savunmaları sık kullanıyor olması tedavinin başarısı ve getirisi olarak düşünülebilir.

Director (2002) kronik alkol ve madde kullanımının kendisinin, bireyin çözüme ulaştırmayı başaramadığı erken dönem çatışmalarının (çocukluk çağı travması gibi) neden olabileceği ruhsal dağılmaya (psikoz, çoğul kişilik boz. gibi) karşı geliştirdiği bir savunma olabileceğini belirtmiştir.

Araştırma grubunda bağımlılığın şiddeti, disosiyatif yaşantılar ve çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları arasında bir ilişki olup olmadığını anlamak için korelasyon analizi uygulanmıştır. Buna göre bağımlılığın şiddeti, disosiyatif yaşantı deneyimleri ve çocukluk çağı travmaları arttıkça immatür savunma mekanizmalarını kullanma sıklığı artmaktadır. Ayrıca disosiyatif yaşantı deneyimleri arttıkça olgun savunma mekanizmalarını kullanma sıklığı azalmaktadır. İmmatür savunma kümesi içinde disosiyasyon savunma mekanizması bulunduğu göz önüne alınırsa, DYÖ ile ölçülen disosiyatif deneyimlerin fazlalığı ile SBT ile ölçülen olgun savunma mekanizmaları arasında negatif bir korelasyon bulunması, hem DYÖ' nün hem de SBT' nin güvenilirliğini arttıracak tutarlı bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Disosiyatif yaşantılar, çocukluk çağı travması ve bağımlılık şiddeti arasında da pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Çocukluk çağında yaşanan travmaların disosiyatif bozukluklara yol açabileceği bilinmektedir (APA, 2000; Karadağ ve ark., 2005; Şar ve ark., 2004). Çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın yetişkinlikte immatür savunma mekanizmaları özellikle de somatizasyon savunma

mekanizmasının sık kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Nickel ve Egle, 2006; Romans ve ark., 1999). Bunun nedeni olarak çocukluk çağında yaşanan travmalar ve/veya çocuksu ihtiyaçların dengeli tatmininin sağlanamaması (ebeveyleyler ile doyurucu bir ilişki bağının kurulamaması ya da fazla doyurucu ve müdahaleci ebeveynler gibi), çocukluk çağı dönemi özelliklerine saplanıp kalmaya (fiksasyon, fixation) sebep olabilmesi (Freud, 2004) düşünülebilir.

Analize alınabilen demografik değişkenlerin çoklu varyans analizi (MANOVA) sonuçlarına baktığımızda bir tek cinsiyet değişkeni ile ilgili anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre kadın alkol/madde bağımlıları, erkek bağımlılardan immatür savunma mekanizmalarını anlamlı ölçüde daha sık kullanmaktadırlar. Literatüre baktığımızda bu sonuç ile direkt olarak karşılaştırabileceğimiz bir kaynağa rastlanılmamasıyla birlikte, kadın bağımlıların borderline kişilik bozukluğu ile olan yakın ilişkisi konuya dolaylı yoldan ışık tutabilmektedir. Madde bağımlılığı olan erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğuna, kadınlarda ise borderline kişilik bozukluğuna daha sık rastlanıldığı görülmektedir (Türkçapar ve Işık, 2000). Ayrıca bağımlılığı olan kadın bireylerin, bağımlılığı olan erkek bireylere oranla 3 kat daha fazla borderline kişilik bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır (Brooner, Kintg Van, Kidorf, Schmidt ve Bigelow, 1997). Bu oran bağımlılığı olmayan normal populasyon için de geçerlidir (Türkçapar ve Işık, 2000). Borderline kavramıyla çalışan yazarların tanımlamalarında birbirlerinden ayırabilseler de, bir kişilik yapısı olarak "az bir şekilde bütünleşmiş kimlik", "immatür savunma düzenekleri", "göreceli olarak sağlam selfobje sınırları", ve "makul düzeyde (tam bozulmamış) gerçeği değerlendirme" gibi ortak özelliklerin olduğunda görüş birliği olduğunu belirtmiştir (Türkçapar ve Işık, 2000; Zanarini, Frankenburg, Khera, Bleichmar, 2001). Bağımlılığı olan kadın bireylerde borderline kişilik bozukluğunun daha sık

görülmesinin kadın bireylerin immatür savunma mekanizmalarının daha sık görülmesinin nedenini açıklayabilir.

Normal gruplarla cinsiyet farkı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiye dair yapılan araştırmalarda savunma mekanizmalarındaki olgunluk açısından herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır (Petraglia, Thygesen, Lecours ve Drapeau, 2009; Bond ve ark., 1983). Anksiyete bozukluğu ve çocukluk çağı travması olan hastalarla yapılan çalışmalarda ise erkeklerin immatür savunmaları kadınlara göre daha sık kullandığı saptanmıştır (Andrews ve ark., 1993).

4.1 Kısıtlılıklar ve Öneriler

Araştırmada örneklem sayısının az olması, kadın örnekleminin az olması ve örneklem grubu verilerinin sadece tek ilden toplanmış olması, araştırma sonuçlarının genellenmesini kısıtlamaktadır. Sonuçların geçerliliğini ve tutarlılığını sınavabilmek için daha kapsamlı ek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca araştırma grubu örnekleminin sadece tedavi altındaki bireyleri kapsıyor olması, halihazırda alkol/madde kullanan bağımlı bireyler ile tedavi altındaki bağımlı bireylerin karşılaştırılmasını engellemektedir. Bu türden karşılaştırmayı içerebilecek bir araştırma, tedavinin bireyin savunmalarında ne gibi değişikliklere yol açabileceği konusunda bize fikir verebilecektir.

Sonuç olarak yapılan çalışma ile alkol/madde bağımlılığı olan bireylerin nevrotik savunma mekanizmalarını bağımlılığı olmayan bireylere göre daha sık kullandığı belirlenmiştir. Çocukluk çağındaki travma deneyimleri, disosiyatif yaşantı deneyimleri ve bağımlılık şiddeti birbirleriyle ilişkili bulunmuş ve bunların immatür savunma mekanizmaları kullanımını arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca bağımlılığı olan

kadın bireylerin erkek bireylere göre immatür savunma mekanizmalarını daha sık kullandığı bulunmuştur.

Psikiyatrik bozuklukların tedavi ve terapi sürecinde hastaların kullandığı savunmalar tedaviyi hızlandırıcı veya sonlandırıcı etkiye sahip olabilmektedir. Bu konudaki araştırmalar tedaviyi gerçekleştiren uzmanlara ışık tutabilecek ve yeni teknik, taktik gelişmelere fırsat tanıyacaktır. Özellikle ülkemizde savunma mekanizmaları konusundaki literatürün yok denecek kadar az olduğu göz önüne alındığında bu çalışmanın önemi gözler önüne serilmektedir. Ayrıca bu çalışma alkol/madde bağımlılığı ile savunma mekanizması arasındaki ilişkiyi konu alan ülkemizdeki ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Buna ek olarak literatürde alkol/madde bağımlılığındaki cinsiyet farkı ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma sonuçlarından kadın bağımlıların immatür savunmaları daha sık kullandığı bulgusunun gelecekteki benzer çalışmalar için ilk referans kaynağı olması beklenmektedir.

KAYNAKÇA

Abay E, Ateş İ. (2001) Bağımlılığın Genetiği. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 68-70.

Akvardar Y, Aslan B, Ekici BZ, Öğün E, Şimşek T. (2001) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 49-52.

Akvardar Y. (2003) Alkol Bağımlılığında Kişilik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 4(1), 26-33.

Akyuz G, Dogan O, Sar V, Yargic LI, Tutkun H. (1999) Frequency of Dissociative Identity Disorder in The General Population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 151-159.

Alexander B. (2000) The Globalization of Addiction. *Addiction Research*, 8(6), 501-526.

Alpert JL. (1991) Retrospective Treatment of Incest Victims: Suggested Analytic Attitudes. *The Psychoanalytic Review*, 78, 425-435.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* (2. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2010) *DSM-5 Development: Substance-Related Disorders*. 16 Ağustos 2010 tarihinde

<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/Substance-RelatedDisorders.aspx>

adresinden indirildi.

Anderson P, Baumberg B. (2006) *Avrupada Alkol Kullanımı Halk Sağlığı Bakış Açısıyla: Avrupa Komisyonu İçin Rapor*. İngiltere: Alkol Araştırmaları Enstitüsü.

Andrews G, Singh M, Bond M. (1993) The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.

Arkonaç O, Koçak İ. (1986) Dissosiyatif Bozukluklar. *Düşünen Adam Dergisi*, 1(8), 48-52.

Babaoğlu AN. (1997) *Uyuşturucu ve Tarihi*. İstanbul: Kaynak Yayınları, 55.

Bektaş H. (1991) *Uyuşturucu Batağı*. İstanbul: Milliyet Yayınları, 16.

Bernstein EM, Putnam FW. (1986) Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.

Beyazyürek M, Şatır TT. (2000) Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(2), 50-56.

Bilgen Rİ. (1998) *Uyuşturucu Maddelerin Arzı ile Mücadele*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı.

Blaine JD, Julius DA. (Ed.) (1977) *Psychodynamics of Drug Dependence*. National Institute of Drug Abuse, Washington: U.S. Government Printing Office, 15-47.

Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. (1983) Empirical Study of Self-Rated Defense Styles. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 333-338.

Brooner RK, Kintg Van L, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. (1997) Psychiatric and Substance Use Comorbidity Among Treatment Seeking Opioid Abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 71-80.

Booth M. (1997) *Haşhaştan Eroine Uyuşturucunun 6000 Yıllık Öyküsü*. Çev. Özden Arıkan, İstanbul: Sabah Kitapçılık, 60.

Breuer J, Freud S. (1955) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume II (1893-1895): Studies on Hysteria*. Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 183 – 251, 20 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=se.002.0000a> adresinden indirildi.

Brown GR, Anderson B. (1991) Psychiatric Morbidity in Adult İnpatients With Childhood Histories of Sexual And Physical Abuse. *American Journal of Psychiatry*; 148, 55-61.

Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Kroll PA. (1987) Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric İllness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426-1430.

Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, Vırt O. (2006) Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7(2), 65-70.

Ceylan ME, Türkcan A. (2003) *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. İzmir: İzmir Tıp Kitabevi, 2(1), 1- 64.

Chu JA, Dill DL. (1990) Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical and Sexual Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887–892.

Clark AJ. (1992). Psikolojik Danışmada Savunma Mekanizmalarının Tanınması ve Şekillendirilmesi. Çev. Hakan Ersever, *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 25(2), 579-596.

Coriat IH. (1941) A Note on the Medusa Symbolism. *American Imago*, 2, 281-285, 21 Temmuz 2010’ da <http://www.pep-web.org/document.php?id=aim.002.0281a> adresinden indirildi.

Coşkunol H, Altıntoprak E. (1999) Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri*, 2, 222-229.

Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S, Saygılı R. (1995) Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) Geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi*. 34, 15-18.

Cramer P. (1987) The Development of Defense Mechanisms. *Journal of Personality*, 55(4), 597-614.

Cramer P. (2007) Longitudinal Study of Defense Mechanisms: Late Childhood to Late Adolescence. *Journal of Personality*, 75(1), 1-24.

Davison G, Neale J. (2004) *Anormal Psikoloji*, Çev. İhsan Dağ. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Demirhan EA. (1996) *Afyon ve Tıbbi Etik*. Bursa: Nobel Tıp Kitabevi.

Director L. (2002) The Value of Relational Psychoanalysis in the Treatment of Chronic Drug and Alcohol Use. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(4), 551-579.

Dokgöz H, Afşin H. (2004) *Adli Diş Hekimliği*. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları, 311-323.

Donovan DM, Rohsenow DJ, Schau EJ, O’Leary MR. (1977) Defensive Style in Alcoholics and Nonalcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(3), 465-470.

Dorpat TL. (1987) A New Look at Denial and Defense. *The Annual of Psychoanalysis.*, 15, 23-47, 18 Haziran 2010’ da <http://www.pep-web.org/document.php?id=aop.015.0023a> adresinden indirildi.

Dunn GE, Ryan JJ, Paolo AM, Van Fleet JN. (1995) Comorbidity of Dissociative Disorders Among Patients With Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 46, 153-156.

Dünya Sağlık Örgütü (1993) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları (ICD-10), Cenevre 1992, Çev. F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, M. O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uludağ, Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.

[EGM-KOMDB] (2005) *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2005*. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Ankara.

[EGM-KOMDB] (2009) *Yasadışı Bağımlılık Maddelerinde Dünya – Türkiye Karşılaştırma İstatistikleri*. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Ankara.

[EGM-KOMDB] (2010) *Uyuşturucu Maddelerin Suistimalinin Tarihçesi*. Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 20 Haziran 2010’ da

<http://www.kom.gov.tr/Tr/KonuDetay.asp?BKey=37&KKey=51>

adresinden

indirildi.

Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. (2006) Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri ve Madde Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 111-116.

Emiroğlu K. (2001) *Gündelik Hayatımızın Tarihi*. Ankara: Dost Kitabevi, 352-354.

Evren C, Ögel K. (2003) Alkol/Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol/Madde Kullanımı İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 30-37.

Evren C, Üstünsoy S, Can S, Başoğlu C, Çakmak D. (2003) Alkol/Madde Bağımlılarında Özkıym Girişimi Öyküsünün Klinik Belirtilerle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 6, 86-94.

Evren C, Saatçioğlu Ö, Evren B, Yapıcı A, Çakmak D. (2003b) Alkol Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 96-100

Freud A. (2004) *Ben ve Savunma Mekanizmaları*. Çev. Yeşim Erim, İstanbul: Metis Yayınları.

Freud S. (1955) Notes Upon a Case of Obsessional Neurosis. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume X (1909): Two Case Histories ('Little Hans' and the 'Rat Man'), i-vi*. Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Pres, 151–318, 20 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=se.010.0151a> adresinden indirildi.

Freud S. (1957a) Repression. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 141-158, 22 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=se.014.0141a#p0141> adresinden indirildi.

Freud S. (1957b) Instincts and their Vicissitudes. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 109-140, 22 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=se.014.0109a#p0109> adresinden indirildi.

Freud S. (1959) Inhibition, Symptoms, and Anxiety. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926), An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works*, Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 281-291, 22 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=se.020.0075a> adresinden indirildi.

Freud S. (1962) The Neuro-Psychoses of Defence. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications*, Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 41-61, 22 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=se.003.0041a> adresinden indirildi.

Freud S. (1998) *Espriler ve Bilinçdışı ile İlişkileri*. Çev. Emre Kapkın, İstanbul: Payel Yayınevi.

Freud S. (1999) *Uygarlığın Huzursuzluğu*. Çev. Haluk Barışcan. İstanbul: Metis Yayınları, 38.

Gabbard GO. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 2.Baskı, Washington, DC: American Psychiatric Pres, 359-394.

Geçtan E. (2006) *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. 18. Baskı, İstanbul: Metis Yayınları.

Gibbs LE. (1983) Validity and Reliability of The Michigan Alcoholism Screening Test: a Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 12(3), 79-285.

Goldsmith RJ, Green BL. (1988) A Rating Scale for Alcoholic Denial. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 176(10), 614-620.

Göka E, Başterzi AD. (2001) Alkol Bağımlılığına Psikodinamik Bir Bakış. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3), 127-132.

Herman JL. (1992) *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.

Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. (1998) Lifetime Risk of Suicide for Affective Disorder, Alcoholism and Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.

İlhan İÖ, Doğan YB, Demirbaş H, Boztaş MH. (2002) Alkol Bağımlılarında Alkole Başlamada Belirleyici Risk Etmenlerinin Gelişim Dönemlerine Göre İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 3(2), 84-90.

Jain AM. (1999) Emergency Department Evaluation of Child Abuse. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17, 575-593.

Joseph ED. (1978) The Ego Ideal of the Psychoanalyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59, 377-385, 23 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.059.0377a> adresinden indirildi.

Kalyoncu A, Mırsal H. (2000) Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 22-30.

Karadağ F, Şar V, Gürol DT, Evren C, Karagöz M, Erkıran M. (2005) Dissociative Disorders Among Inpatients With Drug or Alcohol Dependency. *Journal of Clinic Psychiatry*, 66, 1247-1253.

Karvonen JT. (2007) *Somatization in Young Adults*. Uzmanlık Tezi, Oulu: University of Oulu, 23-28.

Kernberg O. (1999) Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. Çev. Mustafa Atalay, İstanbul: Metis Yayınları.

Kellner R. (1990) Somatization, Theories and research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150-160.

Kernberg PF. (1994) Mechanism of The Defense: Development and Research Perspectives. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 58(1), 55-87.

Köknel Ö. (1983) *Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Köknel Ö. (1998) *Bağımlılık-Alkol ve Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Kurt S, Kurt E. (2007) *Uygulamada Uyuşturucu Veya Uyarıcı Madde Suçları Ve İlgili Mevzuat*. Ankara: Adalet Yayınları, 34.

Kural S, Evren C, Çakmak D. (2005) Alkol/madde Bağımlılığında Kişilik Bozukluğu Ek Tanısının Diğer 1. Eksen Tanıları ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmal ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 6, 9-18.

Langeland W, Draijer N, van den Brink W. (2002) Trauma and Dissociation in Treatment-Seeking Alcoholics: Towards a Resolution of Inconsistent Findings. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 195-203.

Lerner PM, Van-Der Keshet Y. (1995) A Note on the Assessment of Idealization. *The Journal of Personality Assessment*, 65(1), 77-90.

Levin JD. (1995) Psychodynamic Treatment of Alcohol Abuse, Barber. J. P. , Crits-Christoph, P. (Ed.). *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. 1. Baskı, New York: Basic Books, 193-229.

Maaranen P, Tanskanen A, Honkalampi K, Haatainen K, Hintikka J, Viinamaki H. (2005) Factors Associated with Pathological Dissociation in The General Population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-394.

Maden A. (1991) Alkolizm Psikosomatiği ve Kültürel Nitelikleri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35(2), 196-205.

May R. (2000) *Kendini Arayan İnsan*. İstanbul: Kuraldışı Yayınları.

McCauley K, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, DeChant HK, Ryden J, Derogatis LR, Bass EB. (1997) Clinical Characteristics of Women With History of Childhood Abuse, *The Journal of the American Medical Association*, 277, 1362-1368.

Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal N, Beyazyürek M. (2000) Alkol Bağımlılığında Klinik Özellikler ve Sosyodemografik Değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 1(2), 81-85.

Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal N, Beyazyürek M. (2000) Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1), 21-24.

Miller WR. (1985) Motivation for Treatment: A Review With Special Emphasis on Alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.

Nickel R, Egle UT. (2006) Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Journal: Child Abuse & Neglect*, 30(2), 157-170.

O'Leary MR, Rohsenow DJ, Schau EJ, Donovan DM. (1977) Defensive Style and Treatment Outcome among Men Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(5), 1036-1040.

Osgood, NJ. (1992) Psychological Factors in Late-Life Suicide. *Crisis*, 12,18-24.

Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, ve ark. (2004) Türkiye'de Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.

Ögel K, Taner S, Eke C, Erol B. (2004) *İstanbul'da Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı Raporu*. İstanbul: Yeniden Yayın no:15.

Ögel K, Taner S, Eke C, Erol B. (2005) *İstanbul'da Öğrencilerde Riskli Davranışlar Araştırması*. İstanbul: Yeniden Yayın no:6.

Ögel K. (2005) Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47), 61-64.

Öncü F, Ögel K, Çakmak D. (2001) Alkol Kültürü – 1: Tarihsel Süreç ve Meyhane Kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3), 133-138.

Özakkaş T. (2008) *Bütüncül Psikoterapi*. İstanbul: Litera Yayınları

Özden S. (1992) *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Teşhis, Tedavi, Tedbir*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 12.

Perry JC, Cooper SH. (1989) An Empirical Study of Defense Mechanisms: I. Clinical Interview and Life Vignette Ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 444-452.

Polat O. (2002) *Çocuk Hakları Nedir?*. İstanbul: Analiz Yayınları, 5-39.

Prescott C, Aggen S, Kendler K. (2000) Sex-specific Genetic Influences On The Comorbidity Of Alcoholism And Major Depression In A Population-Based Sample Of US Twins. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 803-811.

Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, Wetzel RD. (1993) Briquet's Syndrome, Dissociation, and Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 150(10), 1507-1511.

Putnam FW. (1997) *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.

Reigstad B, Jørgensen K, Wichstrøm L. (2006) Diagnosed and Self-Reported Childhood Abuse in National And Regional Samples of Child and Adolescent Psychiatric Patients: Prevalences and Correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58-66.

Romans SE, F.R.A.N.Z.C.P., Martin JL, Morris E, Herbison GP. (1999) Psychological Defense Styles in Women Who Report Childhood Sexual Abuse: A Controlled Community Study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1080-1085.

Ross CA, Kronson J, Koensgen S, Barkman K, Clark P, Rockman G. (1992) Dissociative Disorder Comorbidity in 100 Chemically Dependent Patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 43, 840–842.

Rowan A. (2000) The Place of Acting Out in Psychoanalysis: From Freud to Lacan, *Psychoanalytische Perspectieven*, 41/42, 83-100.

Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH. (1993) Diagnostic Comorbidity in Persons With Suicidal Ideation and Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 928-934.

Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D. (2003) 1998–2002 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Gören Alkol ve Madde Kullanımı Olan Olguların Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 109-117.

Schafer M, Schnack B, Soyka M. (2000) Sexual and Physical Abuse During Early Childhood or Adolescence and Later Drug Addiction. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50, 38-50.

Schäfer I, Langeland W, Hissbach J, Luedecke C, Ohlmeier MD, Chodzinski C, Kemper U, Keiper P, Wedekind D, Havemann-Reinecke U, Teunissen S, Weirich S, Driessen M. (2010) Childhood Trauma And Dissociation İn Patients With Alcohol Dependence, Drug Dependence or Both-A Multi-Center Study. *Comprehensive Psychiatry*, 109(1-3), 84-89.

Schäfer I, Reininghouse U, Langeland W, Voss A, Zieger N, Haasen C, Karow A. (2007) Dissociative Symptoms in Alcohol-Dependent Patients: Associations With Childhood Trauma and Substance Abuse Characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48(6), 539-545.

Schauenburg H, Willenborg V, Sammet I, Ehrental JC. (2007) Self-reported Defence Mechanisms as An Outcome Measure in Psychotherapy: A Study on the German Version of The Defence Style Questionnaire DSQ 40. *The British Psychological Society Psychology and Psychotherapy*, 80(3), 355-366.

Silverberg WV. (1932) Notes on the Mechanism of Reaction-Formation: I Dream Material: II. Theoretical Discussion. *The Psychoanalytic Review*, 19, 56-63, 24 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=psar.019.0056a> adresinden indirildi.

Somer E, Altus L, Ginzburg K. (2010) Dissociative Psychopathology Among Opioid Use Disorder Patients: Exploring The "Chemical Dissociation" Hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 419-425.

Songar A. (1974) *Haşhaş Meselesi ve Türkiye*. İstanbul: Hareket Yayınları.

Spruiell V. (1979) Freud's Concepts of Idealization. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 27, 777-791, 24 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=apa.027.0777a> adresinden indirildi.

Sterba R. (1943) Introduction to the Psychoanalytic Theory of the Libido. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 49(4), 639-640 25 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=paq.013.0222a> adresinden indirildi.

Şar V. (1997) Dissosiyatif Bozukluklar. C. Güleç & E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 2*, içinde s.569-590, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Şar V, Akyuz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O. (2004) Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients With Conversion Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2271-2276.

Şar V, İslam S, Öztürk Ö. (2009) Childhood Emotional Abuse and Dissociation in Patients With Conversion Symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 63, 670-677.

Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E. ve ark. (1997) Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. 33. *Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bildiri Tam Metin Kitabı*, 55-64.

Şahin MM. (2008) *Alkol Raporu*. Tüketiciler Birliği, 15 Haziran 2010 tarihinde www.tuketiciler.org/images/File/Alkol_Raporu_son.doc adresinden indirildi.

Şengül C, Herken H. (2009) Genetikten Epigenetiğe Alkol Bağımlılığı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 10(3), 239-245.

Taner S. (2005) *Boğaziçi Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı*. Uzmanlık tezi, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 55-65.

Trezza GR, Popp SM (2000) The Substance User at Risk of Harm to Self or Others: Assessment and Treatment Issues. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1193-205.

Topçuoğlu V. (2003) Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler, *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50

Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ, Özpulat T, Yanık M. (1995) *Yatarak Tedavi Görmekte Olan Psikiyatri Hastalarında Ruhsal Travma Yaşantıları ile İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul: 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, s.71.

Tutkun H, Sar V, Yargic I, Ozpulat T, Yanik M, Kiziltan E. (1998) Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric İnpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 800–805.

Türkçapar MH, Işık B. (2000) Borderline Kişilik Bozukluğu, *Psikiyatri Dünyası*, 4, 44-49.

[UNODC] (2010) *World Drug Report 2010*. United Nations Office on Drug and Crime, 26 Haziran 2010 tarihinde <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html> adresinden indirildi.

Uzgören İA. (2001) *Dünyada Ve Türkiye’de Uyuşturucu Sorunu*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 23.

Vaillant GE. (1971) Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107–118.

Vaillant GE. (1976) Natural History of Male Physiological Health; The Relation of Choice of Ego Mechanisms of Defense to Adult Adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 33(5), 535-545.

Vaillant GE. (1992) The Historical Origins and Future Potential of Sigmund Freud's Concept of the Mechanisms of Defence. *International Review of Psycho-*

Analysis, 19, 35-50, 22 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=irp.019.0035a> adresinden indirildi.

Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. (1986) An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43(8), 786–794.

Van den Bree MBM, Pickworth WB. (2005) Risk Factors Predicting Changes in Marijuana Involvement in Teenagers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 311-319.

Van der Kolk C, Perry JC, Herman JL. (1991) Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.

Waites EA. (1982) Fixing Women: Devaluation, Idealization, and the Female Fetish. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 30, 435-459, 27 Temmuz 2010'da <http://www.pep-web.org/document.php?id=apa.030.0435a> adresinden indirildi.

Walker CE, Bonner BL, Kaufmann KL. (1988) *The Physically and Sexually Abused Child: Evaluation and Treatment*. New York: Pergamon Press.

Ward LC, Rothaus P. (1991) The Measurement of Denial and Rationalization in Male Alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 465-468.

Watson DC, Sinha BK. (1998) Gender, Age, and Cultural Differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 67-75.

Werman DS. (1983) Suppression As a Defense. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 31(S), 405-415, 26 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=apa.031s.0405a> adresinden indirildi.

Westermeyer J, Yargic I, Thuras P. (2004) Michigan Assessment-Screening Test for Alcohol and Drugs (MAST/AD). *American Journal on Addictions*, 13 (2), 151-162.

Whitty MT. (2003) Coping and Defending: Age Differences in Maturity of Defence Mechanisms and Coping Strategies. *Aging & Mental Health*, 7(2), 123–132.

Wing DM, Hammer-Higgins P. (1993) Determinants of Denial: A Study of Alcoholics. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 31(2), 13-17.

Wolfenstein M. (1955) Mad Laughter in a Six-Year-Old Boy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10, 381-394, 26 Temmuz 2010' da <http://www.pep-web.org/document.php?id=psc.010.0381a> adresinden indirildi.

Wong PS. (1999) Anxiety, Signal Anxiety, And Unconscious Anticipation: Neuroscientific Evidence For An Unconscious Signal Function In Humans. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 817-841.

Wong CJ, Silverman K. (2007) Establishing and Maintaining Job Skills and Professional Behaviors in Chronically Unemployed Drug Abusers. *Substance Use & Misuse*, 42, 1127-1140.

Yancar C. (2005) *Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite Ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. (2007) Savunma Biçimleri Testi' nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 244-253.

Yüncü Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. (2006) Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 31-37.

Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. (2009) Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 5-13.

Yüncü Z, Özbaran B, Altıntoprak E, Yıldız U, Aydın C, Coşkunol H. (2007) Sokak Yaşantısı Olan-Olmayan Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. *Türkiye'de Psikiyatri*, 1(9), 37-43.

Yüncü Z, Savaş HA. (2007) Madde kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi*; 8(3), 146-152.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. (2001) Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144-150.

Ziyalar A. (1999) *Sosyal Psikiyatri*. İstanbul: Yüce Yayınları.

Zor C. (2005) *Ortaöğretim Öğrenci Ailelerinin Uyuşturucu Madde Kullanımının Zararları İle Korunma Yolları Hakkındaki Görüşleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 14.

EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisansında tez olarak sunulmak üzere hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, psikolojik savunma mekanizmaları ile alkol/madde bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu çalışma Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Bölümü Bağımlılık Tedavi Servisi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM’de (Alkol ve Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi) ve Kadıköy Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü işbirliği ile gerçekleştirilecektir. Çalışmaya alkol/madde bağımlılığı konusunda ayaktan ya da yatarak tedavi gören ve denetimli serbestlik merkezine gönderilen 60 kişi ve herhangi bir alkol/madde kullanmayan 60 kişi alınacaktır.

Çalışma sırasında katılımcılardan, Savunma Biçimleri Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi ve Sosyo-demografik ve Hastalık Veri Formu olmak üzere toplam 4 ölçek ve 1 formu doldurmaları beklenecektir. Tüm ölçek ve formları doldurmanın ortalama 15-20 dk sürmesi beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz, herhangi bir yaptırım, herhangi bir avantajdan faydalanamama ya da tıbbi bakım kalitesinde azalma gibi bir durum kesinlikle söz konusu değildir. Bu çalışmadan, istediğiniz zaman neden göstermeksizin ayrılabilirsiniz. Araştırmacı, sizin çalışmadan ayrılmanızı gerekli gördüğünde ya da araştırmanın gerekenlerini yerine getirmediğinizde, sizi isteğinize bağlı kalmaksızın, sizi çalışma dışına alabilir.

Bu çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler, hastane kayıtları dahil, kişisel bilgiler ve araştırma verileri tamamen gizli tutulacaktır. İsmi ve çalışmaya katıldığınızı ispatlayan tüm bilgiler hukuksal bir durum gerektirmedikçe sizin yazılı izniniz olmadan açıklanmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM FORMU

Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisansında tez olarak sunulmak üzere hazırlanan bu araştırma hakkında bilgilendirildim. Bu çalışmanın

amacı, psikolojik savunma mekanizmaları ile alkol/madde bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi olduğu bana söylendi.

Eğer bu araştırmaya katılımcı olmayı kabul edersem benden 4 tane soru formu ve 1 tane de demografik bilgi formu doldurmam istenecek.

Araştırmaya katılmanın özgür irademe bağlı olduğunu ve soruları yanıtlarken kendimi rahatsız hissedersen herhangi bir ceza ya da zarara maruz kalmaksızın geri çekilebileceğimi biliyorum. Bu çalışmadan çıkacak sonuçların araştırmacı tarafından gizli tutulacağı hakkında bilgilendirildim. Ayrıca çalışma ile ilgili bir sıkıntım ve sorum olduğunda Psk. Vahap TAŞKENT' e 05555532017 no' lu telefonda veya v.taskent@gmail.com adresinden ulaşabileceğim konusunda bilgilendirildim.

Çalışmaya katılanın

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

SOSYODEMOGRAFİK FORM

Katılımcı No:
Cinsiyet: 1.Erkek 2.Kadın
Yaş:
Medeni Durumu: 1.Evli 2. Bekar 3.Dul 4.Boşanmış/Ayrı
Eğitim Durumu: 1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite
Eğitim Süresi (yıl olarak):
Yaşadığı Kişiler: 1.Ailesi ile 2.Yalnız 3.Eşi ile 4.Arkadaşları ile 5.Evsiz 6.Diğer....
İşi: 0.Yok 1.Var 2.Ev kadını 3.Emekli 4.Öğrenci
<u>MADDE ÖYKÜSÜ</u>
1.Kullanılan tercih maddesi + Alkol +Eroin +Uçucu +Esrar +Sedatif/hipnotik +Ecstasy +Karışık.....
2.Kullanım yolu: +Ağız +Burun +Soluma +IV +IV-Nazal
3.Kullanılan ek maddeler (tercih maddesi dışında neler kullanıyor):
4.Madde kullanmaya başlama yaşı:
5.Alkol kullanmaya başlama yaşı:
6.İlk kullanılan madde: +Eroin +Alkol +Esrar +Ecstasy +Uçucu madde +Sedatif/hipnotik +Karışık.....
7.Tercih maddesini kullanmaya başlama yaşı:
8.Tercih maddesini kullanma süresi (ay olarak): Alkol ya da madde
<u>ALKOL ÖYKÜSÜ</u>

9.Gün içinde alkol almaya ne zaman başlıyor:			
1.Sabah	2.Öğlen	3.Öğleden sonra	4.Akşam
10.En son günlük kullandığı miktar (toplam):			
11.Bu miktarı kullanma süresi (ay olarak):			
12.Daha önce tedavi girişimi var mı, sayısı:			
0.Yok	1.Kendi başına.....	2.Ayaktan.....	3.Yatarak.....
13.En uzun bırakma süresi (ay olarak):			
14.Ailede alkol bağımlılığı öyküsü:			
1.Yok	2.Baba	3.Anne	
	4.Kardeş	5.İkinci derece akraba	
15.Ailede madde kullanım öyküsü:			
1.Yok	2.Baba	3.Anne	
	4.Kardeş	5.İkinci derece akraba	
16.Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (adı):			
1.Yok	2.Baba	3.Anne	
	4.Kardeş	5.İkinci derece akraba	
17.İntihar girişimi:			
1.Var	2.Yok		
18.Kendini yaralama davranışı (self-mutilatif eylem):			
	1.Var	2.YoK	
<u>SUÇ İLE İLGİLİ BİLGİLER</u>			
19.Tutuklama ve gözaltı:			
1.Yok	2.Birkez	3.Birden çok	
20.Nedeni:			
	1.Madde ile ilgili olanlar:.....		
	2.Madde ile ilgisiz olanlar:.....		
21.Cezaevi yaşantısı:			
1.Yok	2.Birkez	3.Birden çok	
22.Nedeni:			
	1.Madde ile ilgili olanlar:.....		
	2.Madde ile ilgisiz olanlar:.....		
23.Cezaevinde kalış süresi:			

MİCHİGAN ALKOLİZM VE MADDE TARAMA TESTİ (MAMTT)

(Lütfen aşağıdaki soruları okuduktan sonra Evet veya Hayır şeklinde eksiksiz olarak cevaplayınız.)

0. Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak ya da madde kullanmak hoşunuza gider mi? EVET HAYIR
1. Kendinizi normal bir içici/madde kullanıcı olarak hissediyor musunuz? (Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme/madde kullanma veya hiç içki içmeme/madde kullanmama kastedilmektedir.) EVET HAYIR
2. Akşam içki içtikten/madde kullandıktan sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu? EVET HAYIR
3. İçki içmeniz/madde kullanmanız konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu? EVET HAYIR
4. Bir kaç kadeh/madde attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi/madde kullanmayı durdurabiliyor musunuz? EVET HAYIR
5. İçki içtiğiniz/madde kullandığınız için hiç suçluluk duyduunuz mu? EVET HAYIR
6. Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici/madde kullanıcısı olduğunuzu düşünüyorlar mı? EVET HAYIR
7. İsteddiğinizde içki içmeyi/madde kullanmayı durdurabiliyor musunuz? EVET HAYIR
8. Alkol/Madde bırakma toplantılarına hiç katıldınız mı? EVET HAYIR
9. İçtiğinizde/madde kullandığınızda hiç kavga ettiğiniz oldu mu? EVET HAYIR
10. İçki içmeniz/madde kullanmanız sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu? EVET HAYIR
11. Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz/madde kullanmanız konusunda başkalarından yardım istediler mi? EVET HAYIR
12. İçtiğiniz/madde kullandığınız için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu? EVET HAYIR
13. İçtiğiniz/madde kullandığınız için işte veya okulda sorunla karşılaştığınız oldu mu? EVET HAYIR

14. İçtiğiniz/madde kullandığınız için işinizi kaybettiğiniz oldu mu? EVET
HAYIR
15. İçtiğiniz/madde kullandığınız için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu? EVET HAYIR
16. İçki içmeye/madde kullanmaya sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız? EVET
HAYIR
17. Hiç alkole/maddeyle bağlantılı karaciğer/iç organ sorununuzun olduğu söylendi mi? EVET HAYIR
18. Aşırı içtikten/madde kullandıktan sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu? EVET HAYIR
19. İçmeniz/madde kullanmanız konusunda başkasından yardım istediniz mi? EVET HAYIR
20. İçki/madde nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu? EVET HAYIR
21. Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı?Eğer yattıysanız içki içmenizin/madde kullanmanızın yatışla rolü var mıydı? EVET HAYIR
22. Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurduunuz mu?Eğer başvurduysanız içki içmenizin/madde kullanmanızın bunda rolü var mıydı? EVET HAYIR
23. Aşırı alkollü içeceklerin/maddenin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı? (Evet ise kaç kere? : _____) EVET HAYIR
24. İçkiliyken/madde etkisi altındayken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa gözaltına alındığınız oldu mu? (Evet ise kaç kere? : _____) EVET HAYIR

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (X) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek: Bana hiç uygun değil 1 2 ~~3~~ 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Hayallerimden gerçek hayatta olduğundan daha çok tatmin sağlarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırsa, ondan hincımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırısam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES) **Bernstein & Putnam,1986,1993**

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L. İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun
Bu test günlük hayatınızda başınızdaki geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşılır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşımda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkedeler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tıpsız” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
Ailemdelikler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu	1	2	3	4	5

yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

UYGULAYICILARIN DİKKAT EDECEKLERİ HUSUSLAR

- Katılımcı “BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU” nu okuduktan sonra altına ad-soyad, adres, tel, imza eksiksiz doldurulacak. Aynı formun altına açıklamaları yapacak kişinin ve bir de tanık kişinin ad-soyad, adres, tel, imzası eksiksiz yer alacak. (Bunlar her tezde ve araştırmada etik kurallar gereği prosedür olarak bulunması gereken onaylar)
- 2. olarak “SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU” nu araştırmacı katılımcıya okuyarak eksiksiz doldurtur.
- Son olarak katılımcı tek başına sırası ile,

1. MİCHİGAN ALKOLİZM VE MADDE TARAMA TESTİ (MAMTT)
2. SBT
3. DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)
4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

‘ni

doldurur.

(Ölçeklerin sırası ile verilmesi her katılımcıda şartların aynı olması ve olası dış etkenlerden etkilenme olasılığının minimize edilmesi ile ilgilidir.)

ÖNEMLİ UYARI: Lütfen katılımcılar testleri doldurduktan sonra boş madde/soru kalıp kalmadığını kontrol ediniz. Eğer varsa doldurmaları konusunda uyarıda bulununuz.

NOT: Testler çok fazla görünse de, okuyup uygun yeri işaretlemekten ibaret oldukları için toplamda ortalama 15 dk sürmektedir.

DESTEKLERİNİZ İÇİN SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

VAHAP TAŞKENT

CV

Abdülvahap TAŞKENT

Hasanpaşa mah. Müverrih Ata sok. Koral apt.

No:49/3

Kadıköy/İSTANBUL

e-mail : vahptaskent@gmail.com

gsm : 0 555 553 20 17

I. KİŞİSEL BİLGİLER

- **Uyruk** : T.C.
- **Cinsiyet** : Erkek
- **Medeni durum** : Bekar
- **Doğum tarihi** : 06.07.1985

II. EĞİTİM DURUMU

- **Maltepe Üniversitesi - İstanbul/Türkiye** **09.2008 -12.2010**
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
- **İstanbul Üniversitesi - İstanbul/Türkiye** **09.2003 - 06.2007**
Psikoloji Bölümü
- **Manisa Fatih Anadolu Lisesi** **09.2001 - 06.2003**
- **Manisa DüNDAR Çiloğlu Anadolu Lisesi** **09.1996 – 06.2001**
(1 yıl İngilizce hazırlık)

III. YABANCI DİL

- İngilizce (Intermediate)

IV. SEMİNER, KURSLAR, KONGRELER VE ETKİNLİKLER

9. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, Uludağ Üniversitesi - 07.2004

13. Uluslararası Psikoloji Kongresi – İstanbul Bilgi üniversitesi - 09.2004

10. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi – Mersin Üniversitesi - 07.2005

İ.Ü. Psikoloji Bölümü Etkinliği - Psikiyatr Prof.Dr. Heinz S. Herzka ile bir seminer - 12.2005

11. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi – Ege Üniversitesi - 07.2006

Viyana Psikanaliz Birliği – İstanbul Üniversitesi Ortak Etkinliği Sigmund Freud’un 150. Doğumgünü - 06.2006

Elginkan Vakfı Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi tarafından düzenlenen ‘*Etkili Sunuş Teknikleri*’ semineri 08.2006

Elginkan Vakfı Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi tarafından düzenlenen ‘*NLP – Beyin Dili Programı*’ semineri - 09.2006

Elginkan Vakfı Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi tarafından düzenlenen ‘*Sözsüz İletişim – Beden Dili*’ semineri - 09.2006

İstanbul Psikanaliz Derneği, 8. Uluslararası İstanbul Psikanaliz Buluşmaları, Çocuk ve Erişkin Psikosomatigi - 11.2006

Projektif Yöntemler ve Psikanaliz Topluluğu Birinci Bilimsel Toplantı:
Klinik Psikoloji ve Psikopatolojideki Araştırmalarda Projektif Yöntemlerin Yeri - 03.2007

İstanbul Psikanaliz Derneği, 4. Çocuk Psikanalizi Kongresi, Çocuk ve Anne-Babasıyla
Klinik Çalışma, İstanbul - 05.2007

İstanbul Psikanaliz Derneği, 9. Uluslararası İstanbul Psikanaliz Buluşmaları, Kuşaklararası
İletim - 11.2007

Aile İçi Şiddet ve İstismar Seminerleri I-II, Prof. Dr. Gökhan ORAL - 03.2009

Zor Ergenlerle Psikoterapi, Uzm. Psk. Ceyda EKE - 04.2009

Alkol ve Madde Bağımlıları ile Psikoterapi, Uzm. Psk. Ceyda EKE - 11.2009

V. PROJELER

- İstanbul Üniversitesi Gelişim Psikolojisi Ana Bilim Dalı'nda araştırma projesinde gönüllü katılımcı, araştırma teslimi : “*Aşırı Kontrollü Anne-Baba Tutumunun Çocuğun Genel Gelişimi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*” (2006)
- 12. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, araştırma sunumu : “*Babaların Çiftleriyle Olan Uyumlarının Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi*” (2007)
- İstanbul Üniversitesi Sosyal Psikoloji Ana Bilim Dalı'nda araştırma projesinde gönüllü katılımcı, araştırma teslimi : “*Avrupa Birliği Kapısındaki Türkiye'de Değişen Geleneksel Ev Hanımı: Söylem Analizi İle Yaklaşım*” (2007)

VI. UYGULAMASINDA BULUNDUĞUM TEST ve ÖLÇEKLER

Eğitimini Aldığım Sertifikalı Testler:

- Bir İnsan Çiz Testi (Rorschach ve Projektif Testler Derneği)
- Bir Aile Çiz Testi (Kinestetik-Tılsımlı)
- Bir Ağaç Çiz testi
- K-H-T-P Çizim Testi
- Ankara Gelişim ve Tarama Envanteri (AGTE) (Gelişim Düzeyini Değerlendirme) (İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü kuramsal ve uygulama ders konusu)
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Kişilik ve Ruhsal Yapıyı Değerlendirme) (Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Master Programı kuramsal ve uygulama ders konusu)

- Tematik Algı Testi (TAT) (Kişilik ve Ruhsal Dinamikleri Değerlendirme) (Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Master Programı kuramsal ve uygulama ders konusu)

Eğitimi Aldığım Sertifikalı Terapi Yöntemleri:

- EMDR I. Düzey (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) - Davranış Bilimleri Enstitüsü (DBE) (1 Yıllık Süpervizyon)
- Stratejik Aile Terapisi – DBE (1 Yıllık Süpervizyon)
- Çözüm Odaklı Terapi – DBE (1 Yıllık Süpervizyon)
- Deneysel Oyun Terapisi (Psikolojistanbul - Dr. Carol ve Dr. Byron Norton)

Uygulama ve Gözlemine Katıldığım Sertifikasız Testler:

- Bender Gestalt Görsel Motor Algı Testi (Nöropsikolojik değerlendirme)
- Kent-Porteus Zeka Testi (Zeka Düzeyi ve Performans Değerlendirme)
- Beier Cümle Tamamlama Testi (Davranış Sorunlarını Değerlendirme)
- Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90) (Davranış Sorunlarını Değerlendirme)
- Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Değerlendirme Ölçeği (PARI) (Davranış Sorunlarını Değerlendirme)
- Beck Depresyon/Kaygı Ölçekleri (Davranış Sorunlarını Değerlendirme)
- Hamilton Depresyon/Kaygı Ölçekleri (Davranış Sorunlarını Değerlendirme)
- Çift Uyum Ölçeği (Evlilik Tutumunu Değerlendirme)
- Kısa Akıl Muayenesi (KAM) (Bilişsel Durum Değerlendirme)

VII. İŞ DENEYİMİ

- Doku Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezinde 04.2006 – 05.2006 tarihleri arasında 1 ay süreyle part-time olarak çalışma,
- Bir hafta süreyle İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nda staj (Mayıs 2006)
- Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 07.2006 – 08.2006 tarihleri arasında 1 ay süresince çeşitli poliklinik ve servislerde staj
- İstanbul Üniversitesi Gelişim Psikolojisi Ana Bilim Dalı süpervizyonu altında İ.Ü. Mediko-Sosyal kreşinde staj (Kasım 2006_ Ocak 2007)
- Özel Gündoğuş Rehabilitasyon ve Eğitim Merkezi'nde psikolog olarak 10.2007 – 12.2007 tarihleri arasında tam zamanlı çalışma
- Tohum Otizm Vakfı'nda psikolog olarak 12.2007 – 08.2008 tarihleri arasında tam zamanlı çalışma (*Bireysel danışmanlığın yanısıra, aile danışmanlığı*)
- Ümraniye Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi'nde 02.2009 tarihinden itibaren Çocuk ve Ergen Psikoloğu olarak tam zamanlı çalışma. (*Bireysel psikoterapilerin yanısıra, aile danışmanlığı, çocuklarla sosyal iletişim becerileri grup çalışmaları, yetişkinlerle öfke kontrolü, olumlu ebeveynlik, travma bilgilendirme, etkili iletişim, aile içi iletişim konularında eğitim ve seminer çalışmaları*)

VIII. BİLGİSAYAR BİLGİSİ

- Aktif bilgisayar kullanıcısı
- Microsoft Ofis Programları

IX. DİĞER YETENEKLER VE ÇALIŞMALAR

- Yeni konuları kolayca öğrenebilme yeteneği
- 05.2006 boyunca İstanbul Üniversitesi Kurumsal İtibar Anketi uygulamaları ve veri çalışmaları

XI. REFERANSLAR

- İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü Başkanı, **Prof. Dr. Sibel Arkonaç** (0212 455 57 00 – 15786)
- İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü Gelişim Psikolojisi Anabilim Dalı Başkanı **Yrd. Doç. Dr. Gül Şendil** (0212 455 57 00 – 15789)
- İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü Başkan Yardımcısı, İstanbul Psikanaliz Derneği Kurucusu **Doç. Dr. Tevfika Tunaboşlu İkiz** (0212 455 57 00 – 15790)
- Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri Psikolog Proje Koordinatörü **Psk. Filiz Kaya** (0212 233 28 38)